

# **FLUXO DE ATENDIMENTO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS (MACC)**

## **LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL SAÚDE DA CRIANÇA**

**2025**

### **Equipe de Elaboração**

Alline Mércia de Carli Ronsani

Grasiela Giacobbo Nodari

Ravlim Campo

Tábata Cristina Colussi

Valquíria Predebon Kuhnen

### **Equipe de Revisão**

Ravlim Campo

Natalia Dalla Costa Becker

Tábata Cristina Colussi

CRESEMS

8ª Regional de Saúde

### **Data de Elaboração**

30/06/2017

### **Data de Revisão**

03/12/2024

 (46) **3520.0900**

 **Rod. Contorno Vitório Traiano**  
**Nº 501** - Bairro Água Branca  
Francisco Beltrão - PR  
**CEP 85.601-838**



## 1. FLUXO DE ATENDIMENTO NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Este documento tem como objetivo orientar os profissionais quanto ao fluxo de atendimento dos pacientes de pediatria, pertencentes aos vinte e sete municípios da 8ª Regional de Saúde, consorciados ao Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sudoeste – CONSUD, que devem ser estratificados e compartilhados pela Atenção Primária à Saúde (APS), conforme a Linha de Cuidado Materno Infantil do Paraná, à Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

Ressaltamos que o cuidado dos pacientes é compartilhado entre a APS e a AAE e, portanto, o paciente deve manter seu acompanhamento na unidade de origem.

## 2. ESTRATIFICAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A estratificação poderá ser realizada em dois momentos: na alta do paciente no Hospital Regional do Sudoeste (HRS) e na APS.

Hospital Regional: quando o paciente receber alta do hospital o mesmo será contra referenciado ao município, na contra referência deverá constar o histórico do paciente, risco (critério) e a conduta que deverá ser tomada pelo município.

Atenção Primária: quando o município verificar o histórico da criança e a mesma se enquadrar em algum dos critérios descritos abaixo:

### 2.1 Risco intermediário:

- Características individuais e socioeconômicas materna - Filhos de mães:
  - Com infecção intrauterina (STORCHZ) e/ou HIV;
  - Em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes;
  - Negras;
  - Com menos de 4 consultas de pré-natal;
  - Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade;
  - Com menos de 20 anos e mais de 3 partos;

- Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo;
  - Que apresentaram exantema durante a gestação;
  - Com gravidez indesejada;
  - Com histórico de óbito em gestação anterior (aborto e/ou natimorto);
  - Óbito de irmão menor que 5 anos por causas evitáveis;
  - Com histórico de violência interpessoal;
  - Que morreram no parto.
- E/OU Características do nascimento:
    - Peso ao nascer  $\geq 2.000\text{g}$  e  $< 2.500\text{g}$ ;
    - Idade gestacional entre  $\geq 35$  e  $< 37$  semanas;
    - Anomalias congênitas menores.

### 2.1.1 Risco Intermediário entre 1 mês e 2 anos

- Características individuais e socioeconômicas materna - Filhos de mães:
  - Com infecção intrauterina (STORCHZ) e/ou HIV;
  - Em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes;
  - Negras;
  - Com menos de 4 consultas de pré-natal;
  - Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade;
  - Com menos de 20 anos e mais de 3 partos;
  - Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo;
  - Que apresentaram exantema durante a gestação;
  - Com gravidez indesejada;
  - Com gravidez decorrente de violência sexual;
  - Com histórico de óbito em gestação anterior (aborto e/ou natimorto);
  - Óbito de irmão menor que 5 anos por causas evitáveis;
  - Mãe sem suporte familiar;

- Chefe da família sem fonte de renda;
  - Depressão pós-parto e/ou baby blues;
  - Um dos pais com: transtorno mental severo, deficiência física e/ou doença neurológica;
  - Pais com dependência de álcool e outras drogas;
  - Mãe ausente por doença, abandono ou óbito;
  - Com histórico de violência interpessoal;
  - Cuidador não habilitado para o cuidado com o recém-nascido;
  - Sem acesso a saneamento básico e/ou água potável.
- E/OU
    - Peso ao nascer  $\geq 2.000\text{g}$  e  $< 2.500\text{g}$ ;
    - Idade gestacional  $\geq 35$  e  $< 37$  semanas;
    - Anomalias congênitas menores;
    - Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal;
    - Criança sem realização de triagem neonatal;
    - Desmame precoce (antes do 6º mês de vida);
    - Desnutrição ou curva ponderoestatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais ou sobrepeso;
    - Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado;
    - Cárie;
    - Criança com 3 ou mais atendimentos em pronto socorro no período de 3 meses.

## 2.2 Alto risco

- Características do nascimento:
  - Peso ao nascer  $< 2.000\text{g}$  e  $\geq 4.000\text{g}$ ;
  - Idade gestacional  $\leq 34$  semanas;
  - Asfixia perinatal (APGAR  $< 7$  no 5º minuto);
  - Hiperbilirrubinemia com exsanguíneotransfusão;

- Infecções crônicas do grupo STORCH + HIV + ZIKA confirmadas ou em investigação;
- Malformações congênitas grave (com repercussão clínica);
- Doenças genéticas, cromossomopatias;
- Teste de triagem neonatal alterados;
- Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para faixa etária;
- Sinais de violência/maus tratos;
- Desnutrição grave e/ou obesidade;
- Intercorrências repetidas com repercussão clínica – após segunda internação;
- Gemelar.

#### Observação:

Quando houver **comprometimento** do crescimento e/ou desenvolvimento, necessidades especiais, doenças crônicas (pneumopatia, cardiopatia, nefropatia, diabetes, problemas neurológicos), intercorrências clínicas repetidas com repercussão orgânica e situações sociais que necessitem de intervenções, em crianças com mais de dois anos, a equipe da APS deverá descrever detalhadamente o caso e entrar em contato com a equipe da AAE para ser analisado isoladamente e verificado a possibilidade de atendimento.

### 3. AGENDAMENTO

As crianças estratificadas pela APS com os **critérios acima descritos**, deverão ser agendadas através do WhatsApp para agendamentos de primeira consulta do MACC: **(46) 3520-0913**. Para facilitar, tornar resolutivo o processo de encaminhamento e contato com os serviços de atenção, o agendamento deve ser realizado pelo(a) **Enfermeiro(a)** da atenção básica, responsável pelo atendimento do paciente na APS, o qual deverá repassar o nome completo, número do usuário (cadastro IDS), estratificação de risco. No momento da solicitação do agendamento,

deve-se enviar no WhatsApp, o formulário de compartilhamento do cuidado (Anexo I) em formato PDF (somente um arquivo com todas as páginas).

O setor de regulação e agendamento do MACC, em colaboração com a equipe multidisciplinar, poderá solicitar documentos adicionais que complementem as informações enviadas, visando otimizar o atendimento.

O Hospital Regional enviará a contra referência do recém-nascido (em no máximo 48 horas após a alta do paciente), com estratificação de risco, via e-mail ao coordenador APS do município e à equipe do MACC. Isso permitirá que ambas as partes realizem uma busca ativa eficaz, garantindo que nenhuma criança que precise desse atendimento fique sem acompanhamento. Essa estratégia visa reforçar a continuidade do cuidado e assegurar que as crianças sejam devidamente assistidas.

O Hospital Regional será o responsável por orientar os pais a procurarem o(a) enfermeiro(a) da APS ao qual pertencem, para realizarem o agendamento com a equipe multiprofissional do MACC, conforme estratificação de risco (risco intermediário e/ou alto risco).

Mesmo que o município disponha de pediatras e equipes de apoio, será imprescindível o encaminhamento desses pacientes para a linha de cuidado da criança do MACC. Essa medida reforça um dos principais objetivos do programa QualiCis, que é oferecer atenção especializada e garantir que todas as crianças em risco recebam o atendimento necessário.

O compromisso com o atendimento integrado e coordenado entre o Hospital Regional, as equipes de atenção primária e o MACC é essencial para o sucesso dessa iniciativa e para a promoção da saúde infantil de forma segura e eficaz.

## **4. CONSULTAS**

### **4.1 Primeira consulta**

– Formulário de compartilhamento do cuidado com todos os campos devidamente preenchidos e assinado pelo médico assistente responsável e equipe multiprofissional do município;

- Guia de encaminhamento /Contra referência do recém-nascido do HRS (se houver);
- Caderneta de Saúde da Criança;
- Carteirinha de vacinação;
- Caderneta de gestante;
- Exames (quando houver).

#### **4.2 Demais consultas**

- Plano de cuidados, com devolutiva do município;
- Caderneta de Saúde da Criança.

#### **4.3 Retornos**

O tempo para retorno das consultas na AAE será determinado pelos profissionais da equipe multiprofissional, sendo que, o não comparecimento do paciente nos retornos agendados será de responsabilidade da APS, a qual deverá proceder busca ativa do mesmo.

Caso o responsável pela criança comunique a APS que não poderão comparecer no dia agendado, o(a) enfermeiro(a) responsável poderá entrar em contato com o MACC pelo Whatsapp de reagendamentos: **(46) 98826-3134**, com no mínimo 24 horas de antecedência, caso contrário, o paciente será incluído como faltante.

#### **4.4 Encaminhamentos**

Quando houver encaminhamento às especialidades não contempladas nas linhas de cuidado do MACC, mas ofertadas no Centro Regional de Especialidades (CRE), o MACC ficará responsável por garantir o agendamento do primeiro encaminhamento realizado pelos médicos.

As agendas do CRE são disponibilizadas na última semana de cada mês, portanto, se não houver vaga disponível no momento do agendamento, a equipe irá orientar que a APS realize contato através do WhatsApp: **(46) 98826-3134**.

Uma vez que o responsável pelo paciente comunique a APS que não poderá comparecer no dia agendado, o(a) enfermeiro(a) responsável deverá entrar em contato com o MACC para alteração da data, com no mínimo 24 horas de antecedência, caso contrário, o paciente será incluído como faltante; não sendo mais agendado através do MACC e ficando o agendamento sob responsabilidade do município.

Após o atendimento no CRE, se houver necessidade de retorno, o agendamento ficará sob responsabilidade do município.

Quando houver encaminhamento às especialidades contempladas nas linhas de cuidados do MACC, o município deverá realizar a estratificação de risco e o preenchimento do Formulário de Compartilhamento do Cuidado da linha correspondente ao encaminhamento, o qual deverá ser encaminhado (no formato de PDF) via WhatsApp do agendamento.

#### **4.5 Antecipação de Consultas**

Caso a APS verifique a necessidade do paciente ser atendido antes da data do retorno estabelecida pela equipe do MACC, deverá enviar no WhatsApp, a guia de referência do médico e da equipe da unidade constando minimamente: breve relato do motivo da solicitação, conduta já adotada e medicamentos em uso. Arquivo deverá ser enviado em formato PDF.

#### **4.6 Faltantes**

É responsabilidade do MACC realizar o levantamento dos pacientes que faltaram nas consultas e enviar para APS realizar busca ativa. Após a busca, o(a) enfermeiro(a) responsável deverá realizar contato, o mais breve possível, através do Whatsapp de reagendamentos **(46) 98826-3134**, para informar o motivo da ausência bem como a necessidade ou não de reagendamento.

A equipe da APS é responsável por verificar a necessidade de encaminhamento à rede de proteção, Conselho Tutelar e demais órgãos os quais julgarem necessário. O MACC irá realizar o acompanhamento da situação, caso não

seja realizado encaminhamento à rede por parte da APS, irão avaliar a condição e realizar conduta necessária, em conjunto com a Atenção Primária.

Após a terceira ausência recorrente, o paciente não será reagendado, sendo necessário novo encaminhamento do formulário de compartilhamento do cuidado.

Caso o responsável pelo paciente não deseje continuar os atendimentos no MACC, deve-se solicitar que o mesmo assine um termo de desistência (Anexo II), o qual deverá ser enviado ao MACC através do WhatsApp. Lembrando que devem ser esgotadas todas as alternativas de convencimento do paciente antes de solicitar a desvinculação.

A cada seis meses a Assistente Social do MACC fará o levantamento semestral e, se a APS não tiver realizado contato com a devolutiva, o paciente será incluído como desistente. Sendo assim, se necessitar de atendimento futuramente, será necessário novo encaminhamento do formulário de compartilhamento do cuidado.

## 5. PLANO DE CUIDADOS

Os pacientes encaminhados ao MACC deverão vir com um plano de cuidados, elaborado pela equipe da APS, sendo que, o plano está em anexo ao formulário de compartilhamento do cuidado.

O plano de cuidados é a ferramenta utilizada para comunicação entre a APS e AAE, sendo o paciente sempre orientado a levar o plano de cuidados para a equipe da Atenção Primária toda vez que comparece aos atendimentos no MACC.

Após todas as consultas no MACC, o paciente será liberado com um novo plano de cuidados que deverá ser verificado pela APS e preenchido devolutiva. Salientamos que o plano de cuidados deverá ser preenchido por todos os profissionais que o paciente tiver contato, seja ele médico, enfermeiro, dentista, farmacêutico, agendador, Agente Comunitário de Saúde (ACS)...

## REFERÊNCIAS

Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha guia Rede Mãe Paranaense. 7. ed. – Curitiba: SESA, 2018. 33p. – Disponível em: [www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense\\_2018.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf). Acesso em: março 2019.

Detalhamento Regional Estratificação De Risco Intermediário Da Criança. 2023.

Estratificação De Risco De Crianças No Paraná Aprovada Na Cib/Pr Em 28.04.2021

 (46) **3520.0900**

 **Rod. Contorno Vitório Traiano**  
**Nº 501** - Bairro Água Branca  
Francisco Beltrão - PR  
**CEP 85.601-838**



ANEXO I – FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO DA CRIANÇA

 (46) **3520.0900**

 **Rod. Contorno Vitório Traiano**  
**Nº 501** - Bairro Água Branca  
Francisco Beltrão - PR  
**CEP 85.601-838**



**FORMULÁRIO DE COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO  
LINHA DO CUIDADO MATERNO INFANTIL – PEDIATRIA**

Município de Residência: \_\_\_\_\_  
Profissional Responsável: \_\_\_\_\_  
Nome da APS: \_\_\_\_\_

Data do Encaminhamento: \_\_\_\_\_  
Usuário IDS: \_\_\_\_\_  
Nome ACS: \_\_\_\_\_

**DADOS PESSOAIS**

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Nome do Responsável pela criança/parentesco: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

**DADOS DA CRIANÇA NO NASCIMENTO**

Estratificação da Mãe no Parto: \_\_\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ Tipo de Parto: \_\_\_\_\_  
Peso Nasc.: \_\_\_\_\_ Peso Alta: \_\_\_\_\_ Estatura (cm): \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_  
APGAR 1º min: \_\_\_\_\_ APGAR 5º min: \_\_\_\_\_ Alimentação na alta: \_\_\_\_\_

\* Preencher dados acima E/OU anexar página da Caderneta da Criança que conste estes dados

**DADOS PARA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO CLÍNICO NO DIA DA ESTRATIFICAÇÃO**

Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_  
FC (bpm): \_\_\_\_\_ FR (irpm): \_\_\_\_\_ IMC (Kg/m²): \_\_\_\_\_ DNPM: \_\_\_\_\_

**ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO – RISCO INTERMEDIÁRIO E ALTO RISCO**

Ao nascer até 2 anos de idade	Justificativa
<b>Características individuais e socioeconômicas materna:</b>	
<input type="checkbox"/> Com infecção intrauterina (STORCHZ) e/ou HIV	
<input type="checkbox"/> Vulnerabilidade em situação de rua, indígena, quilombolas ou migrantes	
<input type="checkbox"/> Negras	
<input type="checkbox"/> Com menos de 4 consultas de pré-natal	
<input type="checkbox"/> Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade	
<input type="checkbox"/> Com menos de 20 anos e mais de 3 partos	
<input type="checkbox"/> Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo	
<input type="checkbox"/> Que apresentaram exantema durante a gestação	
<input type="checkbox"/> Com gravidez indesejada	
<input type="checkbox"/> Com gravidez decorrente de violência sexual	
<input type="checkbox"/> Com histórico de óbito em gestação anterior (aborto e/ou natimorto)	
<input type="checkbox"/> Óbito de irmão menor que 5 anos por causas evitáveis	
<input type="checkbox"/> Mãe sem suporte familiar	
<input type="checkbox"/> Chefe da família sem fonte de renda	
<input type="checkbox"/> Depressão pós-parto e/ou baby blues	
<input type="checkbox"/> Um dos pais com: transtorno mental severo, deficiência física e/ou doença neurológica	
<input type="checkbox"/> Pais com dependência de álcool e outras drogas	
<input type="checkbox"/> Mãe ausente por doença, abandono ou óbito	
<input type="checkbox"/> Com histórico de violência interpessoal	
<input type="checkbox"/> Cuidador não habilitado para o cuidado com o RN	
<input type="checkbox"/> Sem acesso a saneamento básico e/ou água potável	



**SUPLEMENTAÇÃO / MEDICAMENTOS**

Alergia Medicamentosa: \_\_\_\_\_

Medicamentos / Suplementos em uso	Dose/Via	Posologia	Aquisição (pública, doação e ou privada)

Obrigatoriamente preencher quadro acima OU anexar ao PDF a(as) prescrição(ões) com TODOS medicamentos/suplementos em uso!  
Orientar paciente que é imprescindível trazer os medicamentos junto no dia da consulta!

**EXAMES (se houver)**

Exame	Data	Resultado

\* Preencher quadro acima E/OU anexar exames ao arquivo

**PLANO DE CUIDADOS  
AUTOCUIDADO**

**Letramento funcional em Saúde (LFS) do responsável:** ( ) Inadequado ( ) Limitado ( ) Adequado

**Suporte Familiar:** ( ) Suficiente ( ) Insuficiente

**Suporte Social:** ( ) Suficiente ( ) Insuficiente

**LISTA DE PROBLEMAS**

Problemas identificados pela equipe (outros diagnósticos, complicações, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, fatores de risco psicossociais, outros problemas):

---



---

Problemas identificados pelo responsável pela criança:

---



---

**PROBLEMAS E RECOMENDAÇÕES**

PROBLEMA	OBJETIVOS	BARREIRAS/ DIFICULDADES	RECOMENDAÇÕES

\* Assinalar os problemas por ordem de prioridade!

**PROBLEMAS PRIORITÁRIOS E METAS**

PROBLEMA	AÇÃO	META	GRAU DE INTERESSE (1 A 10)	GRAU DE CONFIANÇA (1 A 10)	APOIO NECESSÁRIO
P1 -					
P2 -					
P3 -					

**5. PRÓXIMOS ATENDIMENTOS**

**APS** DATA: \_\_/\_\_/\_\_ HORA: \_\_\_\_

**AAE** DATA: \_\_/\_\_/\_\_ HORA: \_\_\_\_

Local e Data

Assinatura/Carimbo

## ANEXO II – MODELO DE TERMO DE DESISTÊNCIA

 (46) **3520.0900**

 **Rod. Contorno Vitório Traiano**  
**Nº 501** - Bairro Água Branca  
Francisco Beltrão - PR  
**CEP 85.601-838**



## TERMO DE DESISTÊNCIA

Eu, (NOME DO RESPONSÁVEL), responsável pelo paciente (NOME DO PACIENTE), portador (a) do CPF (INCLUIR O Nº DO DOCUMENTO), usuário (IDS DO PACIENTE), residente no município de (NOME DO MUNICÍPIO) declaro para os devidos fins que não desejo manter acompanhamento no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), na Linha de Cuidado (INFORMAR QUAL ESPECIALIDADE É ATENDIDO). Declaro ainda, que fui orientado(a) pelo(a) Enfermeiro(a) (INFORMAR O NOME), acerca da importância de manter o acompanhamento; declaro ter ciência dos possíveis riscos e prejuízos que o abandono/desistência do tratamento pode ocasionar. Certifico que este documento me foi explicado, que o li ou que foi lido para mim, tendo entendido o seu conteúdo.

Motivo da desistência: (breve relato)

Data (Município, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável  
e/ou responsável legal

(46) 3520.0900

Rod. Contorno Vitório Traiano  
Nº 501 - Bairro Água Branca  
Francisco Beltrão - PR  
CEP 85.601-838



## ANEXO III – DETALHAMENTO REGIONAL – SAÚDE DA CRIANÇA

 (46) **3520.0900**

 **Rod. Contorno Vitório Traiano**  
**Nº 501** - Bairro Água Branca  
Francisco Beltrão - PR  
**CEP 85.601-838**



## **ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE CRIANÇAS NO PARANÁ**

**Aprovada na CIB/PR em 28.04.2021**

A estratificação de risco, segundo a Linha Guia Materno Infantil, estabelece critérios para garantir o cuidado às crianças com maior probabilidade de adoecer e morrer. A identificação dos Recém-nascido (RN) de risco habitual, intermediário e de alto risco ao nascer possibilita oferecer cuidados diferenciados para essas crianças.

Os critérios da estratificação devem ser reavaliados **de forma contínua e dinâmica**, durante o acompanhamento da criança até completar o 2º ano de vida, porque as crianças podem ter evolução que permita mudança de risco.

Os riscos ao nascer identificados de cada criança devem ser definidos na alta da maternidade ou na visita domiciliar pela busca ativa dos RN, sendo estratificada em **Risco Habitual, Intermediário e Alto Risco** na dependência de dados maternos (idade, raça/cor, escolaridade, condições sociodemográficas), antecedentes pré-natais, perinatais e neonatais.

O acompanhamento da criança é realizado pela Atenção Primária à Saúde (APS), onde pode ser mantido exclusivamente ou de forma compartilhada com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), quando for necessário esse tipo de acompanhamento. Importante enfatizar que mesmo na necessidade de acompanhamentos específicos, a assistência integral ao paciente deve ser assegurada pelo Plano de Cuidados compartilhado com a APS.

A continuidade do cuidado é um dos princípios que deve ser garantido à criança. As equipes da APS e AAE devem atuar como uma única equipe. Ou seja, deverão manter objetivo e conduta comum com relação aos critérios de manejo recomendados pelas diretrizes clínicas e os instrumentos pactuados, e com canais de comunicação e apoio recíproco, ágeis e úteis, para uma gestão compartilhada do cuidado da criança.

Diante disso, a equipe da Divisão de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente da SESA realizou a revisão da estratificação de risco da criança de 0 a 2 anos, bem como consultou técnicos das Regionais de Saúde, SESA central e Conselho Regional de Medicina. A revisão, que hora se apresenta, passou ainda por consulta do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS/PR).

**Secretaria da Saúde do Paraná**

Diretoria de Atenção e Vigilância em Saúde

Rua Piquiri, 170 – Curitiba-Paraná | CEP: 80230-140

Fone (41) 3330-4418 | e-mail: sas.sesa@sesa.pr.gov.br

## ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO AO NASCER

### RISCO HABITUAL

<b>Quem atende? (Pontos de Atenção)</b>	<b>Quem é? (Criança)</b>
<b>APS - (Unidade de Saúde)</b>	Crianças com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança. <ul style="list-style-type: none"><li>• Critérios: APGAR &gt; 7 no 5º minuto;</li><li>• Peso ao nascer ≥ 2.500g e &lt; 4.000g;</li><li>• Idade gestacional ≥ 37 e &lt; 42 semanas.</li></ul>

Para as crianças classificadas como Risco Intermediário deve-se ampliar o calendário de consultas conforme descrito na seção **Calendário de Puericultura**. Estas crianças terão seu acompanhamento intensificado e caso evoluam sem melhora de fatores de risco ou piora dos mesmos, devem ser reclassificados como Alto Risco e encaminhados para a AAE.

## RISCO INTERMEDIÁRIO

Quem atende? (Pontos de Atenção)	Quem é? (Criança)
<p><b>APS - (Unidade de Saúde)</b> (com maior cuidado – calendário de puericultura Risco Intermediário)</p>	<p><b><u>Características individuais e socioeconômicas materna:</u></b> Filhos de mães:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Com infecção intrauterina (STORCHZ<sup>1</sup>) + HIV.</li> <li>• Em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes;</li> <li>• Negras;</li> <li>• Com menos de 4 consultas de pré-natal;</li> <li>• Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade;</li> <li>• Com menos de 20 anos e mais de 3 partos;</li> <li>• Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo;</li> <li>• Que apresentaram exantema durante a gestação;</li> <li>• Com gravidez indesejada<sup>2</sup>;</li> <li>• Com histórico de óbito em gestação anterior (aborto<sup>3</sup> e/ou natimorto<sup>4</sup>);</li> <li>• Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis;</li> <li>• Com histórico de violência interpessoal;</li> <li>• Que morreram no parto.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>E/OU</b></p> <p><b><u>Características do nascimento:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso ao nascer ≥ 2.000g e &lt; 2.500g;</li> <li>• Idade gestacional entre ≥ 35 e &lt; 37 semanas;</li> <li>• Anomalias congênitas menores<sup>5</sup>;</li> </ul>

<sup>1</sup> Sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus e Zika vírus.

<sup>2</sup> Situações em que a gravidez não foi planejada e/ou desejada, quando há dificuldade de aceitação da gravidez.

<sup>3</sup> Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos).

<sup>4</sup> Óbito fetal (natimorto): quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas de gestação, ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500g, ou estatura igual ou superior a 25 cm.

<sup>5</sup> São relativamente frequentes na população geral e não acarretam maiores problemas aos portadores. **Exemplos:** fossetas, apêndices pré-auriculares, polidactilias do tipo de apêndices digitiformes, hipospádias de 1º grau ou balânicas, mamas extranumerárias, nevos pigmentados.

Para as crianças classificadas como alto risco deve ocorrer o **cuidado compartilhado** entre a AAE e a APS em que a família está cadastrada. A Equipe da APS deve monitorar esse seguimento, conhecendo a programação de procedimentos aos quais aquela criança deverá ser submetida.

### ALTO RISCO

Quem atende? (Pontos de Atenção)	Quem é? (Criança)
<p><b>APS - (Unidade de Saúde)</b> (com maior cuidado – calendário de puericultura Alto Risco)</p> <p style="text-align: center;"><b><u>COMPARTILHADO</u></b></p> <p><b>AAE - (Maternidade de Alto Risco ou Consórcio ou Ambulatório)</b> (interconsultas agendadas)</p>	<p><b><u>Características do nascimento:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso ao nascer &lt; 2.000g e ≥ 4.000g;</li> <li>• Idade gestacional ≤ 34 semanas;</li> <li>• Asfixia perinatal (APGAR &lt; 7 no 5º minuto);</li> <li>• Hiperbilirrubinemia com exsanguinotransfusão;</li> <li>• Malformações congênitas grave (com repercussão clínica)<sup>6</sup>;</li> <li>• Doenças genéticas, cromossomopatias<sup>7</sup>.</li> </ul>

<sup>6</sup> Graves alterações anatômicas, estéticas e funcionais podendo levar à morte. **Exemplos:** lábio leporino com ou sem palato fendido, sindactílias e microtias, síndrome de Down, síndrome de Patau, anencefalia, cardiopatia congênita, etc.

<sup>7</sup> Como por exemplo, a síndrome de Down.

## ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO ENTRE 1 MÊS E 2 ANOS

Visando a proteção e o fomento ao desenvolvimento integral da criança até os dois anos, período importante e sensível da primeira infância, durante o acompanhamento de puericultura do lactente na APS, a estratificação de risco deve ser **atualizada a cada consulta**. Deve-se priorizar as crianças de risco para desenvolvimentos de ações em vigilância em saúde com busca ativa para manutenção do calendário de puericultura para crianças de risco intermediário e alto risco, bem como para o encaminhamento a AAE, quando necessário.

### RISCO HABITUAL

<b>Quem atende? (Pontos de Atenção)</b>	<b>Quem é? (Criança)</b>
<b>APS - (Unidade de Saúde)</b>	<p>Crianças com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, ou seja, risco inerente ao ciclo de vida da criança.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Triagem neonatal com resultado normal<sup>8</sup>;</li> <li>• Vacinação em dia;</li> <li>• Adequado crescimento<sup>9</sup>;</li> <li>• Adequado desenvolvimento<sup>10</sup>.</li> </ul>

Para as crianças classificadas como Risco Intermediário deve-se ampliar o calendário de consultas conforme descrito na seção **Calendário de Puericultura**. Estas crianças terão seu acompanhamento intensificado e caso evoluam sem melhora de fatores de risco ou piora dos mesmos, devem ser reclassificados como Alto Risco e encaminhados para a AAE.

<sup>8</sup> Teste da orelhinha, olho, coraçãozinho e pezinho.

<sup>9</sup> Conforme gráficos de dispostos na caderneta da criança.

<sup>10</sup> Conforme marcos do desenvolvimento dispostos na caderneta da criança.

## RISCO INTERMEDIÁRIO

Quem atende? (Pontos de Atenção)	Quem é? (Criança)
<p><b>APS - (Unidade de Saúde)</b> (com maior cuidado – calendário de puericultura Risco Intermediário)</p>	<p><b>Características individuais e socioeconômicas materna:</b> Filhos de mães:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Com infecção intrauterina (STORCHZ<sup>11</sup>) + HIV.</li> <li>• Em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes;</li> <li>• Negras;</li> <li>• Com menos de 4 consultas de pré-natal;</li> <li>• Com menos de 15 ou mais de 40 anos de idade;</li> <li>• Com menos de 20 anos e mais de 3 partos;</li> <li>• Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo;</li> <li>• Que apresentaram exantema durante a gestação;</li> <li>• Com gravidez indesejada<sup>12</sup>;</li> <li>• Com gravidez decorrente de violência sexual;</li> <li>• Com histórico de óbito em gestação anterior (aborto<sup>13</sup> e/ou natimorto<sup>14</sup>);</li> <li>• Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis;</li> <li>• Mãe sem suporte familiar<sup>15</sup>;</li> <li>• Chefe da família sem fonte de renda;</li> <li>• Depressão pós-parto e/ou baby blues<sup>16</sup>;</li> <li>• Um dos pais com: transtorno mental severo, deficiência física e/ou doença neurológica;</li> <li>• Pais com dependência de álcool e outras drogas<sup>17</sup>;</li> </ul>

<sup>11</sup> Sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes vírus e Zika vírus.

<sup>12</sup> Situações em que a gravidez não foi planejada e/ou desejada, quando há dificuldade de aceitação da gravidez.

<sup>13</sup> Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos).

<sup>14</sup> Óbito fetal (natimorto): quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas de gestação, ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500g, ou estatura igual ou superior a 25 cm.

<sup>15</sup> Sem rede de apoio para compartilhar o cuidado com a criança.

<sup>16</sup> Diagnóstico atual ou pregresso.

<sup>17</sup> Pode-se utilizar a classificação T-ACE ad gestante, que consta na estratificação de risco da gestante.

- Mãe ausente por doença, abandono ou óbito;
- Com histórico de violência interpessoal;
- Cuidador não habilitado para o cuidado com o RN<sup>18</sup>;
- Sem acesso a saneamento básico e/ou água potável.

### E/OU

- Peso ao nascer  $\geq 2.000\text{g}$  e  $< 2.500\text{g}$ ;
- Idade gestacional  $\geq 35$  e  $< 37$  semanas;
- Anomalias congênitas menores<sup>19</sup>;
- Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal;
- Criança sem realização de triagem neonatal<sup>20</sup>;
- Desmame precoce (antes do 6º mês de vida);
- Desnutrição ou curva ponderoestatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais ou Sobrepeso;<sup>21</sup>
- Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado<sup>22</sup>;
- Cárie<sup>23</sup>;
- Criança com 3 ou mais atendimentos em pronto socorro e um período de 3 meses.

<sup>18</sup> Avaliar durante visita domiciliar se há indícios de violação dos direitos da criança.

<sup>19</sup> São relativamente frequentes na população geral e não acarretam maiores problemas aos portadores. **Exemplos:** fossetas, apêndices pré-auriculares, polidactilias do tipo de apêndices digitiformes, hipospádias de 1º grau ou balânicas, mamas extranumerárias, nevos pigmentados.

<sup>20</sup> Diz respeito sobre o teste da orelhinha, olhinha, coraçãozinho e do pezinho. Cada teste possui tempo limite para detecção e intervenção precoce. A não realização de um ou mais teste já enquadra a criança como risco intermediário. Crianças que não realizaram os testes, mas possuem agendamento também se enquadram no critério.

<sup>21</sup> De acordo com o Passaporte da Cidadania (Caderneta da Criança): **Peso elevado para a idade**  $>$  score-z +2 | **Peso adequado para a idade**  $\geq$  score-z 2 e  $\leq$  score-z +2 | **Baixo peso para idade**  $\geq$  score-z -3 e  $<$  2 | **Muito baixo peso para a idade**  $<$  score-z -3.

<sup>22</sup> Após orientação e/ou busca ativa a criança continua faltosa. Crianças com contraindicação e/ou alergias graves ao imunizante devem ser acompanhadas como risco intermediário.

<sup>23</sup> Ao apresentar cárie em um único dente já caracteriza como risco intermediário.

Para as crianças classificadas como alto risco deve ocorrer o **acompanhamento conjunto** entre a AAE e a APS em que a família está cadastrada. A Equipe da APS deve monitorar esse seguimento, conhecendo a programação de procedimentos aos quais aquela criança deverá ser submetida.

### ALTO RISCO

Quem atende? (Pontos de Atenção)	Quem é? (Criança)
<p><b>APS - (Unidade de Saúde)</b> (com maior cuidado – calendário de puericultura Alto Risco)</p> <p style="text-align: center;"><b><u>COMPARTILHADO</u></b></p> <p><b>AAE - (Maternidade de Alto Risco ou Consórcio ou Ambulatório)</b> (interconsultas agendadas)</p>	<p><b><u>Afecções perinatais e malformações congênitas:</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso ao nascer &lt; 2.000g e ≥ 4.000g;</li> <li>• Prematuridade ≤ 34 semanas;</li> <li>• Asfixia perinatal e/ou APGAR &lt; 7 no 5º minuto;</li> <li>• Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão, Infecções crônicas do grupo STORCH + HIV + Zika confirmadas ou em investigação;</li> <li>• Doença genética, malformações congênitas graves<sup>24</sup> (com repercussão clínica), cromossomopatias<sup>25</sup> e doenças metabólicas com repercussão clínica;</li> <li>• Testes de triagem neonatal alterados<sup>26</sup>;</li> <li>• Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária<sup>27</sup>;</li> <li>• Sinais de violência / maus tratos;</li> <li>• Desnutrição grave e/ou obesidade<sup>28</sup>;</li> <li>• Intercorrências repetidas com repercussão clínica – após segunda internação.</li> </ul>

<sup>24</sup> Graves alterações anatômicas, estéticas e funcionais podendo levar à morte. **Exemplos:** lábio leporino com ou sem palato fendido, sindactilias e microtias, síndrome de Down, síndrome de Patau, anencefalia, cardiopatia congênita, etc.

<sup>25</sup> Como por exemplo, a síndrome de Down.

<sup>26</sup> Diz respeito sobre os testes da orelhinha, olinha, coraçãozinho e do pezinho. A identificação de um único teste alterado já caracteriza como alto risco.

<sup>27</sup> Conforme marcos do desenvolvimento dispostos na caderneta da criança.

<sup>28</sup> De acordo com o Passaporte da Cidadania (Caderneta da Criança): **Peso elevado para a idade** > escore-z +2 | **Peso adequado para a idade** ≥ escore-z 2 e ≤ escore-z +2 | **Baixo peso para idade** ≥ escore-z -3 e < 2 | **Muito baixo peso para a idade** < escore-z -3.

## **OBSERVAÇÕES:**

1. A **estratificação de risco ao nascer** deve ser realizada na maternidade ou no primeiro atendimento do RN na APS;
2. A **estratificação de risco entre 1 mês e 2 anos de vida** deve ser realizada em todas as consultas;
3. A **identificação de um único critério** define o estrato de risco da criança, predominando o critério maior;
4. A maternidade deverá preencher todos os campos da Caderneta de Saúde da Criança referente ao período neonatal, bem como anexará resumo das intercorrências no período de permanência na unidade, quando da alta;
5. Quando o cuidado for compartilhado entre a APS e AAE é de extrema importância a construção e execução do Plano de Cuidados compartilhado da criança. O Plano deve ser elaborado pela APS e a AAE fará as considerações e complementações. Quando da liberação ambulatorial, a AAE enviará à APS o relatório do período de seguimento da criança;
6. A AAE direcionará a periodicidade de retornos, encaminhamentos a outros especialistas e liberação ambulatorial;
7. Quando houver **comprometimento** do crescimento e/ou desenvolvimento, necessidades especiais, doenças crônicas (pneumopatia, cardiopatia, nefropatia, diabetes, problemas neurológicos), intercorrências clínicas repetidas com repercussão orgânica e situações sociais que necessitem de intervenções, o médico deverá ser o direcionador das consultas e/ou visitas domiciliares da equipe de saúde pela APS até a criança completar os 2 anos de vida ou mais.

## CALENDÁRIO DE PUERICULTURA

A equipe de APS, no âmbito da saúde da criança, pode organizar o processo de trabalho com a oferta de uma atenção equânime e integral que depende da estratificação de risco e da presença de vulnerabilidade. Assim, a atenção da criança deve ser diferenciada se for detectada a **vulnerabilidade sociofamiliar**, onde se destaca:

- Mães com deficiências física/mental;
- Pais ou responsáveis dependentes de álcool e outras drogas;
- Pais ou responsáveis sem renda;
- Famílias em situações de violência;
- Condições socioambientais desfavoráveis.

O Ministério da Saúde (MS) recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (1ª semana, 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 3º 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.

O número de consultas diferenciado pela avaliação da Equipe Multiprofissional dependerá da capacidade instalada na APS, estimando a população infantil no território de abrangência e nas demandas populacionais. Entre as ofertas da APS no cuidado à criança estão as visitas domiciliares, os grupos, as ações de promoção e prevenção na unidade, na escola e na comunidade.

A seguir o calendário de consultas conforme a Estratificação de Risco (ER).

Tabela 1: Calendário de consultas de puericultura na APS.

ER	1ª sem	1º m	2º m	3º m	4º m	5º m	6º m	7º m	8º m	9º m	10º m	11º m	12º m	15º m	18º m	21º m	24º m
RH	X	X	X		X		X			X			X		X		X
RI	X	X	X	X	X	X	X		X		X		X	X	X	X	X
AR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Tabela 2: Calendário de consultas de puericultura na AAE.

Classificação de risco	Número de atendimentos no AAE
<b>Alto risco</b>	6 atendimentos multiprofissional: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 durante o 1º ano de vida</li> <li>• 1 entre 15 e 18 meses; e</li> <li>• 1 aos 24 meses de vida.</li> </ul>

**Divisão de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescentes:**

Gisella Sanches Henle Piassetta (Pediatra)

Iolanda Maria Novadzki (Pediatra e Médica do Adolescente)

Jéssica Luiz Dinardi – Chefe da Divisão (Enfermeira)

Leticia Santos Corrêa Foltran (Fonoaudióloga)

Marisa da Costa (Psicóloga)

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. Diário Oficial da União, 08 mar 2016.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 jul. 1990. Seção 1, p. 13563.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: Saúde Mental. Brasília- DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de quadros de procedimentos: Aidpi Criança : 2 meses a 5 anos / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 74 p. : il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 agosto 2015c. Seção 1, p 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. –Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p. : il. ISBN 978-85-334-2596-5

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI Neonatal : quadro de procedimentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas; Organização Pan-Americana da Saúde. – 5. ed. 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 40 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. –Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 265 p.

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, 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 10 mai 2012.

PARANÁ. Linha Guia Rede Mãe paranaense 7ªed. Curitiba, 2018.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – CEInfo. Declaração de Nascido Vivo – Manual de Anomalias Congênitas. 2ª ed. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2012. 97p.