



NOTA TÉCNICA

Estratificação de risco da criança de 0 a 5 anos

Nº 03 22/07/2025



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DA SAÚDE

Governador do Estado do Ceará

Elmano de Freitas da Costa

Secretaria da Saúde do Ceará

Tânia Mara Silva Coelho

Secretaria Executiva da Atenção**Primária e Políticas de Saúde**

Maria Vaudelice Mota

**Secretário Executivo de Atenção à
Saúde e Desenvolvimento Regional**

Lauro Vieira Perdigão Neto

Secretário Executivo de Vigilância em Saúde

Antonio Silva Lima Neto

Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde

Thaís Nogueira Facó de Paula Pessoa

**Coordenadoria de Atenção Especializada
e das Redes de Atenção à Saúde**

Rianna Nargilla Silva Nobre

**Coordenadoria de Gestão do
Cuidado Integral à Saúde**

Luciene Alice Silva

Elaboração e revisão

Ana Amélia Lins Cavalcante

Ana Beatriz Ferreira Pinheiro

Ana Maria Martins Pereira

Álef Lucas Dantas de Araújo Silva

Diva de Lourdes Azevedo Fernandes

Juliana Alencar Moreira Borges

Mayenne Myrcea Quintino P. Valente

Pedro Antônio de Castro Albuquerque

Priscilla Cunha da Silva

Talyta Alves Chaves Lima

Thaliasson Santos Ribeiro

Colaboração

Ana Gláucia Sombra Saraiva

Euzi Adriana Bonifácio Rodrigues

Isabella Costa Martins

Gislane Bernardino de Freitas

Karísia Pontes Aguiar de Castro

Jackeline da Rocha Vasques

Josianne Alves de Freitas Maia

Maria Ercelina Cavalcante Alencar

Rosy Denyse Pinheiro de Oliveira

Thales José Nunes Vieira

APRESENTAÇÃO

A Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, por meio da Secretaria Executiva de Atenção Primária e Políticas de Saúde, apresenta uma ferramenta para padronização da estratificação de risco da criança de 0 a 5 anos de idade.

A Nota Técnica proposta é baseada em evidências científicas e tem como foco a identificação da complexidade clínica e sociofuncional de crianças de 0 a 5 anos. Ao ser incorporada, a estratificação de risco possibilita uma atenção personalizada e integrada na Rede de Atenção à Saúde (RAS), promovendo um manejo clínico mais seguro e qualificado no cuidado compartilhado. Dessa forma, contribui diretamente para a organização da RAS e o fortalecimento da gestão da clínica, garantindo cuidados equânimes centrados nas reais necessidades das crianças.

Ela foi elaborada em consonância com os protocolos e diretrizes existentes no Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), e apresenta-se com parâmetros assistenciais baseados nas necessidades reais da saúde da população, ajudando a superar a fragmentação na RAS e criando uma linguagem comum, que possibilite a comunicação na rede.



INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC tem como objetivo promover e proteger a saúde infantil e o aleitamento materno por meio de ações integrais, humanizadas e equitativas, articuladas à estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde e de forma intersetorial. A implementação dos eixos estratégicos, em consonância com o perfil epidemiológico, contribui significativamente para a melhoria da qualidade de vida das crianças e, consequentemente, para a redução da morbimortalidade infantil (Brasil, 2018).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) traz a importância das políticas públicas que garantam acesso igualitário e de qualidade a todos. Em 2025, o dia mundial da saúde destaca a saúde materna e neonatal com o tema “Inícios saudáveis, futuros esperançosos”; a mobilização internacional visa avançar nas ações de redução das mortes maternas e neonatais, além de buscar promover o bem-estar físico e emocional das mulheres antes, durante e após o parto.

Dentre os principais Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2030 e das ações dispostas pelo Ministério da Saúde (MS), erradicar as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos é prioridade.

No Brasil, em 2023 a Taxa de Mortalidade Infantil - TMI foi de 12,0 óbitos por 1000 nascidos vivos. No estado do Ceará, no período entre 2017 e 2023 houve uma queda expressiva na TMI, que passou de 13,2 para 11,7 óbitos por 1000 nascidos vivos. Além disso, 67,7% (882) dos óbitos infantis ocorridos no Ceará em 2023 foram por causas evitáveis.

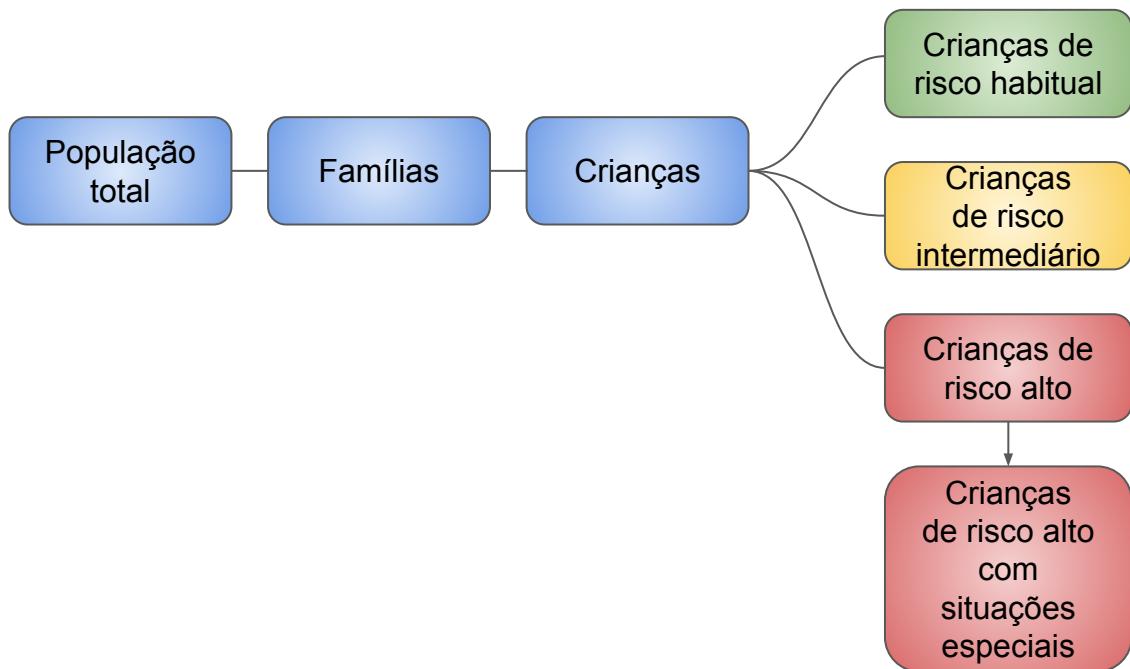
As estratégias para melhoria desses indicadores requerem mudanças assistenciais e organizacionais dos serviços de Atenção à Saúde, necessitando de esforços contínuos dos profissionais e gestores envolvidos.

1. Estratificação de Risco

A estratificação dos riscos tem sido associada a uma melhor qualidade da Atenção à Saúde, aos impactos positivos nos resultados clínicos e à maior eficiência no uso dos recursos de saúde. Ela cumpre, antes de tudo, o objetivo de vigilância contínua do crescimento e do desenvolvimento da criança, identificando precocemente as situações que representam risco de adoecimento, agravamento ou morte, é um processo que divide uma população em subpopulações com riscos semelhantes, permitindo a oferta de cuidados diferenciados às crianças com maior probabilidade de adoecer ou morrer.

O processo de conhecimento da população é complexo e estruturado em vários momentos: cadastramento da população geral de um território; cadastramento e classificação por riscos sociosanitários das famílias; vinculação das famílias à equipe; identificação da subpopulação de crianças e estratificação por risco de acordo com fatores de risco e doenças diagnosticadas (CONASS,2021).

Figura 01: Identificação da subpopulação de crianças e estratificação por risco.



Fonte: CONASS,2021.

A estratificação de risco da criança de 0 a 5 anos deverá levar em consideração o conhecimento da complexidade clínica e sociofuncional desta, possibilitando a atenção diferenciada, de acordo com o estrato de risco, oferecendo à criança de alto risco mais intensidade de cuidados, se comparada à criança de risco habitual.

A Estratificação de risco da condição de saúde da criança aqui apresentada não deverá ser compreendida de maneira reduzida a uma lista classificatória, e sim a um contexto multidimensional de fatores que podem determinar a saúde e a vida da criança, remetendo a intervenções amplas e multifatoriais para proteger e promover a potencialidade do seu crescimento e desenvolvimento (CONASS,2021).

Desta forma, a Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde Atenção à Saúde realizou a estruturação da Ficha de Estratificação de Risco que sumariza os conceitos utilizados na classificação de risco ao nascimento. O presente documento busca estabelecer um modelo de estratificação de risco na Atenção à Saúde da Criança a partir dos critérios especificados.

Estratificação de Risco para Criança de 0 - 5 anos

RISCO HABITUAL

Riscos inerentes à própria condição de vida.

AUSÊNCIA DE FATORES DE RISCO

Mãe com realização de pré-natal.

Peso ao nascer $\geq 2.500\text{g}$ ou $\leq 4.000\text{g}$.

APGAR ≥ 7 no 5º minuto.

Ausência de patologias específicas.

Triagem neonatal realizada (teste do pezinho, teste do reflexo vermelho, teste da orelhinha, teste do coraçãozinho e teste da linguinha) e com resultado sem alterações.

Aleitamento materno exclusivo até 6 meses e complementar até 2 anos de idade.

Crescimento e desenvolvimento (perímetrocefálico, peso, comprimento, IMC, marcos do desenvolvimento adequados para a idade de acordo com a caderneta da criança).

Calendário vacinal em dia.

Rede de apoio definida*.

Mãe com mais de 5 anos de estudo.

Mãe e/ou pai maior de 18 anos.

União estável, casado ou morando juntos.

Estratificação de Risco para Criança de 0 - 5 anos

RISCO INTERMEDIÁRIO

Consideram-se fatores relacionados às condições de saúde na primeira semana e no primeiro mês de vida, fatores relacionados à nutrição, fatores relacionados ao cuidado, fatores sociofamiliares, fatores relacionados ao ambiente e doenças próprias do ciclo de vida.

FATORES RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES DE SAÚDE NA PRIMEIRA SEMANA E NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA

Recém-nascido à termo precoce com IG de 37 a 38 semanas.

Risco de hiperbilirrubinemia indireta patológica precoce*.

Risco de desmame precoce.

Risco de sepse neonatal.

Não realização da Triagem neonatal ou atraso na sua realização (teste do pezinho, teste do reflexo vermelho, teste da orelhinha, teste do coraçãozinho e teste da linguinha).

FATORES RELACIONADOS À NUTRIÇÃO

Desmame do aleitamento materno exclusivo antes de 6 meses de vida.

Distanciamento do canal de crescimento da criança, em fase inicial, com relação ao peso, comprimento/altura, perímetrocefálico e IMC de acordo com a caderneta da criança.

Sobrepeso ou obesidade (desnutrição ou subnutrição clínica), sem comorbidades e sem repercussão clínica.

Estratificação de Risco para Criança de 0 - 5 anos

RISCO INTERMEDIÁRIO

FATORES SOCIOFAMILIARES

Gravidez indesejada.

Pré-natal tardio (acima de 12 semanas).

Mãe e/ou pai menor de 18 anos.

Mãe com baixa escolaridade (< 5 anos de estudo).

Mãe com pré-natal não realizado ou incompleto (<7 consultas, não realização de exames e tratamentos não realizados ou incompletos).

Irmãos < 5 anos com internação de repetição ou óbito por causas evitáveis.

Mãe e/ou pai com condições/comportamento que comprometam o cuidado da criança.

Mãe e/ou pai ausente por doença, abandono ou óbito.

Filhos de mãe e/ou pai em regime prisional.

Filhos de mãe e/ou pai em situação de rua, quilombolas, negras ou indígenas.

Indícios de violência física, sexual, psicológica e/ou trabalho infantil.

Gravidez relacionada à violência sexual.

DOENÇAS PRÓPRIAS DO CICLO DE VIDA

Doenças transitórias, sem complicações.

Doenças bucais de menor complexidade: lesão de mancha branca, cárie dentária, doença periodontal.

Estratificação de Risco para Criança de 0 - 5 anos

RISCO INTERMEDIÁRIO

FATORES RELACIONADAS AO CUIDADO

Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado.

Não comparecimento à agenda de puericultura.

Higiene oral, corporal e/ou genital prejudicada.

Baixa autoeficácia materna, paterna, cuidador ou responsável.

Uma internação no último ano.

Não vinculação da criança à Unidade Básica de Saúde e/ou ao Agente Comunitário de Saúde.

Criança < 01 ano de idade exposta à tela (exemplo: TV, celulares, tablets, computadores).

FATORES RELACIONADOS AO AMBIENTE

Exposição à fumaça do tabaco.

Condições de moradia desfavoráveis.

Vulnerabilidade socioeconômica.

Dificuldade de acesso aos serviços de saúde e sociais.

Estratificação de Risco para Criança de 0 - 5 anos

RISCO ALTO

Consideram-se fatores das condições perinatais, complicações da prematuridade, fatores maternos, fatores evolutivos e condições especiais.

CONDIÇÕES PERINATAIS

Baixo peso ao nascer (< 2.500g).

Prematuridade (IG < 37 semanas ao nascer).

PIG (feto com peso estimado abaixo do percentil 10 para a idade gestacional).

GIG (feto com peso acima do percentual 10 para a idade gestacional).

Egressos de Unidade de Cuidados Intensivos/Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.

AFECÇÕES PERI E NEONATAIS

Apgar ≤ 6 no quinto minuto.

Asfixia perinatal.

Hiperbilirrubinemia indireta grave.

Hiperbilirrubinemia direta (colestase).

Infecções crônicas do grupo *STORCHS + HIV, confirmadas ou em investigação.

Malformações congênitas (exemplo: lábio palatinas, cardiopatias, neurológicas, genitourinárias e craniofaciais).

Cromossomopatias (exemplos: Síndrome de Down, Síndrome de Turner, Síndrome do triplo X, Síndrome de Edwards, Síndrome de Patau e outras).

Doenças genéticas e metabólicas (exemplos: Doença de Wilson, fibrose cística, hipertireoidismo, hipotireoidismo e diabetes tipo I).

Condições neurológicas (exemplos: convulsões, paralisias cerebrais, baixa estimulação psicossocial entre outras).

Estratificação de Risco para Criança de 0 - 5 anos

RISCO ALTO

COMPLICAÇÕES DA PREMATURIDADE

Doença pulmonar crônica.

Retinopatia e cegueira.

Surdez.

Outras (ex: síndrome do desconforto respiratório, problemas cardíacos e problemas gastrointestinais).

FATORES FAMILIARES

Pais com dependência de álcool e outras drogas.

Depressão parental.

Doenças maternas graves e/ou não controladas.

FATORES EVOLUTIVOS

Crescimento fora dos limites padronizados para a idade.

Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor para a idade.

Desnutrição grave.

Traços do espectro do autista diagnosticado ou triado pelo aplicação da escala M-CHAT-R.

Sinais de violência física, sexual e/ou psicológica.

Obesidade com comorbidades e com repercussão clínica.

Infecções do trato respiratório inferior de repetição.

Asma moderada ou grave.

Estratificação de Risco para Criança de 0 - 5 anos

RISCO ALTO

FATORES EVOLUTIVOS

Doenças diarreicas crônicas ou de repetição.

Alergia ou intolerância alimentar com repercussão clínica.

Infecção urinária de repetição.

Complicações de infecções do sistema nervoso central.

Desordens endócrinas, metabólicas, sanguíneas e/ou imunes.

Cardiomiopatia, miocardite e outras doenças cardiovasculares e/ou circulatórias.

HIV/AIDS confirmado ou em investigação.

Leucemia e/ou outras neoplasias.

Doenças diagnosticadas na triagem neonatal.

Outras doenças evolutivas graves (exemplo: baixa conexão ocular).

Intercorrências repetidas com repercussão clínica.

Mãe soropositiva para HIV, Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Hepatite B, Herpes e/ou HTLV com criança negativa para estas patologias.

Doença renal.

ALTO RISCO COM CONDIÇÕES ESPECIAIS

Peso ao nascer <2.000g ou IG <34 semanas

Malformações congênitas graves, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica.

2 ou mais internações no último ano.

***Rede de apoio definida** é um grupo de pessoas e/ou instituições que oferecem suporte emocional, prático e/ou social a um indivíduo em momentos de necessidade. Essa rede pode ser composta por familiares, amigos, colegas de trabalho, profissionais de saúde, grupos de apoio, entre outros.

Fatores de risco para hiperbilirrubinemia indireta patológica: baixo peso ao nascer, prematuridade, hemólise, asfixia ao nascimento, infecções, história familiar de icterícia grave, perda de peso do recém-nascido >10% nos primeiros 5 dias de vida associada à dificuldade de sucção ao peito ou presença de outras alterações ao exame clínico;

† **fatores de risco para sepse neonatal:** baixo peso ao nascer, prematuridade, rotura de bolsa antes do trabalho de parto, bolsa rota acima de 18 horas e sinais de corioamnionite, como febre materna, dor suprapúbica, líquido amniótico fétido e história de infecção de trato urinário não tratado no último mês de gestação; ‡ icterícia, fezes claras e urina escura.

IG: Idade Gestacional;

CIUR: crescimento intrauterino restrito;

ZTORCHS: vírus zika, toxoplasmose, outras doenças, rubéola, citomegalovírus, herpes e sífilis.

ATENÇÃO

Esta Nota Técnica propõe uma metodologia de estratificação pela qual basta a identificação de UM ÚNICO CRITÉRIO para definir o estrato de risco, predominando o critério relacionado ao maior risco.

Os fatores de risco sociofamiliares descritos no alto risco, quando presentes, por si não caracterizam o encaminhamento ao AAE, mas tornam-se fatores agravantes para a situação da criança.

Quadro 02: Ordenação do cuidado na rede de atenção infantil.

Estrato de risco	Acompanhamento	Serviços
Habitual	Equipe de Atenção Primária à Saúde - APS	UBS
Intermediário	APS se necessário com apoio matricial pela equipe e-Multi e/ou Atenção Ambulatorial Especializada- AAE em situações específicas.	UBS e policlínicas e/ ou outros serviços próprios municipal, hospital de risco habitual e intermediário.
Alto	Compartilhado entre as equipes de APS e AAE	UBS e policlínicas e/ ou outros serviços próprios, hospital de alto risco.
Alto risco com condições especiais	Compartilhado entre as equipes da APS e da AAE e com outros serviços e especialidades necessárias	UBS, Ambulatório de Seguimento do recém-nascido e da criança e/ ou outros serviços próprios

Fonte: CONASS,2021. SESA, 2025.

RISCO HABITUAL

Atenção Primária à Saúde (APS)

- Acompanhamento de acordo com as diretrizes clínicas.

RISCO INTERMEDIÁRIO

Atenção Primária à Saúde (APS) com apoio matricial se necessário da E-Multi e/ou pela Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) em situações específicas.

- Acompanhamento de acordo com as diretrizes clínicas, porém com maior vigilância e intensidade de cuidados.
- Avaliação, tratamento e plano de cuidados no Centro Especializado Odontológico (CEO) para cárie severa.

RISCO ALTO

Atenção Primária à Saúde (APS)

- Acompanhamento integrado com acompanhamento compartilhado entre Atenção Primária à Saúde e Ambulatorial Especializada (AAE) e monitoramento do Plano de Cuidado definido em conjunto com a equipe especializada.

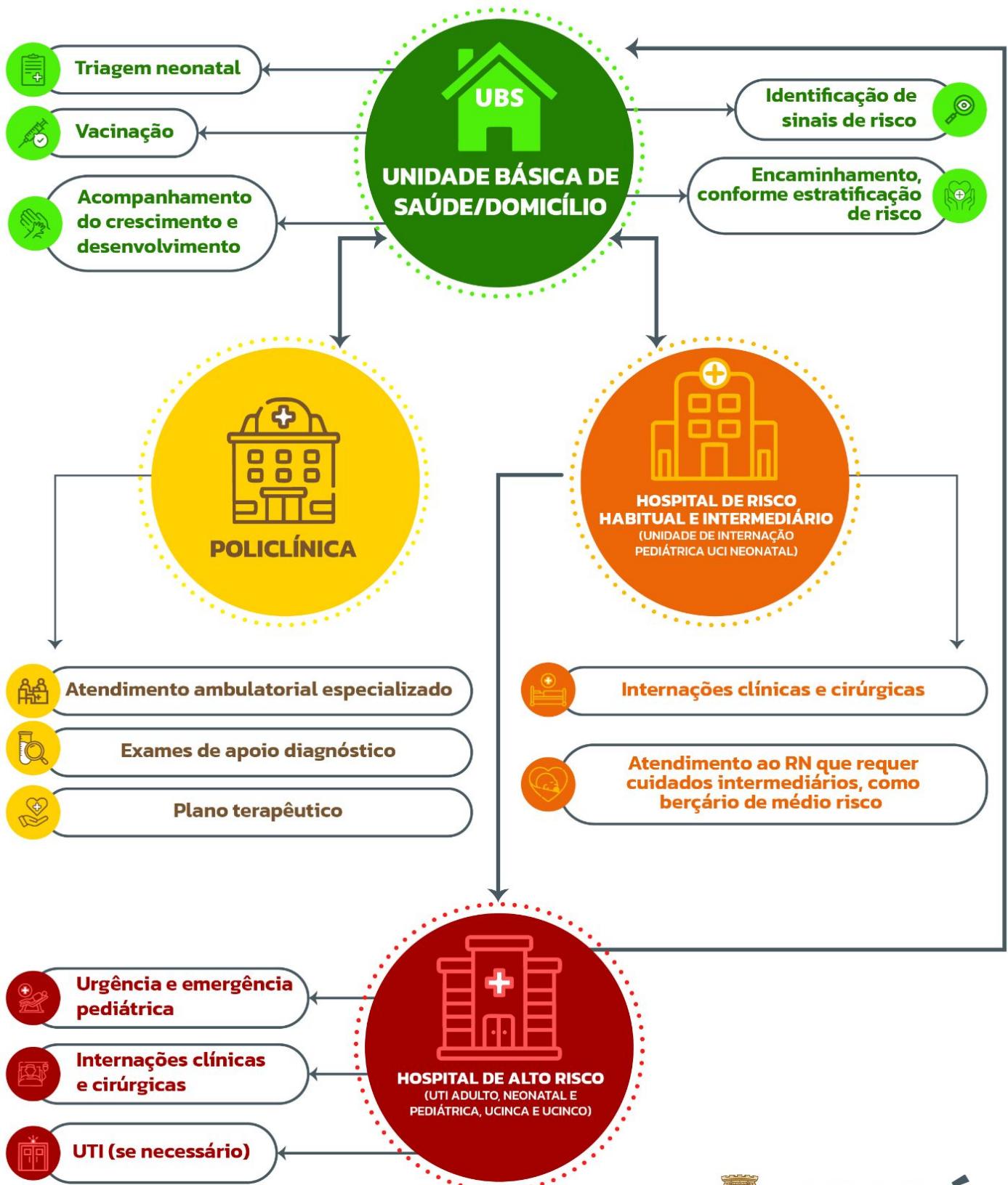
Atenção Ambulatorial Especializada (AAE)

- Definição do Plano de Cuidado pela equipe interdisciplinar em conjunto com a equipe da APS, com foco na estabilização.
- Apoio à equipe da APS para monitoramento do Plano de Cuidado.
- Apoio indireto à equipe da APS para discussão de casos quando necessário, por meio do apoio matricial.

RISCO ALTO COM CONDIÇÕES ESPECIAIS

- Compartilhado entre as equipes da APS e da AAE e com outros serviços e especialidades necessárias.
- Garantia do cuidado, estabilização clínica e tratamentos específicos.
- Realização da gestão de caso.

Fluxo dos pontos de atenção do atendimento à criança no Ceará



Boas práticas no atendimento à criança

Para ajudar na estratificação de risco, recomendamos algumas ações e orientações para serem aplicadas pelos profissionais de saúde na consulta de puericultura:

- A identificação de um único critério define o estrato de risco da criança, predominando o critério maior;
- Estratificação de risco: deve ser realizada em todas as consultas programadas.
- A periodicidade e a frequência de agendamentos devem ser sempre definidas segundo a avaliação clínica e plano de cuidados, na AAE e APS.
- O Plano de Cuidados é um documento colaborativo entre a equipe de saúde, a pessoa usuária e família, que serve como um roteiro para o cuidado.
- A gestão de caso é o processo cooperativo que se desenvolve entre um profissional gestor de caso e uma pessoa com uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte social para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada, capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar. A gestão de caso pode ser realizada por qualquer profissional de saúde de nível superior em qualquer ponto de atenção à saúde, seja na APS, AAE e AH.
- O leite materno é um alimento completo e é recomendado para as crianças até os 2 anos de idade ou mais.
- O M-CHAT-R é um instrumento de rastreio de sinais de risco para o Transtorno do Espectro Autista (TEA) em crianças de 16 a 30 meses e existe a possibilidade de apresentar um resultado falso-positivo. Portanto, o resultado positivo deste teste não confirma o diagnóstico de TEA. Ele é utilizado para **TRIAGEM** e encaminhamento correto da criança.
- Crianças menores de 2 anos não devem ser expostas a TV, celulares, tablets, computadores, porque – principalmente nessa idade – a convivência familiar e social é muito importante para a construção dos laços afetivos. Para crianças de 2 a 5 anos, a recomendação é que o tempo máximo diante desses aparelhos seja de uma hora por dia. Até os 10 anos as crianças não devem fazer uso de televisão ou computador nos seus próprios quartos. As crianças antes dos 12 anos não devem possuir celulares e smartphones.
- A Caderneta da Criança física e digital é um documento importante para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança, do nascimento até os 9 anos de idade.
- A realização do cadastro das famílias e o cadastro individual das crianças pelos Agentes Comunitários de Saúde(ACS), assim como a estratificação do risco familiar e seu registro dentro do e-SUS APS.
- Realização da visita domiciliar puerperal e do recém- nascido pela APS, preferencialmente até 72 horas, assegurando na 1º semana de vida.
- Reforçar a importância da comunicação e transição do cuidado seguro (plano de cuidados mais sumário de alta) entre a maternidade e APS.

REFERÊNCIA

ALMEIDA, J. A. G. et al. **A Collective View of Human Milk Banking. In Breastfeeding and breast milk from biochemistry to impact.** Ed Family Larsson-Rosenquist Foundation, 2018.

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 2015. Seção 1, p 37. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 28 fev 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada - saúde da criança.** Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein. 2021. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da criança:** passaporte da cidadania. 7. ed. Brasília, DF: 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/caderneta>. Acesso em: 28 fev 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO. **Nota técnica Estratificação de risco na atenção à saúde da criança no estado do Maranhão.** setembro de 2023. Disponível em: <https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2023/09/NOTA-TECNICA-DASCA.pdf>. Acesso em: 28 fev 2025.

WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. **World Health Organ Tech Rep Ser.**, v.854, p.1-452, 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8594834/>. Acesso em: 28 fev 2025.

PORTARIA Nº 1.130, DE 5 DE AGOSTO DE 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

ANEXOS

Classificação do recém-nascido quanto ao risco de complicações neonatais, de acordo com o peso e idade gestacional, ao nascer.

Peso ao nascer	Extremo baixo peso ao nascer	< 1.000g
	Muito baixo peso ao nascer	< 1.500g
	Baixo peso ao nascer	< 2.500g
	Peso excessivo ao nascer	> 4.500g
Idade Gestacional (IG)	Pré-termo extremo	IG < 28s
	Muito prematuro	IG de 28 a 31 semanas
	Pré-termo moderado	IG de 32 a 33 semanas
	Pré-termo tardio	IG de 34 a 36 semanas
	Termo precoce	IG de 37 e 38 semanas
	Termo completo	IG de 39 a 41 semanas
	Pós-termo	IG≥42 semanas
Proporcionalidade entre Peso ao Nascer e IG	Adequado para a Idade Gestacional (AIG)	
	Pequeno para a Idade Gestacional (PIG)	Crescimento simétrico
		Crescimento assimétrico
APGAR	Grande para a Idade Gestacional (GIG)	
	0-3: Asfixia grave	
	4-6: Asfixia moderada	
	7-10: Boa vitalidade	

Fonte: WHO,1995; WHO, 2012; Almeida *et al.*, 2018.

Calendário de consultas de puericultura na Atenção Primária à Saúde (APS), conforme a Estratificação de Risco da Criança.

Consultas	Sugestão de profissional para a consulta	Risco habitual	Risco intermediário	Risco alto e condições especiais
1ª semana	Médico/Enfermeiro	x	x	x
1º mês	Médico	x	x	x
2º mês	Enfermeiro	x	x	x
3º mês	Médico	x	x	x
4º mês	Enfermeiro	x	x	x
5º mês	Médico	x	x	x
6º mês	Enfermeiro/nutricionista	x	x	x
7º mês	Médico			x
8º mês	Enfermeiro		x	x
9º mês	Médico			x
10º mês	Enfermeiro	x	x	x
11º mês	Enfermeiro			x
12º mês	Médico	x	x	x
15º mês	Enfermeiro	x	x	x
18º mês	Médico		x	x
21º mês	Enfermeiro		x	x
24º mês	Médico	x	x	x

Fonte: Elaboração pelos autores, 2025.

Ficha de estratificação da criança

Nome: _____ CPF: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Nome do responsável: _____

Endereço: _____ Nº _____

Ponto de Referência: _____ Bairro/Distrito: _____

UBS: _____ ACS: _____ Tel: _____

Cor: Branca () Negra () Amarela () Parda () Indígena () Outra: _____

Especificidades sociais, étnicas ou culturais da família:

Família Cigana () Família Quilombola () Família Ribeirinha () Família de terreiro () Família em situação de Rua ()

Família Indígena Residente em aldeia/reserva () Beneficiário do Programa Bolsa Família: () Sim () Não. Participa do Programa Criança Feliz: () Sim () Não

A estratificação quanto ao risco precisa ter apenas um critério assinalado para ser classificado em risco habitual ou intermediário ou alto. Assinale abaixo com o X, o risco de acordo com a estratificação.

Risco habitual Ausência de fatores de risco

1	Mãe com realização de pré-natal.	
2	Peso ao nascer > 2.500g e/ou ≤ 4.000g.	
3	APGAR ≥ 7 no 5º minuto.	
4	Ausência de patologias específicas.	
5	Triagem neonatal realizada (teste do pezinho, teste do reflexo vermelho, teste da orelhinhas, teste do coraçãozinho e teste da linguinha) e com resultado sem alterações.	
6	Aleitamento materno exclusivo até 6 meses e complementar até 2 anos de idade.	
7	Crescimento e desenvolvimento (perímetro céfálico, peso, comprimento, IMC, marcos do desenvolvimento adequados para a idade de acordo com a caderneta da criança).	
8	Calendário vacinal em dia.	
9	*Rede de apoio definida.	
10	Mãe com mais de 5 anos de estudo.	
11	Mãe e/ou pai maior de 18 anos.	
12	União estável, casado ou morando juntos.	

Risco intermediário

Fatores relacionados às condições de saúde na primeira semana e no primeiro mês de vida

13	Recém-nascido à termo precoce com IG de 37 a 38 semanas.
14	Risco de hiperbilirrubinemia indireta patológica precoce*.
15	Risco de desmame precoce.
16	Risco de sepse neonatal.
17	Não realização da Triagem neonatal ou atraso na sua realização (teste do pezinho, teste do reflexo vermelho, teste da orelhinha, teste do coraçãozinho e teste da linguinha).

Fatores relacionados à nutrição

18	Desmame do aleitamento materno exclusivo antes de 6 meses de vida.
19	Distanciamento do canal de crescimento da criança, em fase inicial, com relação ao peso, comprimento/altura, perímetrocefálico e IMC de acordo com a caderneta da criança.
20	Sobrepeso ou obesidade (desnutrição ou subnutrição clínica) sem comorbidades e sem repercussão clínica.

Fatores sociofamiliares

21	Gravidez indesejada.
22	Pré-natal tardio (acima de 12 semanas).
23	Mãe e/ou pai menor de 18 anos.
24	Mãe com baixa escolaridade (< 5 anos de estudo).
25	Mãe com pré-natal não realizado ou incompleto (< 7 consultas, não realização de exames e tratamentos não realizados ou incompletos).
26	Irmãos < 5 anos com internação de repetição ou óbito por causas evitáveis.
27	Mãe e/ou pai com condições/comportamento que comprometam o cuidado da criança.
28	Mãe e/ou pai ausente por doença, abandono ou óbito.
29	Filhos de mãe e/ou pai em regime prisional.
30	Filhos de mãe e/ou pai em situação de rua, quilombolas, negras ou indígenas.

31	Indícios de violência física, sexual, psicológica e/ou trabalho infantil.	
32	Gravidez relacionada a violência sexual.	
Fatores relacionadas ao cuidado		
33	Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado.	
34	Não comparecimento à agenda de puericultura.	
35	Higiene oral, corporal e/ou genital prejudicada.	
36	Baixa autoeficácia materna, paterna, cuidador ou responsável	
37	Uma internação no último ano.	
38	Não vinculação da criança à Unidade Básica de Saúde e/ou ao Agente Comunitário de Saúde.	
39	Criança < 01 ano de idade exposta à tela (exemplo: TV, celulares, tablets, computadores).	
Fatores relacionadas ao ambiente		
40	Exposição à fumaça do tabaco.	
41	Condições de moradia desfavoráveis.	
42	Vulnerabilidade socioeconômica.	
43	Dificuldade de acesso aos serviços de saúde e sociais.	
Doenças próprias do ciclo de vida		
44	Doenças transitórias, sem complicações.	
45	Doenças bucais de menor complexidade: lesão de mancha branca, cárie dentária e doença periodontal.	

Risco alto**Condições perinatais**

46	Baixo peso ao nascer (< 2.500g).
47	Prematuridade (IG < 37 semanas ao nascer).
48	PIG (feto com peso estimado abaixo do percentil 10 para a idade gestacional).
49	GIG (feto com peso acima do percentual 10 para a idade gestacional).
50	Egressos de Unidade de Cuidados Intensivos/Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal.

Afecções peri e neonatais

51	Apgar ≤ 6 no quinto minuto.
52	Asfixia perinatal.
53	Hiperbilirrubinemia indireta grave.
54	Hiperbilirrubinemia direta (colestase).
55	Infecções crônicas do grupo *STORCHS + HIV, confirmadas ou em investigação.
56	Malformações congênitas (exemplo: lábio palatinas, cardiopatias, neurológicas, genitourinárias e craniofaciais).
57	Cromossomopatias (exemplos: Síndrome de Down, Síndrome de Turner, Síndrome do triplo X, Síndrome de Edwards, Síndrome de Patau e outras).
58	Doenças genéticas e metabólicas (exemplos: Doença de Wilson, fibrose cística, hipertireoidismo, hipotireoidismo e diabetes tipo I).
59	Condições neurológicas (exemplos: convulsões, paralisias cerebrais, baixa estimulação psicossocial entre outras).

Complicações da prematuridade

60	Doença pulmonar crônica.
61	Retinopatia e cegueira.
62	Surdez.
63	Outras (ex.: síndrome do desconforto respiratório, problemas cardíacos e problemas gastrointestinais).

Fatores familiares

64	Pais com dependência de álcool e outras drogas.
65	Depressão parental
66	Doenças maternas graves e/ou não controladas.

Fatores evolutivos

67	Crescimento fora dos limites padronizados para a idade.
68	Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor para a idade.
69	Desnutrição grave.
70	Traços do espectro do autismo diagnosticado ou triado pelo aplicação da escala M-CHAT-R.
71	Sinais de violência física, sexual e/ou psicológica.
72	Obesidade com comorbidades e com repercussão clínica.
73	Infecções do trato respiratório inferior de repetição.
74	Asma moderada ou grave.
75	Doenças diarreicas crônicas ou de repetição.
76	Alergia ou intolerância alimentar com repercussão clínica.
77	Infecção urinária de repetição.
78	Complicações de infecções do sistema nervoso central.
79	Desordens endócrinas, metabólicas, sanguíneas e/ou imunes.
80	Cardiomiopatia, miocardite e outras doenças cardiovasculares e/ou circulatórias.
81	HIV/AIDS confirmado ou em investigação.
82	Leucemia e/ou outras neoplasias.
83	Doenças diagnosticadas na triagem neonatal.
84	Outras doenças evolutivas graves. (exemplos: baixa conexão ocular).

85	Intercorrências repetidas com repercussão clínica.
86	Mãe soropositiva para HIV, Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Hepatite B, Herpes e/ou HTLV com criança negativa para estas patologias.
87	Doença renal
Alto risco com condições especiais	
88	Peso ao nascer <2.000g ou IG <34 semanas
89	Malformações congênitas graves, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica.
90	2 ou mais internações no último ano.

Escala M-CHAT-RT

Essa escala consiste em 20 questões do tipo “sim” e “não”. Essas questões são preenchidas pelos pais ou responsáveis que estejam acompanhando a criança na consulta.

1	Se você apontar para algum objeto no quarto, a sua filha olha para este objeto? (POR EXEMPLO, se você apontar para um brinquedo ou animal, o seu filho olha para o brinquedo ou para o animal?)	SIM	NÃO
2	Alguma vez você se perguntou se a sua filha pode ser surda?	SIM	NÃO
3	A sua filha brinca de faz de contas? (POR EXEMPLO, faz de conta que bebe em um copo vazio, faz de conta que fala ao telefone, faz de conta que dá comida a uma boneca ou a um bichinho de pelúcia?)	SIM	NÃO
4	A sua filha gosta de subir nas coisas? (POR EXEMPLO, móveis, brinquedos em parques ou escadas)	SIM	NÃO
5	A sua filha faz movimentos estranhos com os dedos perto dos olhos? (POR EXEMPLO, mexe os dedos em frente aos olhos e fica olhando para os mesmos?)	SIM	NÃO
6	A sua filha aponta com o dedo para pedir algo ou para conseguir ajuda? (POR EXEMPLO, aponta para um biscoito ou brinquedo fora do alcance dele?)	SIM	NÃO
7	A sua filha aponta com o dedo para mostrar algo interessante para você? (POR EXEMPLO, aponta para um avião no céu ou um caminhão grande na rua)	SIM	NÃO
8	A sua filha se interessa por outras crianças? (POR EXEMPLO, sua filha olha para outras crianças, sorri para elas ou se aproxima delas?)	SIM	NÃO
9	A sua filha traz coisas para mostrar para você ou assegura para que você as veja - não para conseguir ajuda, mas apenas para compartilhar? (POR EXEMPLO, para mostrar uma flor, um bichinho de pelúcia ou um caminhão de brinquedo)	SIM	NÃO
10	A sua filha responde quando você a chama pelo nome? (POR EXEMPLO, ela olha para você, fala ou emite algum som, ou para o que está fazendo quando você a chama pelo nome?)	SIM	NÃO
11	Quando você sorri para a sua filha, ela sorri de volta para você?	SIM	NÃO
12	A sua filha fica muito incomodada com barulhos do dia a dia? (POR EXEMPLO, sua filha grita ou chora ao ouvir barulhos como os de liquidificador ou de música alta?)	SIM	NÃO
13	A sua filha anda?	SIM	NÃO
14	A sua filha olha nos seus olhos quando você está falando ou brincando com ela, ou vestindo a roupa dela?	SIM	NÃO
15	A sua filha tenta imitar o que você faz? (POR EXEMPLO, quando você dá tchau, ou bate palmas, ou joga um beijo, ela repete o que você faz?)	SIM	NÃO
16	Quando você vira a cabeça para olhar para alguma coisa, a sua filha olha ao redor para ver o que você está olhando?	SIM	NÃO
17	A sua filha tenta fazer você olhar para ela? (POR EXEMPLO, a sua filha olha para você para ser elogiada/ aplaudida, ou diz: “olha mãe!” ou “óh mãe!”)	SIM	NÃO
18	A sua filha comprehende quando você pede para ela fazer alguma coisa? (POR EXEMPLO, se você não apontar, a sua filha entende quando você pede: “coloca o copo na mesa” ou “liga a televisão”?)	SIM	NÃO
19	Quando acontece algo novo, a sua filha olha para o seu rosto para ver como você se sente sobre o que aconteceu? (POR EXEMPLO, se ela ouve um barulho estranho ou vê algo engraçado, ou vê um brinquedo novo, será que ela olharia para seu rosto?)	SIM	NÃO
20	A sua filha gosta de atividades de movimento? (POR EXEMPLO, ser balançado ou pular em seus joelhos)	SIM	NÃO

Fonte: © 2009 Robins, Fein, & Barton.

Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé, 2020.

Interpretação da pontuação da Escala M-CHAT-R

Para todos os itens, a resposta “NÃO” indica risco de TEA; exceto para os itens 2, 5 e 12, nos quais “SIM” indica risco de TEA.

Atribuir o valor 1 a todas as questões cuja resposta indica risco de TEA e considerar a Pontuação Total como a somatória das respostas.

PONTUAÇÃO		ENCAMINHAMENTO
BAIXO RISCO:	Pontuação Total entre 0-2.	Se a criança tem menos de 24 meses na primeira avaliação, reaplicar o M-CHAT após aniversário de 2 anos.
RISCO MÉDIO:	Pontuação Total entre 3-7.	Aplicar a Entrevista de Seguimento (segunda etapa do MCHAT-R/F) ¹ para obter informações adicionais sobre as respostas que indicam risco. O teste é considerado positivo (risco para TEA) se a criança falhar em quaisquer 2 itens na Entrevista de Seguimento.
RISCO ELEVADO:	Pontuação Total entre 8-20.	A criança deve ser encaminhada imediatamente para avaliação diagnóstica e intervenção precoce. É necessário acionar as equipes multiprofissionais e/ou a rede de atenção especializada.

Fonte: © 2009 Robins, Fein, & Barton.

Tradução: Losapio, Siquara, Lampreia, Lázaro, & Pondé, 2020.

ATENÇÃO!

Em caso de suspeita por parte da família ou do profissional, a criança deverá ser encaminhada para avaliação mesmo que o resultado seja de baixo risco.



CEARÁ
GOVERNO DO ESTADO

SECRETARIA DA SAÚDE