

NOTA ORIENTATIVA

A ATENÇÃO DO PROGRAMA PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR ÀS PUÉRPERAS E RECÉM-NASCIDOS, EM ARTICULAÇÃO COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Sumário

APRESENTAÇÃO	2
1. O CUIDADO COM A PUÉRPERA E O RECÉM-NASCIDO NA APS	4
2. FORTALECENDO A APS: A ATUAÇÃO DO PIM NA REDE MATERNO PATERNO E INFANTIL	5
3. A ATUAÇÃO DO PIM NO CUIDADO COM A PUÉRPERA E O RECÉM-NASCIDO	6
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PUÉRPERA E DA CRIANÇA	7
3.2 O USO DA CADERNETA DA CRIANÇA	10
3.3 PONTOS DE ATENÇÃO PARA SEREM TRABALHADOS COM FAMÍLIAS COM PUÉRPERAS E RN	11
3.3.1 ORIENTAÇÕES PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS DO PIM À FAMÍLIA APÓS O PARTO/ALTA HOSPITALAR RELACIONADAS À PUÉRPERA:	12
3.3.2 ORIENTAÇÕES PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS DO PIM À FAMÍLIA APÓS O PARTO/ALTA HOSPITALAR RELACIONADAS AO RECÉM-NASCIDO:	14
3.3.3 FORTALECIMENTO DA REDE DE APOIO	18
3.3.4 ACOLHIMENTO ÀS QUESTÕES EMOCIONAIS, PSÍQUICAS E SOCIAIS DA PUÉRPERA	19
3.3.5 PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO	21
REFERÊNCIAS	25

APRESENTAÇÃO

A atenção à mulher¹ e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a manutenção da vida e a promoção da saúde materna e neonatal. É na primeira semana, em especial no primeiro dia de vida, que se concentram as mortes infantis no país (BRASIL, 2014).

No ano de 2020, uma das principais causas de mortes maternas no Brasil foi a hemorragia pós parto (7,4%). No mesmo ano, as complicações relacionadas ao puerpério foram responsáveis por 13% das mortes maternas no estado do Rio Grande do Sul (RIO GRANDE DO SUL, 2022a). Cabe ressaltar que a mortalidade neonatal² tem importante relação com a qualidade dos cuidados ofertados nas primeiras 24 horas de vida da criança, estando associada a uma falha na assistência prestada às mães e aos recém-nascidos durante o pré e o pós parto, sendo estas consideradas **evitáveis quando os agravos são detectados precocemente** (BRASIL, 2014).

A redução das taxas de mortalidade materna e infantil - indicadores que refletem a qualidade da assistência à saúde e das condições de vida de mulheres gestantes e crianças - é uma necessidade expressa nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), da Organização das Nações Unidas (ONU). As estratégias para melhoria destes indicadores exigem a qualificação da atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, convocando gestores(as) e profissionais para uma atuação integrada e integral, por meio da organização e fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde Materno, Paterno e Infantil (RMPI). A referida Rede visa incentivar a implementação de um modelo de assistência e organizar pontos de atenção que garantam o acesso aos serviços, com acolhimento adequado e de forma resolutiva (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

¹ As orientações para atenção ao puerpério trazidas nesta nota devem ser adaptadas para a particularidade da experiência de homens trans que gestam, acrescentando atenção específica para os direitos desta população e para as situações de discriminação que são vivenciadas.

² Mortes ocorridas entre o nascimento e os 28 primeiros dias de vida.

A partir do reconhecimento do Primeira Infância Melhor (PIM) enquanto estratégia intersectorial da Atenção Primária à Saúde (APS) na RMPI, o Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS), por meio da Divisão da Primeira Infância (DPI), da Divisão de Ciclos de Vida (DCV) e da Divisão da Atenção Primária à Saúde (DAPS), elaboraram a presente nota orientativa com o **objetivo de orientar sobre a atuação do PIM na Rede com ênfase na atenção às puérperas e recém-nascidos e na realização de visitas já a partir da primeira semana de vida do bebê.**

As orientações presentes neste documento estão de acordo com a metodologia do PIM, presentes na NT DAPPS/PIM nº 03/2021, nos Guias do PIM (Guia da Gestante, Guia da Gestante para o Visitador e Guia da Família) e nas Cadernetas da Gestante e da Criança. São aqui reunidas a fim de enfatizar a importância da continuidade dos atendimentos e do olhar sobre a mulher durante o puerpério e da atenção nas primeiras semanas de vida do bebê, devendo os profissionais envolvidos no processo de cuidado às famílias - como a equipe PIM - estar atentos a possíveis sinais de risco e oportunidades para promoção da saúde e prevenção de agravos.

Ainda, estão alinhadas aos objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que consistem em promover e proteger a saúde da criança, mediante o aleitamento materno e os cuidados integrais e integrados, da gestação até os nove anos de vida da criança. Tais cuidados possuem enfoque na atenção à primeira infância com um olhar equânime para as populações de maior vulnerabilidade, visando a redução da morbimortalidade e a manutenção de um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2018).



PUERPÉRIO:

Período na vida da mulher que se inicia logo após o parto e se estende até 42 dias após o parto.

RECÉM NASCIDO:

O bebê é considerado recém nascido durante o período neonatal, ou seja, do nascimento até completar 28 dias.

1. O CUIDADO COM A PUÉRPERA E O RECÉM-NASCIDO NA APS

A “Primeira Semana de Saúde Integral” é uma estratégia na qual se realizam ações junto às puérperas e os recém-nascidos, para promoção de saúde e prevenção de riscos, com o intuito de reduzir a mortalidade. Essa estratégia se inicia ainda na maternidade, com os cuidados nas primeiras horas após o parto e com a continuidade do cuidado na APS, a partir de uma alta qualificada e da comunicação entre os serviços da rede (BRASIL, 2013).

Na APS preconiza-se que seja realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência da família uma consulta do recém-nascido entre o terceiro e quinto dia de vida (agendada pela UBS antes da alta da maternidade) e em casos de RN de risco a visita deve ocorrer até o 3º dia após o nascimento. Além disso, deve ser garantida uma consulta puerperal entre o 7º e o 10º dia após o parto. Nos casos em que não houver o comparecimento, deve ser realizada a busca ativa da puérpera (RIO GRANDE DO SUL, 2018). Uma segunda consulta é recomendada entre o 30º e 40º dias pós-parto. Além destes atendimentos, o processo de cuidado da puérpera e

do RN na APS prevê a visita domiciliar na primeira e na quarta semana pós-parto (BRASIL, 2006).

A visita domiciliar realizada pela APS na primeira semana após a alta hospitalar é recomendada para garantir a saúde da mulher e do recém-nascido. Essa visita tem como objetivo avaliar a saúde materna e do bebê, orientar e dar suporte à família sobre aspectos da amamentação, avaliar a interação da mãe com o RN, nortear sobre cuidados básicos com a criança, identificar questões de vulnerabilidades física, mental, social, situações de risco e intercorrências que necessitam de encaminhamento à rede, além de orientar sobre o planejamento sexual e reprodutivo (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, é preconizado que o acompanhamento da puérpera e do recém-nascido seja iniciado com brevidade, a fim de avaliar as condições de saúde, a interação entre cuidadoras(es) principais e o bebê, assim como os fatores de risco e de proteção ao desenvolvimento integral infantil.

2. FORTALECENDO A APS: A ATUAÇÃO DO PIM NA REDE MATERNO PATERNO E INFANTIL

O PIM é uma estratégia intersetorial com a qual as equipes de APS contam para ampliar sua capacidade de resposta no cuidado materno-paterno-infantil. Nesse sentido, o PIM compõe a RMPI contribuindo para favorecer o acesso das mulheres e sua(s) parceria(s) ao direito ao planejamento sexual e reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e, às crianças, ao direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Destaca-se o potencial da política em realizar intervenções que contemplam aspectos sociais, comunitários, de saúde emocional e fortalecimento de vínculos. O apoio fornecido pelo PIM contribui no fortalecimento das famílias, além de promover os vínculos afetivos fundamentais para a construção de um ambiente sensível às necessidades das gestantes, puérperas e crianças e promotor da parentalidade positiva e da prevenção de violências.

É importante que **o acompanhamento oferecido às famílias pelas equipes do PIM e APS ocorra de forma coordenada, evitando que intervenções sejam sobrepostas, divergentes ou que sobrecarreguem os usuários.** Exemplos sobre como a equipe do PIM pode integrar e fortalecer as ações da APS no cuidado materno-paterno-infantil são encontradas no [Caderno do PIM nº 02 - O PIM como estratégia intersetorial da Atenção Primária à saúde](#) (páginas 42-47).

Destacamos aqui algumas estratégias de trabalho, dentre as quais a territorialização, a realização de visitas e acompanhamentos conjuntos, a discussão de casos e a construção do [Plano Singular de Atendimento](#) junto à família. Ainda, momentos de educação permanente e continuada realizados de forma conjunta entre as equipes PIM e APS são indispensáveis para fortalecer os conhecimentos e práticas do(a) visitador(a), favorecendo um desempenho mais seguro e qualificado.

3. A ATUAÇÃO DO PIM NO CUIDADO COM A PUÉRPERA E O RECÉM-NASCIDO

A atenção no período puerperal deverá ser feita de maneira integral e individualizada, garantindo o tempo necessário para o acolhimento à puérpera em todos os aspectos físicos e emocionais próprios dessa fase, evitando seu “apagamento” em decorrência da chegada do bebê. Além disso, deverá ser destinado tempo de atenção ao bebê e verificar a relação entre a mãe, o pai/parceria(s) e o recém-nascido. Nesse sentido, a periodicidade e a duração dos atendimentos no puerpério poderá ser maior, conforme a necessidade e o Plano Singular de atendimento da família.

No acompanhamento de famílias com mulheres que já eram acompanhadas pelo PIM durante a gestação deve ser combinado, já a partir do terceiro trimestre, com a mulher e a sua família/rede de apoio, acerca da continuidade dos atendimentos do PIM, inclusive no período puerperal, nas primeiras semanas de vida do bebê, reforçando a importância das visitas domiciliares.

Mulheres que não foram acompanhadas pelo PIM durante a gestação, preconiza-se que o início dos atendimentos pelo programa seja feito o mais breve

possível, por meio do encaminhamento pela APS, sendo de responsabilidade do município organizar a articulação entre a rede de serviços.

Caso o bebê ou a puérpera sofram alguma intercorrência e necessitem permanecer internados, a visita deverá ser realizada após a alta, com abordagem e orientações específicas para a singularidade do caso.

Em caso de perda fetal, deverá ser oferecida visita após a alta hospitalar, sendo respeitado o desejo da família em receber ou não este atendimento e orientar a família em luto perinatal a procurar a Unidade de Saúde de referência. Já em casos de morte materna, é necessário identificar quem assumirá a responsabilidade sobre o bebê, apresentar os objetivos do PIM e ofertar a continuidade do acompanhamento, tendo como referência seus(suas) cuidadores(as) principais do RN.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PUÉRPERA E DA CRIANÇA

Nesses primeiros atendimentos após o nascimento do bebê é necessário que seja atualizado o [Formulário de Caracterização da Gestante](#) com informações sobre o final da gestação, a partir dos registros da Caderneta da Gestante e iniciar o preenchimento do [Formulário de Caracterização da Criança](#). Essas informações servirão de base para a atualização do Plano Singular de Atendimento, para o planejamento dos atendimentos e possíveis encaminhamentos para a rede de serviços.

Após atualização do cadastro da gestante, este deve ser inativado no SisPIM. Caso não seja efetuada a atualização do cadastro da gestante e sua inativação em até 42 semanas após o início da gestação, o sistema automaticamente inativa-o, sinalizando suspeita de erro, cabendo à equipe municipal retornar ao cadastro e proceder sua atualização e inativação.

Em relação à caracterização do recém-nascido, realizada através do Formulário de Caracterização da Criança e do Formulário de [Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil](#), ressalta-se:

- O Formulário de Caracterização da Criança deverá ser preenchido a partir dos diálogos junto ao adulto cuidador da criança e de informações registradas na Caderneta da Criança a partir dos atendimentos realizados nas primeiras semanas de vida do bebê. Após preenchido, o(a) visitador(a) deve discutir com o(a) monitor(a)/supervisor(a) suas percepções, que organizará a inserção das informações no SisPIM.
- A aplicação do Formulário de Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil é realizada a partir de atividades lúdicas que permitam visualizar o desenvolvimento da criança, numa espécie de testagem. Com o RN, ela é feita em dois momentos: 1º) antes do bebê completar 28 dias de vida, o(a) visitador(a) deve observar se há a presença de dois indicadores: o reflexo de moro (RN abre e fecha os braços em resposta à estimulação) e uma reação postural (RN estar de barriga para cima, pernas e braços fletidos e cabeça lateralizada); e 2º) após o 28º dia de nascimento, os demais indicadores da faixa etária de 0 a 3 meses presentes na segunda parte do formulário devem ser observados. Essas informações devem ser inseridas no sistema em, no máximo, 30 dias após a inserção das informações do Formulário de Caracterização da Criança.

CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO INICIAL DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL
Faixa 1 - INDICADORES DE 0 A 3 MESES

PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR		Família/Criança: /			
FORMULÁRIO DE DIAGNÓSTICO INICIAL DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL		Município:			
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO		Data:			
Nome da Criança:		Data:			
Nome do Visitador:		GTM ou Monitor/Supervisor Responsável:			
Nome do Entrevistado:		Grau de Parentesco:			

1ª PARTE	Faixa 1 - INDICADORES DE 0 A 1 MÊS - Versão2	Presente	Ausente	Dimensão
Efetuar a avaliação destes indicadores <u>até</u> o 28º dia do nascimento	Data da avaliação efetuada apenas para estes indicadores no primeiro mês de idade: ____/____/____			
	1. Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (Reflexo de Moro)			Reflexo neurológico
	2. Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada			Reação Postural

2ª PARTE	Faixa 1 - INDICADORES DE 0 A 3 MESES - Versão2	Consegue fazer sozinho	Consegue fazer com ajuda	Ainda não consegue fazer	Dimensão
Efetuar a avaliação destes indicadores <u>após</u> o 28º dia do nascimento	3. Dá mostras de prazer e desconforto				Comunicação e linguagem
	4. Sorri frente ao rosto de uma pessoa				Socioafetiva
	5. Emite sons como forma de comunicação				Comunicação e linguagem
	6. Mantém firme a cabeça, quando levantada				Motora
	7. Colocada de bruços, levanta a cabeça e parte do tronco momentaneamente				Motora
	8. Agarra casualmente objetos colocados ao seu alcance				Motora
	9. Fixa seu olhar durante alguns segundos no rosto das pessoas ou nos objetos				Cognitiva
	10. Segue com seu olhar pessoas ou objetos em movimento				Cognitiva
	11. Reconhece e reage à voz da mãe/cuidador				Cognitiva

3.2 O USO DA CADERNETA DA CRIANÇA

A articulação com os serviços da rede é uma das condições que estruturam a qualidade dos atendimentos ofertados pelo PIM. Para tanto, além do estabelecimento de fluxos de comunicação entre as equipes, é importante que sejam adotadas ferramentas e instrumentos de uso comum pelos trabalhadores, como a Caderneta da Criança. Principal instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança nos diferentes pontos de atenção (saúde, educação e assistência social), a Caderneta permite que informações fundamentais para a qualidade e segurança do cuidado estejam disponíveis e de fácil acesso e consulta para a família e para as equipes que as acompanham.

É papel do(a) visitador(a) reforçar as orientações da Caderneta, assim como observar os registros realizados nela pelos profissionais durante todas as visitas.

Na caderneta, constam registros da equipe de saúde sobre o desenvolvimento infantil, consultas, exames realizados, situação da vacinação, peso, altura entre outras informações sobre a criança que são relevantes para a atuação do(a) visitador(a). Há ainda informações sobre aleitamento materno, alimentação saudável, prevenção de acidentes e educação sem uso de castigos físicos, informações sobre direitos dos pais e da criança, alertas sobre o uso de aparelhos eletrônicos e orientações para o estímulo ao desenvolvimento infantil com afeto, buscando fortalecer o papel da família no cuidado.

3.3 PONTOS DE ATENÇÃO PARA SEREM TRABALHADOS COM FAMÍLIAS COM PUÉRPERAS E RN

A seguir, destacamos os principais pontos de atenção³ que a equipe PIM, em especial o(a) visitador(a), deve atentar para realizar um atendimento adequado nas primeiras semanas pós parto/alta hospitalar, com vistas à redução da morbimortalidade materna e infantil. Essas orientações somam-se às encontradas nos Guias do PIM (Guia da Família, Guia da Gestante e Guia da Gestante para o Visitador) e nas Cadernetas da Gestante e da Criança.

Na identificação de situações que coloquem em risco a saúde da puérpera e do RN, o(a) visitador(a) deve dialogar com o(a) monitor(a)/supervisor(a), o qual deve garantir a comunicação com a Unidade Básica de Saúde de referência da família com o propósito de articular as ações de promoção de saúde e prevenção de agravos. Ainda, a articulação com outros serviços também poderá ser necessária.



ATENDIMENTOS REALIZADOS PELO VISITADOR(A) NAS PRIMEIRAS SEMANAS PÓS PARTO/ALTA HOSPITALAR



ESPAÇO DE SUPERVISÃO E PLANEJAMENTO SEMANAL ENTRE VISITADOR(A) E MONITOR(A)/SUPERVISOR(A)



MONITOR(A)//SUPERVISOR(A) DEVE GARANTIR A COMUNICAÇÃO COM A UBS DE REFERÊNCIA DA FAMÍLIA, INFORMANDO FATORES DE RISCO IDENTIFICADOS E ARTICULANDO AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

³ Essas orientações têm como base o Caderno de Atenção Básica de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012a).

3.3.1 ORIENTAÇÕES PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS DO PIM À FAMÍLIA APÓS O PARTO/ALTA HOSPITALAR RELACIONADAS À PUÉRPERA:

- Relato de parto: realizar a escuta sobre como foi a experiência do parto, dialogar sobre aspectos como a participação do acompanhante, a via de parto (vaginal ou cesárea) e os acontecimentos que podem evidenciar violência obstétrica. Identificar se foi oportunizado a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós parto, o contato pele a pele entre o bebê e a mãe ao nascer (iniciado imediatamente após o nascimento, quando mãe e bebê demonstram estar em boas condições de saúde), se foi possibilitada a amamentação na primeira hora de vida (caso a mãe e o bebê estivessem em boas condições após o parto). Incluir os demais membros da família no relato, acolhendo as dificuldades e valorizando as experiências da família. Quando houver pai e/ou parceria(s), estimular que também faça(m) o seu relato. Caso a mulher ou qualquer membro da família não queira falar, acolher e respeitar seu posicionamento. Neste momento, é importante identificar se houve alguma intercorrência e/ou situação de violência obstétrica. Caso tenha acontecido algo, é importante que o visitador faça uma escuta acolhedora e, posteriormente, compartilhe com o/a supervisor(a). Essas situações também devem ser discutidas com a APS.
- Dinâmica familiar: observar como estão sendo construídas as relações familiares, a interação entre mãe e bebê, assim como o envolvimento dos demais membros da família ou amigos próximos nos cuidados com a mulher e a com a criança. É importante considerar que quando um bebê nasce, há uma significativa reorganização dos papéis dos membros da família. Nesse sentido, o visitador deve observar como a família está se sentindo com relação a chegada do bebê, quais mudanças estão sentindo na rotina e sua percepção sobre responsabilidades.

Ainda é importante avaliar a participação do pai/parceria(s) (se houver) nesse processo e se há tarefas a qual está(ão) responsável(is), como os cuidados do lar, da criança e da mãe. Caso observe que a(s) parceria(s) está(ão) excluída(s) desse cuidado, essa pode ser uma oportunidade para se pensar nas ações a serem incluídas no Plano Singular de Atendimento à família. Uma atuação ativa de todos os membros envolvidos é essencial para fortalecer a mulher na sua atuação como mãe nos cuidados do bebê, aprimorando a criação de vínculo, o desenvolvimento adequado do recém nascido e o seu papel na maternidade. Neste momento, a família muitas vezes pode estar se sentindo sobrecarregada com as novas funções, assim, também pode compor o plano de atendimento o mapeamento de uma rede de apoio para organização da rotina.

- Condições emocionais⁴: observar/questionar sobre como a puérpera se sente, seu estado de humor, se apresenta fadiga, preocupações, se está desanimada. Nesses casos, o(a) visitador(a) deverá utilizar a escuta ativa, acolher a mulher e, quando necessário, encaminhar ao serviço de saúde. No item 3.3.4 da presente nota técnica são abordados aspectos sobre o acolhimento às questões emocionais, psíquicas e sociais da puérpera.
- Amamentação⁵: Dialogar sobre a importância da amamentação para a saúde da puérpera, nos casos em que ela deseja e pode amamentar, garantindo os benefícios como: perda de peso, redução do sangramento, diminuição da incidência de câncer de mama e de útero, promoção da vinculação com o bebê. Identificar se a mulher tem sentido dor ou tem tido dificuldades para amamentar, nesses casos deve-se dialogar com a equipe da APS para que sejam feitas as intervenções necessárias.
- Cuidados e sinais de alerta no pós parto⁶: orientar sobre a realização da lavagem das mãos e questionar se houve orientação sobre a higiene perineal.

⁴ Mais informações no Guia da Gestante, páginas 54-55.

⁵ Mais informações no Guia da Gestante (páginas 56-61) e Caderneta da Gestante (páginas 45-47).

⁶ Mais informações na Caderneta da Gestante, página 43.

Em caso de cesariana, questionar se a puérpera sente dor ou inchaço e se observa secreção na cicatriz. Perguntar se há febre, se o sangramento vaginal apresentou aumento de volume ao invés de redução no passar dos dias, dor pélvica ou dor na ferida operatória (quando cesária), tontura, náuseas, palpitações, dor de cabeça, constipação, hemorróidas, inchaço em uma das pernas, dor e enrijecimento da musculatura da panturrilha, fadiga, mamas “empedradas” e doloridas, dor ao urinar e incontinência urinária. **Na presença desses sinais na puérpera, orientar a família a procurar a UBS de referência com brevidade e dialogar com o monitor /supervisor(a), para que este possa informar o serviço de saúde.**

- Atividade sexual⁷: Orientar sobre o uso do preservativo nas relações sexuais, especialmente se estiver amamentando, para prevenir a transmissão vertical causada pelo vírus HIV, além de uma nova gestação indesejada, abordando, inclusive, a questão do planejamento reprodutivo. Orientar que busque a UBS de referência para início de anticoncepção, se assim o desejar.
- Direitos da mulher⁸: orientar a mulher sobre seus direitos sociais, reprodutivos e trabalhistas, inclusive sobre a amamentação e a volta ao trabalho, contribuindo para a continuidade do aleitamento materno .
- Demais orientações: dialogar sobre a importância da alimentação adequada e o retorno às atividades físicas de forma gradual, quando essas atividades tiverem sido liberadas pela equipe de saúde que acompanha a puérpera.

3.3.2 ORIENTAÇÕES PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS DO PIM À FAMÍLIA APÓS O PARTO/ALTA HOSPITALAR RELACIONADAS AO RECÉM-NASCIDO:

- Solicitar a Caderneta da Criança e/ou Nota de Alta Hospitalar para consultar dados obtidos ainda na maternidade referentes ao peso, comprimento, índice Apgar, tipo de parto, idade gestacional e se houve complicações no parto e/ou

⁷ Mais informações na Caderneta da Gestante, página 44.

⁸ Mais informações no Guia da Gestante, páginas 67-71.

pós parto, necessidade de internação por um período maior do bebê e/ou da mãe. Observe se os testes do pezinho, olhinho, linguinha, orelhinha e coraçãozinho foram realizados na internação hospitalar. Em caso negativo, verificar se os testes estão agendados. É preciso muita atenção para garantir a realização do teste do pezinho (do 3º ao 5º dia de vida da criança), pois há risco da criança desenvolver doenças graves e ir a óbito, deste modo, caso a criança ainda não tenha realizado o teste a família deve ser orientada e a UBS comunicada para que também possa fazer busca ativa da família. Se a Caderneta da Criança não estiver à disposição, o(a) visitador(a)/equipe PIM deve buscar essas informações em outras fontes, através da integração com a rede de serviços, visando identificar a situação de saúde da criança.

- Conferir se foram realizadas as vacinas BCG e da Hepatite B na maternidade. Caso não tenham sido aplicadas ou o(a) visitador(a) não encontre essa informação por falta de documentação, deve informar a equipe de saúde e orientar a puérpera e a família a procurar a UBS de referência para realizar a aplicação.
- Verificar junto à UBS se a família já consultou e se ocorreu a visita domiciliar da equipe de saúde. Nos casos onde a consulta não tenha acontecido, o(a) visitador(a) deve orientar a família a procurar a sua unidade de referência (BRASIL, 2012a)
- Ficar atento ao acompanhamento do RN e, caso identifique um ou mais critérios de risco, acionar o(a) monitor(a)/supervisor(a) para que ele acione a rede de serviços, a qual deverá tomar as devidas providências. São critérios de risco para o RN (BRASIL, 2012a) (DISTRITO FEDERAL, 2017):

Principais

- Baixo peso ao nascer (menor do que 2.500g);
- RN que foi internado por intercorrências após o nascimento;
- História de morte de criança com menos de 5 anos de idade na família;
- Histórico de RN de mãe vivendo com HIV);
- História de morte de criança, aborto ou malformações congênitas por sífilis congênita.

Critérios associados (dois ou mais dos critérios abaixo):

- Família residente em área de risco;
- RN de mãe adolescente (com menos de 16 anos de idade);
- RN de mãe analfabeta;
- RN de mãe com deficiência, distúrbio psiquiátrico ou dependência de álcool ou drogadição que possa fragilizar o cuidado da criança;
- RN de família sem fonte de renda;
- RN indesejado.

- Dialogar e orientar sobre os cuidados que a família deve ter com o RN (BRASIL, 2012b):
 - Todas as pessoas que venham a entrar em contato com o bebê, sejam familiares da casa ou visitas devem efetuar a lavagem das mãos, a fim de evitar a propagação de micro-organismos que causam doenças respiratórias.
 - O banho do recém-nascido deve ser um momento agradável de interação, promovendo o bem estar do cuidador e do bebê. Necessita de ser diário, de imersão, com sabonete neutro, utilizando-se de banheira e toalha individual, preferencialmente na mesma hora do dia, com água tratada e morna (36,5 a 37° C).
 - Realizar a higiene genital a cada troca de fraldas, removendo os resíduos de fezes com pano limpo umedecido em água morna. Após a remoção, realizar a limpeza suave da pele e genitais, utilizando também fralda umedecida em água morna.

- A limpeza do coto umbilical deve ser feita após o banho e a cada troca de fraldas, utilizando-se cotonete e álcool 70%. Após, deixar secar, sem a utilização de faixas, nem deixando para dentro da fralda, a fim de que não entre em contato com urina e fezes. Orientar que o coto umbilical desprende-se do corpo em torno do 6º ao 15º dia de vida e que a utilização do álcool a 70% deve ser mantida por mais alguns dias após a queda do coto, até que o local esteja completamente cicatrizado.
- O bebê deve dormir de barriga para cima (decúbito dorsal), não sendo recomendado o uso de travesseiros.
- Observar o local onde o RN irá dormir e, caso identificar a prática do coleito (quando o bebê é colocado para dormir na cama dos pais/irmãos), os pais devem ser alertados de que certos comportamentos, como o hábito de ingerir bebida alcoólica, o uso de drogas ilícitas ou cigarros, a utilização de medicação que afetem o sono ou cansaço excessivo do casal, podem acarretar maior risco de morte para o bebê. Além disso, podem ocorrer lesões não intencionais, devido à queda do RN da cama ou até mesmo ser prensado ou sufocado por um dos pais.
- Orientar a família que não se deve permitir que as pessoas fumem dentro de casa. Caso alguém tenha acabado de fumar, não deverá pegar o bebê no colo.

3.3.3 FORTALECIMENTO DA REDE DE APOIO

A rede de apoio é a rede social composta por um conjunto de sujeitos interligados entre si, que promovem a transmissão de recursos diversos, construindo um sistema de apoio que um indivíduo percebe como significativas ou diferenciadas. A densidade da rede depende da forma como se estabelecem estas relações (AVELAR; MALFITANO, 2018). Ainda, a rede de apoio pode ser formada por instituições e atores da rede de serviços e, também, pela rede de proteção espontânea, “aquela que se organiza na perspectiva do apoio mútuo e solidariedade, como nas relações afetivas, de parentesco, de proximidade com amigos, vizinhos e nas relações entre os indivíduos de uma mesma comunidade” (GUARÁ, 2010, p.22).

No período de adaptação da família com o recém-nascido, todos os cuidados com o bebê e, ainda, as alterações físicas e psíquicas experimentadas pela puérpera, são situações que podem causar ansiedade e dificuldades no dia-a-dia da mãe que vivencia essa realidade e, potencialmente, representar um fator estressante para os demais membros da família. Deste modo, cuidar da família em situação de puerpério e nascimento como uma unidade de cuidado, implica em conhecer como cada família cuida e identifica suas forças, dificuldades e esforços para partilhar responsabilidades (MARTINS, C.A.; SIQUEIRA, K.M.; TYRRELL, M.A.R.; et. al., 2008).

Ter uma rede de apoio com a qual a mulher possa contar no puerpério imediato é fundamental. Ter suporte neste período de adaptação faz com que a mulher se sinta mais segura e tranquila. Nesse sentido, a rede de suporte apresenta-se como benefício e estratégia no auxílio para a puérpera na superação das adversidades do cuidado com o recém-nascido, favorecendo o desenvolvimento de sua própria competência e possibilidades de amadurecimento, proporcionando segurança frente ao papel da maternidade. Além disso, é uma oportunidade para trabalhar na qualidade da vinculação da parceria com o bebê. Nesse sentido, cabe ao(à) visitador(à):

- Identificar, questionar e observar qual a rede de apoio da puérpera nos cuidados com sua saúde física e mental no pós-parto. Nos cuidados

frequentes com o RN, observar como está a participação da(s) parceria(s) e o papel que cada um assume nesses cuidados, bem como a coparticipação nas atividades domésticas;

- Incentivar e fortalecer a formação da rede de apoio à puérpera e ao RN, apoiando na compreensão da importância e fragilidade deste período;
- Compreender as possíveis fragilidades nas relações que possam comprometer o cuidado ao bebê e os aspectos potentes que a família tem construído para desenvolver essas práticas é imprescindível na atuação do PIM;
- Identificar como o bebê está sendo recebido pelos membros da família, direcionando a atenção à adaptação das mulheres e dos homens nesta nova fase;
- Quando houver presença de pai/parceria, incluir este(a) nas orientações e atividades, de forma a estimular a paternidade ativa e responsiva, além do fortalecimento do vínculo com o bebê.

3.3.4 ACOLHIMENTO ÀS QUESTÕES EMOCIONAIS, PSÍQUICAS E SOCIAIS DA PUÉRPERA

O vínculo de confiança construído entre o(a) visitador(a) e a família, assim como a frequência e a duração das visitas, favorecem a observação da qualidade da relação que a mãe estabelece com o bebê, além de identificar sinais indicativos de possível sofrimento emocional materno. Destaca-se que, para prover um apoio adequado, é fundamental procurar conhecer a história dessa mulher e de sua família, os momentos anteriores de fragilidade emocional, os fatores de estresse durante a gestação e as estratégias para lidar com situações do cotidiano.

O guia sobre [Promoção da Saúde Mental na Gravidez e na Primeira Infância](#) desenvolvido pela Direção Geral de Saúde de Portugal, traz informações e perguntas norteadoras importantes para identificar sinais de risco e proteção à saúde mental materna neste período e pode contribuir para que o(a) visitador(a) se prepare para as

visitas. Segundo o Distrito Federal (2017), é comum ocorrer durante o puerpério algumas alterações hormonais que levam a episódios de tristeza que pode ser passageira ou mais intensa, mantendo-se por um período mais prolongado, conforme a descrição a seguir:

- Baby blues ou depressão puerperal: condição transitória e não incapacitante, é uma forma de depressão mais branda que ocorre no pós-parto e acomete de 70% a 90% das mulheres. Está relacionada às condições do dia a dia, onde está presente o novo contexto familiar e a transição da gestação para a maternidade. Apresenta como principais sintomas mudanças repentinas de humor, perda do apetite e sentimento de solidão.
- Depressão pós-parto: caracterizada por ser uma das formas de depressão mais grave e prolongada (podendo durar meses), acomete 10% das puérperas e apresenta sintomas como: isolamento social, baixa autoestima, perda ou ganho elevado de peso, sentimento de incompetência, falta de interesse sexual, entre outros.
- Psicose puerperal: condição mais grave proveniente das alterações hormonais pós-parto, atinge cerca de 4 em cada 1000 mulheres. Tem como principais sintomas alucinações, insônia, agitação e raiva. Ainda, pode ser relacionada com o transtorno bipolar e oscilar com momentos de indiferença e agressão.

É importante que o(a) visitador(a) esteja atento(a) a estes sinais e, sempre que perceber a possibilidade de sofrimento emocional, dialogar sobre a situação com o(a) monitor(a)/supervisor(a) que acionará a UBS de referência da família para articular as ações de promoção e prevenção da saúde.

3.3.5 PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

A atuação do PIM no fortalecimento do aleitamento materno inicia durante a gestação, preparando a família e a gestante para esse importante momento, tendo como referência os Guia da Gestante (páginas 56-61) as Cadernetas da Gestante e da Criança (páginas 24-30) e o Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos (BRASIL, 2019b). Este último recomenda que a criança seja amamentada já na primeira hora de vida e por 2 anos ou mais.

Nos primeiros 6 meses, a recomendação é que ela receba somente leite materno, permanecendo em amamentação exclusiva. Nenhum outro tipo de alimento (líquido ou pastoso) necessita ser dado ao bebê enquanto estiver em amamentação exclusiva. A amamentação nesse período pode prevenir o aparecimento de várias doenças na vida adulta.

Durante as visitas, é possível identificar fragilidades e dúvidas e fortalecer a rede de apoio na manutenção da amamentação. É muito importante que a mulher conte com o apoio da sua rede de apoio (pai, parceiro(a)(s), familiares e/ou pessoas próximas) para manter a amamentação. Caso a mulher possua dúvidas, sinta dor ou o bebê não esteja ganhando peso, é importante indicar que ela busque a Unidade de Saúde e comunicar a equipe de saúde para que essa possa fazer uma intervenção.

É papel do(a) visitador(a) explicar sobre a importância da amamentação exclusiva e em livre demanda (quando e quantas vezes a criança quiser), destacando que ela produz hidratação adequada, possibilita o contato pele a pele e a vinculação entre a mãe e o bebê, promove adequada formação da musculatura facial, entre outros. Também é importante orientar a família de que nos primeiros dias de vida há perda de peso (fisiológica) e até o 15º dia a criança estará com o peso que apresentava ao nascer.

Há algumas situações, no entanto, em que as mulheres não podem ou não desejam amamentar. Essas situações devem ser acolhidas sem julgamento, buscando compreender as motivações e apoiar a família na busca por alternativas

viáveis. Por exemplo, mulheres vivendo com HIV não podem amamentar, pois a prática representa riscos de transmissão vertical. Neste caso, é de direito do bebê receber fórmula láctea infantil e deve-se buscar conhecer o fluxo para acesso no município e orientar a família sobre esse direito e como acessá-lo⁹ (RIO GRANDE DO SUL, 2020). Em situações em que a mulher por outros motivos não tenha desejo ou não possa amamentar deve ser orientado que se busque à UBS de referência para orientação, além de possibilitar uma discussão de caso entre a equipe do PIM e da APS.

A prescrição da fórmula infantil e a quantidade de leite oferecida ao bebê deverá ser orientada pelo profissional de saúde, respeitando a singularidade de cada caso. Nessas situações recomenda-se que seja ofertado o leite por meio do copinho, seguindo as instruções a seguir (BRASIL, 2019b):

- Acomodar a criança no colo, acordada e tranquila. Posicioná-la o mais sentada possível, com a cabeça firme e o pescoço alinhado ao corpo, não devendo ficar torcido;
- Encostar a borda do copo ou xícara no lábio inferior da criança e deixar o leite tocar o lábio. A criança fará movimentos de lambida, engolindo o leite. Se preferir, utilizar uma colher para oferecer o leite. Não entornar o leite na boca da criança, pois pode ocasionar engasgos.

Há alguns casos em que a indução da lactação pode ser feita, por exemplo, em casais de mulheres lésbicas, a mulher que não gestou pode ter a lactação induzida para também amamentar. Nessas situações, a família também deve procurar o serviço de saúde para a correta orientação profissional.

O Banco de Leite Humano (BLH) é um serviço especializado que está vinculado a um hospital de atenção materna e/ou infantil. É responsável por realizar ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de

⁹ Sobre isto, em foi publicado o material [“Transmissão Vertical do HIV e Sífilis: o que agentes comunitários de saúde e visitantes\(as\) do PIM precisam saber?”](#).

atividades de coleta da produção de leite da mulher, seleção, classificação, processamento, controle de qualidade e distribuição, sendo proibida a comercialização dos produtos por ele distribuídos (BRASIL, 2008). Quando for identificada alguma complicação, com vistas a garantir a manutenção do aleitamento materno, o BLH é mais um serviço que a mulher que amamenta pode ser referenciada pela Unidade Básica de Saúde.

Por fim, é preciso lembrar que a criação de vínculo entre a mãe e o bebê não se dá somente através do ato de amamentar. Mulheres que não amamentam podem criar vínculo com o seu bebê em diferentes momentos, como na hora de ofertar o copinho com o leite, olhando olho no olho da criança, através do contato na hora do banho, ao colocar a criança para dormir, conversando com o bebê nessas e em outras situações ao longo do dia a dia.

ATENDIMENTO DO PIM À FAMÍLIA

Início da caracterização da criança; atualização e inativação do cadastro da gestante no SisPIM

Visita do PIM nas 1ª semanas

Diagnóstico inicial do desenvolvimento infantil

Até 28º dia de vida: Observação do reflexo de moro e reação postural

Após 29º dia de vida: Observação dos demais indicadores da faixa etária de 0 a 3 meses

6 anos



RECÉM NASCIDO
(28 dias)

FINAL DA GESTAÇÃO (PARTO)

1ª semana 2ª semana 3ª semana 4ª semana



GESTAÇÃO
(+- 40 semanas)

PUERPÉRIO
(42 dias)

5ª semana 6ª semana

42ª semana após o início da gestação: caso não seja inativado o cadastro da gestante, o sistema o inativa por suspeita de erro

Início dos atendimentos do PIM
Cadastro da gestante no SisPIM

REFERÊNCIAS

AVELAR, Mariana Rossi; MALFITANO, Ana Paula Serrata. Entre o suporte e o controle: a articulação intersetorial de redes de serviços. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 10, p. 3201-3210, out. 2018 .

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos**. Brasília: Anvisa, 2008. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

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. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. v. 4.194p.: il. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. Atenção Domiciliar na Atenção Primária À Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 98 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5).

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada: Saúde Da Mulher Na Gestação, Parto E Puerpério**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019a. 56 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b. 265 p. : Il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 318 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32) Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: <saude_crianca_crescimento_desenvolvimento (1).pdf>.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde. Portaria nº 342 de junho de 2017. **Protocolo de Atenção à Saúde. Atenção à saúde da mulher no pré-natal, puerpério e cuidados com o recém-nascido**. Disponível em: <[Portaria+SES-DF+nº+342+--+2017.pdf \(saude.df.gov.br\)](#)>

Fundação Oswaldo Cruz. **Nascer no Brasil**: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento (2011 a 2012). 2012. Disponível em: <https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil>.

Gama SGN da, Viellas EF, Medina ET, Angulo-Tuesta A, Silva CKRT da, Silva SD da, et al. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 26 (3): 919–29. Brasil, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.28482020>>.

GUARÁ, Isa Maria. Redes de proteção social- 1. ed. - São Paulo : Associação Fazendo História : NECA - Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente, 2010. -- (Coleção Abrigos em Movimento)

MARTINS, C.A.; SIQUEIRA, K.M.; TYRRELLyrrell, M.A.R.; et al. Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. Rev. Eletr. Enf. Goiás, 2008;10(4):1015-25.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. - Lisboa: DGS, 2006. - 46 p

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Boletim Epidemiológico do Estado Rio Grande do Sul Mortalidade Materna, Infantil e Fetal. Porto Alegre, 2022a. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202206/08164752-boletim-epidemiologico-so-bre-mortalidade-materna-infantil-e-fetal-2022.pdf>>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Nota Técnica nº01/2019**. Assistência à Saúde da Criança de 0 a 2 anos na Atenção Básica. 2019. Disponível em:
<<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201910/18161725-nota-tecnica-saude-da-crianca.pdf>>.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 03/2021 DAPPS/PIM/RS**. Estrutura, Funcionamento, Metodologia De Atendimento E Atribuições Das Equipes Do Programa Primeira Infância Melhor. 2021. Disponível em:
<<https://www.pim.saude.rs.gov.br/site/wp-content/uploads/2021/11/Nota-Tecnica-03-2021-DAPPS-PIM.docx.pdf>>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão da Atenção Primária à Saúde. Divisão da Primeira Infância. Primeira Infância Melhor. Cadernos do Primeira Infância Melhor [recurso eletrônico]: **o PIM como estratégia intersectorial da Atenção Primária à Saúde**: integrando práticas para o fortalecimento do cuidado à primeira infância nos territórios - 1 ed. Porto Alegre: ESP/SES/RS, 2022b. 52 p. : il. - (Cadernos do Primeira Infância Melhor, nº2). Disponível em:
<<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202211/08153647-caderno-2-pim-aps-1.pdf>>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial. Assessoria Técnica de Planejamento. **Guia do pré-natal na atenção básica**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2018. Disponível em [Miolo.indd \(saude.rs.gov.br\)](http://miolo.saude.rs.gov.br)

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão de Primeira Infância. **Plano Singular de Atendimento**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde, 2023. Disponível em:
https://www.pim.saude.rs.gov.br/pim_a/instrumentosPIM/Plano-Singular-de-Atendimento.pdf

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão de Primeira Infância. **Caracterização da Gestante**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde, 2022. Disponível em:
https://www.pim.saude.rs.gov.br/pim_a/instrumentosPIM/Caracterizacao-Gestante-PI-M.pdf

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão de Primeira Infância. **Caracterização da Criança**. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde, 2023. Disponível em:
https://www.pim.saude.rs.gov.br/pim_a/instrumentosPIM/Caracterizacao-Crianca-PIM.pdf

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão de Primeira Infância. Diagnóstico Inicial do Desenvolvimento Infantil. Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde, 2023. Disponível em:
<https://www.pim.saude.rs.gov.br/site/wp-content/uploads/2023/10/Faixa-1-INDICADO-RES-DE-0-A-3-MESES-1.pdf>

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis: O que Agentes Comunitários de Saúde e Visitadores (as) do PIM precisam saber?/Alneura Ana Provenzi/ Aline Coletto Sortica/Carol Cardoso Rodrigues/ Gabriela Dutra Cristiano/Paulo Sérgio da Silva Mario/ Raíssa Barbieri Ballejo Canto (Organizadores) – Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2020. Disponível em: https://www.pim.saude.rs.gov.br/site/wp-content/uploads/2020/12/Guia_HIVSIFILIS_ABPIM_ISBN.pdf