



PROTOCOLO CONASS - CBO:

SAÚDE OCULAR **INFANTIL** **(PRIMEIRA INFÂNCIA)**

Componente Infantil do Protocolo de Saúde Ocular
Materno-Infantil na Planificação da Atenção à Saúde (PAS)





Presidente

Maria Auxiliadora Monteiro Frazão

Vice-Presidente

Daniel Alves Montenegro

Secretário-Geral

Mauro Goldbaum

Segundo Secretário

Frederico Valadares de Souza Pena

Tesoureiro

Lisandro Massanori Sakata

Segunda Tesoureira

Cláudia Galvão Pedreira



1. Apresentação	4
2. Objetivo do protocolo	4
3. Escopo e população-alvo	5
4. Base metodológica na Planificação (PAS)	7
5. Definições operacionais	8
6. Papéis e responsabilidades	9
7. Identificação e captação da criança na rede de atenção à saúde	10
8. Estratificação do risco ocular infantil e definição do percurso assistencial	13
9. Linha de cuidado ocular infantil: fluxo-padrão	14
10. Plano de cuidado	16
11. Integração APS - AAE: padrão mínimo de comunicação	17
12. Segurança do paciente e gestão de riscos	19
13. Monitoramento e indicadores	20
 Anexos	 22
Anexo 1A: Triagem ocular na criança (TOC)	23
Anexo 1B: Triagem visual funcional no pré escolar (TVF 3-5 anos)	26
Anexo 2: Critérios de compartilhamento e prioridades (APS > AAE)	28
Anexo 3: Plano de cuidado – saúde ocular da criança	29
Anexo 4: Rotina de busca ativa (ACS / APS)	30
Anexo 5: Fluxo da linha de cuidado em saúde ocular da criança	31



1. Apresentação

A saúde ocular na infância constitui componente essencial do cuidado integral à criança, considerando que grande parte das causas de deficiência visual tem início nos primeiros meses de vida e pode ser prevenida, tratada ou mitigada quando identificada oportunamente. Alterações visuais não detectadas precocemente podem comprometer o desenvolvimento neuropsicomotor, o aprendizado, a comunicação e a participação social da criança ao longo do curso de vida.

No contexto da atenção materno-infantil, a organização do cuidado ocular infantil envolve ações universais de triagem ao nascimento, como a **Triagem Ocular Neonatal (TON)** e o **Teste do Reflexo Vermelho (TRV)**, bem como a identificação e o acompanhamento de crianças pré-escolares e escolares com maior risco para agravos oculares. Destacam-se, na primeira infância, as crianças prematuras, aquelas em risco ou com diagnóstico de **Retinopatia da Prematuridade (ROP)**, as expostas a infecções congênicas do grupo **TORCH+Zika** (Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes e Zika), e as que apresentam sinais de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor ou outras condições associadas à deficiência. Entre os pré-escolares e escolares, o foco principal passa a ser **os erros refrativos, miopia, hipermetropia e astigmatismo**, que, quando não detectados, podem impactar significativamente o desenvolvimento global, o aprendizado e a qualidade de vida.

A efetividade dessas ações depende da articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, especialmente a maternidade, a Atenção Primária à Saúde, a Atenção Ambulatorial Especializada e os Centros Especializados em Reabilitação (CER), assegurando continuidade do cuidado, compartilhamento de responsabilidades e acompanhamento longitudinal da criança e de sua família.

Inserido na estratégia da **Planificação da Atenção à Saúde (PAS)**, este protocolo tem como finalidade organizar o cuidado em saúde ocular na infância, definindo momentos críticos do cuidado, critérios de estratificação de risco, fluxos assistenciais e mecanismos de integração em rede, de modo a apoiar estados e municípios na implantação de linhas de cuidado resolutivas, equitativas e centradas na criança.

Este protocolo é **organizativo e operativo**: define “quem faz o quê”, “quando”, “como registra”, “quando compartilha o cuidado” e “como monitora”, articulando a linha de cuidado materna com a rede.



2. Objetivo do protocolo

2.1 Objetivo geral

Organizar o cuidado em saúde ocular na infância, desde o período neonatal até o acompanhamento longitudinal da criança, garantindo a identificação oportuna de alterações oculares e de fatores de risco, a estratificação do risco, a definição do plano de cuidado e a integração entre a Atenção Primária à Saúde, a maternidade, a Atenção Ambulatorial Especializada e os Centros Especializados em Reabilitação, conforme a metodologia da Planificação da Atenção à Saúde.



2.2 Objetivos específicos

Implantar e qualificar ações universais de **triagem ocular neonatal**, com ênfase na Triagem Ocular Neonatal (TON) e no Teste do Reflexo Vermelho (TRV), assegurando sua realização oportuna, o registro adequado e o encaminhamento conforme critérios de risco.

Estruturar a **identificação e a estratificação do risco ocular da criança**, considerando condições perinatais e clínicas relevantes, como prematuridade, baixo peso ao nascer, infecções congênicas do grupo TORCH+Zika e sinais de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor.

Organizar a **linha de cuidado da Retinopatia da Prematuridade (ROP)**, garantindo rastreamento, acompanhamento e tratamento oportunos das crianças elegíveis, com articulação entre maternidade, atenção especializada e Atenção Primária à Saúde.

Assegurar o **seguimento longitudinal das crianças com maior risco ocular**, incluindo aquelas expostas a infecções congênicas e aquelas com alterações do desenvolvimento, com definição clara de responsabilidades e compartilhamento do cuidado na Rede de Atenção à Saúde.

Fortalecer a **integração entre a APS, AAE e os CER**, promovendo a atenção integral às crianças com deficiência visual ou risco para deficiência, de forma articulada com o cuidado ao desenvolvimento infantil.

Apoiar equipes e gestores na **organização dos processos de trabalho**, no monitoramento de indicadores e na utilização da estratificação de risco e do plano de cuidado como tecnologias centrais para a qualificação da atenção à saúde ocular infantil.



3. Escopo e população-alvo

Para fins operacionais deste protocolo, considera-se **primeira infância o período do nascimento até os 2 anos de idade**, fase crítica para o desenvolvimento visual e para a identificação precoce de agravos oculares. Crianças de **3 a 5 anos (período pré-escolar)** podem ser incluídas em estratégias complementares de triagem visual funcional. Os escolares serão inseridos em protocolo específico.

3.1 População-alvo

A população-alvo deste protocolo compreende:

- **Todos os recém-nascidos**, com ênfase na realização oportuna da Triagem Ocular Neonatal (TON) e do Teste do Reflexo Vermelho (TRV);
- **Crianças acompanhadas na Atenção Primária à Saúde**, no âmbito do cuidado infantil e do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento;
- **Crianças com fatores de risco para agravos oculares**, identificados no período neonatal, na infância ou ao longo do seguimento na rede.

Faixas etárias consideradas na linha de cuidado:

- **Neonatal:** nascimento até 28 dias
- **Primeira infância:** 0–2 anos (foco principal do protocolo)
- **Pré-escolar:** 3–5 anos (triagem funcional complementar)



Subpopulações de interesse para o cuidado em saúde ocular infantil:

- Recém-nascidos e crianças **prematuras**, especialmente aquelas elegíveis para rastreamento da Retinopatia da Prematuridade (ROP);
- Crianças com **baixo peso ao nascer** ou outras condições perinatais associadas a maior risco ocular;
- Crianças expostas a **infecções congênicas do grupo TORCH+Zika**, identificadas durante a gestação ou no período neonatal;
- Crianças com **suspeita ou confirmação de Retinopatia da Prematuridade (ROP)**;
- Crianças com **alterações oculares identificadas na triagem neonatal** ou em avaliações subsequentes;
- Crianças com **sinais de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM)** ou outras condições associadas à deficiência;
- Crianças que demandam **atenção reabilitadora**, com necessidade de acompanhamento em Centros Especializados em Reabilitação (CER);
- Crianças com suspeita de **Transtorno do Espectro Autista (TEA) e déficit de aprendizagem**;

O reconhecimento dessas subpopulações visa orientar a estratificação de risco, a definição do percurso assistencial e a intensificação do acompanhamento, assegurando atenção integral, longitudinal e articulada às crianças e suas famílias.

3.2 Pontos de atenção envolvidos

O cuidado em saúde ocular na infância, no âmbito deste protocolo, envolve a atuação articulada dos seguintes pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde:

- **Atenção Primária à Saúde (APS – eSF/ eMulti):** porta de entrada preferencial do sistema, responsável pela identificação oportuna de fatores de risco e alterações oculares, pela realização e registro das ações de triagem, pela estratificação do risco, pela elaboração e monitoramento do plano de cuidado, pela coordenação do cuidado e pela garantia da longitudinalidade do acompanhamento da criança e de sua família.
- **Atenção Ambulatorial Especializada (AAE):** responsável pela avaliação oftalmológica especializada, pela realização de interconsultas, pela definição de condutas e periodicidade de seguimento, bem como pelo apoio educacional e supervisional às equipes da APS, por meio de estratégias de compartilhamento do cuidado e matriciamento, conforme a capacidade instalada e os fluxos pactuados.
- **Rede hospitalar e maternidades:** responsáveis pelas ações no período neonatal, incluindo a realização de triagens oculares conforme pactuação local, o atendimento de urgências e intercorrências, e a execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos indicados, a exemplo do rastreamento, acompanhamento e tratamento da Retinopatia da Prematuridade, em articulação com os demais pontos da rede.
- **Centros Especializados em Reabilitação (CER):** responsáveis pela atenção reabilitadora às crianças com deficiência visual ou com risco para deficiência, incluindo aquelas com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor associado a condições perinatais, infecciosas ou neurossensoriais, atuando de forma integrada à APS e à atenção especializada, com foco no desenvolvimento funcional, na estimulação precoce e no apoio às famílias.

A integração entre APS, AAE, rede hospitalar/maternidades e CER deve operar com base no compartilhamento do cuidado, assegurando comunicação efetiva entre os pontos de atenção, a circulação padronizada de informações, formulários e planos de cuidado, e a efetividade dos mecanismos de referência e contrarreferência, de modo a garantir continuidade assistencial e reduzir perdas de seguimento.



4. Base metodológica na Planificação (PAS)

Este protocolo está fundamentado na metodologia da **Planificação da Atenção à Saúde (PAS)**, que orienta a organização dos processos de trabalho na Rede de Atenção à Saúde, a partir da identificação de subpopulações, da estratificação de risco, da definição de linhas de cuidado e do compartilhamento de responsabilidades entre os diferentes pontos de atenção.

No cuidado à saúde ocular na infância, a PAS orienta a integração de ações universais de prevenção e identificação precoce (como a triagem ocular neonatal) com estratégias direcionadas às crianças com maior risco para agravos oculares e para alterações do desenvolvimento, assegurando cuidado oportuno, longitudinal e centrado na criança e em sua família.

4.1 Estratificação de risco e gestão do cuidado

A PAS orienta que, uma vez identificadas as pessoas com condições crônicas e estratificadas por risco, o cuidado seja organizado conforme o estrato definido e as metas assistenciais estabelecidas. No contexto da infância, a estratificação de risco ocular considera, além de condições clínicas persistentes, **fatores perinatais e eventos relevantes ocorridos no período gestacional, neonatal ou nos primeiros anos de vida**, que modificam o risco para agravos oculares e para comprometimento do desenvolvimento.

A estratificação de risco ocular infantil incorpora, entre outros elementos, a presença de prematuridade, baixo peso ao nascer, risco ou diagnóstico de Retinopatia da Prematuridade, exposição a infecções congênicas do grupo TORCH+Zika, alterações identificadas nas triagens oculares e sinais de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor. Essa estratificação orienta a intensidade do acompanhamento, o compartilhamento do cuidado e a elaboração do plano de cuidado.

4.2 Organização das linhas de cuidado e plano de cuidado

A PAS orienta o desenho da **linha de cuidado da condição prioritária**, neste caso, a saúde ocular na infância, evidenciando os momentos críticos do cuidado, desde o período neonatal até o acompanhamento longitudinal da criança, e definindo critérios para o compartilhamento do cuidado entre a APS, a AAE, a rede hospitalar/maternidades e os CERs.

Nesse desenho, as ações universais de triagem ocular, bem como a identificação de fatores de risco e eventos relevantes, orientam a definição do percurso assistencial da criança, a necessidade de avaliação especializada, a periodicidade de seguimento e a elaboração do plano de cuidado. O plano de cuidado constitui tecnologia central para a coordenação do cuidado, devendo contemplar as necessidades oculares, o acompanhamento do desenvolvimento e o apoio à família.

A organização da linha de cuidado na perspectiva da PAS fortalece a integração em rede, a continuidade assistencial e a responsabilização entre os pontos de atenção, contribuindo para a redução de perdas de seguimento, a qualificação do cuidado e a prevenção de deficiências evitáveis na infância.





5. Definições operacionais

Para fins de organização do cuidado, monitoramento e padronização de fluxos, adotam-se as seguintes definições operacionais neste protocolo:

- **Saúde ocular na infância:** conjunto de ações de promoção, prevenção, identificação precoce, acompanhamento e cuidado de agravos oculares no período neonatal e ao longo da infância, considerando sua relação direta com o desenvolvimento neuropsicomotor, a aprendizagem e a participação social da criança.
- **Triagem ocular neonatal:** conjunto de procedimentos realizados no período neonatal com o objetivo de identificar precocemente alterações oculares que demandem avaliação especializada, incluindo, entre outros, a **TON** e o **TRV**, conforme diretrizes vigentes e pactuação local.
- **Risco ocular na infância:** probabilidade aumentada de ocorrência de agravo ocular ou de necessidade de avaliação oftalmológica especializada na criança, decorrente de fatores perinatais, condições clínicas persistentes, eventos relevantes ocorridos no período gestacional ou neonatal, histórico ocular, alterações identificadas nas triagens, sinais ou sintomas de alerta, ou vulnerabilidades clínicas e sociais, com potencial impacto no desenvolvimento infantil.
- **Estratificação de risco ocular infantil:** processo sistemático de classificação das crianças em estratos de risco (baixo, moderado ou alto), a partir da identificação de fatores de risco e condições associadas, com o objetivo de orientar a intensidade do acompanhamento, a necessidade de compartilhamento do cuidado e a elaboração do plano de cuidado, conforme a metodologia da Planificação da Atenção à Saúde.
 - » **Criança de risco baixo:** Criança sem fatores de risco identificados, com triagens oculares dentro da normalidade e sem sinais ou sintomas de alerta, cujo acompanhamento pode ocorrer no âmbito da APS, com reavaliações programadas conforme o cuidado infantil de rotina.
 - » **Criança de risco moderado:** Criança que apresenta fatores de risco ou condições associadas que aumentam a probabilidade de agravos oculares, como prematuridade, baixo peso ao nascer, alterações identificadas na triagem ocular neonatal, exposição a infecções congênicas do grupo TORCH+Zika ou suspeita de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, demandando elaboração de plano de cuidado e acompanhamento compartilhado com a atenção especializada.
 - » **Criança de risco alto:** Criança com condições que implicam elevado risco de agravo ocular ou de deficiência visual, a exemplo da suspeita ou confirmação de Retinopatia da Prematuridade, alterações oculares significativas identificadas nas triagens, ou outras situações que exijam avaliação oftalmológica prioritária e acompanhamento especializado intensivo, com compartilhamento obrigatório do cuidado na rede.
- **Plano de cuidado:** instrumento de organização e coordenação do cuidado, elaborado preferencialmente na APS, que integra as necessidades oculares, o acompanhamento do desenvolvimento infantil, as orientações à família e as ações compartilhadas entre os pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), devendo ser periodicamente monitorado e atualizado.
- **Compartilhamento do cuidado APS - AAE:** estratégia de articulação entre a APS, a AAE, a rede hospitalar/maternidades e os CERs, baseada na corresponsabilização pelo cuidado, na comunicação efetiva e na circulação de informações e planos de cuidado, assegurando continuidade assistencial e redução de perdas de seguimento.



6. Papéis e responsabilidades

6.1 APS (eSF/eMulti)

Compete à Atenção Primária à Saúde:

- 1 Atuar como **porta de entrada preferencial** e coordenadora do cuidado em saúde ocular infantil;
- 2 Identificar precocemente fatores de risco e alterações oculares, a partir das informações do período gestacional, neonatal e do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento;
- 3 Garantir o **registro das ações de triagem ocular** e dos achados relevantes no prontuário da criança;
- 4 Realizar a **estratificação do risco ocular infantil**, conforme as definições operacionais do protocolo;
- 5 Elaborar, monitorar e atualizar o **plano de cuidado**, de forma compartilhada com a família e com os demais pontos da rede;
- 6 Realizar **busca ativa** das crianças encaminhadas para atenção especializada ou reabilitadora, prevenindo perdas de seguimento;
- 7 **Promover orientações às famílias** quanto a sinais de alerta, adesão ao seguimento e importância do acompanhamento longitudinal.

6.2 AAE (Oftalmologia e equipe multiprofissional)

Compete à Atenção Ambulatorial Especializada:

- 1 Realizar a **avaliação oftalmológica especializada** das crianças encaminhadas, conforme critérios de risco e prioridade;
- 2 Definir diagnóstico, conduta e **periodicidade de seguimento**, considerando o risco ocular e o contexto do desenvolvimento infantil;
- 3 Garantir a **contrafluxo estruturado** à APS, com informações claras sobre conduta, sinais de alerta e necessidade de acompanhamento compartilhado;
- 4 Atuar no **apoio educacional e de supervisão** às equipes da APS, por meio de interconsultas, matriciamento e estratégias de educação permanente;
- 5 Contribuir para a **qualificação da linha de cuidado**, em articulação com a gestão local.

6.3 Rede hospitalar e maternidades

Compete à rede hospitalar e às maternidades:

- Realizar ações de cuidado no período neonatal, incluindo a execução de **triagens oculares pactuadas**, quando aplicável;
- Identificar e registrar fatores de risco perinatais relevantes para a saúde ocular da criança;
- Garantir o manejo de **urgências e intercorrências oculares** no período neonatal;



Executar procedimentos diagnósticos e terapêuticos indicados, a exemplo do rastreamento, acompanhamento e tratamento da **Retinopatia da Prematuridade**, conforme fluxos definidos; Assegurar a **articulação com a APS** para continuidade do cuidado após a alta hospitalar.

6.4 Centros Especializados em Reabilitação (CER)

Compete aos Centros Especializados em Reabilitação:

- 1 Ofertar atenção reabilitadora às crianças com deficiência visual ou com risco para deficiência, incluindo aquelas com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor associado a condições perinatais, infecciosas ou neurossensoriais;
- 2 Atuar de forma integrada com a APS e a atenção especializada, compartilhando informações relevantes para o plano de cuidado;
- 3 Desenvolver ações de **estimulação precoce, habilitação e reabilitação**, com foco no desenvolvimento funcional da criança;
- 4 Apoiar famílias e cuidadores no processo de cuidado, favorecendo autonomia, inclusão e participação social.

6.5 Gestão/ coordenação (municipal/ regional)

Compete à gestão local e regional:

- 1 Pactuar fluxos assistenciais, critérios de encaminhamento e mecanismos de comunicação entre os pontos da rede;
- 2 Assegurar condições para o **compartilhamento do cuidado**, incluindo instrumentos de registro, referência e contrarreferência;
- 3 Monitorar indicadores relacionados à linha de cuidado ocular infantil;
- 4 Apoiar processos de educação permanente e implantação das ações previstas neste protocolo.



7. Identificação e captação da criança na rede de atenção à saúde

A organização do cuidado em saúde ocular na infância exige a definição de momentos críticos ao longo do percurso assistencial da criança, nos quais devem ocorrer a identificação de fatores de risco, a aplicação de ações de triagem, a estratificação do risco ocular e a reorganização do cuidado conforme o estrato definido.

Esses momentos se distribuem desde o período neonatal até o acompanhamento longitudinal da criança na Atenção Primária à Saúde, articulando maternidade, APS, atenção especializada e reabilitação.



7.1 Momento 1: Período neonatal - nascimento e alta da maternidade (obrigatório)

No período neonatal, devem ser asseguradas:

- A realização da **Triagem Ocular Neonatal (TON)**, conforme diretrizes vigentes e pactuação local;
- A execução da **Teste do Reflexo Vermelho (TRV)**, conforme diretrizes vigentes, durante consultas de puericultura nos primeiros dois anos de vida;
- O registro dos resultados das triagens no prontuário e na caderneta de saúde da criança e nos instrumentos de alta;
- A identificação de **fatores de risco perinatais**, incluindo prematuridade, baixo peso ao nascer, intercorrências neonatais e exposição a infecções congênicas do grupo TORCH+Zika;
- A comunicação estruturada desses achados à Atenção Primária à Saúde no momento da alta.

Situações de alteração nas triagens ou presença de fatores de risco relevantes devem acionar:

- Encaminhamento oportuno para avaliação oftalmológica especializada:
 - » Recém-nascidos prematuros elegíveis para rastreamento da retinopatia da prematuridade (idade gestacional ≤ 32 semanas e/ou peso ao nascer ≤ 1.500 g, conforme protocolo vigente, além de outros critérios clínicos quando indicados) devem ser submetidos ao exame oftalmológico com mapeamento de retina ainda durante a internação neonatal, respeitando o cronograma recomendado para o primeiro exame.
 - » Recém-nascidos e crianças submetidos a TON e ao TRV na maternidade ou durante o acompanhamento na APS deverão ser encaminhados oportunamente para avaliação oftalmológica especializada sempre que houver suspeita de alteração do reflexo vermelho.
 - » Crianças com exposição a infecções congênicas do grupo TORCH+Zika devem ser submetidas à avaliação oftalmológica completa no período neonatal ou tão precocemente quanto possível após o nascimento, com seguimento definido conforme o agente etiológico, os achados clínicos e o protocolo específico.
 - » Além das alterações identificadas nas triagens neonatais, deverão ser encaminhadas para avaliação oftalmológica especializada crianças com leucocoria, estrabismo persistente, nistagmo, malformações oculares congênicas, história familiar de doenças oculares hereditárias, síndromes genéticas com potencial comprometimento ocular ou outras condições clínicas associadas a risco aumentado de deficiência visual.
- Sinalização para acompanhamento diferenciado na APS;
- Definição inicial do estrato de risco ocular infantil.

7.2 Momento 2: Primeira consulta da criança na APS (obrigatório)

Na primeira consulta da criança na Atenção Primária à Saúde, a equipe deve:

- Confirmar a realização e o resultado da TON e programar TRV de acordo com as diretrizes nacionais;
- Revisar informações do período gestacional e neonatal, incluindo prematuridade e exposição a TORCH+Zika;
- Aplicar instrumentos de vigilância do desenvolvimento infantil;



- Identificar sinais de alerta ocular ou alterações visuais referidas pela família;
- Realizar a **estratificação inicial do risco ocular infantil**.

Na presença de fatores de risco ou alterações identificadas, deve-se:

- Elaborar o **plano de cuidado**;
- Definir necessidade de encaminhamento para a AAE;
- Orientar a família quanto aos sinais de alerta e à importância do seguimento.

7.3 Momento 3: Acompanhamento longitudinal da criança na APS

Ao longo do acompanhamento da criança, nos atendimentos de rotina do cuidado infantil, a APS deve:

- Reavaliar periodicamente o risco ocular;
- Monitorar o desenvolvimento neuropsicomotor;
- Identificar queixas visuais, alterações comportamentais relacionadas à visão ou dificuldades no processo de aprendizagem;
- Atualizar o estrato de risco ocular sempre que surgirem novos fatores.

Situações como:

- atraso do desenvolvimento neuropsicomotor;
- intercorrências neurológicas;
- histórico de prematuridade com seguimento irregular;
- alterações oftalmológicas previamente identificadas;

devem acionar:

- Reavaliação do estrato de risco;
- Atualização do plano de cuidado;
- Encaminhamento ou reencaminhamento para a AAE e/ou CER, conforme o caso.

7.4 Situações especiais

Devem ser considerados momentos críticos adicionais:

- Crianças prematuras elegíveis para rastreamento de **Retinopatia da Prematuridade (ROP)**, que devem ter seguimento organizado desde a maternidade, com articulação ativa da APS para prevenir perdas de seguimento;
- Crianças expostas a **infecções congênitas do grupo TORCH+Zika**, que demandam vigilância ocular ampliada e acompanhamento do desenvolvimento;
- Crianças com suspeita ou confirmação de deficiência visual, que devem ser articuladas precocemente com os **CER**.

Essas situações exigem intensificação do acompanhamento, compartilhamento do cuidado entre os pontos da rede e acompanhamento longitudinal centrado na criança e em sua família.



8. Estratificação do risco ocular infantil e definição do percurso assistencial

A estratificação do risco ocular infantil constitui tecnologia central para a organização do cuidado na perspectiva da Planificação da Atenção à Saúde. A partir da identificação de fatores de risco, alterações nas triagens, condições clínicas associadas e sinais de alerta, cada criança deve ser classificada em estrato de risco, orientando a intensidade do acompanhamento, o compartilhamento do cuidado e o percurso assistencial na Rede de Atenção à Saúde.

A estratificação deve ser realizada na Atenção Primária à Saúde, com base nas informações provenientes da maternidade, dos atendimentos na APS, das avaliações especializadas e do acompanhamento do desenvolvimento infantil, sendo revista sempre que surgirem novos elementos que modifiquem o risco.

8.1 Critérios de estratificação

A) Critérios “alto risco ocular” (encaminhamento prioritário e compartilhamento obrigatório)

Inclui crianças com:

- 1 Suspeita ou confirmação de **ROP**;
- 2 Alterações oculares significativas nas triagens;
- 3 Agravos oculares com potencial imediato de comprometimento visual;
- 4 Suspeita ou confirmação de deficiência visual.

Percurso assistencial:

- encaminhamento prioritário para a AAE;
- compartilhamento obrigatório do cuidado entre APS, AAE e, quando indicado, CER;
- definição clara de periodicidade de seguimento e conduta;
- monitoramento intensivo pela APS, com busca ativa para prevenir perdas de seguimento.

B) Critérios “moderado risco ocular” (encaminhamento programado e plano de cuidado na APS)

Inclui crianças que apresentam um ou mais dos seguintes elementos:

- 1 Prematuridade ou baixo peso ao nascer;
- 2 Alterações identificadas na triagem ocular neonatal;
- 3 Exposição a infecções congênicas do grupo TORCH+Zika;
- 4 Sinais iniciais de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor;
- 5 Histórico ocular relevante.

Percurso assistencial:

- elaboração de **plano de cuidado** na APS;





- encaminhamento programado para avaliação oftalmológica na AAE;
- acompanhamento compartilhado APS - AAE;
- monitoramento ativo da adesão ao seguimento;
- articulação com o CER quando houver repercussão funcional ou risco para deficiência.

C) Baixo risco ocular (seguimento na APS, reavaliação programada)

Inclui crianças que:

- 1 Realizaram TON e TRV e outras estratégias de triagem como Teste de Acuidade Visual (TAV) com resultados dentro da normalidade;
- 2 Não apresentam fatores de risco perinatais relevantes;
- 3 Não possuem sinais ou sintomas oculares;
- 4 Apresentam desenvolvimento neuropsicomotor adequado para a idade.

Percurso assistencial:

- acompanhamento na APS, integrado ao cuidado infantil de rotina;
- reavaliações periódicas do risco ocular nos atendimentos de puericultura;
- orientação à família quanto a sinais de alerta..

8.2 Atualização do estrato de risco

A classificação do risco ocular infantil não é estática. O estrato deve ser:

- revisto a cada novo evento clínico relevante;
- atualizado quando surgirem alterações no desenvolvimento;
- ajustado conforme resultados de avaliações especializadas;
- registrado de forma padronizada no prontuário da criança.

A mudança de estrato implica:

- reorganização do plano de cuidado;
- redefinição do percurso assistencial;
- ajuste na intensidade do acompanhamento e no compartilhamento do cuidado.



9. Linha de cuidado ocular infantil: fluxo-padrão

A linha de cuidado em saúde ocular na infância organiza o percurso assistencial da criança desde o nascimento até o acompanhamento longitudinal, articulando maternidade, Atenção Primária à Saúde, Atenção Ambulatorial Especializada e Centros Especializados em Reabilitação, conforme o estrato de risco ocular.



9.1 Fluxo-padrão

Nascimento e período neonatal (maternidade e/ou APS):

- Realização da Triagem Ocular Neonatal (TON), antes da alta da maternidade ou em até 07 dias do nascimento na APS;
- Identificação e registro de fatores de risco perinatais (prematuridade, baixo peso, intercorrências neonatais, exposição a TORCH+Zika);
- Comunicação estruturada dos achados à APS no momento da alta;
- Encaminhamento imediato para atenção especializada nos casos de alterações significativas.

Primeira consulta da criança na APS:

- Verificação da realização e do resultado das triagens;
- Revisão das informações do período gestacional e neonatal;
- Avaliação inicial do desenvolvimento;
- Estratificação inicial do risco ocular infantil;
- Orientação à família quanto a sinais de alerta;
- Definição do percurso assistencial conforme estrato.

Acompanhamento por estrato de risco na APS:

- **Risco baixo:** acompanhamento no cuidado infantil de rotina, com reavaliações periódicas do risco ocular (na rotina de puericultura);
- **Risco moderado:** elaboração de plano de cuidado, encaminhamento programado para a AAE e acompanhamento compartilhado APS - AAE;
- **Alto risco:** encaminhamento prioritário para a AAE, com compartilhamento obrigatório do cuidado e monitoramento intensivo pela APS.

Atenção Ambulatorial Especializada (AAE):

- Avaliação oftalmológica especializada;
- Definição de diagnóstico, conduta e periodicidade de seguimento;
- Devolutiva estruturada à APS, incluindo sinais de alerta e necessidade de acompanhamento compartilhado.

Atenção Primária à Saúde (APS):

- Continuidade do plano de cuidado;
- Coordenação do cuidado;
- Busca ativa das crianças encaminhadas;
- Monitoramento da adesão ao seguimento e atualização do estrato de risco.

Situações específicas:

- **Prematuridade e ROP:** organização do seguimento desde a maternidade, com articulação ativa da APS para prevenir perdas de seguimento;
- **TON e/ou TRV alterados:** articulação precoce com AAE para garantir consulta oftalmológica preferencialmente em até 30 dias;
- **TORCH+Zika:** vigilância ocular ampliada e acompanhamento do desenvolvimento;
- **Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor ou deficiência visual:** articulação precoce com os Centros Especializados em Reabilitação (CER), integrada ao plano de cuidado.



10. Plano de cuidado

O plano de cuidado constitui instrumento central para a organização e coordenação do cuidado em saúde ocular na infância, devendo ser elaborado preferencialmente na Atenção Primária à Saúde, em conjunto com a família, e atualizado de forma contínua ao longo do acompanhamento da criança.

- O plano de cuidado integra:
- O estrato de risco ocular infantil;
- As necessidades oculares identificadas;
- As ações de acompanhamento na APS;
- As avaliações e condutas da AAE;
- As necessidades de atenção reabilitadora, quando indicadas;
- As orientações à família quanto a sinais de alerta e adesão ao seguimento.

Seu objetivo é assegurar que todas as crianças, especialmente aquelas em risco moderado e alto, tenham um percurso assistencial claro, pactuado e compartilhado entre os pontos da rede.

10.1 Elaboração do plano de cuidado

O plano de cuidado deve ser elaborado:

- Na primeira consulta da criança na APS, quando identificados fatores de risco;
- Sempre que houver alteração do estrato de risco ocular;
- Após devolutiva da AAE;
- Diante de eventos relevantes, como diagnóstico de ROP, alterações oculares significativas, exposição a TORCH+Zika com repercussão clínica, ou sinais de atraso do desenvolvimento.

A elaboração do plano deve considerar:

- A situação clínica e ocular da criança;
- O contexto familiar e social;
- A capacidade instalada dos pontos de atenção;
- Os fluxos pactuados na rede.

10.2 Conteúdo mínimo do plano de cuidado

O plano de cuidado em saúde ocular infantil deve conter, no mínimo:

- 1 Identificação da criança e da família;
- 2 Estrato de risco ocular atualizado;
- 3 Fatores de risco identificados;
- 4 Ações previstas na APS (reavaliações, orientações, monitoramento);
- 5 Encaminhamentos realizados e previstos;
- 6 Condutas e periodicidade definidas pela AAE;
- 7 Indicação de articulação com o CER, quando aplicável;



- 8 Sinais de alerta a serem observados pela família;
- 9 Responsabilidades de cada ponto da rede.

10.3 Monitoramento e atualização

O plano de cuidado deve ser:

- registrado de forma padronizada no prontuário;
- compartilhado entre os pontos da rede envolvidos;
- revisado periodicamente nos atendimentos da APS;
- atualizado sempre que houver mudança no estrato de risco, novos achados clínicos ou devolutiva da atenção especializada.

A APS é responsável por:

- monitorar o cumprimento das ações previstas;
- realizar busca ativa quando houver faltas ou interrupções do seguimento;
- apoiar a família na compreensão do plano e na adesão ao cuidado.



11. Integração APS - AAE: padrão mínimo de comunicação

A efetividade da linha de cuidado em saúde ocular na infância depende da integração funcional entre a APS e a AAE, baseada no compartilhamento do cuidado, na comunicação estruturada e na corresponsabilização entre os pontos da rede.

A integração APS - AAE deve operar a partir de um **padrão mínimo de comunicação**, assegurando que toda criança encaminhada tenha seu percurso assistencial claramente definido, acompanhado e retroalimentado à APS.

11.1 Compartilhamento da APS para a AAE (APS > AAE)

Todo encaminhamento para avaliação oftalmológica especializada deve ser realizado de forma qualificada, contendo, no mínimo:

- identificação completa da criança;
- estrato de risco ocular;
- motivo do encaminhamento;
- resultados das triagens oculares (TON e TRV), quando disponíveis;
- fatores de risco relevantes (ex.: prematuridade, ROP, TORCH+Zika, atraso do desenvolvimento);
- principais achados clínicos;



- informações de contato da família;
- registro no plano de cuidado.

O encaminhamento deve indicar a **prioridade**, conforme o estrato de risco, distinguindo:

- encaminhamento programado (risco moderado);
- encaminhamento prioritário (alto risco).

11.2 Devolutiva da AAE para a APS (AAE > APS)

A AAE deve garantir devolutiva estruturada à APS após cada avaliação, contendo, no mínimo:

- Diagnóstico ou hipótese diagnóstica;
- Conduta adotada;
- Periodicidade de seguimento;
- Necessidade de acompanhamento compartilhado;
- Sinais de alerta que demandam retorno antecipado;
- Orientações para a equipe da APS e para a família.

O contrafluxo é a condição de qualidade da linha de cuidado e deve integrar o prontuário da criança e o plano de cuidado.

11.3 Responsabilidades Compartilhadas

- A APS mantém a **coordenação longitudinal do cuidado**, mesmo quando a criança está em seguimento especializado.
- A AAE assume a responsabilidade técnica pelo manejo oftalmológico, mantendo comunicação ativa com a APS.
- Ambas as equipes devem atuar de forma corresponsável na prevenção de perdas de seguimento.

Sempre que possível, devem ser utilizadas estratégias de:

- interconsulta;
- matriciamento;
- discussão de casos;
- educação permanente em serviço.

11.4 Articulações com o CER

Nos casos em que houver indicação de atenção reabilitadora:

- a APS deve articular o encaminhamento ao CER;
- a AAE deve contribuir com informações técnicas relevantes para o plano de cuidado;
- o CER deve retroalimentar a APS quanto à adesão, evolução funcional e necessidades adicionais da criança.

A integração entre APS, AAE e CER deve garantir que a criança e sua família não sejam fragmentadas entre serviços, mantendo-se um único plano de cuidado como referência.



12. Segurança do paciente e gestão de riscos

A organização do cuidado em saúde ocular na infância deve incorporar princípios de segurança do paciente e gestão de riscos, considerando que atrasos na identificação de agravos oculares, falhas de comunicação entre os pontos da rede e perdas de seguimento podem resultar em danos irreversíveis ao desenvolvimento visual e global da criança.

No contexto deste protocolo, a segurança do paciente está diretamente associada à:

- realização oportuna das triagens oculares;
- identificação precoce de fatores de risco;
- estratificação adequada do risco ocular;
- encaminhamento tempestivo para atenção especializada;
- comunicação efetiva entre APS, maternidade, AAE e CER;

12.1 Principais riscos assistenciais na saúde ocular infantil

São considerados riscos prioritários:

- não realização ou atraso do TRV e da TON;
- falhas no registro e na comunicação dos resultados das triagens;
- perda de seguimento de crianças prematuras elegíveis para rastreamento de ROP;
- atrasos no encaminhamento de crianças em moderado ou alto risco;
- ausência de contrafluxo estruturado da AAE para a APS;
- fragmentação do cuidado entre APS, AAE e CER;
- baixa adesão da família ao seguimento, por falhas de orientação ou barreiras de acesso.

12.2 Estratégias de mitigação de riscos

Para reduzir esses riscos, as equipes e a gestão devem adotar, de forma sistemática:

- padronização dos momentos críticos de cuidado e das ações obrigatórias;
- utilização da estratificação de risco como tecnologia organizadora do cuidado;
- registro estruturado das triagens, do estrato de risco e do plano de cuidado;
- definição clara de prioridades nos encaminhamentos;
- garantia de contrarreferência pela AAE;
- realização de busca ativa pela APS nos casos de faltas e interrupções do seguimento;
- educação permanente das equipes sobre sinais de alerta e fluxos assistenciais;
- orientação contínua às famílias sobre a importância do acompanhamento.

12.3 Eventos sentinelas

Devem ser tratados como eventos sentinela, com análise e reorientação dos processos de trabalho:

- diagnóstico tardio de agravo ocular com repercussão visual evitável;
- perda de seguimento de criança prematura elegível para rastreamento de ROP;



- atraso significativo na avaliação oftalmológica de criança em alto risco;
- falhas reiteradas de comunicação entre APS e AAE que resultem em dano potencial.

A identificação desses eventos deve subsidiar:

- revisão de fluxos;
- ajustes nos processos de trabalho;
- ações de educação permanente;
- fortalecimento da governança da linha de cuidado.



13. Monitoramento e indicadores

O monitoramento sistemático da linha de cuidado em saúde ocular na infância é fundamental para avaliar a implantação do protocolo, qualificar os processos de trabalho e identificar riscos assistenciais. Os indicadores a seguir estão organizados em três dimensões: processo, coordenação do cuidado e resultados.

13.1 Indicadores de processo (APS)

1 Cobertura de estratificação de risco ocular infantil

- Numerador: número de crianças com estrato de risco ocular registrado no período.
- Denominador: número de crianças em acompanhamento na APS no período.

2 Cobertura de plano de cuidado (risco moderado e alto)

- Numerador: número de crianças classificadas como risco moderado e alto com plano de cuidado registrado.
- Denominador: número total de crianças classificadas como risco moderado e alto.

3 Cobertura de triagem ocular neonatal

- Numerador: número de recém-nascidos com registro de TON e TRV
- Denominador: número total de recém-nascidos no período.

4 Proporção de encaminhamentos adequados

- Percentual de encaminhamentos para a AAE realizados com critérios de risco moderado e alto corretamente preenchidos.

13.2 Indicadores de coordenação do cuidado (APS - AAE)

1 Taxa de contrafluxo efetiva

- Percentual de crianças encaminhadas à AAE que apresentam devolutiva estruturada registrada pela atenção especializada.



2 Tempo até avaliação especializada (alto risco)

- Mediana (em dias) entre a data de estratificação como alto risco e a realização da primeira consulta oftalmológica na AAE.

3 Proporção de crianças com seguimento ativo após encaminhamento

- Percentual de crianças em risco moderado e alto encaminhadas que permanecem em acompanhamento regular na APS.

13.3 Indicadores de resultado (sentinelas)

Devem ser monitorados como eventos sentinela:

- Diagnóstico tardio de agravo ocular com repercussão visual evitável;
- Perda de seguimento de criança classificada como alto risco (especialmente prematuros elegíveis para ROP);
- Ocorrência de urgência oftalmológica associada a falha prévia de triagem, estratificação ou encaminhamento;
- Abandono do acompanhamento por criança com deficiência visual ou em seguimento reabilitador.

A ocorrência desses eventos deve desencadear análise dos processos de trabalho, revisão de fluxos assistenciais e ações de educação permanente, fortalecendo a governança da linha de cuidado.





ANEXOS



Anexo 1A: Triagem ocular na criança (TOC)

PERÍODO NEONATAL E PRIMEIRA INFÂNCIA (0 a 2 anos)

Instrumento Operacional – Atenção Primária à Saúde

Finalidade: identificar precocemente risco ocular na infância, subsidiar estratificação de risco e organizar a linha de cuidado.

1 Identificação:

Nome da criança: _____

Nome da mãe: _____

CNS: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Unidade de Saúde / Equipe: _____

Data da aplicação: ____ / ____ / ____

Profissional responsável: _____

2 Informações do período neonatal

- Triagem Ocular Neonatal (TON) realizada?

☐ Sim ☐ Não Data: ____ / ____ / ____

Resultado: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Duvidoso

- Teste do Reflexo Vermelho (TRV) realizado?

» **Consulta de puericultura aos ____ m** (esperado: 2m)

☐ Sim ☐ Não Data: ____ / ____ / ____

Resultado: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Duvidoso

» **Consulta de puericultura aos ____ m** (esperado: 6m)

☐ Sim ☐ Não Data: ____ / ____ / ____

Resultado: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Duvidoso

» **Consulta de puericultura aos ____ m** (esperado: 9m)

☐ Sim ☐ Não Data: ____ / ____ / ____

Resultado: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Duvidoso

» **Consulta de puericultura aos ____ m** (esperado: 12m)

☐ Sim ☐ Não Data: ____ / ____ / ____

Resultado: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Duvidoso





» **Consulta de puericultura aos _____ m** (esperado: 18m)

☐ Sim ☐ Não Data: _____ / _____ / _____

Resultado: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Duvidoso

» **Consulta de puericultura aos _____ m** (esperado: 24m)

☐ Sim ☐ Não Data: _____ / _____ / _____

Resultado: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Duvidoso

• **Fatores de risco perinatais:**

☐ Prematuridade

» IG $\leq$ 32 semanas e/ou peso ao nascer $\leq$ 1.500g: Mapa de retina realizado?

☐ Sim ☐ Não Data: _____ / _____ / _____

Resultado: ☐ Normal ☐ Alterado

☐ Baixo peso ao nascer

☐ Intercorrências neonatais relevantes

☐ Exposição a infecção congênita (TORCH+Zika)

☐ Outros: _____

3 Perguntas à família / cuidador

Nas últimas semanas, você percebeu que a criança:	Sim	Não
Não fixa ou não acompanha objetos com os olhos?	•	•
Aproxima demais o rosto de objetos ou pessoas?	•	•
Apresenta olhos desalinhados ("vesgos")?	•	•
Apresenta sensibilidade exagerada à luz?	•	•
Esbarra frequentemente em objetos ou cai com frequência?	•	•
Parece não enxergar bem?	•	•

4 Observação clínica básica na APS

Sinais e Sintomas oculares	Sim	Não
Fixação e seguimento visual adequados para a idade?	•	•
Alinhamento ocular normal?	•	•
Inspeção externa dos olhos (pálpebras, conjuntiva, córnea) normal?	•	•
Descrição, se houver: _____	•	•



5 Classificação inicial do risco ocular infantil

Com base nas informações acima, classifique a criança:

☐ Risco Baixo ocular

- TON/TRV realizados e normais
- Sem fatores de risco relevantes
- Sem queixas ou sinais de alerta

☐ Risco Moderado ocular

- Presença de fator de risco (prematuridade, TORCH+Zika, etc.) e/ou
- Queixa familiar ou pelo menos 1 sinal/sintoma de alerta presente

☐ Risco Alto ocular

- Prematuro em risco de ROP (<32s ou PN<1500g) sem avaliação oftalmológica realizada e/ou
- Suspeita de deficiência visual: DESCREVER: _____ e/ou
- Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor

6 Estratificação de Risco Ocular (obrigatório)

☐ Risco Baixo ocular

☐ Risco Moderado ocular

☐ Risco Alto risco ocular

7 Conduta definida na APS

Conduta	
Seguimento na APS com reavaliação programada	•
Encaminhamento programado para a AAE (Oftalmologia) • Critérios “Risco Moderado ocular”	•
Encaminhamento prioritário para a AAE (Oftalmologia): • Critérios “Risco Alto ocular”	•
Elaboração de Plano de Cuidado	•
Orientações de sinais de alerta	•

8 Registro

- Registro realizado no prontuário eletrônico
- Registro incluído no instrumento de estratificação / planilha coletiva
- Registro na caderneta de saúde da criança





Anexo 1B: Triagem visual funcional no pré escolar (TVF 3-5 anos)

PERÍODO PRÉ-ESCOLAR (3 a 5 anos)

Instrumento Operacional – Atenção Primária à Saúde

Finalidade: identificar precocemente risco ocular na infância, subsidiar estratificação de risco e organizar a linha de cuidado.

1 Identificação:

Nome da criança: _____

Nome da mãe: _____

CNS: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Unidade de Saúde / Equipe: _____

Data da aplicação: ____ / ____ / ____

Profissional responsável: _____

2 Avaliação de Acuidade Visual

Método utilizado:

☐ Tabela Digital

☐ Tabela E de Snellen

☐ Outro: _____

Resultado:

Teste realizado ☐ com correção ☐ sem correção

OD: _____

OE: _____

Resultado considerado:

☐ Normal para idade

☐ Suspeita de alteração visual

3 Perguntas à família / cuidador

Nas últimas semanas, você percebeu que a criança:	Sim	Não
Olhos ficam vermelhos e/ou coçam com frequência?	•	•
Aproxima demais o rosto de objetos ou pessoas?	•	•
Apresenta olhos desalinhados ("vesgos")?	•	•
Queixa de dor de cabeça frequente?	•	•





Nas últimas semanas, você percebeu que a criança:	Sim	Não
Esbarra frequentemente em objetos ou cai com frequência?	•	•
Parece não enxergar bem?	•	•

4 Observação clínica básica na APS

Sinais e Sintomas oculares	Sim	Não
Fixação e seguimento visual adequados para a idade?	•	•
Alinhamento ocular normal?	•	•
Inspeção externa dos olhos (pálpebras, conjuntiva, córnea) normal? Descrição, se houver: _____	•	•

5 Classificação inicial do risco ocular infantil

Com base nas informações acima, classifique a criança:

☐ **Risco Baixo ocular**

- Acuidade visual normal para a idade e sem diferença significativa entre os olhos
- Sem queixas ou sinais de alerta

☐ **Risco Moderado ocular**

- Baixa acuidade visual para a idade ou diferença significativa entre os olhos
- Queixa familiar ou pelo menos 1 sinal/sintoma de alerta presente

☐ **Risco Alto ocular**

- Suspeita de deficiência visual: DESCREVER: _____
e/ou
- Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor

6 Estratificação de Risco Ocular (obrigatório)

☐ **Risco Baixo ocular**

☐ **Risco Moderado ocular**

☐ **Risco Alto ocular**

7 Conduta definida na APS

Conduta	
Seguimento na APS com reavaliação programada	•
Encaminhamento programado para a AAE (Oftalmologia) • Critérios “Risco Moderado ocular”	•
Encaminhamento prioritário para a AAE (Oftalmologia): • Critérios “Risco Alto ocular”	•
Elaboração de Plano de Cuidado	•
Orientações de sinais de alerta	•



Anexo 2: Critérios de compartilhamento e prioridades (APS > AAE)

1. Encaminhamento prioritário (risco alto)

Encaminhar **imediatamente** quando houver qualquer um dos seguintes:

Encaminhar imediatamente quando houver:

- Alteração significativa **na TON ou no TRV**
- Suspeita de **retinopatia da prematuridade (ROP)**
- **Leucocoria (reflexo branco pupilar)**
- **Estrabismo persistente**
- **Ausência de fixação visual após 3 meses**
- Suspeita de **deficiência visual**
- Alterações oculares estruturais evidentes

Responsabilidade da APS:

- Encaminhamento prioritário
- Registro do estrato de risco
- Orientação imediata à família
- Busca ativa em caso de falta

2. Encaminhamento programado (risco moderado)

Encaminhar conforme regulação quando houver:

- prematuridade ou baixo peso ao nascer
- exposição a infecções congênitas (TORCH+Zika)
- alterações discretas na triagem ocular
- atraso do desenvolvimento neuropsicomotor
- queixa familiar de dificuldade visual

Responsabilidade da APS:

- elaboração do plano de cuidado
- monitoramento da adesão
- atualização do estrato de risco

3. Não encaminhar (risco baixo)

Criança com:

- triagens oculares normais
- desenvolvimento visual adequado
- ausência de fatores de risco

Conduta: Seguimento na APS com reavaliações periódicas (anual).





Anexo 3: Plano de cuidado – saúde ocular da criança

Obrigatório para riscos moderado e alto

1 Identificação:

Nome da criança: _____

Nome da mãe: _____

CNS: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____

Unidade de Saúde / Equipe: _____

Data da aplicação: ____ / ____ / ____

Profissional responsável: _____

2 Problemas identificados:

☐ Prematuridade

☐ Alteração em triagem ocular

☐ Exposição a TORCH+Zika

☐ Suspeita de atraso do desenvolvimento

☐ Suspeita de deficiência visual

☐ Outro: _____

3 Metas do cuidado:

Eixo ocular

- avaliação oftalmológica especializada
- seguimento conforme orientação da AAE
- monitoramento da função visual

Eixo desenvolvimento infantil

- acompanhamento do DNPM
- estimulação precoce (habilitação e reabilitação visual, quando necessário)

4 Ações programadas:

Ação	Responsável	Prazo
Consulta oftalmológica	AAE	_____
Retorno puericultura	APS	_____
Orientação familiar	APS	_____
Busca ativa se falta	APS	_____



5 Compartilhamento APS - AAE:

- ☐ Caso compartilhado
- ☐ Conduta especializada registrada
- ☐ Periodicidade de seguimento definida

6 Monitoramento:

Consulta AAE realizada:

- ☐ Sim
- ☐ Não

Retorno à APS:

- ☐ Sim
- ☐ Não

Plano reavaliado em: ____ / ____ / ____



Anexo 4: Rotina de busca ativa (ACS / APS)

Objetivo

Reduzir perdas de seguimento na linha de cuidado em saúde ocular infantil, especialmente entre crianças classificadas como **riscos moderado e alto**, garantindo a continuidade do cuidado e o comparecimento às consultas especializadas.

Responsáveis

- Agente Comunitário de Saúde (ACS)
- Enfermeiro(a) da APS
- Médico(a) da APS
- Equipe de referência da Unidade de Saúde

População prioritária para busca ativa

Realizar busca ativa prioritária para:

- Crianças classificadas como **risco moderado**;
- Crianças classificadas como **risco alto**;
- Prematuros elegíveis para rastreamento de **Retinopatia da Prematuridade (ROP)**;
- Crianças com **triagem ocular alterada (TON ou TRV)**;
- Crianças com **suspeita de deficiência visual**;
- Crianças encaminhadas à **AAE ou CER** que faltaram à consulta.

Passos mínimos da rotina de busca ativa

1 Lista semanal de monitoramento

A equipe da APS deve elaborar lista contendo:

- Crianças classificadas como **riscos moderado e alto ocular**;



- Crianças encaminhadas para **AAE (oftalmologia)**;
- Crianças que **faltaram à consulta especializada**;
- Crianças com **seguimento oftalmológico pendente**.

2 Contato com a família

Realizar contato em até **7 dias após a ausência**, por meio de:

- ligação telefônica;
- mensagem ou contato digital (quando disponível);
- visita domiciliar pelo ACS.

3 Identificação do motivo da ausência

Registrar no prontuário ou instrumento de monitoramento:

- dificuldade de acesso ao serviço;
- esquecimento da consulta;
- dificuldades socioeconômicas;
- melhora ou desaparecimento da queixa;
- outros motivos.

4 Reagendamento da consulta

- Articular novo agendamento com a **AAE** quando necessário;
- Orientar a família sobre a importância da avaliação oftalmológica.

5 Atualização do plano de cuidado

Após o contato com a família, a equipe deve:

- registrar a situação no prontuário da criança;
- atualizar o **plano de cuidado**;
- reavaliar a necessidade de intensificação do acompanhamento.



Anexo 5: Fluxo da linha de cuidado em saúde ocular da criança

Princípio organizador

A linha de cuidado em saúde ocular infantil organiza o percurso assistencial da criança na Rede de Atenção à Saúde, desde o **nascimento até o acompanhamento longitudinal na infância**, articulando maternidade, Atenção Primária à Saúde, Atenção Ambulatorial Especializada e Centros Especializados em Reabilitação.

A organização do fluxo baseia-se em **momentos críticos do cuidado**, orientados pela metodologia da **Planificação da Atenção à Saúde (PAS)**.



Momento 1: nascimento e período neonatal

Onde

- Maternidade
- Unidade hospitalar

Quem

- Neonatologista
- Pediatra
- Enfermeiro(a)

Ações essenciais

- 1 Realização da **Triagem Ocular Neonatal (TON)**;
- 2 Identificação de fatores de risco perinatais:
 - » prematuridade;
 - » baixo peso ao nascer;
 - » intercorrências neonatais;
 - » exposição a infecções congênicas (TORCH+Zika);
- 3 Registro dos achados na **alta hospitalar**;
- 4 Comunicação das informações à **Atenção Primária à Saúde**.

Produtos desse momento

- Triagem ocular neonatal realizada;
- Fatores de risco identificados e registrados;
- Encaminhamento especializado quando indicado.

Momento 2: primeira consulta da criança na APS

Onde: APS

Quem realiza

- Enfermeiro(a)
- Médico(a)
- Equipe eSF / eMulti

Ações essenciais

- 1 Revisar informações do período gestacional e neonatal;
- 2 Confirmar realização da **TON e TRV**;
- 3 Identificar fatores de risco para agravos oculares;
- 4 Aplicar instrumento de **Triagem Ocular na Criança (TOC)**;
- 5 Avaliar sinais de alerta ocular;
- 6 Realizar **estratificação inicial do risco ocular infantil**.

Produtos desse momento

- Criança cadastrada e acompanhada na APS;



- Risco ocular classificado;
- Percurso assistencial definido.

Momento 3: estratificação de risco ocular

Onde: APS

Quem realiza

- Enfermeiro(a) e/ou Médico(a)

Ações essenciais

Classificação da criança em:

- **Risco baixo ocular**
- **Risco moderado ocular**
- **Risco alto ocular**

Registro no prontuário:

- estrato de risco
- critérios clínicos
- conduta definida

Produtos desse momento

- Estrato de risco ocular definido;
- Plano de cuidado elaborado (quando indicado);
- Definição do acompanhamento na rede.

Momento 4: acompanhamento por estrato de risco

4.1 Criança de BAIXO RISCO OCULAR

Conduta

- Seguimento na APS;
- Reavaliação nas consultas de puericultura;
- Orientação à família sobre sinais de alerta.

Produto

- Vigilância clínica contínua;
- Identificação precoce de novos fatores de risco.

4.2 Criança de RISCO MODERADO OCULAR

Conduta

- Elaboração do **Plano de Cuidado na APS**;
- Encaminhamento programado para **AAE (oftalmologia)**;
- Acompanhamento compartilhado APS – AAE;
- Monitoramento da adesão ao seguimento.





Produto

- Plano de cuidado ativo;
- Encaminhamento oportuno;
- Coordenação do cuidado pela APS.

4.3 Criança de RISCO ALTO OCULAR

Conduta

- Encaminhamento prioritário para **AAE**;
- Compartilhamento obrigatório do cuidado APS – AAE;
- Elaboração de plano de cuidado integrado;
- Monitoramento intensivo pela APS;
- Articulação com **CER** quando necessário.

Produto

- Redução do risco de deficiência visual;
- Integração efetiva da rede de atenção.

Momento 5: atenção ambulatorial especializada (AAE)

Onde ocorre

- Ambulatório de oftalmologia

Ações essenciais

- 1 Avaliação oftalmológica especializada;
- 2 Definição diagnóstica ou hipótese clínica;
- 3 Definição de conduta terapêutica;
- 4 Definição de periodicidade de seguimento;
- 5 Registro de **contrarreferência à APS**.

Produto obrigatório

Devolutiva estruturada à APS contendo:

- diagnóstico ou hipótese diagnóstica;
- conduta adotada;
- periodicidade de acompanhamento;
- sinais de alerta.

Momento 6: retorno à APS e continuidade do cuidado

Onde: APS

Ações essenciais

- 1 Incorporação da contrarreferência ao prontuário;
- 2 Atualização do plano de cuidado;
- 3 Monitoramento da adesão ao seguimento;



- 4 Orientação contínua à família;
- 5 Busca ativa em caso de faltas.

Produto

- Cuidado longitudinal coordenado pela APS;
- Redução de perdas de seguimento.

PONTOS-CHAVE DO FLUXO

A **APS coordena o cuidado longitudinal** da criança.

A **estratificação de risco organiza o percurso assistencial**.

Crianças de **riscos moderado e alto** devem ter cuidado compartilhado com a **AAE**.

O **plano de cuidado é obrigatório** para riscos moderado e alto.

A **busca ativa é essencial para evitar perda de seguimento**.



