

Ministério da Saúde

Agenda de Compromissos para a
Saúde Integral da Criança
e Redução da Mortalidade Infantil



Brasília - DF / 2004

© 2004 Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1.^a edição – 2004 – 1.500 exemplares

Edição, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno

Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, 6.^o andar, sala 625

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 315 2866 / 315 2958 / 224 4561

Fax: (61) 315 2038

E-mail: criança@saude.gov.br

Home pages: www.saude.gov.br/sas/dape/homedape.htm

http://www.saude.gov.br/sas/dape/crianca/homecrianca.htm

Coordenação: Alexia Luciana Ferreira

Redação e organização: Sônia Lansky

Revisão técnica: Carla Lopes Porto Brasil

Capa e projeto gráfico: Bruno Soares Maciel

Áreas que colaboraram na elaboração da publicação:

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Coordenação de Saúde da Mulher

Coordenação de Saúde Mental

Coordenação de Saúde e Violência

Coordenação de Saúde da Pessoa com Deficiência

Secretaria de Vigilância em Saúde

Departamento de Vigilância Epidemiológica

Programa Nacional de DST e Aids

Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunização

Coordenação-Geral de Doenças Transmissíveis

Departamento de Análise de Situação em Saúde

Coordenação-Geral de Informações e Análises Epidemiológicas

Departamento de Atenção Básica

Coordenação de Saúde Bucal

Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição

Departamento de Atenção Especializada

Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

80 p.: il.: color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

ISBN 85-334-0784-X

1. Saúde Infantil. 2. Mortalidade infantil. 3. Prestação de cuidados de saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. II. Título. III. Série.

NLM WA 320

Catálogo na fonte – Editora MS

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA Trecho 4, Lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 233 1774/2020 Fax: (61) 233 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:

Normalização: Leninha Silvério

Revisão: Mara Pamplona

Pré-impressão: João Mário P. d' A. Dias

Sumário

Lista de figuras	4
Apresentação	5
Introdução	7
Princípios norteadores do cuidado na saúde da criança	11
Linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança e redução da mortalidade infantil	17
Principais <i>eixos – linhas de cuidado</i>	35
<i>Principais estratégias de ação</i>	39
<i>A organização dos serviços de saúde e da rede de atenção à criança</i>	45
<i>Destaques para abordagem prioritária</i>	51
<i>Compromissos das unidades de saúde:</i> <i>“o que não pode deixar de ser feito”</i>	55
<i>Instrumentos de gestão dos serviços de saúde para Atenção Integral à Saúde da Criança e Redução da Mortalidade Infantil</i>	75

Lista de figuras

Atenção integral à saúde da criança e redução da mortalidade infantil	34
Principais eixos.....	37
Cuidado integral na saúde reprodutiva e perinatal	65
Atenção à criança desnutrida	69
A Criança na unidade de saúde.....	71
Abordagem de risco da criança na unidade de saúde	73

Apresentação

Está garantido na Constituição Federal: “A Saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. E de acordo com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência deve ser universal, igualitária e eqüitativa. Ou seja, além de oferecer o atendimento indiscriminado, a pessoa deve ser tratada na sua individualidade. Não basta acolher a todos para que o tratamento seja bem sucedido. Há que se levar em consideração as especificidades de cada paciente.

Este é um grande desafio que o Ministério da Saúde tem procurado enfrentar ao longo dos anos através da promoção de políticas públicas diferenciadas para atender as necessidades dos diversos segmentos populacionais, especialmente, idosos, mulheres e crianças.

A legislação brasileira, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente, reforça o compromisso pela promoção do bem-estar desses pequenos cidadãos. Responsabilidade esta que não é apenas da família, mas do Estado e da sociedade como um todo.

Os cuidados com a saúde infantil estão entre as ações essenciais do Ministério da Saúde. Os programas desenvolvidos buscam oferecer um atendimento médico mais humano e de melhor qualidade para as nossas crianças.

O Projeto Mãe-Canguru e a promoção do aleitamento materno são iniciativas que têm promovido uma mudança no atendimento à criança, reduzindo tempo de internação e a incidência de infecções hospitalares. Outra estratégia importante é a Atenção Inte-

gral às Doenças Prevalentes na Infância, que contribui não apenas para a redução de óbitos por diarreias e pneumonias, mas possibilita uma maior organização dos serviços.

Com a implantação dos postos de registro de nascimento nas maternidades foi possível melhorar a cobertura de informações e evitar o risco de que crianças deixem de ser registradas.

Mas apesar dos avanços alcançados, os indicadores de saúde demonstram que ainda falta um longo caminho a percorrer para garantir às crianças brasileiras o direito integral à saúde, como assumido em nossas leis. Os índices de mortalidade infantil – embora bastante reduzidos na última década – ainda são altos. Na maioria dos casos, os óbitos poderiam ser evitados se as crianças fossem encaminhadas para um serviço de saúde qualificado, com uma equipe profissional preparada para atender com eficiência e agilidade.

Então, o que falta é um esforço concentrado na organização da assistência à população infantil, que contemple desde o primeiro atendimento, nas unidades básicas de saúde, até a atenção especializada dos casos mais graves, que exigem internação nas unidades de média e alta complexidade. Esse é o objetivo do Ministério da Saúde com a “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”.

Aqui estão organizadas as principais diretrizes que devem ser seguidas no desenvolvimento de políticas de atenção à criança. O presente documento é mais uma ferramenta de trabalho para ajudar os gestores estaduais e municipais no processo de reorganização da rede de assistência à infância nos seus vários níveis.

A promoção e recuperação da saúde infantil já são prioridades assumidas por este governo. Agora, o Ministério da Saúde quer reforçar esse compromisso com estados e municípios para juntos construirmos um pacto em prol da redução da mortalidade infantil e pela garantia de uma rede de assistência pública integral, qualificada e humanizada em benefício da criança brasileira.

Humberto Costa
Ministro de Estado da Saúde

Introdução

A Coordenação de Atenção à Criança, do Ministério da Saúde, apresenta esta **Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil** como orientação para a ação de todos os profissionais que lidam com a criança. Pretende-se, assim, ressaltar que **o foco da atenção de todos, cada qual dentro de sua missão profissional, é a criança**, em toda e qualquer oportunidade que se apresente, seja na unidade de saúde, no domicílio ou espaços coletivos, como a creche, pré-escola e a escola. Assim, a criança pode se beneficiar de um cuidado integral e multiprofissional, que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo. Ainda, como cuidado integral entende-se a responsabilidade de disponibilizar a atenção necessária em todos os níveis: da promoção à saúde ao nível mais complexo de assistência, do *locus* próprio da atenção à saúde aos demais setores que têm interface estreita e fundamental com a saúde (moradia, água tratada, educação, etc.).

A redução da mortalidade infantil é ainda um grande desafio no País para os gestores, profissionais de saúde e para a sociedade como um todo. Apesar da queda importante na última década, decorrente da redução da mortalidade pós-neonatal (27 dias a 1 ano de vida) os índices são ainda elevados, há uma estagnação da mortalidade neonatal no país (0 a 27 dias de vida) – principal componente da mortalidade infantil desde a década de 90 – e uma concentração nas regiões e populações mais pobres, refletindo as desigualdades sociais. Esta situação é agravada quando se reconhece que em sua maioria estas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, determinadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços de saúde resolutivos e qualificados.

As causas perinatais, a pneumonia e a diarreia associadas à desnutrição são as principais causas de morte no primeiro ano de vida e merecem atenção de destaque. Portanto, o nascimento saudável, a promoção do crescimento, desenvolvimento e alimentação saudáveis, com enfoque prioritário para a vigilância à saúde das crianças de maior risco e o cuidado às doenças prevalentes, são ações que não podem deixar de ser realizadas em toda a sua plenitude.

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.

A finalidade deste documento é apoiar a organização da assistência à população infantil e possibilitar que os gestores e profissionais de saúde identifiquem as ações prioritárias para a saúde da criança. Propõe a definição de diretrizes para identificação das linhas de cuidado integral que devem constar no cardápio básico para o funcionamento adequado dos serviços e de toda a rede de ações de saúde da criança no nível local, de maneira a prover respostas mais satisfatórias para esta população.

A organização de uma rede integrada de assistência deve se basear nos princípios já garantidos na Constituição Federal, no Estatuto da Criança e no Sistema Único de Saúde, como o direito de acesso aos serviços de saúde, hierarquizados e com enfoque da integralidade do indivíduo e da assistência, que garantam a resolubilidade adequada e promovam a equidade. Deve incorporar a organização do processo de trabalho integrado entre os agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família, equipes de apoio, unidades básicas de saúde, atenção especializada, serviços de urgências, ações complementares de assistência (assistência farmacêutica, apoio diagnóstico) e atenção hospitalar, além das ações intersetoriais que envolvem a criança e a família. Assumindo o desafio da conformação de uma **rede única integrada de assistência à criança, é apresentada a linha de cuidado integral da saúde da criança**, com a identificação das ações prioritárias e as estratégias que devem nortear a ação das unidades de saúde e da rede como um todo, visando ao cumprimento dos objetivos de promover a saúde e reduzir a morbimortalidade para níveis aceitáveis.

Este documento apresenta, inicialmente, os principais eixos de ação a serem de-

envolvidas em toda a rede de assistência à criança, que já comprovaram eficiência em diversos estudos e experiências locais na qualificação da assistência à criança, no enfrentamento dos seus principais problemas de saúde e na redução da mortalidade infantil. A seguir, é apresentada a proposta de operacionalização dessas ações prioritárias na rede assistencial, com a identificação **das ações de saúde que não podem deixar de ser realizadas** para o alcance de resultados mais positivos para população infantil nos diversos níveis de organização do SUS. Assumimos, assim, um compromisso, um pacto pela qualificação da atenção à criança e redução da mortalidade infantil, com destaque para a mortalidade neonatal, nos responsabilizando pela prevenção dessas mortes precoces e evitáveis, em um movimento **em defesa da vida**.

Princípios norteadores do cuidado na saúde da criança



Princípios norteadores do cuidado na saúde da criança

Planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais: definindo-se as prioridades para a saúde da população infantil local e estabelecendo-se as interfaces necessárias, com a articulação das diversas políticas sociais e iniciativas da comunidade implementadas no município e na área da unidade de saúde, de forma a tornar mais efetivas as intervenções para os diversos problemas demandados pela população. Nesse aspecto, a saúde do escolar (saúde bucal, mental, triagem auditiva e oftalmológica) e a educação infantil (creches, pré-escola) devem estar contempladas. A intersectorialidade pressupõe a definição de objetivos comuns para os quais cada setor contribui com as suas especificidades, articulando ou produzindo novas ações. Esse conceito desperta para a necessidade de participação da unidade de saúde nas redes sociais locais que se constituem, a partir do território, na defesa dos direitos da criança.

Acesso universal: deve ser entendido como o direito de toda criança receber assistência de saúde e a responsabilidade da unidade de saúde em receber todos os que procuram a unidade, propiciando uma escuta de suas demandas ou problemas de saúde e avaliação qualificada de cada situação.

Acolhimento: receber toda criança que procura o serviço de saúde com escuta qualificada, estabelecendo uma relação cidadã e humanizada, definindo o encaminhamento mais adequado para a resolução das demandas identificadas. Deve-se adotar uma postura acolhedora na recepção e atendimento dos usuários – durante todo o expediente – para não se incorrer no erro comum de burocratização dessa prática, com a instituição de agendamento ou distribuição de senhas para o acolhimento, que de fato deve aconte-

cer como fluxo contínuo. A unidade/equipe assume o paciente e estabelece compromisso e responsabilidade sobre todas as suas necessidades de saúde. A consulta médica não deve ser a única proposta de abordagem da criança e toda a equipe deve participar da assistência e resolução do problema do usuário, potencializando-se a capacidade de resposta e intervenção. São encaminhadas para a consulta médica apenas aquelas crianças que dela necessitam.

Responsabilização: definição da população sob a responsabilidade da equipe, estabelecimento de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário, garantindo a continuidade da assistência, com a responsabilização dos profissionais e da unidade de saúde sobre a saúde integral da criança e sobre os problemas colocados, até a sua completa resolução.

Assistência integral: abordagem global da criança, contemplando todas as ações de saúde adequadas para prover resposta satisfatória na produção do cuidado, não se restringindo apenas às demandas apresentadas. Compreende, ainda, a integração entre todos os serviços de saúde, da atenção básica à atenção especializada, apoio diagnóstico e terapêutico até a atenção hospitalar de maior complexidade, com o acompanhamento de toda a trajetória da criança pela atenção básica.

Assistência resolutiva: promover a articulação necessária para disponibilizar os diversos saberes e recursos adequados à necessidade apresentada, em todos os níveis de atenção. O cuidado não deve ser dispensado pontualmente e de forma fragmentada, devendo-se garantir a continuidade da assistência até a completa resolução do problema.

Eqüidade: com a definição das prioridades para atuação no processo de organização da assistência à saúde da criança, com maior alocação dos recursos onde é maior a necessidade.

Atuação em equipe: articulando os diversos saberes e intervenções dos profissionais da unidade de saúde, efetivando-se o trabalho solidário e compartilhado e produzindo-se resposta qualificada às necessidades em saúde da criança.

Desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde: com estruturação de ações educativas nas escolas, creches, pré-escolas e unidades de saúde, com abordagem das ações de promoção de saúde, com o entendimento das interferências necessárias sobre o ambiente e hábitos de vida, buscando-se uma qualidade de vida saudável.

Participação da família/control social na gestão local: incentivo à participação da família em toda a atenção à criança, envolvendo-a com a informação sobre os cuidados e problemas de saúde, bem como nas propostas de abordagem e intervenções necessárias, entendidas como direito de cada cidadão e potencial de qualificação e humanização da assistência.

Avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada: ação a ser permanentemente desenvolvida pela unidade de saúde ou pela equipe de saúde da família, de maneira a contribuir para que os problemas prioritários sejam identificados, os ajustes e ações necessárias sejam realizadas, de modo a prover resultados mais satisfatórios para a população. Os instrumentos que poderão ser utilizados com esta finalidade, na forma de **Sistemas de Informação** já disponíveis, estão descritos neste documento no item Instrumentos de *Gestão dos Serviços de Saúde*, além de outros mecanismos locais que podem ser desenvolvidos.

Linhas de cuidado

da Atenção Integral da Saúde da Criança
e Redução da Mortalidade Infantil



Linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança e redução da mortalidade infantil

O cuidado em saúde demanda uma visão integral do usuário em todos os aspectos – a pessoa por inteiro, contemplando uma postura acolhedora com escuta atenta, olhar zeloso e estabelecimento de vínculo e responsabilização. As linhas de cuidado pressupõem, ainda, uma visão global das dimensões da vida dos usuários que possibilitem respostas também mais globais, fruto de um trabalho em equipe. Da mesma maneira, é necessária a visão integral da rede de assistência, potencializando os recursos disponíveis para oferecer a resposta mais adequada, completa e resolutive à necessidade do usuário. A organização da assistência de saúde em linhas de cuidado coloca-se como uma estratégia para superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde (como o distanciamento entre a atenção básica e a atenção hospitalar) e garantia de continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção às de tratamento e reabilitação, com um fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção (primária, secundária e terciária), com referência e contra-referência responsável, até a recuperação completa do indivíduo.

1 - Ações da saúde da mulher: atenção humanizada e qualificada

A atenção clínico-ginecológica com ênfase na anticoncepção, no atendimento às mulheres vítimas de violência, às doenças sexualmente transmissíveis/aids e à saúde das adolescentes são importantes ações de saúde, tanto para a garantia do intervalo interpartal e para a prevenção de gravidez indesejada ou de alto risco, quanto para identificar fatores de risco ou diagnosticar e tratar doenças/problemas que podem com-

prometer a saúde da mulher e do recém-nato, ou até mesmo alterar a evolução normal de uma futura gestação. Não se deve esquecer a atenção à infertilidade, direito do cidadão ou casal e dever do Estado.

2 - Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido

Melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade da atenção à gestante e ao recém-nato implica na reorganização do sistema, com a compreensão da necessidade de integração das ações básicas com as de média e alta complexidade, conformando-se uma rede articulada de assistência que responda à necessidade da gestante e do recém-nascido. A implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, voltados para a identificação e enfrentamento dos principais problemas de saúde em seu território, é a principal estratégia de fortalecimento da atenção básica, devendo se tornar a porta de entrada preferencial do sistema de saúde.

É essencial a organização de serviços de saúde que, em conformidade com o nível de complexidade, devem contar com recursos humanos adequadamente capacitados; equipamentos mínimos necessários e manutenção sistemática; sistema de registro que permita o acompanhamento adequado das gestantes e o planejamento das suas necessidades em termos de medicamentos; retaguarda laboratorial e de unidades transfusionais e bancos de leite. Ainda, é necessário o monitoramento e avaliação sistemática de suas ações.

Mais da metade das mortes maternas e neonatais ocorrem durante a internação para o parto. É necessário organizar a referência e contra-referência da gestante para o parto, com disponibilidade de meios seguros de transporte para a mulher e a criança, quando necessário, e a garantia da assistência imediata e de qualidade no hospital/maternidade, para que a conduta adequada seja tomada em tempo hábil para ser eficaz. O pós-parto é outro momento de cuidado especial com a mulher e os serviços de saúde devem se organizar para garantir a atenção à puérpera. A ação **"Primeira Semana Saúde Integral"**, quando o teste do pezinho é recomendado, é uma estratégia e oportunidade de atenção à saúde da mulher e da criança, em um momento especial e de maior vulnerabilidade na vida da mulher e da criança.

As seguintes ações de saúde devem ser ofertadas pelos sistemas de saúde:

- pré-natal (de acordo com protocolo do Ministério da Saúde);
- parto institucional (e parto domiciliar seguro em alguns municípios das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste);
- atenção ao puerpério;
- urgências e emergências maternas, com acesso a leitos de Unidades de Tratamento Intensivo;
- atenção imediata ao recém-nascido na sala de parto, garantia de alojamento conjunto e acesso à Unidade de Cuidados Intermediários e a Unidades de Tratamento Intensivo, quando necessário, e acompanhamento após a alta.

3 - Triagem neonatal: teste do pezinho

As unidades de saúde devem divulgar informações sobre a importância do teste do pezinho, a ser realizado a partir do 5.º dia de vida, para detectar doenças como o hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme e fibrose cística, que podem ser tratadas, minimizando sua repercussão sobre a saúde da criança. As equipes de saúde devem estar atentas às crianças que não comparecerem à Unidade de Saúde na 1.ª semana de vida. Neste caso, os Agentes Comunitários de Saúde deverão fazer visita domiciliar e encaminhar a criança e a mãe à Unidade de Saúde. No momento da realização do teste do pezinho a equipe de saúde deverá atender integralmente a criança e a mulher – **Primeira Semana Saúde Integral** – com avaliação das condições de saúde da criança, da mãe, incentivo ao aleitamento materno e apoio às dificuldades apresentadas, aplicação das vacinas para a puérpera e a criança, agendamento da consulta de pós-parto e planejamento familiar para a mãe, e de acompanhamento para a criança.

Essa ação envolve não apenas a realização do exame laboratorial para a triagem neonatal, mas a busca ativa dos casos suspeitos, a confirmação diagnóstica, o acompanhamento multidisciplinar especializado e o tratamento dos pacientes detectados, o que deve estar garantido e pactuado na rede de assistência local/regional, bem como a avaliação de cobertura, do funcionamento e resultados do programa.

A Portaria GM/MS 822/2001 institui o Programa Nacional de Triagem Neonatal definindo referências para o acompanhamento desses casos em todos os estados brasileiros.

4 - Incentivo ao aleitamento materno

O aleitamento natural no decorrer dos anos tem se constituído tema fundamental para a garantia da saúde da criança. Este se traduz na edificação de três importantes pilares erguidos sob a ótica da promoção, da proteção e do apoio ilimitado e reforçado à mulher, começando no início da gestação. Iniciar bem a vida é fundamental e pode acontecer somente se houver condição favorável para a prática da alimentação saudável acompanhada pela afetividade e pelo bem-estar proporcionados pela amamentação. São inúmeras, inegáveis e inquestionáveis as vantagens da amamentação para a criança, sua mãe, a família e a sociedade. A amamentação quando praticada de forma exclusiva até os seis meses e complementada com alimentos apropriados até os dois anos de idade ou mais, demonstra grande potencial transformador no crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças na infância e idade adulta. As evidências científicas atuais comprovam que o leite humano proporciona um melhor desenvolvimento infantil. Por essas e outras razões é prioridade o desenvolvimento das várias ações de promoção da amamentação.

Estímulo ao aleitamento materno nas unidades básicas de saúde: pré-natal

As equipes de atenção básica devem estar capacitadas para acolher precocemente a gestante, garantindo orientação apropriada quanto aos benefícios da amamentação para mãe, a criança, a família e a sociedade. A abordagem durante o pré-natal é de fundamental importância para as orientações sobre como o leite é produzido, a importância da amamentação precoce e sob livre demanda. A importância do alojamento conjunto, os riscos do uso de chupetas, mamadeiras e qualquer tipo de bico artificial; orientação quanto ao correto posicionamento da criança e pega da aréola; como realizar a ordenha manual do leite, como guardá-lo e/ou doá-lo; como superar dificuldades como o ingurgitamento mamário, oferecer apoio emocional e estimular a troca de experiências, dedicar tempo e ouvir suas dúvidas, preocupações e dificuldades. Ajudando, assim, a aumentar sua autoconfiança para a capacidade de amamentar e envolver os familiares e a comunidade nesse processo.

Estímulo ao aleitamento materno na sala de parto e maternidade

Toda a equipe de saúde que presta cuidados às mães e aos bebês deve ser capacitada para o adequado acolhimento da gestante em trabalho de parto e para as práticas que promovam, protejam e apoiem a amamentação. Devem ajudar e apoiar as mães

a iniciar a amamentação na primeira hora após o parto e garantir o alojamento conjunto por 24 horas. Estimular a amamentação sob livre demanda, não oferecer nenhum alimento ou líquido além do leite materno, exceto em casos indicados pelo médico, não dar bicos artificiais ou chupetas, ensinar como amamentar e como manter a amamentação caso necessitem ser separadas de seus filhos. Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação, praticar a observação e avaliação da mamada em todas as oportunidades em que estão sendo avaliadas a mãe e/ou a criança. A iniciativa Hospital Amigo da Criança visa estimular e certificar as instituições que adotam tais práticas.

Estímulo ao aleitamento materno após a alta da maternidade

A visita domiciliar do agentes comunitários de saúde, no último mês de gestação e na primeira semana de vida da criança, é uma ação prioritária de vigilância à saúde da mãe e do bebê e de fundamental importância para o incentivo, orientação e apoio à amamentação. Na **"Primeira Semana Saúde Integral"** todo recém nascido deve ser acolhido na Unidade Básica de Saúde para checagem dos cuidados tanto para a mãe quanto para a criança, ressaltando-se a importância dessa abordagem na primeira semana de vida e primeiro mês, quando ocorre a maioria dos problemas que levam ao desmame precoce. A equipe de cuidados deve estar atenta para ouvir a mãe ou seus familiares, evitando julgar o que por acaso esteja sendo feito de errado, devendo elogiar o que estiver sendo feito certo e sugerir formas de corrigir o errado, sem dar ordens. Avaliar e observar a mamada em todas as ocasiões de encontro com mães e bebês e reforçar as orientações dadas no pré-natal ou maternidade, priorizando a importância do aleitamento materno exclusivo por 6 meses e a complementação com os alimentos da família até os dois anos de idade ou mais.

Proteção legal ao aleitamento materno e mobilização social

Os profissionais, serviços e gestores da saúde devem estar atentos às recomendações da Convenção dos Direitos Humanos, especificamente a Convenção dos Direitos da Criança, de 1989, e o Estatuto da Criança e do Adolescente que garantem aos pais o direito de serem orientados corretamente quanto à alimentação saudável e correta de seus filhos. Igualmente, todos devem estar atentos para o respeito à Constituição Federal que garante às puérperas 120 dias de licença maternidade, sem prejuízo do emprego e salário e, ainda, o direito da nutriz, quando do retorno ao trabalho, a pausa de uma hora por dia, podendo ser parcelada em duas pausas de

meia hora, para amamentar seu próprio filho até os 6 meses de idade. Já a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para lactentes e crianças da primeira infância e a Portaria MS 2.051, protegem o aleitamento materno das estratégias de *marketing* usadas pelas indústrias que comercializam produtos que interferem na amamentação. A **Semana Mundial da Amamentação** (anualmente em outubro), o Hospital Amigo da Criança e outras iniciativas locais devem ser estimuladas, com o objetivo de melhorar a prática do aleitamento materno, difundindo informações e articulando os gestores e todos os segmentos da sociedade.

Banco de Leite Humano

Importante estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, é uma verdadeira “casa de amamentação”. A sua principal ação é apoiar as mulheres que desejam amamentar seus filhos e, nesse processo, além de conseguir prolongar a amamentação, muitas descobrem ou aprendem a identificar o excesso de leite e se tornam doadoras. O leite humano pasteurizado no Brasil é seguro e atende, prioritariamente, os recém-nascidos prematuros e/ou os que por algum motivo necessitam de internação em Unidades Neonatais. Essa rede deve ser divulgada na sociedade para ampla utilização pela população e contribuição para aumento dos índices de aleitamento no país.

5 - Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD)

Toda criança deve receber o “Cartão da Criança”, de preferência ainda na maternidade. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança (0 a 6 anos), que envolve o registro no, **Cartão da Criança**, de avaliação do peso, altura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todo atendimento. Toda a equipe de saúde deve estar preparada para esse acompanhamento, identificando crianças de risco, fazendo busca ativa de crianças faltosas ao calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, detectando e abordando adequadamente as alterações na curva de peso e no desenvolvimento neuro-psicomotor da criança. O seguimento da criança será feito visando estreitar e manter o vínculo da criança e da famí-

lia com os serviços de saúde, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos e provendo o cuidado em tempo oportuno.

6 - Alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil

Uma alimentação saudável inicia-se com o aleitamento materno. Além desse incentivo e apoio, a equipe de saúde deve estar preparada para orientar a transição do aleitamento para a introdução de novos alimentos (início do desmame), por se tratar de um momento crítico, em que os distúrbios nutricionais acontecem. A avaliação e orientação para hábitos alimentares saudáveis devem fazer parte de todo o atendimento da criança, no calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e nas intercorrências. A abordagem da criança pela equipe de saúde deve destacar a importância dos hábitos alimentares, como um meio eficiente de promoção da saúde, controle dos desvios alimentares e nutricionais e prevenção de várias doenças, na infância e na futura vida adulta, como as deficiências nutricionais, as doenças crônicas, sobrepeso e obesidade.

No município devem estar destacadas as ações de **Vigilância Alimentar e Nutricional**, incluindo avaliação de consumo alimentar, além da identificação e priorização do atendimento das famílias e crianças em programas de transferência de renda ou de distribuição de alimentos disponíveis.

7 - Combate à desnutrição e anemias carenciais

As equipes de saúde deverão incentivar ações de promoção à saúde e prevenção da desnutrição, como orientação alimentar para as famílias, acompanhamento pré-natal, incentivo ao aleitamento materno, orientação no desmame, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, uso do ferro profilático e vitaminas para recém-nascidos prematuros e de baixo peso, suplementação medicamentosa de vitamina A em áreas endêmicas, suplementação alimentar para gestantes desnutridas, nutrízes e crianças em risco nutricional. As equipes de saúde deverão estar preparadas para avaliar o **Cartão da Criança** em todos os atendimentos, promover atividades educativas, identificar e captar gestantes desnutridas, crianças em risco nutricional e/ou desnutridas, realizar acompanhamento e trata-

mento segundo protocolo específico, manter arquivo atualizado de crianças cadastradas e fazer busca ativa de faltosos ao calendário de acompanhamento proposto.

É ainda papel das equipes de saúde e do município a identificação da necessidade e priorização do atendimento das famílias e crianças em programas de transferência de renda ou de distribuição de alimentos disponíveis.

8 - Imunização

Mesmo com os avanços alcançados no controle das doenças imunopreveníveis na última década – erradicação da febre amarela urbana, da varíola e da poliomielite e eliminação da circulação autóctone do vírus do sarampo –, muito ainda deve ser feito para se atingir a meta de vacinar com o esquema básico no mínimo 95% das crianças que nascem a cada ano, além de atingir um alto percentual de municípios com cobertura vacinal adequada por estado, garantindo assim a interrupção da circulação dos agentes etiológicos das doenças imunopreveníveis. A linha de cuidado de atenção à saúde da criança e da mulher é uma prioridade, desenvolvida com as seguintes ações:

- estimular o processo de educação e promoção de saúde;
- realizar a vacinação de mulheres em idade fértil com a dupla adulto e tríplice viral;
- realizar vacinação contra hepatite B na faixa etária de até 19 anos;
- realizar a vacinação de gestantes com a vacina dupla adulto em casos de ausência de esquema vacinal, esquema vacinal incompleto, ou completado há mais de 5 anos;
- completar esquema com a dupla adulto e tríplice viral no pós-parto e pós-aborto, se o esquema vacinal não estiver completo;
- realizar o esquema de vacinação contra hepatite B nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. Ressalta-se a necessidade de aplicação de imunoglobulina anti-hepatite B nos casos de recém-nascidos de mãe HBs Ag positivo também nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido;
- realizar vacinação com o BCG ID de preferência na maternidade, atingindo cobertura de 90% das crianças;
- completar o esquema básico de vacinação da criança, visando atingir 95% da população menor de 1 ano vacinada contra a poliomielite (VOP), contra o tétano, coqueluche,

difteria e hemófilos B (tetraivalente) e hepatite B; 95% da população com 1 ano vacinada contra a rubéola, caxumba e sarampo (tríplice viral);

- vacinar 100% da população menor de 1 ano nos municípios de área endêmica e de área de transição contra febre amarela.

Para reduzir as taxas de morbimortalidade das doenças imunopreveníveis, é importante conhecer a situação dessas doenças. Para isto, as doenças preveníveis através de imunização, como poliomielite, hepatite B, sarampo, rubéola, caxumba, tétano, coqueluche, difteria, entre outras, devem ser **notificadas imediatamente pela equipe de saúde**, para se traçar as medidas de prevenção e controle. A Unidade de Saúde deve garantir o funcionamento contínuo da sala de vacina, sem restrição de horários, para não se perder a oportunidade de vacinar toda a população. As equipes de saúde devem se organizar para acompanhar a cobertura vacinal das crianças de sua área, realizar o controle e a busca ativa de faltosos pelo arquivo de vacinação com a segunda via do cartão. A continuidade do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança nos serviços de saúde possibilita ampliar a cobertura de vacinação em uma faixa etária (principalmente a partir dos 5 anos de vida) que não tem sido atingida pela ação dos serviços de saúde.

9 - Atenção às doenças prevalentes

Destaque para as diarreias; sífilis e rubéola congênitas; tétano neonatal; HIV/aids; doenças respiratórias/alergias.

As doenças diarreicas e respiratórias persistem como graves problemas para a criança e quando associadas à desnutrição colocam em risco a sua vida. As doenças respiratórias são o primeiro motivo de consulta em ambulatórios e serviços de urgência, o que demanda capacitação das equipes de saúde para uma atenção qualificada, com continuidade, da assistência até a resolução completa dos problemas, evitando-se internação hospitalar desnecessária e finalmente a morte por esse motivo. A pneumonia é uma das principais doenças da infância e a segunda causa de morte em menores de 1 ano. A asma e sua associação com a alergia e pneumonia merecem atenção especial, seja por se tratar de uma das principais causas de internação e procura em serviços de urgência, seja pela interferência na qualidade de vida da criança. As parasitoses intestinais seguem com prevalência significativa na infância, interferindo no desenvolvimento

adequado da criança, o que demanda, conjuntamente com a doença diarreica, ações intersectoriais integradas e promotoras de acesso à água tratada e esgotamento sanitário, além de tratamento adequado.

A estratégia de Atenção às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI é uma importante ferramenta para a identificação de sinais de risco e qualificação do manejo dos casos.

As ações em DST/HIV/aids voltadas para crianças têm procurado, primordialmente, diminuir o risco da transmissão do HIV e da sífilis da mãe para o filho (transmissão vertical) por meio do oferecimento de exames sorológicos, tratamento e profilaxia adequados durante a gestação (pré-natal), no parto e no puerpério. Toda gestante deve fazer o pré-natal e ser orientada a realizar exames que possam prevenir doenças nos bebês, entre elas sífilis e HIV/aids, sob o seu consentimento e direito ao sigilo do resultado. A gestante soropositivo tem direito a medicamentos e, quando tratada adequadamente, tem maiores chances de ter um bebê saudável. Se a gestante não realizou o pré-natal ou não se tem a informação sobre sua condição sorológica, é importante que na hora do parto possa ser realizado o teste rápido para o HIV, assim como testes confirmatórios para a sífilis, para que se intervenha efetivamente, visando a redução da transmissão vertical dessas doenças, como também do desenvolvimento de seqüelas tardias da infecção congênita, sempre após aconselhamento e consentimento.

O recém-nascido de mãe soropositivo deve receber quimioprofilaxia imediatamente após o nascimento e durante as seis primeiras semanas de vida (42 dias). O aleitamento materno é contra-indicado e é garantido o suprimento da fórmula láctea infantil por seis meses. A mãe deverá receber inibidores de lactação. (Portaria GM/MS n.º 2.104, de 19 de novembro de 2002). Deve ser assegurado o acompanhamento da criança em serviço de saúde especializado para crianças expostas ao HIV; o bebê deve ter alta da maternidade com consulta agendada nesse serviço, onde será seguido o fluxograma para utilização de testes de acordo com orientação do Ministério da Saúde. É direito de toda criança soropositivo ter acesso ao tratamento com anti-retrovirais. O uso desses medicamentos tem prolongado significativamente a sobrevivência e diminuído o desenvolvimento clássico da aids. Todo ato de discriminação deve ser veementemente repellido e denunciado.

A transmissão vertical do HIV, a sífilis e a rubéola congênita e o tétano neonatal merecem destaque como **eventos-sentinela**, ou seja, situações que refletem problemas no sistema de saúde, dado que existem ações de prevenção e controle para essas doenças. Diante de uma ocorrência indesejável e prevenível como esta, a informação sobre cada caso deve retornar à equipe de atenção básica de saúde, retroalimentando as ações dos serviços, para se proceder a investigação e avaliação crítica sobre as circunstâncias de sua ocorrência, de modo que as medidas pertinentes sejam tomadas, prevenindo-se novos casos.

10 - Atenção à saúde bucal

A saúde bucal da criança começa com o cuidado à saúde da mulher. Condições favoráveis antes e durante a gravidez, inclusive com tratamentos preventivos e curativos (principalmente no 1.º e 3.º trimestres da gravidez) evitam que o meio bucal da mãe esteja muito contaminado durante os primeiros dias de vida do bebê. O aleitamento materno promove a saúde dos dentes e o correto crescimento dos ossos da face, prevenindo problemas ortodônticos e da fala. Como ponto de partida, deve-se tentar conhecer, através de trabalhos em grupos, consultas, visitas e observação, qual a importância atribuída pela gestante à sua saúde bucal e quais os seus hábitos de vida, principalmente alimentares e de higiene. É importante a discussão construtiva sobre as funções e a importância da boca para a saúde das pessoas e nas relações sociais, bem como sobre o desenvolvimento das estruturas bucais durante a gestação e após o nascimento. O vínculo criado entre a equipe de saúde e a família possibilita que a criança não se sinta ansiosa em suas primeiras consultas odontológicas e permite que hábitos sejam identificados e modificados para melhorar a saúde bucal da criança e de toda a família.

Na gestação são importantes os cuidados com a alimentação, ingestão de medicamentos, consumo de álcool, fumo e drogas e sua relação com o desenvolvimento dos dentes/boca da criança, inclusive riscos de ingestão excessiva de medicamentos com flúor em locais onde já há o abastecimento com água fluoretada.

Após o nascimento, é necessário destacar aspectos como a importância do aleitamento e dos hábitos alimentares que serão adquiridos pela criança. A intro-

dução de alimentos, após a fase de aleitamento materno exclusivo, deve ser feita de maneira criteriosa. Deve-se recomendar às mães que não introduzam o açúcar na dieta das crianças (mamadeiras, chás, sucos, etc.). A construção de hábitos alimentares saudáveis desde os primeiros meses de vida é garantia de uma vida mais saudável em todos os aspectos, com grande impacto na saúde bucal. Os cuidados de higiene bucal (acesso à água fluoretada, uso de panos, gaze, escova e fio dental), devem ser constantemente estimulados e construídos nas diversas ações das equipes de saúde, como a única maneira de se controlar a microbiota bucal no dia-a-dia. A transmissibilidade da cárie ou outras doenças da boca, medicamentos com manifestação sobre as estruturas dentárias (como p. ex., a tetraciclina), a cronologia da erupção dos dentes e os fenômenos que geralmente os acompanham (incômodos, febre, irritação) ou o uso excessivo de chupetas devem ser motivos de atenção permanente por parte dos profissionais de saúde.

Alimentação e higiene são os pontos-chave para a promoção da saúde bucal, dessa maneira, seria interessante que a equipe de saúde entrasse em contato com os estabelecimentos de ensino para que higiene e alimentação se tornem motivo de preocupação também nos ambientes de educação infantil.

Os tratamentos preventivos e curativos, quando realizados em intervalos regulares de tempo, garantem uma saúde bucal sem complicações. Quando acontecer evento de dor ou alguma emergência (abscessos, fraturas, luxações, avulsões) a equipe de saúde deve estar atenta e preparada para realizar os procedimentos adequados para o primeiro atendimento e caso não haja a possibilidade de resolver o problema, encaminhar a criança a um serviço de referência. A manutenção da saúde bucal pode e deve ser realizada com acompanhamento constante e regular.

11 - Atenção à saúde mental

Há inúmeros fatores que devem ser considerados quando se fala em saúde mental de crianças. Nesse sentido, deve-se reconhecer que todos os cuidados que se tem com a mulher e mãe, antes mesmo do nascimento do bebê, são importantes

também para a saúde mental da futura criança. A forma como assiste à família, sua relação com o neném, a maneira como essa família se dispõe a cuidar da criança, seu percurso escolar desde os primeiros anos, enfim, como essa criança é recebida e “endereçada” ao mundo, são fatores fundamentais para a saúde mental. Nesse contexto, todos os profissionais que atuam na rede de cuidados, que se relacionam com a família, com a criança e com a escola (desde a educação infantil) têm responsabilidade em zelar também por sua saúde mental. O **acompanhamento do crescimento e desenvolvimento** se coloca como o eixo privilegiado do cuidado com a criança, possibilitando a identificação de necessidades especiais que merecem abordagem oportuna e deve ser realizado pela equipe de saúde, conforme protocolo do Ministério de Saúde.

As equipes de saúde mental devem ser habilitadas a intervir nos casos em que se caracteriza a necessidade de uma abordagem mais específica. Devem ser definidas a rede e o fluxo de assistência capazes de fazer o acolhimento de bebês para avaliação e o tratamento psicoterapêutico de crianças. Os profissionais devem estar aptos a identificar e referenciar as crianças que demandam intervenção, nos casos em que há sintomas indicativos de autismo, psicose, ou neuroses mais severas. Nos demais casos, é indispensável que os profissionais da saúde mental, em parceria com as equipes de saúde da família, possam verificar em que medida os problemas apresentados pela criança podem ser resolvidos com sua inclusão em atividades de socialização, em oficinas culturais e esportivas da própria comunidade. Muitas das demandas atuais à saúde mental decorrem da impossibilidade da cidade oferecer espaços de participação social, de exercício do protagonismo infanto-juvenil, bem como da falta de perspectivas e de oportunidades para a produção dos talentos, aptidões e mesmo do efetivo exercício de cidadania de crianças e jovens. E é por isso que se deve reconhecer a importância e o significado dos espaços de construção coletiva e de efetivo exercício da intersetorialidade, fundamentais na luta para assegurar o lugar da criança no seu território, na comunidade e na cidade.

12 - Prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil

A abordagem de problemas relevantes em saúde pública na atualidade, como a violência urbana, a violência doméstica, os acidentes domésticos (quedas, choques elétricos, queimaduras e ingestão de substâncias químicas) e do trânsito, causas importantes de morbidade na

infância e primeira causa de mortalidade a partir de 4 anos, traz aos serviços de saúde a necessidade de estruturação diferenciada. Muitas vezes levando à morte, outras formas de violência, tais como, o abuso sexual, o abandono, a negligência e a violência psicológica, deixam marcas nem sempre visíveis por toda a vida. Cabe às equipes de saúde identificar e notificar os casos de violência e maus-tratos, comunicar e referenciar todos os casos suspeitos ou confirmados, de acordo com fluxo local, além de proceder ao acolhimento, assistência, tratamento e encaminhamentos necessários utilizando a rede de apoio existente (Pastoral da Criança, Juizado, Conselho Tutelar, Delegacia, Hospital, Serviços de Saúde mental, Abrigo, etc).

As equipes de saúde deverão estar atentas para reconhecer situações de risco nas famílias (alcoolismo, abuso de drogas, desagregação familiar) além de verificar sinais e sintomas sugestivos de violência em todos os seus atendimentos e visitas domiciliares, tais como lesões físicas (equimoses, fraturas, queimaduras), alterações de comportamento (agressividade, medo, timidez excessiva, apatia), negligência (criança malcuidada, internações repetidas, desnutrição crônica, etc.), entre outros. Esses comportamentos podem refletir situações de abuso psicológico, abuso sexual/físico; síndrome da criança espancada; síndrome do bebê sacudido; abandono; maus-tratos; negligência, violência institucional, intrafamiliar e violência social.

A atenção integral à criança vítima de violência, abuso sexual e trabalho infantil deve compor o cardápio de ações da saúde, com a promoção de um crescimento e desenvolvimento saudável e prevenção de agravos, detecção oportuna dos problemas e abordagem multiprofissional e intersetorial. Campanhas educativas de prevenção aos acidentes e violências na infância e adolescência, desenvolvidas em parceria com organizações não-governamentais, universidades e sociedades científicas, além de outros órgãos do governo, são importantes para a mudança de hábitos culturais presentes na comunidade que aumentam esses riscos para as crianças. Ainda, a Notificação Obrigatória de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes (PT/GM/MS n.º 1.968/2001) é um instrumento de fundamental importância para a implementação do cuidado à criança vítima de violência e deve ser implementada por todos os gestores (municipais e estaduais) da saúde.

13 - Atenção à criança portadora de deficiência

Segundo a UNICEF, pelo menos 10% das crianças nascem ou adquirem algum tipo de deficiência – física, mental ou sensorial – com repercussão negativa no desenvolvimento

neuropsicomotor. Por outro lado, cerca de 70 a 80% das seqüelas podem ser evitadas ou minimizadas através de condutas e procedimentos simples de baixo custo e de possível operacionalização. A introdução de medidas preventivas, adequadas em todos os níveis de atenção à saúde, deve ser compromisso prioritário dos gestores estaduais e municipais com o acompanhamento do crescimento, estimulação global do desenvolvimento, imunização e abordagem oportuna das alterações observadas.

A criança com necessidades especiais deve receber atenção integral e multiprofissional, possibilitando a detecção dos problemas em tempo oportuno para o desenvolvimento de ações de diagnóstico e intervenção precoce, de habilitação e reabilitação, promoção de saúde e prevenção de impedimento físico, mental ou sensorial e de agravos secundários, minimizando as conseqüências da deficiência. A abordagem da criança deve ter como referencial a promoção da sua inclusão e participação social, para o quê é necessária a atuação integrada da equipe de saúde com a família, a comunidade e os equipamentos sociais disponíveis.

Em toda visita domiciliar ou atendimento da criança a equipe de saúde deve estar atenta a alguns sinais de alerta como atraso nas aquisições neuropsicomotoras, comportamentos estereotipados e repetitivos, apatia frente a estímulos do ambiente, dificuldade em fixar visualmente o rosto da mãe e objetos do ambiente, ausência de resposta aos estímulos sonoros, dentre outros. Na presença de qualquer alteração do desenvolvimento neuropsicomotor e/ou algum dos sinais de alerta, a criança deve ser encaminhada à Unidade Básica de Saúde para avaliação com pediatra e equipes de habilitação e reabilitação, se necessário.

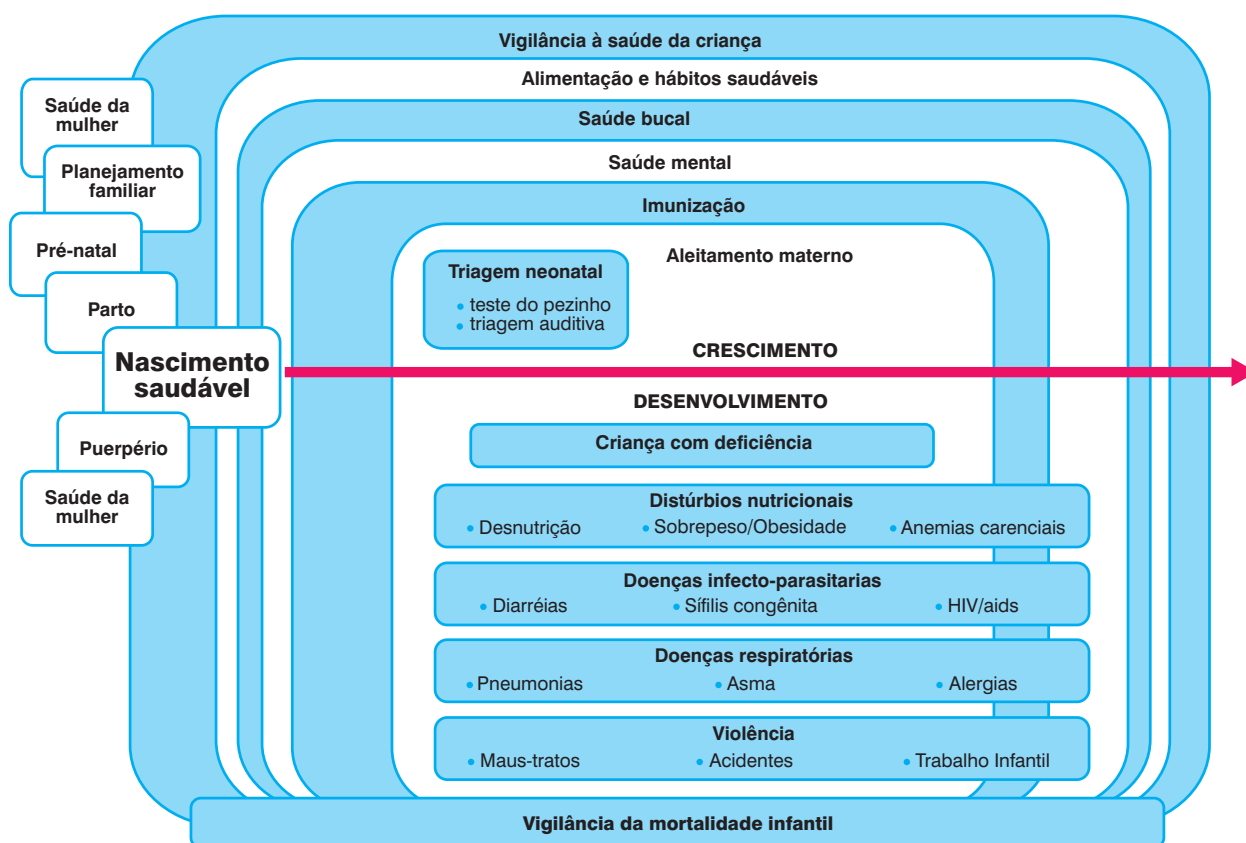
Recomenda-se que em todas as crianças menores de 1 ano com malformações congênitas e alterações neurológicas seja descartada como causa etiológica o vírus da rubéola, devendo-se realizar coleta de sangue, preferencialmente até o 6.º mês de vida, para diagnóstico laboratorial da infecção congênita. Aqui, lembra-se novamente a importância da notificação e investigação adequada desses casos para melhoria do conhecimento sobre esse importante problema de saúde pública, o que permite desenvolver medidas de controle e prevenção apropriadas.

O cuidado integral à criança portadora de deficiência e a promoção da sua qualidade de vida pressupõe reabilitar a criança na sua capacidade funcional e desempenho humano,

proteger a sua saúde para que possa desempenhar o seu papel em todas as esferas da sua vida social. Inclui o diagnóstico, tratamento, procedimentos de reabilitação, medicamentos, assistência odontológica, ajudas técnicas e a nutrição adequada; o fornecimento de órteses, próteses, bolsas pediátricas de colostomias, medicamentos, leites especiais; obedecendo o fluxo local de assistência.

O monitoramento permanente de ocorrências de deficiências e incapacidades nas crianças assim como a análise da prevalência e tendência constitui uma meta a ser alcançada pelos gestores da saúde, objetivando o planejamento de serviços e a adoção de medidas preventivas. Ainda, a disponibilidade de recursos humanos capacitados para o desenvolvimento de ações de prevenção e atenção integral à criança com deficiência deve ser providenciada para a efetiva operacionalização desta política.

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA E REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL



Principais eixos

linhas de cuidado



PRINCIPAIS EIXOS



Nascimento saudável



Anticoncepção e concepção
 Prevenção, diagnóstico e tratamento das DST/aids
 Saúde dos adolescentes
 Atenção ao pré-natal, parto e puerpério
 Urgência, emergência materna e neonatal



Menor de 1 ano



Cuidados com o recém-nascido: *“Primeira Semana Saúde Integral”*
 Acompanhamento do RN de risco
 Triagem neonatal
 Aleitamento materno



Saúde coletiva em instituições de educação infantil
 Atenção às doenças prevalentes: desnutrição, diarreias,
 Anemias carenciais, doenças respiratórias



1 a 6 anos 7 a 10 anos



Saúde coletiva em instituições de educação
 Atenção às doenças prevalentes: desnutrição, diarreias,
 anemias carenciais, doenças respiratórias

Principais estratégias de ação



Principais estratégias de ação

1 - Vigilância à saúde pela equipe de atenção básica

Entendida como a postura ativa que o serviço de saúde deve assumir em situações de maior risco e dirigida a pessoas com maior vulnerabilidade, desencadeando ações estratégicas específicas para minimizar os danos com o adequado acompanhamento de saúde, programando visitas domiciliares para captação dos usuários e realização de busca ativa daqueles sem o acompanhamento programado. Devem ser priorizados os seguintes grupos populacionais: **gestante, puérpera, recém-nascidos, a criança menor 5 anos, a criança portadora de deficiência e aquelas egressas de internações.**

Recomenda-se que algumas ações sejam consideradas **eventos-sentinelas** (situações que não deveriam ocorrer dada a disponibilidade de conhecimento, recursos técnicos e de assistência em saúde) e incorporadas à rotina das equipes de atenção básica, com destaque para: **vigilância da ocorrência do tétano neonatal, da sífilis e da rubéola congênita, da transmissão vertical do HIV, onde já estão implantadas as ações de controle dessas doenças, incluindo a disponibilidade de exames e medicamentos, conforme orientações do Ministério da Saúde (Programa de Humanização do Parto e Nascimento e Projeto Nascer).** O objetivo é que, para além da notificação dos casos identificados, o serviço procure compreender quais foram os fatores que contribuíram para a ocorrência desses eventos e, dessa forma, desencadear as ações locais necessárias para a prevenção de novas ocorrências (por exemplo: número insuficiente de exames preconizados, atraso nos resultados, dificuldade de acesso aos medicamentos, etc.)

2 - Vigilância da mortalidade materna e infantil

A vigilância do óbito materno, infantil e perinatal é de responsabilidade do gestor municipal e deve ser realizada pela equipe de atenção básica para levantamento dos possíveis problemas que envolveram a morte de uma mulher e de uma criança por causa evitável na sua área de responsabilidade – **evento-sentinela** – o que possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde e redução da mortalidade materna, infantil e perinatal. Deve ser realizado:

- identificação e estudo dos óbitos maternos da área de abrangência da unidade/município/regional/estado;
- identificação e estudo dos óbitos infantis da área de abrangência da unidade/município/regional/estado;
- análise da evitabilidade dos óbitos maternos e infantis, em reuniões locais, e identificação das medidas necessárias para prevenção de novas ocorrências.

3 - Educação continuada das equipes de atenção à criança

A capacitação teórico-prática e a supervisão da educação continuada das equipes de saúde da família e de atenção básica é de fundamental importância para a plena inserção de todos os profissionais no cuidado com a criança. Assim, o trabalho com a criança e a família pode ser realizado com todo o potencial que a equipe multiprofissional detém (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, equipe de apoio com o pediatra e demais profissionais). A abordagem deve ter como eixo a visão global da criança, enfocando a identificação daquela com maior vulnerabilidade e risco, de forma a orientar a priorização do atendimento para a criança com algum sinal de gravidade, o aconselhamento da mãe/família e a responsabilização pela continuidade da assistência com acompanhamento até a solução dos problemas apresentados (referência de instrumento para capacitação: proposta AIDPI-MS/OPAS/OMS).

4 - Organização de linhas de cuidado

O desenho de linhas de cuidado representa uma estratégia para garantir a continuidade do cuidado, como “costura”, como conexão, de modo a permitir a articulação das ações de saúde. A organização da assistência de saúde em linhas de cuidado coloca-se como uma possibilidade para a superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde (como o distanciamento entre a atenção básica e a atenção hospitalar) e garantia de continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção até as de tratamento e reabilitação, com um fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção (primária, secundária e terciária), com referência e contra-referência responsável, até a recuperação completa do indivíduo. Seria um modo de articular as diversas ações de saúde na busca da integralidade.

A organização dos serviços de saúde e da rede de atenção à criança



A organização dos serviços de saúde e da rede de atenção à criança

O papel da equipe de atenção básica de saúde na atenção à criança

A estratégia de saúde da família é o eixo norteador para a organização da atenção básica nas unidades de saúde. Deve ser entendida como o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, desempenhadas para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, bem como para as ações de assistência aos problemas de saúde. Portanto, a porta de entrada do sistema é preferencialmente a unidade básica de saúde ou a equipe de saúde da família e o momento privilegiado para prover ações resolutivas, que contemplem integralmente e de forma mais abrangente as necessidades colocadas, para além da assistência à saúde. No entanto, não se pode perder de vista que qualquer local do sistema de saúde e outros espaços sociais se colocam como *oportunidade de cuidado* e devem prestar atenção integral à criança, além de envolver/demandar a atuação da equipe de saúde da família ou da Unidade Básica de Saúde.

As unidades de saúde, independentemente da sua forma de organização e/ou cobertura por equipes de saúde da família, devem aderir à *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*. Devem ainda pactuar o cumprimento de alcance de resultados, com o seu desempenho sendo avaliado periodicamente. Os critérios e indicadores para essa avaliação devem ser definidos e pactuados entre as unidades de saúde e gestores municipais, tendo como referência as diretrizes apontadas pelos níveis regionais, estaduais e federal.

Como ressaltado anteriormente, o foco de todos os profissionais nessa agenda é a criança, dentro do contexto da sua família e sociedade. Cada olhar (de cada profissio-

nal da equipe de saúde e de acordo com a sua competência profissional) adiciona saberes e possibilidades de atuação integral sobre o todo da criança, *a criança por inteiro*. A idéia central deve ser a de **não perder oportunidades** de atuação, de prevenção, de promoção e de assistência, enfim, de cuidado, com vinculação e responsabilização sobre a continuidade da atenção. É sob essa ótica que cada trabalhador articula sua ação com a do outro e de outros atores sociais, e cada nível de atenção com o outro, conformando uma rede de saúde, de fato, e uma rede de apoio social por onde caminha a criança/família, funcionando em seu benefício.

Em algumas situações de maior risco poderá ser necessária a atenção do profissional de apoio para dar suporte à equipe de saúde da família ou para acompanhamento da criança mais grave, dentro das possibilidades locais e de referenciamento regional. No entanto, deve ser mantido o compromisso de acompanhamento da criança pela equipe de saúde da família, que propicia a continuidade da assistência e a abordagem familiar. Por sua vez, o profissional de apoio (pediatra e outras especialidades médicas e demais profissionais) se insere na atenção com:

- atuação articulada com a equipe de saúde da família para supervisão sempre que necessário;
- estabelecimento de mecanismos de educação continuada da equipe em termos do conteúdo e da prática do cuidado em saúde com a criança;
- atuação como retaguarda para o atendimento das crianças referenciadas pela equipe.

A atenção básica deve estabelecer

1 - Articulação com as equipes de apoio e rede ambulatorial especializada para verificar se a criança efetivamente conseguiu o atendimento referido e manteve a continuidade da assistência na atenção básica (promoção da saúde com acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno/alimentação, imunização, etc.), com vistas a promover a saúde integral da criança e não transferir a responsabilidade para o nível de assistência especializada, evitando-se prejuízo da visão global sobre a criança e o cuidado necessário em cada caso. O encaminhamento de crianças para atenção especializada deverá seguir os protocolos locais e acordos pactuados entre unidades/municípios/regionais, para esse nível de assistência. Deve ser feita a contra-

referência por escrito (relatório de atendimento e proposta terapêutica) da unidade especializada para a equipe de atenção básica, fundamental para qualificar o seguimento da criança.

2 - Articulação com os serviços de urgência (*vigilância à saúde da criança que necessitou de atendimento em serviço de urgência*) para a continuidade da assistência após o atendimento nos serviços de urgência, desenvolvendo mecanismos de comunicação com a equipe de saúde da família ou da unidade básica para o seguimento da criança, de modo a garantir a continuidade da assistência pela atenção básica. Esta comunicação deve ser feita pelo serviço de urgência por meio de relatório de atendimento (contra-referência), telefone ou outras alternativas, desde que seja garantido o acompanhamento da criança até a resolução do problema, propiciando melhores resultados para a sua saúde e, inclusive, evitando-se internações desnecessárias.

3 - Articulação com a rede hospitalar (*vigilância da saúde da criança que necessitou de internação*): deve-se garantir a continuidade de assistência à criança após a alta hospitalar por patologias agudas, por meio de comunicação com a equipe de saúde da família ou da unidade básica, para o seguimento do cuidado da criança que apresenta maior risco de morbimortalidade, principalmente no primeiro ano de vida. Esta comunicação pode se dar por meio de relatório de atendimento (contra-referência), telefone ou outras alternativas. Deverá ser realizada a captação dessa criança (busca ativa/visita domiciliar) para que ela tenha o acompanhamento garantido até a sua completa recuperação.

No nascimento, o Cartão da Criança deve ser preenchido e entregue à família, de preferência na maternidade, propiciando as informações necessárias ao seguimento adequado da criança na atenção básica, com destaque para o recém-nascido de risco. A maternidade deve orientar sobre a importância da **“Primeira Semana Saúde Integral”** na Unidade Básica de Saúde.

4 - Articulação com o programa de atenção domiciliar nos locais onde está implantado, de forma a prover o cuidado necessário para a criança no seu domicílio, evitando-se a internação hospitalar, sempre que possível, garantindo a assistência necessária e a continuidade da atenção pela equipe da atenção básica.

O agente comunitário de saúde e equipe do Programa de Agentes Comunitários de Saúde na atenção à criança

Todas as atividades contidas no cuidado à criança fazem parte do roteiro de abordagem da criança pelo agente comunitário de saúde/Programa de Agentes Comunitários de Saúde. A possibilidade de abordagem da criança nos espaços de sua vida cotidiana (domicílio e instituições de educação infantil) ampliam a capacidade de atuação na prevenção de doenças, na promoção da saúde e identificação de necessidades especiais em tempo oportuno, por exemplo, o crescimento e desenvolvimento alterados, desvios na alimentação, imunização e a pronta abordagem da criança com algum sinal de risco ou perigo, conforme Manual do Agente Comunitário de Saúde do Ministério da Saúde – 2001. Por meio de ações educativas em saúde, nos domicílios e coletividade, essa equipe estende o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção da cidadania, além de participar da orientação, acompanhamento e educação específica em saúde.

Destaques
para abordagem prioritária



Destaques para abordagem prioritária

Considerando-se as principais causas de morbidade e mortalidade infantil no país, apresentamos as linhas de cuidado que devem ser priorizadas nas ações de saúde dirigidas à atenção à criança:

- 1 - PROMOÇÃO DO NASCIMENTO SAUDÁVEL;
- 2 - ACOMPANHAMENTO DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO;
- 3 - ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO E IMUNIZAÇÃO;
- 4 - PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: ATENÇÃO AOS DISTÚRBIOS NUTRICIONAIS E ANEMIAS CARENCIAIS;
- 5 - ABORDAGEM DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS E INFECCIOSAS.

Compromisso das unidades de saúde:

“o que não pode deixar de ser feito”



Compromisso das unidades de saúde: “o que não pode deixar de ser feito”

1 - Linha de cuidado: nascimento saudável

a) Na atenção à mulher que deseja engravidar

- orientar sobre a importância do intervalo interpartal e oferecer os meios necessários à anticoncepção quando este for o desejo da mulher;
- orientações sobre alimentação, visando o peso ideal; sobre os riscos do tabagismo, o uso rotineiro de bebidas alcoólicas, uso de medicamentos; avaliação de anemia e tratamento; avaliação das condições de trabalho;
- administração preventiva de ácido fólico durante 60 a 90 dias antes da concepção;
- investigação para rubéola e hepatite B com imunização prévia à gestação;
- aconselhar a realização do teste anti-HIV. Nos casos positivos, esclarecer sobre o risco de transmissão vertical e oferecer os tratamentos disponíveis;
- investigação para sífilis. Nos casos positivos, tratar a mulher e seu parceiro para evitar sífilis congênita;
- diagnosticar e tratar a infertilidade quando este for o desejo e a necessidade da mulher/casal;
- diagnosticar e tratar ou controlar doenças crônicas, tais como diabetes, hipertensão, epilepsia.

b) No cuidado pré-natal

- a equipe de saúde da família ou da Unidade Básica de Saúde deve conhecer o número de gestantes da área de abrangência, programar e avaliar as ações de saúde (pré-natal, exames, pré-natal alto risco, assistência ao parto);

- captar a gestante para início do pré-natal até o 4.º mês (120 dias);
- acolher imediatamente a gestante na unidade de saúde;
- seguir protocolo do MS: mínimo de 6 consultas (preferencialmente 1 no 1.º trimestre, 2 no 2.º trimestre e 3 no 3.º trimestre da gestação); realizar os exames: ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito (1.ª consulta), VDRL, urina rotina e glicemia de jejum (1 exame na 1.ª consulta e outro próximo à 30.ª semana da gestação); ofertar o teste anti-HIV; aplicar vacina dupla tipo adulto (completar esquema); realizar a consulta de puerpério;
- realizar sorologia IgM para rubéola caso a gestante apresente quadro clínico compatível com a doença: exantema, febre, linfadenopatia, artralgia;
- ofertar medicamentos necessários;
- diagnosticar, tratar/controlar as intercorrências clínicas na gestação e/ou doenças crônicas, tais como diabetes e hipertensão; identificar gestantes de risco e garantir atendimento no pré-natal alto risco;
- avaliar a necessidade de realização do Papanicolaou;
- ofertar atenção à adolescente conforme suas especificidades;
- manter cartão da gestante, prontuário e registro de atendimento completos;
- realizar práticas educativas com incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal, hábitos saudáveis de vida; orientar sobre sinais de alerta na gravidez, cuidados com recém-nascido; sobre a importância da consulta de puerpério, do planejamento familiar; direitos da gestante e do pai;
- acompanhar o ganho de peso no decorrer da gestação, orientar sobre alimentação saudável no decorrer da gestação e avaliar o estado nutricional da gestante;
- ofertar o atendimento clínico e psicológico à gestante vítima de violência doméstica e sexual, encaminhando-a para o atendimento adequado (fluxo local);
- manter continuidade do cuidado até o parto (também para a gestante de alto risco acompanhada em outra unidade), com consultas mais frequentes no último mês;
- garantir a vinculação com a maternidade para o parto e intercorrências;
- identificar a gestante em situação de risco para amamentação e encaminhá-la para grupos de apoio ao aleitamento materno ou Banco de Leite Humano;
- realizar busca ativa da gestante faltosa ao pré-natal;
- realizar visita domiciliar no último mês de gestação;
- qualificar e humanizar a assistência.

c) No cuidado ao nascimento

A unidade que atende o parto deverá:

- garantir acolhimento imediato da gestante na maternidade; avaliação e início da assistência; se necessária a transferência da gestante ou recém-nascido;
- acionar a Central de Regulação, onde existir, ou referências definidas localmente (secretaria de saúde, hospitais/maternidades);
- providenciar transporte pré e inter-hospitalar responsável e seguro para gestante e recém-nascido;
- garantir equipamento e recursos humanos capacitados na maternidade para o atendimento com segurança da gestante, puérpera e recém-nascido; retaguarda laboratorial, de unidades transfusionais e bancos de leite, conforme o nível de complexidade da assistência;
- acompanhar o trabalho de parto com partograma e avaliação materna e fetal, no mínimo a cada hora;
- humanização da assistência: chamar a mulher pelo nome; permitir que ela identifique cada membro da equipe; informar a gestante sobre os procedimentos realizados, esclarecer suas dúvidas e aliviar suas ansiedades; permitir acompanhante para a gestante; utilização de recursos para o conforto durante o trabalho de parto, como exercícios de relaxamento, banhos e massagens no pré-parto; evitar tricotomia, enteroclisma e a episiotomia de rotina e a rutura artificial da bolsa.
- ofertar a analgesia no parto, quando a mulher assim o desejar;
- apoiar a gestante na sua escolha sobre a posição do parto;
- estimular a prática do parto normal, utilizando a cesariana apenas em caso de indicação precisa, esclarecendo a gestante sobre esta necessidade;
- garantir o alojamento conjunto desde o nascimento, evitando a separação da mãe e bebê ;
- permitir acompanhante em tempo integral para o recém-nascido internado;
- orientar e incentivar o aleitamento materno, desde o nascimento, e cuidados com recém-nascido;
- garantir o início da amamentação na primeira hora após o parto;
- implantar e preencher o cartão da criança na maternidade;
- propiciar ao recém-nascido a vacinação contra hepatite B nas primeiras 12 horas de vida;

- garantir imunoglobulina anti-hepatite B aos recém-nascidos de mãe HbsAg positivas;
- garantir imunoglobulina anti-RH às mães de recém-nascidos isoimunizados;
- orientar para o registro do recém-nascido em até 15 dias após o parto;
- orientar para o "Primeira Semana Saúde Integral".

d) No cuidado após o parto

A unidade de atenção básica de saúde deverá:

- conhecer o número de puérperas e recém-nascidos da área de abrangência para programar as ações de saúde e realizar visita domiciliar na primeira semana após o parto;
- avaliação da saúde da mãe; checar relatório de alta/cartão de pré-natal;
- verificar cartão da criança e relatório da alta da maternidade/unidade de assistência ao recém-nascido;
- identificação do recém-nascido de risco, ao nascimento;
- avaliar a saúde do recém-nascido;
- orientar e incentivar o aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido; observar e avaliar a mamada ao peito; avaliar a mama puerperal e orientar quanto à prevenção das patologias, enfocando a importância da ordenha manual do leite excedente e a doação a um Banco de Leite Humano;
- orientar sobre a importância da "Primeira Semana Saúde Integral";
- checar e orientar sobre o registro de nascimento.

e) No cuidado do RN na unidade de saúde

"Primeira semana saúde integral":

- verificação do cartão da criança/condições de alta da maternidade/unidade de assistência ao recém-nascido;
- avaliação geral da criança;
- identificação da criança de risco ao nascer*;
- avaliação da saúde da puérpera;

- avaliação e identificação da alimentação; avaliação e orientação para o aleitamento materno – ressaltar a importância do aleitamento materno por 2 anos, sendo exclusivo nos primeiros 6 meses;
- observação e avaliação da mamada no peito para garantia do adequado posicionamento e pega da aréola;
- avaliação da mama puerperal e orientação quanto à prevenção das patologias, enfocando a importância da ordenha manual do leite excedente e a doação a um Banco de Leite Humano;
- teste do pezinho;
- aplicação das vacinas (BCG e contra hepatite para o recém-nascido, dupla tipo adulto e tríplice viral para a mãe, se necessário);
- agendamento de consulta para o recém-nascido e para a puérpera (30 dias após o parto).

A criança e os fatores de risco ao nascer:*

- residente em área de risco;
- baixo peso ao nascer (< 2.500 g);
- prematuros (< 37 semanas de idade gestacional);
- asfixia grave (Apgar < 7 no 5.º minuto de vida);
- crianças internadas ou com intercorrências na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido;
- orientações especiais à alta da maternidade/unidade de cuidados do recém-nascido;
- recém-nascido de mãe adolescente (< 18 anos);
- recém-nascido de mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo);
- história de morte de crianças < 5 anos na família.

f) No cuidado com a criança

A unidade de atenção básica de saúde deverá identificar a criança com risco adquirido/associado para vigilância à saúde:

- crianças que não compareceram à unidade de saúde na primeira semana de vida para o teste de pezinho;
- menor de 1 ano sem acompanhamento;
- menor de 6 meses que não mama no peito;
- desnutrido ou criança com ganho de peso insuficiente ou com perda de peso recente sem acompanhamento;
- egresso hospitalar (prioridade para o < 5 anos);
- crianças com atendimento freqüente em serviços de urgências;
- criança com asma sem acompanhamento;
- crianças com vacinas em atraso;
- criança vítima de violência doméstica;
- criança explicitamente indesejada;
- criança com diarreia persistente ou recorrente;
- criança com anemia ou sinais de hipovitaminose A;
- história de desnutrição nas outras crianças da família;
- criança com sobrepeso/obesidade;
- mãe sem suporte familiar;
- família sem renda;
- mãe/pai/cuidador com problemas psiquiátricos ou portadora de deficiência impossibilitando o cuidado com a criança;
- mãe/pai/cuidador em dependência de álcool/drogas.

As crianças de risco (ao nascimento ou associados/adquiridos) devem ser priorizadas para o desenvolvimento das ações de vigilância à saúde, ou seja: captação precoce e busca ativa para a manutenção do calendário de atenção à saúde da criança, segundo proposta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança menor de 5 anos e segundo protocolos específicos (atenção ao desnutrido, criança com asma, etc.), além da avaliação de assistência especial com retornos mais freqüentes e outros cuidados que a criança necessite, incluindo ações intersetoriais.

Os recém-nascidos de alto risco são aquelas crianças que, além do cuidado ofertado pela equipe de saúde da família e unidade básica de saúde, demandam atenção especializada e atendimento multiprofissional, como: neurologia, oftalmologia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, dentre outros. Dever ser considerado recém-nascido de alto risco: *o prematuro pesando menos de 2000g ao nascer, o recém-nascido com asfixia grave ao nascer (Apgar < 7 no 5.º minuto) e recém-nascido com outras patologias graves ao nascimento.*

Esta assistência deverá estar desenhada de forma a compor a rede integral de saúde da criança, de forma regionalizada, permitindo o acesso e promovendo a qualidade de vida para esses bebês. A responsabilidade das equipes de saúde da família se mantém sobre essa população de maior risco, provendo a continuidade do cuidado e desenvolvendo ações de vigilância à saúde.

g) No cuidado com a mãe e recém-nascido na unidade de saúde

“Primeira semana saúde integral”:

Verificar se é criança de risco ao nascer:

- residente em área de risco;
- peso ao nascer (< 2500 g);
- prematuro (< 37 semanas de gestação);
- asfixia grave (Apgar < 7 no 5.º minuto de vida);
- mãe adolescente (< 18 anos);
- mãe com baixa instrução (< 8 anos);
- criança internada ou com intercorrências na maternidade/unidade de assistência ao recém-nascido;
- criança com orientações especiais à alta da maternidade (prescrição de antibióticos, observação de icterícia, dentre outros);
- história de morte de crianças menores de 5 anos na família.

Verificar:

- na Declaração de Nascido Vivo (DNV): peso ao nascer, idade gestacional, Apgar, endereço residencial, idade e escolaridade materna;
- no cartão da criança e/ou relatório de alta da maternidade: peso ao nascer, Apgar e orientações especiais à alta da maternidade (se a criança ficou retida, se teve intercorrências, se há prescrição de antibióticos ou outros medicamentos à alta da maternidade, se recomendada observação de icterícia, dentre outros).

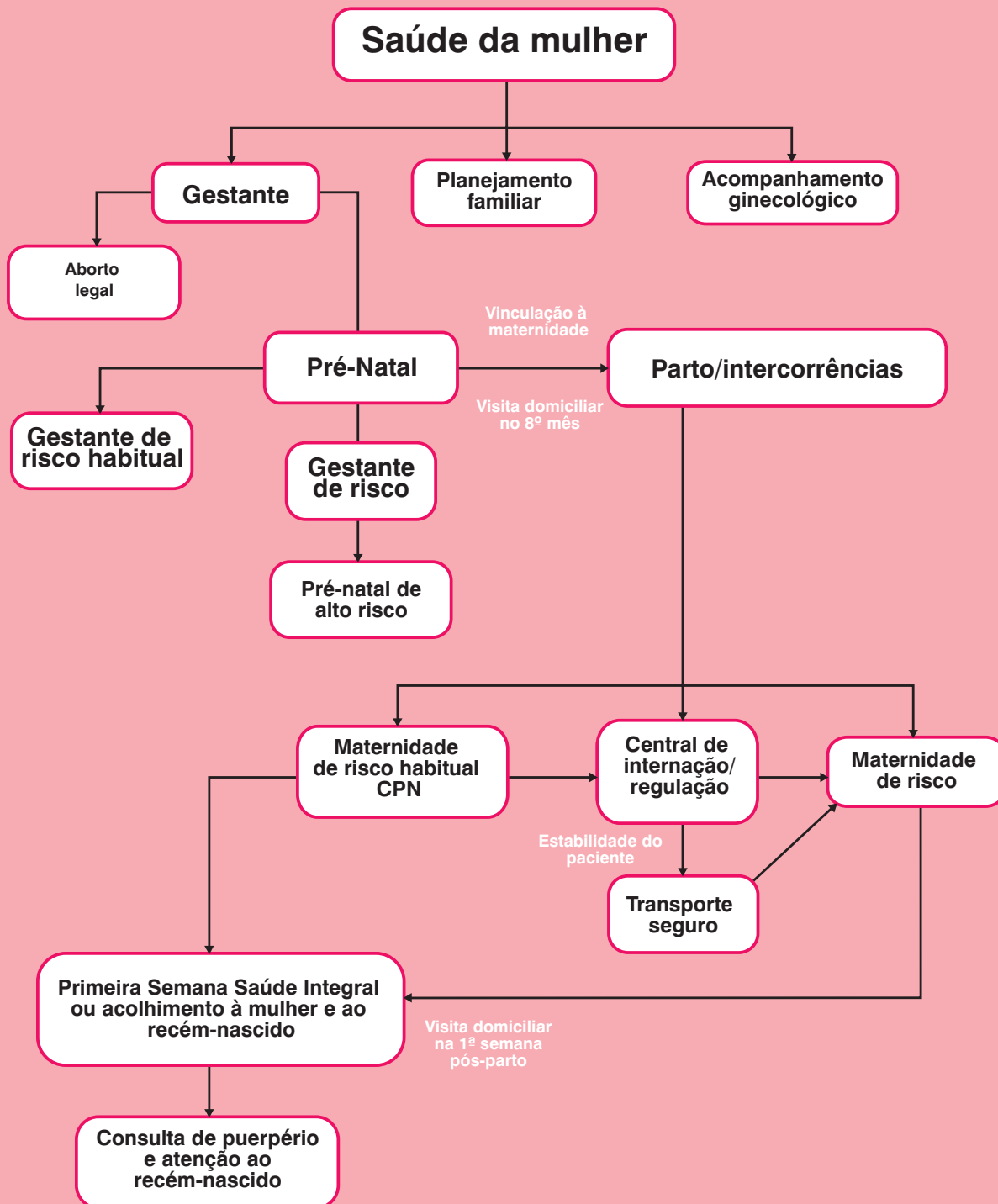
Avaliar:

A criança: estado geral, se está ativa, corada, se tem icterícia, cianose, febre, hipotermia ou outro sinal de anormalidade; verificar aspecto do umbigo; checar com a mãe/responsável se existem queixas e se as eliminações (fezes e urina) estão normais. Se detectada alguma alteração, solicitar avaliação pelo enfermeiro ou médico da unidade imediatamente. Nesse caso, manter continuidade do acompanhamento com retornos freqüentes à unidade ou visita domiciliar.

Se a criança está em bom estado geral, em aleitamento materno e sem queixas, orientar sobre os cuidados com o recém-nascido e aleitamento e agendar consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento com 15 dias (puericultura); se recém-nascido de alto risco (prematureo extremo + patologias graves) providenciar a referência para o ambulatório de recém-nascido de alto risco.

A mãe: se tem queixas, dor contínua no ventre ou nas mamas; seu estado geral, se está corada (pele e mucosas), se tem febre, se há corrimento com mau cheiro ou sangramento intenso, se a cicatriz cirúrgica está com bom aspecto (Parto Normal/cesárea); avaliar alterações emocionais no puerpério (depressão pós-parto); avaliar a interação com o bebê. Se detectada alguma alteração, solicitar avaliação pelo médico da unidade, imediatamente, ou referenciar, se necessário, para tratamento adequado. Avaliar necessidade de manter continuidade do acompanhamento com retornos freqüentes à unidade ou visita domiciliar. Se a mãe está em bom estado geral e sem queixas, orientar sobre cuidados após o parto, higiene, alimentação saudável no puerpério e marcar consulta de puerpério e planejamento familiar para 1 mês após o parto;

CUIDADO INTEGRAL NA SAÚDE REPRODUTIVA E PERINATAL



Amamentação: identificar a forma como a mãe planeja alimentar o filho até os 2 anos de idade ou mais. Observar a formação do vínculo afetivo, a posição da mãe durante a amamentação, a posição da criança, a pega da aréola, o uso de artefatos que podem prejudicar o aleitamento materno, como mamadeiras, chucas e chupetas; verificar o aspecto das mamas, presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios ou infecciosos, existência de cicatrizes ou traumas e se existem dificuldades. Se a mãe apresenta ingurgitamento mamário, mais comum do 3.º ao 5.º dia após o parto, ensinar a auto ordenha manual e orientar a adequada extração do leite do peito para doação a um Banco de Leite Humano. Se detectadas alterações/dificuldades, encaminhar para avaliação pelo médico ou banco de leite, assim como para grupos de apoio à amamentação. Se a mãe apresenta sinais de infecção no peito (mastite), mais comum a partir do 14.º dia após o parto, encaminhar imediatamente para atendimento de urgência em unidade especializada.

Aplicar vacinas:

- BCG e anti-hepatite B para a criança;
- Tríplice viral e dupla adulto (se necessário) para a mãe.

Realizar teste do pezinho no bebê.

2- Linha de cuidado: crescimento e desenvolvimento (CD)

A equipe de atenção básica deverá:

- conhecer a população infantil da área de abrangência da unidade de saúde ou da Equipe de Saúde da Família para programar e avaliar as ações de saúde (consultas do calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, práticas educativas, medicamentos, etc.);
- garantir a execução do calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento para toda criança da área de responsabilidade da unidade ou equipe de saúde da família, com enfoque prioritário para a criança de risco;
- executar as ações de vigilância à saúde da criança, com busca ativa da criança faltosa ao **"Primeira Semana Saúde Integral"**, às consultas propostas no calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e retornos propostos pela equipe, da criança com vacinas atrasadas, da criança que foi hospitalizada;

- manter continuamente a prática de acolhimento/escuta de toda criança que procura o serviço, com intercorrências, demandas agudas ou de outra natureza, disponibilizando a resposta mais qualificada;
- avaliar sinais de risco/perigo em toda criança que chega na unidade, no domicílio, ou em instituição de educação infantil (creche, pré-escola) com priorização da criança grave e encaminhamento para atendimento imediato com enfermeiro/médico/urgência ou hospital;
- avaliar integralmente a criança, sem restringir o atendimento apenas à queixa apresentada (não perder oportunidades para abordagem global da criança);
- avaliar o cartão da criança em todas as oportunidades, seja nas visitas domiciliares ou nas instituições de educação infantil ou na unidade de saúde, verificando a curva de crescimento, avaliação do desenvolvimento e estado vacinal. Se não preenchido adequadamente, pesar e medir a criança, preencher a curva de crescimento e intercorrências, avaliar o desenvolvimento e registrar no local específico e aplicar as vacinas necessárias. Se a criança não possui o cartão, providenciar a sua entrega e preenchimento;
- orientar a família para utilizar o cartão da criança no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de suas crianças;
- avaliar e observar a mamada quando da presença da criança na unidade de saúde, por qualquer motivo, para não haver perda de oportunidades para a prevenção do desmame;
- manter funcionamento contínuo da imunização para não haver perda de oportunidades para a vacinação quando da presença da criança na unidade;
- manter funcionamento contínuo do fornecimento de medicamentos disponíveis na unidade para não haver perda de oportunidades e melhorar a resolubilidade da assistência.

3 - Linha de cuidado: distúrbios nutricionais

A equipe de atenção básica deverá:

- realizar no pré-natal e nas visitas domiciliares as ações de prevenção e combate à desnutrição, com orientação para alimentação saudável, incentivo e preparo ao aleitamento materno; incluindo a visita domiciliar no último mês de gestação;
- apoiar e orientar a nutriz no domicílio na primeira semana após o parto e orientar para a importância do "*Primeira Semana Saúde Integral*"; se detectadas alterações na amamentação referenciar para a unidade de saúde;

- avaliar o cartão da criança em todas as oportunidades, seja nas visitas domiciliares ou toda vez que a criança vai à unidade de saúde (nos diversos locais de assistência, como na sala de vacinas, farmácia, sala de injeções), além das instituições de educação infantil, verificando a curva de crescimento, avaliação do desenvolvimento e estado vacinal;
- se o cartão não está preenchido adequadamente, providenciar a pesagem e medida da criança, preencher a curva de crescimento e anotar as intercorrências, avaliar o desenvolvimento e registrar no local específico; providenciar as vacinas necessárias. Se a criança não possui o cartão: providenciar a sua entrega e preenchimento;
- realizar avaliação nutricional anual de todas as crianças de 0 a 6 anos da área de abrangência da unidade;
- identificar os fatores de risco nutricionais, como baixo peso ao nascer, prematuridade, doenças associadas, etc. que predispõem à desnutrição, para um acompanhamento mais rigoroso;
- manter o cartão da criança corretamente preenchido, e avaliá-lo em todo o atendimento da criança. Se a curva de crescimento estiver abaixo do percentil 10, disponibilizar acompanhamento para a criança segundo protocolo de seguimento da criança desnutrida/vigilância nutricional do Ministério da Saúde/Bolsa Alimentação (Bolsa Família). Se a curva de peso estiver acima do percentil 90 orientar alimentação e iniciar seguimento adequado para a criança com sobrepeso ou obesidade;
- manter atualizado o cadastramento das crianças desnutridas, para propiciar a busca ativa de faltosos, especialmente aquelas crianças com desnutrição moderada e grave;
- identificar a gestante desnutrida e realizar o acompanhamento e tratamento;
- acompanhar a nutriz e a criança nos cuidados com a saúde integral, com orientações sobre o aleitamento materno, alimentação saudável e educação nutricional;
- acompanhar, orientar, educar e fazer a prevenção e combate à desnutrição, em conjunto com a puericultura (crescimento e desenvolvimento). Desenvolver grupos operativos e atividades educativas. As equipes de saúde deverão incentivar ações de promoção à saúde e prevenção da desnutrição, tais como: orientação

ATENÇÃO À CRIANÇA DESNUTRIDA

Captação / Acolhimento

- Chamadas nutricionais anuais nas áreas de risco;
- Visitas domiciliares pela equipe de saúde da família e agentes comunitários de saúde;
- Avaliação do cartão da criança;
- Egressos hospitalares e das urgências;
- Encaminhamento por creches e escolas;
- Atendimento pela unidade de saúde (sala de vacina/injeção, farmácia, consultas)
- Procura espontânea.

Avaliação nutricional de toda criança pela unidade básica de saúde e/ou pela equipe de saúde da família

Acompanhamento

Criança normal

Acompanhamento segundo protocolo de crescimento e desenvolvimento, grupos, orientação nutricional.

Criança em risco

Acompanhamento mensal pela ESF. Controle de peso, altura, avaliação clínica, grupos, busca ativa, orientação nutricional.

Criança com desnutrição moderada

Acompanhamento quinzenal pela ESF. Controle de peso, altura, avaliação clínica, grupos, busca ativa, orientação alimentar.

Atendimento quinzenal por médico. Controle de peso, altura, avaliação clínica, grupos, busca ativa, orientação alimentar.

Criança com desnutrição grave

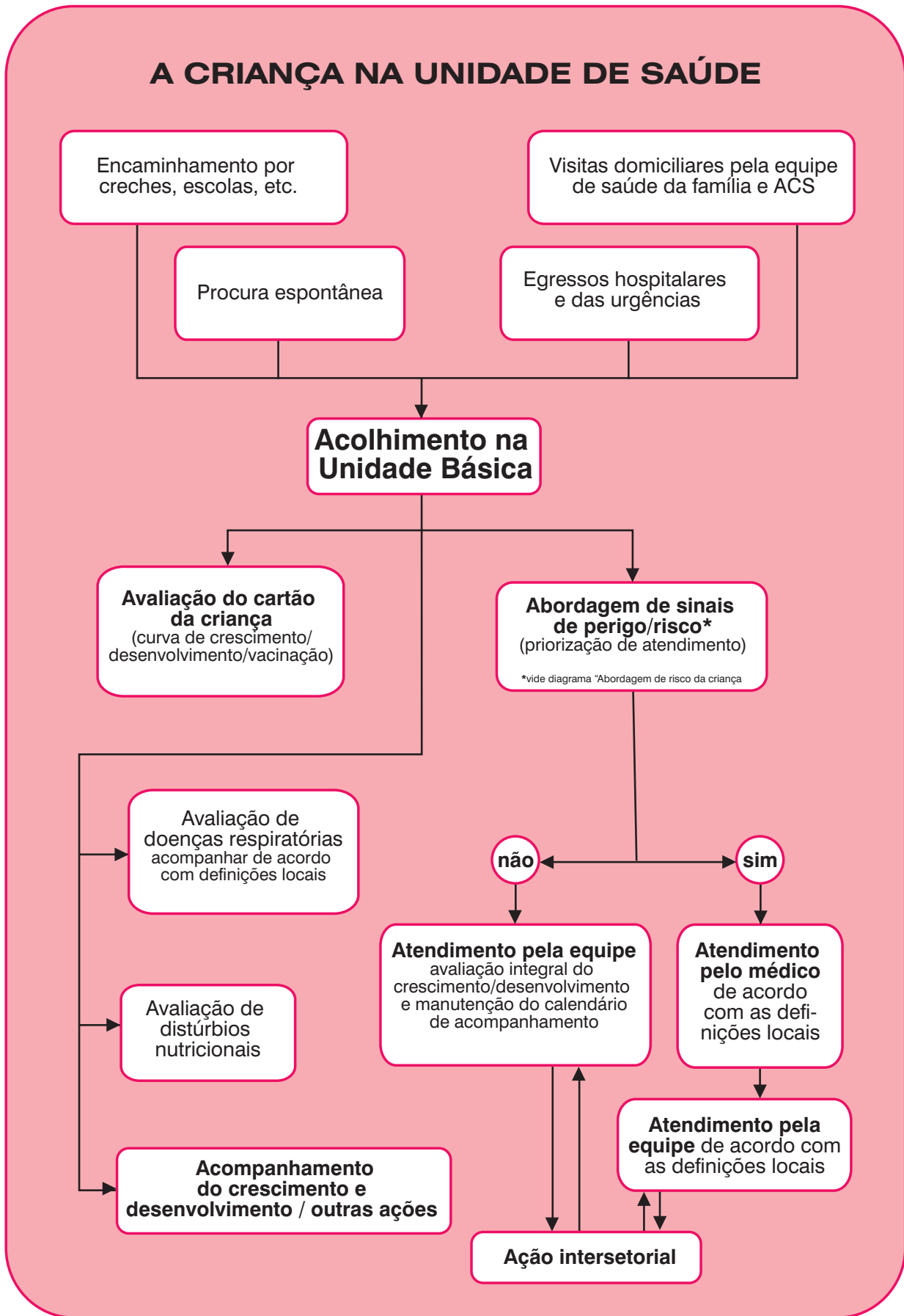
Atendimento semanal por médico, visitas domiciliares, busca ativa, orientação alimentar.

alimentar, acompanhamento pré-natal, suplementação alimentar para gestante desnutrida, nutriz e criança de risco nutricional, incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, avaliação da anemia e hipovitaminose A com tratamento adequado; uso do ferro profilático e polivitamínicos para o recém-nascido prematuro e de baixo peso, orientação para o desmame.

4 - Linha de cuidado: doenças prevalentes na infância

A unidade de atenção básica de saúde deverá:

- manter continuamente a prática de acolhimento/escuta de toda criança que procura o serviço, com intercorrências, demandas agudas ou de outra natureza, disponibilizando a resposta mais qualificada;
- na unidade/domicílio ou instituição de educação infantil (creche ou pré-escola): identificar a criança de risco/ sinais de gravidade e priorizar o atendimento, referenciando para urgência/hospital se necessário;
- manter a continuidade da assistência, agendando retorno e visita domiciliar de acordo com a necessidade da criança, de modo a aumentar a resolubilidade da assistência, evitando-se a internação desnecessária, seqüelas e mesmo a morte por causas evitáveis;
- realizar busca ativa da criança faltosa ao acompanhamento proposto segundo protocolo ou sua necessidade;
- realizar visita domiciliar para orientação e avaliação da situação em que a criança vive, do controle do ambiente e outros cuidados de saúde, com destaque para as crianças egressas de internação hospitalar, as que utilizam o serviço de urgência com freqüência, as portadoras de asma, desnutridas ou outra patologia importante;
- conhecer o número de crianças da área de abrangência do serviço de saúde que chamam e/ou apresentam pneumonias freqüentes e/ou se internam ou utilizam com freqüência o serviço de urgência por pneumonia e/ou asma;
- captar as crianças com asma em toda oportunidade: consultas, fornecimento de medicamentos na farmácia da unidade, na sala de vacinas, injeções, nebulização, na visita domiciliar do agente comunitário de saúde (ACS); identificando egressos hospitalares e dos serviços de urgência;



- encaminhar a criança com asma grave ou com evolução insatisfatória e dúvidas no diagnóstico à atenção secundária;
- manter o acompanhamento pela equipe de saúde da família/unidades básicas de saúde das crianças encaminhadas para atenção secundária;
- realizar grupos educativos mensais, abertos à comunidade, tendo como participantes as mães ou responsáveis pelas crianças; orientar sobre o controle ambiental nos vários momentos de abordagem da criança.

ABORDAGEM DE RISCO DA CRIANÇA NA UNIDADE DE SAÚDE

Acolhimento

Avaliação de fatores de risco

- Residente em área de risco
- Baixo peso ao nascer
- Criança com doença crônica grave
- Prematuros
- Desnutridos
- Internação prévia
- Menores de 1 ano (destaque < de 3 meses)
- Cartão de vacinas atrasado

Verificar queixas, sinais e sintomas

- | | |
|---------------------|-----------------------------|
| ● Cefaléia | ● Dor de ouvido |
| ● Febre | ● Secreção no ouvido |
| ● Tosse | ● Dificuldade para respirar |
| ● Coriza | ● Chieira |
| ● Obstrução nasal | ● Vômitos |
| ● Garganta vermelha | ● Diarréia |
| ● Dor de garganta | |

Identificar sinais e sintomas gerais de perigo

- | | |
|--|--|
| ● prostração mesmo sem febre | ● respiração rápida |
| ● agitação/irritabilidade intensas | 0 a 2 meses: > 60/min |
| ● recusa alimentar/sucção débil | 2 a 12 meses: > 50/min |
| ● vômito ao ingerir alimento/líquido | 1 a 5 anos: > 40/min |
| ● convulsão | 6 a 8 anos: > 30/min |
| ● cianose | ● esforço respiratório |
| ● palidez intensa | ● diarréia com sangue |
| ● hipotonia/hipertonia | ● desidratação |
| ● <de 2 meses com FR < 30/min | ● secreção purulenta no ouvido |
| ● temperatura corporal muito baixa: < 35,5
(principalmente em menores de 2 meses) | ● doente há mais de 7 dias |
| | ● febre persistente há mais de 3 dias |
| | ● apnéia (pausa respiratória prolongada) |

Atendimento médico imediato

Instrumentos de gestão
dos serviços de saúde para a
Atenção Integral à Saúde da Criança



Instrumentos de gestão dos serviços de saúde para a atenção integral à saúde da criança

Diretrizes

Para o adequado planejamento das ações e tomada de decisão é fundamental a análise das informações, com a elaboração de diagnóstico sobre a população de uma determinada unidade territorial (escolaridade, renda, saneamento, indicadores de saúde, etc.). Essas informações estão disponíveis em sistemas que em geral são alimentados nos próprios serviços de saúde e em outras instâncias municipais. A equipe deve ser sensibilizada quanto ao adequado preenchimento de instrumentos como, por exemplo as declarações de óbito e de nascidos vivos, fichas de doenças de notificação compulsória, produção ambulatorial (SIA, SIAB), etc. Entre os sistemas de informação que podem subsidiar a definição de estratégias básicas para intervenção, destacamos os seguintes:

Sistema de informação sobre nascidos vivos (SINASC)

Através desse sistema é possível extrair informações essenciais para o planejamento das ações dirigidas às gestantes e crianças do território:

- estimativa do número de gestantes da área de abrangência da unidade de saúde ou equipe de saúde da família ou município;
- organização do serviço de maneira a oferecer cobertura de 100% de pré-natal (com início da assistência no primeiro trimestre, mínimo de 6 consultas por gestante, exames e imunização antitetânica conforme preconizado pelo Ministério da Saúde);
- identificação de todas as crianças nascidas vivas para a organização do serviço, de ma-

neira a dar cobertura de 100% das crianças na promoção de sua saúde, com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento, imunização e atendimento das intercorrências/patologias agudas da infância;

- identificação da criança de risco ao nascimento, que necessita de acompanhamento prioritário (baixo peso, prematuro, com asfixia ou outra patologia grave ao nascer, filha de mãe adolescente, mãe sem instrução, morador em área de maior risco socioeconômico, além de outros critérios definidos e pactuados na gestão local);
- construção das taxas de mortalidade da população sob responsabilidade do serviço de saúde.

Sistema de informação sobre mortalidade (SIM)

Através desse sistema é possível extrair informações de avaliação das ações realizadas, relativas aos óbitos maternos e de crianças, especialmente aqueles passíveis de prevenção pela atuação do sistema de saúde. É essencial o conhecimento dos óbitos ocorridos na área de abrangência do serviço de saúde, pelos gestores da saúde (unidade de saúde, município e estado), para avaliação da ocorrência de eventos-sentinelas, como a morte de crianças e mulheres por causas evitáveis e identificação das oportunidades perdidas de intervenção pelos serviços de saúde, de modo a reorientar as práticas de assistência e evitar novas ocorrências. Mesmo onde não está estruturado o Comitê de Investigação de Óbitos Infantis e de Óbito Materno esta prática deverá ser realizada para compreensão da responsabilidade do serviço de saúde sobre a ocorrência de óbitos preveníveis na população de sua área de abrangência. Além disso, permite a construção das taxas de mortalidade para avaliação da realidade local e atuação dos serviços sobre a população de sua responsabilidade. Em 2004, será lançada a proposta nacional de "Vigilância do Óbito Infantil".

Sistema de informação ambulatorial (SIA)

Este sistema oferece informações para o gerenciamento da capacidade instalada e produzida, bem como recursos financeiros orçados e repassados aos prestadores de serviços. A unidade de registro de informações é o procedimento ambulatorial realizado, desagregado em atos profissionais (consultas, exames laboratoriais, atividades e ações, etc.). Todos os dados são relacionados a atendimento ambulatorial. Há informações como faixa etária de indivíduos vacinados, atendimentos de emergência, especialidades pro-

fissionais e ações de programas especiais (tuberculose e hanseníase). Permite conhecer e acompanhar os serviços produzidos.

Sistema de informação da atenção básica (SIAB)

O SIAB é um sistema de informação territorializado, cujos dados são gerados por profissionais das equipes de saúde da família, sendo coletados em âmbito domiciliar e em unidades básicas nas áreas cobertas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família (PACS/PSF), possibilitando a construção de indicadores referentes às áreas de abrangência do Programa. Pode-se obter informações sobre cadastros de famílias e pessoas, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, com o acompanhamento de crianças, gestantes, pessoas com hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase, hospitalizações e óbitos ocorridos no território, produção e composição das equipes de saúde. Vale destacar que este sistema de informação disponibiliza indicadores sociais, permitindo aos gestores municipais monitorar as condições sociodemográficas das áreas cobertas, que só estão disponíveis neste nível de desagregação nos anos censitários.

SISPRENATAL

- acompanhamento das gestantes da área de abrangência da unidade de saúde para cobertura adequada de pré-natal, conforme protocolo do Ministério da Saúde;
- vigilância à saúde da gestante, com busca ativa das gestantes não freqüentes ao pré-natal;
- identificação das gestantes nos extremos de idade (adolescentes e acima de 35 anos) para vigilância à saúde;
- identificação mensal das puérperas e recém-nascidos para visita domiciliar por meio da informação obtida no relatório "data provável do parto", do SISPRENATAL;
- avaliação da captação precoce da gestante (até o quarto mês), cobertura com seis consultas, exames e vacinas preconizadas para as gestantes atendidas.

Sistema de informações de agravos de notificação (SINAN)

Nesse sistema são armazenadas as notificações e investigações de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória.

sória (Portaria 1.943, de 18 de outubro de 2001), bem como problemas de saúde de interesse dos estados e municípios. A partir do banco de dados do SINAN é possível conhecer a magnitude dos agravos sob vigilância, como incidência, prevalência, letalidade e mortalidade, assim como analisar variações geográficas e temporais na distribuição dos casos de determinado agravo, como parte do conjunto de ações de vigilância epidemiológica para prevenção, controle ou eliminação das doenças. Além disso, o SINAN permite subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde direcionadas para o controle das doenças evitáveis por imunização, bem como avaliar a qualidade da atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido, como por exemplo, em relação ao tétano neonatal, à transmissão vertical do HIV e sífilis congênita.

Sistema de informação sobre internações hospitalares (SIH)

Esse sistema permite acompanhar a trajetória da gestante na rede de assistência com a identificação do local do parto, além de informações importantes sobre problemas/patologias durante a sua internação e a do recém-nascido. Permite identificar o índice de internação da população da área de abrangência da unidade para parto e aborto e planejamento das ações após alta hospitalar, dando continuidade da assistência para a mulher e a criança.

Permite, ainda, identificar as crianças internadas por patologias de importância, de modo que a unidade de saúde possa manter a continuidade da assistência após a alta hospitalar e se organizar para a vigilância à saúde da criança, já que estas devem ser consideradas crianças de maior risco para morbimortalidade.