

Universidade Federal do Maranhão
UNA-SUS/UFMA

Cadernos de Saúde da Família

Saúde da criança e a saúde da família

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos
Claudio Vanucci Silva de Freitas
David Karlos Miranda Mesquita
Ednei Costa Maia
Fabrício Silva Pessoa
Judith Rafaelle Oliveira Pinho
Mae Soares da Silva
Paola Trindade Garcia
Regimarina Soares Reis
Walquíria Lemos Ribeiro da Silva Soares

SAÚDE DA CRIANÇA E A SAÚDE DA FAMÍLIA

Universidade Federal do Maranhão
UNA-SUS/UFMA

SAÚDE DA CRIANÇA E A SAÚDE DA FAMÍLIA

São Luís



2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof.^a Dr.a Nair Portela Silva Coutinho

Reitora

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Vice-Reitor

Prof. Dr. Fernando de Carvalho Silva

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação e Inovação

Prof.^a Dr.a Sílvia Tereza de Jesus Rodrigues Moreira Lima

Diretora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Profa. Dr.a Ana Emília Figueiredo de Oliveira

Coordenadora Geral da UNA-SUS/UFMA

EDITOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Sanatíel de Jesus Pereira

Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Ricardo Zimbrão Affonso de Paula; Prof. Dr. Osvaldo Ronaldo Saavedra Mendez;

Prof. Dr. Jadir Machado Lessa; Prof.^a Dr.a Arlene de Jesus Mendes Caldas;

Prof.^a Dr.a Mariléia Santos Cruz da Silva; bibliotecária Gilvane Carvalho Ferreira;

Prof.^a Dr.a Mônica Teresa Costa Sousa

Projeto de design

Hudson Francisco de Assis Cardoso Santos

Marcio Henrique Sá Netto Costa

Normalização

Edilson Thialison da Silva Reis

Revisão de texto

Fábio Allex

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA.

Saúde da criança e a saúde da família/ Fabrício Silva Pessoa (Org.). - São Luís:
EDUFMA, 2016.

158 p. : il. (Cadernos de Saúde da Família n. 4)

ISBN: 978-85-7862-498-9

1. Saúde pública. 2. Saúde da criança. 3. Sistema Único de Saúde. 4. UNA-SUS/UFMA.
I. Matos, Camila Carvalho de Souza Amorim. II. Freitas, Claudio Vanucci Silva de. III.
Mesquita, David Karlos Miranda. IV. Maia, Ednei Costa. V. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira.
VI. Silva, Mae Soares da. VII. Garcia, Paola Trindade. VIII. Reis, Regimarina Soares. IX.
Soares, Walquíria Lemos Ribeiro da Silva. X. Título.

CDU 614.2

Impresso no Brasil

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida, armazenada em um sistema de recuperação ou transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia, microfilmagem, gravação ou no outro, sem permissão do autor.

INFORMAÇÃO SOBRE OS AUTORES

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos: Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Foi bolsista da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UNA-SUS/UFMA); National Exchange Officer na International Federation of Medical Students Associations e coordenadora de Estágios e Vivências na Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (Denem). Ex-estagiária do Laboratório de Estudos Genômicos e Histocompatibilidade (LEGH) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA). Foi monitora da disciplina de Imunologia e membro das Ligas Acadêmicas de Pediatria (LAPED) e Vascular (LAVASC).

Claudio Vanucci Silva de Freitas: Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), especialização em Implantodontia pela Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas (APCD-SJC) e mestrado em Odontologia pela UFMA. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Odontologia pela UFMA e integrante do Núcleo Pedagógico da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UNA-SUS/UFMA), na função de supervisor de conteúdo. Atua principalmente em Saúde Coletiva, Cirurgia Oral, Implantes Dentários, Próteses sobre Implantes e Periodontia.

David Karlos Miranda Mesquita: Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Membro fundador da Liga Acadêmica de Pediatria da UFMA. Pesquisador bolsista do Programa de Bolsas de Iniciação Científica por dois anos na área de Saúde Coletiva e Saúde Materno-Infantil.

Ednei Costa Maia: Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Médico residente em Medicina Esportiva da Escola Paulista de Medicina/ Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp).

Fabício Silva Pessoa: Graduação na Escuela Latinoamericana de Medicina, em Cuba, com revalidação, em 2011, pelo Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituições de Educação Superior Estrangeiras (REVALIDA), com pós-graduação em Medicina de Família e Comunidade e Saúde da Família. Atualmente é técnico da área médica na Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UNA-SUS/UFMA). Tem como área de atuação a Estratégia de Saúde da Família, Saúde da Família e Pediatria.

Judith Rafaelle Oliveira Pinho: Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), especialização em Estatística pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), Gestão Pedagógica pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Docência do Ensino Superior pela UFMA, Odontologia em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília (UnB), mestrado e doutorado em Saúde Coletiva pela UFMA. Fellow Faimer Brasil- 2015. Professora adjunta da Faculdade de Medicina da UFMA e membro do Núcleo Pedagógico da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UNA-SUS/UFMA), atuando na área de ensino na saúde, Epidemiologia, Bioestatística, Metodologia da Pesquisa e Informática em Saúde.

Mae Soares da Silva: Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), mestra em Saúde Coletiva pela UFMA, com Residência Multiprofissional em Saúde pela UFMA e especialista em Psicologia Clínica: teoria psicanalítica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Atualmente é psicóloga na clínica Pleno-Desenvolvimento Humano e docente do curso de Psicologia da Universidade Ceuma, onde também atua como preceptora do estágio em Intervenção Psicossocial na Atenção Básica em Saúde e pesquisadora nos grupos: Método Psicanalítico e Novas Demandas Clínicas; Psicologia Social e Saúde.

Paola Trindade Garcia: Graduação em Fisioterapia pela Faculdade Santa Terezinha (CEST), especialização em Metodologias Ativas pelo Instituto Sírío-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), especialização em Saúde da Família pela CEST e em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Residência Multiprofissional em Saúde pelo Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) e mestrado em Saúde Coletiva pela UFMA. É doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFMA e professora do curso de Medicina da UFMA. Possui experiência profissional na área de Saúde Coletiva e em Fisioterapia, com ênfase na Atenção Básica em Saúde e afins, bem como em educação a distância e em Metodologias Ativas. Atualmente é coordenadora de design instrucional da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UNA-SUS/UFMA) e tutora do curso de especialização em Educação Permanente em Saúde.

Regimarina Soares Reis: Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Especialização em Processos Educacionais em Saúde pelo Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP), especialização em Gestão Pedagógica pela UFMA, mestrado em Saúde Coletiva pela UFMA, doutoranda em Saúde Coletiva pela UFMA. Atualmente é coordenadora do Núcleo Pedagógico da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UNA-SUS/UFMA) e tutora do curso de especialização em Educação Permanente em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Walquíria Lemos Ribeiro da Silva Soares: Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA), residência médica em Cirurgia Geral pela UFMA e Medicina de Família e Comunidade pela Universidade Gama Filho (UGF), mestrado profissional em Saúde da Família pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Atualmente é coordenadora do curso de Medicina da UFMA.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 PACTOS, POLÍTICAS E PROGRAMAS DE PROTEÇÃO À CRIANÇA	19
2.1 Bases legais de proteção à criança	19
2.2 Contextualização: revisão de conceitos	22
2.3 Políticas e Programas de Saúde da Criança no contexto internacional	23
2.4 Políticas e Programas de Saúde da Criança no contexto nacional	24
2.4.1 Ações da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)	24
2.4.2 Redes de Atenção à Saúde (RAS)	25
2.4.3 Principais políticas e estratégias em Saúde da Criança	28
2.5 Vigilância em Saúde da Criança e seus determinantes	36
2.6 Rede de Cuidado e Proteção Social para a Atenção Integral às Crianças	37
2.6.1 Rede intrasectorial	37
2.6.2 Rede intersetorial	41
2.7 Indicadores de morbimortalidade nacionais e estaduais em Saúde da Criança	46
2.7.1 Indicadores de mortalidade	48
2.7.2 Indicadores de morbidade	53
2.8 Sistemas de Informação úteis para avaliar situação de Saúde da Criança	57
2.8.1 SIS importantes para a Atenção à Saúde da Criança	57
2.8.2 e-SUS AB	58
REFERÊNCIAS	60
3 TRABALHO EM EQUIPE E PLANEJAMENTO DE AÇÕES	63
3.1 Planejamento de ações na Estratégia Saúde da Família	63
3.2 Ferramentas da prática da equipe de Saúde da Família	65
3.2.1 Territorialização	66
3.2.2 Mapa inteligente	68

3.2.3 Sistema de referência e contrarreferência	69
3.3 Cadastro e Caderneta da Criança	70
3.3.1 Cadastro da família.....	70
3.3.2 Caderneta da Criança	72
3.4 Qualidade da Atenção	73
3.4.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).....	73
3.4.2 Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB).....	76
3.5 Avaliação do risco na ESF e o matriciamento de pediatria na Atenção Básica	78
3.5.1 Avaliação do risco na Estratégia Saúde da Família.....	78
3.5.2 Matriciamento de pediatria na Atenção Primária à Saúde.....	79
3.6 Humanização, acolhimento, acompanhamento longitudinal e demanda espontânea.....	82
3.6.1 Humanização e acolhimento	82
3.6.2 Demanda espontânea	83
3.7 Ações de promoção e prevenção de saúde para crianças	87
3.7.1 Grupos educativos	87
3.7.2 Palestras educativas em Saúde da Criança	88
3.7.3 Dinâmicas em grupo.....	89
3.8 Criança no contexto da família e do ambiente.....	91
REFERÊNCIAS	93
4 ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E IMUNIZAÇÃO	97
4.1 Aleitamento materno.....	97
4.1.1 Fisiologia da lactação.....	98
4.1.2 Tipos de aleitamento materno.....	99
4.1.3 Recomendações da Organização Mundial de Saúde	100
4.2 Aconselhamento em amamentação	101
4.2.1 Avaliação da técnica de amamentação	101
4.2.2 Ordenha ou expressão manual do leite	102

4.2.3 Benefícios do aleitamento materno.....	105
4.3 Programas, políticas e estratégias que promovem, protegem e apoiam o aleitamento materno	107
4.3.1 Contraindicações para a amamentação.....	108
4.4 Aleitamento artificial.....	111
4.4.1 Alimentação dos 6 meses até os 2 anos	112
4.4.2 Alimentação de crianças dos 2 a 10 anos	118
4.5 Método Canguru.....	120
4.6 Agravos do estado nutricional.....	121
4.6.1 O que é estado nutricional?	121
4.6.2 Deficiência de ferro.....	122
4.6.3 Deficiência de iodo	125
4.6.4 Deficiência de vitamina A (DVA)	127
4.6.5 Deficiência de vitamina B1	130
4.6.6 Deficiência da vitamina D	132
4.6.7 Distúrbio nutricional por excesso: obesidade.....	133
4.6.8 Distúrbio nutricional por escassez: desnutrição	135
4.7 Imunizações	138
4.8 Cuidados com a saúde do bebê	151
REFERÊNCIAS	155

PREFÁCIO

A publicação de novos livros em Atenção Básica tem se tornado importante para a educação continuada em saúde, principalmente nesse momento em que o fluxo de informações sem fundamentação científica continua a crescer na internet.

Nesse sentido, este livro pode ser indicado por inúmeras razões. A começar pelo conhecimento científico do coordenador e autores principais que não deixa dúvidas sobre a qualidade final da publicação, tendo por base suas formações científicas e clínicas, acrescido de entusiasmo e amor à arte. Nesse contexto, os temas selecionados como capítulos foram redigidos por especialistas, mestres e doutores escolhidos por dominarem o assunto a que se propuseram escrever.

Os autores apresentam cuidadosamente as informações, de tal forma que estas não são meramente uma compilação de dados, mas sim uma apresentação de dados que foram avaliados de forma crítica para explicar por que a atenção à saúde da criança e da família merece ser continuamente estudada.

O objetivo deste livro é fornecer informações atualizadas aos profissionais da saúde sobre todo o processo de atendimento à criança no contexto da Atenção Básica. Assim, pelo seu enfoque crítico, será uma ferramenta indispensável na complementação da formação profissional, facilitando a tomada de decisão diante das necessidades de seus pacientes.

Prof. Dr. Pierre Adriano Moreno Neves

1 INTRODUÇÃO

Esta obra é direcionada, sobretudo, aos profissionais da área da saúde que trabalham no atendimento à criança no âmbito da Atenção Básica. O capítulo “PACTOS, POLÍTICAS E PROGRAMAS DE PROTEÇÃO À CRIANÇA” apresenta o panorama de surgimento e implantação das políticas que visam garantir a saúde da criança nos contextos nacional e internacional. Na sequência, serão abordadas no capítulo “TRABALHO EM EQUIPE E PLANEJAMENTO DE AÇÕES”, questões sobre a equipe de Saúde da Família, ferramentas da ESF, além do planejamento de ações voltadas à saúde da criança, com o objetivo de identificar o papel da equipe de Saúde da Família nesse processo. Por fim, vamos conhecer as estratégias de abordagem e manejo do aleitamento materno e alimentação complementar adequada à criança, bem como os aspectos sobre agravos nutricionais, imunização da criança e cuidados da saúde do bebê, no capítulo “ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E IMUNIZAÇÃO”.

Ementa: Indicadores de morbimortalidade nacionais e estaduais em saúde da criança. Pactos, políticas e programas de saúde para a infância no Brasil e no mundo. Papel dos membros da equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde da criança. A criança, o meio ambiente, e a família. Promoção e proteção do crescimento e desenvolvimento infantil. Ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde da criança.

2 PACTOS, POLÍTICAS E PROGRAMAS DE PROTEÇÃO À CRIANÇA

Fabício Silva Pessoa, Mae Soares da Silva, Paola Trindade Garcia

O objetivo deste capítulo é conhecer as políticas, pactos e programas de saúde destinados à criança nos contextos nacional e internacional.

Afinal, conhecer o contexto de surgimento e implantação dessas políticas que atuam no sentido de garantir a saúde da criança é muito importante para o profissional da Atenção Básica (AB) estimular o controle social da população assistida por ele.

2.1 Bases legais de proteção à criança

Os documentos legais que se referem à proteção à criança foram construídos de forma a contemplar também o adolescente. Desse modo, a abordagem dessas questões se torna indissociável. Portanto, vamos tratar das bases legais que discorrem sobre os dois ciclos de vida.

Em 20 de novembro de 1989, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou a Convenção sobre os Direitos da Criança, documento que foi oficializado no ano seguinte como lei internacional. Promulgada pelo governo brasileiro, por meio do Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990, a Convenção sobre os Direitos da Criança tem sido considerada o instrumento de direitos humanos mais aceito na história universal, após ter sido ratificada por 193 países.

O documento contempla desde a definição de criança como “todo ser humano com menos de 18 anos de idade, a não ser que, em

conformidade com a lei aplicável à criança, a maioria deve ser alcançada antes”, até o estabelecimento do compromisso dos Estados Partes em adotar “todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educacionais apropriadas para proteger a criança contra todas as formas de violência física ou mental, abuso ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, inclusive abuso sexual” (BRASIL, 1990).

PARA SABER MAIS!

Leia na íntegra a Convenção sobre os Direitos da Criança.

No Brasil, a mudança no cenário de atendimento à criança ocorreu em virtude da proclamação da Constituição Cidadã e da aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990). Esses documentos estabelecem a noção de direitos da infância e da adolescência, bem como das suas respectivas famílias, assegurados por políticas públicas de proteção e promoção, a partir da implementação de um conjunto de direitos civis, sociais, econômicos e culturais (PEREZ; PASSONE, 2010).

O Sistema Único de Saúde (SUS) recebeu o mandato específico do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para promover o direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, mediante a atenção integral à saúde, que pressupõe o acesso universal e igualitário aos serviços nos três níveis da atenção. Essa tarefa exige o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, a atenção humanizada e o trabalho em rede (BRASIL, 2010).

PARA SABER MAIS!

Para aprofundar seus conhecimentos sobre as bases legais de proteção à infância, sugere-se a leitura dos seguintes textos:

- Constituição da República Federativa do Brasil.
- Estatuto da Criança e do Adolescente.
- Proibição das piores formas de trabalho infantil e a ação imediata para sua eliminação.
- Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária.
- Declaração dos Direitos da Criança.
- Convenção sobre os direitos da criança.

REFLETINDO!

Como o conhecimento das políticas, pactos e programas apresentados poderão nortear ações de saúde da criança na unidade onde você atua?

Bem, essa é uma pergunta com várias vertentes de respostas, até mesmo porque as ações de saúde que envolvem a criança estão presentes em diferentes âmbitos do sistema de saúde brasileiro. No entanto, vamos nos focar nas garantias à saúde do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por exemplo. O estatuto estabelece que a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência, e isso já é o suficiente para desencadear inúmeras ações de saúde que garantem uma boa assistência ao pré-natal.

2.2 Contextualização: revisão de conceitos

Vejamos abaixo alguns conceitos sobre a definição da faixa etária de crianças e adolescentes:

Criança: o Ministério da Saúde (MS) considera criança o indivíduo de 0 a 9 anos de idade (ou 10 anos incompletos). Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera como criança aquele indivíduo até 11 anos de idade (ou 12 anos incompletos).

Adolescente: para o MS, é o indivíduo de 10 a 19 anos (ou 20 anos incompletos). Enquanto o ECA considera adolescente aquele com idade entre 12 e 18 anos.

Além da classificação por faixa etária, há a categorização em ciclos de vida, adotada pelo MS, que visa atender às especificidades inerentes às fases de crescimento e desenvolvimento da criança, bem como ao início da puberdade. Portanto, utilizaremos aqui as definições do MS por entendê-las como as mais alinhadas ao conceito de atenção integral à saúde. Assim sendo, as etapas do desenvolvimento da criança, são:

Período pré-natal: da concepção ao nascimento

Neonatal: 0 a 28 dias de vida

Lactente (ou primeira infância): 29 dias a 2 anos incompletos

Pré-escolar (ou segunda infância): 2 anos completos a 6 anos incompletos

Escolar: 6 anos completos a 10 anos incompletos (BRASIL, 2002)

PARA SABER MAIS!

Veja a descrição completa de cada etapa do desenvolvimento da criança na publicação “Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil” do Ministério da Saúde (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 11, 2002).

2.3 Políticas e Programas de Saúde da Criança no contexto internacional

8 JEITOS DE MUDAR O MUNDO



Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) são compromissos assumidos por todos 191 Estados-Membros da Organização das Nações Unidas (ONU), com a meta de serem implementados até o ano de 2015. Os oito objetivos são: erradicar a extrema pobreza e fome; atingir o ensino básico universal; promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; reduzir a mortalidade na infância; melhorar a saúde materna; combater o HIV/Aids, a malária e outras doenças; garantir a sustentabilidade ambiental e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento (IPEA, 2004).

PARA SABER MAIS!

O prazo para atingir os ODM era até 31 de dezembro de 2015. No entanto, novos esforços estão sendo desenvolvidos, com a elaboração de uma agenda pós-2015, para erradicar a fome, alcançar a plena igualdade de gênero, melhorar os serviços de saúde e ter todas as crianças na escola. Acompanhe com mais detalhes no site do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

2.4 Políticas e Programas de Saúde da Criança no contexto nacional

2.4.1 Ações da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde, tem como uma de suas competências a promoção do desenvolvimento de ações estratégicas do modelo de atenção à saúde, tendo como eixo estruturador as ações de Atenção Básica em Saúde. O Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), que integra a SAS, propõe e implementa políticas públicas de modo a garantir a atenção integral às populações estratégicas do SUS. Esse departamento possui oito áreas técnicas, dentre as quais se destacam duas de maior importância para o tema em questão:

- **Saúde da Criança e Aleitamento Materno**

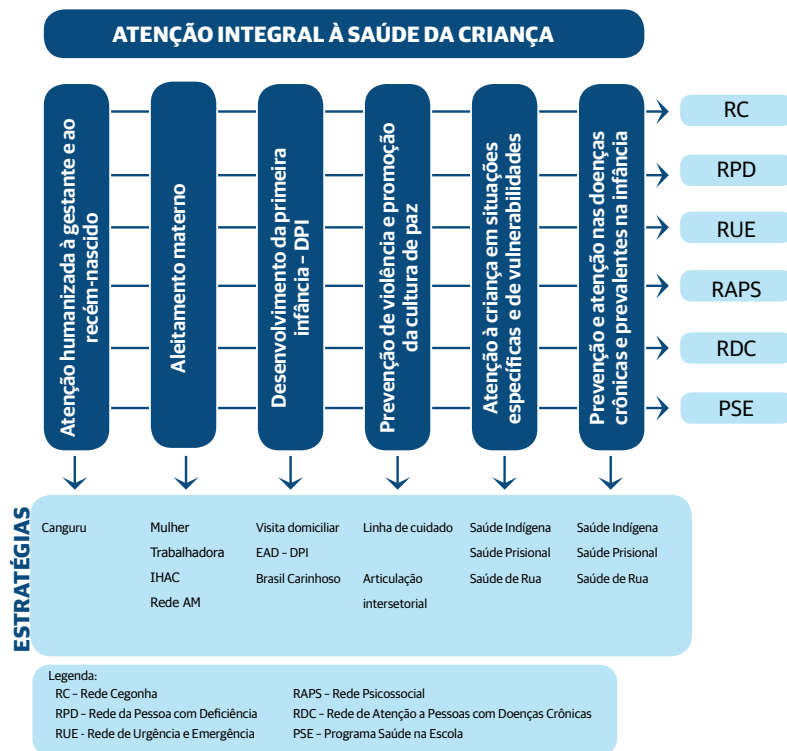
A Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (DAPES/SAS/MS) tem como objetivo elaborar as diretrizes políticas e técnicas para a atenção integral à saúde da criança de 0 a 9 anos, assim como apoiar sua implementação nos estados e municípios. É também responsável por promover ações de incentivo e qualificação da vigilância, de crescimento e desenvolvimento, atenção à saúde do recém-nascido, promoção e apoio ao aleitamento materno, prevenção de violências e promoção da paz e redução da mortalidade infantil.

- **Saúde do Adolescente e do Jovem**

Voltada para a promoção, proteção e recuperação da saúde de adolescentes e jovens dos 10 aos 24 anos. Responsável por promover atenção ao crescimento e desenvolvimento, saúde sexual e reprodutiva; ações para a redução da mortalidade por violência e acidentes; com intuito de reduzir a incidência de doenças e agravos e melhorar a qualidade de vida

dessa população. A Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde tem os seguintes eixos estratégicos que se desdobram em ações, estratégias e linhas de cuidado prioritárias de atenção integral:

Figura 1 – Linhas de cuidado prioritárias de atenção integral à criança.



2.4.2 Redes de Atenção à Saúde (RAS)

As Redes de Atenção à Saúde (RAS), regulamentadas pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, estão inseridas no âmbito da região de saúde, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde aos usuários do SUS, em consonância com as pactuações nas Comissões Intergestores.



Cada uma dessas redes reúne um conjunto de ações e serviços de saúde, articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho

do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica, conforme as diretrizes estabelecidas pela Portaria nº 4.279/GM/MS, de 2010.

Cada rede de atenção, dentro de seu campo temático de atuação deve se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações. Todas as redes também são transversalizadas pelos temas: qualificação e educação; informação; regulação; e promoção e vigilância à saúde. Após a pactuação tripartite, em 2011, foram priorizadas as seguintes redes temáticas:

Rede Cegonha
Rede de Atenção às Urgências e Emergências
Rede de Atenção Psicossocial
Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas
Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

- **Rede Cegonha**



Foi criada em 2011 com o objetivo de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério; e às crianças, o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (PORTAL DA SAÚDE, 2012a).

Essa iniciativa aporta recursos de investimento, reforma de maternidades e custeio para a reorganização da atenção obstétrica e neonatal regionalizada e hierarquizada. Enfoca ainda a proposta de mudança do modelo de atenção, propiciando a ambiência adequada e apoio assistencial multiprofissional com o intuito de favorecer a fisiologia do parto e nascimento e incentivo ao parto normal.

O objetivo é implementar as práticas baseadas em evidências e os direitos da mulher e da criança no parto; aumentar o protagonismo no nascimento, de forma a promover segurança, proteção e promoção da saúde materna e infantil; controle social e prevenção dos efeitos do excesso de intervenções no parto e as cesarianas desnecessárias. Visa, ainda, promover a vinculação entre mãe e filho, revalorizando o nascimento como um momento singular da mulher, do bebê, familiar e social, que exerce importante influência na sobrevivência e na qualidade de vida, com repercussões imediatas e futuras na vida da criança.

PARA SABER MAIS!

Leia sobre as modalidades de adesão à Rede Cegonha no Portal da Saúde, do Ministério da Saúde.

- **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**



PACTO NACIONAL PELA
REDUÇÃO DA MORTALIDADE
MATERNA E NEONATAL

A Portaria nº 1.459,
de 24 de junho de 2011, que
institui no âmbito do Sistema
Único de Saúde (SUS) a

Rede Cegonha, leva em consideração o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Os princípios do Pacto, entre outros, são:

[...] o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos aspectos étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política de investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal; e a ampla mobilização e participação de gestores e organizações sociais (BRASIL, 2007).

Lançado em 8 de março de 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS) e conta com a adesão das 27 unidades federativas. Tem como objetivo a articulação dos atores sociais, historicamente mobilizados em torno da melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, na luta contra os altos índices de mortalidade materna e neonatal no país.

2.4.3 Principais políticas e estratégias em Saúde da Criança

- **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**



A Atenção Básica (AB) deve ser o contato preferencial dos usuários do SUS, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. A nova política articula a AB com importantes iniciativas do SUS, algumas delas envolvendo diretamente

a população de crianças e adolescentes, tais como a universalização do Programa Saúde na Escola (PSE), com expansão às creches; acordos com indústrias e escolas para uma alimentação mais saudável; ou a implantação de mais de 4 mil polos da Academia da Saúde até 2014 (BRASIL, 2012a).

PARA SABER MAIS!

Leia sobre PSE e Academias da Saúde no Portal da Saúde, do Ministério da Saúde.

- **Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)**



Aprovada em 1999, integra os esforços do Brasil em desenvolver um conjunto de políticas públicas, de forma a respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação.

A PNAN se propõe a melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, mediante a promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, a vigilância alimentar e nutricional, a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2012b).

- **Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)**



Compreende a avaliação contínua do perfil alimentar e nutricional da população e seus fatores determinantes, por meio da avaliação de consumo alimentar e antropometria de indivíduos de todas as fases da vida (crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes) nos serviços

de saúde. Estas observações devem ser avaliadas de forma integrada com informações provenientes de outras fontes de informação, como pesquisas, inquéritos e outros Sistemas de Informações em Saúde (SIS) disponíveis no SUS (PORTAL DA SAÚDE, 2012b).

PARA SABER MAIS!

Continue a ler sobre Vigilância Alimentar e Nutricional no Portal da Saúde, do Ministério da Saúde.

- **Programa Bolsa Família (PBF)**



É um programa federal de transferência direta de renda às famílias em situação de pobreza ou de extrema pobreza, com a finalidade de promover seu acesso aos direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza. As famílias beneficiárias do PBF

com mulheres entre 14 e 44 anos e crianças menores de 7 anos de idade deverão ser assistidas por uma equipe de Saúde da Família, por agentes comunitários de saúde ou por profissionais das unidades básicas de saúde, que proverão os serviços necessários ao cumprimento das ações de responsabilidade da família, compreendendo a oferta de serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e imunização (PORTAL DA SAÚDE, 2012c).

O programa visa também proporcionar um olhar diferenciado dos profissionais de saúde para os beneficiários, qualificação das ações da Atenção Básica, incluindo as relacionadas à promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis; além de mapear vulnerabilidades em saúde das gestantes, nutrizes e crianças até 2 anos dos municípios da Rede Cegonha;

bem como qualificar informações da agenda de saúde da mulher; e busca ativa às famílias em situação de pobreza não acompanhadas pelo PBF.

O IBGE reconhece a ampliação das políticas de acompanhamento de saúde e a melhor distribuição de renda como fatores preponderantes para a queda da mortalidade infantil. Os benefícios pagos pelo programa Bolsa Família são divididos em: Benefício Variável à Gestante (BVG) e Benefício Variável Nutriz (BVN).

PARA SABER MAIS!

Continue a ler sobre o Programa Bolsa Família no Portal da Saúde, do Ministério da Saúde.

- **Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil**



Lançada em 2012, tem como objetivo qualificar o processo de trabalho dos profissionais da Atenção Básica visando reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de 2 anos no âmbito do SUS. Essa iniciativa tem como compromisso a formação de recursos humanos na Atenção Básica e integra duas importantes ações do Ministério da Saúde: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS).

PARA SABER MAIS!

Leia sobre as ações Rede Amamenta Brasil e ENPACS no Portal da Saúde, do Ministério da Saúde.

- **Programa Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais**

Aqui você encontra informações sobre os principais agravos nutricionais que acometem a população brasileira e as ações desenvolvidas pelo SUS para contribuir com seu controle e prevenção. Constitui uma tentativa oportuna e específica do SUS de reorganizar, qualificar e aperfeiçoar suas ações para o enfrentamento da complexidade da situação alimentar e nutricional da população brasileira. Apesar da rápida transição nutricional brasileira, ainda persistem altas prevalências de desnutrição crônica em grupos vulneráveis da população (crianças indígenas, quilombolas, residentes na região norte do país etc.), afetando principalmente crianças e mulheres que vivem em bolsões de pobreza. Estão incluídos neste programa: deficiência de ferro, iodo, vitamina A, vitamina B1 (beribéri), desnutrição, excesso de peso e obesidade e necessidades alimentares especiais.

PARA SABER MAIS!

Aprofunde sua leitura sobre o programa Prevenção e Controle de Agravos Nutricionais no Portal da Saúde, do Ministério da Saúde.

- **Programa Nacional de Imunizações (PNI)**



Com o objetivo de promover a vacinação da população brasileira e assim diminuir, ou até mesmo erradicar, várias doenças no território brasileiro, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde, mantém o Programa Nacional de Imunizações (PNI). O SI-PNI é um sistema desenvolvido para possibilitar aos gestores envolvidos no Programa Nacional de Imunização, a avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunobiológicos aplicados e do

quantitativo populacional vacinado, agregados por faixa etária, período de tempo e área geográfica. Várias são as doenças imunopreveníveis na criança, e, diante disso, o PNI ampliou o calendário nacional de vacinação para crianças e adolescentes, incluindo a tetra viral e a vacina para HPV no calendário atual.

- **Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru**



O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para a melhoria da qualidade do cuidado, desenvolvido em três etapas, conforme Portaria GM/MS n.º 1.683, de 12 de julho de 2007, que:

Parte dos princípios da atenção humanizada; reduz o tempo de separação entre mãe e recém-nascido e favorece o vínculo; permite um controle térmico adequado; contribui para a redução do risco de infecção hospitalar; reduz o estresse e a dor do recém-nascido; aumenta as taxas de aleitamento materno; melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psicoafetivo do recém-nascido; propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde; possibilita maior competência e confiança dos pais no cuidado do seu filho, inclusive após a alta hospitalar; reduz o número de reinternações; e contribui para a otimização dos leitos de unidades de terapia intensiva e de cuidados intermediários neonatais.

PARA SABER MAIS!

Leia “Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru – Manual Técnico”.

- **Programa Saúde na Escola (PSE)**



O Programa Saúde na Escola (PSE) visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Como consolidar essa atitude dentro das escolas? Essa questão guiou a elaboração

da metodologia das Agendas de Educação e Saúde, a serem executadas como projetos didáticos nas escolas. O PSE tem como objetivo contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

PARA SABER MAIS!

Veja no Portal da Saúde quem pode participar e como funciona a gestão do PSE.

- **Brasil Carinhoso**



O programa Brasil Carinhoso integra o Bolsa Família e visa atender famílias em extrema pobreza, que chegam a somar 50% do total de pessoas atendidas pelo

programa, cuja renda mensal geralmente é inferior a R\$ 70,00.

O Brasil Carinhoso terá seu desenvolvimento integrado em várias vertentes, e uma delas visa ampliar o número de creches em todos os estados brasileiros, assim como melhorar os serviços de saúde que

terão preparação para atender a essas famílias mais necessitadas com crianças pequenas. Um dos benefícios oferecidos pelo Brasil Carinhoso será a distribuição de suplementos, como: vitamina A, ferro e também medicamentos contra a asma.

PARA SABER MAIS!

Tire suas dúvidas sobre o Brasil Carinhoso no site do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, no Portal Brasil.

- **Programa Saúde Não Tem Preço**



O programa Saúde Não Tem Preço foi criado para garantir o acesso gratuito a medicamentos para toda a população brasileira.

A gratuidade dos medicamentos é garantida em decorrência de uma combinação feita entre o Ministério da Saúde e as entidades da indústria e do comércio do setor farmacêutico. Para as crianças o acesso gratuito é a medicamentos contra asma e rinite.

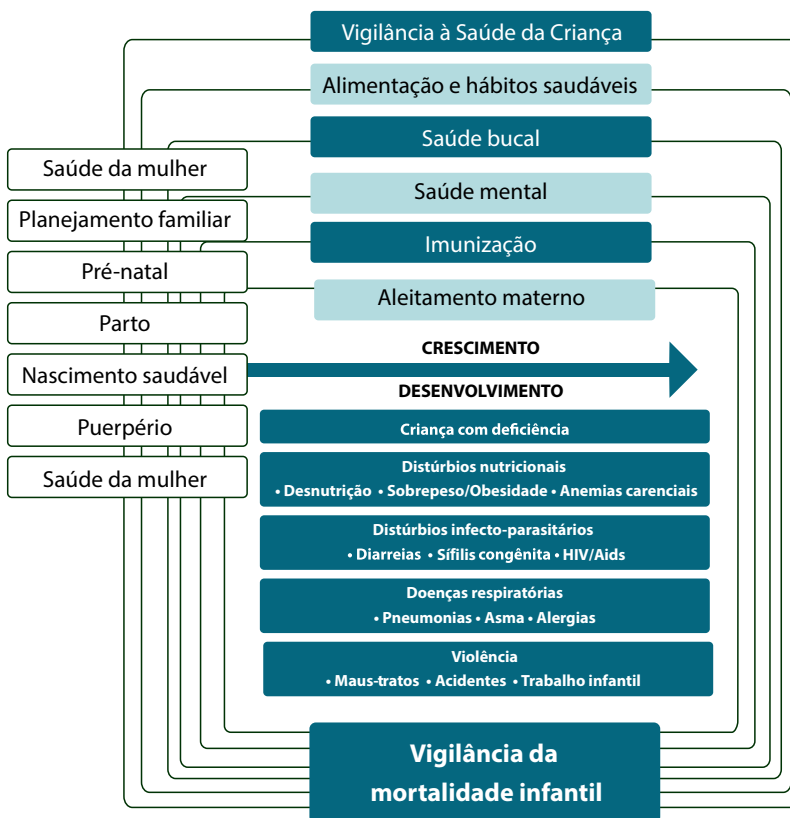
Conheça outros programas e ações desenvolvidos pelo Ministério da Saúde voltados para a saúde integral da criança, que merecem destaque:

- Programa Brasil Sorridente;
- Programa Melhor em Casa;
- Programa Mais Médicos;
- Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica;
- Programa Toda Hora;
- Programa Saúde conte com a Gente;
- Programa Saúde sem Limite.

2.5 Vigilância em Saúde da Criança e seus determinantes

A redução da mortalidade infantil é um dos maiores desafios para os atores envolvidos na saúde do país. O alto número de mortes ocasionadas por causas evitáveis aponta para a dificuldade de acesso aos serviços de saúde em tempo hábil. A vigilância em saúde das crianças de maior risco e o cuidado às doenças prevalentes são ações que devem ser realizadas com o propósito de promover o nascimento, crescimento, desenvolvimento e alimentação saudáveis.

Figura 2 – Atenção Integral à saúde da criança e redução da mortalidade infantil.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

2.6 Rede de Cuidado e Proteção Social para a Atenção Integral às Crianças

Você sabe o que é rede?

Rede é uma articulação política entre pares que, para se estabelecer, exige: reconhecer (que o outro existe e é importante); conhecer (o que o outro faz); colaborar (prestar ajuda quando necessário); cooperar (compartilhar saberes, ações e poderes) e associar-se (compartilhar objetivos e projetos) (MENDES, 2009).

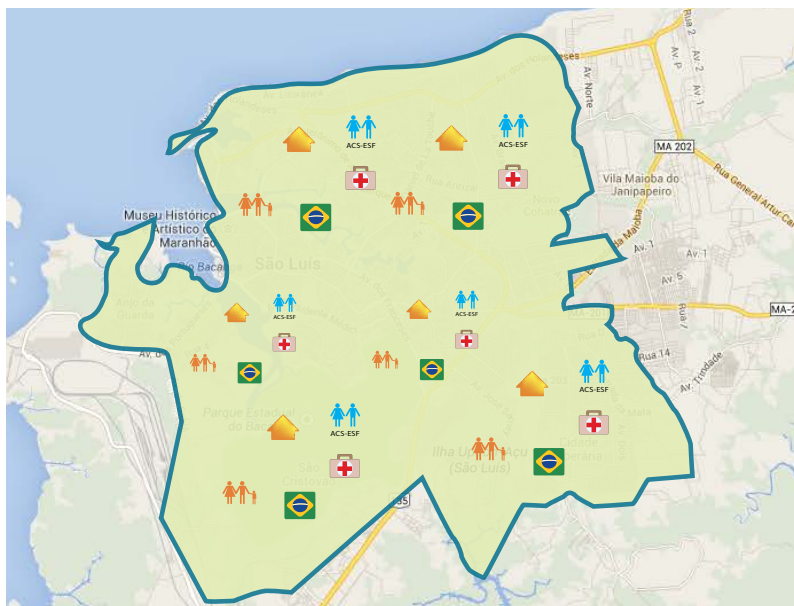
De acordo com Mendes (2009), as redes de atenção à saúde são organizações que se concretizam por meio de um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde.

Nesse sentido, é fundamental que cada município organize e estruture a sua rede de saúde articulada com as redes da assistência social, da educação e com os sistemas de Justiça, segurança pública, Ministério Público, Defensoria Pública, varas da Infância e Juventude, Conselho Tutelar e conselhos de direitos e a sociedade civil organizada existentes no território para fortalecer e/ou implementar a rede de cuidado e de proteção social para a atenção integral às crianças. Neste contexto podemos dividir as redes de assistência à criança em: rede intrassetorial e rede intersetorial.

2.6.1 Rede Intrassetorial

A Rede de Assistência Intrassetorial tem o papel de articulação no setor de saúde, sendo a Atenção Primária (equipes de Saúde da Família), como coordenadora do cuidado no território, incluindo neste diálogo o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), serviços de urgência e emergência, serviços de saúde mental, hospitais, maternidades e laboratórios.

Figura 3 - Rede intrasetorial de saúde dialogando com a saúde no território.



- **Serviços na Atenção Básica**



Atenção Básica é o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, sendo representada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). Constitui-se na porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual se incluem os cuidados essenciais de promoção, proteção, reabilitação e manutenção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde mais comuns e relevantes da população.



Para apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da Atenção Primária à Saúde no Brasil, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que têm como atributos a ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.

- **Serviços na Atenção Básica**



As Unidades de Pronto Atendimento – UPAs 24h – são estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e as portas de urgência hospitalares e, em conjunto com estas, compõem uma rede organizada de atenção às urgências. São integrantes do componente pré-hospitalar fixo e devem ser

implantadas em locais/unidades estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.



A estratégia de atendimento está diretamente relacionada ao trabalho do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU - 192 –, que organiza o fluxo de atendimento e encaminha o paciente ao serviço de saúde adequado à situação.

- **Serviços de Atenção Especializada**



Os hospitais, maternidades e serviços especializados integram a rede de assistência à saúde da criança, representando os níveis de atenção secundária e terciária de saúde, havendo vínculos com a atenção primária por meio do sistema de referência e contrarreferência. Esse vínculo entre os níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde está regulado e coordenado pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS).



Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi) é um exemplo de serviço de atenção especializada que diariamente realiza atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves. Estão incluídos nessa categoria os portadores de autismo, psicoses, neuroses graves,

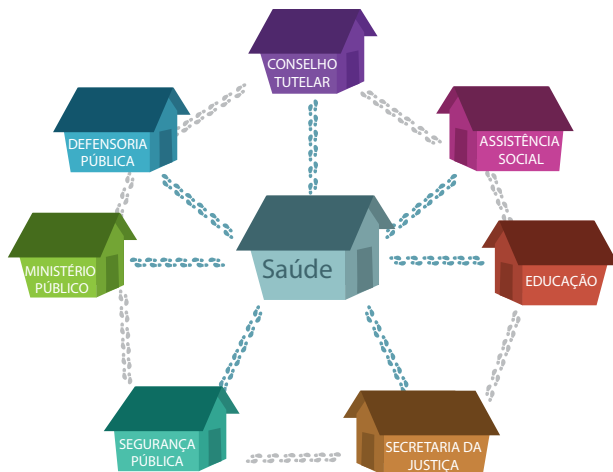
usuários de álcool e outras drogas e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais. A inexistência desses serviços requer a pactuação dos gestores com os serviços especializados de outros municípios vizinhos.

2.6.2 Rede Intersetorial

Além dos serviços de saúde, existem outros serviços no território que atendem crianças e adolescentes contribuindo com a rede de cuidado e proteção social, sendo implementadas por meio de um fluxo referenciado, dialógico e permanente de informações com todos os serviços disponíveis no município, e, na ausência destes, recomenda-se buscar interlocução com serviços de municípios vizinhos.

No espaço do território, o Sistema Único de Saúde (SUS) dialoga com os sistemas de proteção social, justiça e direitos humanos, segurança pública, entre outras políticas, a fim de planejarem, conjuntamente, as ações que melhor atendem as necessidades desse público. A seguir, destacam-se alguns dos equipamentos que compõem a rede intersetorial no território que atende crianças e adolescentes.

Figura 4 – Equipamentos da rede intersetorial no território que atende crianças e adolescentes.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 104 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

• Sistema Único da Assistência Social (SUAS)

O SUAS integra uma política pactuada nacionalmente, que prevê uma organização participativa e descentralizada da assistência social, com ações e serviços voltados para o fortalecimento da família. Entre eles, dois são fundamentais para o cuidado e a proteção social de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:



Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública da política de assistência social, de base municipal, integrante do SUAS, localizado em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social. Destina-se à prestação de serviços e programas socioassistenciais de proteção básica às famílias e aos indivíduos, e à articulação desses serviços no

seu território de abrangência à ação intersetorial na perspectiva de potencializar a proteção social. Algumas ações da proteção social básica devem ser desenvolvidas necessariamente nos CRAS, como o Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF), entre outras ações.



Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) constitui-se em uma unidade pública e estatal onde se ofertam serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos nas diversas situações de violação de direitos. Como unidade de referência, deve promover a integração de esforços, recursos e meios para enfrentar a dispersão dos serviços e potencializar ações para os usuários. O CREAS deve articular os serviços de média complexidade e operar a referência e a contrarreferência com a rede de serviços socioassistenciais da proteção social básica e especial, com as demais políticas públicas setoriais e com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos.

- **Sistema de Justiça e de Direitos Humanos**

O Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu art. 145, dispõe que os estados e o Distrito Federal poderão criar varas especializadas e exclusivas da infância e da juventude, cabendo ao Poder Judiciário estabelecer sua proporcionalidade por número de habitantes, dotá-las de infraestrutura e dispor sobre o atendimento, inclusive em plantões.

Em alguns estados existem delegacias especializadas para apurar crimes contra crianças e adolescentes, bem como Varas da Infância e

da Juventude que atuam na proteção e defesa dos direitos de crianças, adolescentes e suas famílias.



Conselho Tutelar (CT) “é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente” (art. 131) e tem como atribuições, entre outras, requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e emprego, exercendo função importante na interlocução com a autoridade judiciária para o efetivo cumprimento destes direitos (arts. 98, 101, 131 e 136, ECA/90).

- **Sistemas de ensino**

O sistema de ensino é formado pela rede de educação federal, estadual, distrital e municipal complementada pelo sistema privado. São equipamentos desse sistema os centros de educação infantil (creches e pré-escola), escolas de ensino fundamental e médio e instituições de ensino superior.



Na Rede de Cuidados e de Proteção Social a comunidade escolar é, sobretudo, um espaço de prevenção e de promoção da cultura de paz. Vem sendo conformada na prática por meio do vínculo com o Programa Saúde na Escola (PSE). Também contribui com a identificação e o encaminhamento de casos para o sistema de saúde, além de seu papel formativo e educativo.

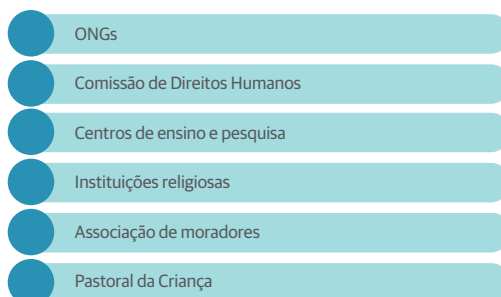
- **Sistema Único de Segurança Pública (SUSP)**

O SUSP foi criado para articular as ações federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal na área da Segurança Pública e da Justiça Criminal, de forma a integrá-los na prática, sem interferir na autonomia dos órgãos de segurança no âmbito local. Os estados podem participar do SUSP por meio da assinatura de um protocolo de intenções entre governo do Estado e Ministério da Justiça. São alguns dos órgãos que compõem este sistema no território:



- **Sociedade civil organizada**

A sociedade civil também deve compor a rede intersetorial. Essa participação se dá por meio dos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, presentes em todos os estados da federação, no Distrito Federal e na maioria dos municípios brasileiros. Os conselhos são órgãos paritários com representação do governo e da sociedade civil organizada e desempenham papel importante no processo de formulação, deliberação, acompanhamento e avaliação de políticas voltadas para esse público (BRASIL, 2010).



2.7 Indicadores de morbimortalidade nacionais e estaduais em Saúde da Criança

Em termos gerais, indicadores são medidas síntese que contêm informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde (RIPSA, 2008). Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde.

Você conhece a RIPSA?

RIPSA é a Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Vejamos abaixo mais informações:

Um acordo de cooperação entre o Ministério da Saúde (MS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS) foi feito com o propósito de fomentar o aperfeiçoamento de informações para a saúde no Brasil. Tal estratégia foi centrada na criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), que foi formalizada em 1996 por meio de Portaria Ministerial e Termo de Cooperação com a OPAS/OMS. Disponibiliza indicadores específicos que se referem ao estado de saúde da população, aspectos sociais, econômicos e organizacionais que podem influenciar ou determinar a situação de saúde. Esses indicadores são apresentados na Rede de maneira sistematizada, em sua publicação regular de Indicadores e Dados Básicos (IDB) (RIPSA, 2008).

A RIPSA congrega instituições responsáveis por informações em saúde no Brasil com o objetivo de produzir subsídios para políticas públicas em saúde. Classifica os indicadores em subconjuntos temáticos, sendo comum encontrar indicadores que envolvam dados relacionados à criança e ao adolescente, alguns de maneira direta, por exemplo, proporção de menores de 5 anos de idade na população. Ou ainda de maneira indireta, como número de internações hospitalares (SUS) por habitante - as internações de crianças e adolescentes contribuem para o valor final

(RIPSA, 2008). Confira no quadro abaixo a classificação dos subconjuntos temáticos da RIPSA:

Quadro 1 - Classificação dos subconjuntos temáticos da RIPSA.

Subconjuntos		Descrição
a	Demográficos	Medem a distribuição de fatores determinantes da situação de saúde relacionados à dinâmica populacional na área geográfica referida.
b	Socioeconômicos	Medem a distribuição dos fatores determinantes da situação de saúde relacionados ao perfil econômico e social da população residente na área geográfica referida.
c	Mortalidade	Informa a ocorrência e distribuição das causas de óbito no perfil da mortalidade da população residente na área geográfica referida.
d	Morbidade	Informa a ocorrência e distribuição de doenças e agravos à saúde na população residente na área geográfica referida.
e	Recursos	Medem a oferta e a demanda de recursos humanos, físicos e financeiros para atendimento às necessidades básicas de saúde da população na área geográfica referida.
f	Cobertura	Mede o grau de utilização dos meios oferecidos pelo setor público e pelo setor privado para atender às necessidades de saúde da população na área geográfica referida.
g	Fatores de risco e de proteção	Medem os fatores de risco (como tabaco, álcool), e/ou proteção (como alimentação saudável, atividade física, aleitamento) que predisõem a doenças e agravos ou, protegem das doenças e agravos (BRASIL, 2012c).

Acompanhe a descrição das fontes utilizadas para cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil.

Quadro 2 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil.

Cobertura da Estratégia Saúde da Família		NA	CNES ^c SISAB ^d	Não possuem o quesito
Atenção Pré-natal	Cobertura de pré-natal	94,5	SINASC ^e	(classificação IBGE)
	Situação nutricional de gestantes	86,4	SISVAN ^f	branca, negra, amarela, parda, indígena
	Mortalidade materna	93,8	SIM ^g	(classificação IBGE)
Saúde da Criança	Situação nutricional de crianças	92,7	SISVAN ^f	branca, negra, amarela, parda, indígena
	Mortalidade infantil	87,5	SIM ^g	(classificação IBGE)
Controle de Doenças Transmissíveis	Sífilis em gestante	93,9	SINAN ^h	(classificação IBGE)
	Sífilis congênita	82,4		
	Tuberculose	90,4		
	Hanseníase	94,8		
	Hepatites virais	88,7	SIM ^g	
	Aids - casos	51,0		
Causas Externas: Acidentes e violências	Aids - óbitos	91,7		
	Internações hospitalares	59,7	SIH ⁱ	(classificação IBGE)
	Óbitos	94,7	SIM ^g	(classificação IBGE)

Fonte: Datasus. Disponível em: <www.datasus.gov.br>

^a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio.

^b Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

^c Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

^d Sistema de Informação de Atenção Básica.

^e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

^f Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

^g Sistema de Informações sobre Mortalidade.

^h Sistema Nacional de Agravos de Notificação.

ⁱ Sistema de Informações Hospitalares.

Fonte: Adaptado de: ARAÚJO, Cinthia Lociks de; SILVA, Robson Xavier da. **Monitoramento das desigualdades raciais em saúde no Brasil**. [2012?]. p. 151-175.

2.7.1 Indicadores de mortalidade

Mortalidade é a variável característica das comunidades de seres vivos que se refere ao conjunto dos indivíduos que morreram num dado intervalo do tempo em uma determinada população. Representa o risco ou probabilidade que qualquer pessoa na população apresenta de poder vir a morrer ou de morrer em decorrência de uma determinada doença (STUHLER, 2012).

Exemplo: fórmula da taxa de mortalidade infantil:

$$\frac{\text{Número de óbitos} < 1 \text{ ano no período}}{\text{Número de nascidos vivos no período}}$$

Alguns indicadores importantes envolvem dados relativos à faixa etária infantil, tais como:

- Taxa de mortalidade infantil: número de óbitos de menores de 1 ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Taxa de mortalidade neonatal precoce: número de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Taxa de mortalidade neonatal tardia: número de óbitos de 7 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.
- Taxa de mortalidade pós-neonatal: número de óbitos de 28 a 364 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Figura 5 - Faixas etárias em saúde da criança.

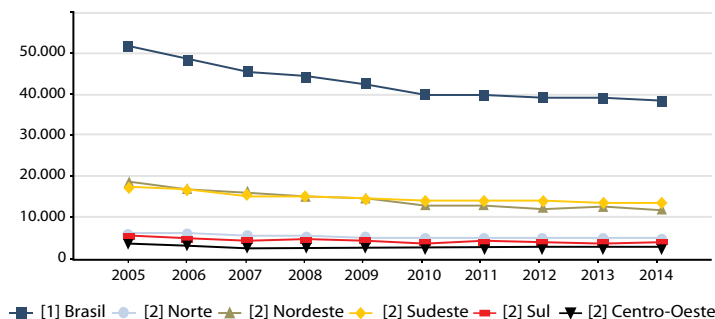
**PARA SABER MAIS!**

Continue a ler sobre indicadores e dados básicos para a saúde no Brasil no site da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA).

- **Painel de monitoramento da mortalidade infantil**

Vejamos alguns dados sobre os principais indicadores de saúde, relativos à saúde da criança e obtidos dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Acompanhe no gráfico a seguir o número de óbitos infantis (masculino e feminino) notificados, no ano selecionado e nos últimos nove anos precedentes, demonstrando a queda progressiva da mortalidade infantil no país.

Gráfico 1 – Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificado no ano selecionado e nos últimos nove anos precedentes. [1] País [2] Região.



Fonte: SIM. 2014.

O quadro a seguir mostra a participação dos óbitos em cada região em relação ao total de óbitos, possibilitando realizar uma análise da variável geográfica, demonstrando, assim, uma forma de avaliação dos níveis de saúde da população - mortalidade infantil proporcional por região. Destaca-se que a média brasileira para os anos de 2010 e 2011 é de 16,0 e 15,3, respectivamente.

Quadro 3 – Número de óbitos infantis (menores de 1 ano) por mil nascidos vivos. Brasil, 2010-2011.

Regiões	Ano 2010	Ano 2011
Norte	21,0	19,9
Nordeste	19,1	18,0
Centro-Oeste	15,9	15,9
Sudeste	13,4	13,0
Sul	11,6	11,3

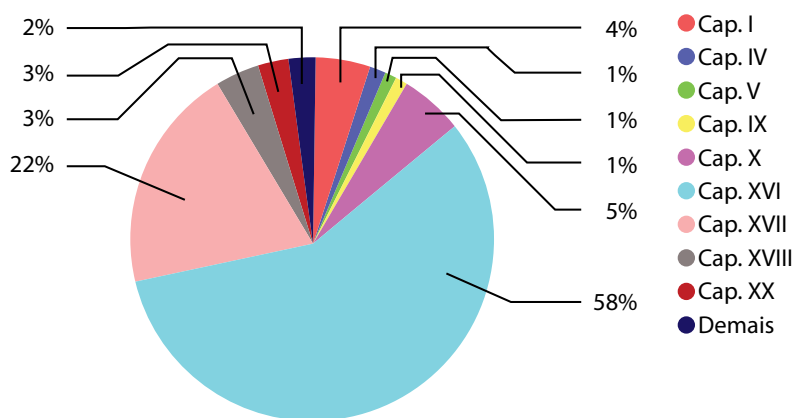
Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. RIPSa. **Indicadores de mortalidade:** ficha de qualificação. 2012.

A taxa de mortalidade infantil caiu para todas as regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste) entre os anos de 2000 a 2011. A redução sustentada das taxas pode estar relacionada à melhoria

das condições de vida e atenção à saúde da população brasileira durante esses anos. Contudo, tais reduções não ocorreram de maneira uniforme para todo o território nacional. Por exemplo, as regiões Sul e Sudeste tiveram reduções menores da taxa de mortalidade infantil. As regiões Norte e Nordeste ainda permanecem com as maiores taxas do país, apesar da marcante redução observada na última década. É importante que o profissional de saúde esteja atento à realidade particular do seu estado, município ou mesmo sua comunidade de atuação, de forma a conduzir as ações de atenção básica em consonância com os problemas e limitações locais.

No gráfico a seguir podemos observar o número de óbitos infantis (masculino e feminino) notificados no ano de 2014 por causas decorrentes de afecções originadas no período perinatal, malformações congênitas e anomalias cromossômicas, doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias e causas externas. Acompanhe:

Gráfico 2 - Número de óbitos infantis (masculino e feminino) notificado no ano selecionado, segundo capítulo da CID10.



Fonte: SIM. 2015.

Acesse o Sistema de Informação em Saúde (SIS) e conheça alguns dados sobre os principais indicadores de saúde, relativos à saúde da criança:

- Taxa de mortalidade infantil
- Taxa de mortalidade neonatal precoce
- Taxa de mortalidade neonatal tardia
- Taxa de mortalidade neonatal

2.7.2 Indicadores de morbidade

Morbidade: é a variável característica das comunidades de seres vivos referente ao conjunto dos indivíduos que adquirem doenças (ou determinadas doenças) num dado intervalo de tempo em uma determinada população. A morbidade mostra o comportamento das doenças e dos agravos à saúde na população (STUHLER, 2012). O perfil da morbidade de crianças menores de 5 anos é considerado parâmetro básico para o estabelecimento das necessidades de saúde desse grupo da população. São consideradas as informações sobre taxas e causas de hospitalização, importantes indicadores da qualidade da assistência oferecida e também indicadores indiretos da resolubilidade ambulatorial (OLIVEIRA et al., 2010).

- **Painel de monitoramento da morbidade infantil**

Vejamos alguns dados sobre os principais indicadores de saúde, relativos à saúde da criança e obtidos dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Acompanhe na tabela abaixo, o número de internações hospitalares (masculino e feminino) notificados, no mês de agosto de 2015, na faixa etária de 0 a 9 anos (Tabela 1).

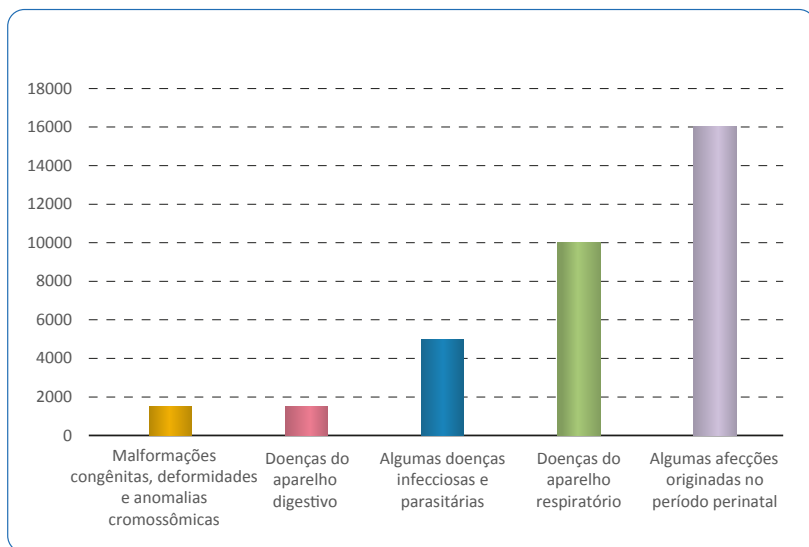
Tabela 1 – Internações hospitalares (masculino e feminino) notificadas no mês de agosto de 2015, de 0 a 9 anos.

Faixa etária 1	Internações
Menor 1 ano	44.234
1 a 4 anos	37.416
5 a 9 anos	26.334
TOTAL	107.984

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. 2015.

Nos gráficos a seguir, observe as principais causas de internações hospitalares no SUS, no mês de dezembro de 2013, de acordo com as faixas etárias. Realçamos a diferença entre as principais causas entre os grupos de faixa etária, havendo mudança do comportamento causal principalmente nos menores de 1 ano, com os demais grupos na faixa etária infantil.

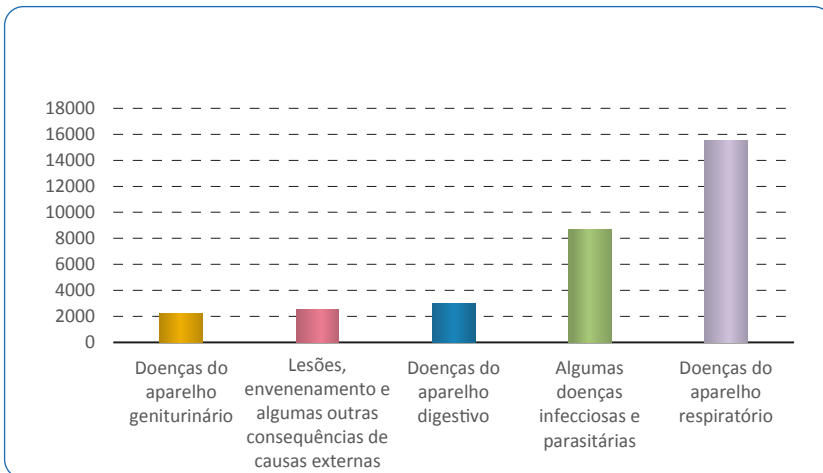
Gráfico 3 – Causas de internações hospitalares no SUS em menores de 1 ano no mês de dezembro de 2013.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. 2014.

Destacamos as cinco principais causas que provocam internações hospitalares em menores de 1 ano: afecções do período perinatal, doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho digestivo e malformações congênicas e anomalias cromossômicas.

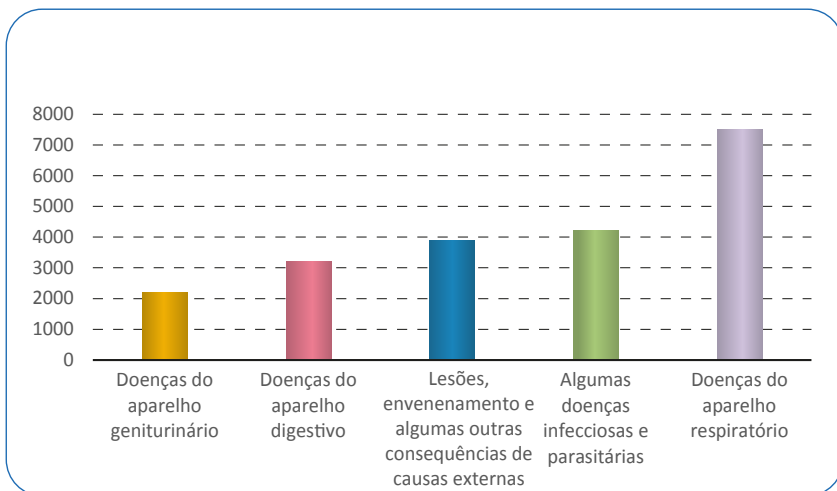
Gráfico 4 - Causas de internações hospitalares no SUS entre crianças de 1 a 4 anos, no mês de dezembro de 2013.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. 2014.

Destacamos as cinco principais causas que provocam internações hospitalares entre crianças de 1 a 4 anos: doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho digestivo, causas externas e doenças geniturinárias.

Gráfico 5 - Causas de internações hospitalares no SUS entre crianças de 5 a 9 anos, no mês de dezembro de 2013.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. 2014.

As doenças com maior demanda de internações hospitalares incluem diversas condições passíveis de intervenção na atenção básica, tais como algumas doenças respiratórias e infectoparasitárias, por exemplo. Muitos desses pacientes, se bem conduzidos na atenção básica, não precisariam atingir níveis superiores de atenção à saúde (atenção secundária ou terciária). Dessa forma, os custos para o sistema de saúde seriam menores, assim como o paciente seria resguardado da potencial morbidade associada a uma internação hospitalar.

Os indicadores nacionais e regionais que vimos aqui de nada valem se você não interpretá-los e entender o seu significado para a prática assistencial. Busque conhecer a realidade de sua localidade por meio de outros indicadores de saúde no site do DATASUS.

2.8 Sistemas de Informação úteis para avaliar situação de Saúde da Criança

Os SIS (Sistemas de Informação em Saúde) são instrumentos padronizados de monitoramento e coleta de dados, com o objetivo de fornecer informações para análise e melhor compreensão de importantes problemas de saúde da população.

2.8.1 SIS importantes para a Atenção à Saúde da Criança

- SISAB: o Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS) desencadeou um processo de avaliação e reestruturação dos sistemas de informação da Atenção Básica (AB), de modo a facilitar o processo de trabalho e de gestão da AB. Os frutos dessa nova estratégia são o Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB) e um novo software, o e-SUS Atenção Básica. O SISAB terá o registro individualizado das informações de cada cidadão, unificando e integrando todos os sistemas de software atualmente na AB. Já o e-SUS será o sistema utilizado pelos profissionais de saúde para inserção e consulta de dados sobre os usuários de saúde e seus trabalhos.
- SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS): possibilita a obtenção de informações sobre cadastros de famílias, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, produção e composição das equipes de saúde.
- SI-PNI (Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização): tem como objetivo fundamental possibilitar aos gestores envolvidos no programa uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica.

- SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos): reúne informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional.
- SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação): apresenta dados obtidos pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria GM/MS nº 104, de 25 de janeiro de 2011). Contudo, estados e municípios podem incluir outros problemas de saúde importantes em sua região. Este sistema pode fornecer informações sobre agravos que acometem tipicamente a população infantil, como a incidência de sífilis congênita.
- SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade): permite a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente, visando subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Por exemplo, os indicadores mortalidade infantil e mortalidade neonatal são obtidos por meio deste sistema.

2.8.2 e-SUS AB



O e-SUS AB é uma ação que está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. O sistema e-SUS AB foi desenvolvido para atender às necessidades de cuidado na Atenção Básica. Logo, o sistema poderá ser utilizado por profissionais das equipes de AB, pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), do Consultório na Rua (CnR) e da Atenção Domiciliar (AD), oferecendo ainda dados para acompanhamento de programas como Saúde na Escola (PSE) e Academia da Saúde.

Dessa forma, o uso do e-SUS AB permitirá avaliar e acompanhar o processo de trabalho da Atenção Básica, possibilitando, por exemplo, pagamento por desempenho dos profissionais nos municípios. No território, fortalece os processos de gestão do cuidado dos usuários e facilita a busca de informações epidemiológicas de forma ágil, permitindo colocar em evidência problemas e características particulares de cada comunidade.

PARA SABER MAIS!

Conheça todos os dados dos Sistemas de Informação em Saúde, disponíveis no site do DATASUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo foram abordadas as bases legais de proteção à infância, políticas, programas de saúde da criança e as principais ações governamentais voltadas para o cuidado e atenção integral à criança, bem como os indicadores de saúde, os sistemas disponíveis para reuni-los e sua importância para a tomada de decisão e desenvolvimento de ações de vigilância em saúde. Espera-se que você tenha conseguido identificar, a partir desse recorte teórico, tais dispositivos em sua prática de serviço e possa entender como são importantes para a efetividade do seu trabalho.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2006. 38 f. (Anexo 1). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria687_2006_anexo1.pdf>. Acesso em: 3 abr. 2014.

ARAÚJO, Cinthia Lociks de; SILVA, Robson Xavier da. **Monitoramento das desigualdades raciais em saúde no Brasil**. [2012?]. p. 151-175. Disponível em: <http://www.alapop.org/alap/SerieInvestigaciones/Serie12/Serie12_Art8.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 104 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2012.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm>. Acesso em: 20 fev. 2012.

_____. _____. Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990b. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 nov. 1990b. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm>. Acesso em: 26 fev. 2014.

_____. _____. **Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**: balanço das ações. 20. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pacto_reducao_mortalidade_materna_neonatal.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2012.

_____. _____. **Características dos indicadores**: fichas de qualificação. Brasília, DF: DATASUS, 2012c. Disponível em: <<http://fichas.ripsa.org.br/2012/>>. Acesso em: 26 fev. 2012.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2012.

_____. _____. _____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2014.

_____. _____. _____. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 84 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2014.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Saúde da criança:** acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100 p. (Série Cadernos de Atenção Básica nº 11) (Série A Normas e Manuais Técnicos nº 173).

IPEA. **Objetivos de desenvolvimento do milênio:** relatório nacional de acompanhamento. Brasília: IPEA, 2004. 96 p. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/1_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>. Acesso em: 13 set. 2012.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de et al. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 13, n. 2, p. 268-277, 2010.

PEREZ, J. R. R.; PASSONE, E. F. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, v. 40, n. 140, p. 649-673, maio/ago. 2010.

PORTAL DA SAÚDE. **Rede Cegonha**. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2012a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php>. Acesso em: 25 fev. 2014.

_____. **Vigilância alimentar e nutricional**. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2012b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php>. Acesso em: 26 fev. 2014.

_____. **Programa Bolsa Família**. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2012c. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_bfa.php>. Acesso em: 26 fev. 2014.

RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil:** conceitos e aplicações 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.

STUHLER, G.D. **Representações sociais e adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2**. 2012. Tese (Doutorado)- Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

Leitura complementar:

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**: curso de capacitação: introdução: módulo 1. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

ONU. Comitê Social Humanitário e Cultural da Assembleia Geral. **Declaração dos Direitos da Criança**. UNICEF Brasil, 1959.

3

TRABALHO EM EQUIPE E PLANEJAMENTO DE AÇÕES

Claudio Vanucci Silva de Freitas, Fabrício Silva Pessoa, Judith Rafaelle Oliveira Pinho, Regimarina Soares Reis

O objetivo deste capítulo é identificar o papel da equipe de Saúde da Família no planejamento das ações em saúde da criança.

Serão abordadas questões sobre a equipe de Saúde da Família, ferramentas da ESF, planejamento de ações voltadas à saúde da criança, além de conhecer a avaliação do risco, acolhimento e ações de promoção e prevenção para a criança, contribuindo assim para a atuação dos profissionais da saúde da família na Estratégia Saúde da Família.

3.1 Planejamento de ações na Estratégia Saúde da Família

O processo de trabalho das equipes de Atenção Básica envolve o planejamento e organização da agenda de trabalho compartilhado de todos os profissionais. Assim, é possível programar e implementar atividades de atenção à saúde de acordo com as “necessidades da população adscrita de crianças, priorizando intervenções clínicas e sanitárias sobre os problemas de saúde, segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência” (BRASIL, 2012a).

O planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde da criança deve ainda considerar as particularidades de cada faixa etária. Por exemplo, o risco de acidentes segundo a idade, a saber:

- Menores de 2 anos (lactentes): estão sujeitos a riscos impostos por terceiros, como queimaduras, intoxicações, colisões de automóvel e quedas. Atenção: os meninos estão mais propensos a sofrer acidentes do que as meninas.

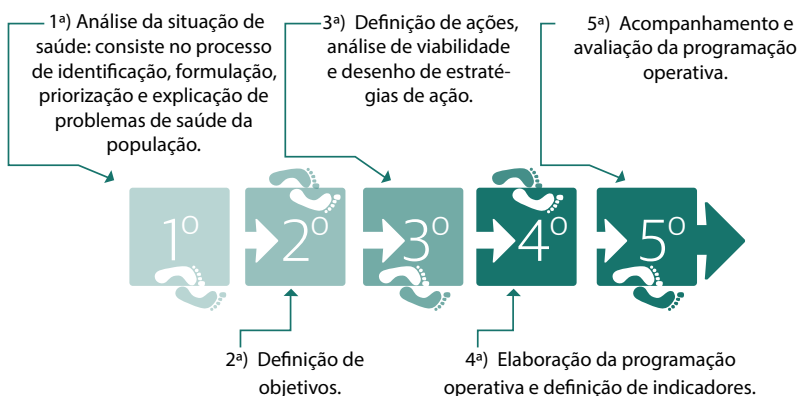
- Pré-escolares (2 a 6 anos): sofrem mais atropelamentos, acidentes por submersão, quedas de lugares altos, ferimentos, lacerações e queimaduras.
- Escolares (6 a 10 anos): podem ser vítimas de atropelamentos, quedas de bicicletas, quedas de lugares altos, traumatismos dentários, ferimentos com armas de fogo e lacerações.
- Adolescentes: é de se ressaltar a elevada vulnerabilidade desse grupo às causas externas, em proporções mais significativas que no restante da população, uma vez que estas ocupam o primeiro lugar na mortalidade juvenil. Ex.: agressões (homicídios), acidentes de transportes terrestres, suicídios etc (BRASIL, 2012b).

De acordo com o Ministério da Saúde, o planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde da criança tem como objetivos:

- Acompanhar o crescimento físico e o desenvolvimento neuropsicomotor e intelectual.
- Ampliar a cobertura vacinal.
- Promover a educação alimentar e nutricional.
- Promover a segurança e a prevenção de acidentes.
- Promover a atenção integral à saúde da criança e a suas famílias em situação de violência.
- Estimular a promoção da saúde e a prevenção das doenças prevalentes na infância, de acordo com a realidade local.
- Promover a saúde física e mental e a prática de atividades de lazer adequadas às faixas etárias.
- Propiciar a socialização, estimulação cultural e adaptação da criança e do adolescente em seu meio social (BRASIL, 2012a).

Mas, e na prática, como planejar? Conheça a proposta de condução do Planejamento e Programação Local em Saúde, de Vilasbôas (2004):

Figura 1 – Etapas do Planejamento e Programação Local em Saúde.



Realizar reuniões a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe é atribuição comum a todos os profissionais da atenção básica (BRASIL, 2012a).

3.2 Ferramentas da prática da equipe de Saúde da Família

Sabe-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o principal modelo de organização da atenção primária à saúde no Brasil, “que tem como proposta o cuidado integral de pessoas, em seu contexto familiar e comunitário, tendo como suporte teórico e prático a integralidade da atenção, a promoção da saúde e a vigilância em saúde” (SARTI et al., 2012).

Os serviços realizados pelas equipes de Saúde da Família devem ser organizados de forma que atendam às demandas da população e necessidades de saúde não percebidas, como o rastreamento de doenças e educação em saúde. Assim, cuidados voltados para uma população específica devem incluir a atenção a esse público, a vigilância dos problemas mais importantes e seus determinantes (DEL CIAMPO et al., 2006).

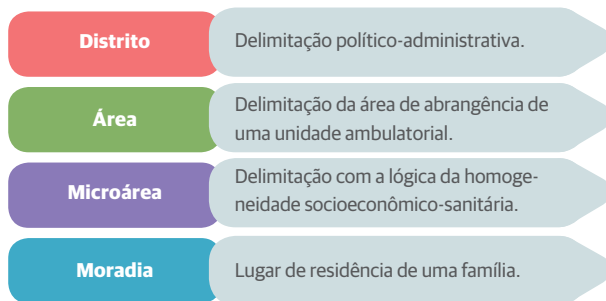
O planejamento de intervenções preventivas e terapêuticas mais efetivas em saúde da criança exige, também, um movimento para

a melhoria dos níveis de saúde e das condições de vida de suas famílias. Assim, os profissionais das equipes de Saúde da Família devem convidar a população para participar do planejamento das ações de saúde, evitando que esta seja uma prática voltada apenas para a resolução de problemas imediatos. As ações em saúde devem ser integradas e direcionadas para os principais problemas da área adscrita, fazendo-se necessária a utilização dos subsídios provenientes dos sistemas de informação, a articulação com outros setores para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e, principalmente, o estabelecimento de vínculo com a população.

Ações de caráter preventivo e de promoção de saúde devem, necessariamente, trabalhar com a educação da criança e de seus familiares, por meio de orientações que antecipem os riscos de agravos à saúde e ofereçam medidas preventivas mais eficazes. Para tanto, a criança deve ser entendida em seu ambiente familiar e social, assim como o comportamento das pessoas que lhe prestam cuidados nas etapas do seu desenvolvimento, considerando o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que a família está inserida (PEIXOTO, 2011).

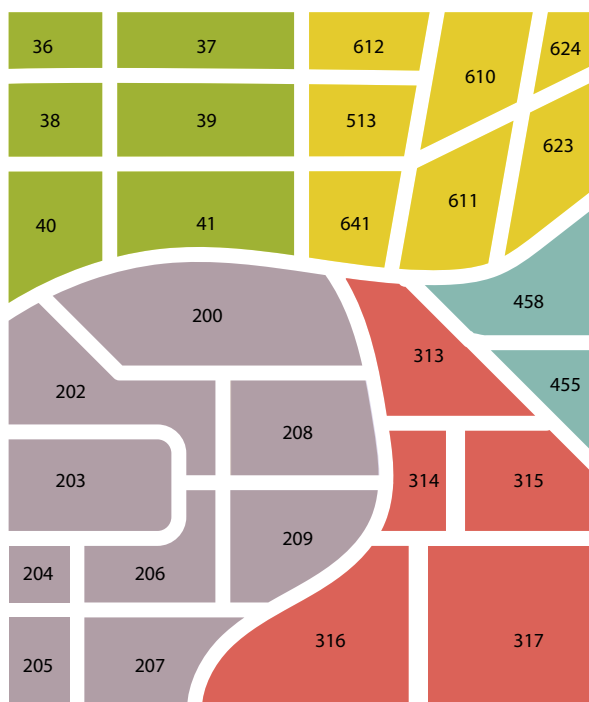
3.2.1 Territorialização

A territorialização é necessária tanto na implantação de uma equipe de Saúde da Família quanto como uma ferramenta de estratégia rápida para reconhecimento, identificação e responsabilização sanitária de uma determinada área, para, em seguida, estabelecer um relacionamento horizontal com outros serviços adjacentes. É definida como um “processo de análise territorial visando a uma base organizativa dos sistemas de saúde e do planejamento da vigilância em saúde” (GUSSO; LOPES, 2012). Território é o espaço limitado politicamente-administrativamente ou por ação de um grupo social. No âmbito municipal, podemos identificar na ordem os seguintes territórios:



Segundo o Ministério da Saúde, cada equipe de Saúde da Família realiza sua atuação em uma “área”, na qual deve residir em torno de 2.400 a 4 mil pessoas, sendo a média recomendada de 3 mil indivíduos (BRASIL, 2011). Por sua vez, a unidade operacional do agente comunitário de saúde é a microárea, que congrega um conjunto de famílias com a quantidade máxima de 750 habitantes (BRASIL, 2009).

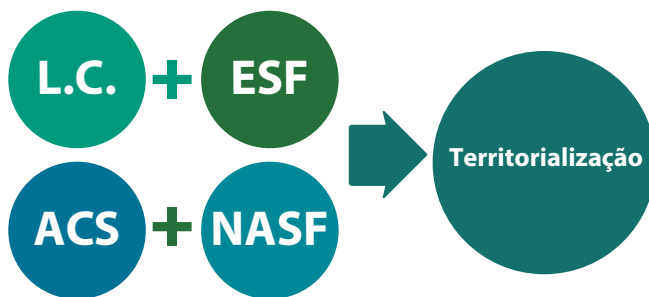
Figura 2 - Exemplo de território em que as cores representam as “áreas” e os números representam “microáreas”.



Na figura acima observamos uma cartografia que nos orienta no processo de aplicação da territorialização. Para Mendes e Donato (2003), os cuidados voltados para uma população específica devem incluir a atenção a esse público, a vigilância dos problemas mais importantes e seus determinantes. O referido público está localizado em território definido, que deve ser conhecido e mapeado pela equipe, em seus vários aspectos, a considerar:

- Geografia
- Habitação
- Acesso e transporte
- Emprego e renda
- Saneamento
- Comércio

Figura 3 – Territorialização.



Legenda: L.C.: Líderes Comunitários/ESF: Equipe de Saúde da Família /ACS: Agente Comunitário de Saúde/NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

3.2.2 Mapa inteligente

Um aspecto interessante é a existência permanente de um “**mapa inteligente**” na Unidade Básica de Saúde (UBS). O mapa inteligente consiste em um instrumento para o planejamento que tem como objetivo melhorar a qualidade no serviço de saúde. As microáreas de abrangência da USF estão compostas por ações de territorialização que coletam informações geográficas e de saúde obtidas no diagnóstico da comunidade.

Observe as etapas iniciais para construção do mapa inteligente de uma determinada área:

Para construção adequada do mapa você deve contar com o auxílio da população, por meio da proximidade das estratégias da sua equipe e dos conselhos de saúde, a fim de evitar uma prática voltada apenas para resolver problemas imediatos. Além disso, faz-se necessária a utilização dos subsídios provenientes dos sistemas de informação, bem como a articulação com outros setores da sociedade (CARDOSO et al., 2011).

O mapa inteligente possui informações sobre a localização das microáreas, equipamentos sociais, pessoas ou famílias em alto risco ou em situação especial: “grávidas; prematuros; doentes crônicos; acamados em atenção domiciliar; pacientes com tuberculose; paciente com hanseníase; além de poder mapear grupos vulneráveis na área adscrita” (CARDOSO et al., 2011).

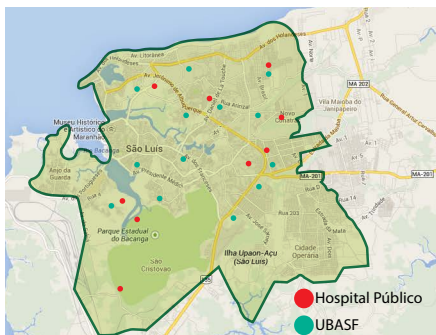
3.2.3 Sistema de referência e contrarreferência

A organização da assistência à saúde em linhas de cuidado constitui uma estratégia para superação da desarticulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, visando garantir a continuidade do cuidado integral, com fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção, assim como referência e contrarreferência responsável (BRASIL, 2004a).

- **Sistema de referência**

Modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (dentre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, inter-equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes. Espera-se que a AB oportunize:

- Consultas para mãe e criança.
- Estímulo à presença do pai sempre que possível.
- Apoio ao aleitamento materno.
- Imunizações.
- Coleta de sangue para o teste do pezinho.
- Acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança.



É importante que a equipe de Saúde da Família conheça sua referência e tenha mapeado os hospitais, maternidade, serviços especializados de atendimento, entre outros locais de referência.

• Sistema de contrarreferência

O compromisso de acompanhamento da criança pela equipe de Saúde da Família deve ser sempre mantido. É importante a contrarreferência por escrito (relatório de atendimento e proposta terapêutica) da unidade especializada para a equipe de atenção básica, o que é fundamental para qualificar o seguimento da criança.

3.3 Cadastramento e Caderneta da Criança

3.3.1 Cadastramento da família

Dentre o escopo de atribuições dos profissionais pertencentes às equipes de Atenção Básica, nas quais estão incluídas as equipes de Saúde da Família, é comum a todos os profissionais:

Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local (BRASIL, 2012b).

Mas qual a importância prática de se manter atualizado o cadastramento das crianças?

Imagine que você atua como médico de uma UBS situada em região de extrema pobreza, com casos importantes de desnutrição infantil. Um cadastro atualizado das famílias, por conseguinte das crianças assistidas pela UBS, permitiria, por exemplo, um acompanhamento detalhado dos casos de desnutrição infantil ou ainda a busca ativa das crianças faltosas, especialmente aquelas com desnutrição moderada e grave.

O Ministério da Saúde disponibiliza, por meio do e-SUS, os seguintes instrumentos para obter informações das famílias (BRASIL, 2012b):

- Ficha de Atendimento Individual;
- Ficha de Cadastro Individual;
- Ficha de Cadastro Domiciliar;
- Ficha de Visita Domiciliar;
- Ficha de Atendimento Odontológico Individual;
- Ficha de Atendimento Coletivo Individual;
- Ficha de Procedimento.

PARA SABER MAIS!

Conheça as orientações para o preenchimento das fichas da Coleta de Dados Simplificada e-SUS AB.

3.3.2 Caderneta da Criança



É um instrumento importante para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança, do nascimento até os 9 anos. É um documento único para cada criança, recebido gratuitamente na maternidade com as

anotações sobre o nascimento do bebê feitas pela equipe de saúde que atendeu ao parto e nascimento. São distribuídas pelo MS diretamente para as secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios com mais de 200 mil habitantes. Cabe às secretarias de Saúde distribuir para as maternidades no território, de forma que cada criança nascida em território nacional adquira gratuitamente a caderneta, em cumprimento ao estabelecido na Portaria nº 1.058, de 4 de julho de 2005.

Os profissionais devem verificar se as mães receberam na maternidade a Caderneta da Criança, para que nela sejam feitas anotações dos marcos de crescimento e desenvolvimento em cada atendimento. Informações sobre os diferentes aspectos da saúde da criança, registradas pelos profissionais de saúde, são imprescindíveis para que a Caderneta cumpra seu papel na vigilância e promoção da saúde.

A Caderneta se torna efetivamente um instrumento de articulação entre a unidade básica de saúde e os serviços de especialidades, de emergências e hospitalares. Deve ficar com a mãe da criança, para que ela possa disponibilizá-la à equipe de Saúde da Família quando for solicitada nas visitas domiciliares ou na UBS.

PARA SABER MAIS!

Conheça as cadernetas de saúde do adolescente disponibilizadas pelo Ministério da Saúde.

3.4 Qualidade da Atenção

Atualmente, a garantia da qualidade da Atenção constitui um dos principais desafios do SUS. Essa qualidade deve, necessariamente, envolver os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social.

3.4.1 Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)



O PMAQ é um programa de âmbito nacional que tem como objetivo promover a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Lançado em 2011, o PMAQ da Atenção Básica (PMAQ-AB) contemplou em seu primeiro ciclo a adesão de equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica parametrizadas, incluindo equipes de saúde bucal (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

Em 2013 acontece o segundo ciclo do PMAQ com duas novidades. A primeira é a ampliação da adesão de equipes de Saúde da Família, Atenção Básica parametrizada e saúde bucal. Não haverá limite para a adesão, isto é, todas as equipes do município poderão aderir ao programa. A segunda novidade é a inclusão dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) ao PMAQ.

O PMAQ funciona por meio da indução de processos que buscam aumentar a capacidade das gestões municipais, estaduais e federal, em

conjunto com as equipes de saúde, no sentido de oferecer serviços que assegurem maior acesso e qualidade à população.

Por meio da construção de um padrão de qualidade comparável nos níveis nacional, regionais e locais, o programa busca favorecer maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde em todo o Brasil. Com o intuito de assegurar maior equidade na comparação, o processo de certificação das equipes é feito a partir da distribuição dos municípios em estratos que levam em conta aspectos sociais, econômicos e demográficos (PORTAL DA SAÚDE, 2012).

O programa está organizado em quatro fases complementares, que funcionam como um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB:

1ª Fase	<p>Adesão e contratualização:</p> <p>Consiste na etapa formal de adesão ao programa, mediante contratualização de compromissos e indicadores firmados entre o Ministério da Saúde e os gestores municipais. Os gestores municipais, por sua vez, contratualizam diretamente com as equipes num processo que envolve pactuação local, regional e estadual, com a participação dos espaços de controle social.</p>
2ª Fase	<p>Desenvolvimento:</p> <p>Na fase de desenvolvimento, equipes de saúde, gestores municipais e estaduais, além do Ministério da Saúde, desenvolvem um conjunto de ações com o intuito de promover movimentos de mudança na gestão e no cuidado prestado pelas equipes, visando à melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde. Essa fase está organizada em quatro dimensões: autoavaliação; monitoramento; educação permanente; e apoio institucional.</p> <p>O sistema da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ) não será utilizado para inserir os resultados. Para a certificação, é importante que todas as equipes tenham na UBS o documento que comprove a realização do processo autoavaliativo, no momento da visita dos avaliadores da qualidade (Universidade). A comprovação da realização desse processo será necessária para a equipe obter o percentual de 10% referente à autoavaliação na certificação das equipes (PORTAL DA SAÚDE, 2012).</p>

3ª Fase	<p>Avaliação externa:</p> <p>A terceira fase consiste na avaliação externa das condições de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes participantes do programa. O Ministério da Saúde, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, realiza visita às equipes para a avaliação de um conjunto de aspectos, desde a infraestrutura e insumos até questões ligadas ao processo de trabalho. A avaliação externa busca reconhecer e valorizar os esforços e resultados das equipes de Atenção Básica e dos gestores municipais de saúde na qualificação da Atenção Básica.</p>
4ª Fase	<p>Pactuação:</p> <p>Finalmente, a quarta fase é constituída por um processo de reconstrutualização que deve ocorrer após a certificação por meio da pactuação das equipes e dos municípios com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, de forma a estimular a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ-AB (PORTAL DA SAÚDE, 2012).</p>

PARA SABER MAIS!

Continue a ler sobre o PMAQ. E conheça também a Comunidade de Práticas, um espaço virtual de construção de conhecimento e aprendizado a partir de experiências de cada profissional da Atenção Básica.

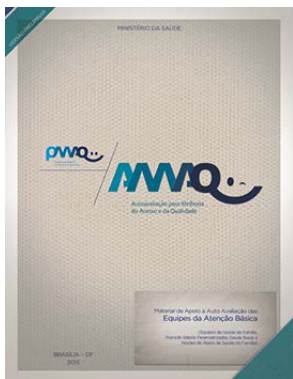
Entenda como funciona na prática o PMAQ.

Figura 4 – Entenda o PMAQ.



Fonte: PORTAL DA SAÚDE. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: entenda o Requalifica UBS. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2012.

3.4.2 Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB)



O Ministério da Saúde elaborou a ferramenta “Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB)” que compõe um conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do “Saúde Mais Perto de Você”, no qual está inserido o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção (PMAQ-AB).

O PMAQ-AB surge como uma das principais estratégias indutoras de qualidade, colocando a avaliação como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde. A autoavaliação é entendida como ponto de partida da fase de desenvolvimento do PMAQ, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

A ferramenta está organizada com base em dois componentes nucleares ou unidades de análise: competência da gestão e equipe. A avaliação compreende quatro dimensões que se desdobram em outras subdimensões, e, estas, em padrões que abrangem o que é esperado em termos de qualidade para a Atenção Básica. Descrevem-se no quadro abaixo as dimensões dos componentes nucleares (Quadro 1).

Quadro 1 - Estrutura do instrumento AMAQ-AB: Equipe de Atenção Básica.

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
GESTÃO	Gestão Municipal	A – Implantação e implementação da Atenção Básica no Município
		B – Organização e integração da Rede de Atenção à Saúde
		C – Gestão do trabalho
		D – Participação, controle social e satisfação do usuário
	Gestão da Atenção Básica	E – Apoio institucional
		F – Educação permanente
		G – Monitoramento e avaliação
EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA	Unidade Básica de Saúde	H – Infraestrutura e equipamentos
		I – Insumos, imunobiológicos e medicamentos
	Educação Permanente, Processo de Trabalho e Atenção Integral à Saúde	J – Educação permanente e qualificação das equipes de Atenção Básica
		K – Organização do processo de trabalho
		L – Atenção Integral à Saúde
		M – Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
		N – Programa Saúde Escola

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - AMAQ**: material de apoio para a autoavaliação das equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, AB parametrizada e Saúde Bucal). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

A atenção à saúde da criança é avaliada, principalmente, na subdimensão “Atenção integral à saúde” (BRASIL, 2013). A AMAQ-AB define padrões de qualidade, sendo atribuída a cada padrão uma escala de pontuação (variando entre 0 e 10 pontos). Portanto, o instrumento define o padrão de qualidade esperado. Observe o exemplo abaixo:

A equipe de Atenção Básica realiza rotineiramente todas as vacinas do calendário básico do Programa Nacional de Imunização na população de crianças até 10 anos. Acompanhe na animação abaixo os possíveis resultados:

- O ponto 0 (zero) indica o não cumprimento do padrão.
- Valores entre 0 e 10: são graus intermediários de conformidade/atendimento da situação analisada.
- Ponto 10: indica a total adequação.

3.5 Avaliação do risco na ESF e o matriciamento de pediatria na Atenção Básica

3.5.1 Avaliação do risco na Estratégia Saúde da Família

É atribuição comum a todos os profissionais da equipe de Saúde da Família: “Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades” (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2012b).

A avaliação da presença de situações de risco e vulnerabilidade deve estar presente na abordagem à saúde da criança desde a primeira consulta observando aspectos como:

- Presença de problemas familiares e socioeconômicos.
- Aleitamento materno ausente ou não exclusivo.
- Não realização de vacinas.
- Suspeita ou evidência de violência etc.

O quadro abaixo traz um exemplo que pode ser adaptado para sua realidade, inserindo a quantidade de crianças de responsabilidade da equipe, bem como as encontradas em situação vulnerável etc.

GRUPO I	GRUPO II
Acompanhamento pela equipe de saúde com calendário especial	Acompanhamento pelo pediatra/ especialista de referência em conjunto com a equipe de saúde
<ul style="list-style-type: none"> Mãe com baixa escolaridade. Mãe adolescente. Mãe deficiente mental. Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis com criança negativa para essas doenças. Morte materna. História de óbito de menores de um ano na família. Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis. Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas. Recém-nascido retido na maternidade. Desnutrição. Internação prévia. 	<ul style="list-style-type: none"> Baixo peso ao nascer. Prematuridade. Desnutrição grave. Triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme ou fibrose cística. Intercorrências importantes no período neonatal notificadas na alta hospitalar. Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados.

No diagnóstico de saúde da comunidade, é importante estar atento ao surgimento de situações caracterizadas como de importante risco para o adoecimento e morte da população infantil.

3.5.2 Matriciamento de pediatria na Atenção Primária à Saúde

Os profissionais que atuam na ESF precisam de uma formação generalista, com especialização em Saúde da Família. Ações de saúde voltadas para a criança, como a puericultura, são comumente prestadas por tais profissionais, mas muitos casos são encaminhados para os serviços que contam com o médico especialista em pediatria.

De acordo com o Ministério da Saúde, as USF trabalham com a concepção de equipe de referência territorial, em que é sua responsabilidade a atenção integral aos sujeitos da sua área de cobertura.

Assim, pensar a ESF e o matriciamento de pediatria é pensar em um arranjo organizacional que complementa as equipes de referência, no qual o apoio matricial é uma alternativa ao encaminhamento e pode ser prestado por serviços de referência/especialidades, por especialistas isolados ou outros profissionais que lidam com o doente (BRASIL, 2004a).

No contexto da ABS, o matriciamento de pediatria implica no suporte assistencial e técnico-pedagógico às equipes de Saúde da Família, a fim de incorporarem conhecimentos para lidar com casos mais simples. Os serviços de referência podem participar, com as equipes de referência, da elaboração de projetos terapêuticos de pacientes que são tratados simultaneamente pelas suas equipes. Tal proposta pode ter efetividade a partir de supervisão de atendimentos e discussão de casos, assim como intervenções conjuntas, respeitando as ações de complexidade básica, como promoção, proteção e recuperação da saúde.

TOME NOTA!

O apoio matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais de referência, segundo duas dimensões: suporte assistencial e técnico-pedagógico. Sua operacionalização depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar o apoio (BRASIL, 2004a).

NÃO ESQUEÇA!

O apoio matricial implica sempre a construção de um projeto terapêutico integrado. Tal lógica torna possível o vínculo terapêutico, uma vez que amplia a oferta de ações em saúde sem que o usuário deixe de ser assistido pela equipe de referência do seu território.

- **O Telessaúde e o apoio em pediatria**

Telessaúde é o uso das modernas tecnologias da informação e comunicação para atividades a distância relacionadas à saúde em seus diversos níveis (primário, secundário e terciário). Possibilita a interação entre profissionais de saúde ou entre eles e seus pacientes, bem como o acesso remoto a recursos de apoio diagnóstico ou até mesmo terapêuticos (por meio da robótica) (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002).

Nesse sentido, um Núcleo de Telessaúde (NT), ou serviço de Telessaúde, pode ser caracterizado como um serviço de apoio diagnóstico e terapêutico, com ênfase no caráter educativo de suas ações, ao prover apoio assistencial, por meio das teleconsultorias e/ou descentralizando a realização de procedimentos diagnósticos/terapêuticos.

Quais são os serviços oferecidos pelo Telessaúde Brasil?

De acordo com a Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, aprovada pelo Ministério da Saúde, o Telessaúde oferece aos profissionais e trabalhadores das Redes de Atenção à Saúde no SUS, os seguintes serviços:

- **Teleconsultoria** – é uma consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área de saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, podendo ser síncrona (realizada em tempo real, geralmente por chat, web ou videoconferência) ou assíncrona (por meio de mensagens off-line).
- **Telediagnóstico** – é um serviço autônomo que utiliza as tecnologias de informação e comunicação para realizar serviços de apoio ao diagnóstico por meio de distâncias geográfica e temporal.
- **Tele-educação** – conferências, aulas e cursos, ministrados por meio da utilização das tecnologias de informação e comunicação.

- **Segunda opinião formativa** – é uma resposta sistematizada, construída com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas e no papel ordenador da atenção básica à saúde, a perguntas originadas das teleconsultorias e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS (BRASIL, 2011).

PARA SABER MAIS!

Continue a ler sobre Telessaúde Brasil no Portal da Saúde, do Ministério da Saúde.

3.6 Humanização, acolhimento, acompanhamento longitudinal e demanda espontânea

3.6.1 Humanização e acolhimento

Um pilar essencial na construção desse novo modelo de atenção é a humanização política do Ministério da Saúde do Brasil, que tem como eixo norteador o acolhimento nos serviços de saúde (BRASIL, 2008). Nesse sentido, o acolhimento busca, com as instituições de saúde, ampliar o grau de corresponsabilidade dos atores, que constituem a rede assistencial, na produção de saúde, e requer a mudança na atenção aos usuários e na gestão dos processos de trabalho (SANTOS et al., 2007).

De acordo com Moraes (2005), esta mudança na atenção à saúde implica, acima de tudo, “a criação de vínculos entre os profissionais e usuários por meio de uma postura acolhedora, garantindo os seus direitos, bem como de seus familiares”. Esse mesmo autor ressalta que gestão dos processos de trabalho significa buscar uma aproximação entre “a oferta de ações e serviços às necessidades e demandas da população”.

Assim, o trabalhador da saúde deve ser empático com o usuário, a fim de sentir quais são suas necessidades, atender, orientar e ou direcionar para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas

(RAMOS; LIMA, 2003). Não significa a resolução completa do problema, mas atenção dispensada na relação que envolve a escuta, a valorização das queixas, a identificação das necessidades e a sua transformação em objetos de ação em saúde (FRACOLLI; ZOBOLI, 2004).

PARA SABER MAIS!

Sugerimos a leitura do texto: “Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de Saúde da Família”, de Ribeiro et al., publicado em 2010 nos Cadernos de Saúde Pública.

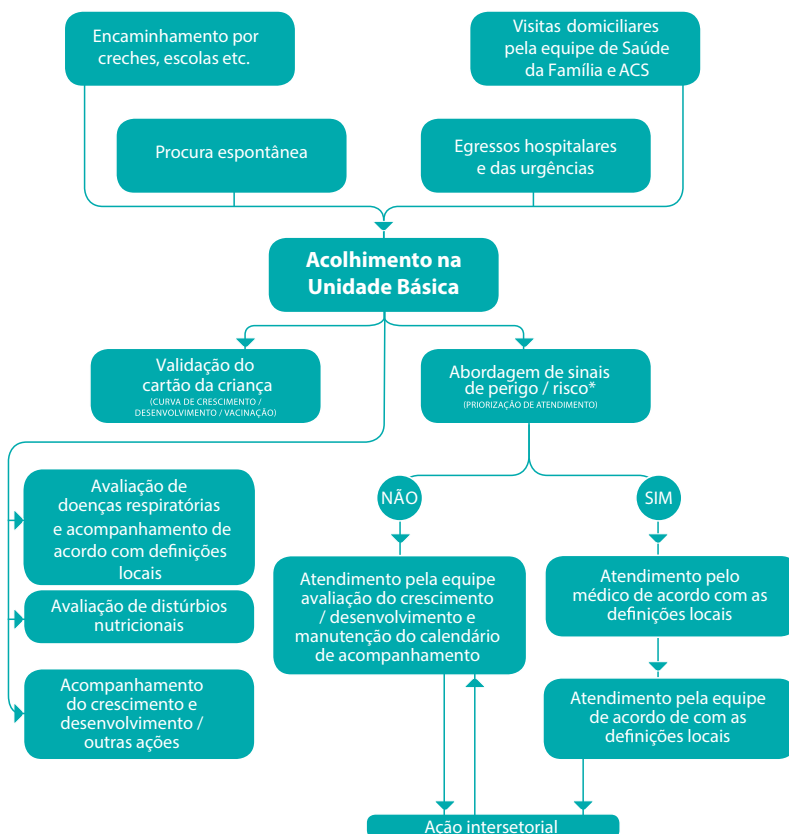
3.6.2 Demanda espontânea

O atendimento à demanda espontânea e, em especial, às urgências e emergências envolve ações que devem ser realizadas em todos os pontos de atenção à saúde, entre eles os serviços de Atenção Básica. Está entre as características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica:

Realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências (BRASIL, 2012a).

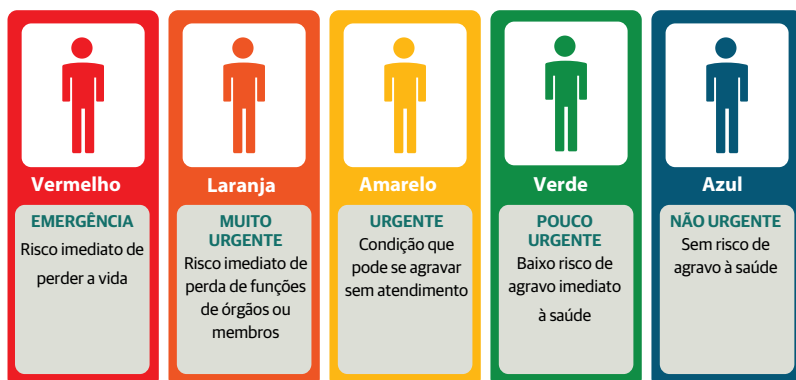
Tais ações envolvem aspectos de organização da equipe e seu processo de trabalho, assim como aspectos relacionados à resolutividade no cuidado e condutas. O acesso com equidade deve ser preocupação constante no acolhimento à demanda espontânea. Observe um fluxograma de acolhimento à criança na unidade de saúde.

Figura 5 - Fluxograma de acolhimento à criança na unidade de saúde.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Uma estratégia importante na garantia do acesso com equidade é a adoção da avaliação/classificação de risco e de vulnerabilidades, que possibilita identificar as diferentes gradações de risco, as situações de maior urgência e, assim, realizar as devidas priorizações.

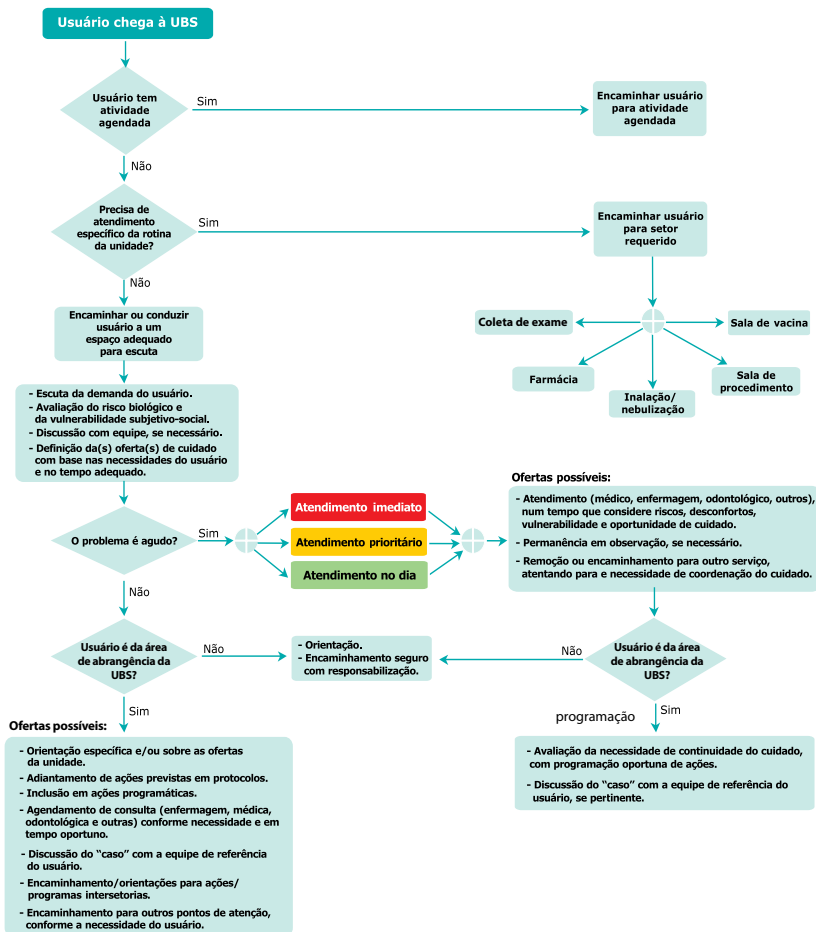


É recomendável também que os profissionais de saúde façam esse tipo de observação ativamente, principalmente nos horários em que a unidade de saúde estiver mais cheia. As atividades de “sala de espera”, por exemplo, são oportunidades de identificação dos riscos mais evidentes.

Para o acolhimento, o trabalho em equipe é fundamental. Já na recepção da unidade, o atendente, o porteiro ou o segurança podem identificar situações que apresentam maior risco ou que geram sofrimento intenso.

Acompanhe o exemplo: uma criança com febre alta, dispnéia importante, convulsionando, com alteração do nível de consciência etc. O reconhecimento desses e de outros sinais de risco pelos funcionários que circulam ou permanecem nas áreas de recepção/espera pode e deve ser encorajado. A figura abaixo demonstra o fluxograma de acolhimento à demanda espontânea preconizado pelo Ministério da Saúde.

Figura 6 - Fluxograma para a organização do processo de trabalho das equipes de atenção primária para o atendimento da demanda espontânea.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I).

PARA SABER MAIS!

O Caderno de Atenção Básica nº 28 intitulado “Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica” traz informações importantes sobre o acolhimento.

3.7 Ações de promoção e prevenção de saúde para crianças

3.7.1 Grupos educativos

A criação de um grupo educativo amplia o conceito de atenção à saúde da criança, possibilitando construir alternativas, modos de subjetivação, transformação das práticas em saúde e mudanças no processo de trabalho, podendo aplicar ações que visam à promoção e prevenção à saúde. Algumas características são importantes para criação de um grupo, a saber:

Local

- O local das sessões em grupo deve ser reservado e tranquilo, sem distrações, suficientemente amplo, com mobiliário simples e discreto, preferencialmente uma sala dedicada apenas a esta função.

Duração

- A duração dos grupos pode variar de acordo com as características dos participantes. Para alguns grupos uma vez por semana será suficiente. A duração de uma sessão em grupo poderá estender-se entre uma hora e meia e duas horas, dependendo das atividades, bem como da disposição dos envolvidos.

Recursos

- As cadeiras utilizadas, por exemplo, deverão ser cômodas e simples, dispostas em círculo de forma a que todos os participantes se possam ver. De preferência, deverão ser empilháveis ou dobráveis, pois algumas dinâmicas de grupo requerem mais espaço livre. Além disso, procure utilizar recursos presentes na unidade, assim como os disponíveis na comunidade.

Território

- No território os encontros também possibilitam aproximar os pais da unidade de saúde e permitem que os pais se organizem também como comunidade, resgatando o poder sobre aquilo que é público e coletivo, como as escolas do território, os serviços de saúde da unidade, entre outras instituições em comum para esses cidadãos.

Ao se dispor a executar um grupo educativo, alguns passos devem ser seguidos:

- ◇ 1° Passo: planejamento do grupo.
- ◇ 2° Passo: definição do método.
- ◇ 3° Passo: preparar-se para o papel de coordenador/facilitador.
- ◇ 4° Passo: registro da ação educativa.
- ◇ 5° Passo: avaliação da ação.

3.7.2 Palestras educativas em Saúde da Criança



As palestras educativas em Saúde da Criança envolvem toda a ESF, podendo ter a participação do NASF, e possuem os objetivos de informar, esclarecer e conscientizar as crianças e familiares acerca de medidas de promoção e prevenção de saúde, principalmente na realidade que as rodeia.

Em algumas comunidades onde existe falta de saneamento básico, devem ser realizadas palestras preventivas sobre cuidados com o consumo da água, higiene das mãos a fim de evitar o parasitismo intestinal. É o momento em que se privilegiam as orientações sobre os problemas do cotidiano envolvendo temas relacionados à higiene bucal, educação alimentar, vacinação, educação ambiental, entre outros. Essa atividade possibilita a mediação do projeto com os problemas da comunidade, favorecendo reflexões e tomadas de atitude frente às demandas identificadas.

3.7.3 Dinâmicas em grupo



As dinâmicas de grupo para crianças são atividades que, quando bem empregadas, produzem resultados muito positivos estimulando a aprendizagem, além de proporcionar um momento de descontração nas rotinas de atendimento, desenvolvendo um forte vínculo com a equipe de Saúde da Família. Observe a seguir as vantagens das dinâmicas em grupo:

A experiência vivida na atividade de sensibilização possibilita a reflexão sobre os temas e fatores abordados, bem como aos problemas decorrentes da construção coletiva de um objetivo comum, propiciando uma reflexão a respeito e a busca de soluções.

As atividades favorecem a participação e ação dos envolvidos, porém são utilizadas respeitando-se uma série de elementos: afinidade de interesses; organização, objetivos, tipo e tamanho do grupo, entre outros. A experiência vivida nas dinâmicas possibilita a reflexão sobre os temas e fatores abordados. Busca-se a promoção de dinâmicas adaptadas à realidade vivida.

Além das dinâmicas convencionais, pode-se também fazer adaptações para novas brincadeiras e dinâmicas. Sendo assim, a criança ficará muito bem distraída e sentir-se-á alegre por fazer algo que lhe agrada e deixe-a feliz, e esse é justamente um dos intuitos das dinâmicas para crianças.

Que tal inserir a dinâmica de grupo “Momento Higiene” em alguma atividade de sua UBS? Confira orientações para execução dessa dinâmica:

- **Exemplo de dinâmica em grupo infantil**

Dinâmica - Momento Higiene

Objetivos:

- ◊ Executar a lavagem das mãos de forma correta.
- ◊ Realizar a higiene e armazenamento dos alimentos da maneira certa.

Conteúdos:

- ◊ Lavagem das mãos passo a passo.
- ◊ Como cuidar dos alimentos: higiene e armazenamento.

Metodologia:

- ◊ Contextualizar: breve conversa a respeito dos temas abordados, a fim de explicar a importância da dinâmica e situá-los.
- ◊ Demonstração: o profissional irá ensinar às crianças as etapas da higienização das mãos com auxílio de figuras e música, bem como a maneira correta de lavar os alimentos e armazená-los.
- ◊ Dinâmica – lavagem das mãos: o profissional sujará a mão de cada criança com tinta guache de cor escura, após isso todos serão levados para um local onde tenha pias, a fim de realizar a lavagem das mãos, em fila, sob supervisão do profissional.
- ◊ Degustação: as crianças receberão uma bisnaguinha com queijo e caixinha de achocolatado.

Recursos:

- ◊ Humano, EVAs coloridos, lápis de cor, canetinha, cola, tesoura, fita adesiva, tinta guache, detergente, papel toalha, bisnaguinha, queijo e achocolatado em caixinha, recipientes de plástico, bucha, toalha descartável, bacia, alimentos artificiais, colher, água sanitária.

Avaliação:

- ◊ Diagnóstica: perguntas e respostas.
- ◊ Somática: dinâmica: que mãozinha suja!

Cronograma:

Ações	Tempo (minutos)
Revisão	10
Lavagem das mãos	20
Higienização dos alimentos	20
Degustação	10
Total	60

3.8 A criança no contexto da família e do ambiente

Pereira-Silva e Dessen (2003) afirmam que as interações estabelecidas no microsistema família são as que “trazem implicações mais significativas para o desenvolvimento da criança, embora outros sistemas sociais (ex.: escola, local de trabalho dos genitores, clube) também contribuam para o seu desenvolvimento”. Sigolo (2004) descreve a família como “espaço de socialização infantil”, pois se constitui em “mediadora na relação entre a criança e a sociedade”.

Para o melhor acompanhamento das crianças na Atenção Básica, recomenda-se a utilização de ferramentas que possibilitem demonstrar as relações entre a criança e a família (genograma) e a relação entre a criança e o ambiente (ecomapa).

PARA SABER MAIS!

Leia o texto “Genograma e ecomapa: possibilidades de utilização na Estratégia de Saúde da Família”, de autoria de Mello et al., publicado pela Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano em 2015.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo abordou as ações em saúde desenvolvidas na ESF voltadas para a saúde da criança focando em seu contexto familiar. Espera-se que você possa levar todo o conteúdo trabalhado para seu ambiente de trabalho e, em equipe, colocar em prática os princípios e diretrizes que orientam a ESF e o SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48-55. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 6 nov. 2015.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

_____. _____. _____. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - AMAQ**: material de apoio para a autoavaliação das equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, AB parametrizada e Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq2013.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2014.

_____. _____. **Caderneta de saúde da criança**. 8. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2014.

_____. _____. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 out. 2011a. Seção 1, p. 50. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/qm/2011/prt2546_27_10_2011.html>. Acesso em: 28 fev. 2014.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume I). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf>. Acesso em: 28 fev. 2014.

_____. _____. _____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2014.

_____. _____. _____. **O Trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 84 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2014.

_____. _____. _____. **Saúde da criança:** crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2012.

_____. _____. _____. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2012.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família:** guia de implantação municipal AMQ. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. _____. Secretaria - Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS:** equipe de referência e apoio matricial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. 16 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf>. Acesso em: 13 set. 2012.

CARDOSO, Carine Guterre et al. Mapa inteligente: planejamento em ações de saúde no município de Santa Cruz do Sul. In: SALÃO DE ENSINO E DE EXTENSÃO, 2., 2011, Santa Cruz do Sul, 2011. **Anais...**, Santa Cruz do Sul: UNISC, 2011. Disponível em: <http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/salao_ensino_extensao/article/view/10079>. Acesso em: 27 fev. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução nº 1.643, de 7 de agosto de 2002. Define e disciplina a prestação de serviços através da telemedicina. **Diário Oficial da União.** Poder executivo. Brasília, DF. P. 26, ago. 2002.

DEL CIAMPO, L. A. et al. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 739-743, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63011321.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

FRACOLLI, L. A.; ZOBOLI, E. L. C. P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm.** v. 38, p. 143-51, 2004.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Org.). **Tratado de medicina de família e comunidade:** princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2v. 846 p.

MENDES, Rosilda; DONATO, Ausônia Favorito. Território: espaço social de construção de identidades e de políticas. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, Sobral, ano. 4, n. 1, jan./fev./mar. 2003. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/114/106>>. Acesso em: 5 nov. 2015.

MORAIS, M. S. T. **Acolhimento como estratégia de humanização no cuidar de enfermagem do PSF**: discurso de enfermeiras. 2005. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2005.

PEIXOTO, Diana Cláudia Teixeira. **Puericultura na Estratégia Saúde da Família**: estudo observacional. 2011. 81 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Fortaleza, CE, 2011. Disponível em: <<http://uol01.unifor.br/oul/conteudosite/F1066341476/Dissertacao.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2014.

PEREIRA-SILVA, N. L.; DESSEN, M. A. Crianças com Síndrome de Down e suas interações familiares. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 16 (3), 503-514. 2003.

PORTAL DA SAÚDE. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica, 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php>. Acesso em: 27 fev. 2014.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, p. 27-34, 2003.

SANTOS, A. M. et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, p. 75-85, 2007.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, mar. 2012.

SIGOLO, S. R. R. L. Favorecendo o desenvolvimento infantil: ênfase nas trocas interativas no contexto familiar. In E. G. Mendes, M. A. Almeida & L. C. A. Williams (Orgs.). **Temas em Educação Especial**: avanços recentes (p. 189-195). São Carlos: Edufscar. 2004.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, EPJV, PROFORMAR, 2004. 68 p.

4 ALIMENTAÇÃO, NUTRIÇÃO E IMUNIZAÇÃO

Camila Carvalho de Souza Amorim Matos, David Karlos Miranda Mesquita, Ednei Costa Maia, Fabrício Silva Pessoa, Walquíria Lemos Ribeiro da Silva Soares

O objetivo deste capítulo é conhecer as estratégias de abordagem e manejo do aleitamento materno e alimentação complementar adequada à criança, bem como os aspectos sobre agravos nutricionais, imunização da criança e cuidados da saúde do bebê.

Você sabe quando o aleitamento materno deve ser suspenso? Você sabia que 80% das crianças obesas aos 5 anos de idade permanecerão obesas quando adultas? Você conhece bem o calendário vacinal da criança?

Vamos estudar as estratégias de estímulo e técnicas adequadas de aleitamento materno, suas contraindicações, e discutir a necessidade de alimentação complementar. Por fim, vamos relembrar as principais ações estratégicas de imunização dentro do campo de atuação da Atenção Básica e os principais cuidados com a saúde do bebê.

4.1 Aleitamento materno

O Ministério da Saúde afirma que o aleitamento materno deve ser a primeira prática alimentar dos indivíduos, sendo necessário para a garantia da saúde e do desenvolvimento adequado das crianças (BRASIL, 2012). Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho e repercute no seu estado nutricional, em sua habilidade de se defender de infecções, bem como em sua fisiologia. Além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe e no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança (BRASIL,

2009). Desde 1991, a Organização Mundial de Saúde, em associação com a UNICEF, tem empreendido esforço mundial no sentido de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno.

PARA SABER MAIS!

Assista ao vídeo “Importância do Aleitamento Materno”, desenvolvido pela UNA-SUS/UFMA e disponível no Acervo de Recursos Educacionais em Saúde (ARES).

4.1.1 Fisiologia da lactação

A figura abaixo demonstra esquematicamente a fisiologia da lactação. Observe que a sucção é um importante estímulo na produção do leite e na ejeção do leite. A sucção produz um estímulo na hipófise, que por sua vez produz a liberação de dois hormônios importantes para garantir o aleitamento materno. A hipófise anterior produz prolactina, responsável pela produção do leite, que é liberada na corrente sanguínea e seguirá aos alvéolos ativando suas células secretoras de leite. A hipófise posterior produz a ocitocina, responsável pela ejeção do leite, que através da corrente sanguínea chegará às células mioepiteliais que, por sua vez, envolvem os alvéolos, provocando sua contração e a descida do leite (apojadura) pelos ductos até as ampolas lactíferas sob a aréola. Esses dois processos ocorrem por estímulos neuro-hormonais, ou seja, “quanto mais o bebê mama, mais leite é produzido”.



Durante a lactação, dois estímulos são importantes na produção do leite:



4.1.2 Tipos de aleitamento materno

É muito importante conhecer e utilizar as definições de aleitamento materno adotadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e reconhecidas no mundo inteiro. Assim, o aleitamento materno costuma ser classificado em:

Aleitamento materno exclusivo

- Quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento materno predominante

- Quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

Aleitamento materno

- Quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

Aleitamento materno complementado

- Quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

Aleitamento materno misto ou parcial

- Quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (OMS, 2007).

4.1.3 Recomendações da Organização Mundial de Saúde

As recomendações da Organização Mundial de Saúde relativas à amamentação são as seguintes:



As crianças devem fazer aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses de idade. Ou seja, até essa idade, o bebê deve tomar apenas leite materno e não deve fazer ingestão de nenhum outro alimento complementar ou bebida.



A partir dos 6 meses de idade todas as crianças devem receber alimentos complementares (sopas, papas etc.) e manter o aleitamento materno.



As crianças devem continuar a ser amamentadas, pelo menos, até completarem 2 anos de idade.

Os dez passos para o sucesso da amamentação, segundo recomendações da OMS e UNICEF, são:

1º Passo	Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, a qual deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
2º Passo	Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.
3º Passo	Informar todas as grávidas atendidas sobre as vantagens e a prática da amamentação.
4º Passo	Ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.
5º Passo	Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo que tenham de ser separadas de seus filhos.
6º Passo	Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que seja por indicação médica.
7º Passo	Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e os bebês permaneçam juntos 24 horas por dia.
8º Passo	Encorajar a amamentação sob livre demanda (sempre que o bebê quiser).
9º Passo	Não dar bicos artificiais (tetinas) ou chupetas a crianças amamentadas.
10º Passo	Encorajar a criação de grupos de apoio à amamentação, para onde as mães devem ser encaminhadas por ocasião da alta hospitalar.

PARA SABER MAIS!

Leia sobre as iniciativas de incentivo à amamentação no mundo, no site do UNICEF.

4.2 Aconselhamento em amamentação

O apoio à mãe e ao bebê durante o tempo que for necessário para iniciar e manter a amamentação é indispensável. Esse apoio deve contemplar atividades educativas e comportamentais, oferecendo suporte à prática do aleitamento, incentivo à livre demanda das mamadas e orientação sobre os sinais que indicam que o bebê está pronto para mamar (movimento dos olhos, da cabeça, sinais de procura com a língua para fora, agitação dos braços, mãos na boca etc.) (BRASIL, 2012b).

Tenha atenção aos sinais de depressão puerperal, pois essa alteração pode se tornar um fator de risco importante para o desmame precoce.

4.2.1 Avaliação da técnica de amamentação

Devem ser avaliados os seguintes itens:

Pega

Características da pega adequada:

- 1) Mais aréola visível acima da boca do bebê.
- 2) Boca bem aberta.
- 3) Lábio inferior virado para fora.
- 4) Queixo tocando a mama.

Posição

Características da posição adequada:

- 1) Rosto do bebê de frente para a mama (com nariz na altura do mamilo).
- 2) Corpo do bebê próximo ao da mãe.
- 3) Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido).
- 4) Bebê bem apoiado.

FIQUE ATENTO!

São sinais de técnica incorreta de amamentação:

- Bochechas do bebê encovadas durante a sucção.
- Ruídos da língua.
- Mama muito esticada ou deformada durante a mamada.

4.2.2 Ordenha ou expressão manual do leite

O processo manual é o método mais útil para a retirada do leite do peito. Está indicado para aliviar mamas muito cheias, manter a produção de leite quando o bebê não suga bem, aumentar o volume de leite, guardar leite para oferecer ao bebê mais tarde na ausência da mãe e, também, para doar a um banco de leite. Para realizar ordenha manual e guardar o leite, a mãe deve seguir os seguintes passos:

- **Preparo do frasco para guardar o leite**
 - Escolha um frasco de vidro incolor com tampa plástica, de maionese ou café em pó, por exemplo.
 - Retire o rótulo e o papel de dentro da tampa.
 - Lave bem com água e sabão, e depois ferva a tampa e o frasco por 15 minutos, contando o tempo a partir do início da fervura.
 - Escorra o frasco e a tampa sobre um pano limpo até secar.
 - Depois, feche bem o frasco sem tocar com a mão na parte interna da tampa.
 - O ideal é deixar vários frascos secos preparados, mas, no momento da coleta, você precisa identificar o frasco com seu nome, data e hora da coleta.

- **Higiene pessoal antes de iniciar a coleta**
 - Retire anéis, aliança, pulseiras e relógio.
 - Coloque uma touca ou um lenço no cabelo e amarre uma toalha/lenço/pano/máscara na boca.
 - Lave as mãos e os braços até o cotovelo com bastante água limpa e sabão.
 - Lave as mamas apenas com água limpa.
 - Seque as mãos e as mamas com toalha/pano limpo ou papel-toalha, evitando deixar resíduo de papel.
- **Local adequado para retirar o leite**
 - Escolha um lugar confortável, limpo e tranquilo.
 - Forre uma mesa com pano limpo para colocar o frasco e a tampa.
 - Evite conversar durante a retirada do leite, para evitar contaminar o leite com a saliva.
- **Como fazer para retirar o leite (ordenha)**
 - Massageie as mamas com a ponta dos dedos, fazendo movimentos circulares no sentido da parte escura (aréola) para o corpo.
 - Coloque o polegar acima da linha em que acaba a aréola e os dedos indicador e médio abaixo dela.
 - Firme os dedos e empurre para trás em direção ao corpo.
 - Aperte o polegar contra os outros dedos até sair o leite. Não deslize os dedos sobre a pele.
 - Pressione e solte, pressione e solte muitas vezes. A manobra não deve doer se a técnica estiver correta. No

começo, o leite pode não fluir, mas, depois de pressionar algumas vezes, o leite começa a sair com mais facilidade.

- Despreze os primeiros jatos ou gotas.
 - Em seguida, abra o frasco e coloque a tampa sobre a mesa forrada com um pano limpo, com a abertura para cima.
 - Colha o leite no frasco, colocando-o debaixo da aréola.
 - Mude a posição dos dedos ao redor da aréola para esvaziar todas as áreas.
 - Alterne a mama quando o fluxo de leite diminuir e repita a massagem e o ciclo várias vezes.
 - Lembre-se de que ordenhar leite do peito adequadamente leva mais ou menos de 20 a 30 minutos, em cada mama, especialmente nos primeiros dias. A retirada do leite pode ser feita ao mesmo tempo nas duas mamas.
 - Após terminar a coleta, feche bem o frasco.
- **Como conservar o leite ordenhado**
 - Após a coleta, guarde imediatamente o frasco na geladeira, no congelador ou freezer, em posição vertical.
 - Se o frasco não ficar cheio, você pode completá-lo em outra coleta (no mesmo dia), deixando sempre um espaço de dois dedos entre a boca do frasco e o leite. No outro dia, comece com outro frasco.
 - Leite cru (não pasteurizado) pode ser conservado em geladeira por até 12 horas, e no freezer ou congelador, por até 15 dias.
- **Como oferecer o leite ordenhado à criança**
 - O leite deve ser oferecido, de preferência, utilizando-se copo, xícara ou colher.

- Para alimentar o bebê com leite ordenhado congelado, esse deve ser descongelado em banho-maria.
- Amorne o leite em banho-maria (água quente em fogo desligado) agitando o frasco lentamente para misturar bem o leite até que não reste nenhuma pedra de gelo.
- Para manter seus fatores de proteção, o leite materno não deve ser fervido nem aquecido em micro-ondas.
- Amorne apenas a quantidade de leite que o bebê for utilizar. O leite morno que sobrar deve ser desprezado. O restante de leite descongelado e não aquecido poderá ser guardado na primeira prateleira da geladeira e utilizado no prazo de até 12 horas após o descongelamento (BRASIL, 2013a).

4.2.3 Benefícios do aleitamento materno

A criança que é alimentada somente com leite materno até os 6 meses de vida apresenta menor morbidade. Além disso, maiores são os efeitos benéficos à sua saúde. Existem evidências de que não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos 6 meses (salvo em alguns casos individuais), o que pode, inclusive, trazer prejuízos à saúde da criança.

- **Benefícios para o bebê**
 1. Diminuição de morbidade, especificamente relacionada a infecções como: meningite bacteriana, bacteremia, diarreia, infecção no trato respiratório, enterocolite necrosante, otite média, infecção do trato urinário e sepsis de início tardio em recém-nascidos pré-termo.

2. Alguns estudos sugerem diminuição das taxas de morte súbita do lactente.
3. Redução de hospitalizações: o aleitamento materno reduz o risco de hospitalização por vírus sincicial respiratório.
4. Redução de alergias: o aleitamento materno exclusivo reduz o risco de asma e de sibilos recorrentes e protege contra o desenvolvimento de dermatite atópica; a exposição a pequenas doses de leite de vaca durante os primeiros dias de vida parece aumentar o risco de alergia ao leite de vaca, mas não afeta a incidência de doenças atópicas no futuro. Os efeitos benéficos do aleitamento materno observados em todas as crianças são particularmente evidentes em crianças com história familiar de doenças atópicas.
5. Redução da obesidade.
6. Diminuição do risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes.
7. Melhor nutrição.
8. Efeito positivo no desenvolvimento intelectual.
9. Melhor desenvolvimento da cavidade bucal.
10. O início precoce do aleitamento materno sem restrições diminui a perda de peso inicial do recém-nascido, favorece a recuperação mais rápida do peso de nascimento, promove uma “descida do leite” mais rápida, aumenta a duração do aleitamento materno, estabiliza os níveis de glicose do recém-nascido, diminui a incidência de hiperbilirrubinemia e previne ingurgitamento mamário.

- **Benefícios para a mãe**

1. Involução uterina mais rápida e redução na hemorragia uterina pós-parto, devido à liberação de ocitocina.
2. Perda mais rápida do peso acumulado na gestação.
3. Auxílio no aumento do intervalo entre as gestações.
4. Maior interação mãe-bebê.
5. Benefício relativo aos aspectos econômicos, uma vez que o leite materno não tem custos.
6. Praticidade, pois o leite materno está sempre pronto para ser consumido.
7. Diminuição do risco de câncer de mama e ovário (BRASIL, 2009).

4.3 Programas, políticas e estratégias que promovem, protegem e apoiam o aleitamento materno

Vamos encontrar diretrizes e condutas que apoiam o aleitamento materno:

Na Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru.

Na Primeira Semana Saúde Integral.

Nas recomendações da Convenção dos Direitos da Criança, de 1989.

Nas orientações à alimentação saudável que devem ser dadas aos pais, garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA.

Na garantia dada pela constituição de licença maternidade às puérperas.

Na iniciativa “Apoio à mulher trabalhadora para manter a amamentação”.

Na Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças da Primeira Infância (Portaria nº 2.051/2001 do MS) - NBCAL.

Nas iniciativas de promoção da Semana Mundial de Amamentação.

No Banco de Leite Humano.

Na Rede Cegonha.

4.3.1 Contraindicações para a amamentação

São poucas as situações em que pode haver indicação médica para a substituição parcial ou total do leite materno.

Apresentam-se a seguir, condições em que o aleitamento não é recomendado, a interrupção será temporária e situações sem necessidade de contra-indicação:

- **Aleitamento materno não recomendado**
 - Mães infectadas pelo HIV.
 - Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2.
 - Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Recomenda-se que, previamente à prescrição de medicações, as nutrizes consultem o manual “Amamentação e uso de drogas”.
 - Criança portadora de galactosemia.
- **Interrupção temporária da amamentação**
 - Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia.
 - Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. A criança deve receber imunoglobulina humana antivaricela-zoster (IGHAVZ), disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIES), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precocemente possível.

- Doença de Chagas, na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente.
- Abscesso mamário, até que o abscesso tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação deve ser mantida na mama sadia.
- Consumo de drogas de abuso: recomenda-se interrupção temporária do aleitamento materno, com ordenha do leite, que deve ser desprezado.

FIQUE ATENTO!

Em todos esses casos, deve-se estimular a produção do leite com ordenhas regulares e frequentes, até que a mãe possa amamentar o seu filho.

- **Aleitamento materno não contraindicado**

- Tuberculose: recomenda-se que as mães não tratadas ou ainda bacilíferas (duas primeiras semanas após início do tratamento) amamentem com o uso de máscaras e restrinjam o contato próximo com a criança, por causa da transmissão potencial por meio das gotículas do trato respiratório. Nesse caso, o recém-nascido deve receber isoniazida na dose de 10 mg/kg/dia por três meses. Após esse período deve-se fazer teste tuberculínico (PPD): se reator, a doença deve ser pesquisada, especialmente em relação ao acometimento pulmonar; se a criança tiver contraído a doença, a terapêutica deve ser reavaliada; em caso contrário, deve-se manter isoniazida por mais três meses; e, se o teste tuberculínico for não reator, pode-se suspender a medicação, e a criança deve receber a vacina BCG.

- Hanseníase: por se tratar de doença cuja transmissão depende de contato prolongado da criança com a mãe sem tratamento, e considerando que a primeira dose de rifampicina é suficiente para que a mãe não seja mais bacilífera, deve-se manter a amamentação e iniciar tratamento da mãe.
- Hepatite B: a vacina e a administração de imunoglobulina específica (HBIG) após o nascimento praticamente eliminam qualquer risco teórico de transmissão da doença via leite materno.
- Hepatite C: a prevenção de fissuras mamilares em lactantes HCV positivas é importante, uma vez que não se sabe se o contato da criança com sangue materno favorece a transmissão da doença.
- Dengue: não há contraindicação da amamentação em mães que contraem dengue, pois existe no leite materno um fator antidengue que protege a criança.
- Consumo de cigarros: acredita-se que os benefícios do leite materno para a criança superem os possíveis malefícios da exposição à nicotina via leite materno. Por isso, o cigarro não é uma contraindicação à amamentação.

PARA SABER MAIS!

Conheça os principais problemas com a amamentação, assim como a sua abordagem adequada. Leia: no Caderno de Atenção Básica nº 23, o tópico “prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação”, na página 37, e o item “como manejar o aleitamento materno em situações especiais”, na página 50.

4.4 Aleitamento artificial

O aleitamento artificial deve ser empregado sempre que o aleitamento materno não for possível por alguma das condições citadas como contraindicações.

O Ministério da Saúde preconiza que a melhor opção de aleitamento artificial seja o de leite humano pasteurizado proveniente do Banco de Leite Humano, quando disponível. A utilização de leite de vaca e/ou fórmula infantil deve ser avaliada pelo profissional de saúde. Em geral, o leite de vaca não modificado deve ser evitado no primeiro ano de vida em razão do baixo teor e disponibilidade de ferro, que contribui para anemia, desenvolvimento de alergia alimentar, distúrbios hidroeletrólíticos e predisposição futura para excesso de peso e suas complicações (BRASIL, 2009).

Com relação ao leite de vaca e das fórmulas infantis, o profissional deve avaliar as condições financeiras da família e orientar o que for mais adequado para cada caso, de acordo com a respectiva realidade.

PARA SABER MAIS!

Para as indicações de fórmulas infantis, temos as recomendações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), como a disposição do regulamento técnico para fórmulas infantis para lactentes, prevista na Resolução ANVISA/DC nº 43, de 19 de setembro de 2011.

Para o preparo de leite de vaca, recomenda-se a leitura do texto: “Saúde da Criança: protocolo”, publicado pela Prefeitura de Londrina.

4.4.1 Alimentação dos 6 meses até os 2 anos

- **Alimentação complementar**

A introdução de alimentação complementar na dieta das crianças amamentadas deve considerar a maturidade fisiológica e neuromuscular da criança, assim como suas necessidades nutricionais. O grau de tolerância gastrointestinal e a capacidade de absorção de nutrientes atingem um nível satisfatório por volta dos 6 meses de vida, que é quando a criança vai se adaptando para uma alimentação mais variada quanto à consistência e textura.

As crianças que recebem com exclusividade o leite materno até o sexto mês de vida, logo cedo começam a desenvolver a capacidade de autocontrole da ingestão, aprendendo a distinguir as sensações de fome e de saciedade. Um aspecto relevante é a necessidade de sempre pesquisar a história familiar de reações alérgicas antes da introdução de novos alimentos.

Após os 6 meses, a criança amamentada deve receber três refeições ao dia. Ao se aproximar do sétimo mês, de acordo com o desenvolvimento da criança, deverá ser introduzida maior variedade e quantidade de alimentos. Aos 6 meses de idade, o organismo da criança já apresenta maturidade fisiológica e neurológica para receber outros alimentos diferentes do leite materno, ou seja, a chamada alimentação complementar.

A introdução dos alimentos complementares deve ser lenta e gradual, pois a criança tende a rejeitar as primeiras ofertas. Os preparados especialmente para a criança são chamados alimentos de transição, pois a partir dos 8 meses de idade a criança já pode receber gradativamente os alimentos preparados para a família. Como o nome diz, essa alimentação deve complementar o leite materno e não substituí-lo.

O quadro abaixo mostra o esquema para introdução de alimentos complementares:

Quadro 1 – Esquema para introdução dos alimentos complementares.



Idade	Tipo de alimento
Até completar 6 meses	Aleitamento materno exclusivo
Ao completar 6 meses	Leite materno, papa de fruta*, papa salgada*
Ao completar 7 meses	Segunda papa salgada*
Ao completar 8 meses	Gradativamente passar para a alimentação da família
Ao completar 12 meses	Comida da família

Fonte: adaptação da Sociedade Brasileira de Pediatria (2006).

*Papa de fruta: a expressão “papa de fruta” tem como objetivo salientar a consistência com que deve ser oferecido esse alimento, ou seja, amassado ou raspado.

* Papa salgada: embora a expressão “papa salgada” seja utilizada diversas vezes ao longo do texto, por ser conhecida e de fácil tradução para os pais na orientação de composição da dieta da criança e para diferenciá-la das papas de frutas, é importante salientar que o objeto do uso do termo “salgada” não é adjetivar a expressão, induzindo ao entendimento de que a papa tenha muito sal ou que seja uma preparação com utilização de leite acrescido de temperos/sal. Expressões como “papa de vegetais com carne” ou outra que dê ideia de consistência (de purê) e variedade também podem ser empregadas como outras estratégias para uma boa comunicação em saúde.

A alimentação complementar deve ser recomendada de acordo com a faixa etária da criança:

- **Até 6 meses:**

- Amamentar ao peito tantas vezes quanto a criança quiser, de dia e de noite, pelo menos oito vezes em cada 24 horas.
- Não oferecer nenhum outro alimento, comida ou líquidos (chás, água).
- Limpar a boca da criança com a ponta de uma fralda umedecida em água, uma vez ao dia, preferencialmente à noite.

- **6 a 7 meses:**

- Continuar oferecendo o leite materno sob livre demanda. A partir do sexto mês, introduzir de forma lenta e gradual os alimentos complementares.
- Aos 6 meses, oferecer alimentos, iniciando uma a duas vezes por dia até completar três vezes, se a criança receber leite materno, ou cinco vezes ao dia, se a criança não estiver mamando.
- Aos 7 meses, introduzir uma papa salgada ao esquema alimentar da criança.
- Oferecer os alimentos complementares: frutas, cereais, tubérculos, leguminosas, verduras, legumes, gema de ovo, carne e vísceras, sempre de forma variada e colorida.
- A alimentação da criança deve seguir os horários da família, em intervalos regulares e respeitando o seu apetite. No começo, oferecer os alimentos com consistência pastosa

(papas/purês), utilizando colher, e gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

- Evitar alimentos industrializados, frituras, sal e açúcar. Cuidar da higiene no preparo e oferta dos alimentos. Observar a qualidade dos alimentos. Oferecer água à criança nos intervalos das refeições.
- Limpar os dentes com a ponta de uma fralda umedecida em água, uma vez ao dia, preferencialmente à noite.
- **8 a 11 meses:**
 - Continuar oferecendo o leite materno.
 - A partir dos 8 meses a criança já pode receber gradativamente os alimentos preparados para a família, desde que saudáveis. Dar da mesma comida servida à família, porém com consistência pastosa.
 - Evite oferecer alimentos com temperos picantes, alimentos industrializados, sal e açúcar. Nesta fase a criança deve receber alimentos desfiados, ou picados em pequenos pedaços.
 - Garantir que receba uma alimentação variada e colorida: cereais, tubérculos, leguminosas, carnes, ovos, frango, peixe, vísceras, frutas, verduras e legumes, três vezes ao dia, se estiver sendo alimentada ao peito, e cinco vezes ao dia, se não estiver.
 - Limpar os dentes com a ponta de uma fralda umedecida em água, uma vez ao dia, preferencialmente à noite.

- **1 ano:**

- Dar cinco refeições ao dia, sendo três refeições da mesma comida servida à família e dois lanches nutritivos entre as refeições, tais como: frutas da estação, tubérculos cozidos, pães, leite ou derivados.
- Ofereça uma alimentação colorida e variada. Evite oferecer alimentos industrializados, açúcar, frituras e sal.
- Procure dar alimentos ricos em ferro e vitamina A: frutas e verduras amarelo-alaranjadas, folhas verde-escuras, vísceras, produtos regionais.
- Crie ambientes favoráveis para uma boa alimentação da criança.
- Escovar os dentes após as refeições e antes de dormir.

No quadro abaixo é possível verificar o esquema alimentar para crianças amamentadas e não amamentadas, de acordo com a faixa etária:

Quadro 2 - Esquema alimentar para crianças amamentadas.

Do nascimento até completar 6 meses	Ao completar 6 meses	Ao completar 7 meses	Ao completar 12 meses
Aleitamento materno exclusivo em livre demanda	Leite materno por livre demanda	Leite materno por livre demanda	Leite materno por livre demanda
	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta
	Papa salgada	Papa salgada	Refeição básica da família
	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
	Leite materno	Papa salgada	Refeição básica da família

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança:** crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

Quadro 3 - Esquema alimentar para crianças não amamentadas.

Do nascimento até completar 4 meses	Ao completar 4 meses	Ao completar 8 meses	Ao completar 12 meses
Alimentação láctea	Leite	Leite	Leite e fruta ou cereal ou tubérculo
	Papa de fruta	Fruta	Fruta
	Papa salgada	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família
	Papa de fruta	Fruta	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal
	Papa salgada	Refeição básica da família	
	Leite	Leite	Leite

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança:** crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

REFLETINDO!

A inserção de novos alimentos na dieta de bebês sempre é assunto que gera muitas dúvidas entre as mães. Como a equipe de saúde, da qual você faz parte, promove a inclusão de novos alimentos na dieta das crianças assistidas?

O profissional deve levar em consideração a diversidade cultural das famílias atendidas. Deve respeitar e promover a identidade alimentar e cultural das diferentes regiões brasileiras pelo resgate e pela valorização dos alimentos regionais, como frutas, verduras e legumes produzidos nas respectivas regiões.

Quadro 4 - Grupos de alimentos.

Cereais e tubérculos	Exemplos: arroz, mandioca/aipim/macaxeira, macarrão, batata, cará, inhame.
Hortaliças e frutas	Exemplos: folhas verdes, laranja, abóbora, banana, beterraba, abacate, quiabo, mamão, cenoura, melancia, tomate, manga.
Carnes e ovos	Exemplos: frango, codorna, peixes, pato, boi, vísceras, mudos e ovos.
Grãos	Exemplos: feijões, lentilha, ervilha, soja e grão de bico.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança:** crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

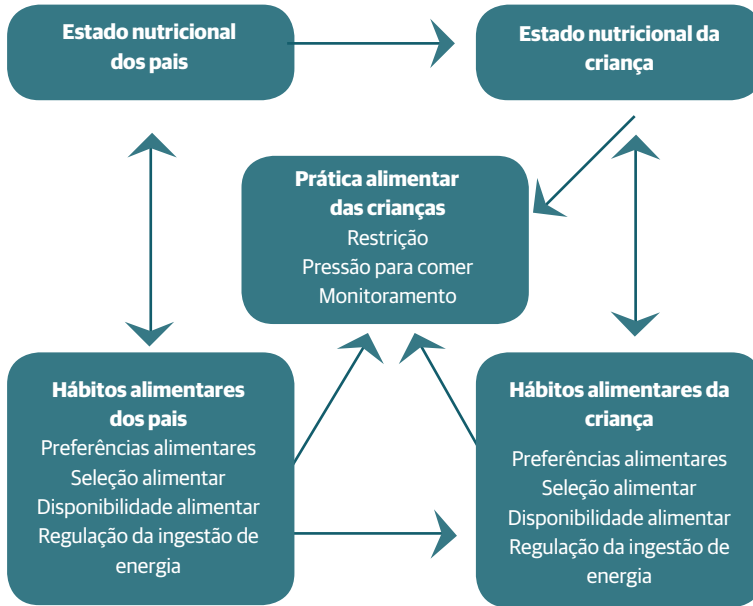
4.4.2 Alimentação de crianças de 2 a 10 anos

- **Alimentação de crianças de 2 a 6 anos**

Esse período caracteriza-se pela diminuição no ritmo de crescimento e, por consequência, pela diminuição das necessidades nutricionais e do apetite da criança. O comportamento alimentar da criança nessa fase é imprevisível, variável e transitório, mas, se não for conduzido adequadamente, poderá se transformar em distúrbio alimentar e perdurar em fases posteriores.

A abordagem familiar é uma atividade inserida nas práticas de atenção básica e é fundamental para o entendimento da estrutura e da dinâmica familiar. Os bons hábitos alimentares devem ser transmitidos aos pais e demais familiares para estimular que todos possam adquiri-los. A promoção da alimentação saudável é fundamental durante a infância, quando os hábitos alimentares estão sendo formados. É importante que a criança adquira o hábito de realizar as refeições com sua família, em horários regulares. A figura abaixo ilustra a influência familiar no estado nutricional da criança (BIRCH, 2002).

Figura 1 - Mediadores comportamentais de semelhança familiar no hábito alimentar e no estado nutricional.



Fonte: (BIRCH, 2002).

• Alimentação de crianças de 7 a 10 anos

Nesta fase, o ritmo de crescimento é constante, com ganho mais acentuado de peso próximo ao estirão da adolescência. A maior independência e a crescente socialização da criança promovem melhor aceitação dos alimentos. As transformações, aliadas ao processo educacional, são determinantes para o aprendizado em todas as áreas e para o estabelecimento de novos hábitos. Além da grande importância da família, a escola passa a desempenhar papel de destaque na manutenção da saúde da criança.

A oferta alimentar modificou-se, causando mudança de hábitos. A mudança no padrão alimentar (tais como: aumento do consumo de alimentos processados e ricos em gordura e diminuição da ingestão de alimentos não industrializados), aliada à redução da atividade física,

provocou a transição nutricional, caracterizada pela queda das taxas de desnutrição, pelo aumento da prevalência de obesidade e pelo incremento de casos de “fome oculta” – deficiências nutricionais específicas, pouco evidentes clinicamente, mas prejudiciais à saúde (BRASIL, 2012b).

PARA SABER MAIS!

Conheça outras orientações sobre a alimentação de crianças em Caderno Atenção Básica nº 33 - Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.

4.5 Método Canguru

(Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso)



O Método Canguru é definido como um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. O contato pele a pele, no Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse método permite maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele a pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

PARA SABER MAIS!

Você encontra mais informações no Manual Técnico - Método Canguru: Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso.

4.6 Agravos do estado nutricional

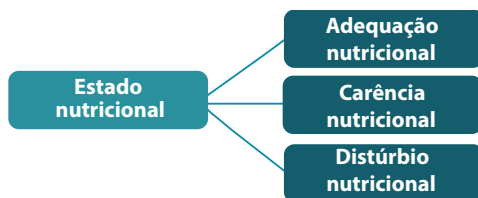
A alimentação e nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania (BRASIL, 2012a). O aleitamento materno é a forma ideal de iniciar a alimentação saudável na vida de uma criança. Assim, o desmame, momento de transição do aleitamento para a introdução de novos alimentos, marca um momento crucial na infância, que deve ser acompanhado de perto a fim de evitar possíveis distúrbios nutricionais.

Segundo o Ministério da Saúde, as equipes da ESF devem seguir tais diretrizes em sua abordagem à criança e sua família, destacando a importância de hábitos alimentares saudáveis para a prevenção de diversas doenças, deficiências e distúrbios nutricionais, síndromes metabólicas e doenças crônicas (BRASIL, 2004).

4.6.1 O que é estado nutricional?

Para o Ministério da Saúde, é o “resultado do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético do organismo

para suprir as necessidades nutricionais” (BRASIL, 2007). O estado nutricional pode ter três tipos de manifestação orgânica:



- Adequação nutricional (eutrofia): manifestação produzida pelo equilíbrio entre o consumo e as necessidades nutricionais.
- Carência nutricional: situação em que deficiências gerais ou específicas de energia e nutrientes resultam na instalação de processos orgânicos adversos à saúde. Cinco são os agravos relacionados a carências nutricionais, de importância para a

prática voltada à criança: deficiência de ferro, iodo, vitamina A, vitamina B1 e vitamina D.

- Distúrbio nutricional: problemas relacionados ao consumo inadequado de alimentos, tanto por escassez quanto por excesso, como a desnutrição e a obesidade (BRASIL, 2007).

4.6.2 Deficiência de ferro

- **O que é o ferro?**

- O ferro é um micronutriente essencial para a vida e atua principalmente na síntese de células vermelhas do sangue (hemácias) e no transporte do oxigênio no organismo (BRASIL, 2007).
- Há dois tipos de ferro nos alimentos: ferro heme (origem animal, sendo mais bem absorvido) e ferro não heme (encontrado nos vegetais). São alimentos fontes de ferro heme: carnes vermelhas, principalmente vísceras (fígado e miúdos), carnes de aves, suínos, peixes e mariscos. São alimentos fontes de ferro não heme: hortaliças folhosas verde-escuras e leguminosas, como o feijão e a lentilha.

- **Por que o ferro é importante?**

- Participa dos processos de crescimento e desenvolvimento do organismo, principalmente no período da infância e durante a gestação.
- Contribui para a saúde, mantendo em equilíbrio as funções do organismo.
- Contribui para melhoria da capacidade física e mental e, conseqüentemente, da aprendizagem e da capacidade produtiva.

- **O que causa a anemia por deficiência de ferro?**
 - O desequilíbrio entre a absorção e as necessidades orgânicas desse mineral é decorrente de: baixa ingestão de alimentos fonte de ferro ou de alimentos com fatores facilitadores para absorvê-lo; alta ingestão de alimentos com fatores inibidores da absorção do ferro dietético, ou seja, que prejudicam a biodisponibilidade desse mineral; necessidades aumentadas em alguns grupos específicos; perdas crônicas de ferro; baixo consumo de alimentos fortificados com o micronutriente (BRASIL, 2007).
- **Quais são os grupos de risco para anemia por deficiência de ferro?**
 - Indivíduos que se encontram com as necessidades de ferro elevadas, em função da rápida expansão do volume plasmático e pelo crescimento acentuado dos tecidos, como crianças menores de 2 anos e gestantes.
- **Quais as consequências da anemia por deficiência de ferro?**
 - Comprometimento do desenvolvimento motor e da coordenação, prejuízo do desenvolvimento da linguagem e da aprendizagem, alterações de comportamento (fadiga, desatenção, insegurança) e diminuição da atividade física.
 - Comprometimento do sistema imune, com aumento da predisposição a infecções, além de redução da produtividade, do apetite e da capacidade de concentração.
 - Maior risco de mortalidade relacionada à gestação e ao parto, maior risco de morbidade e mortalidade fetal, prematuridade e baixo peso ao nascer.

• Qual estratégia para suplementação com ferro?

- A suplementação profilática com sulfato ferroso é uma medida com boa relação de custo-efetividade para a prevenção da anemia. No Brasil, são desenvolvidas ações de suplementação profilática com sulfato ferroso desde 2005, por meio do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF). Acompanhe abaixo o quadro de administração da suplementação profilática de sulfato ferroso (BRASIL, 2007).

Quadro 5- Administração da suplementação profilática de sulfato ferroso.

Público	Conduta	Periodicidade
Crianças de seis a 24 meses	1 mg de ferro elementar/kg	Diariamente até completar 24 meses

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 24 p.

• Como podemos realizar o diagnóstico?

Podemos realizar o diagnóstico por meio da solicitação do hemograma. Acompanhe abaixo os pontos de corte em hemoglobina e hematócrito usados para definir a anemia na criança (BRASIL, 2012b).

Quadro 6- Pontos de corte em hemoglobina e hematócrito usados para definir a anemia em pessoas que vivem no nível do mar.

Idade/sexo	Hemoglobina abaixo de (g/dL)	Hematócrito abaixo de (%)
Crianças de 6 meses a 5 anos	11,0	33
Crianças de 5 a 11 anos	11,5	34
Crianças de 12 a 13 anos	12	36
Mulheres não grávidas	12	36
Mulheres grávidas	11,0	33
Homens	13	39

Fonte: WHO/UNICEF/UNU 1997 apud STOLTZFUS; DREYFUSS, 1998.

- **Como podemos tratar a anemia por deficiência de ferro?**
 - O tratamento da anemia deve ser dirigido de acordo com a sua causa.
 - Orientações alimentares.
 - Tratando-se de anemia ferropriva, a preferência recai sobre os sais ferrosos como primeira escolha e amplamente dispensados pelo SUS. Em crianças a dose diária recomendada é de 3 a 5 mg de ferro elementar/kg/dia, não excedendo 60 mg/dia, com introdução de forma gradual, antes das refeições para facilitar a absorção. Alertar os pais que as fezes podem ficar escurecidas nas doses terapêuticas, informando-os acerca da reversibilidade. Uma vez atingidas as taxas normais de hemoglobina, o tratamento deve ser mantido por pelo menos seis semanas visando à reposição das reservas orgânicas de ferro.
 - As crianças com anemia muito intensa (hemoglobina < 5 g/dl ou na presença de sinais de descompensação cardíaca) devem ser encaminhadas para o tratamento hospitalar (DUNCAN et al., 2013).

4.6.3 Deficiência de iodo

- **Por que o iodo é importante?**
 - Promove o crescimento e o desenvolvimento normal do organismo.
 - Promove o crescimento e o desenvolvimento normal do cérebro.
 - Contribui para a saúde, mantendo em equilíbrio as funções do organismo.
 - Melhora a capacidade física e mental e, conseqüentemente, a aprendizagem e a produção no trabalho.

- **O que causa a carência de iodo no organismo?**
 - Deficiência ou ausência de iodo na água e na terra onde são plantados os alimentos.
 - A não utilização de sal iodado na preparação da comida.
- **Qual é a população de maior risco?**
 - A população que reside em regiões distantes do mar e com solos pobres em iodo.
 - A população que consome sal não iodado.
 - A população que consome sal destinado à alimentação animal.
- **Quais são os grupos de risco para a deficiência de iodo?**
 - Gestantes.
 - Recém-nascidos.
 - Crianças de 0 a 5 anos.
- **Quais as consequências da deficiência de iodo?**
 - Deficiência mental grave (cretinismo).
 - Comprometimento do crescimento e do desenvolvimento (nanismo, dificuldades na aprendizagem).
 - Desenvolvimento de bócio.
 - Abortos espontâneos, aumento do risco de morbidade e mortalidade, principalmente nos grupos de risco.
 - Em uma população, a longo prazo, representa comprometimento da capacidade para o trabalho e do desenvolvimento intelectual, reduzindo, portanto, a própria qualidade de vida desses indivíduos e das gerações futuras.

- **Como se pode prevenir e tratar a deficiência por iodo?**

- Orientando sobre a necessidade de consumo de sal iodado, prazo de validade, suas formas de conservação e armazenamento.
- Encaminhando pessoas com suspeita de bócio aos serviços de saúde.
- Informando as autoridades locais sobre as graves consequências da deficiência de iodo e a importância do uso do sal iodado.

PARA SABER MAIS!

Continue a ler sobre as deficiências de ferro e de iodo no Portal da Saúde, do Ministério da Saúde.

4.6.4 Deficiência de vitamina A (DVA)

- **O que é a vitamina A?**

- A vitamina A é um micronutriente encontrado em fontes de origem animal (retinol) e vegetal (provitamina A).
- A vitamina A é de suma importância por possuir um papel fisiológico diversificado, atuando no bom funcionamento do processo visual, na integridade do tecido epitelial, sistema imunológico, entre outros.

- **Por que a vitamina A é importante?**

- Porque ela atua no bom funcionamento do sistema visual e sua ausência pode levar, inicialmente, à cegueira noturna, evoluindo até situações mais graves como a perda da visão; participa dos processos de defesa do

organismo, contribuindo para a redução da mortalidade e da morbidade por doenças infecciosas (BRASIL, 2013c).

- **O que causa a carência de vitamina A no organismo?**

- A não amamentação.
- O consumo deficiente de alimentos fontes de vitamina A, que podem ser de origem animal (óleos de fígado de peixes, derivados do leite, como queijo e manteiga), ou de origem vegetal (folhas de cor verde-escuras, frutos amarelos, raízes de cor alaranjada e óleos vegetais).
- Em áreas de risco de deficiência de vitamina A, a não suplementação dos grupos de risco com as megadoses recomendadas.

- **Quem é mais afetado pela deficiência de vitamina A?**

- A população que reside em regiões de difícil produção ou acesso às fontes alimentares de vitamina A.
- Crianças de 0 a 5 anos, gestantes e lactantes (BRASIL, 2013c).

- **Quais as consequências da deficiência de vitamina A?**

- Baixa na reserva de vitamina A no organismo pode aumentar o risco de morbidade por diarreia e infecções respiratórias e mortalidade, principalmente nos grupos de risco.
- Com relação aos problemas visuais, podem ocorrer: xerofthalmia (cegueira noturna, ressecamento da conjuntiva, ressecamento da córnea, lesão da córnea e cegueira irreversível).

- **Como se pode prevenir e tratar a deficiência de vitamina A?**
 - Orientando a população sobre a necessidade de consumo de alimentos fonte de vitamina A que podem ser de origem animal (óleos de fígado de peixes, derivados do leite, como queijo e manteiga), ou de origem vegetal (folhas de cor verde-escuras, frutos amarelos, raízes de cor alaranjada e óleos vegetais).
 - Distribuindo, periodicamente, megadose de vitamina A as populações de risco.
 - Encaminhando pessoas com suspeita de deficiência aos serviços de saúde (BRASIL, 2013c).

PARA SABER MAIS!

Tome nota de mais informações sobre o tratamento clínico da deficiência de vitamina A no “Manual de Atendimento da Criança com desnutrição grave em nível hospitalar”, publicado em 2005 pelo Ministério da Saúde.

REFLETINDO!

Qual a estratégia para suplementação com megadose de vitamina A?

A suplementação periódica da população de risco com doses maciças de vitamina A é uma das estratégias mais utilizadas para prevenir e controlar a DVA em curto prazo. Conheça a conduta de administração via oral da megadose de vitamina A, segundo o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.

Figura 2- Megadoses de Vitamina A em cápsulas.



Frasco de vitamina A em cápsulas



Cápsulas de vitamina A com 200.000 UI



Cápsulas de vitamina A com 100.000 UI

Período	Dose	Frequência
Crianças de 6 meses a 11 meses de idade	100.000 UI	Uma dose
Para crianças de 12 a 59 meses de idade	200.000 UI	Uma vez a cada 6 meses

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. 34 p.

4.6.5 Deficiência de vitamina B1

- **O que é a vitamina B1?**
 - A vitamina B1 (tiamina) é uma vitamina hidrossolúvel que atua como coenzima no metabolismo dos carboidratos e aminoácidos, sendo essencial nas reações que produzem energia da glicose e que convertem a glicose em gordura para armazenamento nos tecidos. A tiamina também exerce um papel na condução dos impulsos elétricos dos nervos periféricos.
- **Por que a vitamina B1 é importante?**
 - A deficiência de vitamina B1 causa degeneração de nervos periféricos. Em algumas ocasiões, neurônios da medula espinhal, especialmente da coluna posterior, além de raízes nervosas anteriores e posteriores, podem degenerar-se.

- No Brasil, desde 2006, têm sido notificados casos de beribéri nos estados do Maranhão e Tocantins. Em 2008, foram identificados casos suspeitos em indígenas das etnias Ingaricó e Macuxi, no município de Uiramutã/Roraima e, desde então, estão sendo empreendidas ações em parceria com o Estado e Município na investigação, acompanhamento, prevenção e controle do beribéri (BRASIL, 2012c).
- **O que causa à carência de vitamina B1 no organismo?**
 - O beribéri é uma doença de natureza carencial, causada pela deficiência de vitamina B1, que apesar de facilmente tratável, pode resultar em morte.
 - As manifestações clínicas da deficiência de vitamina B1 incluem envolvimento dos sistemas nervoso, cardiovascular e gastrointestinal. Inicialmente são relatadas anorexia, mal-estar geral, constipação intestinal, desconforto abdominal, plenitude pós-prandial (“empachamento”), irritabilidade, “fraqueza” nos membros inferiores (frequentemente associada a parestesias), podendo ocorrer discreto edema e palpitações.
 - Algumas manifestações clínicas podem ser observadas especificamente em lactentes alimentados com leite materno, cujas mães têm deficiência de vitamina B1, mas não são necessariamente sintomáticas. Essas formas clínicas são descritas na literatura como beribéri infantil (até 12 meses de idade) e podem ser encontradas isoladamente ou associadas. São elas: beribéri infantil cardíaco agudo, beribéri infantil afônico e beribéri infantil encefálico (BRASIL, 2012c).

PARA SABER MAIS!

Leia o “Guia de consulta para vigilância epidemiológica, assistência e atenção nutricional dos casos de beribéri”, publicado em 2012 pelo Ministério da Saúde.

4.6.6 Deficiência da vitamina D

Atualmente, não se dispõe de evidências científicas que avaliem a recomendação de suplementação universal de vitamina D no Brasil. O raquitismo atribuído à baixa ingestão de alimentos ricos em vitamina D e à restrição a exposição solar é uma condição prevenível, mas que continua ocorrendo, mesmo em países desenvolvidos. Os hábitos sedentários, a urbanização e o medo da violência fazem com que as crianças fiquem restritas em casa.





É importante lembrar que crianças com pele escura podem requerer de três a seis vezes mais exposição do que a indicada para bebês de pele clara para produzir a mesma quantidade de vitamina D. Porém, o *Centers for Disease Control And Prevention* (2009) recomenda evitar a exposição solar direta dos bebês até 6 meses, pelo risco cumulativo de câncer de pele – o que o faz recomendar suplementação de 400 UI/dia de vitamina D a todas as crianças (mesmo aquelas amamentadas ao peito), a partir dos primeiros dias de vida até a adolescência.

Recomenda-se administrar de 200 a 400 UI/dia de vitamina D a crianças que apresentam os seguintes fatores de risco: prematuridade, pele escura, exposição inadequada à luz solar (por hábitos culturais ou por usar filtro solar em todos os passeios ao ar livre) e filhos de mães vegetarianas estritas que estejam sendo amamentados (ALONSO et al., 2002).

4.6.7 Distúrbio nutricional por excesso: obesidade

A obesidade infantil apresenta caráter epidêmico e prevalência crescente no mundo todo. É uma preocupação muito séria, pois é uma doença associada a muitas consequências negativas à saúde das crianças, como aumento de doenças cardiovasculares, diabetes melito, hipertensão arterial, problemas comportamentais, entre outros (FERNANDES et al., 2012).

O médico e os demais profissionais da atenção básica devem se atentar a realizar prevenção da obesidade na rotina do seu cuidado. Veja a definição, as principais causas e complicações do sobrepeso e obesidade na criança:

Conceito 	A obesidade é definida como um estado no qual o peso corporal está grosseiramente acima do aceitável ou ideal, geralmente por causa do acúmulo excessivo de gorduras no corpo. Os padrões podem variar com a idade, sexo, fatores genéticos ou culturais. O diagnóstico da obesidade infantil é determinado por meio do índice de massa corporal, com um IMC > Escore -z +3. Destacamos que o diagnóstico de sobrepeso corresponde ao IMC > Escore -z +2 e Escore -z +3.
Causas 	A obesidade é causada pela oferta alimentar inadequada e/ou mal balanceada, ingestão excessiva de alimento, traços/constituição que favorece a formação de tecido adiposo, estilo de vida, fatores constitucionais que favorecem (membros da família com história de obesidade), condições psicológicas e sociais desfavoráveis, presença de outras condições/patologias, como oligofrenias e paralisias, dentre outras.
Avaliação 	A avaliação laboratorial pode ser útil se houver suspeita de excesso de peso de causa endócrina (T4, TSH, raio X de sela túrcica) ou para diagnosticar complicações da obesidade: glicemia e insulina em jejum (diabetes ou resistência à insulina), triglicerídeos, colesterol total e HDL (dislipidemia), transaminases e ecografia abdominal (esteatose hepática) (DUNCAN et al., 2013).
Complicações 	Entre as complicações da obesidade podemos citar: alterações psicossociais (discriminação, isolamento), alterações no crescimento (idade óssea avançada, estatura aumentada, menarca precoce), alterações respiratórias, cardiovasculares, ortopédicas e metabólicas. Vale ressaltar que o excesso de peso nas crianças pode seguir para adolescência e vida adulta.

O exame físico deve determinar o IMC (peso/altura²), medição da circunferência abdominal, avaliar a pressão arterial sistêmica e o estadiamento puberal. Observar ainda a distribuição do tecido adiposo, a presença de estrias, ginecomastias, malformações, bócio, acne e lesões articulares. O manejo da obesidade infantil envolve abordagem dietética, modificação do estilo de vida, ajustes na dinâmica familiar, incentivo à prática de atividade física e apoio psicossocial. O envolvimento de toda a família é fundamental. Em crianças, independentemente da gravidade da obesidade, a meta deve ser a manutenção do peso, pois, com o crescimento, haverá mudança na composição corporal (FERNANDES et al., 2012).

Na figura abaixo é possível verificar orientações norteadoras para a prevenção da obesidade na infância.

Figura 3- Orientações norteadoras para a prevenção da obesidade na infância.



4.6.8 Distúrbio nutricional por escassez: desnutrição

A desnutrição energético-proteica (DEP) é capaz de promover diversas alterações fisiológicas no organismo e pode ser definida como uma doença multifatorial de alta letalidade (SARNI; MUNEKATA, 2002).

A desnutrição é uma doença de natureza clínico-social multifatorial cujas raízes se encontram na pobreza. A desnutrição grave acomete todos os órgãos da criança, tornando-se crônica e levando a óbito, caso não seja tratada adequadamente. Pode começar precocemente na vida intrauterina (baixo peso ao nascer) e frequentemente cedo na infância, em decorrência da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e da alimentação complementar inadequada nos primeiros 2 anos de vida, associada, muitas vezes, à privação alimentar ao longo da vida e à ocorrência de repetidos episódios de doenças infecciosas (diarreias e respiratórias). Isso gera a desnutrição primária. Outros fatores de risco na gênese da desnutrição incluem problemas familiares relacionados com a situação socioeconômica, precário conhecimento das mães sobre os cuidados com a criança pequena (alimentação, higiene e cuidados com a saúde de modo geral) e o fraco vínculo mãe e filho (BRASIL, 2005).

As causas mais comuns da desnutrição energético-proteica (DEP) estão relacionadas a baixas condições socioeconômicas e fatores associados como: “más condições ambientais e baixo nível educacional que levam à negligência com as crianças, desmame precoce, privação afetiva e infecções de repetição” (SANTA CATARINA, 2013).

A elaboração de fluxos e procedimentos para o acolhimento adequado às demandas espontâneas e aos casos identificados por busca ativa, no âmbito da atenção básica e em articulação com os demais pontos de atenção, é fundamental para o cuidado integral e resolutivo dessa população vulnerável. O estado nutricional por escassez pode se classificar em:

- Desnutrição: peso abaixo do percentil 3 ou desaceleração em três consultas sucessivas.
- Desnutrição grave: desnutrição associada a edema ou sinais de emagrecimento.
- Risco de desnutrição: peso para a idade entre os percentis 3 e 10 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006).

Quanto à sua origem, a desnutrição pode ser classificada em:

Desnutrição primária – é decorrente apenas da ingestão insuficiente ou inadequada de alimentos. Depende de fatores extrínsecos ao indivíduo, do ambiente em que vive. A correção da dieta é o fator que leva à remissão do agravo.

Desnutrição secundária – é decorrente de fatores intrínsecos ao indivíduo. Fatores que interferem na utilização normal dos nutrientes, mesmo na vigência de dieta adequada. Doenças crônicas neurológicas, renais, cardiológicas, malformações congênitas, entre outras, podem ser fatores causais (SANTA CATARINA, 2013).

Obs.: caso haja a presença de fatores extrínsecos e intrínsecos (forma mista de desnutrição), deve-se avaliar qual dos fatores foi o que, realmente, levou ao quadro de desnutrição grave. Se o fator ambiental (alimentação inadequada) for o responsável pelo quadro, deve-se considerar como desnutrição primária para efeito de notificação. O diagnóstico da DEP grave deverá seguir os seguintes critérios antropométricos e/ou clínicos:

a) Relação peso para a idade abaixo do ponto de corte do percentil 0,1 que equivale ao terceiro desvio padrão negativo (escore $Z < -3$) de acordo com o padrão OMS/2006.

b) Sinais clínicos de DEP grave (marasmo, kwashiorkor ou forma mista) (SANTA CATARINA, 2013). Existem três formas de desnutrição energético-proteica grave, a saber:

Marasmo: incide mais em crianças que estão no primeiro ano de vida, caracterizando-se por fácies simiesca, ausência de edema, falta de panículo adiposo, redução da massa muscular (hipotrofia e hipotonia), ausência de hepatomegalia, ausência de esteatose hepática, pele queratótica, hiperocrômica com descamação furfurácea, olhar vivo, choro que é contínuo, caracterizando um alto grau de irritabilidade, proteínas plasmáticas normais, níveis de glicemia podendo chegar a 20 mg/dL.

kwashiorkor: ocorre, geralmente, em crianças na faixa etária de 18 a 36 meses, caracterizando-se por apatia, edema generalizado, hepatomegalia, esteatose hepática e lesões acentuadas de pele, que são do tipo queratótico, às vezes pelagroso e xerósica, podendo aparecer lesões purpúricas, distermia, fotofobia, e até mesmo autismo. Do ponto de vista bioquímico: hipocolesterolemia, hipoalbuminemia, diminuição de lipídios totais e das betalipoproteína, e eletrólitos séricos.

kwashiorkor-marasmático (forma mista): forma de desnutrição que engloba aspectos clínicos e bioquímicos das duas formas anteriores (SANTA CATARINA, 2013).

NOTA:

As crianças com edema (Kwashiorkor e Kwashiorkor-marasmático) serão classificadas como desnutridas graves independentemente do peso. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2006), entre os exames a serem solicitados no estudo da DEP, incluem-se:

- Sangue: hemoglobina, hematócrito, volume corpuscular médio, hemoglobina corpuscular média, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina.
- Urina: sedimento urinário quantitativo, urocultura.
- Fezes: protoparasitológico.

Entre as medidas a serem adotadas para o manejo do paciente com DEP, mencionam-se:

- Esclarecer à família sobre as causas e consequências da desnutrição.
- Avaliar o relacionamento da família com a criança, para conhecer seus laços afetivos, pois a atuação da família como elemento protetor da saúde e da vida da criança, habitualmente fraca nesses casos, precisa ser fortalecida e é uma das bases para o tratamento da desnutrição primária.
- Aumentar a participação do responsável em: cuidados de higiene corporal, oferta de alimentação para a criança, estímulo ao desenvolvimento.
- Acompanhar mensalmente até que ocorra a recuperação nutricional.
- Aumentar o aporte calórico, acrescentar farinhas ou óleo vegetal às refeições de sal.
- Tratar as doenças.

4.7 Imunizações

Na Atenção Básica à Saúde, a imunização está entre as ações mais eficientes, fortemente evidenciadas como capazes de proteger a saúde infantil e de impactar a incidência e a prevalência de doenças na infância (BRASIL, 2012a).

O Ministério da Saúde, juntamente com o Programa Nacional de Imunização, vem traçando estratégias permanentes para manter alta a cobertura vacinal no país. No primeiro ano de vida, as crianças recebem uma série de vacinas, sendo a maioria delas injetável. Com o intuito de diminuir o número de injeções em um mesmo momento, foram desenvolvidas as vacinas combinadas, produtos que, numa única apresentação, contêm um número maior de antígenos capazes de estimular a resposta imunológica contra mais de um agente infeccioso, vírus ou bactéria (BRASIL, 2012a). Essa forma de apresentação maximiza a eficiência e o custo-efetividade do Programa Nacional de Imunização (PNI), trazendo benefícios como:



Facilidade de administração.



Redução da dor e do medo das crianças.



Diminuição do número de idas aos serviços de saúde, contribuindo para o alcance elevado das coberturas vacinais.

Outro aspecto importante é a redução dos custos dos imunobiológicos, bem como da logística operacional (armazenamento, transporte, seringas e agulhas) (BRASIL, 2012a). A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, visando ampliar a oferta, adequar-se às novas recomendações da Organização Mundial de Saúde e reduzir o número de vacinas injetáveis administradas em uma mesma visita, informou as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano de 2016: ampliação da oferta da vacina contra hepatite B para toda a população, independente de grupo populacional; substituição da terceira dose da vacina oral poliomielite (VOP) por vacina inativada poliomielite (VIP); adoção de esquema básico para vacina pneumocócica 10 valente de duas doses (2 e 4 meses) e reforço, preferencialmente aos 12 meses; mudança da administração da vacina contra hepatite A de 12 meses para 15 meses de idade; mudança do esquema da vacina contra papiloma vírus humano (HPV) para duas doses, com intervalo de seis meses entre as administrações, sem necessidade de uma terceira dose; administração do primeiro reforço para vacina meningocócica C (conjugada) preferencialmente aos 12 meses (podendo ser realizado até os 4 anos).

Na última regulamentação do Calendário Nacional de Vacinação, foi ampliado o público de muitas vacinas por meio da Portaria Ministerial nº1.533 de 18 de agosto de 2016 que redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo território nacional.

Para o ano de 2017 as modificações no calendário foram:

- 1.A vacina contra Hepatite A teve seu público ampliado para crianças de até 4 anos, 11 meses e 29 dias;
- 2.A vacina contra Varicela teve seu público ampliado para crianças de até 4 anos, 11 meses e 29 dias;
- 3.A vacina contra HPV foi ampliada para meninas de até 14 anos, e para foi incluída para meninos de 11 a 14 anos, 11 meses e 29 dias;

4.O reforço da vacina Meningocócica C (conjugada) ampliou a idade do reforço para até os 4 anos de idade;

5. A vacina contra Febre amarela passou a ser administrada em dose única para crianças com nove meses e adultos até 59 anos.

Conheça o calendário nacional de vacinação atual:

Figura 4- Calendário nacional de vacinação.

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO														
Grupo-Alvo	Idade	BCG	Tríplice Viral	Tem viral***	Polio	Hepatite A**	Hepatite B	Difteria****	Meningocócica C (conjugada)*	Pneumocócica 10V (conjugada)*	Rotavírus Humano	HPV	Febre Amarela	VIP/VOP
Crianças	Até ao nascer	Dose única					Dose ao nascer							1ª dose (com VIP)
	2 meses				1ª dose					1ª dose	1ª dose			
	3 meses													
	4 meses				2ª dose					2ª dose	2ª dose			2ª dose (com VIP)
	5 meses													
	6 meses				3ª dose									3ª dose (com VIP)
	9 meses													
Adolescente	12 meses		1ª dose											
	15 meses			Uma dose		Uma dose (15 meses até 23 meses)				Reforço				
	4 anos				1º reforço (com VIP)									1º reforço (com VIP)
	9 anos				2º reforço (com VIP)									2º reforço (com VIP)
Adulto	10 a 19 anos		2 doses (a depender da situação vacinal)				3 doses (a depender da situação vacinal)	Reforço a cada (10 anos)	01 reforço ou dose única (verificar situação vacinal - 12 a 13 anos)			2 doses (meninas de 9 a 14 anos) e 2 doses (meninos de 11 a 14 anos)	Verificar situação vacinal	
	20 a 59 anos		2 doses (20 a 29 anos) 1 dose (30 a 49 anos) Verificar situação vacinal anterior				3 doses (a depender da situação vacinal)	Reforço a cada (10 anos)					Verificar situação vacinal	
Idoso	60 anos ou mais						3 doses (a depender da situação vacinal)	Reforço a cada (10 anos)					Verificar situação vacinal	
Gestante							3 doses (a depender da situação vacinal)	3 doses (a depender da situação vacinal)	Uma dose a cada 4 semanas a partir da 30ª semana				Verificar situação vacinal. Em situação de risco, o médico deverá avaliar o benefício/risco de vacinação.	

*Administrar Uma dose da vacina Pneumocócica 10V (conjugada) e da vacina Meningocócica C (conjugada) em crianças entre 2 e 4 anos, que não tenham recebido o reforço ou que tenham perdido a oportunidade de se vacinar anteriormente.

**Administrar Uma dose da vacina hepatite A, em crianças entre 2 e 4 anos, que tenham perdido a oportunidade de se vacinar anteriormente.

A vacina tríplice viral corresponde à segunda dose da tríplice viral e à dose da vacina varicela. Crianças entre 2 e 4 anos que não apresentarem nenhuma dose da vacina com componente varicela, poderão receber Uma dose. *A vacina tríplice viral é indicada para crianças com idade entre 12 e 23 meses e para adolescentes e adultos com idade igual ou superior a 15 anos. A vacina tríplice viral também será oferecida para profissionais de saúde que atuam em maternidade e em unidade de internação neonatal (UTI/UCI convencional e UCI cargo), atendendo recém-nascidos e crianças menores de 1 ano de idade.

Fonte: BRASIL. Portaria nº 1.533, de 18 de agosto de 2016. Redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 ago. 2016. Seção 1, p. 55.

Vacina BCG

Deverá ser administrado o mais precocemente possível, preferencialmente após o nascimento:

1. Prematuros: para os prematuros com menos de 36 semanas, administre a vacina depois que eles completarem 1 mês de vida e atingirem 2 kg.
 2. Crianças: administre uma dose em crianças menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias) sem cicatriz vacinal (BRASIL, 2012a).
- Contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase menores de 1 ano de idade, comprovadamente vacinados, não necessitam da administração de outra dose de BCG. Para os casos relativos a contatos de portadores de hanseníase com mais de 1 ano de idade sem cicatriz, administre uma dose. Na eventualidade de contatos de indivíduos comprovadamente vacinados com a primeira dose, administre outra dose de BCG. Mantenha o intervalo mínimo de seis meses entre as doses da vacina.
 - Para contatos com duas doses, não se deve administrar nenhuma dose adicional. Na ocasião do exame dos contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase, caso haja incerteza sobre a existência de cicatriz vacinal, aplique uma dose, independentemente da idade.
 - A vacina deve ser administrada ao nascimento ou o mais precocemente possível para o recém-nascido HIV positivo. Em qualquer outra situação, a vacina está contraindicada, ou seja, para crianças HIV positivo, não vacinadas, que chegam

aos serviços de saúde a vacina não deve ser administrada. Na existência de sinais e sintomas de imunodeficiência, não se indica a revacinação de rotina (BRASIL, 2012a).

Vacina contra hepatite B (recombinante)

- Deve ser administrada (preferencialmente) nas primeiras 12 horas de nascimento ou na primeira visita da criança ao serviço de saúde.
- Para a prevenção da transmissão vertical em recém-nascidos (RN) de mães portadoras da hepatite B, administre a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (HBIG), disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIES), nas primeiras 12 horas ou no máximo até sete dias após o nascimento.
- Foi incluída no calendário vacinal a vacina pentavalente. Com isso, os recém-nascidos continuam a receber a primeira dose da vacina para hepatite B nas primeiras 12 horas e as doses subsequentes ocorrem através da vacina pentavalente, uma combinação entre a vacina tetravalente (difteria, tétano, coqueluche, *Haemophilus influenzae* tipo b) e a vacina contra a hepatite B.
- Para os prematuros com menos semanas de gestação ou para recém-nascidos a termo de baixo peso (com menos de 2 kg), siga esquema de quatro doses: 0, 1, 2 e 6 meses de vida.
- Deve-se administrar a vacina e a HBIG em locais anatômicos diferentes. A amamentação não traz riscos adicionais ao recém-nascido que tenha recebido a primeira dose da vacina e a imunoglobulina (BRASIL, 2012a).

Vacina pentavalente

- Características: a vacina pentavalente tem apresentação inteiramente líquida na forma de suspensão injetável apresentada em frasco ou ampola contendo uma dose de 0,5 ml.
- Dose: o Ministério da Saúde recomenda administrar 0,5 ml da vacina DTP/HB/Hib por via intramuscular, no vasto lateral da coxa, em crianças menores de 2 anos de idade e na região deltoide nas crianças acima de 2 anos de idade (BRASIL, 2012b).
- Indicação: imunização ativa de crianças a partir de 2 meses de idade contra difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e doenças causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b.
- Existem poucas contraindicações para a administração da primeira dose da vacina DTP/HB/Hib, exceto se há relato de convulsões ou anormalidades neurológicas graves no período neonatal (contraindicações para o componente pertússis) (BRASIL, 2012b).

ATENÇÃO:

A vacina pentavalente é contraindicada para pessoas com 7 anos de idade ou mais. Você sabe quando não administrar a vacina contra hepatite B?

1. Crianças com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente da vacina ou manifestação de sinais de hipersensibilidade após administração prévia das vacinas difteria, tétano, coqueluche, hepatite B ou Hib.

2. Crianças que tenham apresentado, após aplicação de dose anterior, alguma das seguintes manifestações:
 - Febre elevada (temperatura $\geq 39^{\circ}\text{C}$) dentro de 48 horas após a vacinação (sem outras causas identificáveis).
 - Convulsões até 72 horas após administração da vacina.
 - Colapso circulatório, com estado tipo choque ou com episódio hipotônico-hiporresponsivo (EHH), até 48 horas após a administração de vacina prévia.
 - Encefalopatia nos primeiros sete dias após a administração da vacina prévia.
 - Crianças com quadro neurológico em atividade.
 - Púrpura trombocitopênica pós-vacinal.

Vacina inativada poliomielite (VIP)

Aspectos importantes

- A VIP será implantada em conjunto com a pentavalente, uma vez que haverá a diminuição da aplicação da vacina hepatite B, no calendário básico da criança, o que permitirá a inclusão de uma nova vacina, no mesmo momento, sem que haja aumento no número de injeções já administradas na criança.
- A Organização Pan-Americana da Saúde recomenda que os países da região das Américas continuem utilizando a vacina oral poliomielite (VOP) até a completa certificação mundial de erradicação da doença.
- Assim, o Ministério da Saúde continuará realizando uma campanha nacional de vacinação contra poliomielite, utilizando a VOP para as crianças menores de 5 anos (BRASIL, 2012d; BRASIL, 2012e).

Apresentação

De acordo com o Ministério da Saúde, a vacina VIP se apresenta na forma farmacêutica solução injetável em frascos contendo 10 doses.

Dose: cada dose de 0,5 ml da vacina contém:

- Poliovírus inativados do tipo I - 40 unidades de antígeno UD (unidade de antígeno-D).
- Poliovírus inativados do tipo II - 8 unidades de antígeno UD.
- Poliovírus inativados do tipo III - 32 unidades de antígeno UD (BRASIL, 2012d; BRASIL, 2012e).

Indicação

Seu uso é indicado para a imunização ativa contra a poliomielite causada pelos três sorotipos (1, 2 e 3) a partir dos 2 meses idade. A partir de janeiro de 2016, o esquema básico deixa de ser sequencial. A VIP deverá ser administrada aos 2 meses (1ª dose), 4 meses (2ª dose) e 6 meses (3ª dose). Os reforços devem ser administrados aos 15 meses e aos 4 anos de idade com a vacina VOP. O intervalo entre as doses é de 60 dias, podendo ser de 30 dias, sendo que nos primeiros 6 meses de idade o intervalo mínimo de 30 dias só é recomendado se o indivíduo estiver sob risco iminente de exposição à circulação viral, como pessoas que se deslocarão a regiões endêmicas ou em situações de surto da doença (BRASIL, 2012d; BRASIL, 2012e).

- **Esquema de vacinação**



- **Contraindicações**

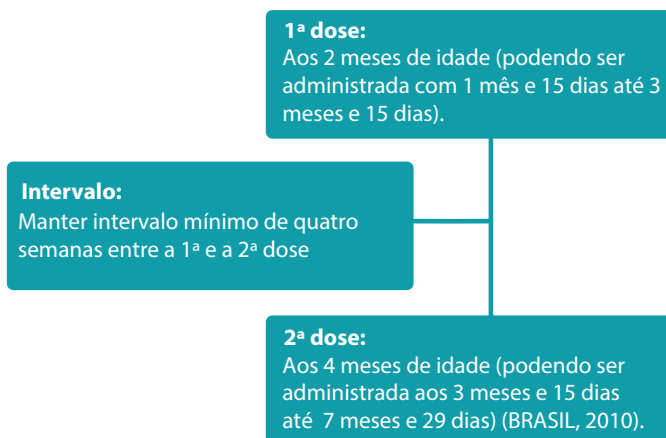
- Qualquer indivíduo portador de alergia grave (anafilaxia) a qualquer componente da vacina. Como a VIP contém vestígios de estreptomicina, neomicina e polimixina B, existe um risco teórico de reações alérgicas em pessoas sensíveis a estes antibióticos.
- Qualquer pessoa que já tenha apresentado quadro de reação alérgica grave a uma vacinação anterior com VIP (BRASIL, 2012d; BRASIL, 2012e).

ATENÇÃO!

Pessoas com quadro clínico de doenças respiratórias superiores leve a moderada, com ou sem febre, reação local a uma dose prévia da vacina, terapia antimicrobiana atual e a fase de convalescença de doença aguda **NÃO** são contraindicações para a vacinação com VIP. A amamentação também **NÃO** interfere com o sucesso da imunização com a VIP (BRASIL, 2012d; BRASIL, 2012e).

Vacina oral contra rotavírus humano (VORH)

Para a vacina oral contra rotavírus humano G1P1[8] (atenuada), administre duas doses seguindo rigorosamente os limites de faixa etária:



Nenhuma criança poderá receber a segunda dose sem ter recebido a primeira. Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação, não repita a dose (BRASIL, 2012a).

Vacina pneumocócica 10 (conjugada)

Com a mudança no calendário de vacinação, será adotado o esquema básico de duas doses (2 e 4 meses de idade) e reforço, preferencialmente aos 12 meses, podendo ser administrado até os 4 anos de idade. Para crianças de 12 meses a 4 anos, não vacinadas, administrar dose única. A Organização Mundial da Saúde recomenda o uso de esquema básico de duas doses e reforço. A efetividade desse esquema de vacinação com três doses (duas no primeiro ano de vida e reforço no segundo ano) é semelhante à do esquema com quatro doses (três no primeiro ano e reforço no segundo) (BRASIL, 2015).

Vacina meningocócica C (conjugada)

- **Aspectos importantes**

Administre duas doses, aos 3 e 5 meses de idade da criança, com intervalo de 60 dias e mínimo de 30 dias entre as doses. O reforço é

recomendado preferencialmente aos 12 meses (podendo ser realizado até os 4 anos). Para crianças não vacinadas, administrar dose única até os 4 anos (BRASIL, 2015).

- **Apresentação**

Embalagem unidose, contendo dois frascos:

- Um com o pó liofilizado branco ou esbranquiçado (antígeno) e
- Outro com 0,8 ml de um líquido branco opaco (diluente)

- **Indicação**

Crianças menores de 2 anos de idade. A vacina deve ser administrada exclusivamente pela via intramuscular profunda, de preferência na área anterolateral da coxa direita da criança. Atenção: administrar com cautela em indivíduos com trombocitopenia ou qualquer outro distúrbio de coagulação, uma vez que pode ocorrer sangramento após a administração intramuscular nesses pacientes.

- **Contraindicação**

A vacina não deve ser administrada em indivíduos com hipersensibilidade conhecida a qualquer componente da vacina. Assim como ocorre para outras vacinas, a administração da vacina meningocócica C conjugada deve ser adiada em indivíduos apresentando estado febril grave e agudo, sobretudo para que sinais e sintomas da doença em curso não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis eventos adversos da vacina.

Vacina contra febre amarela (atenuada)

- Atualmente, o Ministério da Saúde preconiza a administração de apenas uma dose, não necessitando do

reforço. Essa vacinação deve ser realizada aos 9 meses de idade na criança, podendo ser adiantada para o 6º mês durante surtos.

- Tal vacina é indicada aos residentes ou viajantes para as seguintes áreas: estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Distrito Federal e Minas Gerais, além de alguns municípios dos estados do Piauí, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (BRASIL, 2012a).
- Para informações sobre os municípios dos referidos estados, busque as suas respectivas unidades de saúde. No momento da vacinação, considere a situação epidemiológica da doença.
- Para os viajantes que se deslocarem para os países em situação epidemiológica de risco, busque informações sobre administração da vacina nas embaixadas dos respectivos países a que se destinam ou na Secretaria de Vigilância em Saúde do Estado. Administre a vacina dez dias antes da data da viagem. Administre reforço a cada 10 anos após a data da última dose (BRASIL, 2012a).

Tríplice viral (vacina contra sarampo, caxumba e rubéola)

A primeira dose é administrada aos 12 meses de idade. Podendo também ser administrado 2 doses (a depender da situação vacinal) dos 10 aos 19 anos. Em situação de circulação viral, antecipe a administração da vacina para os 6 meses de idade; porém devem ser mantidos o esquema vacinal de duas doses e a idade preconizada no calendário. Considere o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses (BRASIL, 2012a).

Vacina tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela - atenuada)

O PNI amplia a oferta de vacinas na rotina de vacinação da criança com a introdução da vacina tetra viral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela - atenuada), exclusivamente, para as crianças de 15 meses de idade, que já tenham recebido a 1ª dose da vacina tríplice viral (BRASIL, 2013d).

- **Indicação**

É indicada para a imunização ativa de crianças contra sarampo, caxumba, rubéola e varicela.

- **Dose e via de administração**

Administrar dose de 0,5 ml, exclusivamente, por via subcutânea, preferencialmente na região deltoide superior do braço ou na região anterolateral superior da coxa (BRASIL, 2013d).

- **Contraindicações**

A vacina tetra viral não deve ser administrada em crianças:

- Com hipersensibilidade conhecida à neomicina ou qualquer outro componente da vacina ou que tenham manifestado sinais de hipersensibilidade após administração das vacinas sarampo, caxumba, rubéola e ou varicela.
- Com imunodeficiências primárias ou secundárias (BRASIL, 2013d).

PARA SABER MAIS!

Leia: “Informe técnico de introdução da vacina tetra viral: vacina Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela (atenuada)”, publicada em 2013 pelo Ministério da Saúde.

4.8 Cuidados com a saúde do bebê

É importante ressaltar que os cuidados com a saúde do bebê e sua família devem ser sempre individualizados. Porém, algumas informações devem ser reforçadas ainda durante a primeira consulta (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013a):

- Orientar a mãe sobre a importância do acompanhamento, crescimento e desenvolvimento da criança, com início da puericultura na unidade de saúde.
- Orientação sobre a vacinação, sobre a utilidade e manuseio da Caderneta da Criança, sobre a importância de evitar contato do recém-nascido (RN) com pessoas doentes e sobre a importância da estimulação da criança.
- Orientar a mãe sobre a consulta de puerpério.

Mesmo que no referido momento o foco principal seja a criança, é difícil avaliar o bem-estar do bebê sem prestar atenção no bem-estar da mãe. É importante que você esteja atento para o estado emocional das puérperas, identificando possível depressão pós-parto. Com relação à higienização do bebê, reforce todos os cuidados para que o bebê não tenha infecções. Enfatize a importância da lavagem das mãos antes de manipular o RN. Ademais, considere:

- Limpeza da cavidade bucal: é normalmente iniciada antes da erupção dental. Usar um tecido limpo ou gaze embebida em água filtrada ou soro para esfregar a gengiva. Orientar a mãe a procurar o dentista para realizar a consulta odontológica.
- Limpeza da região anal e perianal: deve ser feita a cada troca de fraldas com água morna e algodão para evitar lesões na pele. Nas meninas, a higiene da região anal e perianal deve ser feita no sentido da vulva para o ânus.
- Higienização do coto umbilical: a mãe deve realizar higiene diária com álcool a 70% (é interessante a equipe disponibilizá-lo). Não utilizar faixas ou outros produtos no coto umbilical, mantendo-o sempre limpo e seco. Oriente a mãe em relação ao uso de receitas caseiras para curar o umbigo do RN, porém respeitando os hábitos e costumes culturais da mãe.
- Banho diário: usar sabonete neutro sem perfume e não usar talco; ferver a água do banho se esta não for tratada; evitar uso de perfumes e hidratantes, pois a pele da criança ainda é muito fina e sensível (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2013a).

ATENÇÃO!

Outras orientações importantes:

- Banho de sol: é importante para o crescimento do RN, porque ativa a produção de vitamina D, necessária para facilitar a absorção do cálcio presente na alimentação. Prefira o sol do começo da manhã, até as 9:00 h, ou o do

fim da tarde, por volta das 16:00 h, que é mais fraco. O tempo de exposição deve ser de 15 a 30 minutos. Quanto maior a área do corpo do bebê exposta ao sol, melhor para a absorção de vitamina, por isso é recomendado que a criança fique despida ou somente de fralda. Não se recomenda o uso de protetor solar nos primeiros 6 meses, pois a composição química pode irritar a pele ainda muito sensível (SÃO PAULO, 2010).

- Cólicas: na maior parte das vezes o bebê chora porque tem fome, porém, se após a mamada o choro persistir, ele pode estar com cólicas. As causas mais comuns são: “pega inadequada ou intervalos muito curtos de mamadas por insuficiência de esvaziamento adequado da mama”. É importante que a mãe se mantenha calma. Deve ser corrigida a técnica de amamentação (pega) e o esvaziamento completo da mama, quando necessário. Chás e mel não devem ser oferecidos. Um banho ou bolsa de água morna ou massagens circulares suaves no abdômen acalmam o bebê e ajudam a eliminar os gases. Orientar a colocar a criança em decúbito ventral apoiada nos braços; massagear o abdômen em movimentos circulares; compressas mornas no abdômen; dieta da nutriz (evitar café, chocolate, pimenta, doces, refrigerantes); não utilizar nenhum medicamento tipo antiespasmódico ou chás (SÃO PAULO, 2010).
- Sono: com relação à posição para dormir, é importante manter a barriga para cima, e não é necessário usar travesseiros. Vale ressaltar que o RN dorme em média 19 a 20 horas por dia.

- Roupas e fraldas: quanto à limpeza das roupas, usar sabão neutro, não utilizar alvejante e amaciante. Orientar a lavar o local com água morna a cada troca de fralda; suspender o uso de lenços umedecidos, assim como outros produtos industrializados (óleos, lavandas, soluções de limpeza de pele); no caso do uso de fraldas descartáveis, procurar não variar de marca, pois propiciam reações alérgicas (SÃO PAULO, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo você pôde se aproximar ainda mais de conceitos que abordam questões nutricionais e da imunização de crianças. É importante você perceber que todas as informações fornecem subsídios para a assistência integral à saúde da criança. O diálogo com a equipe de saúde, com a família e reconhecer a realidade na qual essas crianças vivem são tão importantes quanto a fundamentação teóricas, e indispensáveis para sua atuação na Atenção Básica em Saúde.

REFERÊNCIAS

ALONSO, C. R. P. et al. Vitaminas y oligoelementos. **Previnfad**, Espanha, oct. 2002.

BIRCH, L. L. Childhood overweight: family environmental factors. In: CHEN, C.; DIETZ, W. H. (Ed.). **Obesity in childhood and adolescence**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002. p. 161-176.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança: menino: passaporte da cidadania**. 8. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a. 96 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

_____. _____. **Nota Técnica nº 193/2012/CGPNI/DEVEP/SVS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e.

_____. _____. **Nota Informativa nº 149/2015/CGPNI/DEVIT/SVS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2012.

_____. _____. _____. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 104 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2012.

_____. _____. _____. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 84 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

_____. _____. _____. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2014.

_____. _____. _____. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro:** manual de condutas gerais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 24 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_ferro2013.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2014.

_____. _____. _____. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c. 34 p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_vitamina.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2014.

_____. _____. _____. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. 144 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_desnutricao_crianças.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2014.

_____. _____. _____. Secretaria Especial de Saúde indígena. **Guia de consulta para vigilância epidemiológica, assistência e atenção nutricional dos casos de Beribéri.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c. 66 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia_beriberi.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2014.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Informe técnico de introdução da Vacina Tetra Viral:** vacina Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela (atenuada). Brasília, DF: 2013d. Disponível em: <http://www.saude.rr.gov.br/visa/pni/informes_tecnicos/informetecnico_vacinatetraviral.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2014.

_____. _____. _____. **Informe Técnico da introdução da Vacina Inativada Poliomielite (VIP).** Brasília, DF: 2012d. 18 p. Disponível em: <<http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2012-08/informe-tecnico-introducao-da-vacina-inativada-poliomielite-vip-2012.pdf>>. Acesso em: 7 mar. 2014.

_____. _____. SI-PIN. **Calendário Básico de Vacinação da Criança.** Rio de Janeiro: DATASUS, 2010. Disponível em: <http://pni.datasus.gov.br/calendario_vacina_infantil.asp>. Acesso em: 6 mar. 2014.

_____. _____. UNICEF. **Cadernos de Atenção Básica:** carências de micronutrientes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/abcad20.pdf>>. Acesso em: 6 mar. 2014.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Vitamin D supplementation.** Atlanta, USA, 2009. Disponível em: <http://www.cdc.gov/breastfeeding/recommendations/vitamin_d.htm>. Acesso em: 7 mar. 2014.

DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre, RS: Artmed, 2013. 1976 p.

FERNANDES, Simone Pereira; CONTERATO, Elisabete Viera; MELLO, Elza Daniel de. Manejo do paciente obeso pediátrico na atenção primária: proposta de uma abordagem terapêutica prática. **Rev HCPA**, v. 32, n. 4, p. 461-472, 2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/31366/23887>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

SANTA CATARINA. Sistema Único de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde. Nota Técnica Conjunta DIVE/GEABS Nº 05/2013. **Orienta sobre a notificação/ investigação de casos de desnutrição energético-proteica (DEP)**. Florianópolis, SC, 2013. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agrivos/notas_tecnicas/Nota_Tecnica_Desnutricao_Grave.pdf>. Acesso em: 5 mar. 2014.

SÃO PAULO. Governo do Estado. **Informe técnico**: vacina conjugada contra o Meningococo C. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/imuni/pdf/IF10_VAC_CONJUGADA_MENIGOC.pdf>. Acesso em: 6 mar. 2014.

_____. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria da Saúde. **Programa de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente**: protocolo de enfermagem. Ribeirão Preto, 2010. 45 p. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/pdf/prot-crianca.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2015.

SPECKER B. L. et al. Sunshine exposure and serum 25-hydroxyvitamin D concentration in exclusively breast-fed infants. **Journal of Pediatrics**, St. Louis, v. 107, p. 372-376, 1985.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual prático de atendimento em consultório e ambulatório de pediatria**. SBP, 2006. 116 p. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/ManPraticaAtend.pdf>>. Acesso em: 7 mar. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Environmental health indicators for Europe**: a pilot indicator-based report: background document. Budapeste, 2004. Disponível em: <http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/140925/E82938.pdf>. Acesso em: 13 set. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**. Conclusions of consensus meeting held 6-8 November 2007. Geneva: WHO; 2007.

Leitura complementar:

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.795, de 27 de abril de 1999. Dispõe sobre a educação ambiental, institui a Política Nacional de Educação Ambiental

e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 abr. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/9795.htm>. Acesso em: 20 fev. 2012.

CALIJURI, M. L. et al. Estudo de indicadores de saúde ambiental e de saneamento em cidade do Norte do Brasil. **Em Sanit Ambient.**, v. 14, n. 1, p. 19-28, jan./mar. 2009.

LIMA, A. O. O Papel da família no ajustamento social e psicológico da criança. **Nova Fase**, ano. 3, n. esp. dez. 1999.

ONU. Comitê Social Humanitário e Cultural da Assembleia Geral. **Declaração dos Direitos da Criança**. UNICEF Brasil, 1959.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Sustentabilidade ambiental e de saúde na Amazônia Legal, Brasil**: uma análise através de indicadores. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 42 p. (Saúde Ambiental, 4). Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/omsambiental/media/IndicadoresdaAmazoniaVOL4.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2015.

PEDRAZZANI, E.S. Aspectos educacionais da intervenção em helmintoses intestinais, no Subdistrito de Santa Eudóxia, município de São Carlos - SP. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 74-85, jan./mar. 1990.

SILVA, A. A. M. et al. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 749-757, out./dez. 1999.

