

CURSO DE QUALIFICAÇÃO

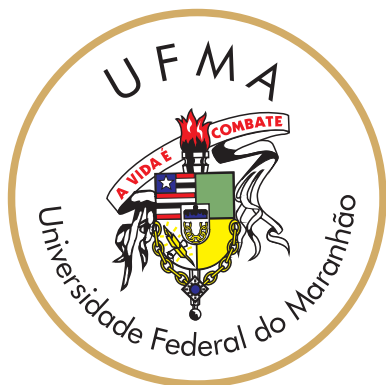


# Saúde da Criança I

## Módulo 5



**UNA-SUS**  
Universidade Aberta do SUS



# Saúde da Criança I

## Módulo 5

### **UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de Carvalho Silva

### **CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA**

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

### **NÚCLEO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA - UFMA**

Diretor – Othon de Carvalho Bastos Filho

Coordenador Pedagógico – Reinaldo Portal Domingo

**São Luís, MA**

Copyright@UFMA/UNASUS,2011

Todos os direitos reservados à Universidade Federal do Maranhão.

Créditos:

Universidade Federal do Maranhão – UFMA Universidade Aberta do SUS- UNASUS  
Praça Gonçalves Dias N.21, 1ºandar, Prédio de Medicina(ILA) da Universidade Federal do Maranhão – UFMA  
Site: [www.unasus.ufma.br](http://www.unasus.ufma.br)

Normalização: Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva. CRB 13a Região N. Registro – 453.

Universidade Federal do Maranhão. UNASUS/UFMA

Saúde da Criança I/ Mae Soares (org.). - São Luís, 2012.

59p. : il.

1. Saúde pública. 2. Saúde da criança. 3. UNASUS/UFMA. 4. Educação em saúde. 5. Políticas de saúde. I. Moreira, João Carlos Raposo. II. Pinho, Judith Rafaele Oliveira. IV. Título.

CDU 614-053.2

# Sumário

<b>SAÚDE DA CRIANÇA I</b>	<b>04</b>
<b>UNIDADE 1 – PACTOS, POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE PARA A INFÂNCIA NO BRASIL E NO MUNDO</b>	<b>05</b>
1.1 Bases Legais de Proteção à Infância	06
1.2 Indicadores de Morbimortalidade Nacionais e Estaduais em Saúde da Criança	10
1.2.1 Indicadores de Mortalidade	16
1.2.2 Indicadores de Morbidade	17
1.3 Políticas e Programas de Saúde da Criança	20
1.4 Vigilância em Saúde da Criança e Seus Determinantes	25
1.5 Sistemas de Informação em Saúde da Criança	26
<b>UNIDADE 2 – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O PLANEJAMENTO DE AÇÕES VOLTADAS À SAÚDE DA CRIANÇA</b>	<b>28</b>
2.1 Papel dos Membros da Equipe de Saúde da Família no Planejamento de Ações e Avaliação de Riscos em Saúde da Criança	29
2.2 Cadastramento	31
2.3 Qualidade da Atenção	32
2.4 A Estratégia de Saúde de Família e o Matriciamento de Pediatria	33
2.5 Ações Educativas e Intersetoriais de Prevenção dos Principais Agravos na Saúde da Criança	35
2.6 Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança	36
<b>UNIDADE 3 – A CRIANÇA, O MEIO AMBIENTE E A FAMÍLIA</b>	<b>38</b>
3.1 Indicadores de Saúde e Ambiente	39
3.2 A criança no Contexto Familiar e Social	42
3.3 Higiene Corporal, Pessoal e Ambiental	43
3.4 Agravos Nutricionais e Orientação Alimentar	45
3.5 Doenças Respiratórias	47
3.6 Principais Causas de Hospitalização	48
3.7 Acompanhamento do Calendário de Imunização	49
3.8 Aleitamento Materno e Introdução Alimentar	50
3.9 Atenção Integral à Saúde de Crianças e Suas Famílias em Situação de Violência	51
<b>Referências</b>	<b>54</b>

# Apresentação

## SAÚDE DA CRIANÇA I

Inicia-se agora o módulo 5 do curso. Nesta nova etapa, serão abordadas as questões gerais sobre saúde da criança. Para facilitar a compreensão do conteúdo, este módulo está dividido em três unidades.

A unidade 1 trata de pactos, políticas e programas de saúde para a infância no Brasil e no mundo. Afinal, conhecer o contexto de surgimento e implantação dessas políticas que atuam no sentido de garantir a saúde da criança é muito importante para que o profissional que atua na Atenção Básica à Saúde possa estimular o controle social por parte da população assistida por ele.

Na unidade 2, serão abordadas questões sobre a equipe de saúde da família e o planejamento de ações voltadas à saúde da criança, além de conhecer os indicadores que estão em maior evidência no país, pois isso poderá lhe ajudar a planejar melhor as ações de saúde.

Para finalizar, aborda-se na unidade 3 a interferência do meio ambiente e da família na saúde da criança. Somam-se a todos esses fatores, a possibilidade de refletir sobre sua prática no serviço de saúde e buscar sempre uma assistência de melhor qualidade. Bons estudos!

# UNIDADE 1

**PACTOS, POLÍTICAS E PROGRAMAS  
DE SAÚDE PARA A INFÂNCIA  
NO BRASIL E NO MUNDO**

Em 20 de novembro de 1959, foi aprovada a Declaração dos Direitos da Criança na Assembleia Geral das Nações Unidas. Resultado de um consenso da comunidade internacional, esse documento representa um marco importante na valorização e reconhecimento internacional da infância, em que a criança passou a ser vista como sujeito de direitos. Nela estão contidos os direitos e liberdades de toda e qualquer criança, que devem ser respeitados e preconizados em dez princípios.

[...] visto que a criança, em decorrência de sua imaturidade física e mental, precisa de proteção e cuidados especiais, inclusive proteção legal apropriada, antes e depois do nascimento, visto que a necessidade de tal proteção foi enunciada na Declaração dos Direitos da Criança em Genebra, de 1924, e reconhecida na Declaração Universal dos Direitos Humanos e nos estatutos das agências especializadas e organizações internacionais interessadas no bem-estar da criança, visto que a humanidade deve à criança o melhor de seus esforços, assim, a Assembleia Geral proclama esta Declaração dos Direitos da Criança, visando que a criança tenha uma infância feliz e possa gozar, em seu próprio benefício e no da sociedade, os direitos e as liberdades aqui enunciados e apela a que os pais, os homens e as mulheres em sua qualidade de indivíduos, e as organizações voluntárias, as autoridades locais e os Governos nacionais reconheçam estes direitos e se empenhem pela sua observância mediante medidas legislativas e de outra natureza [...] (ONU, 1959)

# Bases Legais de Proteção à Infância

No Brasil, a mudança no cenário de atendimento à criança, segundo Brasil (1988), se deu com a proclamação da Constituição Cidadã e a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990). Estes 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).

## SAIBA MAIS

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

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)  
Acesso em: 13 ago. 2012.



## SAIBA MAIS

\_\_\_\_\_.Presidência da República. Decreto Nº 3.597, de 12 de setembro de 2000. Promulga Convenção 182 e a Recomendação 190 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) sobre a proibição das Piores Formas de Trabalho Infantil e a Ação Imediata para sua Eliminação, constituídas em Genebra em 17 de junho de 1999. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF,13 set.

2000.Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3597.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3597.htm)

Acesso em: 13 ago. 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Lei Nº 8069, 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.1990. Disponível em:

[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm)

Acesso em: 20 fev. 2012.

## SAIBA MAIS

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária. Brasília, DF: CONANDA, CNAS, 2006. Disponível em:

<http://www.mp.rs.gov.br/areas/infancia/arquivos/planonacional.pdf>

Acesso em: 13 ago. 2012.

ONU. Comitê Social Humanitário e Cultural da Assembléia Geral. Declaração dos Direitos da Criança. UNICEF Brasil, 1959. Disponível em:

[http://198.106.103.111/cmdca/downloads/Declaracao\\_dos\\_Direitos\\_da\\_Crianca.pdf](http://198.106.103.111/cmdca/downloads/Declaracao_dos_Direitos_da_Crianca.pdf)

Acesso em: 13 ago. 2012.

UNICEF. A Convenção sobre os direitos da criança. Adaptada da Assembléia Geral nas Nações Unidas, 1989. Disponível em:

[http://www.unicef.pt/docs/pdf\\_publicacoes/convencao\\_direitos\\_crianca2004.pdf](http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf).

Acesso em: 13 ago. 2012.

## Indicadores de Morbimortalidade Nacionais e Estaduais em Saúde da Criança



A gestão e avaliação da situação sanitária de um país podem ser feitas a partir da disponibilidade de dados válidos e confiáveis. Somente com evidências reais é possível tomar decisões e programar ações de saúde e vigilância.

O registro sistemático de dados de mortalidade, morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida, fatores ambientais, entre outros, facilitam a quantificação e a avaliação das informações sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do próprio sistema de saúde. Porém, a qualidade de um indicador, como já foi estudado, depende de propriedades dos componentes utilizados em sua formulação e da precisão dos sistemas de informação empregados. Seu grau de excelência deve ser definido por sua capacidade de medir o que se pretende (validade) e de reproduzir os mesmos resultados quando aplicado em condições similares (confiabilidade), sendo a integridade dos dados e sua consistência interna características de qualidade importantes. Um conjunto básico de indicadores tem função de relevante importância para a análise e monitoramento de objetivos e metas em saúde, além de fortalecer a capacidade analítica das equipes e promover a intercomunicação de sistemas de informação (RIPSA, 2008).

## Indicadores de Morbimortalidade Nacionais e Estaduais em Saúde da Criança



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 cooperar no 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 Portaria Ministerial e Termo de Cooperação com a OPAS/OMS. A RIPSA 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).

Em seguida temos alguns indicadores de mortalidade e morbidade infantil e neonatal disponíveis no Banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS.

# Indicadores de Morbimortalidade Nacionais e Estaduais em Saúde da Criança



## 1.2.1 Indicadores de Mortalidade

**Nº de óbitos segundo abrangência e ano**

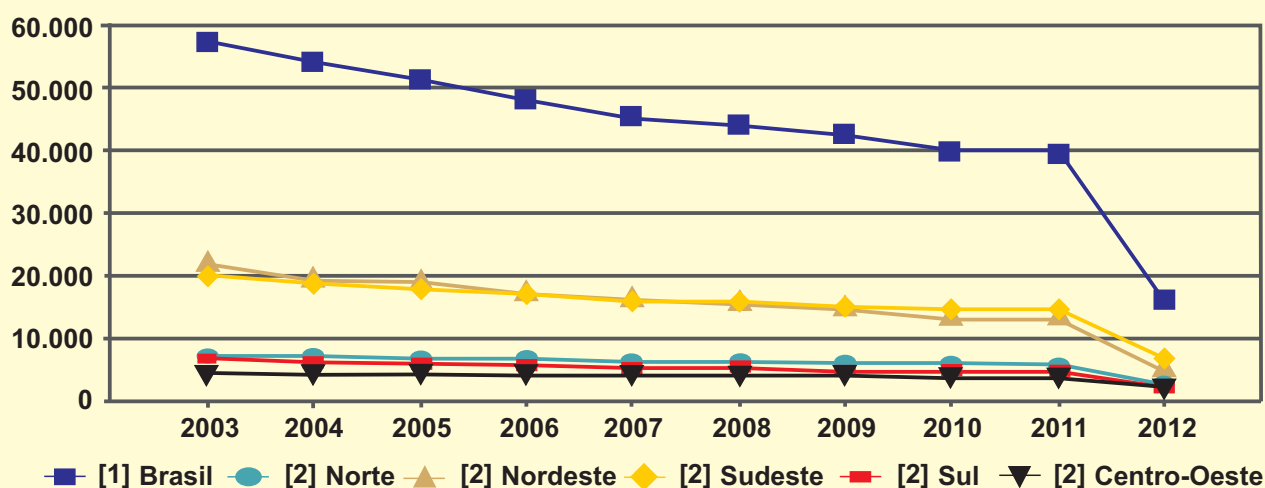


Gráfico 1 - Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, nos anos selecionados e últimos dez anos precedentes. [1]

País [2] Região.

\*Fonte: SIM – julho de 2012.



## 1.2.1 Indicadores de Mortalidade

### Nº de óbitos segundo mês e ano

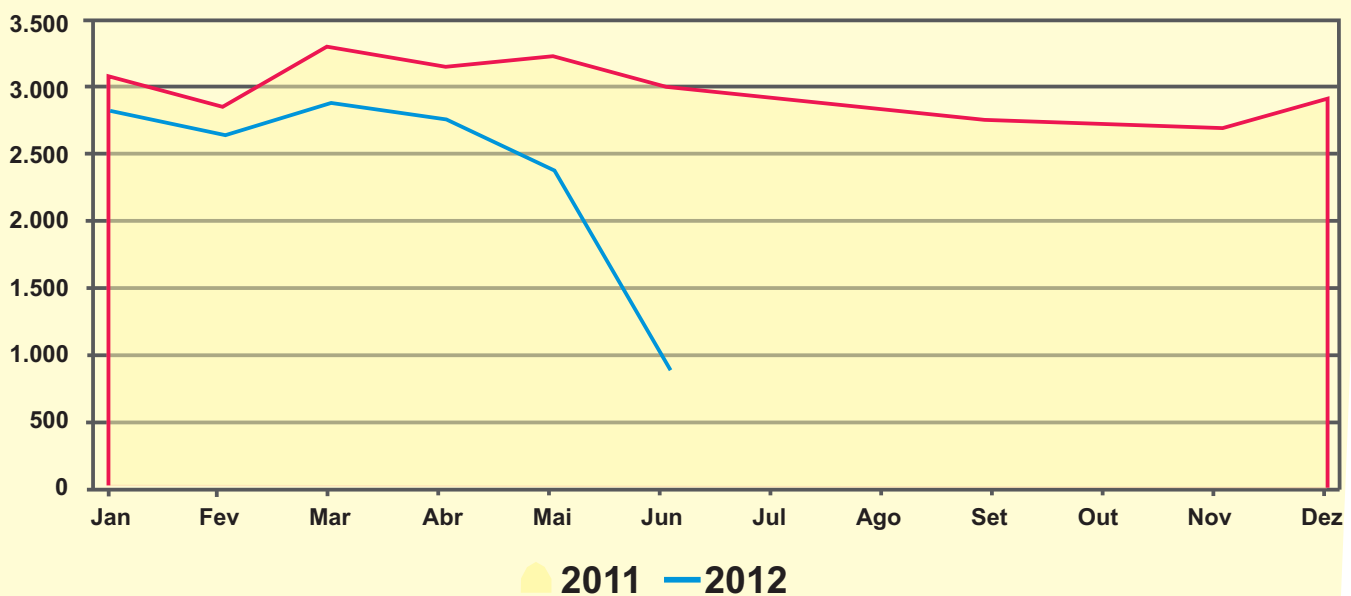


Gráfico 2 - Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, por mês de ocorrência no ano selecionado e no último ano precedente.

\*Fonte: SIM – julho de 2012.

# 1.2

## Indicadores de Morbimortalidade Nacionais e Estaduais em Saúde da Criança



### 1.2.1 Indicadores de Mortalidade

**Nº de óbitos segundo grupo etário e ano**

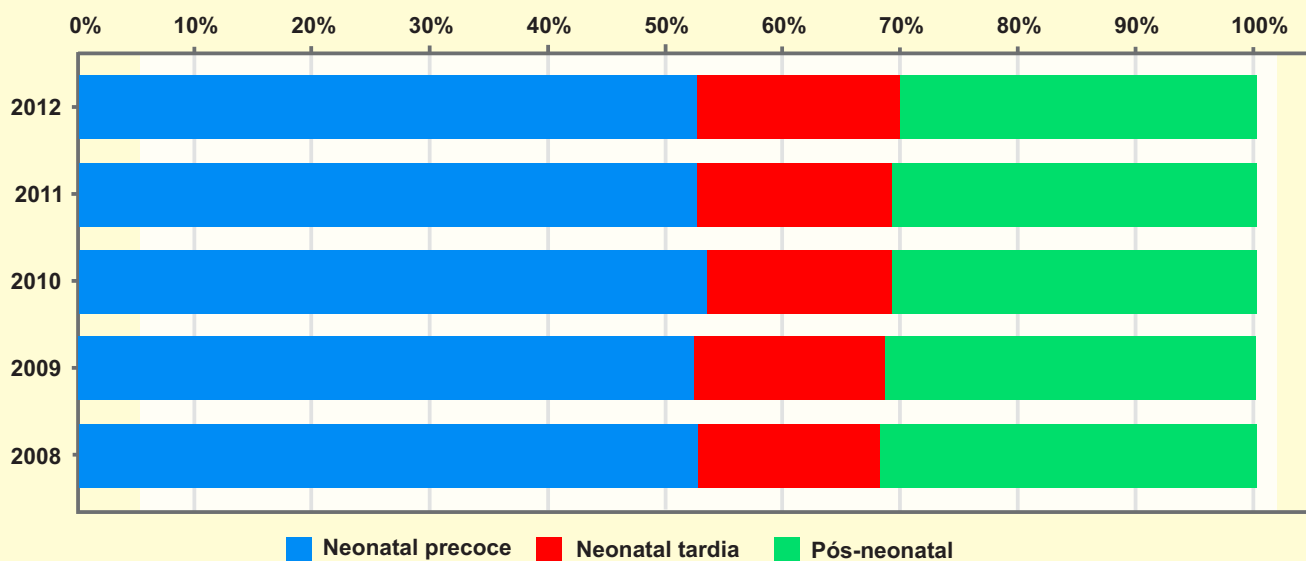


Gráfico 3 - Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, no ano selecionado e últimos quatro anos precedentes, segundo grupo etário.

\*Fonte: SIM – julho de 2012.

# Indicadores de Morbimortalidade Nacionais e Estaduais em Saúde da Criança



## 1.2.1 Indicadores de Mortalidade

### Nº de óbitos segundo localidade e mês

LOCALIDADES	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	ANO
● Brasil	3.109	2.927	3.193	3.052	2.626	979	0	0	0	0	0	0	15.886
● Norte	391	372	388	387	345	110	0	0	0	0	0	0	1.993
● Rondônia	21	31	24	20	6	1	0	0	0	0	0	0	103
● Acre	23	18	16	23	17	4	0	0	0	0	0	0	101
● Amazonas	93	112	97	97	84	25	0	0	0	0	0	0	508
● Roraima	13	14	11	7	13	7	0	0	0	0	0	0	65
● Pará	194	153	186	203	185	70	0	0	0	0	0	0	991
● Amapá	21	14	18	19	13	0	0	0	0	0	0	0	85
● Tocantins	26	30	36	18	27	3	0	0	0	0	0	0	140
● Nordeste	961	935	1.007	907	726	225	0	0	0	0	0	0	4.761
● Maranhão	143	121	139	111	87	12	0	0	0	0	0	0	613
● Piauí	62	54	65	69	57	33	0	0	0	0	0	0	340
● Ceará	126	126	142	124	103	15	0	0	0	0	0	0	636
● Rio Grande do Norte	44	32	23	24	20	10	0	0	0	0	0	0	153
● Paraíba	57	71	66	60	40	9	0	0	0	0	0	0	303
● Pernambuco	155	143	182	148	105	26	0	0	0	0	0	0	759

● País ● Região ● Unidade Federativa



# Indicadores de Morbimortalidade Nacionais e Estaduais em Saúde da Criança



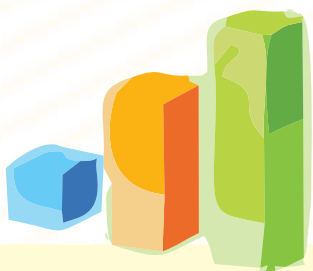
## 1.2.1 Indicadores de Mortalidade

### Nº de óbitos segundo localidade e mês

LOCALIDADES	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	ANO
● Alagoas	64	58	53	58	68	22	0	0	0	0	0	0	323
● Sergipe	36	54	38	43	36	8	0	0	0	0	0	0	215
● Bahia	274	276	299	270	210	90	0	0	0	0	0	0	1.419
● Sudeste	1.166	1.025	1.180	1.211	1.118	484	0	0	0	0	0	0	6.184
● Minas Gerais	263	262	311	251	206	37	0	0	0	0	0	0	1.330
● Espírito Santo	59	42	46	70	51	2	0	0	0	0	0	0	270
● Rio de Janeiro	251	199	242	283	236	130	0	0	0	0	0	0	1.341
● São Paulo	593	522	581	607	625	315	0	0	0	0	0	0	3.243
● Sul	318	339	361	320	264	109	0	0	0	0	0	0	1.711
● Paraná	114	151	160	150	171	87	0	0	0	0	0	0	833
● Santa Catarina	76	70	93	63	52	21	0	0	0	0	0	0	375
● Rio Grande do Sul	128	118	108	107	41	1	0	0	0	0	0	0	503
● Centro-Oeste	273	256	257	227	173	51	0	0	0	0	0	0	1.237
● Mato Grosso do Sul	56	50	41	50	39	16	0	0	0	0	0	0	252
● Mato Grosso	62	63	47	51	42	15	0	0	0	0	0	0	280
● Goiás	110	102	118	85	45	10	0	0	0	0	0	0	470
● Distrito Federal	45	41	51	41	47	10	0	0	0	0	0	0	235

● País ● Região ● Unidade Federativa

Fonte: SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade - Julho de 2012. \*Disponível em: <http://datasus.org.br>. Acesso em: 3 set. 2012.



## 1.2.2 Indicadores de Morbidade

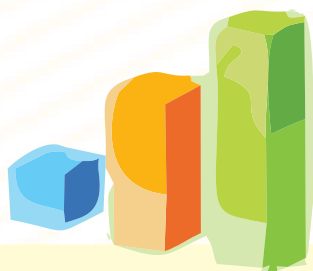
### Proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas

Tabela 1 - Proporção de internações (%) segundo grupos de doenças. Faixa etária: 1 a 4 anos.

GRUPOS DE DOENÇAS	Proporção de internações (%)
TOTAL	100,00
Doenças do aparelho respiratório	44,85
Doenças infecciosas e parasitárias	24,45
Demais causas	13,68
Doenças do aparelho digestivo	6,11
Causas externas	4,47
Doenças do aparelho geniturinário	4,28
Neoplasias	1,67
Doenças do aparelho circulatório	0,47
Transtornos mentais e comportamentais	0,01
Gravidez, parto e puerpério	0,00

\* Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SU.

# Indicadores de Morbimortalidade Nacionais e Estaduais em Saúde da Criança



## 1.2.2 Indicadores de Morbidade

Proporção de internações por Unidade da Federação segundo Grupos de Doenças

Região: Nordeste

Faixa etária: 1 a 4 anos

GRUPO DE DOENÇAS	MARANHÃO	PIAUI	CEARÁ	RIO GRANDE DO NORTE	PARAÍBA	PERNANBUCO	ALAGOAS	SERGIPE	BAHIA	TOTAL
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Doenças do aparelho respiratório	41,76	45,67	45,49	46,14	45,12	35,23	48,10	42,57	45,49	43,67
Doenças infecciosas e parasitárias	38,02	35,00	30,12	26,00	35,16	27,03	33,80	23,94	31,20	31,79
Demais causas	8,04	8,56	11,13	12,79	8,97	19,40	6,62	14,06	8,12	10,39
Doenças do aparelho digestivo	4,66	4,70	5,04	6,58	2,28	6,28	5,36	7,29	7,32	5,78
Doenças do aparelho geniturinário	3,00	2,04	3,06	2,85	2,81	4,57	2,56	5,33	3,29	3,25
Causas externas	2,63	2,31	3,95	2,35	3,63	3,66	2,28	4,85	2,92	3,10
Neoplasias	1,54	1,47	0,89	2,91	1,76	3,33	1,05	1,53	1,24	1,65
Doenças do aparelho circulatório	0,33	0,24	0,32	0,39	0,26	0,51	0,22	0,43	0,41	0,37
Gravidez, parto e puerpério	0,00	0,01	-	-	-	-	-	-	0,00	0,00
	0,01	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00

\* Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SU.

# Indicadores de Morbimortalidade Nacionais e Estaduais em Saúde da Criança

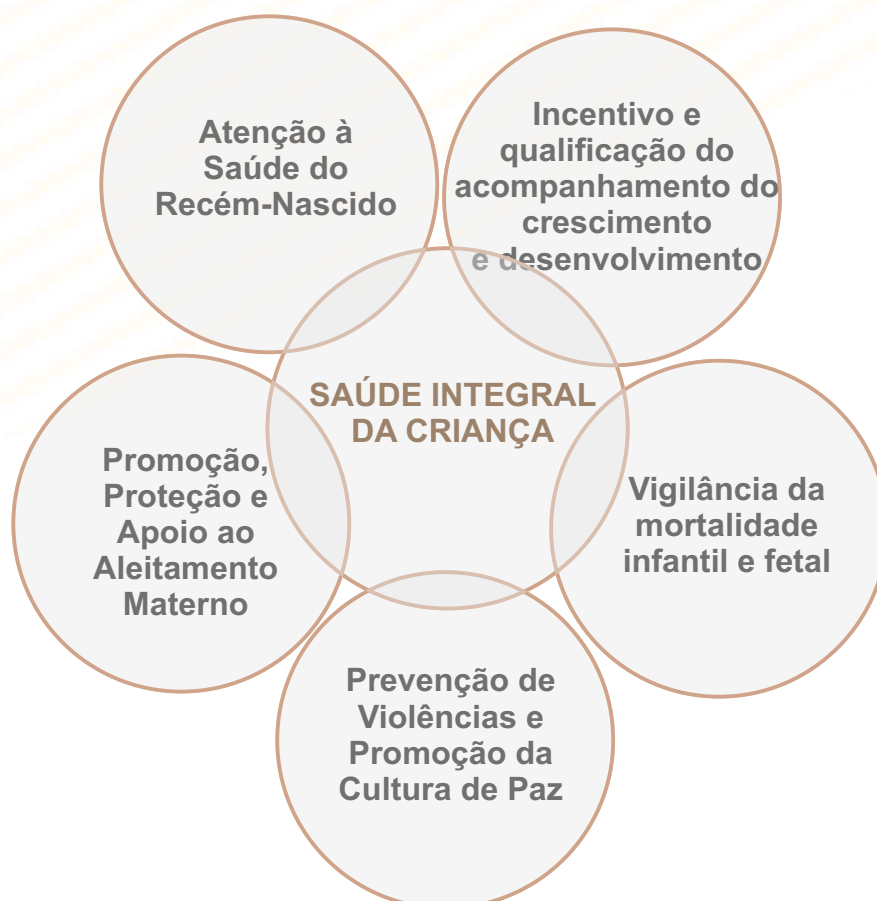
## Não esqueça!

Os indicadores nacionais e regionais que vimos aqui de nada valem se você não interpretá-los e entender seu significado para a prática assistencial. E para ter acesso a outros indicadores, entre no site:

<http://www.datasus.gov.br/idb>



A Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS tem suas linhas de cuidado prioritárias de atenção integral voltadas para os compromissos do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), com o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o Pacto pela Saúde e com o Programa Mais Saúde. Seu propósito maior é a promoção da saúde integral da criança a partir do desenvolvimento de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e assistência à criança, com o compromisso de prover qualidade de vida e desenvolvimento de todo o seu potencial.



## Vale lembrar:

O ODM é um compromisso assumido por todos 191 Estados-Membros da Organização das Nações Unidas (ONU), com a meta de ser implementado 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 maiores informações sobre o ODM, entre no site:

<http://www.pnud.org.br/odm/index.php>



### 8 JEITOS DE MUDAR O MUNDO



O Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi lançado pela Presidência da República em 08 de março de 2004 e aprovado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS). Seu objetivo é articular os atores sociais envolvidos na busca pela melhoria da qualidade de vida de mulheres e crianças, na luta contra os elevados índices de mortalidade materna e neonatal no Brasil. Tem como princípios 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. Para saber mais, é só visitar o site:

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm\\_saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=35197](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/odm_saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35197)

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas, federal, estadual e municipal, do Sistema Único de Saúde.



Seu objetivo é promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Para ser implementado, as três esferas de gestão devem aderir ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que determina as metas e compromissos de cada esfera e, ao ser renovado anualmente, substitui os processos anteriores de habilitação. A série Pactos pela saúde está disponível em:

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=1021](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021)

O Programa Mais Saúde: direito de todos foi lançado em dezembro de 2007 e envolve 86 metas e 208 ações, distribuídas em oito eixos de intervenção. Dentre as ações previstas pelo programa, estão: a realização de concursos públicos, o fortalecimento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), a implementação de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), a ampliação do programa Saúde na Família, entre outras. O delineamento do Programa Mais Saúde está no site: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/>



**MAIS SAÚDE**  
DIREITO DE TODOS



Outros programas e ações desenvolvidas pelo MS voltados para a saúde integral da criança merecem destaque:

- Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança - PAISC
- Programa Nacional de Imunizações - PNI  
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=30281](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30281)
- Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI\\_modulo\\_1.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI_modulo_1.pdf)
- Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância no período Neonatal- AIDPI
- Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC  
[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24229](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24229)



- Programa Nacional de Alimentação Escolar - PNAE  
<http://www.fnde.gov.br/index.php/ae-historico>
- Programa Bolsa Família - PBF  
[www.mds.gov.br/bolsafamilia](http://www.mds.gov.br/bolsafamilia)
- Política de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo\\_canguru\\_m anual\\_tecnico\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_m anual_tecnico_2ed.pdf)
- Programa Saúde na Escola - PSE  
[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817)

Há, ainda, estratégias atuais do governo federal, como:

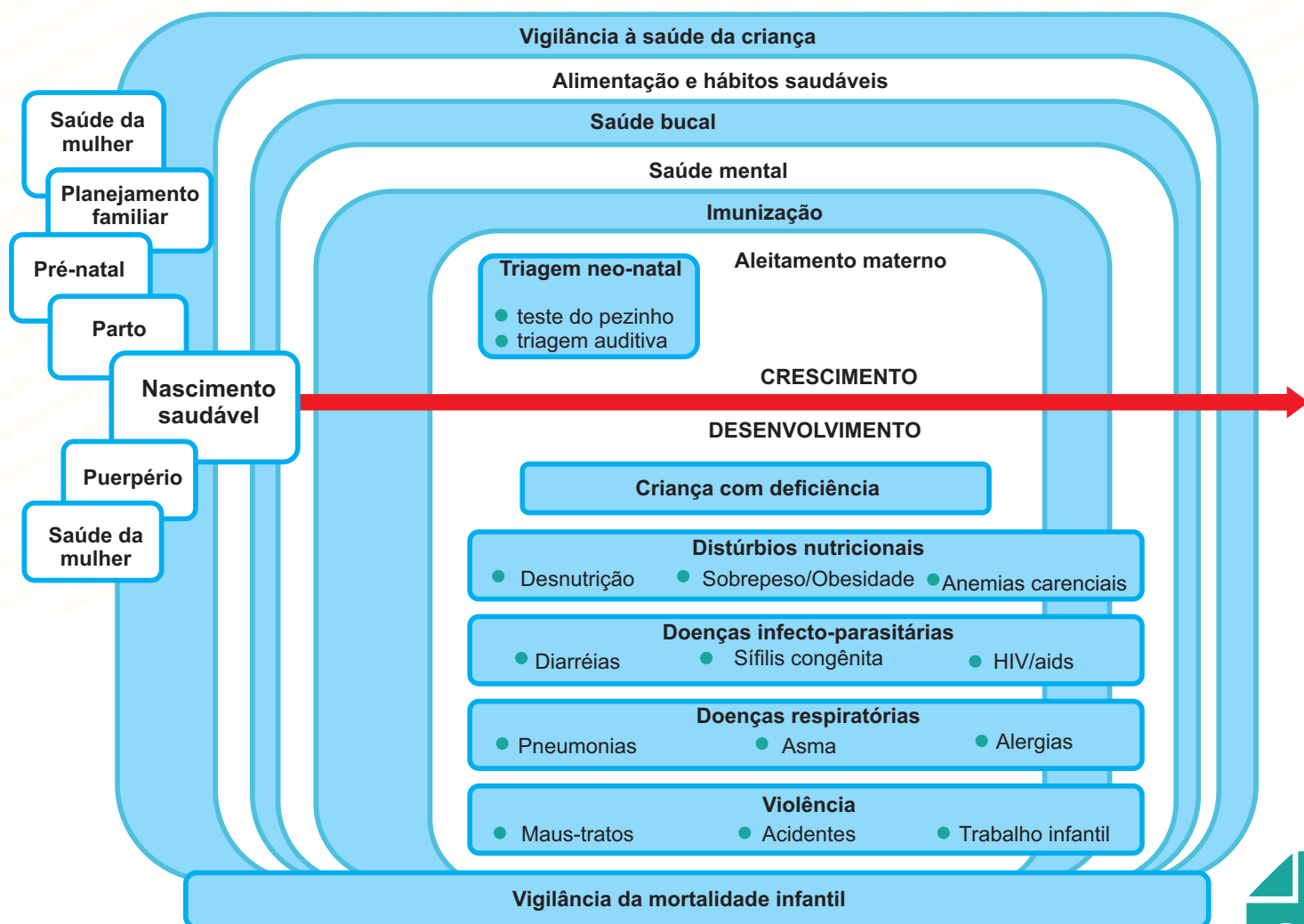
- Brasil Carinhoso:  
<http://brasilcarinhoso.net/>
- Rede Cegonha:  
[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2a\\_250311.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2a_250311.pdf)
- Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil:  
[http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia\\_ret\\_detalhe.php?cod=1528](http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia_ret_detalhe.php?cod=1528)

Vale a pena tomar conhecimento das publicações ministeriais. Elas sempre trazem informações importantes sobre a condução do atendimento voltado à saúde da criança e estão disponíveis no portal oficial:

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1461](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1461)

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 à 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 1 – Atenção Integral à saúde da criança e redução da mortalidade infantil.



Planejar ações adequadas para uma determinada população exige que se tenha conhecimento das características de sua unidade territorial. A análise de informações como escolaridade, renda, saneamento, indicadores de saúde, entre outras, é ferramenta fundamental para a tomada de decisão nas ações em saúde.

Para ter acesso a essas informações, o MS criou sistemas que são alimentados nos serviços de saúde e em outras instâncias municipais, pelos próprios profissionais das equipes de saúde, sendo de extrema importância o adequado preenchimento dos mesmos. Entre os sistemas de informação que podem auxiliar a definição de estratégias básicas para intervenção, listam-se:

- Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)
- Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)
- Sistema de Informação Ambulatorial (SIA)
- Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)
- SISPRENATAL
- Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN)
- Sistema de Informação sobre Internações Hospitalares (SIH)
- Sistema de Informação da Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)
- Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI)
- Declaração de óbito

Declaração de nascidos vivos  
Todos os dados dos Sistemas de Informação estão no site:  
<<http://www.datasus.gov.br/>>

# Síntese da Unidade

Nesta primeira Unidade, foram abordadas as bases legais de proteção à infância 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 deste recorte teórico, tais dispositivos em sua prática de serviço e possa reconhecer a importância dos mesmos para a efetividade do seu trabalho.



# UNIDADE 2

**EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O  
PLANEJAMENTO DE AÇÕES  
VOLTADAS À SAÚDE DA CRIANÇA**

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 rastreio 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 surgidos. 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.

## Papel dos Membros da Equipe de Saúde da Família no Planejamento de Ações e Avaliação de Riscos em Saúde da Criança

Ações de caráter preventivo e de promoção de saúde devem, necessariamente, trabalhar com a educação da criança e de seus familiares, através 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.

O planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde da criança deve, ainda, considerar as particularidades de cada faixa etária (recém-nascido, lactente, pré-escolar, escolar e adolescente) e ter como objetivos:

- Vigiar 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 prevenção de lesões intencionais, principalmente no ambiente doméstico;
- Estimular a promoção da saúde e a prevenção das doenças mais comuns na comunidade;
- Promover a higiene 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 (DEL CIAMPO et al., 2006).

Dentre as atribuições dos profissionais pertencentes às equipes de atenção básica, onde estão incluídas as equipes de Saúde da Família, é atribuição 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, 2011).

A ferramenta que contém informações sobre as crianças de uma comunidade é a Ficha de Cadastro Familiar (Ficha A), em que as equipes de Saúde da Família cadastram todas as famílias da área adscrita, destacando todos os moradores do domicílio e suas peculiaridades. Após o reconhecimento das crianças da área de cobertura, estas devem ser cadastradas na Unidade de Saúde da Família (USF), para abertura de prontuário de atendimento da equipe multiprofissional.

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. A Caderneta da Criança deve ficar com a mãe da criança, para que possa disponibilizar para a equipe de Saúde da Família sempre que for solicitada nas visitas domiciliares ou na USF.





A garantia da qualidade da atenção prestada nos serviços da Atenção Básica em Saúde (ABS), especificamente pelas equipes da ESF, é um dos grandes desafios atuais do SUS. O Ministério da Saúde assegura que a qualidade da atenção prestada pelas equipes de Saúde da Família pode ser verificada a partir dos princípios e diretrizes específicos da ESF, associados ao tempo de trabalho da equipe e à sustentabilidade das suas ações, onde estas precisam ser compreendidas à luz dos princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social (BRASIL, 2005).

Para tanto, o Ministério da Saúde apresentou a proposta de Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da ESF, objetivando consolidar a Política de Monitoramento e Avaliação no âmbito da Atenção Básica. Esta metodologia de gestão interna e de auto avaliação busca alcançar a melhoria da qualidade dos serviços e das práticas de saúde, para solidificar a Estratégia como o eixo estruturante de reorganização da ABS com reflexos no sistema de saúde como um todo (BRASIL, 2005).



Saiba mais sobre a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família no site:  
<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacaoesf/paginas/amoquee.asp>

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, onde 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, onde 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, 2004).

No contexto da ABS, o Matriciamento de Pediatria implica no suporte assistencial e técnico-pedagógico às equipes de Saúde da Família, para que estas incorporem conhecimentos para lidar com casos mais simples. Os serviços de referência podem participar junto às 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, 2004).



## Não esqueça!

O apoio matricial implica sempre na 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.



## Ações educativas e Intersectoriais de Prevenção dos Principais Agravos na Saúde da Criança

Para desenvolver ações educativas de prevenção de agravos na saúde da criança, é necessário estabelecer parcerias com outros setores, como instituições de educação infantil, associações comunitárias e centros de referência, além do ambiente da USF e o domiciliar.

A equipe da ESF deve acolher toda demanda que surgir na Unidade, buscando sempre respondê-la da forma mais qualificada. Deve priorizar o atendimento às crianças com sinais de gravidade ou risco, referenciando-as, quando necessário, para os serviços da rede articulada de saúde. Uma vez assistida na ABS, é de fundamental importância que a criança e sua família sejam acompanhadas de forma contínua, através do agendamento de retorno e visita domiciliar, conforme a necessidade da criança. Tal prática deve visar o aumento da resolubilidade da assistência e diminuir internações desnecessárias, assim como seqüelas ou mortes por causas evitáveis.

## Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança

Há muito tempo, promover e recuperar a saúde e o bem-estar da criança tem sido prioridade dentro da assistência à saúde infantil, garantindo o crescimento e o desenvolvimento adequados dos menores nos aspectos físico, emocional e social. É papel da equipe de Saúde da Família assegurar o pleno desenvolvimento da criança, que pode ser feito através das consultas de puericultura, com o enfoque de prevenção e de promoção da saúde, para que esta atinja a vida adulta sem influências inadequadas e problemas trazidos da infância.

# Síntese da Unidade

Na Unidade 2, focalizam-se as ações em saúde desenvolvidas na ESF voltadas para a saúde da criança. 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.



# UNIDADE 3

A CRIANÇA, O MEIO AMBIENTE  
E A FAMÍLIA

Não se pode pensar a saúde sem considerar o meio ambiente no qual os indivíduos estão inseridos. Os fatores ambientais têm grande influência sobre as condições de saúde dos homens e o seu equilíbrio deve ser uma das preocupações da saúde pública.

Seguindo uma série de eventos internacionais voltados para as questões da saúde e do meio ambiente, em 1992 foi realizada na cidade do Rio de Janeiro a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, onde foram formulados princípios e ideias acerca da construção de indicadores de desenvolvimento sustentável no Brasil. A partir deste evento, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE - iniciou uma série de publicações de Indicadores de Desenvolvimento Sustentável – IDS, com o intuito de disponibilizar para a sociedade brasileira dados sobre a sua realidade, no que diz respeito à relação entre meio ambiente, sociedade e desenvolvimento, subsidiando informações para a tomada de decisões.

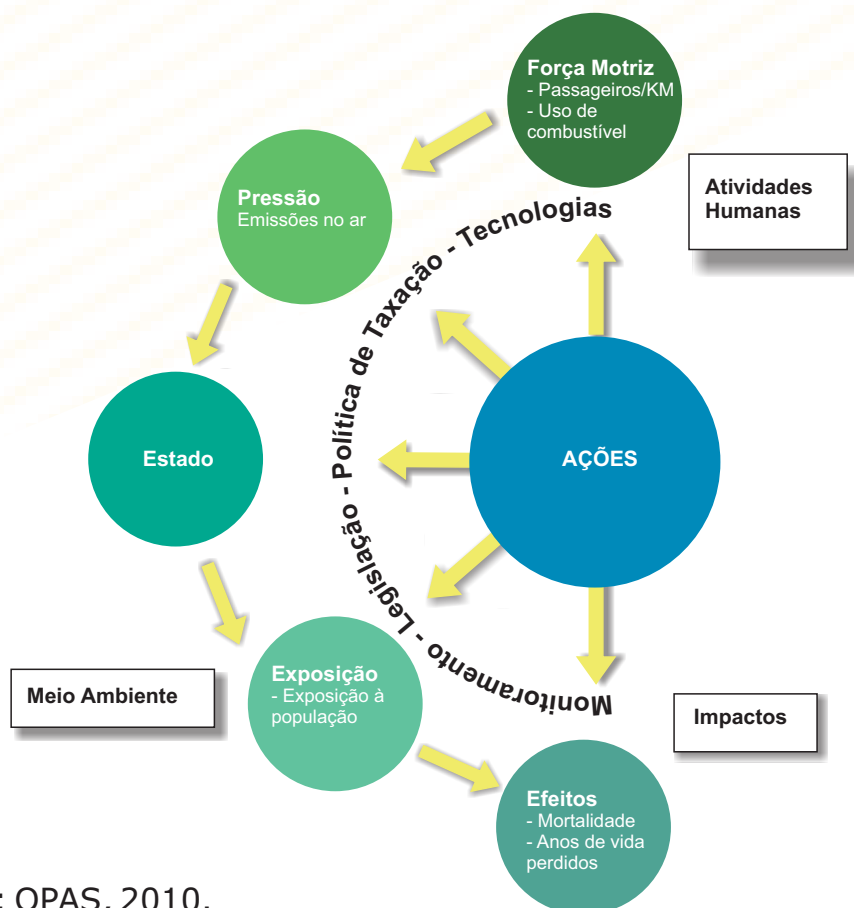


Para ter acesso a essa série de IDS, acesse o site:

[http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/recursosnaturais/ids/default\\_2012.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/recursosnaturais/ids/default_2012.shtm)



No Brasil, o Departamento de Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Secretaria de Vigilância em Saúde do MS (DSAST/SVS/MS) utilizam os IDS de forma sistematizada para a realidade dos estados. Estes são organizados segundo a proposta de matriz de indicadores para a saúde, desenvolvida conjuntamente pelo Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Agência de Proteção Ambiental dos Estados Unidos (USEPA). Tal proposta leva em conta a relação entre exposição ambiental aos diferentes agentes e seus efeitos sobre a saúde do homem, onde os indicadores estão agrupados segundo o modelo de Forças Motrizes Pressão, Situação, Exposição, Efeito e Ação (FPSEEA) (OPAS, 2010).



\*Fonte: OPAS, 2010.

# 3.1

## Indicadores de Saúde e Ambiente

O modelo FPSEEA permite fazer uma relação entre alterações ambientais e seus efeitos sobre a saúde, numa perspectiva espaço-temporal, como ilustra o quadro a seguir:

	<b>Efeitos diretos e de curto prazo</b>	<b>Efeitos mediados e de médio prazo</b>	<b>Efeitos modulados e de longo prazo</b>
<b>Mecanismo Casual</b>	Simple e diretos, ainda que relacionados a determinantes sociais e ambientais de médio e longo prazo	Determinantes ambientais com maior presença, alterando de modo mediado a situação ambiental	Causas complexas; maior visibilidade dos determinantes sociais
<b>Escala temporal</b>	Dias	Semanas/Meses	Anos/Décadas
<b>Escala espacial</b>	Local	Local/Regional	Regional/Nacional
<b>Números de afetados</b>	Dezenas/Centenas	Centenas/Milhares	Milhares/Milhões
<b>Exemplo</b>	Doenças do aparelho respiratório e do aparelho cardiovascular associadas à exposição aguda à poluição atmosférica	Doenças relacionadas ao sangramento ambiental inadequado (DRSAI)	Privações e doenças relacionadas aos eventos climáticos externos (secas e enchentes). Neoplasias associadas à exposição a produtos e resíduos químicos.

\*Fonte: OPAS, 2010.

Para viver em sociedade, é necessário seguir normas e valores morais comuns à comunidade da qual se faz parte. Tais valores são transmitidos e internalizados através da cultura e da educação.

Lima (1999) afirma que é na instituição familiar que estão concentradas as possibilidades de constituição das pessoas enquanto sujeitos e cidadãos. Tal afirmação aponta para o papel fundamental que a família tem na formação da criança enquanto um ser social, ao estabelecer limites e regras que contribuirão para o seu desenvolvimento saudável e adaptado à realidade da qual faz parte. Assim, as equipes da ESF podem potencializar suas ações ao reconhecer a família como uma estratégia social de intervenção na saúde da criança.

Uma das linhas de cuidado na atenção à saúde da criança é voltada para as doenças prevalentes na infância, onde as doenças infecto-parasitárias ainda ocupam lugar de destaque nos atuais indicadores de saúde nacionais.

Um estudo realizado por Pedrazzani et al (1990) revelou uma forte correlação entre os índices de frequência das helmintoses intestinais com as condições socioeconômicas e a ingestão inadequada de alimentos contaminados. Esse achado é comum a outras regiões do país e serviu de base para o planejamento de estratégias de intervenção em verminoses, a partir de ações coletivas.

As crianças acometidas por verminoses apresentam várias perdas no desenvolvimento físico, mental e social, como a capacidade de aprendizado, uma vez que desenvolvem distúrbios no metabolismo e na adequada absorção dos nutrientes, como resultado das lesões intestinais.

Considerar que noções de higiene estão associadas ao nível de escolaridade confirma a importância de realizar ações educativas e de promoção de saúde que envolva as crianças e seus familiares. É de extrema importância o envolvimento dos responsáveis pela transmissão das noções de higiene para as crianças, fazendo-se necessária a extensão das ações coletivas de educação para as escolas, creches e unidades de saúde. Assim, as equipes de Saúde da Família não devem limitar suas ações aos muros da USF, podendo realizar grupos educativos periódicos, abertos à comunidade, envolvendo diversos atores, com o propósito de fornecer orientações sobre o controle ambiental nos vários momentos de abordagem da criança.

É importante lembrar que o Ministério da Saúde afirma que as noções de higiene devem abordar tanto o aspecto pessoal e corporal, quanto os aspectos ambientais e de segurança alimentar, conforme consta na publicação "Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil" (BRASIL, 2004).



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, 2012, p. 10).

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.

Diante da importância da alimentação e da nutrição para um desenvolvimento saudável da infância à fase adulta, o Ministério da Saúde aprovou em 1999 a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), que tinha como propósito melhorar as condições de alimentação, nutrição e saúde, em busca da garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população brasileira. A nova edição da PNAN apresenta uma atualização e aprimoramento de suas bases e diretrizes, para dar conta dos atuais desafios presentes no campo da Alimentação e Nutrição no SUS. Nesta nova versão, a PNAN tem como diretrizes:

1. Organização da Atenção Nutricional;
2. Promoção da Alimentação Adequada e Saudável;
3. Vigilância Alimentar e Nutricional;
4. Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição;
5. Participação e Controle Social;
6. Qualificação da Força de Trabalho;
7. Controle e Regulação dos Alimentos;
8. Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição;
9. Cooperação e Articulação para a Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2012).



O texto da PNAN pode ser visto na íntegra no site:

<http://nutricao.saude.gov.br>

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).

As doenças respiratórias são as mais frequentes no período da infância, com grande importância epidemiológica no país, sendo o primeiro motivo de consulta em ambulatórios e serviços de urgência (BRASIL, 2004,p.27). Este dado exige das equipes de saúde formação e capacitação adequadas para prestar uma atenção qualificada, de forma contínua e resolutiva na área de saúde da criança. Nesse sentido, o investimento em educação permanente das equipes da ESF pode evitar internações hospitalares desnecessárias, assim como mortes por motivos evitáveis.

O Ministério da Saúde torna claro que das doenças respiratórias mais prevalentes na infância (resfriado, pneumonia, amigdalite, otite, sinusite, rinite, bronquite, asma), destacam-se a “pneumonia e a asma, onde a primeira encontra-se como segunda causa de morte em menores de um ano e a última (nas associações com alergia e pneumonia), umas das principais causas de internação e busca por serviços de pronto atendimento” (BRASIL, 2004).

**Tome Nota:**

A abordagem das doenças respiratórias e infecciosas deve seguir uma linha de cuidado priorizada pelas equipes da ESF nas ações de saúde dirigidas à criança.





Foram vistos na primeira Unidade alguns indicadores de morbidade. As doenças do aparelho respiratório e infecciosas e parasitárias lideram as causas de internação hospitalares, tanto no âmbito nacional, quanto nos âmbitos regionais.

Uma pesquisa realizada por Silva et al (1999) sobre fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, revelou que a pneumonia e a diarreia eram as causas responsáveis pelas maiores taxa de internação hospitalar (7,3% e 7,1%, respectivamente). Passado pouco mais de uma década, essa realidade não sofreu grandes modificações, tendo-se, portanto que refletir sobre o que está sendo feito para mudar esse panorama.

Ainda se tem muito a fazer para alcançar um percentual de cobertura adequada para cada estado do país. Para tanto, a linha de cuidado de atenção à saúde da criança também deve envolver ações de atenção à saúde da mulher. As ações de imunização precisam alcançar mulheres desde a idade fértil, assim como completar o esquema básico de vacinação da criança e atingir as metas estipuladas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004)

Quadro 2 – Esquema básico de vacinação.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO INFANTIL					
COMO ERA			COMO FICA		
IDADE	VACINA	DOSE	IDADE	VACINA	DOSE
Ao nascer	BCG-ID	Dose Única	Ao nascer	BCG-ID	Dose única
	Hepatite B	1ª dose		Hepatite B	1ª dose
1 mês	Hepatite B	2ª dose			
2 meses	Tetravalente (DTP+Hib)	1ª dose	2 meses	Pentavalente (DTP+Hib + HB)	1ª dose
	Vacina oral poliomielite			Vacina poliomielite inativada	
	Vacina oral Rotavírus Humando			Vacina oral Rotavírus Humando	
	Vacina pneumocócica 10			Vacina pneumocócica 10	
3 meses	Vacina meningocócica C	1ª dose	3 meses	Vacina meningocócica	1ª dose
4 meses	Tetravalente (DTP+Hib)	2ª dose	4 meses	Pentavalente (DTP+Hib + HB)	2ª dose
	Vacina oral poliomielite			Vacina poliomielite inativada	
	Vacina oral rotavírus humano			Vacina oral rotavírus humano	
	Vacina pneumocócica 10			Vacina pneumocócica 10	
5 meses	Meningocócica C	2ª dose	5 meses	<b>Meningocócica C</b>	2ª dose
6 meses	Hepatite B	3ª dose	6 meses	Pentavalente (DTP+Hib + HB)	3ª dose
	Vacina Oral Poliomielite			Vacina Oral Poliomielite	
	Tetravalente (DTP+Hib)			Vacina pneumocócica 10	
	Vacina pneumocócica 10				
9 meses	Febre Amarela	Dose Inicial	9 meses	Febre Amarela	Dose Inicial
12 meses			12 meses		1ª dose
	Vacina pneumocócica 10	Reforço		Vacina pneumocócica 10	Reforço
15 meses	Triplíce bacteriana (DTP)	1º reforço	15 meses	Triplíce bacteriana (DTP)	1ª dose
	Vacina oral poliomielite	Reforço		Vacina oral poliomielite	Reforço
	Meningocócica C			Meningocócica C	
4 anos	Triplíce bacteriana (DTP)	2º reforço	4 anos	Triplíce bacteriana (DTP)	2º reforço
	Triplíce viral	2ª dose		Triplíce viral	2ª dose
10 anos	Febre Amarela	Uma dose a cada dez anos	10 anos	Febre Amarela	Uma dose a cada dez anos
Campanhas Nacionais para Crianças					
Menores de 5 anos	Vacina oral de poliomielite		Menores de 5 anos	Vacina oral de poliomielite	
De 6 meses a menores de 2 anos	Vacina Influenza (gripe)		De 6 meses a menores de 2 anos	Vacina Influenza (gripe)	

Fonte:

[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jan/18/calendario\\_180112.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jan/18/calendario_180112.pdf)

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). O incentivo ao aleitamento materno está presente em diretrizes de diversas publicações ministeriais (Políticas e Programas de Saúde, etc), podemos identificar, por exemplo:

- Nas orientações dadas durante o pré-natal;
- Nas salas de parto e maternidades;
- 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 quanto 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 direito que as mulheres têm de amamentar seus filhos até o seis meses de idade, durante uma hora no período de trabalho;
- A Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças da Primeira Infância (Portaria MS 2.051/2001) - NBCAL
- As iniciativas de promoção da Semana Mundial de Amamentação;
- O Banco de Leite Humano (BRASIL, 2012).

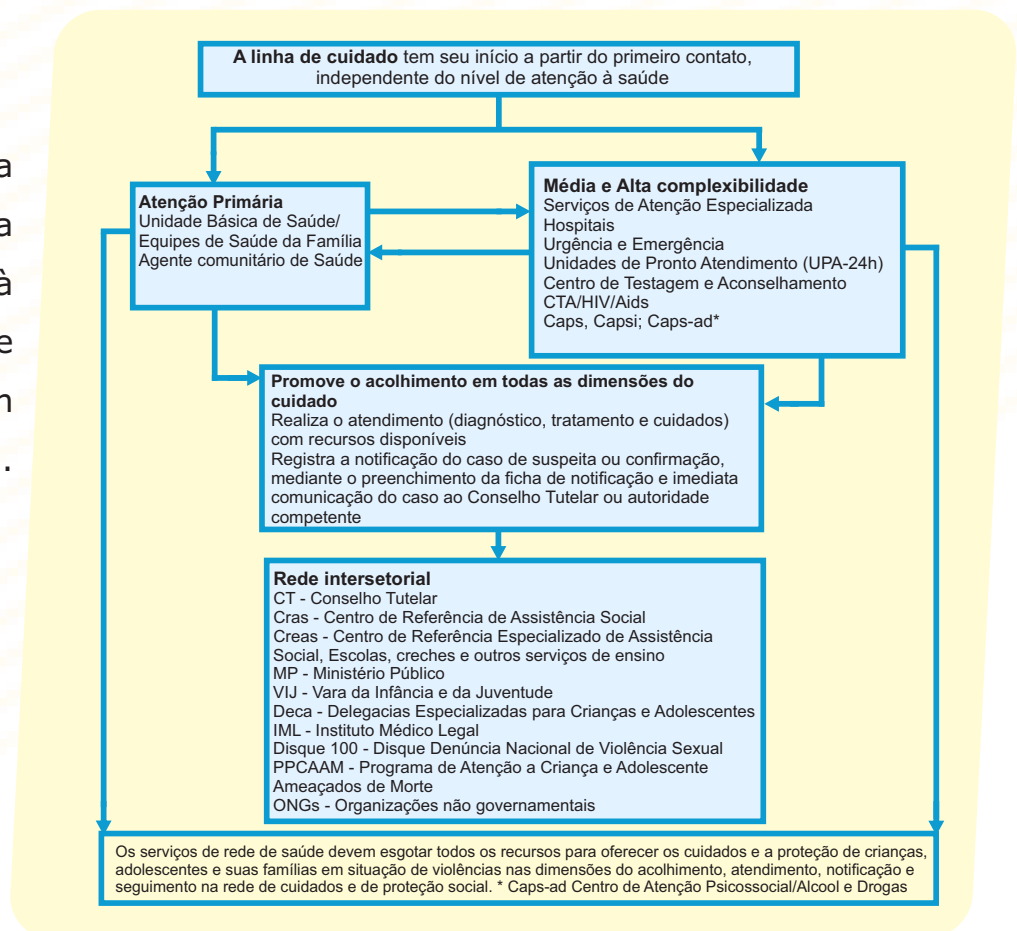
## Atenção Integral à Saúde de Crianças e Suas Famílias em Situação de Violência

Falar de atenção integral em situações de violência é, antes de tudo, agir de forma intersetorial. Os profissionais da ESF devem estar sempre atentos à qualidade das interações entre a criança e seus familiares, identificando possíveis casos de negligência e violência psicológica, física ou sexual. Devem, ainda, fazer uso do vínculo que vai ser estabelecido com essa família para fornecer orientações de promoção da saúde e proteção de acidentes, pautados nos direitos garantidos pelo ECA.

A linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças e suas famílias em situação de violência deve seguir os passos de: acolhimento, atendimento, cuidados profiláticos e tratamento para a violência sexual, notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção social. Lembrando que a atenção é integral e deve ser dispensada de forma contínua, garantindo ao usuário o seu acompanhamento nas redes intra e inter setorial articuladas de cuidado e de proteção social (BRASIL, 2010).

# Atenção Integral à Saúde de Crianças e Suas Famílias em Situação de Violência

Figura 2 – Linha de cuidado para atenção integral à saúde de crianças e suas famílias em situação de violência.



\*Fonte: BRASIL, 2010.

Cabe às equipes de saúde identificar e notificar os casos de violência e maus-tratos, comunicar e referenciar todos os casos suspeitos ou confirmados, de acordo com fluxo local, além de proceder ao acolhimento, assistência, tratamento e encaminhamentos necessários utilizando a rede de apoio existente (Pastoral da Criança, Juizado, Conselho Tutelar, Delegacia, Hospital, Serviços de Saúde mental, Abrigo, etc) (BRASIL, 2004,p.32)

# Síntese da Unidade

Nesta última Unidade, pode-se pensar a criança em diferentes contextos, discutir alguns indicadores de morbidade infantil e alguns direcionamentos ministeriais para a prática na área de saúde da criança.



# REFERÊNCIAS

BRASIL. 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.

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

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei Nº 8069, 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.1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm). Acesso em: 20 fev. 2012.

\_\_\_\_\_.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). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2012.

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

# REFERÊNCIAS

ONU. Comitê Social Humanitário e Cultural da Assembléia Geral. **Declaração dos Direitos da Criança**. UNICEF Brasil, 1959. Disponível em: [http://198.106.103.111/cmdca/downloads/Declaracao\\_dos\\_Direitos\\_da\\_Crianca.pdf](http://198.106.103.111/cmdca/downloads/Declaracao_dos_Direitos_da_Crianca.pdf). Acesso em: 13 ago. 2012.

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.

RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.349 p. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ind\\_basicos\\_2\\_edicao.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ind_basicos_2_edicao.pdf). Acesso em: 13 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde (SAS). 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://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>. Acesso em: 13 set. 2012.



# REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 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. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacoesf/home/pdf/Guia%20de%20Implanta%C3%A7%C3%A3o%20AMQ.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2012.

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

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, 2006.

RIBEIRO, L. C. C.; ROCHA, R. L.; RAMOS-JOR, M. L. Acolhimento às crianças na atenção primária à saúde: um estudo sobre a postura dos profissionais das equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.12, p.2316-2322, dez. 2010.

# REFERÊNCIAS

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.

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). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://bvsms.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://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_crianças\\_familias\\_violencias.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_familias_violencias.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2012.

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

# REFERÊNCIAS

\_\_\_\_\_. 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/l9795.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9795.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 SanitAmbient.**, 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 Assembléia Geral. **Declaração dos Direitos da Criança**. UNICEF Brasil, 1959. Disponível em: [http://198.106.103.111/cmdca/downloads/Declaracao\\_dos\\_Direitos\\_da\\_Crianca.pdf](http://198.106.103.111/cmdca/downloads/Declaracao_dos_Direitos_da_Crianca.pdf). Acesso em: 13 ago. 2012.

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://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Condi%C3%A7%C3%B5es%20e%20Condicionantes%20de%20Vida%20e%20Sa%C3%BAde%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o/Sa%C3%BAde%20Ambienta/SustAmb\\_IndBr\\_AmazLeg.pdf](http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Condi%C3%A7%C3%B5es%20e%20Condicionantes%20de%20Vida%20e%20Sa%C3%BAde%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o/Sa%C3%BAde%20Ambienta/SustAmb_IndBr_AmazLeg.pdf)>. Acesso em: 13 ago. 2012.

# REFERÊNCIAS

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.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Environmental health indicators for Europe**: a pilot indicator-based report:background document.Budapeste, 2 0 0 4 . D i s p o n í v e l e m : <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/140925/E82938.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/140925/E82938.pdf)>. Acesso em: 13 set. 2012.

