

# Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde

Vilma Costa de Macêdo



UNIVERSIDADE  
FEDERAL  
DE PERNAMBUCO



Saber  
Tecnologias Educacionais e Sociais



UNA-SUS  
Universidade Aberta do SUS

# **Atenção integral à saúde da criança:** políticas e indicadores de saúde

Vilma Costa de Macêdo

Recife  
2016

## GOVERNO FEDERAL

### Presidente da República

Dilma Vana Rousseff

### Ministro da Saúde

Marcelo Castro

### Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Heider Aurélio Pinto

### Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Alexandre Medeiros de Figueiredo

### Secretário Executivo da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS)

Francisco Eduardo de Campos

## CONTATO

Universidade Federal de Pernambuco

Centro de Convenções da UFPE, Espaço Saber, Sala 04

Avenida dos Reitores, s/n, Cidade Universitária, Recife - PE,

CEP 50.741-000

<http://sabertecnologias.com.br>

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

### Reitor

Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

### Vice-Reitor

Florisbela Campos

## GRUPO SABERTECNOLOGIAS EDUCACIONAIS

### E SOCIAIS UNA-SUS UFPE

#### Coordenadora Geral

Prof<sup>ª</sup>. Cristine Martins Gomes de Gusmão

#### Coordenadora Técnica

Josiane Lemos Machiavelli

#### Coordenadora de EAD

Prof<sup>ª</sup>. Sandra de Albuquerque Siebra

#### Equipe de Ciência da Informação

Prof<sup>ª</sup>. Vildeane da Rocha Borba

Jacilene Adriana da Silva Correia

#### Equipe de Design

Amarílis Ágata da Silva

Cleyton Nicollas de Oliveira Guimarães

Silvânia Cosmo

#### Assessoria – Educação em Saúde

Luiz Miguel Picelli Sanches

Patrícia Pereira da Silva

#### Secretaria Acadêmica

Fabiana de Barros Lima

Geisa Ferreira da Silva

Isabella Maria Lorêto da Silva

#### Revisor linguístico

Emanuel Cordeiro da Silva

M141a Macêdo, Vilma Costa de  
Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde/  
Vilma Costa de Macêdo– Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016.  
43 p.  
Inclui Ilustrações  
ISBN:: 978-85-415-0853-7 (e-book)

1. Atenção Primária a Saúde –Saúde da criança 2. Promoção da saúde.  
3. Política de saúde. Indicadores Básicos de saúde. I. Título.

# SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>1</b>	<b>ESTRATÉGIAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA .....</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA (PNAISC).....</b>	<b>8</b>
2.1	DEFINIÇÕES DE CRIANÇA, PRIMEIRA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA.....	8
2.2	PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA PNAISC .....	9
2.3	EIXOS ESTRATÉGICOS DA PNAISC .....	11
2.4	AÇÕES ESTRATÉGICAS DO EIXO DE ATENÇÃO HUMANIZADA E QUALIFICADA À GESTAÇÃO, AO PARTO, AO NASCIMENTO E AO RECÉM-NASCIDO .....	16
2.5	AÇÕES ESTRATÉGICAS DO EIXO DE ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL.....	20
2.6	AÇÕES ESTRATÉGICAS DO EIXO DE PROMOÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA (BRASIL, 2015) .....	24
2.7	AÇÕES ESTRATÉGICAS DO EIXO DE ATENÇÃO INTEGRAL A CRIANÇAS COM AGRAVOS PREVALENTES NA INFÂNCIA E COM DOENÇAS CRÔNICAS (BRASIL, 2015) .....	25
2.8	AÇÕES ESTRATÉGICAS DO EIXO DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS, PREVENÇÃO DE ACIDENTES E PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ (BRASIL, 2015) .....	25
2.9	AÇÕES ESTRATÉGICAS DO EIXO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA OU EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS E DE VULNERABILIDADE (BRASIL, 2015) .....	25
2.10	RESPONSABILIDADES DOS TRÊS NÍVEIS DE GESTÃO PARA IMPLANTAÇÃO DA PNAISC (BRASIL, 2015).....	27
<b>3</b>	<b>INDICADORES DE SAÚDE NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA .....</b>	<b>30</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>

# APRESENTAÇÃO

## CARO(A) ESPECIALIZANDO(A),

A disciplina Atenção Integral à Saúde da Criança tem um papel fundamental para quem atua na Estratégia Saúde da Família, considerando a atual dimensão e complexidade das políticas públicas e a necessidade de fortalecimento dos eixos temáticos para o cuidado da criança, articulando as ações de saúde em todos os níveis de atenção. Ao término desta leitura, você conhecerá com mais propriedade as estratégias públicas de atenção à saúde da criança, especialmente os eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC); as atribuições dos profissionais da atenção básica nesta ação programática e os indicadores de saúde para o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

**Bons estudos!**

# 1 ESTRATÉGIAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Ao darmos início aos estudos da disciplina Atenção Integral à Saúde da Criança, é importante lembrarmos que a Atenção à Saúde da Criança representa uma área prioritária no âmbito dos cuidados à saúde das populações. Para que se desenvolva de forma adequada, além do conhecimento sobre as características relacionadas aos indicadores de morbimortalidade, é necessário compreender os aspectos biológicos, demográficos e socioeconômicos, bem como os demais determinantes sociais no processo de saúde-doença.

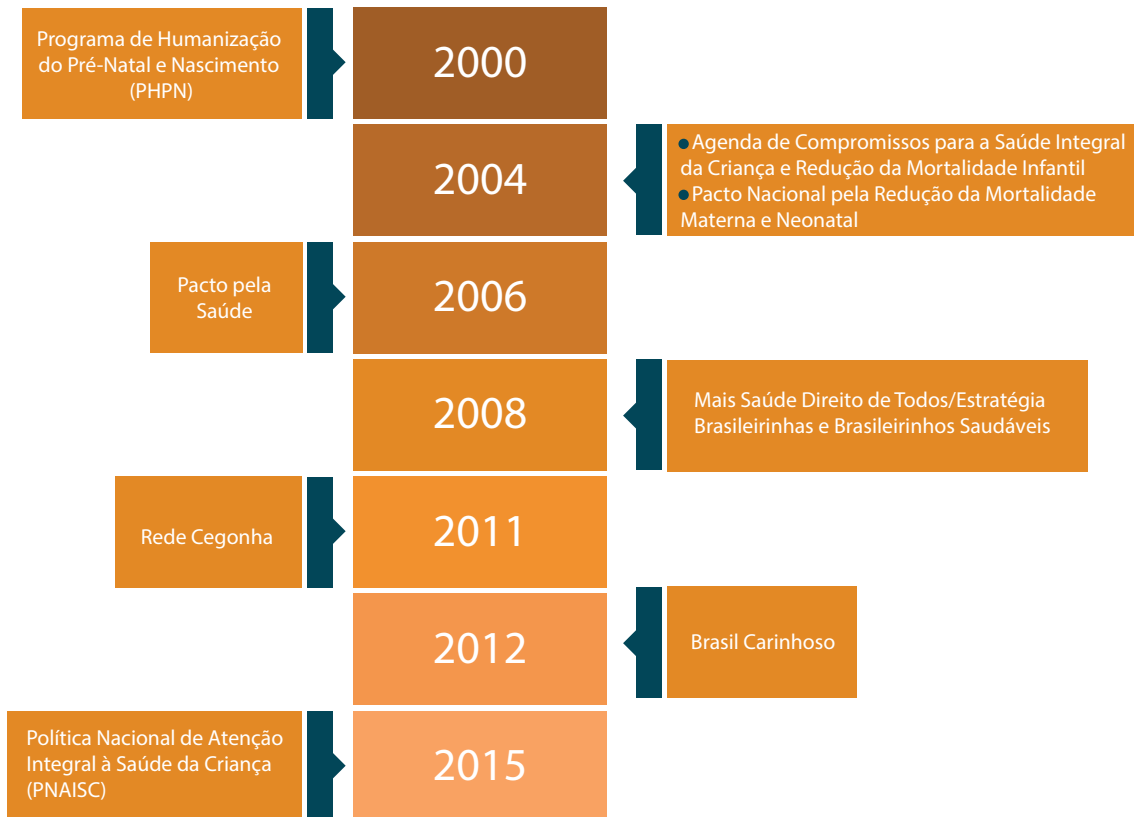
A saúde da criança está na agenda política do Brasil há várias décadas. Em 1937, durante o Estado Novo, foi instituído o primeiro programa nessa área, com ações para proteção da maternidade, infância e adolescência sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES). Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com ações voltadas para a redução da morbidade e mortalidade da criança e da mulher (BRASIL, 2011a).

Em 1983, foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com o objetivo de desenvolver ações para melhorar as condições de saúde, a cobertura e a rede pública de serviços. Em 1984, o PAISMC foi desmembrado em: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). As ações do PAISM foram voltadas à saúde da mulher, enquanto o foco do PAISC era a saúde da criança (BRASIL, 2011a; OSIS, 1998).

Veja, a seguir, as principais estratégias públicas voltadas à saúde da criança desenvolvidas a partir dos anos 2000 até hoje:



**Figura 1** – Estratégias públicas de atenção à saúde da criança nos anos 2000.



Fonte: (UFPE, 2015).

## Saiba +

Para você conhecer mais sobre cada estratégia apresentada na figura 1, sugerimos as seguintes leituras:

### Sites

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Humanização do parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf)>. Acesso em: 2 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde**: direito de todos: 2008–2011. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 164 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais\\_saude\\_direito\\_todos\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_3ed.pdf)>. Acesso em: 2 out. 2015.

(Continua)



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. **O futuro hoje**: estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 128 p. (Série B. Textos básicos de saúde). (Série ODM Saúde Brasil, v. 4). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/futuro\\_hoje\\_estrategia\\_brasileirinhas\\_brasileirinhos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/futuro_hoje_estrategia_brasileirinhas_brasileirinhos.pdf)>. Acesso em: 2 out. 2015.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 125,1 jul. 2011. Seção 1, p. 61. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 2 out. 2015.

BRASIL Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Seção 1, n. 149, p. 37. Disponível em: <[http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes\\_06.08.2015-l.pdf](http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.08.2015-l.pdf)>. Acesso em: 2 out. 2015.

A mais recente política voltada para a saúde da criança é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Os eixos envolvem toda a rede de atenção à saúde, desde a atenção humanizada perinatal e ao recém-nascido até a prevenção do óbito infantil. A rede de atenção à saúde da criança envolve a rede cegonha, pessoa com deficiência, urgência e emergência, atenção psicossocial e doenças crônicas (BRASIL, 2015).



## 2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA (PNAISC)

Agora, vamos dialogar sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, que foi instituída por meio da Portaria nº 1.130, em 05 de agosto de 2015 (BRASIL, 2015), considerada um marco para a atenção integral à criança, que articula as ações em todos os níveis de atenção. Aqui, vamos nos reportar aos princípios dessa política buscando indicar também outras referências e reflexões voltadas para ações prioritárias na atenção primária à saúde.

### 2.1 DEFINIÇÕES DE CRIANÇA, PRIMEIRA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

A seguir, vamos conhecer algumas definições relacionadas à criança, primeira infância e adolescência:

#### **Definições na PNAISC (BRASIL, 2015)**

**Criança:** pessoa na faixa etária de 0 a 9 anos, ou seja, de 0 a 120 meses.

**Primeira infância:** consiste na faixa etária de 0 a 5 anos, ou seja, de 0 a 72 meses.

#### **Definições no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990)**

**Criança:** pessoa com até 11 anos de idade.

**Adolescente:** pessoa entre 12 e 18 anos. O ECA foi promulgado em julho de 1990, contudo muito de seu conteúdo ainda continua em implementação.

#### **Definições do Ministério da Saúde (MS) (UNA-SUS/UFSC, 2013)**

**Criança:** pessoa na faixa etária de 0 a 9 anos.

**Adolescente:** pessoa com idade compreendida entre 10 e 19 anos.





Mesmo com essas definições, para fins de atendimento em serviços de pediatria no Sistema Único de Saúde (SUS), os estabelecimentos deverão atender crianças e adolescentes até a idade de 15 anos (192 meses), sendo esse limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas de cada serviço de saúde (BRASIL, 2015). A divisão em ciclos de vida, adotada pelo Ministério da Saúde, visa a atender às especificidades nas fases de crescimento e desenvolvimento da criança e o início da puberdade (UNA-SUS/UFSC, 2013, p. 20).

### Saiba +

Sugerimos a leitura do **Estatuto da Criança e do Adolescente**:

#### Sites

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 16 jul. 1990. p. 13563. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em: 1 out. 2015.

## 2.2 PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA PNAISC

Os princípios da PNAISC vêm ao encontro dos compromissos do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e com o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Veja os princípios na figura 2.

**Figura 2** – Princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)



Fonte: (BRASIL, 2015, adaptado).



A atenção integral, como diretriz do SUS, está contemplada desde a Constituição de 1988. Na rede de atenção à saúde, convivem diferentes marcos organizativos; entre eles, a estruturação em níveis de complexidade, a saber: atenção primária ou atenção básica e atenção de média e alta complexidade. Cada estado e município, com base na rede de atenção e seus diversos equipamentos e serviços de saúde, deve incluir as diretrizes da PNAISC em seus planejamentos de saúde, projetos e programas, percebendo as ações voltadas para as crianças articuladas com as diversas áreas e ciclos de vida. É certo que ainda é um desafio, mas, para que seja efetivo, é um processo que deve ter a participação e compromisso de todos os atores envolvidos.

Para elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para a saúde da criança, devem ser consideradas as seguintes **diretrizes da PNAISC** (BRASIL, 2015):

- » Gestão interfederativa das ações de saúde da criança;
- » Organização das ações e serviços na rede de atenção;
- » Promoção da saúde;
- » Fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família;
- » Qualificação da força de trabalho do SUS;
- » Planejamento e desenvolvimento de ações;
- » Incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento;
- » Monitoramento e avaliação;
- » Intersetorialidade.

Veja, a seguir, exemplos da prática profissional associada a uma diretriz:

### Exemplo E<sup>k</sup>

A **promoção da saúde** é uma ação transversal e encontra-se presente em todas as intervenções realizadas pelos profissionais das equipes de saúde na atenção básica. A visita domiciliar é um exemplo de intervenção que envolve a promoção à saúde, podendo causar impacto no desenvolvimento infantil. No momento da realização da visita, devem ser abordados os riscos antecedentes, orientar a condução dos problemas sociais e emocionais na criança, principalmente em populações mais vulneráveis (BRASIL, 2011).

A visita domiciliar à puérpera e ao recém-nascido (RN) nas primeiras 24 horas após a alta hospitalar, além de fortalecer o vínculo com a família, é fundamental para avaliar precocemente dificuldades na amamentação, observar a interação da família com a criança e orientar outros familiares que convivem com a criança, que geralmente não vão à consulta individual. O planejamento pode ser a partir da notificação das maternidades pela Declaração dos Nascidos Vivos (DN) ou por aviso do nascimento pela própria família (UNA-SUS/UFSC, 2013, p. 37).

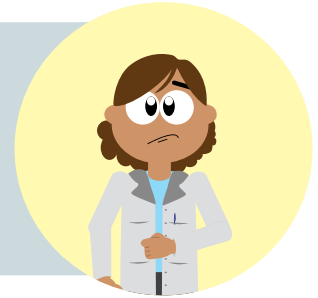
(Continua)



O incentivo ao aleitamento materno é a intervenção que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física e mental da criança e da mulher que amamenta. Além disso, é importante que, durante as visitas nos domicílios com crianças, oriente-se sobre imunização. Crianças em aleitamento exclusivo devem ser visitadas pelo agente comunitário de saúde e outros membros da equipe mensalmente para fortalecer o apoio à mãe e familiares sobre os benefícios do leite materno no crescimento e desenvolvimento infantil (FONSECA-MACHADO et al., 2012).

### Para Refletir

Como implantar essas diretrizes na Estratégia Saúde da Família?  
O que precisa ser implementado no seu município/estado para que as políticas públicas, entre elas as voltadas à saúde da criança, sejam articuladas em rede?



## 2.3 EIXOS ESTRATÉGICOS DA PNAISC

A PNAISC está estruturada em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde (BRASIL, 2015). A seguir, apresentamos cada eixo e alguns comentários específicos:

### **Eixo I – Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido**

Consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção (BRASIL, 2015).

Sem dúvida, a redução da mortalidade materna e infantil requer a oferta de serviços de qualidade que garantam acesso facilitado, cumprimento dos protocolos estabelecidos baseados nas melhores evidências científicas e elevada cobertura populacional, além de proporcionar intervenções oportunas que visem a garantir a saúde materna, em particular das gestantes. A assistência ao pré-natal é um fator de proteção para a saúde da mãe por incluir procedimentos rotineiros preventivos, curativos e de promoção da saúde. Quando bem conduzida pode contornar problemas obstétricos, prevenir danos e assegurar partos e nascimentos saudáveis. Revisões sistemáticas demonstram a efetividade de diversas práticas realizadas rotineiramente na assistência pré-natal para prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (LEAL et al., 2015).



## Eixo II – Aleitamento materno e alimentação complementar saudável

Estratégia ancorada na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2015).

O aleitamento materno tem vantagens inquestionáveis para a criança e para a mãe. É uma estratégia importante para a promoção do vínculo mãe-filho, além de proteger e nutrir a criança. É uma intervenção sensível, barata e eficaz para reduzir a morbidade e mortalidade infantil, e promove a saúde holística da díade mãe-filho. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam a amamentação exclusiva até os seis meses de idade, e após essa idade, as crianças devem receber alimentos complementares, além de leite materno até a idade de dois anos (TAMASIA; VENÂNCIO; SALDIVA, 2015).

## Eixo III – Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral

Consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do “Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)”, pela atenção básica à saúde, conforme as orientações da “Caderneta de Saúde da Criança”, incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares (BRASIL, 2015).

A vigilância do desenvolvimento da primeira infância constitui uma intervenção preventiva, compreendendo atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas inerentes à atenção primária à saúde da criança. O reconhecimento da vigilância do processo de crescimento e desenvolvimento da criança difundiu-se há pouco mais de meio século, na chamada Pediatria Social. No Brasil, em 1984 e em 2002, foram lançados manuais técnicos pelo Ministério da Saúde destinados ao monitoramento do crescimento e do desenvolvimento infantil. O propósito desses manuais é oferecer uma Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento que sirva como roteiro de observação e identificação de crianças com prováveis problemas de desenvolvimento. Na presente versão, ao lado dos marcos dos desenvolvimentos maturativo, motor e social, acrescentou-se, em cada faixa correspondente à época da consulta, um marco ou indicador psíquico. No desenvolvimento dessas ações, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) apresenta-se como instrumento essencial de vigilância por ser o documento em que são registrados os dados e também aquele que transita pelos diferentes serviços e níveis de atenção demandados no exercício do cuidado com a saúde (ZEPONNE; VOLPON; DEL CIAMPO, 2012).



### Saiba +

Para aprofundar seus estudos, sugerimos a leitura do caderno de atenção básica **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento** (BRASIL, 2012b). Clique **aqui** para acessar.

## Eixo IV – Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas

Consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível (BRASIL, 2015).

A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) é considerada uma importante intervenção para melhorar as condições de saúde na infância nos países em desenvolvimento. Representa um instrumento útil para a detecção precoce e o tratamento efetivo das principais doenças que afetam a saúde das crianças menores de 5 anos de idade, contribui para melhorar os conhecimentos e as práticas das famílias, para a prevenção de doenças e para a promoção da saúde. Dessa forma, sua aplicação nos serviços de saúde e na comunidade pode produzir importante impacto na redução do número de mortes na infância, na diminuição da ocorrência e na gravidade das doenças que podem acometer esse grupo etário, assim como nas condições nutricionais e de desenvolvimento dos menores de cinco anos de idade (BRASIL, 2012a).

### Saiba +

A estratégia **AIDPI** pode ser utilizada por profissionais da saúde habilitados; médicos, enfermeiros que trabalham com lactentes e crianças desde o nascimento até 5 anos de idade. Trata-se de uma normatização processual de manejo de casos para ser utilizada em estabelecimento de primeiro nível, como um consultório, centro de saúde ou serviço ambulatorial de um hospital.

A seguir, sugerimos a leitura dos manuais da **AIDPI**:

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **AIDPI**: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução - módulo 1. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 32 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI\\_modulo\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI_modulo_1.pdf)>. Acesso em: 1 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **AIDPI**: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade: módulo 2. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 128 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/aidpi2\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/aidpi2_1.pdf)>. Acesso em: 1 nov. 2015.

(Continua)



BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **AIDPI: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: identificar o tratamento: módulo 3.** 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 52 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aidpi\\_mod3.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aidpi_mod3.pdf)>. Acesso em: 1 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **AIDPI: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: tratar a criança: módulo 4.** 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 118 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0066.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2015.

**Além desses manuais, você poderá complementar seus conhecimentos com a leitura de:**

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.** 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.** Washington: OPAS, 2005. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/pediatria/z3\\_1\\_5\\_biblio\\_files/Manual\\_neurodesenvolvimento\\_AIDIPI.pdf](http://www.ufrgs.br/pediatria/z3_1_5_biblio_files/Manual_neurodesenvolvimento_AIDIPI.pdf)>. Acesso em: 1 nov. 2015.

## **Eixo V – Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz**

Consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território (BRASIL, 2015).

A violência interfere no desenvolvimento pleno da criança, visto que pode deixar sequelas orgânicas e emocionais. Quando a criança sofre alguma forma de violência, especialmente nos primeiros anos de vida, aumenta a possibilidade de apresentar problemas de saúde, entre outras consequências ao longo da vida. Dando sequência à implementação dessas políticas e ações, o Ministério da Saúde lançou em 2010 o documento “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” (BRASIL, 2010a), com o propósito de sensibilizar e orientar os gestores e profissionais de saúde para uma ação contínua e permanente para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. A linha de cuidado é uma estratégia para a ação, um caminho para o alcance da atenção





integral ou da integralidade do cuidado, um dos princípios do SUS que busca articular a produção do cuidado desde a atenção primária até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a interação com os demais sistemas para a garantia de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes.

### Saiba +<sup>1</sup>

Para entender mais sobre a linha de cuidado para a atenção integral à saúde das crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, recomendamos a leitura do **manual** e a visualização do **vídeo** descritos a seguir:

Manual sobre a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_crianças\\_famílias\\_violências.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf)> (BRASIL, 2010a).

Vídeo sobre Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências. Link: <[https://www.youtube.com/watch?v=\\_a0YoTPzra0](https://www.youtube.com/watch?v=_a0YoTPzra0)> (BRASIL, 2012c).

## Eixo VI – Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade

Consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrasetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva (BRASIL, 2015).

## Eixo VII – Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno

Consiste na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis (BRASIL, 2015).

A mortalidade infantil refere-se à morte de crianças menores de um ano. Apresenta dois componentes principais: a mortalidade neonatal e a pós-neonatal. Como o próprio nome sugere, a neonatal se refere ao período de tempo do nascimento até o 27º dia de vida. Esse componente pode ainda se decompor em neonatal precoce — do nascimento ao 6º dia de vida — e neonatal tardio — do 7º ao 27º dia de vida. Já o período pós-neonatal tem início no 28º e vai até o 364º dia de vida. No Brasil, o número de óbitos infantis é obtido no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); e o número de nascidos vivos, no Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) (BRASIL, 2009).





### Saiba +<sup>1</sup>

Para saber mais sobre os componentes e causas da mortalidade infantil no Brasil, leia o capítulo “**Mortalidade infantil no Brasil**: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010”, disponível no livro “**Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher” (BRASIL, 2012d). Clique **aqui** para acessar.

## 2.4 AÇÕES ESTRATÉGICAS DO EIXO DE ATENÇÃO HUMANIZADA E QUALIFICADA À GESTAÇÃO, AO PARTO, AO NASCIMENTO E AO RECÉM-NASCIDO

A PNAISC é uma política transversal e está sintonizada com a estratégia Rede Cegonha, lançada em 2011 por meio da Portaria nº1.459, de 24 de junho, que propõe a ampliação do acesso e a qualificação dos serviços que realizam assistência ao parto e cuidado às crianças (BRASIL, 2011b). Entre as ações estratégicas de atenção humanizada desde a gestação, ao parto e ao cuidado com o recém-nascido, encontram-se:

### I - A prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis



As doenças de transmissão vertical podem ser passadas da mãe para o filho no período de gestação, no nascimento ou mesmo nos primeiros anos de vida por meio do leite materno. Doenças como sífilis e AIDS apresentam esse tipo de transmissão. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), nos países da América Latina e do Caribe, ocorrem aproximadamente 460 mil casos de sífilis gestacional por ano, resultando no nascimento de 164 mil a 344 mil crianças com sífilis congênita (SC). Com relação ao vírus da imunodeficiência humana (HIV), estima-se que, em 2010, aproximadamente 5 mil (de 3.200 a 6.900) crianças foram infectadas por transmissão vertical (BRASIL, 2014a, p. 275).

A qualidade da assistência na gestação e parto é um importante determinante na redução da transmissão vertical da sífilis e de outras doenças infectocontagiosas. No Brasil, em 2000, o MS lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, que tem por objetivo assegurar a ampliação do acesso à cobertura e à assistência pré-natal, parto e puerpério, no País, e reduzir a morbimortalidade materna e perinatal. O pré-natal deve ser realizado com critérios como realização de, no mínimo, seis consultas, realização de triagem sorológica com um exame

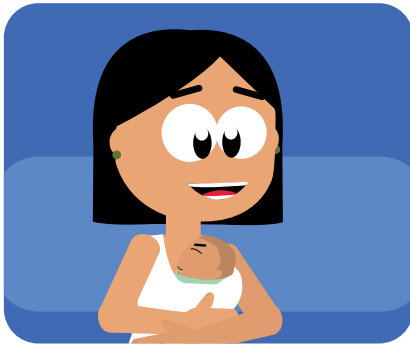


VDRL, oferta de teste anti-HIV na primeira consulta, outro VDRL por volta da trigésima semana de gestação e a aplicação da vacina antitetânica segundo esquema recomendado (LEAL et al., 2015).

## II - A atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido no momento do nascimento, com capacitação dos profissionais de enfermagem e médicos para prevenção da asfixia neonatal e das parturientas tradicionais (BRASIL, 2015)

Para alcançar o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), o Brasil deve promover ações, entre 1990 e 2015, que resultem na redução em três quartas partes da mortalidade materna e que promovam o alcance, até 2015, do acesso universal à saúde reprodutiva. Entre as linhas de cuidado prioritárias, definidas em 2011, pelo Ministério da Saúde (MS), a fim de melhorar o quadro da saúde materna, destaca-se a proposta de qualificar profissionais para promover atenção obstétrica e neonatal humanizada e baseada em evidências científicas. Por sua vez, a qualificação da atenção compreenderá a criação de novas estruturas de assistência e acompanhamento das mulheres na atenção primária, nos serviços de alto risco e de urgências obstétricas, e na rede hospitalar convencional, que deverão contar com Casas da Gestante e do Bebê e com Centros de Parto Normal, extra ou intra-hospitalares (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

## III - A atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, com a utilização do “Método Canguru” (BRASIL, 2015)



Anualmente, nascem no mundo 20 milhões de bebês pré-termo e de baixo peso. Desses, um terço morre antes de completar um ano de vida. No Brasil, a primeira causa de mortalidade infantil são as afecções perinatais, que compreendem os problemas respiratórios, a asfixia ao nascer e as infecções, mais comuns em bebês pré-termo e de baixo peso. Muitos bebês são acometidos de distúrbios metabólicos, dificuldade para se alimentar e para regular a temperatura corporal (BRASIL, 2002).

Em nosso país, estamos trabalhando com a visão de um novo paradigma, que é o da atenção humanizada à criança, seus pais e à família, respeitando-os em suas características e individualidades. Com o objetivo de contribuir para a mudança de postura dos profissionais e visando à humanização da assistência ao recém-nascido, o Ministério da Saúde lançou, por meio da Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso (Método Canguru). Com essa Norma, atualizada pela Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007, os hospitais têm em mãos as informações necessárias para a aplicação do Método Canguru (BRASIL, 2013a).



O Ministério da Saúde iniciou a capacitação dos profissionais da atenção básica no Método Canguru. O objetivo é qualificar a atenção básica para favorecer o acesso da família, após alta hospitalar, que é a terceira etapa do Método Canguru, para o acompanhamento do bebê. Dessa forma, não há mais necessidade de deslocamento da mãe e do bebê para o hospital.

**IV - A qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil, com especial atenção aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves, internados em Unidade Neonatal, com cuidado progressivo entre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa) (BRASIL, 2015)**

Mesmo não atuando nos serviços de nível terciário, como a maternidade, é importante que o profissional da atenção básica conheça algumas práticas implementadas nestes serviços que visam a qualificar a assistência e favorecer menor tempo de internação. São exemplos de boas práticas obstétricas e neonatal (BRASIL, 2014b):

- » Ambiência que favoreça a deambulação da mulher e a presença do acompanhante;
- » Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor;
- » Ingestão de líquidos e alimento leve durante o trabalho de parto;
- » Uso do partograma no acompanhamento do trabalho de parto;
- » Livre escolha da mulher para parir;
- » Clampeamento do cordão umbilical tardio (3 minutos);
- » Contato pele a pele da mãe e bebê e início precoce da amamentação;
- » Retardar os cuidados de rotina do recém-nascido (RN) após a primeira hora de vida;
- » Retardar o banho do RN para após 6 horas do parto;
- » Incentivar a amamentação em livre demanda;
- » Redução do número de Episiotomia.





**V - A alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica, de forma precoce, para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do “5º Dia de Saúde Integral”, que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade (BRASIL, 2015)**

Na maternidade, o RN deve receber a Caderneta de Saúde da Criança com registros sobre a história da gravidez e nascimento, peso e altura ao nascer, evolução do bebê, intercorrências, procedimentos realizados, condição de alta e recomendações para o seu cuidado no domicílio. Essa é uma ação fundamental para uma boa compreensão sobre a condição de saúde do bebê pela equipe de atenção básica ou especializada, que dará continuidade a seu atendimento. A estratégia do “5º Dia de Saúde Integral” é uma ação proposta pelo Pacto Nacional de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal que consiste em otimizar a ida da criança e da mãe ao serviço de saúde no 5º dia de vida para realização do teste do pezinho, além de propor ações de vigilância à saúde do binômio mãe-filho no pós-parto (SILVA, 2010).



### Saiba +

Sobre o 5º dia de Saúde Integral como estratégia para promoção e prevenção da saúde da criança, sugerimos a leitura de um trabalho de conclusão de curso realizado no curso de especialização em saúde da família pela Universidade Federal de Minas Gerais (SILVA, 2010). Clique **aqui** para acessar.

**VI - O seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica (BRASIL, 2015)**



O recém-nascido de alto risco deverá manter o calendário de acompanhamento na Atenção Básica, além de realizar o acompanhamento pelo ambulatório de atenção especializada.



## VII - As triagens neonatais universais (BRASIL, 2015)

O teste do pezinho é um exame gratuito, de prevenção e obrigatório em todo o Brasil (Estatuto da Criança e do Adolescente – Lei 8.069/1990) (BRASIL, 1990). Para a realização do exame, é necessária a coleta de gotas de sangue do calcanhar do recém-nascido. A simples atitude de se realizar o exame faz a diferença na identificação precoce de doenças, e o tratamento em tempo hábil pode evitar o aparecimento de sintomas e sequelas irreversíveis da doença. Por isso, recomenda-se realizar o teste entre o 3º (72 horas completas) e o 5º dia de vida do recém-nascido (UFMT, 2013). É importante que a equipe de saúde oriente a mãe e a família para a realização do exame no período adequado.



### Saiba +

Em Pernambuco, o Laboratório Central de Pernambuco (Lacen-PE) analisa o sangue coletado por equipes especializadas em postos distribuídos em maternidades de todo o estado. Em Recife, as maternidades do Ibura, Bandeira Filho e Arnaldo Marques, fazem a coleta do sangue para o Teste do Pezinho, além da Policlínica Salomão Kelner e o Laboratório Central Julião.

Entre os hospitais que disponibilizam o serviço, estão: Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), Hospital das Clínicas, Hospital Barão de Lucena e o Hospital Agamenon Magalhães.

## 2.5 AÇÕES ESTRATÉGICAS DO EIXO DE ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL

### I - A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (BRASIL, 2015)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) propuseram, em 1990, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). A IHAC é uma estratégia global elaborada com base em evidências científicas e estruturada por meio da instituição de um conjunto de medidas chamadas “Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”, cujo propósito é promover, proteger e apoiar o aleitamento materno a partir da revisão de políticas, práticas e rotinas nos hospitais e maternidades. Os principais objetivos da IHAC são adequar as rotinas dos serviços de saúde materno-infantis em prol do aleitamento materno através da implementação dos “Dez Passos” e extinguir a prática das empresas de



distribuição gratuita ou de baixo custo de substitutos do leite materno nos hospitais e maternidades certificados, ou seja, a adesão ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno e, no caso do Brasil, à Norma Brasileira de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras – NBCAL (OLIVEIRA; ESPÍRITO SANTO, 2013).

### Saiba +

O Ministério da Saúde redefiniu as **normas para habilitação na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)**, incluindo o critério global Cuidado Amigo da Mulher. Para conhecer mais sobre isso, faça a leitura da seguinte portaria:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 100, 28 maio 2014. Seção 1, p.43. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153\\_22\\_05\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html)>. Acesso em: 1 nov. 2015.

O estado de Pernambuco possui 13 maternidades credenciadas na estratégia IHAC, entre elas:

Araripina - Hospital e Maternidade Sta. Maria

Caruaru - Hospital Regional Jesus Nazareno

Petrolina - Hospital Dom Malan

Recife - IMIP Instituto Materno Infantil de Pernambuco.

Recife - Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros CISAM

Recife - Hospital Agamenon Magalhães

Recife - Hospital Barão de Lucena

Recife - Hospital das Clínicas

Recife - Maternidade Professor Bandeira Filho

Recife - Unidade Mista Professor Barros Lima

Recife - Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques

Jaboatão dos Guararapes - Maternidade Memorial Guararapes

Vitória de Santo Antão - Associação Petrolinense de Amparo à Maternidade e à Infância (APAMI)



## II - A Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) (BRASIL, 2015)

A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil é resultado da integração de duas ações: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS).



Os objetivos da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil são (BRASIL, 2013b):

1. Qualificar as ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois (2) anos de idade;
2. Aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

### III - A Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA) (BRASIL, 2010b, 2015)

A sala de apoio à mulher trabalhadora que amamenta é o ambiente onde as nutrizes que retornaram ao trabalho após a licença maternidade e que desejam manter a amamentação podem ordenhar o próprio leite e armazená-lo, durante o horário de trabalho para, ao final do expediente, levar o leite coletado para o seu filho no domicílio ou até mesmo para doação a um Banco de Leite Humano.



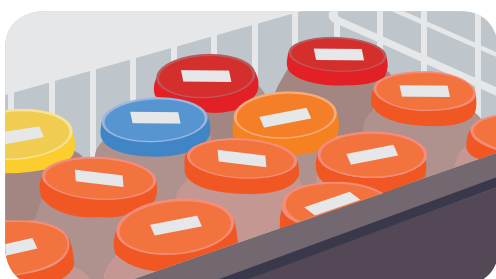
#### Saiba +

Para saber mais sobre a amamentação no retorno ao trabalho, consulte os textos:

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância sanitária (ANVISA). **Nota Técnica Conjunta nº01/2010**. Assunto: Sala de apoio à amamentação em empresas. Brasília: Ministério da Saúde; ANVISA, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sala\\_apoio\\_amamentacao\\_empresas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sala_apoio_amamentacao_empresas.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_mae\\_trabalhadora\\_amamenta.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mae_trabalhadora_amamenta.pdf)>. Acesso em: 1 nov. 2015.

### IV - A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (BRASIL, 2015)



O Banco de Leite Humano (BLH) é um serviço especializado, vinculado a um hospital de atenção materna e/ou infantil. O BLH é responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta da produção láctea da





nutriz, seleção, classificação, processamento, controle de qualidade e distribuição, sendo proibida a comercialização dos produtos por ele distribuídos (ANVISA, 2008, p. 19). Os BLH não são apenas postos de coleta, estocagem e distribuição de leite, mas se configuram como uma importante estratégia para promoção, proteção e apoio à prática da amamentação. Na atenção básica, os profissionais podem realizar o trabalho educativo desde o pré-natal sobre amamentação, doação de leite para os BLH, além de instituir grupos de apoio às mães e famílias sobre a importância da amamentação.

### Saiba +<sup>↗</sup>

Segue uma sugestão de leitura para você conhecer mais sobre o Banco de Leite Humano:

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos.** Brasília: ANVISA, 2008. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/blhanv2008.pdf>>. Acesso em: 1 nov. 2015.

## V - A implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) (BRASIL, 2015)

O Brasil possui uma norma para que as indústrias coloquem na rotulagem de alimentos, bicos, chupetas e mamadeiras determinadas mensagens que são chamadas de “destaques obrigatórios” e que servem para chamar a atenção do consumidor para os riscos à saúde das crianças. A NBCAL corresponde a um conjunto de normas que regulam a comercialização dos alimentos e produtos de puericultura com o objetivo de garantir aos lactentes e crianças o direito à amamentação diretamente no seio materno.

### Saiba +<sup>↗</sup>

Para saber mais sobre a NBCAL, você pode acessar:

- A Lei 11.265, de 03 de janeiro de 2006 (BRASIL, 2006). Clique **aqui**.
- A cartilha: “Alimentos para crianças de até 3 anos, bicos, chupetas e mamadeiras” (IBFAN BRASIL, 2007). Clique **aqui**.





## VI - A mobilização social em aleitamento materno (BRASIL, 2015)

A Rede Social de Apoio ao Aleitamento Materno é fundamental para divulgar ações de promoção do aleitamento materno. A Semana Mundial do Aleitamento Materno é um exemplo de mobilização social. É celebrada todos os anos, de 1 a 7 de agosto, em mais de 170 países para estimular a amamentação e melhorar a saúde de crianças ao redor do mundo.

### Para Refletir

Será que você e sua equipe poderiam pensar em grupos educativos voltados para a melhoria da saúde das crianças do seu território?



## 2.6 AÇÕES ESTRATÉGICAS DO EIXO DE PROMOÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL DA CRIANÇA (BRASIL, 2015)

O cotidiano de trabalho em uma Unidade de Saúde possui baixa densidade tecnológica, com altíssima complexidade. Só quem já trabalhou em uma unidade percebe o desafio de trabalhar em equipe e realizar o planejamento de ações. As ações de promoção da saúde e prevenção dos principais agravos à saúde da criança, desde o processo educativo até a criação de um ambiente favorável para o crescimento e desenvolvimento de crianças saudáveis, são fundamentais; entre elas, destacamos (BRASIL, 2015):

- » A disponibilização da “Caderneta de Saúde da Criança”, com atualização periódica de seu conteúdo;
- » A qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica à Saúde;
- » O Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e
- » O apoio à implementação do Plano Nacional pela Primeira Infância.



## **2.7 AÇÕES ESTRATÉGICAS DO EIXO DE ATENÇÃO INTEGRAL A CRIANÇAS COM AGRAVOS PREVALENTES NA INFÂNCIA E COM DOENÇAS CRÔNICAS (BRASIL, 2015)**

- » A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI);
- » A construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado; e
- » O fomento da atenção e internação domiciliar.

## **2.8 AÇÕES ESTRATÉGICAS DO EIXO DE ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS, PREVENÇÃO DE ACIDENTES E PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ (BRASIL, 2015)**

- » O fomento à organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral a crianças e suas famílias em situação de violência sexual;
- » A implementação da “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência”;
- » A articulação de ações intrasetoriais e intersetoriais de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz; e
- » O apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança pactuados com instituições governamentais e não-governamentais, que compõem o Sistema de Garantia de Direitos.

## **2.9 AÇÕES ESTRATÉGICAS DO EIXO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA OU EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS E DE VULNERABILIDADE (BRASIL, 2015)**

- » A articulação e intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas;
- » O apoio à implementação do protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco e desastres; e
- » O apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil.

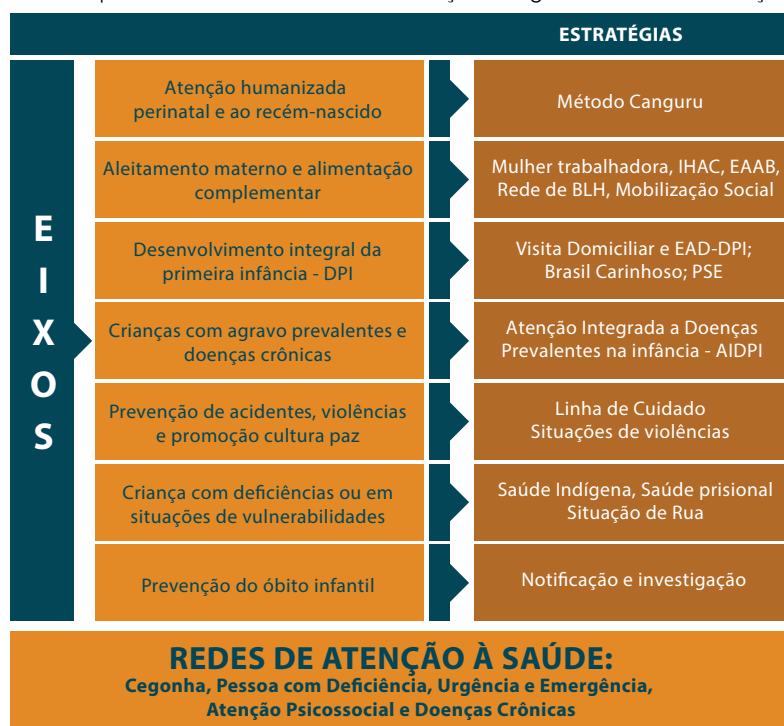


Os comitês de vigilância do óbito materno, fetal e infantil em âmbito local são ações estratégicas do eixo de vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015).

A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade. Faz parte das Metas do Desenvolvimento do Milênio, compromisso assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU), do qual o Brasil é signatário, para o combate à pobreza, à fome, às doenças, ao analfabetismo, à degradação do meio ambiente e à discriminação contra a mulher, visando ao alcance de patamares mais dignos de vida para a população, uma vez que a mortalidade infantil reflete as condições de vida da sociedade. Os comitês de mortalidade e investigação de óbitos são uma estratégia importante para a compreensão das circunstâncias de ocorrência dos óbitos, identificação de fatores de risco e definição das políticas de saúde dirigidas à redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2009).

Como vimos, a PNAISC se organiza a partir da rede de atenção à saúde e de seus eixos estratégicos, em especial aquelas ações desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na atenção básica, esta como coordenadora do cuidado no território. A figura 3 apresenta os diversos eixos estratégicos. Precisamos progredir na direção de uma maior resolutividade dos serviços prestados, mas, para isso, são necessárias uma melhor compreensão e organização do Sistema de Saúde, melhorando o acesso e descentralizando ações. Você, como profissional da saúde que atua no primeiro nível de atenção ao cuidado, tem um papel importante na implantação da PNAISC.

**Figura 3** – Princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)



Fonte: (BRASIL, 2015, adaptado).



A seguir, resgataremos na íntegra as competências das diversas instâncias de governo, para que você perceba o compromisso da gestão e suas responsabilidades para a implantação da PNAISC. É importante lembrar que todos os profissionais da saúde são participantes desse processo e que na atenção básica é possível perceber melhor os desafios e desigualdades em saúde de cada região, visando não só reduzir a mortalidade e morbidade, mas também alcançar uma vida saudável.

## 2.10 RESPONSABILIDADES DOS TRÊS NÍVEIS DE GESTÃO PARA IMPLANTAÇÃO DA PNAISC (BRASIL, 2015)

### **Compete ao Ministério da Saúde:**

- I. Articular e apoiar a implementação da PNAISC, em parceria com os gestores estaduais e municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Nacional de Saúde, considerando as prioridades e as especificidades regionais, estaduais e municipais;
- II. Desenvolver ações de mobilização social, informação, educação, comunicação, visando à divulgação da PNAISC e à implementação das ações de atenção integral à saúde da criança;
- III. Propor diretrizes, normas, linhas de cuidado e metodologias específicas necessárias à implementação da PNAISC;
- IV. Prestar assessoria técnica e apoio institucional aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios no processo de implementação de atenção integral à saúde da criança nas regiões de saúde;
- V. Promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no SUS;
- VI. Fomentar a qualificação de serviços como centros de apoio e formação em boas práticas em saúde da criança, visando à troca de experiências e de conhecimento;
- VII. Monitorar e avaliar os indicadores e as metas nacionais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Nacional de Saúde e em outros instrumentos de gestão;
- VIII. Apoiar e fomentar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto da PNAISC;



- IX. Promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não-governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC;
- X. Estimular, apoiar e participar do processo de discussão sobre as ações de atenção integral à saúde da criança nas redes temáticas de atenção à saúde, com os setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social; e
- XI. Designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos nacionais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA).

#### **Compete às Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal:**

- I. Coordenar a implementação da PNAISC no âmbito do seu território, respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades loco-regionais, bem como articular, em parceria com os gestores municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Estadual de Saúde;
- II. Desenvolver ações de mobilização social, informação, educação, comunicação, no âmbito estadual e distrital, visando à divulgação da PNAISC e à implementação das ações de atenção integral à saúde da criança;
- III. Prestar assessoria técnica e apoio institucional aos Municípios e às regiões de saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da criança;
- IV. Promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito estadual, distrital e municipal, no que couber;
- V. Monitorar e avaliar os indicadores e as metas estaduais e distritais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Estadual de Saúde e em outros instrumentos de gestão;
- VI. Promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não-governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC;



- VII. Estimular, apoiar e participar do processo de discussão sobre as ações de atenção integral à saúde da criança nas redes temáticas de atenção à saúde, com os setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social; e
- VIII. Designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos estaduais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente.

#### **Compete às Secretarias de Saúde dos Municípios:**

- I. Implantar/implementar a PNAISC, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locais, bem como articular o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Municipal de Saúde e no Planejamento Regional;
- II. Promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a atenção integral à saúde da criança no âmbito municipal, no que couber;
- III. Monitorar e avaliar os indicadores e as metas municipais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e em outros instrumentos de gestão e no Planejamento Regional, bem como alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde;
- IV. Promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não-governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da PNAISC;
- V. Fortalecer a participação e o controle social no planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de atenção integral à saúde da criança; e
- VI. Designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos municipais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente.

#### **Atenção !**

O financiamento da PNAISC é de responsabilidade tripartite, de acordo com pactuação nas instâncias colegiadas de gestão do SUS.

# 3 INDICADORES DE SAÚDE NA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Para o monitoramento das ações de atenção à saúde da criança na sua Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde da Família, é importante acompanhar os indicadores de saúde relacionados à cobertura e à qualidade. A seguir, apresentaremos alguns indicadores que podem nortear o monitoramento das ações na sua unidade (UFPEL, [2014]).

Observe que o indicador de cobertura refere-se à população da área adscrita, enquanto os indicadores de qualidade referem-se à população cadastrada na ação programática saúde da criança (UFPEL, [2014]).

## I - Indicador para avaliar a cobertura da atenção à saúde das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

### Indicador 1: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da Unidade de Saúde

$$\text{Indicador 1} = \frac{\text{Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da Unidade de Saúde.}}{\text{Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$

### Vamos praticar?

Numa UBS, há 131 crianças pertencentes à área de abrangência, mas apenas 28 são acompanhadas, ou seja, estão inscritas no programa de saúde da criança da Unidade de Saúde. Nesse caso, **qual a cobertura da atenção à saúde das crianças entre zero e 72 meses dessa UBS?**



(Continua)



**Indicador de cobertura:** Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da Unidade de Saúde.

$$\text{Indicador 1} = \frac{\text{Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da Unidade de Saúde.}}{\text{Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$

$$\text{Resposta} = \frac{28}{131} \times 100$$

**Resposta = 21,3%**

A cobertura da atenção à saúde das crianças entre zero e 72 meses dessa UBS é 21,3%.

## II - Indicadores para avaliar a qualidade da atenção à saúde das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.

**Indicador 2:** Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

$$\text{Indicador 2} = \frac{\text{Número de crianças inscritas no programa com a primeira consulta na primeira semana de vida.}}{\text{Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$

**Indicador 3:** Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

$$\text{Indicador 3} = \frac{\text{Número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliado.}}{\text{Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$



**Indicador 4: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.**

$$\text{Indicador 4} = \frac{\text{Número de crianças com déficit de peso monitoradas.}}{\text{Número de crianças com déficit de peso.}} \times 100$$

**Indicador 5: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.**

$$\text{Indicador 5} = \frac{\text{Número de crianças com excesso de peso monitoradas.}}{\text{Número de crianças com excesso de peso.}} \times 100$$

**Indicador 6: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.**

$$\text{Indicador 6} = \frac{\text{Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.}}{\text{Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$

**Indicador 7: Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.**

$$\text{Indicador 7} = \frac{\text{Número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade.}}{\text{Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$

**Indicador 8: Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.**

$$\text{Indicador 8} = \frac{\text{Número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro.}}{\text{Número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$

**Indicador 9: Proporção de crianças com triagem auditiva.**

$$\text{Indicador 9} = \frac{\text{Número de crianças que realizaram triagem auditiva}}{\text{Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$

**Indicador 10: Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.**

$$\text{Indicador 10} = \frac{\text{Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida.}}{\text{Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$

**Indicador 11: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.**

$$\text{Indicador 11} = \frac{\text{Número de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.}}{\text{Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$

**Indicador 12: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.**

$$\text{Indicador 12} = \frac{\text{Número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.}}{\text{Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$

**Vamos praticar?** 

Numa UBS, há 131 crianças pertencentes à área de abrangência, mas 28 são acompanhadas nas consultas. Identificou-se que as 28 crianças realizaram a primeira consulta na primeira semana de vida, mas o monitoramento do desenvolvimento foi realizado apenas em 21. **Qual a proporção dos indicadores de qualidade avaliados nesse caso?**



(Continua)

**Indicador de qualidade : Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.**

$$\text{Indicador 2} = \frac{\text{Número de crianças inscritas no programa com a primeira consulta na primeira semana de vida.}}{\text{Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$

$$\text{Resposta} = \frac{28}{28} \times 100$$

$$\text{Resposta} = 100\%$$

A proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida é 100%.

**Indicador de qualidade: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.**

$$\text{Indicador 6} = \frac{\text{Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.}}{\text{Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$

$$\text{Resposta} = \frac{21}{28} \times 100$$

$$\text{Resposta} = 75\%$$

A proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento é 75%.

**Indicador 13: Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.**

$$\text{Indicador 13} = \frac{\text{Número de crianças faltosas ao programa buscadas.}}{\text{Número de crianças faltosas ao programa.}} \times 100$$

**Indicador 14: Proporção de crianças com registro atualizado.**

$$\text{Indicador 14} = \frac{\text{Número de fichas de acompanhamento/ prontuário com registro atualizado.}}{\text{Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$

**Indicador 15: Proporção de crianças com avaliação de risco.**

$$\text{Indicador 15} = \frac{\text{Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco.}}{\text{Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$

**Indicador 16: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.**

$$\text{Indicador 16} = \frac{\text{Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura.}}{\text{Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$

**Indicador 17: Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.**

$$\text{Indicador 17} = \frac{\text{Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a consulta de puericultura.}}{\text{Número total de crianças inscritas no programa pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$

**Indicador 18: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.**

$$\text{Indicador 18} = \frac{\text{Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária.}}{\text{Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$

**Indicador 19: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.**

$$\text{Indicador 19} = \frac{\text{Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.}}{\text{Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$

**Vamos praticar?** 

Numa UBS, há 131 crianças pertencentes à área de abrangência, mas 28 são acompanhadas nas consultas. Identificou-se que as 28 crianças estão com registro atualizado, mas a avaliação de risco foi realizada apenas em 20. **Qual a proporção dos indicadores de qualidade avaliados nesse caso?**

**Indicador de qualidade: Proporção de crianças com registro atualizado**

$$\text{Indicador 14} = \frac{\text{Número de fichas de acompanhamento/ prontuário com registro atualizado.}}{\text{Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$

$$\text{Resposta} = \frac{28}{28} \times 100$$

$$\text{Resposta} = 100\%$$

A proporção de crianças com registro atualizado é 100%.

(Continua)

**Indicador de qualidade: Proporção de crianças com avaliação de risco.**

$$\text{Indicador 15} = \frac{\text{Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco}}{\text{Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da Unidade de Saúde.}} \times 100$$

$$\text{Resposta} = \frac{20}{28} \times 100$$

$$\text{Resposta} = 71,43\%$$

A proporção de crianças com avaliação de risco é 71,43%.



## REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos**. Brasília: ANVISA, 2008. 160 p. Disponível em: <<http://www.redeblh.fiocruz.br/media/blhanv2008.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2015.

BRASIL. 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 União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 16 jul. 1990. p. 13563. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)>. Acesso em: 3 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 282 p. (Série A. Normas e manuais técnicos, n. 145). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual\\_MetodoMaeCanguru.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_MetodoMaeCanguru.pdf)>. Acesso em: 3 nov. 2015.

BRASIL. Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 4 jan. 2006. p. 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11265.htm)>. Acesso em: 3 nov. 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 232 p. (Coleção Para entender a gestão do SUS, v. 3). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v.3.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.3.pdf)>. Acesso em: 3 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.



(Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_obito\\_infantil\\_fetal\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf)>. Acesso em: 3 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **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: Ministério da Saúde, 2010a. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_crianças\\_famílias\\_violencias.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf)>. Acesso em: 3 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta.** Brasília : Ministério da Saúde, 2010b. 23 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_mae\\_trabalhadora\\_amamenta.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mae_trabalhadora_amamenta.pdf)> Acesso em: 3 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança:** 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. (Série I. História da saúde). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70\\_anos\\_historia\\_saude\\_crianca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/70_anos_historia_saude_crianca.pdf)>. Acesso em: 3 nov. 2015.

BRASIL. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 125,1 jul. 2011b. Seção 1, p. 61. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 3 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual AIDPI neonatal.** 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_aidpi\\_neonatal\\_3ed\\_2012.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_aidpi_neonatal_3ed_2012.pdf)>. Acesso em: 3 nov. 2015.





BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvimento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf)>. Acesso em: 3 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências**. 2012c. Disponível em: <[https://www.youtube.com/watch?v=\\_a0YoTPzra0](https://www.youtube.com/watch?v=_a0YoTPzra0)>. Acesso em: 3 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde. Mortalidade infantil no Brasil: tendência, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: \_\_\_\_\_. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. 444 p. cap. 6, p. 163-182. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf)>. Acesso em: 3 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal Brasil. **Caderneta de Saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/12/mortes-entre-criancas-de-ate-10-anos-em-decorrencia-de-acidentes-domesticos-cai-31/caderneta-de-saude-da-crianca/view>>. Acesso em: 3 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru: manual técnico**. 2. ed. 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 204 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_recem\\_nascido\\_canguru.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf)> Acesso em: 3 nov. 2015.

BRASIL. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 173, 6 set. 2013b. Seção 1, p. 64. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920\\_05\\_09\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html)>. Acesso em: 8 out. 2015



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013**: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2013\\_analise\\_situacao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2013_analise_situacao_saude.pdf)>. Acesso em: 3 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 465 p. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_humanizasus\\_v4\\_humanizacao\\_parto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf)> Acesso em: 3 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 149, 6 ago. 2015. Seção 1, p. 37. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)>. Acesso em: 3 nov. 2015.

FONSECA-MACHADO, M. de O. et al. Aleitamento materno: conhecimento e prática. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 809-815, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/04.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2015.

IBFAN BRASIL. **Alimentos para crianças de até 3 anos, bicos, chupetas e mamadeiras**: cartilha informativa. Jundiaí: IBFAN, 2007. Disponível em: <<http://www.ibfan.org.br/parceiros/pdf/2.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2015.

LEAL, M. do C. et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 15, n. 1, p. 91-104, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v15n1/1519-3829-rbsmi-15-01-0091.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2015.

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciênc.& Saúde Coletiva**,



Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1059-1068, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n4/19.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2015.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, Supl. 1, p. 25-32, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2015.

OLIVEIRA, L. S. de; ESPIRITO SANTO, A. C. G. do. O processo de avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sob o olhar dos avaliadores. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 13, n. 4, p. 297-307, out./dez. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v13n4/1519-3829-rbsmi-13-04-0297.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2015.

SILVA, A. C. N. **5º. dia saúde integral**: como estratégia para promoção e prevenção da saúde: a avaliação pela equipe de saúde da família. 2010. Monografia (Especialização em atenção básica em saúde da família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2432.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2015.

TAMASIA, G. dos A.; VENÂNCIO, S. I.; SALDIVA, S. R. D. M. Situation of breastfeeding and complementary feeding in a medium-sized municipality in the Ribeira Valley, São Paulo. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 28, n. 2, p. 143-153, mar./abr. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v28n2/1415-5273-rn-28-02-00143.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2015.

UFMT. Universidade Federal de Mato Grosso. Hospital Universitário Júlio Müller. **Manual de procedimentos para postos de coleta do teste do pezinho**. Cuiabá: UFMT, 2013. Disponível em: <<http://www.ufmt.br/hujm/arquivos/7685b0fc36cce808510c65ad455264e4.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2015.

UNA-SUS/UFSC. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância. **Saúde da criança**: medicina. Florianópolis: UNA-SUS/UFSC, 2013. 143 p.



UFPEL. Universidade Federal de Pelotas. **Kurt Kloetzel**. Plataforma Educacional de Saúde da Família. Saúde Coletiva. Planilhas de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações para a saúde da criança (OMIA). Pelotas: UFPel, [2014]. Disponível em: <<https://dms.ufpel.edu.br/p2k/coletiva>>. Acesso em: 7 out. 2015.

ZEPPONE, S. C.; VOLPON, L. C.; DEL CIAMPO, L. A. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. **Rev. Paul. Pediatr.**, São Paulo , v. 30, n. 4, p. 594-599, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n4/19.pdf>>. Acesso em: 3 nov. 2015.



Execução:



UNIVERSIDADE  
FEDERAL  
DE PERNAMBUCO



Saber  
Tecnologias Educacionais e Sociais

Financiamento:



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Secretária de  
Gestão do Trabalho  
e Educação na Saúde

Ministério da  
Saúde

