



Cartilha de Orientações aos Gestores Municipais de Saúde da Criança

Criado por: Coordenação Estadual de Saúde da Criança (Cesac)



SECRETARIA DE
SAÚDE PÚBLICA



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Governador do Estado do Pará

Helder Zaluth Barbalho

Secretário de Estado de Saúde Pública

Ivete Gadelha Vaz

Secretário Adjunto de Gestão de Políticas em Saúde

Sipriano Ferraz Santos Junior

Secretário Adjunto de Gestão Administrativa

Edney Mendes Pereira

Diretora de Políticas de Atenção Integral à Saúde

Laena Costa dos Reis

Diretora do Departamento de Atenção à Saúde

Ana Paula Oliva Reis

Coordenadora Estadual de Saúde da Criança

Ana Cristina Álvares Guzzo

1º EDIÇÃO

PARÁ

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE DA CRIANÇA



Ana Cristina Alvares Guzzo – Médica (**Coordenadora**)



Hélio Franco de Macedo Junior - Médico



Maria Selma Alves da Silva - Enfermeira



Mylenna Rodrigues Lucena Silva -Nutricionista



Silvia Simone Lins Brito – Enfermeira



Simone Maria Thiers Teixeira Conde



Tereza Cristina Abreu Tavares – Enfermeira



Liege Cajueiro Proença - Apoio Administrativo



Nathalia Cristina do Vale Tabosa - Apoio Administrativo



Pamila Thais de Almeida Duarte - Apoio Administrativo



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
DIRETORIA DE POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE DA CRIANÇA



Cartilha de Orientações aos Gestores Municipais de Saúde da Criança

1º EDIÇÃO

PARÁ
JANEIRO/2025

COORDENAÇÃO DE
SAÚDE DA CRIANÇA

SECRETARIA DE
SAÚDE PÚBLICA



COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE DA CRIANÇA

A Coordenação Estadual de Saúde da Criança tem lócus no Departamento de Atenção à Saúde (DASE), fazendo parte da Diretoria de Políticas de Atenção Integral à Saúde (DPAIS), da Secretaria de Estado de Saúde do Pará - SESPA.

Trabalhamos pela promoção, proteção e apoio à atenção integral à saúde da criança, através de estratégias que compõem cada um dos 7 Eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – PNAISC.

Disponibilizamos para tanto de apoio técnico às gestões municipais na implantação e qualificação de serviços, capacitações para as equipes profissionais; elaboração e incorporação de protocolos assistenciais para todos os níveis de atenção, desenho de linhas de cuidado da criança e organização da Rede Materno Infantil, em parceria com as diversas áreas da SESPA, centros formadores e demais instituições de referência na atenção à criança.

NOSSO ENDEREÇO:

Travessa Lomas Valentina, nº 2190 – 2º andar
Bairro do Marco – Belém/Pa
CEP: 66.093-677
Email: dagp_crianca@yahoo.com.br
Contato: 4006-4202

Elaboração:

Ana Cristina Álvares Guzzo, Daelen Freitas Pereira, Hélio Franco Macedo Junior, Maria Selma Alves da Silva, Mylenna Rodrigues Lucena Silva, Nathalia Cristina do Vale Tabosa, Nayara da Cunha Matias, Silvia Simone Lins Brito, Vera Lúcia Lins Brito e Maria Carolina Oliveira de Lima Santa Rosa (Residente).

Contribuição:

Liege Cajueiro Proença, Pamila Thais de Almeida Duarte.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	8
2. IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA.....	10
3. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA PNAISC	11
4. PRINCÍPIOS DA PNAISC	11
5. DIRETRIZES DA PNAISC.....	12
6. EIXOS DA PNAISC	12,1 3
7. EIXO I - ATENÇÃO HUMANIZADA E QUALIFICAÇÃO DA GESTAÇÃO, AO PARTO, AO NASCIMENTO E AO RECÉM-NASCIDO	14
8. EIXO II - ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL.....	46
9. EIXO III – PROMOÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL	61
10. EIXO IV – ATENÇÃO INTEGRAL A CRIANÇAS COM AGRAVOS PREVALENTES NA INFÂNCIA E COM DOENÇAS CRÔNICAS.....	68
11. EIXO V – ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS, PREVENÇÃO DE ACIDENTES E PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ	75
12. EIXO VI – ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA OU EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS E DE VULNERABILIDADE	81
13. EIXO VII – VIGILÂNCIA E PREVENÇÃO DO ÓBITO INFANTIL, FETAL E MATERNO.....	91
14. REFERÊNCIAS.....	99

APRESENTAÇÃO

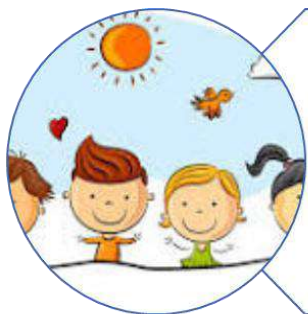
A proposta de elaborar uma cartilha sobre a saúde da criança do Pará tem por objetivo auxiliar os novos gestores e trabalhadores municipais da saúde a promoverem as melhores condições e serviços a fim de desenvolverem em seu território uma assistência à saúde infantil que contemple os princípios do Sistema Único de Saúde de integralidade, universalidade e equidade, com base em evidências científicas e foco na redução das morbidades e mortalidade desse grupo etário, que é considerado o mais sensível e, por esse motivo, um termômetro da saúde no território como um todo.

Muito se avançou nos cuidados em saúde com as crianças, e o investimento em políticas públicas fez com que o Brasil conseguisse cumprir a meta pactuada de redução em 2/3 da mortalidade infantil em 2015 (4º/ODM). Porém, esse indicador ainda persiste com níveis não aceitáveis em muitos municípios e regiões do Brasil e do Pará, sinalizando voltar a ser um grande problema a partir do ressurgimento de doenças antes consideradas erradicadas, inclusive imunopreveníveis.

Uma questão importante a ser valorizada pelos gestores e trabalhadores diz respeito à necessidade de garantir que a organização do Sistema Único de Saúde - SUS em redes assistenciais promova “acesso e continuidade do cuidado, com referenciamento responsável, de acordo com o porte do município e organização regionalizada da assistência”, contemplando as situações atualmente existentes de vulnerabilidades ligadas aos contextos do mundo moderno (acidentes, violências, etc.), e buscando garantir à todas as crianças o respeito à diversidade cultural e às suas especificidades: crianças brancas, pretas, indígenas, quilombolas, da zona rural e ribeirinhas; crianças com deficiências, filhas de pais e mães em situação de prisão, no trabalho infantil, entre tantas outras. (BRASIL, 2015a)

A Coordenação Estadual de Saúde da Criança vem reforçando o compromisso do Estado, dos municípios e instituições da sociedade como um todo, com a promoção do bem-estar das crianças. Neste sentido, promove estratégias à luz das Diretrizes da Política Nacional, que deve ser considerada pelas gestões municipais, quando da construção de seus PLANOS, PROGRAMAS, PROJETOS e AÇÕES direcionadas a saúde da criança.

ATUAÇÃO JUNTO ÀS GESTÕES MUNICIPAIS



Auxiliando no planejamento e organização das redes municipais e regionais de atenção à saúde, com a definição de ações e estratégias para a atenção integral à saúde da criança em linhas de cuidado



Promovendo ações de educação permanente para gestores e profissionais de saúde, observando as características e necessidades específicas dos municípios e regiões,, articulando, instituindo ou propondo estratégias de cuidado com a criança



Pactuando, avaliando e monitorando metas e indicadores, com vistas a garantir o direcionamento/redirecionamento de ações e estratégias de atenção à saúde da criança nos territórios, tendo como base os 7 eixos da PNAISC

Identificação da Criança

Quem é a Criança?

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC, no seu Artigo 3º, define que:

Criança é a pessoa na faixa etária de 0 a 9 anos, ou seja, de 0 a 120 meses

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei Federal nº 8069/1990), nas Disposições Preliminares, Artigo 3º, considera que:

Criança é a pessoa de até 12 anos de idade incompletos

O Que é a Primeira Infância?

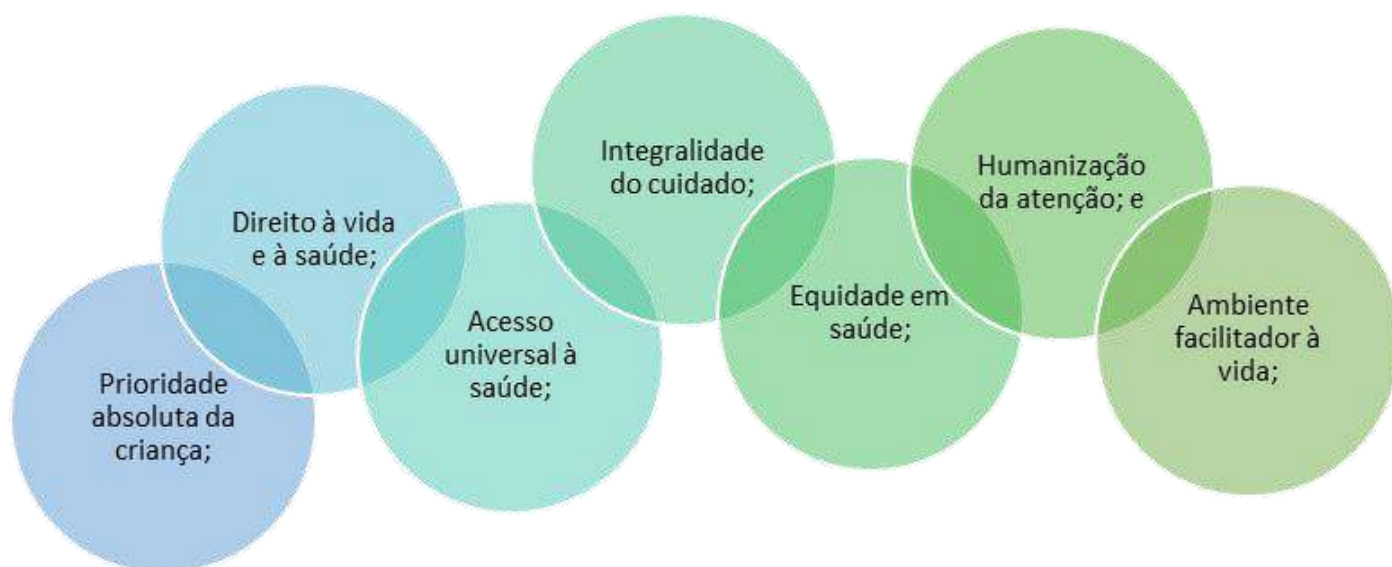
A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC, no seu Artigo 3º, define que:

Primeira Infância é o período que inclui as pessoas na faixa etária de 0 a 5 anos, ou seja, de 0 a 72 meses.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC

Instituída pelo Ministério da Saúde em 2015, por meio da Portaria nº 1.130, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) tem o objetivo de promover e proteger a saúde da criança desde a gestação até os 9 anos de idade. E adota uma abordagem integral, ou seja, visa atender não apenas às demandas clínicas, mas às necessidades de promoção, prevenção e reabilitação da saúde infantil.

Princípios da PNAISC:



A PNAISC deve orientar a elaboração de planos, programas, projetos e ações municipais/estaduais de saúde voltadas para crianças, a partir de suas diretrizes, que são:

Diretrizes da PNAISC:

- 1 - Gestão interfederativa das ações de saúde da criança;
- 2 - Organização das ações e serviços na rede de atenção;
- 3 - Promoção da saúde;
- 4 - Fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família;
- 5 - Qualificação da força de trabalho do SUS;
- 6 - Planejamento e desenvolvimento de ações;
- 7 - Incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento;
- 8 - Monitoramento e avaliação;
- 9 - Intersetorialidade.

Eixos da PNAISC

A PNAISC é composta por 7 eixos estratégicos, que devem orientar as ações nos territórios, identificando os determinantes e condicionantes da saúde das crianças onde quer que elas estejam e visando garantir a todas o direito à vida e à saúde, através de estratégias que possibilitem o nascimento, crescimento e desenvolvimento saudáveis, em condições que reduzam riscos de morbidades e mortalidade.

Ressalta-se que as ações de saúde previstas nos eixos estratégicos são desenvolvidas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), integralizadas com os serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, como as maternidades, de tal forma que se garantam serviços de saúde articulados dentro da Rede de Atenção à Saúde.

Seguem abaixo os 7 eixos da Política e, posteriormente, suas estratégias, como são executadas no Estado e de que maneira podem ser desenvolvidas nos municípios.

Eixos da PNAISC:



Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido;



Aleitamento materno e alimentação complementar saudável;



Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral;



Atenção integral à criança com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas;



Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz;



Atenção à saúde da criança com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade;



Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

EIXO I - ATENÇÃO HUMANIZADA E QUALIFICADA À GESTAÇÃO, AO PARTO, AO NASCIMENTO E AO RECÉM-NASCIDO

Neste Eixo a Política Nacional propõe orientar como deve ser conduzido o cuidado com a criança desde antes de nascer, durante o nascimento e o recém-nascido.

A maior parte das estratégias/ações deste Eixo está contemplada na Rede Cegonha, atualmente transformada no programa denominado “Rede Alyne¹” (2024b), que visa a redução em 25% da mortalidade materna e em 50% da mortalidade materna de mulheres pretas, até 2027. Visa, ainda, a atenção integral à gestante e à criança, com foco na atenção humanizada e qualificada ao pré-natal, parto e ao recém-nascido no momento do nascimento na maternidade/hospital, com o posterior seguimento na Unidade Básica e Saúde.

Orienta, ainda, a estruturação de serviços ambulatoriais especializados para pré-natal de alto risco e *follow up* de bebês egressos de UTI Neonatal ou que necessitem de acompanhamento especializado (A-SEG), sendo esta uma das novidades propostas no novo programa.

Rede Alyne

A Rede Materno-Infantil é um componente estratégico do sistema de saúde, e seu principal objetivo é garantir a atenção integral à saúde de mulheres e crianças, tendo como principal objetivo a continuidade do cuidado.

A Rede Alyne deve ser implementada com o intuito de possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a comunidade do território, mediante a articulação dos diferentes pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e do sistema de governança da rede de atenção à saúde de acordo com o Planejamento Regional Integrado – PRI, ao qual a Rede Alyne deve ser integrada.

¹ Nome em homenagem a jovem negra Alyne Pimentel, que morreu aos 28 anos, gestante e vítima de negligência médica. O caso de Alyne levou o Brasil a ser o primeiro país condenado por morte materna pelo Sistema Global de Direitos Humanos em todo o mundo.

Principais aspectos relacionados à Rede Alyne:

Promoção da equidade, observando as iniquidades étnico-raciais;

Proteção e promoção do vínculo da família e bebê, em especial para pessoas em situação de rua;

Adoção de práticas baseadas em evidências na rede de atenção à saúde;

Garantia de acompanhante de livre escolha da mulher nos serviços de saúde;

Redução da morbimortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal, sobretudo da população negra e indígena;

Visa atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável - ODS, em 2030

Distribuição mais equitativa dos recursos para reduzir desigualdades regionais e raciais.

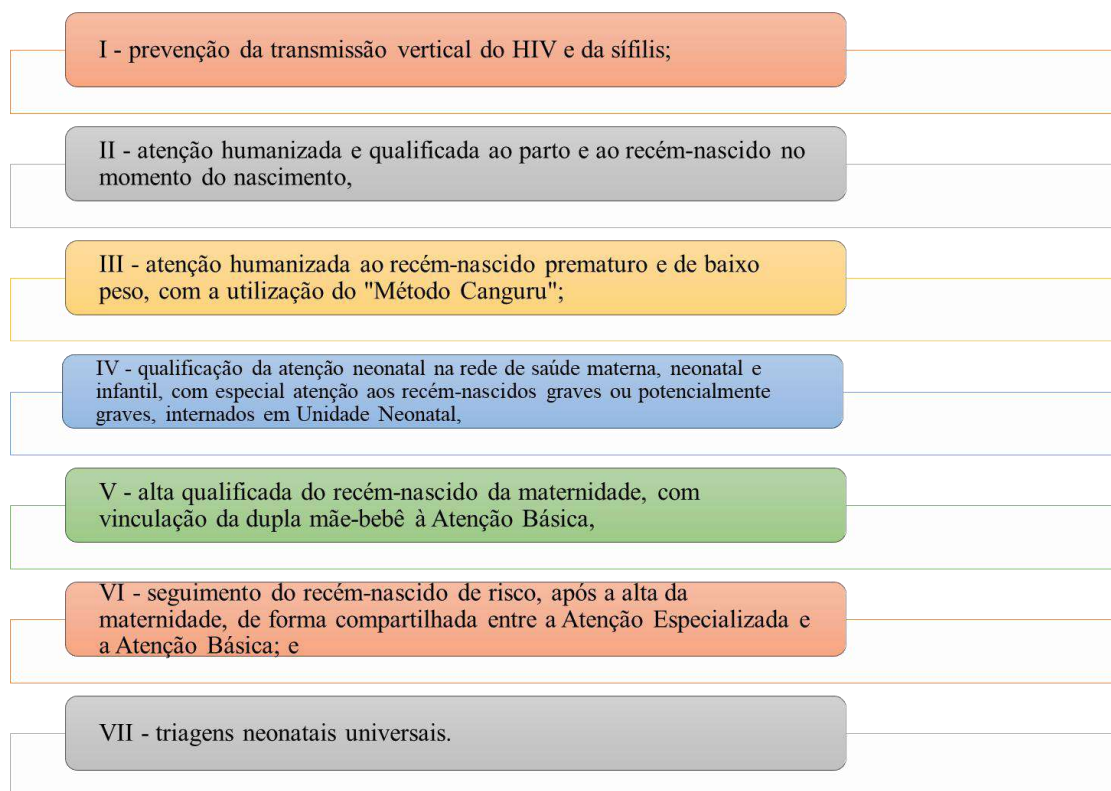
Incremento nos valores de exames de pré-natal e leitos de alto risco e intermediário;

Garantir cuidado progressivo com incentivo ao método Canguru;

Maior integração entre os serviços para o fim da peregrinação da gestante e qualificação da regulação pelo SAMU 192;

Infraestrutura: expansão dos serviços de saúde para assistência a gestante e ao bebê (Novo PAC Saúde)

O Eixo I da PNAISC possui 7 ações estratégicas pré-estabelecidas nesta política para efetivação das metas, são elas:



I. Prevenção da transmissão vertical do HIV e da Sífilis

O HIV e a sífilis são infecções sexualmente transmissíveis, que quando não diagnosticadas e tratadas adequadamente durante o pré-natal, podem ser transmitidas verticalmente, ou seja, de mãe para filho durante a gestação, parto e/ou amamentação (sendo este último apenas no caso do HIV).

Sífilis Congênita:

A sífilis congênita é uma infecção causada pelo *Treponema pallidum*, transmitida da mãe para o feto durante a gestação (transmissão vertical). Muitas vezes, os bebês podem nascer sem apresentar sinais evidentes da doença, mas os sintomas podem se manifestar logo nos primeiros meses ou até depois dos dois anos de vida.

Para evitar a transmissão vertical da sífilis, é fundamental reforçar as ações de diagnóstico, prevenção E TRATAMENTO, especialmente durante o pré-natal e o parto. Contudo, essas intervenções seriam ainda mais eficazes se fossem aplicadas à população em geral, antes mesmo que a gravidez ocorresse.

Transmissão vertical do HIV:

A *transmissão vertical do HIV*, também denominada *transmissão perinatal*, ocorre quando uma mulher portadora do vírus transmite a infecção ao seu filho durante a gestação, no momento do parto ou por meio da amamentação. Esse assunto representa um importante desafio de saúde pública, uma vez que, sem intervenções, pode levar a altas taxas de infecção infantil.

Estudos científicos e diretrizes internacionais, como os da Organização Mundial da Saúde (OMS), enfatizam que a chave para a redução dessa transmissão reside no diagnóstico precoce e no manejo adequado da gestante. Assim, recomenda-se que todas as mulheres grávidas sejam submetidas a testes de HIV logo no início do pré-natal. A identificação rápida do vírus permite a implementação imediata da terapia antirretroviral (TAR), que é fundamental para reduzir a carga viral e, conseqüentemente, a Transmissão vertical do HIV.

Durante o parto, a escolha da forma de nascer pode ser adaptada à situação clínica da gestante. Em casos com alta carga viral, recomenda-se a realização de uma cesárea eletiva, pois reduz o contato do recém-nascido com os fluidos maternos e, conseqüentemente, o risco de transmissão vertical do HIV. Essa estratégia, respaldada por diretrizes internacionais, integra o manejo antirretroviral durante a gestação para melhorar a proteção do bebê,

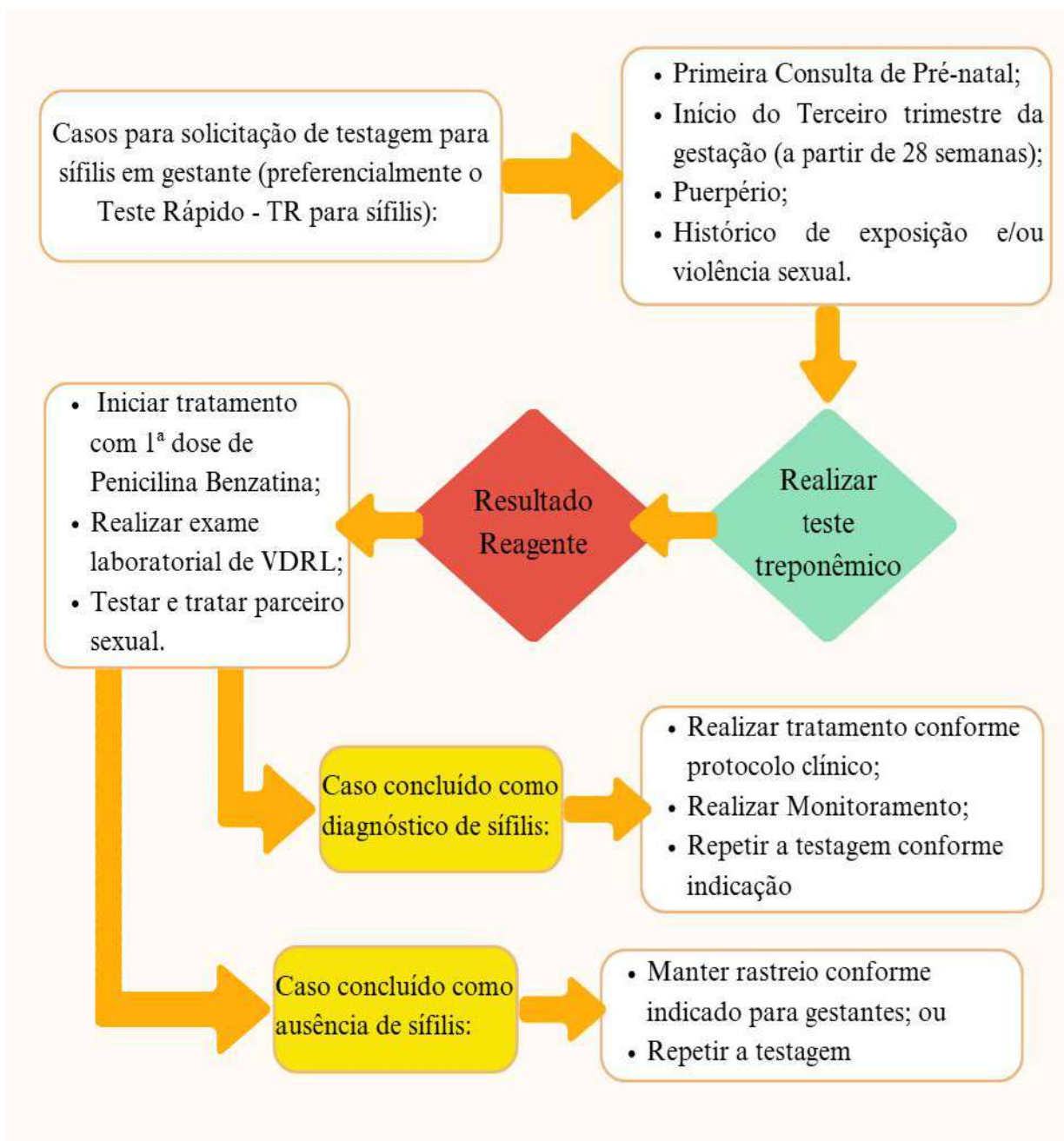
Importante 1 - A questão do aleitamento materno também é crucial na prevenção da transmissão do HIV. Em contextos onde é seguro substituir o leite materno por fórmulas infantis, essa é uma recomendação preferencial para evitar a transmissão pós-natal.

Importante 2 - O Ministério da Saúde disponibiliza o teste rápido de HIV e Sífilis para ser realizado na gestante e parceiro durante o pré-natal;

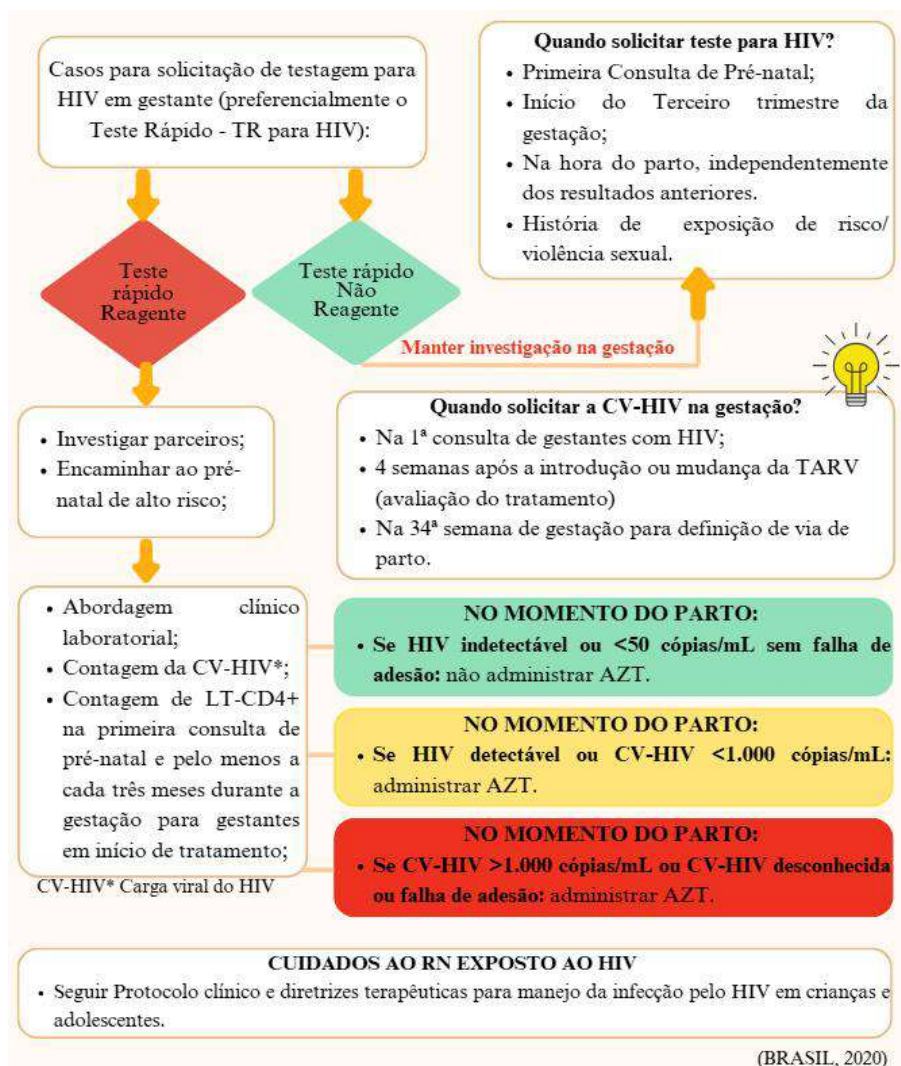
Dessa maneira, torna-se importante o conhecimento dos fluxos de seguimento da investigação e acompanhamento das gestantes no que tange a prevenção da transmissão vertical dessas infecções.

Nesse sentido, a Coordenação Estadual incentiva e monitora a notificação obrigatória no SINAN, dos casos de sífilis congênita diagnosticados nos 144 municípios do estado, bem como da transmissão vertical do HIV.

Fluxograma de investigação da Sífilis na Gestante



Fluxograma de investigação e acompanhamento do HIV na Gestante



II. Atenção Humanizada e Qualificada ao Parto e ao Recém-nascido

Considera-se recém-nascido a criança com idade entre 0 (zero) a 28 (vinte e oito) dias de vida.

A Portaria SAS/MS Nº 371 de 07 de maio de 2014, instituiu as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Neste sentido, destaca-se a necessidade de estrutura e de qualificação profissional para garantir a assistência adequada aos recém-nascidos

Considera também a necessidade de capacitação dos profissionais de enfermagem e médicos para **prevenção de asfixia neonatal**. Nos casos específicos, considera ainda a qualificação da assistência por parteiras tradicionais.

Constam, ainda, da Portaria, as boas práticas de parto e nascimento que devem ser preconizadas para todas as maternidades, e incluem:

- ❖ Assegurar o contato pele a pele, imediatamente após o parto, e de forma contínua, colocando o RN de bruços sobre o abdômen ou tórax da mãe, de acordo com sua vontade. E cobrindo-o com uma coberta seca e aquecida, mantendo a temperatura ambiente em torno de 26°C, para evitar a perda de calor;
- ❖ Proceder ao clampeamento do cordão umbilical após cessadas suas pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos); **Exceção:** casos de mães isoimunizadas ou HIV/HTLV positivas, quando o clampeamento deve ser imediato;
- ❖ Estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas;
- ❖ Postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida;

Obs. Entenda-se como procedimentos de rotina: exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal e vacinação, entre outros;

Projeto SENEIO - Qualificação das Salas de Parto e Implantação de Salas de Estabilização Neonatal no Pará:



Fonte: Capacitação Cametá-Pa/CESAC

Para o caso dos bebês que precisem de ajuda para respirar (1 em cada 10 crianças segundo a SBP), a Coordenação Estadual de Saúde da Criança atua por meio de um Termo de Cooperação Técnica celebrado entre a SESPA e a Organização Pan Americana de Saúde – OPAS no acompanhamento do cumprimento da Portaria SAS/MS N° 371/2014, ofertando capacitações em Reanimação e Transporte Neonatal para as equipes de salas de parto das maternidades e SAMU nos municípios e regiões do Estado.

Em 2021 a 2014 foram capacitadas e monitoradas 13 maternidades nas Regiões do Marajó, Metropolitana I, Caetés, Tocantins, Baixo Amazonas, Carajás e Xingu, para o cuidado neonatal em sala de parto, visando o cumprimento da Portaria GM/MS N° 371/2014.

A prioridade considerou os locais com vazios assistenciais para atenção neonatal de alto risco e distancias ou dificuldade de acesso aos serviços de referência da Região. Observando que muitos casos se agravam nessa localidades, pela falta de estrutura e qualificação das equipes no referente aos cuidados neonatais.

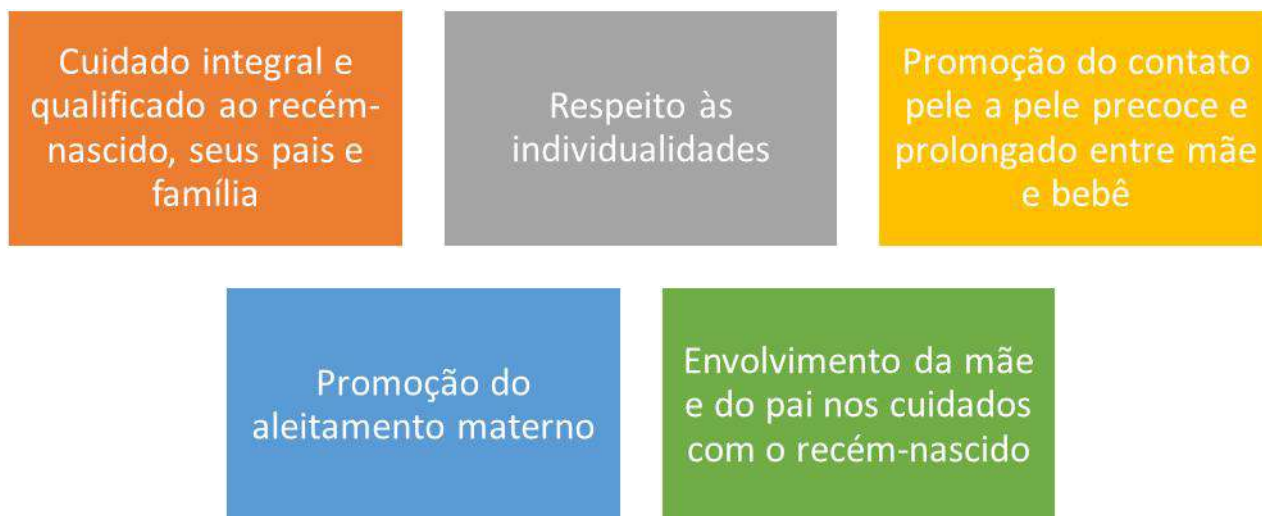
III. Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Método Canguru

O **Método Canguru** trata-se de uma estratégia idealizada e implantada de forma pioneira por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez em 1979, no Instituto Materno-Infantil de Bogotá/Colômbia, como uma alternativa ao cuidado neonatal convencional. Inicialmente denominado "Mãe Canguru" foi uma alternativa à falta de incubadoras neonatais e consistia em colocar os bebês, após o nascimento, em contato direto com o corpo de suas mães, para mantê-los aquecidos. Semelhante aos marsupiais.

No ano 2000, a partir da inquietação de profissionais e do Ministério da Saúde, surge no Brasil a proposta de construir norteadores para os cuidados perinatais, originando a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, publicada preliminarmente como Portaria GM N° 693, de 5 de julho de 2000, posteriormente revisada como Portaria N° 1.683, de 12 de julho de 2007.



Pilares do Método Canguru (BRASIL, 2007a);



Etapas do Método Canguru (BRASIL, 2007a); (BRASIL, 2018a)

1ª ETAPA: inicia na fase prévia ao nascimento de um bebê prematuro ou de baixo peso. Mãe e família recebem orientações e cuidados específicos e suporte psicológico. Com o nascimento do bebê e havendo necessidade de permanência na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e/ou Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo), é garantida a entrada dos pais nesses locais a fim de estabelecer contato pele a pele com o bebê, e participação nos cuidados de forma gradual e crescente, de maneira segura e agradável para ambos além de orientar e apoiar o estímulo à lactação

2ª ETAPA: O bebê tem sua permanência contínua com a mãe na Unidade Canguru (UCINCa), de modo que os cuidados com o recém-nascido tenham maior participação materna. Para esta etapa exige-se que o bebê tenha estabilidade clínica, ganho de peso regular, interesse e disponibilidade materna;

3ª ETAPA: inicia com a alta hospitalar, e exige acompanhamento ambulatorial criterioso do bebê e de sua família até atingir o peso mínimo de 2.500g, mantendo-se a abordagem biopsicossocial.

Dez Passos para o Cuidado Neonatal (FIOCRUZ, 2023)

O cuidado humanizado ao recém-nascido de baixo peso está relacionado ao atendimento em unidade neonatal e, neste sentido, é necessário considerar “*os 10 passos para a melhoria do cuidado neonatal*” onde estão concentradas várias recomendações que têm por objetivo a qualificação da atenção ao recém-nascido e sua família (BRASIL, 2015a).

Através da Estratégia **QualiNeo*** o estado vem conseguindo fazer a avaliação dos 10 passos para o cuidado neonatal em algumas maternidades/hospitais que possuem unidades neonatais, propondo o acompanhamento de indicadores relacionados a esse cuidado.

*Estratégia foi proposta ao Estado pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, (sendo coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ), com o intuito de qualificar a atenção ao RN nas unidades neonatais e reduzir as taxas de mortalidade desse grupo nas maternidades, oferecendo suporte especializado e monitorando os 10 passos do cuidado neonatal.

Obs. No Pará, 5 hospitais aderiram a esta estratégia sendo eles: Hospital Regional Dr. Abelardo Santos; Hospital Santo Antônio Maria Zaccaria; Hospital Regional Público do Marajó; Santa Casa de Misericórdia do Pará; Hospital Regional Público Materno Infantil de Barcarena.

Quais são os Dez Passos para o Cuidado Neonatal?

1. Siga as normas de reanimação neonatal e previna a hipotermia.
2. Use CPAP desde a sala de parto e evite intubar o recém-nascido.
3. Controle o uso de oxigênio. Evite a hiperóxia.
4. Alimente o RN o mais precoce possível e de preferência com o leite materno/humano.
5. Higienize as mãos e evite antibióticos desnecessários.
6. Uso criterioso de medicamentos (aminas, analgésicos e sedativos).
7. Pratique o Método Canguru e integre toda a equipe multiprofissional no cuidado individualizado.
8. Siga as normas de segurança do paciente no cuidado com o RN.
9. Utilize de forma racional os recursos existentes e pratique o gerenciamento de leitos.
10. Utilize os indicadores de sua unidade neonatal como fonte de melhorias e de aprendizado da equipe.

Destaca-se que no Estado do Pará a 1ª e 2ª etapa do Método Canguru estão implantadas na Fundação Santa Casa de Misericórdia, que possui seu próprio fluxo de funcionamento. Além disso, com o apoio da Santa Casa e Sociedade Paraense de Pediatria, a Coordenação Estadual vem promovendo a capacitação das equipes para a implantação do Método Canguru em outras maternidades e na Atenção Básica.

No caso da Atenção Básica, o propósito é o atendimento pelo Método Canguru Compartilhado, ou seja, para que os bebês em acompanhamento nas maternidades que atendem a 3ª Etapa do método atuem conjuntamente com as Unidades Básicas de Saúde do território de residência da família.

Atualmente no Pará, somente a Santa Casa dispõe de uma Unidade de Cuidados Intermediários Canguru - UCINCa com 20 leitos em funcionamento no perfil.

Mobilização social

O NOVEMBRO ROXO

É uma campanha internacional de conscientização sobre a prematuridade, alertando para a necessidade de se cuidar adequadamente de bebês que nascem antes das 37 semanas de gestação. Tem como principais objetivos: sensibilizar a população sobre o tema; alertar para os desafios da prevenção dos nascimentos prematuros e; reforçar a importância do contato pele a pele entre o recém-nascido e seus pais.



Seminário Novembro Roxo de Sensibilização aos Cuidados Neonatais com o Bebê Prematuro – Nov/2024

IV. 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

Recém-nascidos graves ou potencialmente graves necessitam de lugares estruturados para estabelecer a linha de cuidados demandada. Dessa maneira, a Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, é que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido com esse perfil e os critérios para habilitação de leitos de Unidades Neonatais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, ressalta-se que essa portaria sofreu acréscimos e revogações a partir de 2013, com a publicação da Portaria nº 3.389.

Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012

Os objetivos da atenção integral ao recém-nascido grave ou potencialmente grave preveem organizar a atenção ao neonato para garantir acesso a diferentes níveis assistenciais (ampliação da oferta de leitos neonatais), observando acolhimento, resolutividade, priorizando ações para redução da morbimortalidade, além de estimular a formação e qualificação de recursos humanos.

Os cuidados ao RN grave, ou potencialmente grave, são desenvolvidos em unidades neonatais, que são serviços especiais de internação obrigados a dispor de estrutura específica, no que tange às instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, e oferecer o cuidado responsável através de ações assistenciais especializadas. Segue-se uma linha de cuidados progressivos que possibilita a adequação da capacidade instalada com a clínica do RN.

Portaria nº 3.389 de 30 de dezembro de 2013

Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 930/GM/MS, de 10 maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Define, entre outros, que: § 1º O mesmo profissional médico poderá acumular, na mesma unidade neonatal, a responsabilidade técnica e o papel de médico com jornada horizontal de 04 (quatro) horas, previstos nos incisos I e II do 'caput'." (NR)

Parágrafo único. Poderá ser implantada, alternativamente, uma Unidade Neonatal de 10 (dez) leitos com um subconjunto de leitos, na proporção de 4 (quatro) leitos de UTIN para 4 (quatro) leitos de UCINCo e 2 (dois) leitos de UCINCa."

Modelos de Unidades Neonatais

Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN):

Voltada para o atendimento de recém-nascido grave ou com risco de morte. As UTIN podem ser do tipo II e III a depender da estrutura/recursos apresentados.

Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo):

Destinada ao atendimento de recém-nascidos considerados de médio risco e que necessitam de assistência contínua, porém de menor complexidade que na UTIN. Também conhecida como Unidade Semi Intensiva.

Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa):

Unidade com infraestrutura física e material que permita acolher mãe e filho para prática do Método Canguru; para repouso e permanência no mesmo ambiente nas 24 (vinte e quatro) horas do dia, até a alta hospitalar. São responsáveis pelo cuidado de recém-nascidos com peso >1.250g, clinicamente estáveis, em nutrição enteral plena, cujas mães manifestem o desejo de participar e tenham disponibilidade de tempo.

Parâmetros para Leitos de Unidades Neonatais para o território:

Número de leitos de UTIN	2 Leitos para cada 1000 (mil) nascidos vivos
Número de leitos de UCINCo	2 Leitos para cada 1000 (mil) nascidos vivos
Número de leitos de UCINCa	1 Leitos para cada 1000 (mil) nascidos vivos
Número de leitos de UCPN	2 Leitos de UTIN, 2 Leitos de UCINCo e 1 Leito de UCINCa para cada 1000 (mil) nascidos vivos

Na Portaria GM/MS nº 930/2012, encontra-se, também, a formação e composição das equipes necessárias para o perfil de cada unidade descrita, e ainda determina o tipo e proporcionalidade de equipamentos necessários em cada tipologia.

V. Alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica

A Coordenação Estadual orienta a utilização dos critérios de alta da maternidade preconizados pela Portaria GM/MS nº 2.068 de 21 de outubro de 2016, que instituiu diretrizes para a atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no alojamento conjunto.

No caso do bebê à termo e com peso adequado para a idade gestacional, sem morbidades e com exame físico normal a Alta Responsável da Maternidade exige:

- ❖ Ausência de icterícia nas primeiras 24 horas de vida;
- ❖ Avaliação de icterícia, preferencialmente transcutânea, e utilização do normograma de Bhutani para avaliar a necessidade de acompanhamento dos níveis de bilirrubina quando necessário;
- ❖ Apresentação de diurese e eliminação de mecônio espontâneo e controle térmico adequado;
- ❖ Sucção ao seio com pega e posicionamento adequados e boa coordenação sucção/deglutição, salvo em situações em que há restrições médicas ao aleitamento materno;
- ❖ Nas situações específicas em que a amamentação é contra-indicada, que esteja em uso de substituto do leite humano ou fórmula láctea (conforme atualização OMS/2009 "Razões médicas aceitáveis para uso de substitutos do leite")



Para a alta do Alojamento conjunto, também se considera o bem estar da mãe, que deve apresentar um exame físico normal, sem sinais de alterações relacionadas ao sítio cirúrgico ou ginecológicas/obstétricas.

Orienta-se o retorno à Unidade Básica de Saúde até o 7º dia após parto, com agendamento para o retorno da mãe e do recém-nascido entre o terceiro e o

quinto dia de vida (5º dia de saúde integral). Garantindo a realização das triagens neonatais e avaliação da puérpera

Em caso de comorbidades, deve-se garantir a continuidade do cuidado em nível ambulatorial, conforme necessidade.

Primeira Semana de Saúde Integral – PSSI – 5º Dia de Saúde Integral

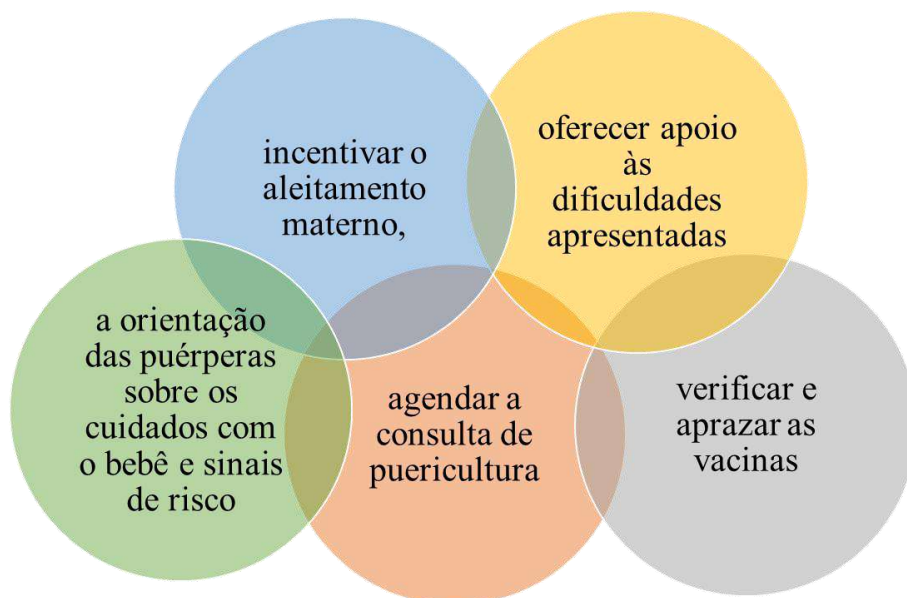
Deve ser instituída pelos municípios a Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI), proposta desde 2004 na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil do Ministério da Saúde.

A PSSI é um protocolo de atenção que se efetiva com a visita domiciliar da equipe da ESF, e visa o cuidado integral e multiprofissional à puérpera e ao recém-nascido na primeira semana após o parto.

Qual o Principal Objetivo da PSSI?

Identificar sinais de risco que possam comprometer o crescimento e desenvolvimento saudável do RN.

A PSSI possibilita ainda:



Contribuindo, assim, para a redução da morbimortalidade infantil.



Faz parte do protocolo da PSSI:

- ❖ Escuta das dúvidas da mãe e orientação sobre os primeiros cuidados, inclusive com observação quanto aos sinais de alerta/perigo;
- ❖ Verificação do Registro de Maternidade, Caderneta da Criança e da Gestante;
- ❖ Observação da mamada
- ❖ Checagem dos resultados de triagens neonatais ou agendamentos;
- ❖ Orientação quanto à coleta para a triagem biológica, caso não tenha sido realizada;
- ❖ Apazamento das vacinas;
- ❖ Agendamento das consultas posteriores para o binômio.



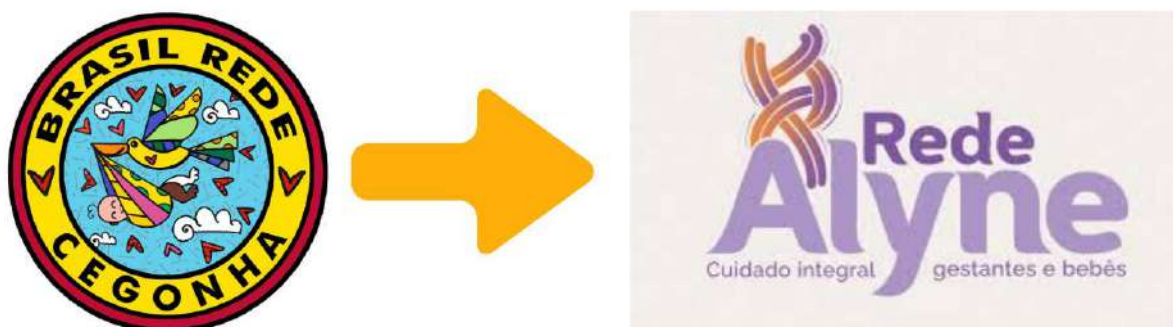
Importante estimular a presença do pai em toda a assistência, sempre que possível.

Redes Temáticas Relacionadas à Saúde da Criança no Âmbito do SUS

As redes devem ser organizadas de modo a garantirem acesso e continuidade do cuidado, com referenciamento responsável, de acordo com o porte do município e organização regionalizada da assistência. Considerando a Atenção Primária como entrada preferencial no Sistema de Saúde, ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, a criança deve estar em todas as Redes Temáticas, como a Rede Materno Infantil, Urgência e Emergência, Psico Social, Rede da Pessoa com Deficiência, Doenças Crônicas, entre outras. Com foco na Atenção Obstétrica e Neonatal, além da criança até 2 anos de vida, considera-se atualmente a Rede Alyne.

Em 2011 o MS instituiu no âmbito do SUS a Rede Cegonha através da **Portaria N° 1.459, de 24 de Junho de 2011**, com intuito de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis até 2 anos de vida.

Em 2024 a Rede Cegonha foi substituída pela Rede Alyne, através da **Portaria GM/MS N° 5.350, de 12 de setembro de 2024**, observando o objetivo de reduzir a mortalidade materna de mulheres negras em 50% até 2027.



Considerando as alterações realizadas com a substituição da Rede Cegonha (2011) pela Rede Alyne (2024), observa-se:

Princípios da Rede Alyne:

- O respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- O respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- A promoção da equidade, observando as iniquidades étnico-raciais;
- O enfoque de gênero;
- A garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- A participação e a mobilização social;
- A proteção e a promoção do vínculo da família e bebê, em especial para pessoas em situação de rua;
- A adoção de práticas baseadas em evidências na rede de atenção à saúde; e
- A garantia de acompanhante de livre escolha da mulher nos serviços de saúde.

Objetivos da Rede Alyne:



Art.4º -Rede Alyne deve ser organizada de maneira a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil para a população de determinado território, mediante a articulação dos distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e do sistema de governança da rede de atenção à saúde em consonância com o Planejamento Regional Integrado - PRI.

Art. 5º A Rede Alyne deve ser integrada ao Planejamento Regional Integrado - PRI para organização de forma ascendente e considerando as especificidades, o perfil epidemiológico e a capacidade instalada nos diferentes territórios.

Recursos da Rede Alyne:

Para execução das fases de implementação e operacionalização da Rede Alyne, dispostas na Portaria Ministerial, utiliza-se o Planejamento Regional Integrado - PRI como documento orientador, assim como também, para o repasse os recursos e para monitoramento e avaliação da implementação da rede.

Um dos principais aspectos do programa está relacionado ao aumento do repasse para que estados e municípios possam realizar exames pré-natal, onde atualmente, o repasse é de R\$55,00 reais por gestantes. A proposta é que o governo pretende quase triplicar esse valor, passando a R\$144,00 reais mensais por gestante.

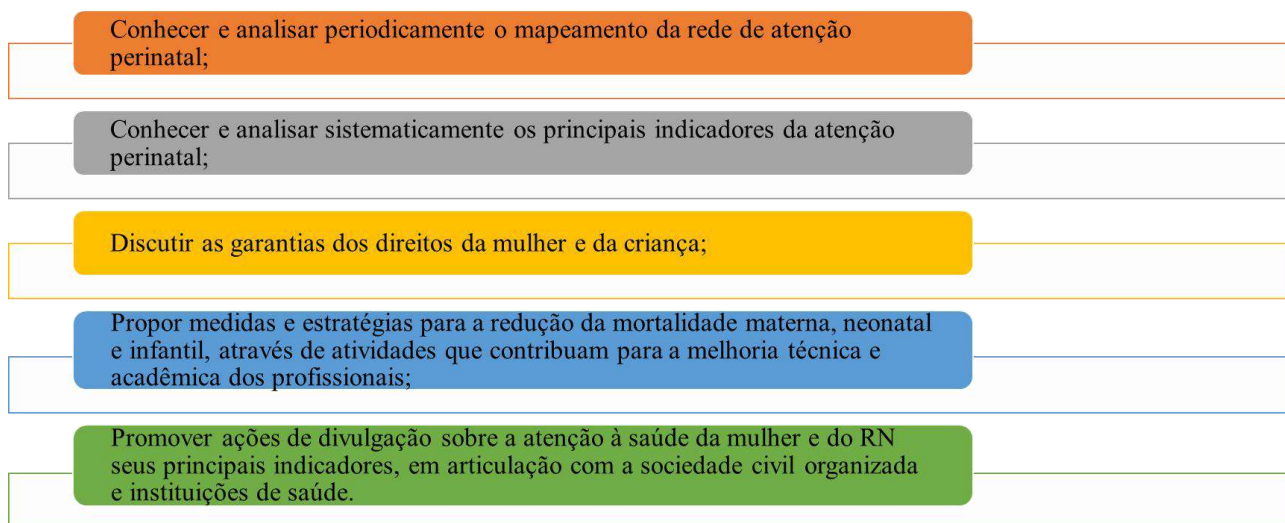
Grupos Condutores:

Em 2011, a Rede Cegonha orientou e o Pará instituiu 13 Grupos Condutores Regionais, que construíram Planos de Ação Regionais – PARs, cabendo aos Grupos, em cada instância, acompanharem a implantação e implementação dos serviços, garantir o cumprimento das diretrizes, assim como define também a Rede Alyne (Art.4º), considerando ainda a necessidade por monitorar e avaliar o processo de pactuação e execução dos PARs do Estado.

Com a Rede Alyne e o processo já em andamento do Planejamento Regional Integrado – PRI, deve considerar a prioridade dessa Rede para os territórios, conforme modelo de Plano definido pelo Ministério da Saúde.

Fórum Perinatal

É um espaço coletivo, plural, gestor interinstitucional onde se firmam acordos éticos do estado e municípios com instituições, conselhos e sociedade Civil para a promoção da saúde e qualidade de vida da Mulher e da Criança, cujo objetivo é discutir e pactuar propostas para organizar uma rede de cuidados integral e humanizada de atenção às mulheres e aos recém-nascidos, favorecendo o acesso às práticas de saúde que defendem e protegem a vida.



Já instituídos pela Rede Cegonha, os Fóruns Perinatais continuam fortalecidos na Rede Alyne e, até o momento, no Pará, estão implantados 8 Fóruns Perinatais Regionais (Região Metropolitana I, Metropolitana III, Caetés, Baixo Amazonas, Tapajós, Tocantins, Xingu, Carajás, e Lago de Tucuruí), que passaram a discutir as estratégias de qualificação dos serviços e demais questões ligadas às boas práticas na atenção obstétrica e neonatal e cumprimento das diretrizes da Rede.



Fórum Região Caetés – Fev/2025

Repasse de Recursos da Rede Alyne:

- ❖ **Pré-Natal:** Recursos para exames adicionais;
- ❖ **Parto e nascimento:** Ampliação e qualificação de leitos obstétricos; Casa da Gestante, Bebê e Puérpera - CGBP; Centros de Parto Normal - CPN; Ambiência das maternidades; UTI Neonatal; UCI Neonatal Convencional; UCI Neonatal Canguru; Ambulatório de Seguimento do recém-nascido e da criança A-SEG
- ❖ **Educação Permanente:** Cursos de Especialização e Residência em Enfermagem Obstétrica

VI. Seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica;

Método Canguru Compartilhado (BRASIL, 2018b)

É o seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Primária, com o compromisso de garantir:

1. Agenda aberta
2. Continuidade da assistência ao recém-nascido e a sua família
3. Estimular e reforçar a participação do pai e de outros familiares
4. Incentivar posição canguru nesse período
5. Avaliar, incentivar e apoiar a amamentação
6. Acompanhar ganho de peso, comprimento e perímetro cefálico

Atualizações Pertinentes ao Prematuro Observadas na Rede Alyne (2024)

A Rede Alyne traz um incremento nos valores de exames de pré-natal e leitos de alto risco e intermediários, enfrentando gargalos históricos e garantindo a progressão do cuidado com incentivo financeiro aos leitos de Unidades Neonatais, incluindo o aumento no valor da diária de leitos de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa).

Além disso, também traz inovações voltadas para a saúde da criança, como o ambulatório de acompanhamento para egressos de UTI, além do recurso inédito para autossuficiência dos Bancos de Leite Humano.

No artigo 7B, parágrafo 2 da Portaria GM/ms Nº 5.350, de 12 de setembro de 2024, trata do componente puerpério e atenção integral à saúde da criança e elenca os pontos de atenção, sendo o *Ambulatório de Seguimento do recém-nascido e da criança - A-SEG*, a unidade responsável pelo seguimento de crianças de alto risco, preferencialmente egressas de unidades de terapia intensiva e cuidados intermediários neonatais, observados o perfil epidemiológico, a pactuação regional, a densidade populacional e a distância para deslocamentos.

Cita também como ponto de atenção os bancos de leite humano (BLH), ponto de referência para a amamentação, que inclui as ações de coleta, processamento e distribuição do leite humano destinado aos bebês prematuros ou com baixo peso internados em unidades neonatais e que não podem ser alimentados pelas próprias mães, além de prestar assistência, suporte e orientação sobre aleitamento materno.

Ressalta-se que o A-SEG deverá funcionar em hospitais ou maternidades de alta complexidade ou de referência regional em atendimento aos RNs e a criança de risco. Na impossibilidade de garantir essa estrutura, o A-SEG deve estar localizado em unidade de atenção especializada com funcionamento adequado para o seguimento ambulatorial preconizado.

No 1º e 2º parágrafo do artigo 89 orienta a pactuação bipartite:

§ 1º Os gestores municipais e estaduais, em pactuação bipartite, e do Distrito Federal deverão organizar as suas redes de serviço para garantir o acesso ao A-SEG.

§ 2º Os indicadores e resultados assistenciais do A-SEG deverão ser compartilhados e discutidos com as equipes das unidades neonatais de

referência, visando à melhoria contínua do processo de trabalho e da atenção à saúde." (NR)

SERVIÇO (A-SEG)	EXECUÇÃO
Grade de vinculação de pré-natal, nascimento e puerpério, devendo atender recém-nascidos	Regulação de acordo com a pactuação regional
Transporte de recém-nascidos e crianças egressos de unidade neonatal para o A-SEG	pactuada pelos gestores municipais ou estaduais
PARÂMETRO DE COBERTURA DO A-SEG	
1 serviço para cada 5.000 (cinco mil) nascidos vivos e com capacidade instalada para um atendimento anual de, pelo menos, 1.360 (mil trezentos e sessenta) crianças no primeiro e segundo anos de vida.	

(BRASIL, 2024)

Outros Cuidados relacionados ao Método Canguru

- Avaliar o contexto afetivo do recém-nascido e de sua família;
- Detectar situações de risco e intervir quando necessário;
- Conferir administração de medicações prescritas;
- Orientar aos responsáveis e acompanhar tratamentos especializados;
- Orientar aos responsáveis quanto ao esquema vacinal.

VII. Triagens neonatais universais.

As Triagens Neonatais são de fundamental importância para o diagnóstico precoce de condições/morbidades congênitas tratáveis e viabilizam o tratamento precoce, reduzindo ou evitando danos permanentes e limitantes ao melhor desenvolvimento da criança, e até a sua morte.

Ao realizarem as Triagens Neonatais, as crianças se inserem transversalmente em pelo menos três redes temáticas do SUS: Iniciam na Rede Alyne, onde passam pelos testes de triagem neonatal e, posteriormente, podem necessitar dos cuidados inerentes à Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, e/ou à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

É na MATERNIDADE que devem ser realizadas: a triagem auditiva, triagem de cardiopatias congênitas críticas, triagem ocular e retestes (quando necessário), avaliação do frênulo lingual e a triagem biológica de bebês que permanecem internados a partir do 3º dia de vida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNAISC, 2015).

Testes Preconizados:

Triagem Neonatal Biológica – Teste do Pezinho

Triagem Neonatal Auditiva – Teste da Orelhinha

Triagem Neonatal Ocular – Teste do Olhinho

Triagem Neonatal de Cardiopatias Congênitas – Teste do Coraçõzinho

Avaliação do Frênulo da Língua de RN – Teste da Linguinha

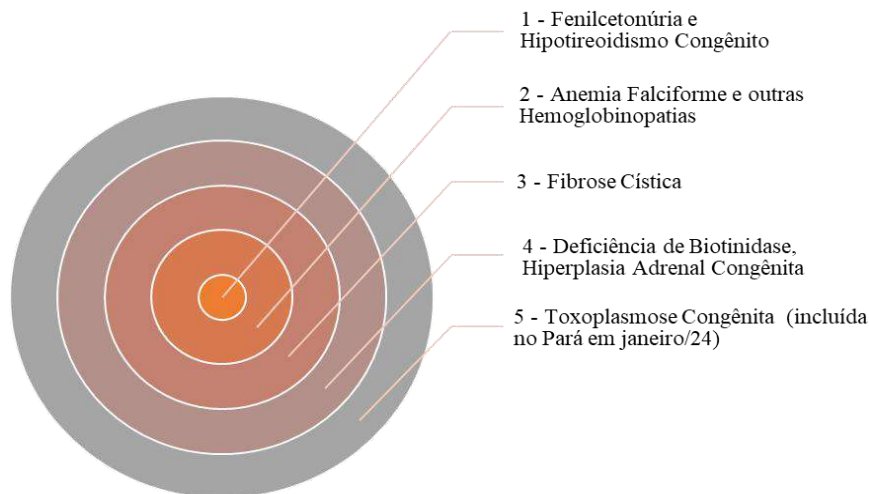
Triagem Neonatal Biológica - Teste Pezinho



No Pará:

- ❖ **Laboratório de Referência do Estado:** LACEN;
- ❖ **Serviço de Referência da Triagem Neonatal (SRTN):** Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente - UREMIA;
- ❖ **Local de coleta da amostra de sangue:** Unidades de Saúde dos 144 municípios do Estado; Hospitais/Maternidades
- ❖ **Período para coleta das amostras de sangue:** devem ser coletadas entre o 3º ao 5º dia de vida do bebê;

Exames realizados na amostra de sangue coletada e enviada ao LACEN:

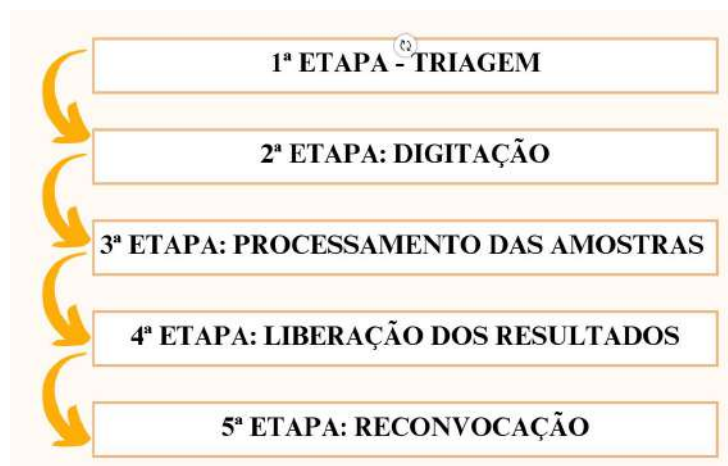


Como funciona o processo que vai da coleta das amostras ao processamento no Laboratório?

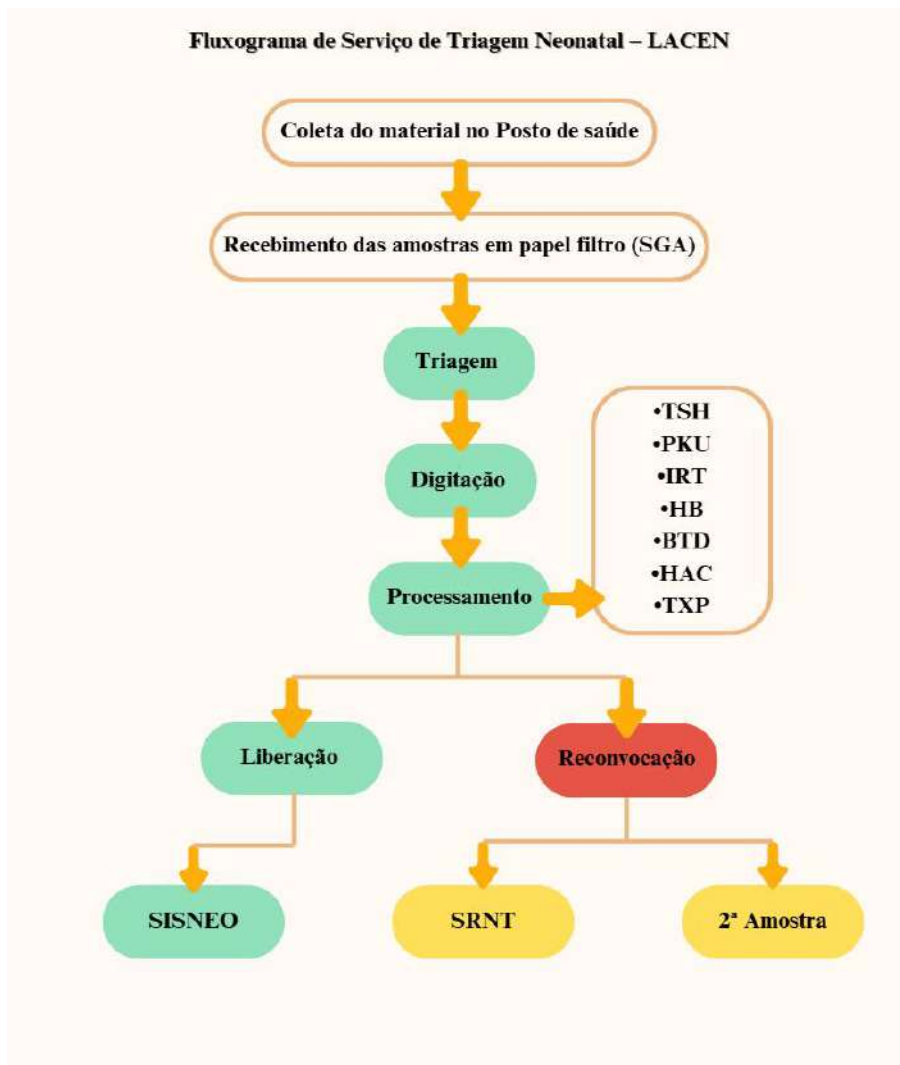
Os profissionais dos pontos de coleta existentes nas unidades de saúde dos municípios coletam o sangue do calcanhar do bebê, entre o 3º e o 5º dia de vida, utilizando uma lanceta específica e papel filtro, disponibilizados pelo Laboratório de Referência da Triagem Neonatal, ou seja, o LACEN/SESPA.

As amostras em papel filtro são enviadas ao LACEN via correios ou via direta, por portador do município. Quando enviadas por portador, devem ser acompanhadas de ofício em duas vias, e entregues no setor de recebimento de amostras do LACEN (SGA), onde o portador receberá uma via carimbada do ofício de entrega, com data e assinatura (comprovante da entrega do material).

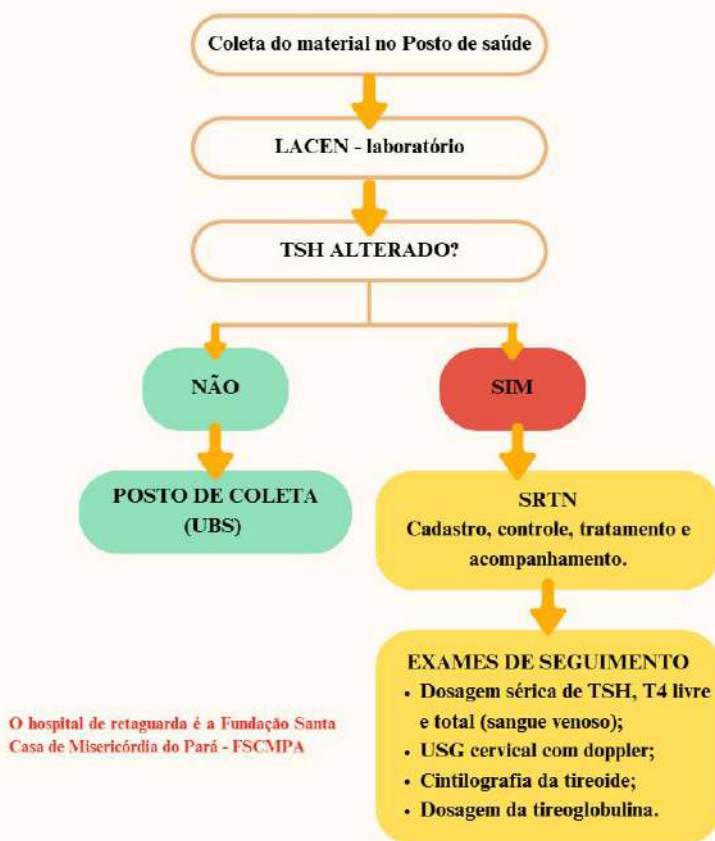
O SGA/LACEN, assim que receba as amostras, realiza a distribuição para o setor de Triagem Neonatal onde serão realizadas as seguintes etapas:



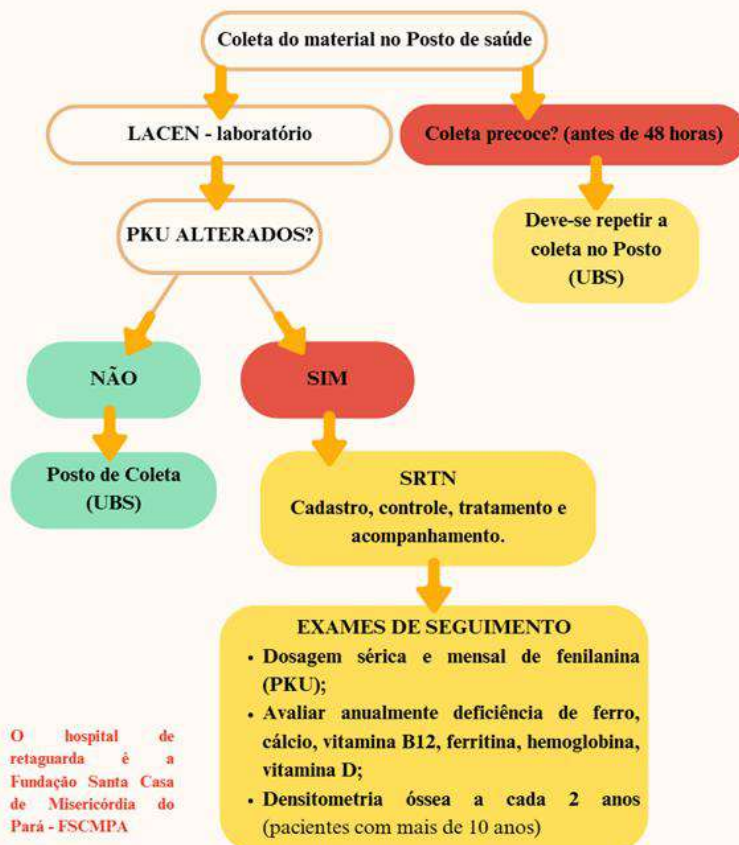
É de grande importância que os profissionais e gestores municipais conheçam a rede de serviços da Triagem Neonatal, para que possam coordenar e gerir essa estratégia de saúde da criança no âmbito municipal, garantindo agilidade no acesso à coleta e envio em tempo hábil ao Laboratório; conhecimento do resultado disponibilizado pelo Sistema de Informações da Triagem Neonatal (SISNEO), e busca ativa para realização do confirmatório nos casos alterados; liberação do TFD para consulta no SRTN/UREMIA e continuidade do cuidado na rede articulada e integralizada de saúde.



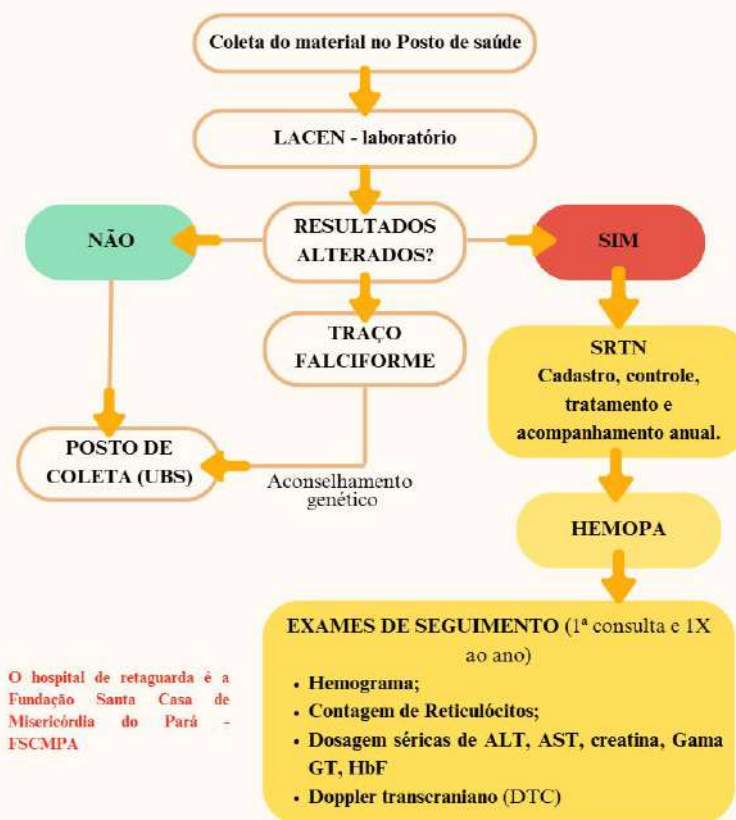
Fluxograma de triagem Neonatal - Hipotireoidismo Congênito - TSH



Fluxograma de Triagem Neonatal - Fenilcetonúria – PKU



Fluxograma de Triagem Neonatal - Hemoglobinopatias – HB
Fluxograma - Anemia Falciforme



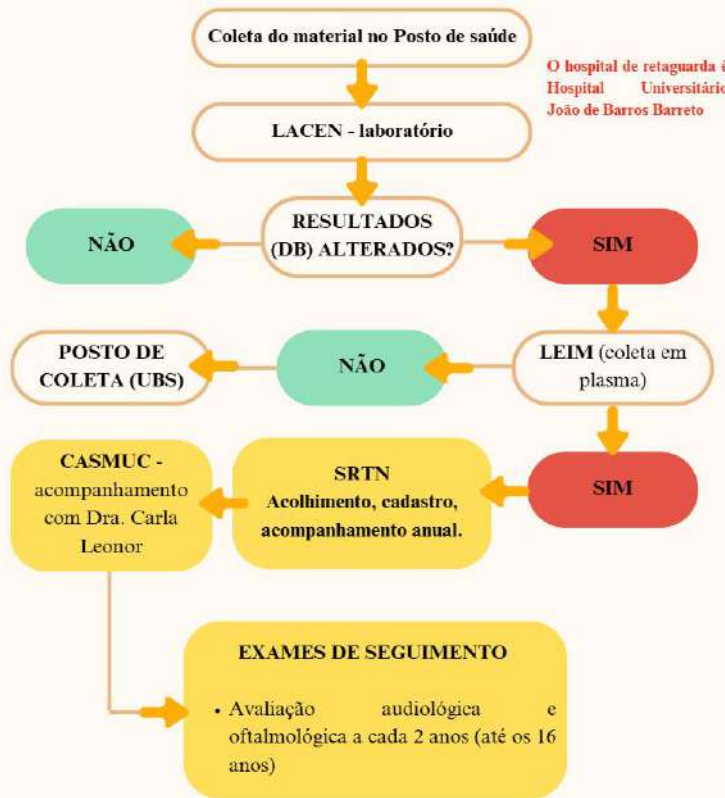
Fluxograma de Triagem Neonatal - Fibrose Cística – IRT

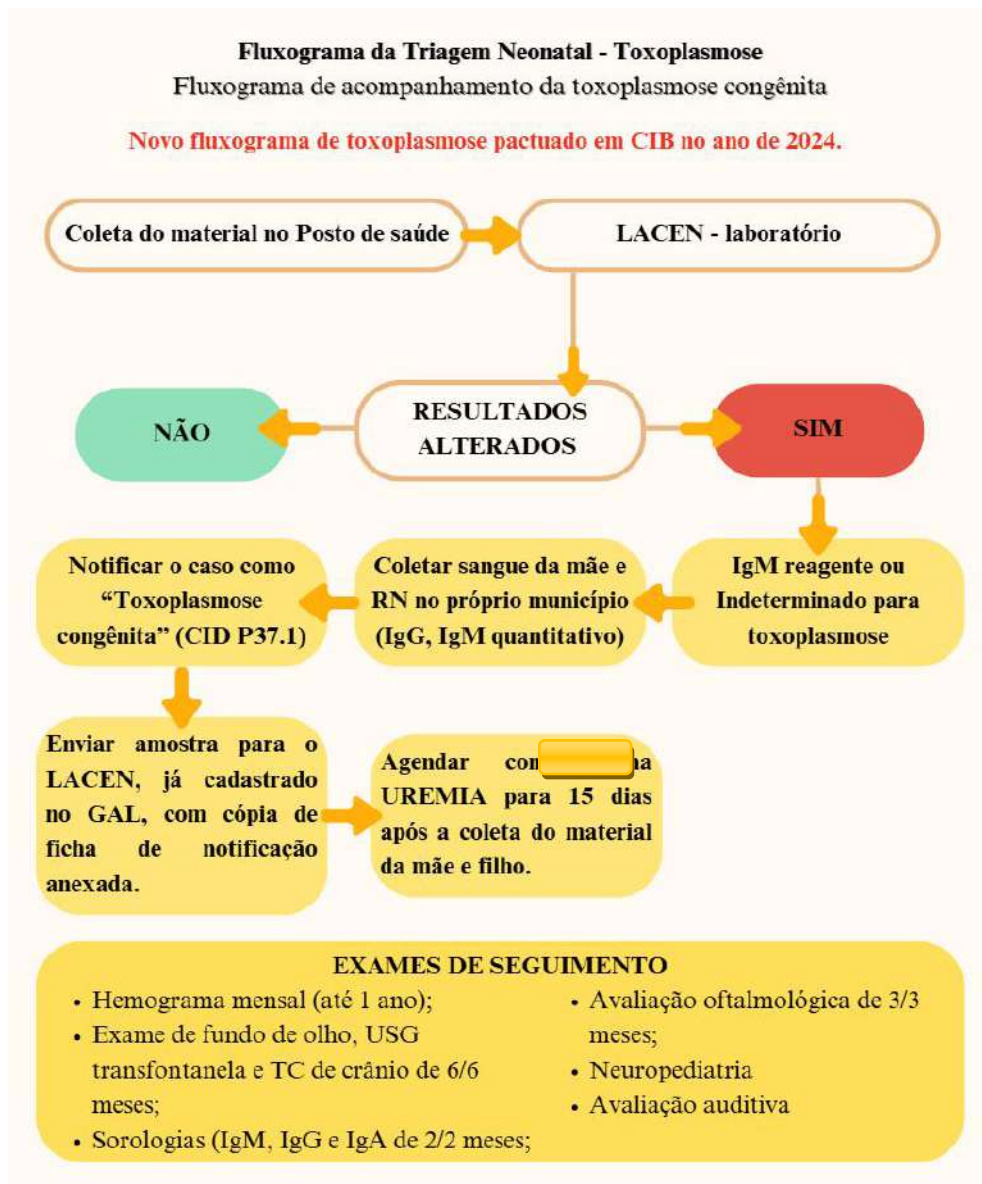


Fluxograma da Triagem Neonatal - Hiperplasia Adrenal
 Fluxograma de acompanhamento de hiperplasia adrenal congênita



Fluxograma da Triagem Neonatal - Biotinidase - BTB
 Fluxograma de acompanhamento de deficiência de biotinidase





O TFD deverá ser providenciado prevendo o deslocamento para a consulta no SRTN/UREMIA, de acordo com a distância; estado puerperal da mãe; se gemelar; e condições de saúde da criança com modais/passagem via rodoviária, fluvial e aérea, preferencialmente com dois acompanhantes, incluindo alimentação.

Como acessar os Resultados do Teste do Pezinho?

Os resultados do Teste do Pezinho são disponibilizados aos pontos de coleta cadastrados no SISNEO via Web, pelo link <http://sisneo.saude.pa.gov.br>.

O ponto de coleta acessará usando:

- ❖ **Usuário:** são as três letras que identificam o posto de coleta, ou seja, o código da unidade.
- ❖ **Senha:** é igual a todos e permanente: não recomendamos a troca, pois, a rotatividade nas unidades de saúde é muito elevada e se houver troca da senha haverá transtornos para o acesso.
- ❖ **Solicitação de 2º via é feita pelo e-mail:** testedopezinholacempa@gmail.com

Solicitação de KIT de Coleta para o LACEN:

Para solicitar o material, o município tem que enviar ofício com a solicitação para o e-mail: testedopezinholacempa@gmail.com.

O Serviço de Triagem Neonatal fará a verificação do quantitativo solicitado e encaminhará o pedido ao almoxarifado para a retirada do material pelo município solicitante. O prazo de retirada é de três dias úteis.

Os resultados são disponibilizados aos pontos de coleta cadastrados no SISNEO via web, pelo link <http://sisneo.saude.pa.gov.br>. O ponto de coleta acessará usando o:

- ❖ **Usuário:** são as três letras que identificam o posto de coleta, ou seja, o código da unidade.

- ❖ **Senha:** é igual a todos e permanente: 123, não recomendamos a troca, pois a rotatividade nas unidades de saúde é muito elevada, se houver troca da senha haverá transtornos para o acesso.
- ❖ **Solicitação de 2º via é feita pelo e-mail:** testedopezinholacempa@gmail.com

Solicitação De Kit De Coleta Para O Lacen

Para solicitar o material, o município tem que enviar o ofício com a solicitação para o **e-mail:** testedopezinholacempa@gmail.com , o Serviço De Triagem Neonatal fará a verificação do quantitativo solicitado e encaminhará o pedido ao almoxarifado para a retirada do material pelo município solicitante. O prazo de retirada é de três dias úteis.



Triagem Neonatal Auditiva- Teste da Orelhinha



- ❖ Deve ser realizado na maternidade/hospital onde o bebê nasce (artigo 1º da Lei Federal nº 12.303 de 02 de agosto de 2010), entre 2º e o 3º dia de vida, antes da alta (Brasil, PNAISC 2015);

- ❖ A família do recém-nascido deverá ser informada e receber por escrito o resultado do exame (anotar na Caderneta da Criança);
- ❖ **Exames realizados:** Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA) e Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico (PEATE)
- ❖ **Código de Procedimento:** 02.11.07.014-9:
- ❖ **Nome do Procedimento:** Produção estudo de emissões otoacusticas evocadas transitórias e produtos de distorção (EOA) - Teste da orelhinha SIASUS.

Triagem Neonatal Ocular- Teste do Olhinho



- ❖ Faz parte do exame de rotina do Recém-nascido ainda na maternidade
 - ❖ **Exame:** Inspeção e Teste do Reflexo Vermelho;
 - ❖ Deve ser realizado na maternidade/hospital onde o bebê nasce preferencialmente, nas 48 horas de vida (antes da alta hospitalar) e antes de três meses;
 - ❖ A família do recém-nascido deverá ser informada e receber por escrito o resultado do exame (anotar na caderneta da Criança).
 - ❖ **Doenças diagnosticadas:** Catarata, Glaucoma, Retinoblastose, entre outras.
- ### Triagem Neonatal de Cardiopatias Congênicas - Teste do Coraçãozinho



- ❖ Deve ser realizado na maternidade/hospital onde o bebê nasce, entre 24h e 48h após o nascimento;

- ❖ Diagnóstico de Malformações Congênitas Graves;
- ❖ NOTA TÉCNICA Nº 7/2018-CGSCAM/DAPES/SAS/MS;
- ❖ **Código de Procedimento:** 02.11.02.007-9
- ❖ **Nome do Procedimento:** oximetria de pulso (teste do coraçãozinho)

Análise do Frênulo da Língua do RN- Teste da Linguinha



- ❖ Lei 13.002, de 20 de junho de 2014;
- ❖ Indicar frenotomia => Prejuízo na amamentação;
- ❖ **Código de Procedimento:** 02.11.07.008-4
- ❖ **Nome do Procedimento:** Produção de triagem do frênulo lingual neonatal -
TESTE DA LINGUINHA

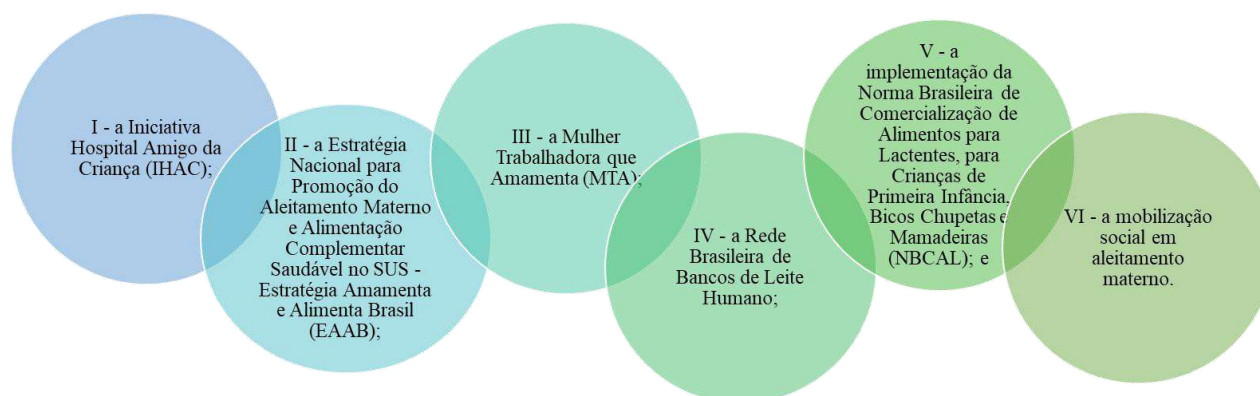
EIXO II - ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR SAUDÁVEL

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os bebês recebam exclusivamente o leite materno durante os primeiros 6 meses de vida e de forma complementar até os 2 anos de idade ou mais. Por esse motivo, é de fundamental importância iniciar o aleitamento exclusivo logo após o parto.

O Aleitamento Materno é de fundamental importância para a saúde e a qualidade de vida da criança, sendo a estratégia que mais contribui na promoção do crescimento e desenvolvimento saudável, assim como, na prevenção de doenças na infância e demais ciclos de vida.

Este Eixo da PNAISC conta com 6 ações estratégicas, e o Estado do Pará desenvolve ainda o “Programa de Orientação e Apoio ao Aleitamento Materno Exclusivo” (PROAME) na APS.

São ações estratégicas nesse Eixo:



I - Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança-IHAC é uma Estratégia potencializadora nas Políticas da Saúde da Criança e da Mulher, no contexto das Redes de Atenção à Saúde, principalmente da Rede Alyne, para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para serem habilitados à Iniciativa Hospital Amigos da Criança (IHAC) os Hospitais deverão estar aptos a prestar atendimento ao binômio mãe e filho, cumprindo os critérios estabelecidos na Portaria GM/MS nº 1.153 de 22 de maio de 2014. São eles:

I - Cumprir os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF);

II - Cumprir a Lei Federal nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, e a Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL);

III - Garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso de ambos ou, na falta destes, do responsável legal, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde;

IV - Cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher

Além de cumprirem os 4 critérios, para serem credenciados, os Hospitais Públicos e/ou Privados, deverão cumprir as seguintes etapas:

1ª ETAPA

Autoavaliação do Hospital:

Etapa em que o hospital preencherá o questionário disponível no sistema de informações SIS-IHAC;

2ª ETAPA

Pré-avaliação:

Constatado, na autoavaliação, o cumprimento dos critérios exigidos, será realizada a pré-avaliação do Hospital por profissionais habilitados, mediante instrumento padronizado pelo Ministério da Saúde;

3ª ETAPA

Avaliação Global:

Constatado, na pré-avaliação, o cumprimento dos critérios exigidos, será realizada a Avaliação Global do Hospital por profissionais habilitados, juntamente com representante indicado do Ministério da Saúde, para certificação do cumprimento desses critérios;

4ª ETAPA

Publicação da habilitação:

Com o Hospital aprovado na Avaliação Global, a Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (SAS/MS) providenciará a publicação de uma Portaria de Habilitação do estabelecimento à IHAC.

5ª ETAPA

Certificação:

Após publicação da Portaria de Habilitação, o Hospital receberá a Placa da Iniciativa Hospital Amigo da Criança-IHAC, com a validade de credenciamento de três anos indicado no selo de Certificação afixado à placa.

Relação de Hospitais Amigos da Criança do Estado do Pará

1. Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará - FSCMP - **Belém**
2. Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Vianna-FHCGV - **Belém**

3. Venerável Ordem Terceira De São Francisco Hospital - **Belém**
4. Hospital Beneficente Portuguesa - **Belém**
5. Hospital Anita Gerosa – **Ananindeua (encerrando atividades)**
6. Hospital Divina Providência - **Marituba**
7. Hospital Santo Antônio Maria Zaccaria - HSAMZ - **Bragança**
8. Hospital das Clínicas de Bragança - **Bragança**
9. Hospital Geral de Bragança - **Bragança**
10. Hospital Santo Antônio - **Alenquer**
11. Hospital Materno-Infantil de Barcarena Dra. Anna Turan – **Barcarena**

Hospitais já avaliados pelo MS e aguardando a Certificação:

1. Hospital Municipal Daniel Gonçalves - **Canaã de Carajás**
2. Hospital 5 de Outubro – **Canaã de Carajás**
3. Hospital Magalhães - **Castanhal**

Capacitação/Atualização:

Encontra-se disponível de forma gratuita na plataforma AVASUS:



Bancos de Leite Humano

Aleitamento Materno em Situações Especiais (Recém-Nascido Pré-Termo e de Baixo Peso):

Os Bancos de Leite Humano (BLH) são centros especializados vinculados a um hospital materno e/ou infantil, responsável pela promoção do incentivo ao aleitamento materno e execução das atividades de coleta, processamento e controle de qualidade de colostro, leite de transição e leite humano maduro, para posterior distribuição, sob prescrição do médico e/ou de nutricionista.

Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano – rBLH

A rBLH brasileira é uma instância articulada com o Sistema Único de Saúde para implantar e implementar ações estratégicas definidas pela Política Nacional de Saúde do Setor. A **Portaria Nº 2.193, de 14 de Setembro de 2006**, define a estrutura e a atuação dos Bancos de Leite Humano (BLH), bem como, a RDC nº 171 de 04 de setembro de 2006, que dispõe sobre a regulamentação técnica para o funcionamento dos BLH.

Objetivos:

Promover, proteger e apoiar o aleitamento materno;

Coletar e distribuir leite humano de qualidade certificada;

Contribuir para a redução da mortalidade infantil;

Somar esforços ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Modelo Organizacional da Rede BLH no Brasil:



Rede de Bancos de Leite Humano no Brasil:



Rede de Bancos de Leite Humano no Estado do Pará:

MUNICÍPIO	REGIÃO	ENDEREÇO
BELÉM	REGIÃO METROPOLITANA I	Rua Oliveira Belo, 395 - Umarizal - BELEM - PA - Pará Telefone: 91-4009-2318 Banco de Leite Humano João Aprígio Guerra de Almeida
MARITUBA	REGIÃO METROPOLITANA I	Av. João Paulo II, 71 - Dom Aristides - MARITUBA - PA - Pará - Telefone: 91-4005-6100 - Banco de Leite Humano Mãe da Divina Providência
MARABÁ	REGIÃO CARAJÁS	Rua 05 de Abril, 00 - Velha Marabá - MARABA - PA - Pará - Telefone: 94-3322-5751 Banco de Leite Humano Dra. Cynara Melo Souza
BRAGANÇA	REGIÃO CAETÉS	Av. Nazeazeno Ferreira, - Padre Luiz - BRAGANCA - PA - Pará - Telefone: 91-3425-2177 - Banco de Leite Humano Maria Eunice Begot da Silva Dantas
BARCARENA	REGIÃO TOCANTINS	Av. José Pinheiro Rodrigue , 258 - Centro - BARCARENA - PA - Pará Telefone: 91-3754-3329 - Banco de Leite Humano de Barcarena

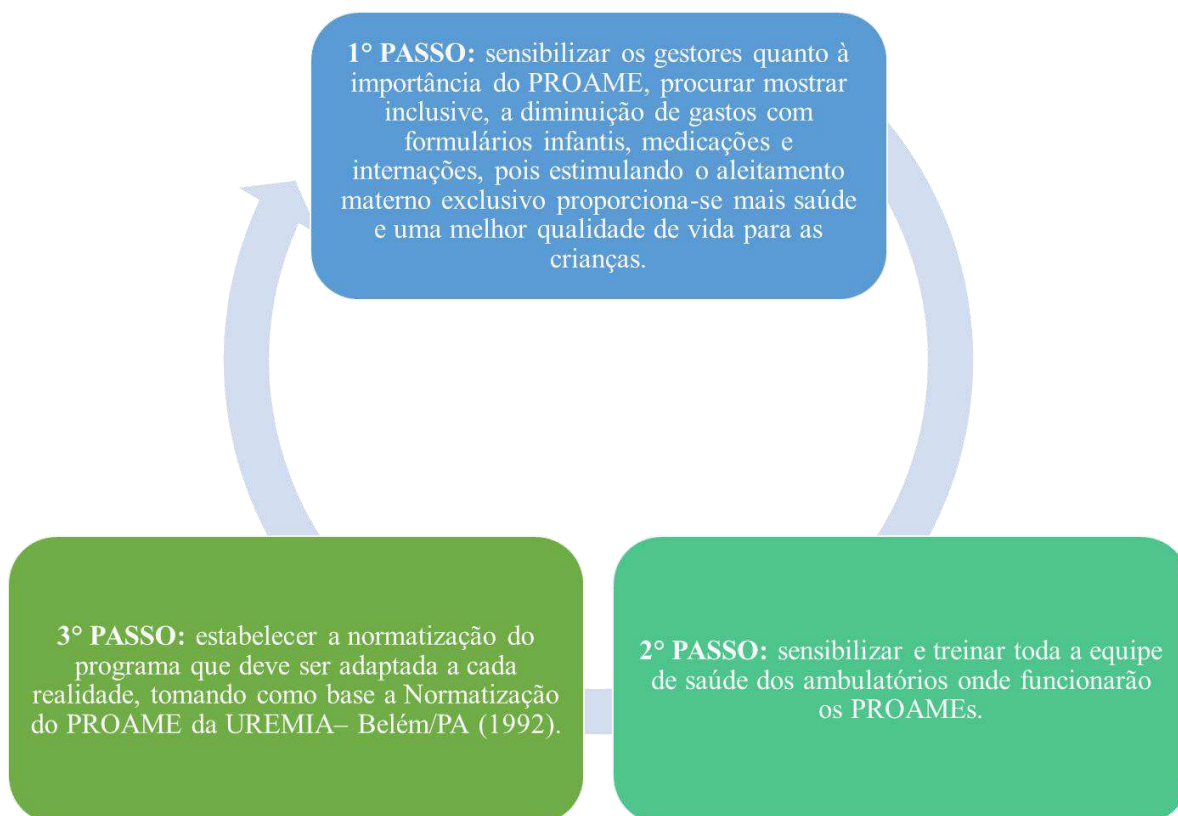
Aleitamento na Atenção Básica

Programa de Orientação e Apoio ao Aleitamento Materno - PROAME

O PROAME => trata-se de estratégia normatizada por um grupo de pediatras da Unidade de Referência Especializada Materno Infantil e Adolescente - UREMIA (Belém/PA), em 1992.

No âmbito da APS, o PROAME promove, incentiva, orienta e protege o aleitamento materno exclusivo, através de apoio à mãe (individual e/ou em grupo), avaliando e observando as mamadas, o crescimento e o desenvolvimento da criança, tirando dúvidas e realizando o manejo clínico da lactação.

Passos e metas para a implantação do PROAME



Normatização do PROAME:

- ❖ **Objetivo:** Incentivar o *Aleitamento Materno Exclusivo* até o 6º mês de vida da criança;
- ❖ **Equipe mínima:** qualquer profissional de saúde, com a retaguarda de um médico para atender as intercorrências;
- ❖ **Local e horário de funcionamento:** sala própria ou em parceria com outros programas e horário de acordo com a demanda;
- ❖ **Clientela:** mães e recém-nascidos procedentes das maternidades ou partos domiciliares;
- ❖ **Critérios para admissão:** faixa etária de 0 a 30 dias e em AME.
- ❖ **Agendamento:** 1º mês - consultas semanais / 2º mês - consultas quinzenais / 3º ao 6º mês - consultas mensais / 6º mês - certificação do AME
- ❖ **Rodas de Conversa:** diárias e ministradas pela equipe do Programa

- ❖ **Rotina das Consultas:** deverão ser avaliados o crescimento e desenvolvimento, através da caderneta da criança / mensuração de perímetro cefálico / Imunizações / manejo da lactação (pega, posição, satisfação/saciedade do bebê) / esclarecimento de dúvidas da mãe; registro de dados na caderneta da criança e no livro do PROAME;
- ❖ **Critérios para alta:** ao completar 06 meses a criança recebe alta do programa e deverá ser encaminhada ao ambulatório de pediatria e/ou à puericultura, para continuar o acompanhamento;
- ❖ **Encaminhamento para Atendimento Especializado:** identificar Serviços de Referência na Região/município;
- ❖ **Consultas Extras:** deverão ser sempre garantidas para o atendimento às intercorrências dos bebês matriculados no Programa;
- ❖ **Festa de Diplomação:** cronograma anual / entrega de certificados / orientações sobre alimentação complementar.

Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil - EAAB

Instituída pela Portaria N° 1.920, de 5 de setembro de 2013, é uma estratégia que incentiva a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos na APS, contribuindo assim para a redução da mortalidade infantil e da ocorrência de agravos à saúde na infância, como a desnutrição, a anemia, a hipovitaminose A e a obesidade, entre outras.

Objetivos

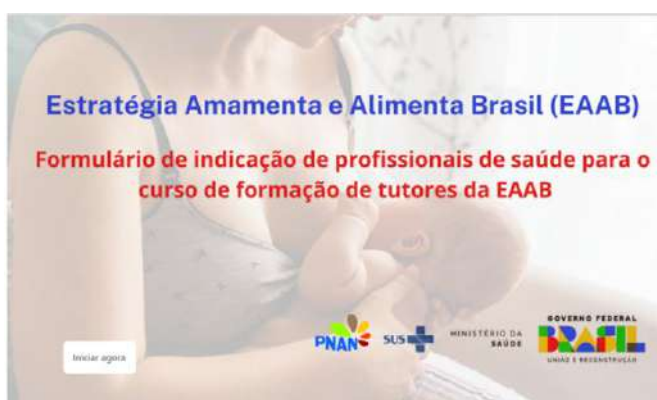
Qualificar as ações de promoção, de proteção e de apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade;

Aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e a alimentação complementar, como atividade de rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Formação de Tutores da EAAB:

A formação de tutores tem início com a indicação dos profissionais para o Curso da EAAB terá fluxo contínuo e deverá ser realizada exclusivamente por meio de formulário oficial do Ministério da Saúde, disponível no link: <https://forms.office.com/r/1Gf9HfeBdE>

Após o preenchimento do formulário pelo(a) gestor(a), o profissional de saúde indicado receberá em até 15 dias, no(s) e-mail(s) cadastrado(s), um convite oficial da UFSC/UNASUS para realização da matrícula no curso “Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil: formação de tutores”, disponível no link: <https://www.unasus.gov.br/cursos/curso/46662>



Em caso de dúvidas sobre a implementação da EAAB, entrar em contato pelos e-mails: eaab@saude.gov.br e cgan@saude.gov.br.

Caso a dúvida em questão seja referente à matrícula do curso para formação de tutores da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) e certificados, entrar em contato pelo e-mail: amamenta.ccs@contato.ufsc.br.

Proteção Legal da Amamentação

É o pano de fundo que abrange a proposição e o monitoramento de legislações que garantam o direito da mulher de amamentar seu filho e protejam a amamentação quanto ao marketing abusivo de produtos que competem com essa prática.

Neste componente temos as seguintes ações: a Ação da Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA) e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância (NBCAL).

Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA):

A ação Mulher Trabalhadora que Amamenta é uma estratégia importante criada em 2010 pelo Ministério da Saúde, em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria, com a proposta de capacitar profissionais de saúde para serem tutores na temática em seus municípios e, assim, sensibilizar gestores de empresas públicas e privadas sobre a importância da manutenção do aleitamento para a saúde de crianças, mulheres e para a sociedade.

Eixos Estratégicos da MTA:

1. Extensão da licença maternidade para 180 dias;

Observar a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e suas alterações que constam na Lei [Nº 14.457, de 21 de Setembro de 2022](#).

Direito à Licença - Maternidade de 6 meses - Têm direito à licença-maternidade de 6 meses as mães trabalhadoras de empresas que optarem pela Lei nº 11.770/2008 (Programa Empresa Cidadã) e os funcionários estaduais e federais. Essa lei, publicada em 9 de setembro de 2008, estimula as empresas a ampliarem a licença-maternidade das suas trabalhadoras para 6 meses, mediante incentivo fiscal.

2. Implantação de creche no local de trabalho;

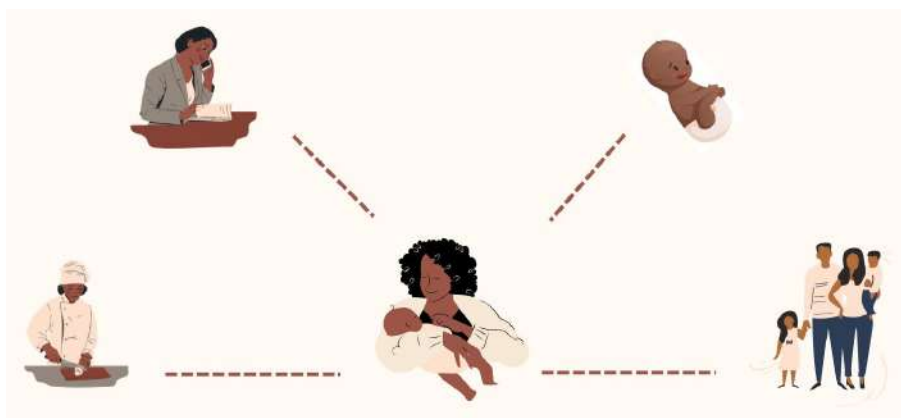
Creche ou berçário: os estabelecimentos em que trabalham pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade deverão ter local apropriado onde seja permitido às empregadas deixar, sob vigilância e assistência, os seus filhos durante a amamentação.

3. Criação da Sala de Apoio à Amamentação (SAA) na empresa.

Sala de apoio à amamentação: é um local simples, dentro da empresa, destinado às mulheres trabalhadoras que retornam da licença-maternidade e desejam continuar amamentando seus filhos. Nessa sala, a mulher pode retirar e armazenar o seu leite em condições higiênico-sanitárias adequadas durante a jornada de trabalho.

Medidas para implantação de Estratégias de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA)

- ❖ Instituir nas empresas públicas e/ou privadas o desenvolvimento de práticas de respeito e apoio à amamentação como forma de promover a saúde da mulher trabalhadora e de seu bebê, trazendo benefícios diretos para a empresa, para o município e Estado.
- ❖ Implementar de salas de apoio à amamentação nas empresas;
- ❖ Aderir ao programa Empresa Cidadã, com a implementação da licença maternidade de seis meses;
- ❖ Cumprir as leis que protegem a amamentação;
- ❖ Possibilitar o acesso a creches, entre outras ações.



Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL)

NBCAL é o conjunto de medidas legais que regem a comercialização e a rotulagem de alimentos e produtos direcionados a recém-nascidos e crianças menores de três anos de idade: como leites, papinhas, mamadeiras e chupetas, com foco na proteção do aleitamento materno.

Desta forma, respeitar a NBCAL não é apenas cumprir a legislação, mas contribuir para melhorar os índices de aleitamento materno e a qualidade de vida das crianças, reduzindo a desnutrição e a mortalidade infantil no nosso país. (Marina Rea, fundadora da rede IBFAN no Brasil – 2018)

Abrangência da NBCAL

Compreende a comercialização e as práticas correlatas à qualidade e às informações de uso dos seguintes produtos, fabricados no país ou importados:



Fórmulas infantis para lactentes e fórmulas infantis de seguimento para lactentes;



Fórmulas infantis de seguimento para crianças de primeira infância;



Leites fluidos, leites em pó, leites modificados e similares de origem vegetal;



Alimentos de transição e alimentos à base de cereais indicados para lactentes ou crianças de primeira infância, bem como outros alimentos ou bebidas à base de leite ou não, quando comercializados ou de outra forma apresentados como apropriados para a alimentação de lactentes e crianças de primeira infância;



Fórmula de nutrientes apresentada ou indicada para recém-nascido de alto risco;



Mamadeiras, bicos e chupetas.

A NBCAL é composta pelos seguintes atos normativos:

Portaria GM/MS N° 2.051, de 8 de Novembro de 2001:

Estabelece os novos critérios da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras;

RDC N° 221, de 05 de Agosto de 2002:

Regulamento Técnico sobre Chupetas, Bicos, Mamadeiras e Protetores de Mamilo;

RDC N° 222, de 05 de Agosto de 2002:

Regulamento Técnico para Promoção Comercial dos Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância;

Lei N° 11.265, de 03 de Janeiro de 2006:

Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de 1ª infância e também a de produtos de puericultura correlato;

Decreto N° 9.579, de 22 de Novembro de 2018:

Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática do lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e ao Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente, e dá outras providências.

Mobilização Social



Fonte: google imagens - fita em alusão ao Agosto dourado



Fonte: SESPA, 2022 - Abertura da programação da Semana de Doação de Leite Materno, com o tema “Gotas de Amor para um Mundo Melhor”.

As ações de mobilização social são de fundamental importância para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno e a doação de leite humano.

A CESAC desenvolve anualmente programações com o objetivo de difundir as ações de importância para o aleitamento materno. Neste sentido também estimula os municípios do estado a construir agendas e desenvolverem atividades para promoção do Aleitamento Materno.

Programações Anuais Desenvolvidas:

- ❖ **Dia Municipal de Proteção Legal ao Aleitamento Materno:** 21 de maio (Lei ordinária nº 9.673 de 22 de junho de 2021)
- ❖ **Dia Mundial de Doação de Leite Humano:** 19 de maio;
- ❖ **Semana Estadual de Doação de Leite Humano:** maio;
- ❖ **Semana Mundial de Aleitamento Materno** – primeira semana de agosto – Campanha Internacional anual /WABA/Campanhas Regionais;
- ❖ **Agosto Dourado:** Mês de incentivo ao aleitamento materno;
- ❖ **Novembro Roxo:** mês da conscientização sobre prematuridade(EIXO I).

Linha de Cuidado em Aleitamento Materno

A Linha de Cuidado em Aleitamento Materno considera a integração das ações estratégicas de cuidado com a mãe e o bebê desde o pré-natal até os dois anos de vida da criança, por meio de equipes que atuam nos diversos níveis de assistência (atenção básica, serviços ambulatoriais especializados e hospitalares) para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e complementado até os dois anos ou mais.

Essas ações coordenadas se iniciam durante a gestação através de orientações e instruções que incentivam e demonstram a importância da amamentação; se estendem para o parto/nascimento, preferencialmente em um Hospital Amigo da Criança, quando se recomenda o contato pele a pele precoce e prolongado, com estímulo a amamentação na primeira hora de vida; o suporte de um Banco de Leite Humano, no caso do bebê necessitar de cuidados intensivos; e após a alta da maternidade com a manutenção do apoio na APS, com a garantia da licença maternidade e no trabalho da mãe com as Salas de Apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA).



Imagem cedida de R. Sena

Após a alta hospitalar, o acompanhamento contínuo deve ser realizado na atenção básica, onde equipes de saúde da família e outras unidades prestam suporte por meio de consultas e atividades educativas. Essa continuidade do cuidado é essencial para manter a exclusividade da amamentação durante os seis primeiros meses e para orientar sobre a introdução de alimentos complementares de forma adequada, mantendo o aleitamento até os dois anos ou mais. Estudos demonstram que essa abordagem integrada não só melhora os índices de aleitamento materno, mas também traz benefícios para a saúde da mãe e do bebê, reduzindo riscos de infecções, promovendo o desenvolvimento cognitivo e reduzindo a incidência de doenças crônicas

Uma Linha de Cuidado em Aleitamento Materno configura-se como uma estratégia necessária para fortalecer o vínculo entre mãe e filho e garantir um início de vida saudável, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde da criança (OMS, 2003; Ministério da Saúde, 2013; Victora et al., 2016)

Monitoramento e Avaliação

É direcionado a acompanhar a situação dos marcadores do AM no país e as intervenções relacionadas ao Programa Nacional de Promoção, Proteção e Apoio à Amamentação, instituído pela portaria Nº5.427 de 02 de Outubro de 2024, assim como também instituiu o Comitê Nacional de Amamentação - CNAM, além de incentivar e apoiar pesquisas sobre o tema.

Alguns dos principais indicadores que vêm sendo utilizados no diagnóstico da situação do AM, avaliação e monitoramento de serviços e ações relacionadas ao aleitamento materno são descritos no Quadro abaixo:

Marcadores Selecionados das Práticas de Aleitamento Materno

MARCADORES	DEFINIÇÕES
Crianças menores de 6 meses	Avalia o aleitamento materno exclusivo e a introdução precoce de alimentos.
Crianças de 6 a 23 meses	Avalia o aleitamento materno continuado, a diversidade alimentar e o consumo de alimentos ultraprocessados.
Crianças maiores de 2 anos, adolescentes, adultos, gestantes e idosos	Identifica práticas alimentares saudáveis e não saudáveis.

Fonte: CGCRIAJ/MS

SITES RECOMENDADOS PARA APROFUNDAMENTO

www.aleitamento.com
www.ibfan.org.br
www.amigasdopeito.org.br
www.saude.gov.br
www.anvisa.gov.br

www.sp.senac.br/amamentacao
www.fiocruz.br/redeblh
www.trabalho.gov.br
www.previdencia.gov.br
www.sbp.com.br



EIXO III - PROMOÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DO DESENVOLVIMENTO INTEGRAL;

Este eixo cuida do crescimento e desenvolvimento infantil como um processo que começa durante a gravidez (período de crescimento intrauterino) e envolve o crescimento físico, maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança.

A importância deste Eixo está aportada nas estratégias que cada território desenvolve para garantir o acompanhamento e vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança, a fim de que seja realizado em toda sua linha de cuidado, incluindo a atenção básica, especializada e alta complexidade, conforme orientações da Caderneta da Criança. Sem esquecer das ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos, observando que as experiências positivas ou negativas nessa fase, repercutem para o resto da vida da criança, tanto do ponto de vista da saúde, como para suas relações afetivas e aprendizagem. (PNAISC, 2015 Pp.59).

Neste contexto, o objetivo principal de cuidar e vigiar o desenvolvimento infantil é tornar a criança competente para responder às suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida.

Estratégia de promoção e acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral

Abrange o acompanhamento do desenvolvimento físico (crescimento), cognitivo (intelectual), neuropsicomotor (sensorial e motor) e emocional (afetivo e interações com ambiente), aspectos interligados que se vinculam mutuamente durante toda a existência humana.

Ações Estratégicas

- Disponibilização e preenchimento adequado da Caderneta da Criança;
- Sistematização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica à Saúde;
- Constituição de Comitê para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios e estado;
- Implementação de um Plano Local pela Primeira Infância. (BRASIL, 2015b, art. 9º)

Caderneta da Criança

Toda criança nascida no Brasil tem direito a receber gratuitamente, ainda na maternidade, a Caderneta da Criança.



Esse documento é individual para cada criança e tem grande importância para o acompanhamento da sua saúde, crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento até os 9 anos de idade.

Além disso, contém informações que visam ajudar a família e/ou cuidadores, profissionais de saúde e demais profissionais, órgãos ou instituições e quem tenha interesse em acessá-la, a cuidar melhor da criança.

Dada a importância desse documento, é necessário que todas as crianças a recebam no **MOMENTO DO NASCIMENTO**, e esta seja devidamente preenchida com as informações sobre o parto, dados antropométricos, triagens neonatais e intercorrências que, porventura, tenham ocorrido, assim como o tipo de assistência prestada na maternidade ou outro local onde aconteceu o nascimento.

A Caderneta deve ainda orientar e registrar os percursos da criança após sua saída da maternidade, o atendimento na Unidade Básica de Saúde, onde a equipe profissional avaliará e acompanhará permanentemente seu crescimento e desenvolvimento, registros e agendamentos de vacinas, vitamina A e Ferro, aleitamento materno e alimentação complementar saudável... Estimulando sempre as famílias a se apropriarem do seu conteúdo e importância.

Cálculo do quantitativo para distribuição:

O Ministério da Saúde utiliza para cálculo do quantitativo de cadernetas a ser distribuído, o número de nascimentos ocorridos no município no ano anterior. Isto é, o número de crianças nascidas em cada maternidade e município, independente deste ser o local em que a família reside.

Nos casos de parto domiciliar a Secretaria Municipal de Saúde deve esclarecer às parteiras e à população em geral, de que forma disponibilizará, de maneira que garanta a todas as crianças esse direito.



OBSERVAÇÃO 1: O profissional de saúde não pode trocar cadernetas já entregues aos pais ou responsáveis, pelo simples fato de que o município recebeu um novo modelo da caderneta ou a cada atualização realizada pelo Ministério da Saúde.

OBSERVAÇÃO 2: A caderneta recebida no nascimento deve seguir com a criança até os seus 9 anos de idade, independente da chegada de cadernetas novas ou mais atualizadas. Estas últimas são para suprir a demanda dos novos nascimentos.

Sobre o Acompanhamento e a Promoção do Crescimento

O acompanhamento do crescimento é tido como um indicador de grande importância para a saúde da criança, demonstrando a condição de vida de todo o território e da criança no passado e no presente, contemplando seu crescimento intrauterino por meio do pré-natal e seu crescimento e desenvolvimento extrauterino, que se inicia na maternidade e tem continuidade com as consultas subsequentes de puericultura na Unidade Básica.

As condições de risco encontradas devem ter garantido o direcionamento para as intervenções necessárias em uma atenção integral e integrada com as diversas áreas do município.

Dessa forma, portanto, em cada consulta a criança precisa ser acompanhada pelo profissional de saúde que avalia e registra seu crescimento, sua condição nutricional e as condições de risco ou inadequadas que necessitam ser direcionadas para outros níveis de assistência à saúde ou outro, etc. Lembrando que as linhas de cuidado devem estar definidas/desenhadas para cada situação.

Sobre o Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil

A promoção e acompanhamento do Desenvolvimento Infantil são estimulados através de várias estratégias que iniciam antes da gravidez, quando o casal planeja ou não engravidar (Planejamento Reprodutivo). Segue nos cuidados com o bebê no parto e em todas as ações e estratégias já descritas no Eixo I.

O vínculo que a criança cria com a mãe, cuidador e/ou familiares vai produzir a segurança, que é um fator de extrema importância para o seu pleno desenvolvimento neuropsicomotor, cognitivo e emocional.

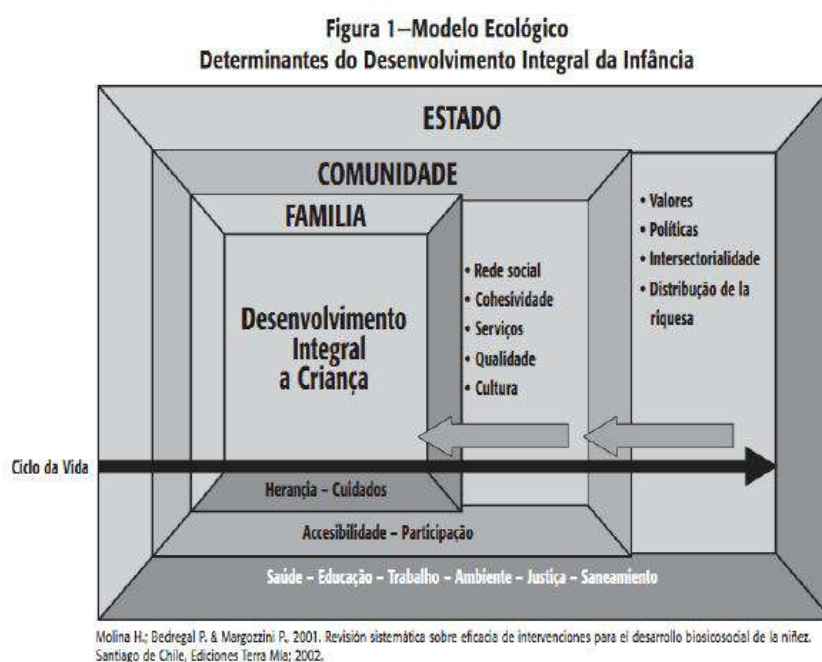
Tendo como base o modelo ecológico do desenvolvimento humano o desenvolvimento infantil envolve a participação dos diferentes ambientes ou entornos, representados pelo Estado, a Comunidade e a Família. Cada um deles contribui e influencia de alguma forma na formação desse ser em desenvolvimento.

- ❖ **Estado:** formulação de Políticas e marcos institucionais.
- ❖ **Comunidade:** modelos de organização e participação.
- ❖ **Famílias:** através da proteção, cuidado e satisfação das necessidades imediatas da infância.

A Caderneta da Criança disponibiliza informações que permitem o acompanhamento e vigilância do desenvolvimento infantil, orientando para a classificação de risco e a medida a ser tomada.

Em cada consulta de rotina, os profissionais de saúde devem avaliar e orientar as famílias/cuidadores sobre os marcos do desenvolvimento, alimentação da criança, vacinas, prevenção de acidentes, identificação de problemas ou riscos para a saúde, dentre outros cuidados.

Modelo Ecológico - Determinantes do Desenvolvimento Integral da Infância



Assim como no acompanhamento do crescimento, o profissional de saúde deve avaliar e preencher adequadamente os marcos do desenvolvimento infantil na Caderneta da Criança. Deve ainda avaliar a necessidade de referenciamento de acordo com o Projeto Terapêutico Singular e os recursos que compõem:

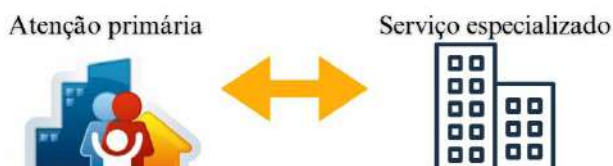
Rede Local

- ❖ APS
- ❖ Ambulatórios especializados;
- ❖ CAPSi;
- ❖ CER;
- ❖ Demais serviços nos territórios que integram a rede de atenção do SUS.

Rede Intersectorial

- ❖ Centro de Referência em Assistência Social (CRAS);
- ❖ Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS);
- ❖ Organizações não governamentais (ONGs);
- ❖ Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAES);
- ❖ Associações Brasileira Beneficentes de Reabilitação (ABBRs);
- ❖ Serviço Social do Comércio (SESC);
- ❖ Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC);
- ❖ Serviço Social da Indústria (SESI);
- ❖ Universidades.

A referência ao especialista não encerra o acompanhamento na Unidade Básica de Saúde e deve ser garantida para a continuidade do cuidado.



SERVIÇOS ESPECIALIZADOS PARA ATENDIMENTO DE CRIANÇAS COM PROBLEMAS DE DESENVOLVIMENTO NO PARÁ		
BELÉM	CIIR	Alterações do desenvolvimento, deficiência física, intelectual, auditiva, visual.
	UEFATO/ UEPA CER II	Deficiência Física e intelectual, incluindo as doenças neuro degenerativas e autismo- (0 a 12 anos)
	UREREI	Deficiência física e intelectual (0 a 12 anos)
	UREMIA	RN Risco (até 5 anos)
	URE - PRES. VARGAS	Deficiência Física (estomizados), visual e auditiva
	URE DEMETRIO MEDRADO	Deficiência física e Reabilitação
	EQUIPES E-MULTI (Telégrafo, Marambaia, Maguari e Outeiro)	Alterações do desenvolvimento, deficiência física, intelectual, auditiva, visual.
	PROGRAMA CAMINHAR Hospital Bettina Ferro de Souza	Alterações do desenvolvimento, deficiência física, intelectual, auditiva, visual.
	SABER	Deficiência física e intelectual
	RECRIAR	Deficiência física e intelectual
	CEO-URE CEO III - Presidente Vargas	Atendimento odontológico ambulatorial e hospitalar à pessoa com deficiência
	Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo	Doenças neurodegenerativas
	Hospital Oncológico Infantil Octávio Lobo	Atendimento odontológico ambulatorial e hospitalar à pessoa com deficiência
	Marabá	OTO MARABÁ
Marituba	URE Marcelo Cândia	Deficiência física
Tucuruí	Centro de Reabilitação – CER II	Deficiência física e Intelectual
Belém e outros municípios do Pará	Centro de Apoio Psicossocial infantil (CAPIs)	Transtornos Mentais

PARA COMPLEMENTAR! CURSO: “Caderneta da Criança: instrumento intersectorial para promoção da atenção integral à saúde da criança”, disponível no link:

<https://www.unasus.gov.br/noticia/lancado-curso-sobre-caderneta-da-crianca-voltado-a-profissionais-de-saude>

Situações de Risco para um Pleno Desenvolvimento na Primeira Infância

O “Risco para o desenvolvimento” é a probabilidade de que fatores adversos nas características biológicas e das experiências do meio ambiente alterem o ritmo “normal” de desenvolvimento da criança.

As situações que impõem risco às crianças podem surgir desde o período gestacional e envolvem vários aspectos e consequências que repercutem no campo biopsicossocial para o resto da vida.

As principais condições de risco para o pleno desenvolvimento infantil, consideram:

- 1. Amor/Afeto:** A falta de amor e afeto nos primeiros anos de vida deixam marcas definitivas e são os riscos mais importantes.
- 2. Biológicos:** são eventos pré, peri e pós-natais que resultam em danos biológicos e que podem aumentar a probabilidade de prejuízo no desenvolvimento. Ex: prematuridade, a hipóxia cerebral grave, o kernicterus, as meningites e encefalites, etc.
- 3. Estabelecidos:** desordens médicas definidas, especialmente as de origem genética. Ex: erros inatos do metabolismo, as malformações congênitas, a síndrome de Down e outras síndromes genéticas.
- 4. Ambientais:** experiências adversas de vida ligadas à família, ao meio ambiente e à sociedade. Ex. As condições precárias de saúde, a falta de recursos sociais e educacionais, a educação materna, os estresses intrafamiliares, como violência, abuso, maus-tratos e problemas de saúde mental de quem cuida, e as práticas inadequadas de cuidado e educação, dentre outros.

EIXO IV - ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA COM AGRAVOS PREVALENTES NA INFÂNCIA E COM DOENÇAS CRÔNICAS

Esse Eixo compreende as Estratégias que promovem o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo **das principais condições que acometem as crianças** e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento à atenção e internação domiciliar sempre que possível (BRASIL, 2015b, art. 6º, item IV)

Busca identificar rapidamente sinais de agravos e doenças crônicas, permitindo intervenções eficazes que evitem a piora do quadro e a necessidade de internações prolongadas.

Para isso, a PNAISC incentiva a construção de linhas de cuidado articuladas entre os diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde, desde a atenção básica até os serviços especializados, garantindo a continuidade e a integralidade do cuidado. Destacando-se o fomento à atenção domiciliar como alternativa para melhorar a qualidade de vida das crianças que enfrentam dificuldades de mobilidade e a sobrecarga familiar.

Essa abordagem intersetorial e integrada reforça o compromisso do Ministério da Saúde e do Estado do Pará com a redução da morbimortalidade infantil e com a promoção de um ambiente que favoreça o pleno desenvolvimento das crianças

Ações Estratégicas do EIXO IV:



Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI



Construção de Diretrizes de Atenção e Linhas de Cuidado



Fomento da atenção e internação domiciliar

1. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI Atenção Integral às Doenças Crônicas

A Rede de Atenção à Saúde deve estar preparada para o atendimento às crianças com agravos prevalentes e doenças crônicas, garantindo transições de cuidado seguras e eficientes.

A criança com doenças prevalentes da infância ou com doenças crônicas desafia os profissionais e os serviços a diagnosticarem precocemente as suas condições, a reconhecer as redes assistenciais existentes e, ainda mais, a estabelecerem Linhas de Cuidado nem sempre previamente consolidadas. Pensar na criança com essas condições é fundamental para garantir atenção integral.

Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância- AIDPI- CRIANÇA

A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI- CRIANÇA) é uma estratégia voltada à crianças de 2 meses a menor de 5 anos de idade, e tem por finalidade promover uma rápida e significativa redução da morbidade e mortalidade.

É alicerçada em três pilares básicos:

- 1. a capacitação de recursos humanos no nível primário de atenção à saúde,** com a consequente melhoria da qualidade da assistência prestada;
- 2. a reorganização dos serviços de saúde;** e,
- 3. a educação em saúde, na família e na comunidade,** de modo que haja participação de todos na identificação, na condução e na resolução dos problemas de saúde dessa família, especialmente das crianças na faixa etária supracitada.

Objetivo

Identificar sinais clínicos que permitam a avaliação e a classificação adequada de uma determinada doença, com isso permitindo uma rápida triagem, com encaminhamento em tempo hábil e/ou tratamento ambulatorial. Dessa forma reduzindo as causas de morbimortalidade na infância.

As capacitações tem a duração de 40 horas, sendo voltadas para médicos e enfermeiros da APS e de urgência e emergência. E sua metodologia envolve teoria e prática, com exposição dialogada, leitura compartilhada, resolução de exercícios, utilizando os manuais adotados pela estratégia, tecnologias audiovisuais e prática na Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município.

Atualmente, o Estado conta com 51 multiplicadores formados pela, OPAS/OMS/ MS.

Preconizou-se que após 60 dias das oficinas, seja realizado o monitoramento in loco das unidades de saúde implantadas no município. Nesse momento devem ser avaliados o atendimento ao público-alvo e a reorganização dos serviços, condições fundamentais para o sucesso da estratégia.

Organização dos Pontos de Atenção à Crianças com Doenças Prevalentes na Infância:

Como atenção complementar à APS às doenças prevalentes, os **Serviços de Urgência e Emergência e Atenção Especializada** deverão prover:

Atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde de acordo com a hierarquização, fluxo e integração da rede de atenção local;

Acolhimento com pronta assistência, imediata e resolutiva, com disponibilidade diagnóstica e terapêutica adequada;

Referenciamento para a APS com contra referência e registro do atendimento no serviço e recomendações à equipe da APS para o seguimento do cuidado.

A Atenção Hospitalar deverá prover:

Acolhimento e internação de urgência de crianças que apresentem quadros agudos, com assistência imediata e resolutiva com disponibilidade diagnóstica e terapêutica adequada.

Referenciamento para a APS com contra referência e relatório de alta além de recomendações à equipe da APS para o seguimento do cuidado da criança.

2. Construção de Diretrizes de Atenção e Linhas de Cuidado

O estabelecimento de Linhas de Cuidado e/ou Diretrizes de Atenção para crianças com doenças/agravos crônicos tem se mostrado estratégia potente na busca da integralidade do cuidado, articulando ações e serviços de saúde ofertados nos diversos níveis de atenção.

Essa abordagem articula ações e serviços de saúde em diferentes níveis – coordenados pela atenção básica – para enfrentar a fragmentação do cuidado e organizar os fluxos assistenciais.

Estados e municípios têm autonomia para elaborar essas linhas, o que facilita o percurso terapêutico das crianças e evita que as famílias precisem peregrinar em busca de assistência. Exemplos práticos são as diretrizes para atenção auditiva neonatal, prevenção e tratamento do sobrepeso e protocolos para doença celíaca e alergia à proteína do leite de vaca. Um grande desafio é, ainda, desenvolver uma linha de cuidado para crianças com cardiopatias congênitas, cuja complexidade exige pactuações de fluxos interestaduais e mesmo nacionais.

3. Fomento da atenção e internação domiciliar

A atenção domiciliar é uma modalidade de cuidado que pode substituir ou complementar outros serviços de saúde, integrando ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação realizadas no próprio domicílio, conforme previsto pela Portaria GM/MS nº 963, de 27 de maio de 2013.



Para crianças com doenças crônicas que têm dificuldade de se deslocar ou que permanecem acamadas, essa abordagem é essencial para oferecer um cuidado integral e humanizado.

Ela pode ser realizada por equipes de Atenção Básica (para casos de baixa complexidade, com o apoio de profissionais do NASF) ou por serviços especializados com equipes multidisciplinares (para casos mais complexos, inclusive com uso de equipamentos como ventilação mecânica).

Esse modelo de atendimento contribui para melhorar a qualidade de vida das crianças e de suas famílias, mantendo os vínculos familiares e promovendo a autonomia dos cuidadores, além de reduzir ou encurtar internações, otimizando a utilização de leitos hospitalares e diminuindo os custos assistenciais para o SUS (Portaria GM/MS n.º 963, de 27 de maio de 2013).

Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos são práticas que visam melhorar a qualidade de vida de pacientes com doenças avançadas ou sem possibilidades de cura, focando na prevenção e no alívio do sofrimento.

Segundo a OMS (2002), essa abordagem beneficia tanto os pacientes quanto seus familiares, exigindo um planejamento individualizado que aborde aspectos físicos, emocionais e espirituais para reduzir danos.

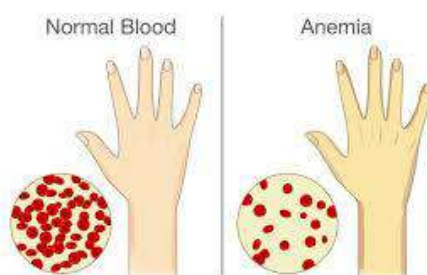
Esses cuidados devem ser oferecidos de forma contínua, preferencialmente no domicílio, por equipes multiprofissionais – seja pela Atenção Básica ou por equipes especializadas – com encaminhamentos para a atenção hospitalar quando necessário.



No contexto pediátrico, os cuidados paliativos fornecem suporte às crianças e suas famílias, assegurando um atendimento que garante os melhores padrões de assistência em situações de doenças avançadas ou sem perspectivas de cura.

Problemas Nutricionais Prevalentes na Infância

Anemia Ferropriva



A anemia por deficiência de ferro continua sendo o principal problema nutricional de saúde pública mundial, comprometendo o desenvolvimento cognitivo, motor e social/emocional das crianças. Estudos indicam que aproximadamente 20,9% das crianças menores de 5 anos e 24,1% das crianças menores de 2 anos são acometidas por essa condição (BRASIL, 2009f).

A deficiência de ferro pode ter consequências severas, como prejuízos no desempenho escolar, no desenvolvimento cognitivo, motor, comportamental, de linguagem e na qualidade de vida, justificando a necessidade de intervenções preventivas. Pode se manifestar com fadiga, desempenho físico prejudicado, diminuição da produtividade, aumento de cáries dentárias, alterações de imunidade, paladar e apetite, entre outros.

As equipes de Atenção Básica devem estar atentas às recomendações para a suplementação profilática com Sulfato Ferroso a partir dos 6 meses de idade, fundamental para garantir reservas adequadas de ferro e prevenir a anemia

Desnutrição Proteico-Calórica



Consiste em um déficit energético oriundo da deficiência de todos os macronutrientes, principalmente a proteína. Geralmente, também contempla a deficiência dos micronutrientes.

Obesidade



shutterstock.com · 2160979353

É um distúrbio do estado nutricional traduzido por um aumento do tecido adiposo, reflexo do excesso de gordura resultante do balanço positivo de energia na relação ingestão-gasto calórico.

Devido à sua complexidade, há uma necessidade de atuação multiprofissional.

Durante os últimos anos, observou-se grande avanço na discussão do enfrentamento e prevenção da obesidade no país, efetivando uma Estratégia que organizasse e estruturasse as diversas ações – muitas em vigor há bastante tempo – de diversos setores da sociedade.

A elaboração da estratégia busca articular ações que atuam sobre as causas sociais, ambientais, econômicas e políticas da obesidade/sobrepeso, contribuindo para a superação da perspectiva fragmentada e setorial do enfrentamento dessa situação.

No âmbito do setor saúde, cabe ao SUS realizar a vigilância alimentar e nutricional, realizar ações de promoção da saúde, como promoção da alimentação adequada e saudável e atividade física, garantir atenção integral à saúde dos indivíduos com sobrepeso e obesidade e atuar no controle e regulação da qualidade dos alimentos.

Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), atualizada pela Portaria n.º 2.715, de 17 de novembro de 2011, tem como uma de suas diretrizes a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição e à promoção da alimentação e modos de vida saudáveis (BRASIL, 2012e).

EIXO V - ATENÇÃO INTEGRAL À CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIAS, PREVENÇÃO DE ACIDENTES E PROMOÇÃO DA CULTURA DE PAZ;

Este EIXO orienta a necessidade de 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, 2015b, art. 6º, item V).

Ações Estratégicas

1. O fomento à organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral a crianças e suas famílias em situação de violência sexual;
2. A implementação da “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”;
3. A articulação de ações intrasetoriais e intersetoriais de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz;
4. 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.



Atenção Integral a Crianças em Situação de Violências

Os temas relacionados às violências, também definidos como causas externas (CID-10, 1993), configuram-se como grave problema de saúde pública, devido ao caráter endêmico, à pressão sobre os serviços de saúde e ao impacto com graves repercussões na vida da criança e das famílias.

Para efeito da Política Nacional de Saúde da Criança, considera-se como violência “quaisquer atos ou omissões dos pais, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional e moral, abrangendo ainda a negligência. e/ou abandono.

As medidas normativas, especialmente o Estatuto da Criança e do Adolescente, repudiam a violência, e este defende que: “nenhuma criança será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 1990b, art. 5º).

De acordo com a Lei n.º 13.010, de 26 de junho de 2014 a criança tem o direito de ser educada e cuidada sem o uso de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante como forma de correção, disciplina ou qualquer outro pretexto. (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2014n).

Em ambientes de saúde, tratar crianças e suas famílias que enfrentam situações de violência exige uma abordagem centrada na humanização do atendimento. Isso implica oferecer um acolhimento caloroso e um cuidado realizado por uma equipe multidisciplinar, evitando que a situação seja vista apenas sob os aspectos físicos ou biológicos.

Nesse contexto, é crucial adotar uma conduta ética, garantindo a confidencialidade e o sigilo das informações, e realizar diagnósticos de forma rápida e precisa, utilizando técnicas que priorizem o bem-estar e as necessidades, observando o interesse superior da criança como pessoa em condição peculiar de desenvolvimento (MAGALHÃES, 2011).

É fundamental oferecer suporte adequado aos profissionais que lidam diariamente com casos de violência, “cuidando de quem cuida”. Avalia-se que esses profissionais têm necessidade de, não apenas adotar novas práticas de atendimento, mas também de manter o equilíbrio emocional, dada a complexidade do tema e a carga emocional intensa envolvida nas disciplinas.

Garantir esse suporte é essencial para a segurança e o bem-estar da criança, de sua família e dos próprios profissionais. Dessa forma, torna-se imprescindível investir em programas de apoio psicossocial e na formação contínua da equipe.

Organização do Cuidado de Crianças e suas Famílias em Situação de Violências



A organização do cuidado de crianças e suas famílias em situação de violência é uma questão crítica que envolve a proteção e o bem-estar das crianças em risco. Existem várias abordagens e estratégias que podem ser adotadas para enfrentar essa questão, e é fundamental que sejam consideradas todas as partes envolvidas, incluindo as crianças, suas famílias, profissionais de saúde, assistentes sociais, educadores e autoridades competentes. Aqui estão algumas diretrizes gerais sobre como organizar o cuidado de crianças em situação de violência:



Identificação e Avaliação:

1. identificar sinais de violência: isso pode ser feito por meio de profissionais de saúde, educadores, assistentes sociais, ou denúncias da comunidade.
2. Deve-se realizar uma avaliação completa das condições da criança e da família para determinar o grau de risco e as necessidades específicas.
3. **Garantir a Segurança da Criança:** em casos de violência iminente, a segurança da criança deve ser a prioridade. Isso pode envolver a remoção temporária da criança de um ambiente perigoso.
4. **Intervenção Multidisciplinar:** as situações de violência exigem uma abordagem multidisciplinar. Profissionais de diferentes áreas, como assistentes sociais, psicólogos, médicos, advogados e educadores, devem colaborar para fornecer o cuidado adequado.

5. Acolhimento e Apoio Psicossocial: crianças e suas famílias em situações de violência precisam de apoio emocional e psicológico. Isso pode envolver terapeutas, grupos de apoio e aconselhamento.

6. Acesso a Serviços de Saúde: garantir que a criança tenha acesso a cuidados de saúde adequados para tratar qualquer lesão resultante da violência. Isso pode incluir exames médicos e acompanhamento contínuo.

7. Intervenção Legal: quando apropriado, envolva as autoridades legais para lidar com casos de violência. Isso pode incluir investigações policiais e processos judiciais.

8. Prevenção: além do cuidado imediato, é fundamental abordar a prevenção de violência futura. Isso pode incluir programas de conscientização, educação para pais e treinamento para profissionais que trabalham com crianças.

9. Reintegração Familiar: quando possível e seguro, trabalhe na reintegração da criança em sua família. Isso pode envolver treinamento para os pais, monitoramento e apoio contínuo.

10. Acompanhamento Contínuo: é importante que o acompanhamento continue mesmo após a resolução imediata do problema. Isso ajuda a garantir que a criança e a família recebam apoio a longo prazo.

11. Cooperação entre Agências: as agências governamentais, organizações não governamentais e a comunidade em geral devem colaborar para garantir a eficácia da abordagem de cuidados às crianças em situação de violência.

Como atuamos na Violência contra a Criança:

A Coordenação Estadual de Saúde da Criança – CESAC atua na prevenção a violência contra a criança e qualificação da rede de saúde e proteção para a atenção à criança vítima de violência, através da capacitação de profissionais da saúde, assistência social e educação para, num contexto integral e integrado, atuarem na atenção e cuidado à criança, como indivíduo em fase de desenvolvimento, evidenciando as repercussões, sinais e sintomas peculiares desse grupo frente a violência, além das principais consequências e danos desse evento..

Utiliza-se para essa qualificação alguns instrumentos estratégias, como a construção de linhas de cuidado, o fluxo de atendimento e denúncia, a Caderneta da Criança, a estratégia AIDPI Criança e a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Crianças e Adolescentes e suas Famílias em situação de violência.

Prevenção de Acidentes



Os acidentes fazem parte de uma triste realidade e se tornam ainda mais alarmantes quando ocorrem crianças.

Devido à sua curiosidade natural e à falta de experiência, elas frequentemente não conseguem evitar situações de risco e por isso, prevenir acidentes infantis é crucial para garantir a segurança e bem-estar dos pequenos.

Um passo essencial nessa prevenção é a educação em segurança: ensinar às crianças sobre os perigos, como o risco de brincar com fósforos ou de escalar móveis, além de instruí-las sobre como solicitar ajuda em emergências pode salvar suas vidas.

Os pais têm um papel fundamental na prevenção de acidentes com seus filhos, e estão na linha de frente na tomada de medidas para evitar acidentes com as crianças, como ao proteger armários e gavetas, cobrir tomadas elétricas e manter portas e janelas bem fechadas.

Estas atitudes evitam que as crianças acessem itens perigosos. Além disso, os pais devem supervisionar seus filhos em todos os momentos, especialmente quando estão brincando fora ou perto da água.

Organização de Ações de Prevenção e Cuidado da Segurança da Criança

No Brasil, os acidentes são a principal causa de morte de crianças de 1 a 14 anos de idade, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2022). Ainda de acordo com a SBP, 90% desses acidentes podem ser evitados com medidas simples de prevenção.

As ações de prevenção para adoção de atitudes que promovam a segurança das crianças devem levar em consideração os fatores de risco e vulnerabilidade e o estágio de desenvolvimento de cada uma delas, tendo em vista que o comportamento exploratório é natural e pode colocá-la em situações que apresentem risco a sua integridade.

Com a adoção de atitudes simples de proteção como a adoção de grades, redes e barreiras de proteção, entre outras, muitos acidentes podem ser evitados no ambiente doméstico.

Outras causas de acidentes, como afogamentos, sufocação, intoxicação, choques elétricos e queimaduras podem ser evitadas com cuidado na guarda e uso de material de limpeza, álcool e medicamentos e pela a supervisão contínua de um adulto, a partir das orientações da Caderneta da Criança. (BRASIL, 2018)

ÓBITOS POR CAUSA EXTERNA NO PARÁ NO ANO DE 2023		
Faixa Etária: Menor 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos		
Acidentes de Transporte	Outras causas externas de lesões acidentais	Total
43	125	168
		Fonte: DATASUS - SINAN (2024)

Promoção da Cultura de Paz

É essencial que o poder público e a sociedade assumam compromissos para difundir a *promoção da cultura de paz e não violência*, visando o desenvolvimento saudável e pleno da criança, com a adoção de novos modos de agir, de educar e de construir a convivência familiar.

Para superar as adversidades é importante valorizar a construção e/ou manutenção dos vínculos familiares, buscando reduzir danos e prevenir outras formas de violação de direitos.



EIXO VI - ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA OU EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS E DE VULNERABILIDADE

Consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrasetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças na rede 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 resolutive (BRASIL, 2015b, art. 6º, item VI).

A desigualdade no acesso aos direitos sociais e fundamentais que afeta principalmente os grupos vulneráveis, continua a ser um desafio para o país. Assim como as diferenças na distribuição geográfica e a complexidade das disputas políticas relacionadas

A atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas de vulnerabilidade dispõe das seguintes ações estratégicas:

- 1 A articulação e a 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.
- 2 O apoio à implementação do protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco e desastres.
- 3 O apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil.

1. A articulação e a 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

1.1. Atenção à Saúde de Crianças com Deficiências

Natureza das Deficiências

- ❖ **Deficiência Intelectual:** Atividade intelectual significativamente abaixo da média de normalidade preestabelecida e que é associada a limitações de duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e

segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho. Pode dificultar a aprendizagem, a comunicação, o desenvolvimento da linguagem oral e escrita e a sociabilidade.

A deficiência intelectual resulta de uma variedade de fatores, que vão desde condições síndromicas, lesões cerebrais, enfermidades que provocam alterações de âmbito físico, sensorial e/ou neurológico, entre outros. (BRASIL, 2018).

- ❖ **Transtornos do Espectro do Autismo (TEA):** é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por desenvolvimento atípico, manifestações comportamentais, déficits na comunicação e na interação social, padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados, com prejuízo da comunicação verbal e não verbal; podendo apresentar um repertório restrito de interesses e atividades.
- ❖ **Transtornos Mentais e do Comportamento:** presença de um conjunto de vivências subjetivas ou comportamentos que causam sofrimento significativo ou algum tipo de prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante na vida do indivíduo que é acometido por tal condição. São alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, na vida social, na vida pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral (BRASIL, 2018).
- ❖ **Deficiência física:** são alterações completas ou parciais de um ou mais segmentos do corpo humano, que acarretam o comprometimento da mobilidade e da coordenação geral, podendo também afetar a fala, em diferentes graus.
- ❖ **Plegias ou Paralisia:** refere-se à um tipo de fraqueza tão intensa que os músculos não conseguem se contrair, ou seja, é a perda total dos movimentos;
- ❖ **Paresias:** é o termo utilizado para indicar a restrição/diminuição dos movimentos de uma ou mais partes do corpo
- ❖ **Amputação ou Ausência de Membro:** Perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membro.
- ❖ **Nanismo:** é um distúrbio que se caracteriza pela deficiência no crescimento, resultando numa pessoa com baixa estatura, se comparada com a média da população.

- ❖ **Membros com Deformidade Congênita:** são um grupo de alterações estruturais ou funcionais que ocorrem durante a vida intrauterina e que podem ser detectadas antes, durante ou após o nascimento.



Fonte: Google imagens

- ❖ **Ostomia:** é um procedimento cirúrgico que cria uma abertura artificial, chamada de ostoma ou óstio, na traqueia ou na parede abdominal. Esta intervenção estabelece um novo caminho para a passagem do ar ou para a eliminação de resíduos, como fezes e urina, para o exterior do corpo. Exemplos incluem a traqueostomia (abertura na traqueia para facilitar a respiração), a colostomia (formação de um ostoma no intestino) e a urostomia: desvio urinário).



Fonte: google imagens.

- ❖ **Deficiência Auditiva:** limitação da audição, unilateral ou bilateral, parcial ou total. Apresenta-se de duas formas: congênita – ou seja, o bebê nasce com a deficiência; ou adquirida, quando o paciente nasce com capacidade auditiva preservada e apresenta perda de audição durante a vida.
- ❖ **Deficiência Visual:** pode ser a cegueira, que é a condição na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60%; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores (Brasil, 2018).
- ❖ **Deficiência Múltipla:** associa duas ou mais deficiências.



1.2. Atenção à Saúde de Crianças Indígenas

Conforme dados e estudos recentes, as populações indígenas no Brasil somam cerca de 800 mil pessoas, das quais 600 mil vivem aproximadamente em comunidades tradicionais, ou seja, em aldeias.

Essa população é extremamente diversa, composta por mais de 300 etnias que se expressam por meio de múltiplas línguas e formas variadas de organização social e econômica. Essa complexidade cultural e territorial exige que as políticas públicas e as ações externas a esse grupo sejam planejadas de maneira diferenciada e sensível às suas especificidades, garantindo o respeito à sua identidade e promovendo a inclusão de forma participativa.

Estudos científicos ressaltam a importância de abordagens intersetoriais que consideram tanto os desafios do acesso aos direitos básicos quanto as particularidades culturais desses povos, contribuindo para a efetivação de medidas que melhorem sua qualidade de vida e preservem suas tradições (IBGE, 2010; Santos et

O acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo o direito desses povos à sua cultura. (BRASIL; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002)

1.3. Atenção à Saúde de Crianças em Situação de Rua

O estudo feito pela ONG Visão Mundial apontava a existência de 70 mil crianças em situação de rua em todo o Brasil, em 2019. Os dados apontam também que 51% das crianças estão em situação de extrema violação de direitos; cerca de 19% dos entrevistados disseram que dormem com fome; 37% declararam ter sofrido algum tipo de violência e 70% são vítimas de violência doméstica e outros 12% realizam trabalho infantil; as crianças em situação de rua representam uma das parcelas mais vulneráveis da sociedade em todo o mundo.

Essa realidade, tristemente comum em muitas cidades, envolve menores de idade que vivem e sobrevivem nas ruas, sem o devido suporte familiar ou estatal.

Esse é um tema que exige atenção, compreensão e esforços dedicados para lidar com suas questões complexas, as razões que levam as crianças a viverem

nas ruas são variadas e muitas vezes interconectadas. Violência doméstica, negligência, abuso sexual, pobreza extrema e falta de acesso à educação são apenas alguns dos fatores que podem empurrar as crianças para essa situação desesperadora. Além disso, conflitos familiares, consumo de drogas e outras situações adversárias também desempenham um papel significativo.

Organização dos serviços para a prevenção de novos casos de crianças em situação de rua

As crianças em situação de rua enfrentam inúmeros desafios diários para sua sobrevivência, que consideram a luta para encontrar abrigo, comida, água potável e assistência médica adequada. Muitas vezes, são forçados a se envolver em atividades de sobrevivência, como mendicância, trabalho infantil ou até mesmo a criminalidade. A exposição constante às ruas os torna particularmente vulnerável à violência física, sexual, psicológica e estão sujeitas a todo tipo de exploração, vítimas fáceis de abusadores e exploradores.

O acesso a serviços de saúde, educação e assistência social é dificultado por várias barreiras, incluindo a falta de documentos de identificação e a estigmatização associada à vida nas ruas.

Muitas não procuram ajuda devido ao medo, à vergonha ou à desconfiança nas instituições. Enfrentar o problema das crianças em situação de rua requer uma abordagem multifacetada. Isso inclui políticas públicas que abordem as causas subjacentes, programas de acolhimento temporário que proporcionem abrigo, alimentação e apoio emocional, acesso a serviços de saúde, e programas de educação e treinamento para auxiliar a reintegração na sociedade.

As UBS têm importante papel na prevenção de novos casos de crianças e adolescentes nas ruas, antes do rompimento dos laços familiares. Os profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família (ESF), que estão mais próximos das comunidades, podem identificar, através da busca ativa, famílias com crianças ou adolescentes que passam dias na rua, seja no próprio bairro de moradia, seja na região central da cidade.

1.4. Atenção à Saúde de Crianças de Famílias Privadas de Liberdade

A assistência à saúde de crianças oriundas de famílias privadas de liberdade é uma questão que tem ganhado cada vez mais atenção nos últimos anos. Os filhos de pais encarcerados enfrentam desafios únicos no que diz respeito ao acesso aos cuidados de saúde, o que pode ter implicações a longo prazo para o seu bem-estar físico, emocional e social. É direito da criança, em qualquer idade, a proteção à vida, à saúde, à liberdade ao respeito e dignidade, à convivência familiar e comunitária, à educação, ao esporte e lazer, ao pleno

desenvolvimento como sujeito de direitos e pessoa em condição peculiar de formação para a cidadania (BRASIL, 1990b).

Várias iniciativas políticas foram implementadas para melhorar o acesso aos cuidados de saúde para filhos de pais encarcerados. Os Ministérios da Saúde e da Justiça lançaram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), mediante a Portaria Interministerial N°1, de 2 de Janeiro de 2014 (BRASIL, 2014). Esta Política prevê a inclusão das unidades prisionais no território da Rede de Atenção à Saúde e a implantação de UBS nos estabelecimentos penais, com a inserção de uma equipe multiprofissional que desenvolva ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos em todos os ciclos de vida, em especial das mães privadas de liberdade e de suas crianças.

Essas ações podem ser desenvolvidas in loco, tais como atenção ao pré-natal qualificado, planejamento reprodutivo, apoio ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, garantir os cuidados à criança, substituição da prisão preventiva pela domiciliar, a critério do juiz, quando a pessoa for: gestante; imprescindível aos cuidados especiais de criança menor de 6 anos de idade ou com deficiência; mulher com filho de até 12 anos de idade; homem, caso seja o único responsável pelos cuidados do filho de até 12 anos de idade (Lei n.º 13.257, de 8 de março de 2016).

1.5. Atenção à Saúde de Crianças Negras, Quilombolas, do Campo e Residentes nas Águas e nas Florestas

A atenção à saúde dessa população é realizada de forma diferenciada, considerando suas particularidades socioculturais e epidemiológicas de cada grupo.

❖ Crianças Negras

As crianças negras enfrentam frequentemente desafios e barreiras únicas no acesso a cuidados de saúde de qualidade, o que pode resultar em piores resultados de saúde em comparação com as crianças brancas, com vistas à promoção da equidade em saúde e orientado pelos princípios e diretrizes da integralidade, equidade, universalidade e participação social, em consonância com o Pacto pela Saúde e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS), o Ministério da Saúde instituiu, em 2009, a Política Nacional de Saúde Integral da

População Negra (PNSIPN), por meio da Portaria GM/MS nº 992, de 13 de maio de 2009.

Um aspecto fundamental da abordagem das necessidades de saúde das crianças negras é reconhecer e compreender os determinantes sociais da saúde que têm impacto no seu bem-estar. Fatores socioeconômicos, o acesso aos cuidados de saúde, a educação e a exposição ao racismo e à discriminação podem contribuir para as desigualdades na saúde vividas pelas crianças negras.

Os prestadores de cuidados de saúde também devem estar conscientes do trauma histórico e do racismo sistêmico que impactaram as comunidades negras e contribuíram para as disparidades na saúde.

De modo geral, a atenção à saúde das crianças negras requer uma abordagem multidimensional que considere os fatores sociais, culturais e históricos que influenciam na sua saúde.

Ao abordar estes fatores e fornecer cuidados culturalmente competentes, os prestadores de cuidados de saúde podem ajudar a melhorar a saúde e o bem-estar das crianças negras e contribuir para a redução das disparidades de saúde a longo prazo.

❖ Crianças Quilombolas

A atenção à saúde das crianças quilombolas é uma questão crucial que exige ação imediata. As comunidades quilombolas, descendentes de escravos africanos que escaparam do cativeiro e formaram seus próprios assentamentos no Brasil, enfrentam desafios de saúde únicos decorrentes de injustiças sociais históricas e contínuas.

Estes desafios incluem o acesso limitado aos serviços de saúde, o racismo ambiental e as barreiras culturais à procura de cuidados médicos.

Como resultado, as crianças quilombolas frequentemente apresentam taxas mais elevadas de desnutrição, doenças infecciosas e problemas de saúde mental em comparação com a população em geral.

Para atender às necessidades de atenção à saúde destas populações, o Ministério da Saúde vem trabalhando desde a criação do Grupo da Terra, instituído por meio da Portaria MS/GM nº 2.460, de 12 de dezembro de 2005, que teve como objetivo elaborar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.

Melhorar o sistema de saúde das crianças quilombolas requer uma abordagem multifacetada sendo necessário aumentar o investimento em infraestruturas de saúde nas comunidades quilombolas, incluindo a construção de clínicas de saúde e o recrutamento de profissionais de saúde.

Além disso, devem ser envidados esforços para abordar os fatores ambientais que contribuem para maus resultados de saúde, tais como a falta de acesso a água potável e a instalações sanitárias.

A competência cultural também é fundamental para proporcionar cuidados de saúde eficazes às crianças quilombolas. Os prestadores de cuidados de saúde devem ser treinados para compreender e respeitar as práticas e crenças culturais das comunidades quilombolas, a fim de construir confiança e incentivar o envolvimento regular com os serviços de saúde. Além disso, programas comunitários de promoção da saúde, adaptados às necessidades específicas das crianças quilombolas, podem ajudar a aumentar a conscientização sobre medidas preventivas e a melhorar os resultados globais de saúde.

❖ **Crianças do Campo e Residentes nas Águas e nas Florestas**

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), é um reconhecimento das condições e dos determinantes sociais do campo e da floresta no processo saúde/doença dessas populações. Estas enfrentam frequentemente desafios únicos no acesso aos serviços de saúde devido à sua localização remota, recursos limitados e falta de sensibilização sobre medidas preventivas.

As crianças nas zonas rurais estão mais expostas a fatores ambientais que podem afetar a saúde, bem com as crianças residentes em rios e florestas também correm risco de problemas relacionados ao ambiente como doenças transmitidas pela água, picadas de insetos etc.

Para melhorar a saúde das crianças nestas áreas é essencial implementar programas de saúde baseados na comunidade, aumentar a sensibilização sobre medidas preventivas e fornecer formação aos profissionais de saúde locais.

2. O apoio à implementação do protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco e desastres

❖ **Atenção à Saúde de Criança e suas Famílias em Situação de Desastres.**

Em tempos de catástrofes, a atenção à saúde das crianças e das suas famílias torna-se primordial. Os desastres podem ter efeitos profundos no bem-estar físico, mental e emocional das crianças, e é crucial que os prestadores de cuidados de saúde e as equipes de resposta priorizem as suas necessidades nestas situações.

Um aspecto fundamental da abordagem da saúde das crianças e das famílias em situações de catástrofe é garantir o acesso a cuidados e tratamento médico.

Em uma catástrofe, as instalações de saúde podem ficar danificadas ou sobrecarregadas, tornando difícil para as famílias receberem os cuidados que necessitam. É essencial que os prestadores de cuidados de saúde estabeleçam sistemas de triagem e clínicas móveis para prestar assistência médica imediata às pessoas afetadas pela catástrofe, bem como garantir o acesso a medicamentos, vacinas e suplementos nutricionais essenciais para a saúde e o bem-estar das crianças nestas situações.

É importante abordar o impacto psicológico dos desastres nas crianças e nas suas famílias (responsáveis). As crianças podem sentir medo, ansiedade e trauma após uma catástrofe, e é essencial fornecer-lhes apoio psicológico e aconselhamento para ajudá-las a lidar com as suas emoções.

3. O apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil.

❖ **Atenção à Saúde de Crianças em Situação de Trabalho Infantil**

O trabalho infantil, ou a exploração de crianças em idade inferior à legalmente permitida para o trabalho, é uma característica global que afeta milhões de crianças no mundo. Trata-se de uma violação grave dos direitos humanos e é amplamente reconhecida como prejudicial ao desenvolvimento físico, mental e emocional das crianças.

De acordo com o IBGE, em 2022, o Brasil tinha 1,9 milhão de crianças e adolescentes com 5 a 17 anos de idade (ou 4,9% desse grupo etário) em situação de trabalho infantil. Esse contingente havia caído de 2,1 milhões (ou 5,2%) em 2016 para 1,8 milhão (ou 4,5%) em 2019, mas cresceu em 2022. Apesar de em 2023 ter apresentado uma queda de 14,6% em relação ao ano anterior, o trabalho infantil continua sendo um problema de saúde pública.

As causas do trabalho infantil são complexas e multifacetadas, influenciadas por fatores socioeconômicos, culturais e estruturais.

No Brasil, o 12 de junho foi instituído como Dia Nacional de Combate ao Trabalho Infantil pela Lei nº 11.542/2007. As mobilizações e campanhas anuais são coordenadas pelo Fórum Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil, em parceria com os fóruns estaduais e suas entidades membros.

Os impactos do trabalho infantil são devastadores e duradouros. Crianças que são obrigadas a trabalhar correm um risco elevado de sofrer acidentes, doenças e abusos. Além disso, uma exploração precoce pode resultar na interrupção da escolaridade, perpetuando o ciclo de pobreza e desigualdade. É fundamental que governos, organizações internacionais, empresas e sociedade civil trabalhem de forma colaborativa para erradicar o trabalho infantil e garantir que todas as crianças tenham acesso a uma infância digna e protegida. Em um mundo onde a dignidade e os direitos das crianças são inegociáveis, a luta contra o trabalho infantil deve ser uma prioridade global.

É imperativo que medidas sejam tomadas para combater essa prática e garantir um futuro seguro e promissor para todas as crianças. Suas vozes devem ser ouvidas e protegidas, pois são o tesouro mais valioso da humanidade.

A vigilância do óbito infantil, fetal e materno é de fundamental importância para o monitoramento e redução da mortalidade nesses grupos e permite a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis (BRASIL, 2015b, art. 6º, item I).

Reduzir a mortalidade materna, infantil e fetal deve ser prioridade absoluta dos gestores municipais e, neste sentido, cada município precisa desenvolver estratégias para garantir a investigação dos óbitos e reflexão dos profissionais de todos os níveis da assistência (e gestão) sobre as práticas que contribuem para essas ocorrências, em sua maioria, situações evitáveis e com importante impacto social.

Conforme pactuação com o Ministério da Saúde, o Pará (e municípios), assim como os demais estados do Brasil, devem investigar 75% dos seus óbitos infantis e 100% dos óbitos maternos.

1. Mortalidade (ou Óbito) Infantil

❖ **Conceito:** É a morte de uma criança durante o seu primeiro ano de vida (0 a 365 dias)

❖ **Indicador:** Taxa de Mortalidade Infantil (Coeficiente de Mortalidade Infantil)

❖ **Objetivo do indicador:** Avaliar o risco de uma criança morrer no seu primeiro ano de vida

❖ **Cálculo do indicador:** Total de mortes de menores de 1 ano em determinado local e período, dividido pelo total de crianças que nasceram no mesmo local e período, multiplicado por 1000.

$$\frac{\text{Nº de óbitos < 1 ano}}{\text{Nº de Nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$$

❖ **A Mortalidade Infantil está subdividida didaticamente em Mortalidade Neonatal e Pós-Neonatal:**

Mortalidade Neonatal: é a morte da criança entre 0 e 27 dias de vida.

A mortalidade neonatal pode ser:

Precoce: ocorre entre 0 e 6 dias de vida;

Tardia: ocorre entre 7 e 27 dias de vida;

Mortalidade Pós Neonatal: é a morte entre 28 dias e 1 ano de vida.

2. Óbito Fetal

❖ **Conceito:** É a morte de um produto de concepção antes da expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. A morte do feto é caracterizada pela inexistência, depois da separação do corpo da mãe, de qualquer sinal de vida, tal como: respiração, batimentos cardíacos, pulsação do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.

❖ **Indicador:** Taxa de Mortalidade Fetal (Coeficiente de Mortalidade Fetal).

❖ **Objetivo do indicador:** Estima o risco de um feto nascer sem qualquer sinal de vida.

❖ **Cálculo do indicador:** número de óbitos fetais (maior de 22 semanas de gestação) de mães residentes dividido pelo número de nascimentos totais de mães residentes (nascidos vivos mais Óbitos Fetais com mais de 22 semanas de gestação) multiplicado por 1.000.

$$\frac{\text{Nº de óbitos fetais}}{\text{Nº de Nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$$

3. Abortamento: é a expulsão ou extração de um produto de concepção sem sinais de vida, com menos de 500g e/ou estatura menor ou igual a 25 cm ou menos de 22 semanas de gestação.

4. Óbito na Infância

- ❖ **Conceito:** óbitos de menores de cinco anos de idade.
- ❖ **Indicador:** Taxa de mortalidade em menores de cinco anos (Coeficiente de mortalidade em menores de cinco anos)
- ❖ **Objetivo do indicador:** Estima o risco de uma criança morrer nos cinco primeiros anos de vida.
- ❖ **Cálculo do indicador:** número de óbitos de residentes com menos de cinco anos de idade multiplicado por 1.000 dividido pelo número de nascidos vivos de mães residentes.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de óbitos} < 5 \text{ anos}}{\text{N}^\circ \text{ de Nascidos vivos de mães residentes}} \times 1000$$

5. Principais Causas de Óbito Infantil no Pará

PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS INFANTIS NO PARÁ
Prematuridade e fatores maternos
Afecções originárias do período perinatal
Malformações congênitas

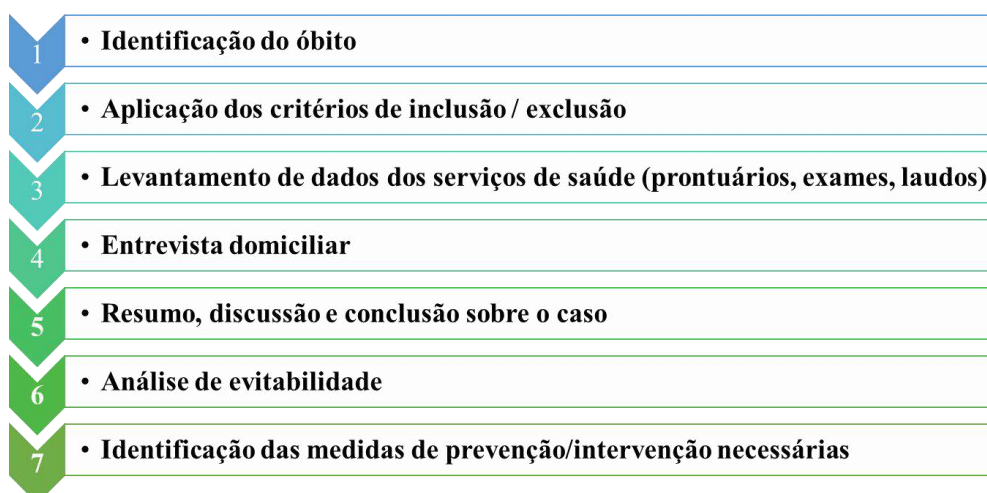
Relevância da Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal

A vigilância e investigação de óbitos maternos, infantis e fetais ajudam a compreender a assistência prestada ao reconstruir o itinerário percorrido na rede por mulheres e crianças que foram a óbito, demonstrando que é possível, utilizando as histórias de cada um dos eventos, identificar as fragilidades, refletir as práticas, fluxos e processos, tornando a rede viva o suficiente para se manter vigilante e em permanente adaptação aos usuários e suas necessidades.

Sobre a investigação do óbito

- ❖ Deve ser realizada em fichas padronizadas pelo Ministério da Saúde
- ❖ O instrumento base para o início da investigação é a Declaração de Óbito
- ❖ A conclusão da investigação é uma atribuição da equipe de vigilância do óbito no município de residência da mãe articulada com o comitê de mortalidade local
- ❖ Os óbitos investigados devem ser informados no Sistema Federal e Local.

Etapas da Vigilância do Óbito:



A investigação dos óbitos é importante, principalmente no âmbito gestão, pois permite:

- ❖ A reflexão das práticas pelos profissionais que fizeram/fazem a assistência e gestores;
- ❖ Avaliar as ações e os serviços de saúde;
- ❖ A qualificação dos dados e indicadores de mortalidade;
- ❖ Melhoria dos registros de óbitos;
- ❖ Orientação das ações de intervenção para a prevenção de óbito; Subsidiar a avaliação e ação sobre o contexto social e econômico das famílias;
- ❖ Qualificar o processo formativo permanente dos profissionais;
- ❖ Reduzir mortalidade.

Comitê de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal

Os Comitês de Mortalidade Materna, Infantil e Fetal são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial, que visam identificar todos os óbitos desse grupo e apontar medidas de intervenção para sua redução na região de abrangência.

Representam também, um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de assistência à saúde da mulher e da criança. Sua atuação é técnico-científica, sigilosa, não-coercitiva ou punitiva, com função eminentemente educativa.

No âmbito Estadual, no Pará, foi criada a Portaria Estadual N°120 de 26 de Janeiro de 2023, que dispõe sobre a instituição dos Comitês Regionais de Prevenção e Vigilância da Mortalidade Materna Infantil e Fetal.

OBSERVAÇÃO: Todo município precisa constituir um Comitê de Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal.

Objetivo

- ❖ Conscientizar os formuladores de políticas, instituições, equipes de saúde e comunidade sobre a gravidade da morte materna e infantil, seus efeitos sociais e de saúde e as formas de evitá-las.
- ❖ Aumentar a quantidade e a qualidade do conhecimento disponível sobre os níveis da morte materna e infantil, suas causas e os fatores de risco associados.
- ❖ Avaliar o efeito das intervenções sobre a morbidade, a mortalidade e a qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança durante o período gravídico-puerperal, bem como a relação entre as condições de vida e os riscos de mortalidade materna e infantil.
- ❖ Recomendar ações adequadas ao combate às mortes maternas e infantis no que se refere à legislação, distribuição de recursos, organização de serviços, formação/reciclagem de recursos humanos e participação comunitária.
- ❖ Garantir a comparabilidade de dados de Mortalidade Materna e Infantil em níveis estadual, regional e local, fortalecendo e/ou adequando os sistemas estatísticos disponíveis, tornando possível examinar as tendências da mortalidade e identificar os subgrupos mais vulneráveis da população.

Correção dos Dados Notificados

Tanto os Comitês quanto o setor de Vigilância Epidemiológica podem, após investigação, anotar os esclarecimentos com a real causa de óbito em folha anexa à Declaração de óbito - D.O e corrigir os dados no Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, tomando cuidado para não causar duplicidade de registro.

Análise do Óbito

Após a investigação do óbito, o Comitê deve promover reunião para analisar ampla e detalhadamente os casos.

Elaboração e Divulgação do Relatório

O relatório deve conter os estudos dos casos analisados e as medidas de prevenção formuladas para estimular a redução da mortalidade (materna/ infantil/ fetal) na área de abrangência.

A forma de organizar a informação produzida fica a critério de cada Comitê, porém é válido destacar algumas tabulações mínimas para fins de consolidação e comparação dos dados:

- ❖ Taxa de mortalidade por faixa etária na região;
- ❖ Principais causas de óbito infantil;
- ❖ Óbitos infantis evitáveis por grupo de causas;
- ❖ Óbitos e razão de mortalidade segundo a instituição onde ocorreu o óbito;
- ❖ Óbitos e razão de mortalidade segundo o nº de consultas e o início do pré-natal.

Proposta de Intervenção

A principal tarefa do Comitê é perceber em cada caso investigado o que deve ser modificado para evitar novas mortes e comunicar àqueles que podem conduzir ou realizar mudanças, com objetivo de contribuir para a redução da mortalidade.

Atuação dos Gestores

É absolutamente indispensável que os gestores da área de saúde tenham conhecimento dos problemas existentes em sua região. Só assim eles podem intervir de forma eficiente em políticas que atendam às necessidades sanitárias de sua população.

Recursos

Os recursos para a operacionalização dos Comitês de Óbito devem ser fornecidos pela gestão do SUS, ou seja, pelas Secretarias de Saúde dos Municípios (Ex. garantia do transporte para deslocamento dos profissionais até os domicílios e serviços de saúde).

As instituições da sociedade civil organizada também podem contribuir com a cessão dos seus técnicos para atuação junto aos Comitês.

Os recursos materiais devem ser providos pelas Secretarias Municipais de Saúde, já os recursos financeiros podem ser obtidos mediante custeio de atividades na área de epidemiologia e controle de doenças.

Medidas Preventivas Gerais para Evitar Óbitos Infantis

- ❖ Garantir um pré-natal eficiente;
- ❖ Amamentação exclusiva até 06 meses e complementada até os 2 anos ou mais;
- ❖ Teste do pezinho entre 3º e 5º dia após o nascimento;
- ❖ Imunização para Hepatite B e BCG ainda no hospital/ maternidade;
- ❖ Orientação à família para a importância de todas as vacinas (onde) pois cerca de 20 doenças gravíssimas serão evitadas.
- ❖ Salas de vacinas funcionando sem interrupção, verificando a possibilidade de abrirem aos sábados;
- ❖ Orientar a família quanto à Caderneta da Criança. Estimular a leitura e mostrar a importância da mesma no acompanhamento do desenvolvimento de criança;
- ❖ Fazer busca ativa das famílias faltosas, para consultas agendadas e vacinação;
- ❖ A importância dos ACS no compromisso com a resolutividade da APS;
- ❖ Exercitar os preceitos de Educação Permanente nos serviços;
- ❖ Orientação para evitar acidentes e violências (afogamento, trânsito, escadas, etc.)

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança:** orientações para implementação / Ministério da Saúde. Brasília. 2015a. Disponível em: < Política-Nacional-de-Atenção-Integral-à-Saúde-da-Criança-PNAISC-Versão-Eletrônica.pdf > Acesso em: 27, out. 2024
2. Brasil, Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.459 de 24 de junho de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html > Acesso em 10 Out. 2024
3. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 371, de 07 de maio de 2014.** Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html; > Acesso em 10 Out. 2024
4. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 930, de 10 maio de 2012.** Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html; >. Acesso em 10 Out. 2024
5. Almeida MFB, Guinsburg R. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Reanimação do recém-nascido ≥34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria.** Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2022. <https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-2>
6. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 371, de 7 de Maio de 2014.** Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém nascido (RN) no Sistema Único de Saúde(SUS). Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html> Acesso em 16 Out. 2024.
7. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 930, de 10 de Maio de 2012.** Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
8. . Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html > Acesso em 16 Out. 2024.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, **Tecnologia e Insumos Estratégicos Esplanada dos Ministérios.** Brasília, DF. Disponível em: < http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatrio_PCDT_Fenilcetonria_CP16_2019.pdf . Acessado em 28/02/2021 > Acesso em 10 Out. 2024
10. Brasil. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV e Aids 2024.** Versão eletrônica, 2024. Disponível em: < https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_aids_2024e.pdf/view > Acesso em 9, Jan, 2025.
11. Brasil. **Lei Nº 8.884, de 18 de outubro de 2011.** Dispõe sobre a obrigatoriedade da realização do teste do olhinho, e dá outras providências. Disponível em: < <https://leismunicipais.com.br/a/pa/b/belem/lei-ordinaria/2011/889/8884/lei-organica-belem-pa> >. Acesso em 03 Out. 2024.
12. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.683, de 12 de Julho de 2007.** Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. 2007a. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html > Acesso em: 26 nov, 2024.

13. Brasil. Ministério da Saúde. **Método canguru:** diretrizes do cuidado. Brasília. 2018a. Disponível em: < https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/09/metodo_canguru_diretrizes_cuidado2018.pdf > Acesso em 18 Out. 2024
14. Brasil. Ministério da Saúde. **Método Canguru:** manual da terceira etapa do Método Canguru na Atenção Básica. Brasília. 2018b. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_terceira_etapa_metodo_canguru.pdf > Acesso em 11 Nov, 2024.
15. Brasil. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília. 2004. Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf >. Acesso em 10 Ago. 2024
16. Belém. Secretaria Municipal de Saúde. SESMA. **Guia de Bolso Para:** Manejo da sífilis em gestantes e parceiros. Belém, Pará. 2023.
17. Brasil. Ministério da Saúde. **Nota Informativa N° 2 SEI-2017 – DIAHV/SVS/MS.** Altera os critérios de definição de casos para a notificação de sífilis adquirida, sífilis em gestante e sífilis congênita. Disponível em: < <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsvsms>> Acesso em: 21 set, 2024.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST/AIDS.** Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso. 2. ed. Brasília, 2006. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf > Acesso em 18 set, 2024.
19. Brasil. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, n° 33.** Brasília, 2012. Disponível em: < https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2019/07/cadernos_atencao_basica_33.pdf >. Acesso em 02 Ago, 2024.
20. Brasil. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica N° 23.** 2. ed. Brasília, 2015.
21. Brasil. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2024.** Versão eletrônica, 2024. Disponível em: < https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_sifilis_2024_e.pdf/view > Acesso em 9, Jan, 2025.
22. Brasil. Ministério da Saúde. **Cartilha para a mulher trabalhadora que amamenta.** 2. ed. Brasília, 2015. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_mulher_trabalhadora_amamenta.pdf > . Acesso em 05, Ago, 2024.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS N° 2.068 de 21 de outubro de 2016.** Institui diretrizes para a atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no alojamento conjunto. Disponível em: < <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-2-068-de-21-de-outubro-de-2016-24358443>>. Acesso em 06 Ago, 2024.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.051, de 08 de Novembro de 2001:** Estabelece os novos critérios da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC N° 221, de 5 de Agosto de 2002:** Regulamento Técnico sobre Chupetas, Bicos, Mamadeiras e Protetores de Mamilo. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0221_05_08_2002.html > Acesso em: 20, nov 2024.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC N° 222, 5 de Agosto de 2002:** Regulamento Técnico para Promoção Comercial dos Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância. Disponível em: < https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/res0222_05_08_2002.html > Acesso em: 20, nov 2024.

27. Brasil. Presidência da República. **Lei Nº. 11.265, de 3 de Janeiro de 2006**: Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de 1ª infância e também a de produtos de puericultura correlato. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111265.htm > Acesso em: 21, nov 2024
28. Brasil. Presidência da República. **Decreto Nº 9.579, de 22 de Novembro de 2018**: Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática do lactente, da criança e do adolescente e do aprendiz, e sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, o Fundo Nacional para a Criança e ao Adolescente e os programas federais da criança e do adolescente, e dá outras providências. Disponível em: < https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/d9579.htm > Acesso em: 21, nov 2024.
29. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Postagens: 10 Passos para o Cuidado Neonatal**. Rio de Janeiro, 10 out. 2023. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-recem-nascido/10-passos-para-a-melhoria-do-cuidado-neonatal/>>. Acesso em: 14 nov, 2024.
30. OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, D.C. 2005. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1711.pdf> > Acesso em: 29, Mar 2024.
31. Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis E Hepatites Virais**. 2020. Disponível em: < https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20201113_pcdt_para_ptv_hiv_final.pdf > Acesso em: 5, Jan, 2025.
32. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Rede Alyne**: novo programa busca reduzir mortalidade materna no Brasil. 2024b. Disponível em: < <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/rede-alyne-novo-programa-busca-reduzir-mortalidade-materna-no-brasil#:~:text=Um%20dos%20principais%20pontos%20do,144%20reais%20mensais%20por%20gestante.> > Acesso em 18 Dez 2024.
33. Sociedade Brasileira de Pediatria. SBP. **Teste do reflexo vermelho**. 2018. Disponível em: < https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_20958d-DC_No1_set_2018_Testes_do_reflexo_vermelho.pdf > Acesso em: 18, Dez. 2024
34. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Guia para implantação de salas de apoio à amamentação para a mulher trabalhadora**. Brasília, 2015.
35. **Bhupathiraju S N**; HU F. **Desnutrição proteico-calórica (DPC)**. Manual MSD. 2023. Disponível em: < <https://www.msmanuals.com/pt/profissional/dist%C3%BArbios-nutricionais/desnutri%C3%A7%C3%A3o/desnutri%C3%A7%C3%A3o-proteico-cal%C3%B3rica-dpc> >. Acesso em: 12, dez, 2024.
36. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 992, de 13 de Maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html#:~:text=Considerando%20o%20Decreto%20n%C2%B0,216%20da%20Constitui%C3%A7%C3%A3o%20de%201988%20art. > Acesso em: 12, dez, 2024
37. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**: uma política para o SUS. 3ª ed. Brasília. 2017. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf > Acesso em: 12, dez, 2024.
38. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.866, de 2 de Dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). Disponível em: <

[39. Brasil. Presidência da República. \[Lei N° 11.542, de 12 de Novembro de 2007b\]\(#\). Institui o Dia Nacional de Combate ao Trabalho Infantil. Disponível em: < \[https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/11542.htm\]\(https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/11542.htm\) > Acesso em: 01, jan, 2025.
40. Nery, C; Cabral U. **De 2019 para 2022, trabalho infantil aumentou no país**. Agência IBGE notícias. IBGE. 2023. Disponível em: < <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38700-de-2019-para-2022-trabalho-infantil-aumentou-no-pais#:~:text=Destaques,2019%2C%20mas%20cresceu%20em%202022> > Acesso em 14, Dez, 2024.
41. Organização Mundial da Saúde \(OMS\). \(2003\). *Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças Pequenas*
42. Victora, CG, et al. \(2016\). *Amamentação no século XXI: epidemiologia, mecanismos e efeito ao longo da vida*. The Lancet
43. Brasil. Ministério da Saúde. \(2013\). *Diretrizes para a promoção do aleitamento materno no SUS*.
44. \[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html\]\(https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html\)
45. \[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0171_04_09_2006.html\]\(https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0171_04_09_2006.html\)
46. \[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html\]\(https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html\)
47. \[https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/114457.htm\]\(https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/114457.htm\)
48. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-5.427-de-2-de-outubro-de-2024-590768281>](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html#:~:text=Institui%2C%20no%20%C3%A2mbito%20do%20Sistema,e%20da%20Floresta%20(PNSIPC F) > Acesso em: 13, dez, 2024.</p>
</div>
<div data-bbox=)



SECRETARIA DE
SAÚDE PÚBLICA



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

