

GOVERNO DO ESTADO
DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria da Saúde



ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

***SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO
ESPÍRITO SANTO***

Vitória, 2017.

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

**GOVERNADOR
PAULO CESAR HARTUNG GOMES**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

**SECRETÁRIO
RICARDO DE OLIVEIRA**

**SUBSECRETARIA DE ESTADO PARA ASSUNTOS DE
REGULAÇÃO E DE ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**

**SUBSECRETÁRIO
ENGRE TENORIO**

**GERÊNCIA DE REGULAÇÃO E ORDENAÇÃO DO SISTEMA DE
SAÚDE - GROSS**

**GERENTE
JOANNA BARROS DE JAEGHER**

AREA TECNICA DE SAUDE DA CRIANÇA

**EDNA CELLIS VACCARI BALTAR
ROSIANE RAMOS CATHARINO
ERIKA REIS**

Vitória, 2017

Sumário

1. O DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA NO ESTADO ESPÍRITO SANTO...5	
CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO	7
2. A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO ESPÍRITO SANTO	10
CRITÉRIOS PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA	12
A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA A CRIANÇA MENOR QUE 3 ANOS	12
FLUXOGRAMA.....	14
PLANEJAMENTO DO CRONOGRAMA DE CONSULTAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA	16
OS FUNDAMENTOS PARA SEGUIMENTO DA CRIANÇA DE ALTO RISCO	17
A RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE	20
AÇÕES ESTRATÉGICAS MÍNIMAS DE ATENÇÃO BÁSICA À CRIANÇA.....	21
CUIDADOS BÁSICOS PARA O ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA.....	21
O ATENDIMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE.....	23
O ATENDIMENTO DA CRIANÇA DOENTE	24
3. A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	27
A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	27
O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	27
A COMPETÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE.....	28
A AGENDA DE COMPROMISSOS.....	29
AS METAS PRIORITÁRIAS.....	30
OS RESULTADOS ESPERADOS	30
REDE DE REFERÊNCIA ESTADUAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS	31

1. O DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA NO ESTADO ESPÍRITO SANTO

Os primeiros anos de vida da criança é uma das fases mais críticas na vida. Os recém-nascidos e as crianças são particularmente vulneráveis às diversas doenças, muitas das quais podem ser efetivamente prevenidas ou tratadas.

A atenção à saúde da criança pressupõe ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança, tendo como compromisso promover qualidade de vida para que a criança possa ter um crescimento e desenvolvimento saudável.

A taxa de mortalidade infantil tem reduzido nos últimos anos no Brasil, resultado de diversas políticas de saúde, como a ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, que contribuiu para a melhoria do acesso à saúde e outros programas com ações voltadas para a saúde da criança. No entanto, esta fase da vida continua sendo um período muito negligenciado para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.

No Espírito Santo (ES) a taxa de mortalidade nos últimos 10 anos (2007 – 2016) reduziu de 13,89 para 11,70/1.000 nascidos vivos, porém nos últimos quatro anos foi observado aumento nesta mesma taxa (10,89 em 2013 para 11,70 em 2016). Além disso, 69,4% das mortes de crianças com menos de um ano no ES acontecem no período neonatal (até 27 dias de vida), sendo a maioria na primeira semana de vida. Assim, um número expressivo de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde tais como a atenção pré-natal, ao parto, nascimento e ao recém-nascido (RN) faz parte da realidade social e sanitária de nosso estado.

Neste contexto, o estado do Espírito Santo implementa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças no modelo de cuidado à gravidez, ao parto/nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros três anos de vida e em especial no período neonatal. Estas iniciativas baseiam-se na articulação dos pontos de atenção em rede no momento do parto, qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades, melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e

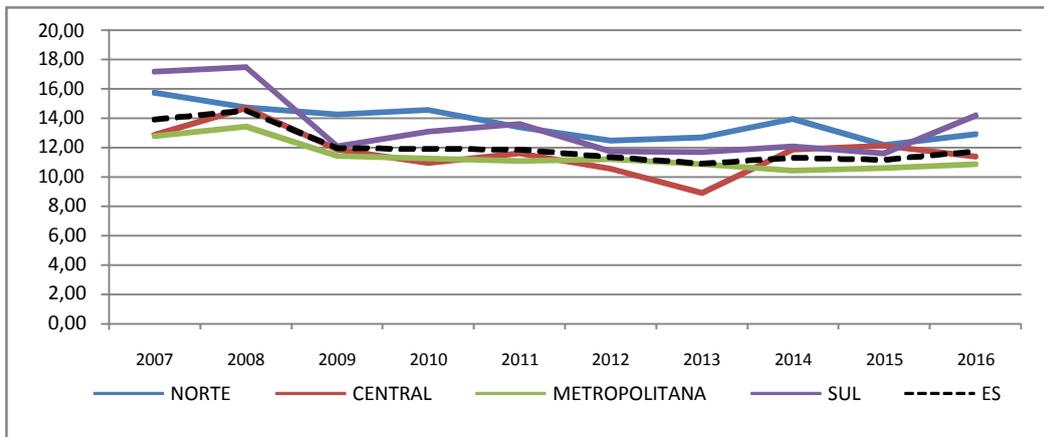
maternidades) e ampliação de serviços e profissionais, para estimular a humanização do parto e do nascimento.

Este processo se inicia no pré-natal e continua no atendimento adequado à mãe e ao recém nascido na sala de parto e durante a internação na maternidade com a realização de exames de triagem neonatal (auditiva, ocular, teste do coraçõzinho), o preenchimento e entrega bem orientada da Caderneta de Saúde da Criança à mãe de cada bebê, já que a caderneta deve servir de roteiro e passaporte para o seguimento da criança em toda a sua linha de cuidado.

Na APS continua uma forte preocupação com as ações realizadas até o 5º dia de vida da criança. É a APS responsável pela visita domiciliar ao binômio mãe e RN para orientação de toda a família sobre o cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para os primeiros cinco dias de vida, se possível oportunizando tudo para uma mesma data: consultas para ambos (mãe e RN), estimulando a presença do pai sempre que possível, apoio ao aleitamento materno, imunizações, realização do teste do pezinho, etc. Depois, até a criança completar 3 anos, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde (inclusive com busca de faltosos), com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua família, inclusive com as articulações intersetoriais, no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família.

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

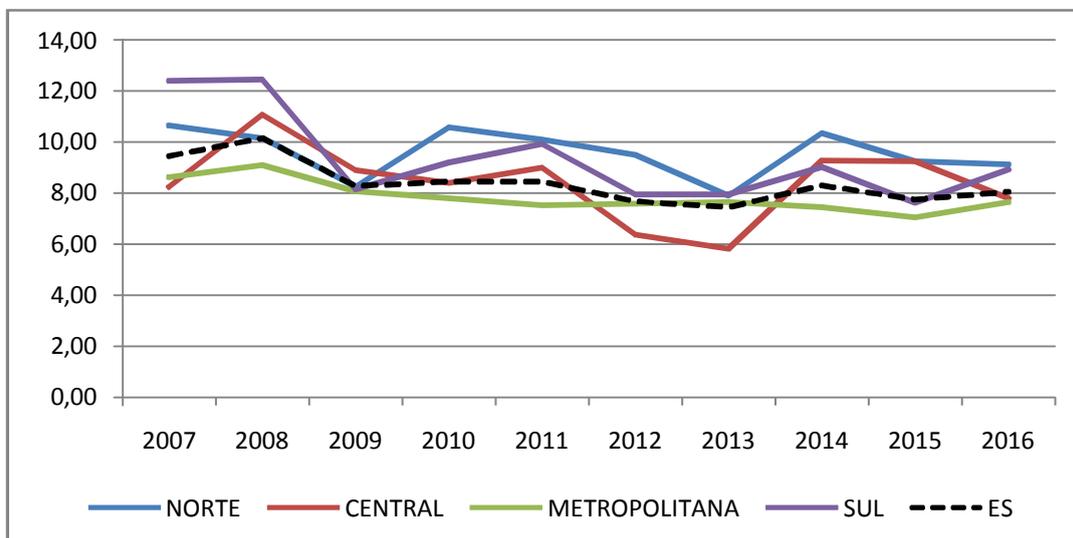
Gráfico 01: Taxa de Mortalidade Infantil (<1 ano) no período de 2007 a 2016 (por 1.000 nascidos vivos):



Região	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
NORTE	15,73	14,73	14,27	14,56	13,36	12,47	12,69	13,96	12,16	12,91	13,70
CENTRAL	12,86	14,67	11,85	10,93	11,61	10,54	8,89	11,87	12,10	11,39	11,67
METROPOLITANA	12,79	13,43	11,44	11,25	11,08	11,19	10,87	10,42	10,60	10,88	11,36
SUL	17,15	17,46	12,09	13,06	13,58	11,75	11,70	12,06	11,60	14,16	13,44
ES	13,89	14,51	11,96	11,87	11,85	11,31	10,89	11,30	11,17	11,70	12,02

Fonte: DATASUS – SIM/SINASC, 2017.

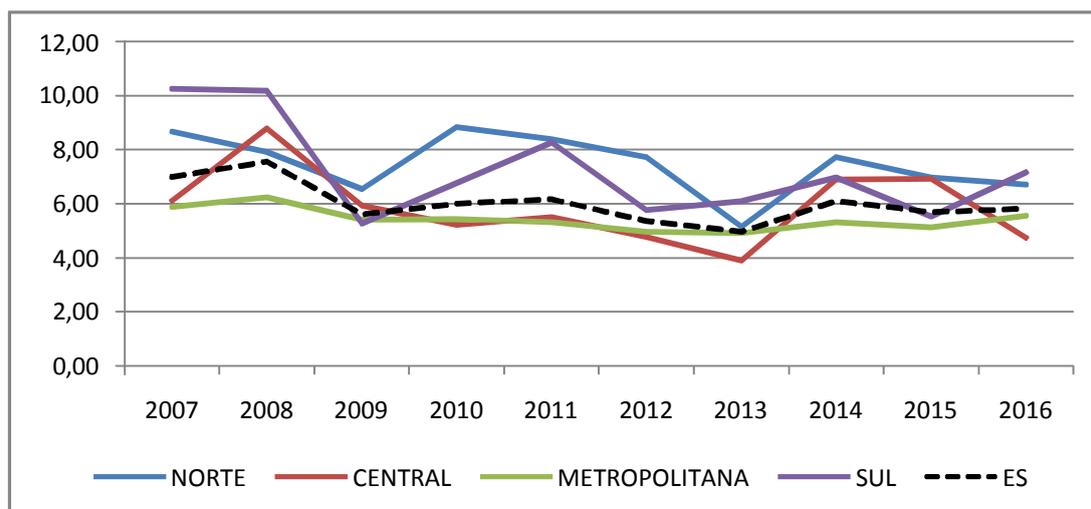
Gráfico 02: Taxa de Mortalidade Neonatal (<27 dias) no período de 2007 a 2016 (por 1.000 nascidos vivos):



Região	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
NORTE	10,65	10,14	8,23	10,57	10,11	9,49	7,89	10,35	9,24	9,12	9,59
CENTRAL	8,24	11,06	8,89	8,38	8,97	6,37	5,81	9,27	9,24	7,79	8,41
METROPOLITANA	8,62	9,08	8,08	7,80	7,53	7,59	7,64	7,43	7,05	7,63	7,82
SUL	12,38	12,44	8,14	9,19	9,92	7,95	7,96	9,02	7,62	8,93	9,34
ES	9,44	10,13	8,25	8,44	8,44	7,66	7,43	8,29	7,73	8,02	8,37

Fonte: DATASUS – SIM/SINASC, 2017.

Gráfico 03: Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce (<7 dias) no período de 2007 a 2016 (por 1.000 nascidos vivos):



Região	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
NORTE	8,68	7,92	6,55	8,84	8,39	7,73	5,14	7,72	6,97	6,71	7,47
CENTRAL	6,12	8,78	5,93	5,22	5,50	4,78	3,91	6,89	6,93	4,76	5,89
METROPOLITANA	5,89	6,24	5,43	5,44	5,33	4,98	4,93	5,34	5,15	5,57	5,42
SUL	10,24	10,16	5,27	6,77	8,27	5,76	6,09	6,95	5,52	7,14	7,21
ES	6,99	7,55	5,61	6,01	6,18	5,37	4,97	6,10	5,69	5,81	6,02

Fonte: DATASUS – SIM/SINASC, 2017.

No período dos 10 anos analisados a mortalidade infantil foi maior na Região Norte (13,70/1.000NV), seguida das Regiões Sul (13,44/1.000NV), Central (11,67/1.000NV) e Metropolitana (11,36/1.000NV), no entanto no ano de 2016 a Região Sul apresentou maior taxa entre todas as regiões analisadas (14,16/1.000NV) (Gráfico 01).

O estudo da taxa de mortalidade neonatal (por 1.000 nascidos vivos) nos últimos 10 anos apresentou uma média de 9,59 na Região Norte, seguida de 9,34 na Região Sul, 8,41 na Central e 7,82 na Metropolitana (Gráfico 02), e o componente neonatal precoce apresentou a mesma tendência com média de 7,47 na Região Norte e 7,21 na Sul, seguida da Central e Metropolitana com 5,89 e 5,42, respectivamente (Gráfico 03).

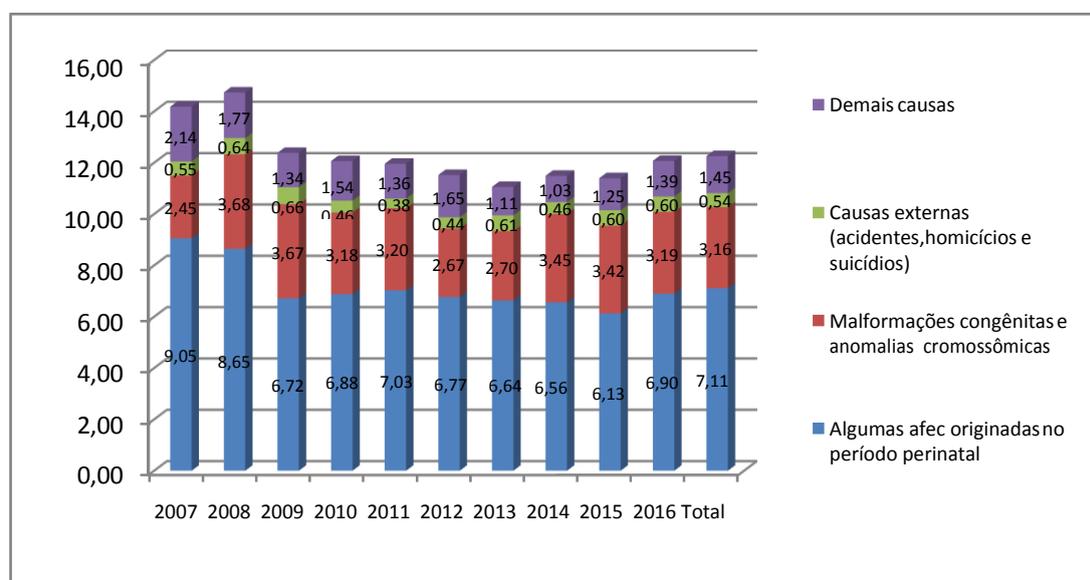
O enfrentamento das causas da mortalidade neonatal continua um grande desafio para as políticas públicas, porque as principais causas estão relacionadas à atenção qualificada ao pré natal, parto e nascimento. Além disso, a mortalidade infantil é multideterminada, à qual tem uma relação direta com a qualidade da assistência prestada à gestante e criança, bem como

fatores sócio-demográficos, como baixa escolaridade, pobreza, gravidez na adolescência, entre outros, que irão influenciar indiretamente na mortalidade infantil.

A atenção ao parto e nascimento em serviço qualificado, com profissionais capacitados, é outra ação que impacta na redução da mortalidade infantil. A prematuridade e o baixo peso são as principais causas de morte em bebês no período neonatal.

Dentre as causas de morte em menores de 01 ano, as maiores taxas são relacionadas às afecções originadas no período perinatal e malformações congênicas e anomalias cromossômicas (Gráfico 04).

Gráfico 04: Taxa de Mortalidade em menores de 1 ano por causas/capítulo CID - no período de 2007 a 2016 (por 1.000 nascidos vivos):



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Algunas doenças infecciosas e parasitárias	0,41	0,37	0,33	0,33	0,34	0,42	0,31	0,30	0,32	0,34	0,35
Neoplasias (tumores)	0,02	0,06	0,04	0,02	0,04	0,08	0,00	0,02	0,09	0,04	0,04
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	0,06	0,02	0,06	0,04	0,04	0,02	0,02	0,00	0,04	0,04	0,03
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	0,27	0,12	0,10	0,12	0,17	0,08	0,07	0,07	0,04	0,02	0,10
Transtornos mentais e comportamentais	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Doenças do sistema nervoso	0,20	0,25	0,19	0,06	0,13	0,11	0,06	0,07	0,12	0,07	0,13
Doenças do aparelho circulatório	0,16	0,00	0,00	0,06	0,04	0,04	0,09	0,05	0,02	0,06	0,05
Doenças do aparelho respiratório	0,47	0,48	0,33	0,46	0,34	0,62	0,37	0,37	0,44	0,49	0,44
Doenças do aparelho digestivo	0,12	0,13	0,10	0,13	0,08	0,08	0,09	0,05	0,09	0,09	0,10
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	0,10	0,02	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,04	0,02

Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	0,00	0,00	0,02	0,04	0,00	0,00	0,02	0,00	0,02	0,00	0,01
Doenças do aparelho geniturinário	0,10	0,04	0,08	0,06	0,04	0,02	0,02	0,02	0,00	0,06	0,04
Algumas afec originadas no período perinatal	9,05	8,65	6,72	6,88	7,03	6,77	6,64	6,56	6,13	6,90	7,11
Malformações congênitas e anomalias cromossômicas	2,45	3,68	3,67	3,18	3,20	2,67	2,70	3,45	3,42	3,19	3,16
Mal Definidas	0,24	0,27	0,10	0,21	0,15	0,17	0,06	0,05	0,09	0,15	0,15
Causas externas (acidentes, homicídios e suicídios)	0,55	0,64	0,66	0,46	0,38	0,44	0,61	0,46	0,60	0,60	0,54
Total	14,18	14,74	12,38	12,07	11,96	11,52	11,06	11,49	11,40	12,07	12,26

Fonte: DATASUS – SIM/SINASC, 2017.

2. A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO ESPÍRITO SANTO

Diante do perfil epidemiológico apresentado, observa-se a necessidade na qualificação do pré-natal, assistência à sala de parto e acompanhamento ao recém nascido e crianças na APS. Portanto, o objetivo deste documento é fornecer diretrizes para a organização da atenção à saúde das crianças de 0 a 03 anos, residentes do estado do ES, prestando assistência de forma integrada, acompanhando o processo de crescimento e desenvolvimento e as doenças prevalentes na infância, monitorando os fatores de risco, garantindo um atendimento de excelência.

Pensando nesta necessidade, elencamos as ações abaixo descritas no contexto dos eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC):

Ações estratégicas do eixo de atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido:

- € Prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis garantindo o acesso aos exames de pré-natal estabelecidos nos protocolos clínicos em tempo oportuno. Realizar testes rápido (sífilis, HIV, HBsAg) nas Unidades de Saúde.
- € Qualificar os profissionais que atendem o RN na sala de parto em Reanimação neonatal.
- € Capacitar os profissionais da atenção primária no “Método Canguru na atenção básica: cuidado compartilhado” para o acompanhamento dos bebês egressos de UTIN.

- € Estimular a alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe/bebê à Atenção Básica, de forma precoce, para continuidade do cuidado, com a estratégia do "5º Dia de Saúde Integral", que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade.
- € Garantir acesso dos RN para atendimento de puericultura nas Unidades de Saúde e aos Ambulatórios Regionais para acompanhamento dos RN graves e egressos de UTIN.

Ações estratégicas do eixo de aleitamento materno e alimentação complementar saudável:

- € Capacitar os profissionais da atenção primária na Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) para o manejo adequado da alimentação da criança nos primeiros anos de vida.

Ações estratégicas do eixo de promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral:

- € Estimular o preenchimento adequado da "Caderneta de Saúde da Criança".

Ações estratégicas do eixo de atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas:

- € Implantar a Estratégia AIDPI Neonatal nos serviços de atenção primária que atendem a gestante e crianças (O AIDPI Neonatal estratifica o risco gestacional, bem como o risco da criança até os dois meses de vida, e estabelece condutas baseadas em evidências científicas para o manejo dos casos críticos).

CRITÉRIOS PARA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA

- As condições de risco apresentadas pela criança devem ser avaliadas desde o momento da alta da maternidade até durante o 2º ano (2 anos, 11 meses e 29 dias) de vida.
- Os riscos identificados de cada criança podem ser definidos na alta da maternidade ou na visita domiciliar pela busca ativa dos recém-nascidos.

A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO PARA A CRIANÇA MENOR QUE 3 ANOS

NÍVEL	FATORES
RISCO HABITUAL	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Risco inerente ao ciclo de vida da criança
MÉDIO RISCO	<ul style="list-style-type: none"> ☒ Baixo peso 2.000 a 2.500g ☒ Prematuridade tardia: 35-36 semanas ☒ Criança sem realização de triagem neonatal ☒ Desmame antes do 6º mês de vida ☒ Desnutrição ou curva ponderoestatural estacionária ou em declínio e/ou carências nutricionais ☒ Sobrepeso ☒ Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado ☒ Cárie precoce <p>Fatores sócio familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ Mãe adolescente (menor que 18 anos) ☒ Mãe analfabeta ou com menos de 4 anos de estudo ☒ Mãe sem suporte familiar ☒ Chefe da família sem fonte de renda ☒ Mãe com menos de 4 consultas pré-natal ☒ Mãe com antecedente de um filho nascido morto ☒ Mãe com história de exantema durante a gestação ☒ Óbito de irmão menor que 5 anos por causa evitáveis ☒ Gravidez e ou Criança manifestada indesejada ☒ Depressão pós-parto ☒ Um dos pais com transtorno mental severo, deficiência, doença neurológica ☒ Pais com dependência de álcool e outras drogas ☒ Mãe ausente por doença, abandono ou óbito ☒ Indícios de violência doméstica ☒ Cuidador não habilitado
ALTO RISCO	<p>Afecções perinatais e malformações congênitas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ Baixo peso <2.000g ☒ Prematuridade ≤34 semanas ☒ Asfixia perinatal e/ou apgar ≤6 no 5º minuto ☒ Hiperbilirrubinemia com exsanguineotransfusão ☒ Infecções crônicas do grupo STORCHS + HIV + Zika confirmadas ou em investigação ☒ Doença genética, malformações congênitas, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica ☒ Internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade neonatal <ul style="list-style-type: none"> ☒ Desenvolvimento psicomotor insatisfatório para a faixa etária ☒ Sinais de violência ☒ Desnutrição grave ☒ Obesidade ☒ Intercorrências repetidas com repercussão clínica

	Critérios para gestão de caso:
	€ Peso ao nascer ≤1.500g ou IG ≤32 semanas
	€ Malformações congênitas, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica
	€ 2 ou mais internações

Fluxograma geral do atendimento, nos vários níveis assistenciais e serviços:

Preconiza-se a realização do pré-natal adequado em concordância com as diretrizes de acompanhamento da gestante com identificação de risco e vinculação com a maternidade de referência de acordo com o risco da mãe e do bebê.

Ainda na maternidade, deve haver uma visão integral do binômio mãe-filho contemplando acolhimento, postura ética, escuta atenta, observação criteriosa e estabelecimento do vínculo afetivo para superar as possíveis barreiras da desarticulação existente entre os diversos níveis de atenção em saúde. O primeiro atendimento ao RN na sala de parto deve ser realizado por um profissional capacitado em Reanimação Neonatal, realização da triagem neonatal (testes do coraçãozinho, olhinho e da orelhinha), vacinação e preenchimento da Caderneta da Criança – obrigatório.

Na alta da maternidade, toda criança deve ser vinculada à UBS ou em consultas na Unidade Cuidar do seu território (ação realizada pelo agente vinculador), de acordo com sua estratificação de risco – ver tabela abaixo, sempre com a Caderneta da Criança preenchida, devendo ser visitada pelo agente comunitário de saúde nas primeiras 24 horas após a alta e encaminhada para realização das ações do 5º dia de vida.

O período especial e de grande vulnerabilidade correspondente ao período neonatal precoce (5º dia de vida) onde a atenção a saúde da criança voltada para identificação e enfrentamento dos principais problemas e condutas preventivas é uma estratégia de fortalecimento da atenção primária. Até o 5º dia de vida, as equipes de atenção primária avaliam as condições da criança e da mãe, realizam as ações do 5º dia (incentivo o aleitamento materno, vacinação, realização do teste do pezinho, orientação para o teste da orelhinha

caso não tenha sido realizado na maternidade, apoio as dificuldades apresentadas pela mãe, orientações sobre o planejamento familiar, agendamento de consultas de acompanhamento para criança e identificação da criança com risco adquirido/associado para vigilância à saúde).

Ponto de atenção e prevalência estimada de acordo com a estratificação de risco da criança menor que 3 anos:

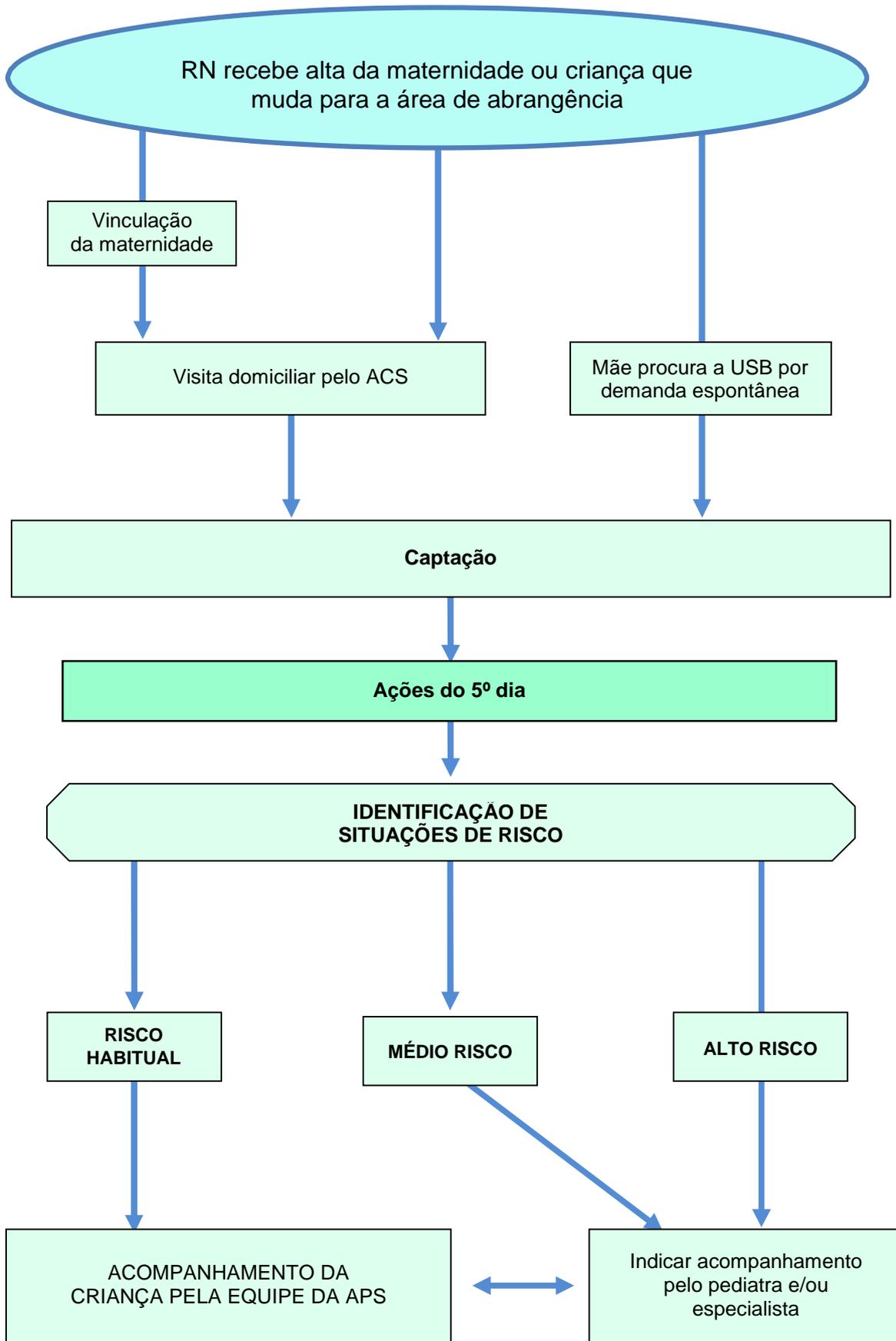
RISCO	PONTO DA REDE	PREVALÊNCIA ESTIMADA
HABITUAL (BAIXO)	UBS	75%
MÉDIO OU MODERADO	UBS c/ maior concentração de cuidado profissional Eventualmente interconsulta na Rede Cuidar (centro de referência /serviço e atenção secundária)	
ALTO	UBS + Rede Cuidar	25%

A organização da assistência, que se inicia pela captação precoce, deve, portanto, contemplar uma série de atividades programadas – atendimentos individuais e coletivos e atividades educativas e promocionais com as famílias – e também prever o acolhimento e o atendimento da criança doente. Em qualquer circunstância, o acesso ao serviço de saúde deve estar plenamente garantido.

Todas as atividades devem estar centradas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que é o eixo da assistência à criança. A Caderneta da Criança é o principal instrumento utilizado nacionalmente para esse acompanhamento e deve ser interpretado como um “cartão de identidade” da criança. Nele são registrados os eventos importantes para a sua saúde: condições de nascimento, os valores do peso, as habilidades desenvolvidas nas diversas idades e as vacinas já realizadas e programadas.

A principal meta é não perder oportunidade de atuação, de prevenção de promoção de assistência adquirindo vínculos e responsabilidades no cuidar.

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO:



PLANEJAMENTO DO CRONOGRAMA DE CONSULTAS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

O planejamento do cronograma de consultas deve ter como base aspectos importantes a serem observados na criança e a vulnerabilidade que ela apresenta.

Para a determinação da frequência e apuramento das consultas é importante definir quais os riscos que se pretende avaliar, identificando o melhor momento para essa avaliação, tais como:

- Risco de agravos existentes desde o nascimento: 1º e 2º mês;
- Risco de agravos nutricionais (avaliar risco de desmame): 1º, 2º, 4º, 6º e 9º mês;
- Risco de comprometimento do desenvolvimento: 2º, 4º e 9º mês;
- Risco de infecções – verificação periódica do cartão de vacinação: 1º, 2º, 4º, 6º e 12º mês.

ESQUEMA MÍNIMO TERIA CONSULTAS NOS SEGUINTE MESES:											
Risco de agravos	1º	2º									
Risco nutricional	1º	2º		4º		6º			9º		
Risco no desenvolvimento		2º		4º					9º		
Risco de infecção	1º	2º		4º		6º					12º
Nº de consultas médicas	1º	2º		4º		6º			9º		12º

CRONOGRAMA DAS CONSULTAS - MÉDICAS E DE ENFERMAGEM - PARA CRIANÇAS DE RISCO HABITUAL		
IDADE	CONSULTAS	
	MÉDICAS	ENFERMAGEM
Até 5º dia de vida	X	X (visita domiciliar nas primeiras 24h)
01 mês	X	
02 meses	X	
03 meses	-	X
04 meses	X	
05 meses	-	X
06 meses	X	
07 meses	-	X
09 meses	X	
12 meses	X	
Total	7	4

Essa é uma proposta mínima e suficiente de seguimento da criança de risco habitual. Os municípios devem definir seu cronograma de acordo com a disponibilidade de recursos humanos, a composição etária da população e a realidade epidemiológica. Outros momentos de avaliação ocorrerão conforme a necessidade determinada por problemas de saúde

OS FUNDAMENTOS PARA SEGUIMENTO DA CRIANÇA DE ALTO RISCO

O seguimento do Recém Nascido de alto risco depois da alta hospitalar tem por objetivo acompanhar aquelas crianças com maior risco de morrer ou de apresentar distúrbios capazes de interferir na sua qualidade de vida.

Esse acompanhamento permite intervenção precoce nos problemas identificados na alta hospitalar e prevenção de outros, passíveis de ocorrerem até o 3º ano de vida. Além disso, o acompanhamento destes recém-nascidos consiste em importante instrumento de avaliação da qualidade da atenção prestada nas Unidades Neonatais.

Critérios para classificação da criança de alto risco:

- Os riscos identificados ao nascer podem ser definidos na alta da maternidade ou na visita domiciliar ou pela busca ativa dos recém-nascidos.

A IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA DE ALTO RISCO

MOMENTOS DA CAPTAÇÃO:

No Pré-Natal – para facilitar a captação:

- Como recomendado no protocolo de vinculação da gestante é importante que seja definida a visita da gestante à maternidade de referência a partir da 30ª semana de gestação.
- Nos locais onde há equipe do ESF, é importante que seja realizado o monitoramento da gestante de alto risco, pela equipe de saúde e visitas semanais domiciliares pelo ACS, em especial, no último mês de gestação.

No Nascimento:

- Identificação da criança de alto risco já no pré natal com informação à gestante sobre a necessidade de seguimento do recém-nascido logo após o nascimento.
- A equipe medica do hospital identifica o RN de alto risco, preenche os dados da declaração de nascidos vivos (DN), da caderneta da criança e vincula (**através do agente vinculador**) a UBS e a Unidade Cuidar garantindo o atendimento à primeira consulta nesta última.

Na UBS:

- A captação deve ser feita com o acolhimento, visita do ACS e/ou enfermeiro, quando será feita a classificação do RN quanto ao risco, priorizando o atendimento.
- Na UBS deve ser garantida pelo agente vinculador a consulta até o 5º dia de vida.
- Todo bebê menor que 28 dias, que é trazido pela primeira vez á UBS por uma queixa qualquer, deve ser imediatamente atendido e classificado quanto ao risco;
- Deve ser feita busca ativa das crianças faltosas.

A FREQUÊNCIA DE AVALIAÇÃO

- Essa periodicidade pode variar de acordo com a necessidade da criança, condições familiares e as possibilidades do serviço.

FREQUÊNCIA DA AVALIAÇÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA DE ALTO RISCO	
IDADE/PERÍODO	CONSULTA
7 a 10 dias após a alta	Primeira consulta
Nos primeiros 6 meses de idade corrigida	Mensal
6 a 12 meses de idade corrigida	Bimestral
13 a 24 meses	Trimestral
2 anos a 4 anos	Semestral
4 anos até a puberdade	Anual

Fonte: Manual Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco – SBP, 2012.

As crianças classificadas como alto risco devem ser acompanhadas em ambulatórios de especialidade ou nos ambulatórios de follow up das maternidades e ao mesmo tempo devem ser vinculadas à unidade de saúde em que a família está cadastrada, cuja equipe deve monitorar esse seguimento tendo conhecimento de toda programação de procedimentos aos quais aquela criança deverá ser submetida.

As crianças com risco adquirido:

- Essas crianças deverão ser identificadas pela unidade de saúde e a rotina de acompanhamento deve ser estabelecida a partir da necessidade determinada pelo tipo de fator de risco apresentado.

Critérios para a definição de risco adquirido:

- Desnutrição
- Maus tratos
- Após a segunda internação
- Chefe de família sem fonte de renda
- Criança manifestada indesejada
- Criança com 3 ou mais atendimentos em pronto socorro em um período de 3 meses.

A RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA

ATRIBUIÇÕES	PROFISSIONAIS
1. Captação para o acompanhamento 2. Verificar condições gerais da mãe e da criança no domicílio 3. Verificar presença de situações de risco 4. Fornecer e preencher a Caderneta da Criança 5. Ações da primeira semana integral 6. Verificar o Cartão da Criança 7. Verificar o entendimento e adesão às orientações 8. Orientar sobre o aleitamento materno 9. Orientar sobre cuidados de higiene 10. Buscar faltosos 11. Agendar consulta 12. Realizar atendimento individual 13. Visita domiciliar 14. Avaliar crescimento, desenvolvimento e dieta 15. Orientar a estimulação psicomotora e atividade física adequada a cada faixa etária 16. Orientar: alimentação, vacinação, estimulação, higiene, prevenção de acidentes e doenças, uso correto de medicamentos prescritos 17. Indicar aplicação de vacinas em atraso 18. Solicitar exames complementares 19. Prescrever medicamentos 20. Registrar os achados do exame, diagnósticos e condutas 21. Encaminhar para especialista e/ou pediatra 22. Encaminhar para o serviço de urgência 23. Desenvolver atividades de educação para saúde em grupos, com a participação dos pais ou responsáveis pela criança 24. Fazer avaliação da criança vítima de violência e orientar a sua família 25. Realizar ações educativas em saúde bucal 26. Realizar atendimento clínico odontológico para as crianças	1. Equipe de saúde - ênfase para o ACS 2. Equipe de saúde - ênfase para o ACS 3. Equipe de saúde 4. Equipe de saúde / na maternidade 5. Auxiliar de enfermagem 6. Equipe de saúde 7. Equipe de saúde 8. Equipe de saúde 9. Equipe de saúde 10. Agente comunitário de saúde - ACS 11. Médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem 12. Médico, enfermeiro 13. Equipe de saúde 14. Médico, enfermeiro 15. Médico, enfermeiro 16. Equipe de saúde 17. Médico 18. Médico 19. Médico 20. Médico 21. Médico 22. Médico 23. Equipe de Saúde 24. Médico, enfermeiro 25. Equipe de Saúde Bucal 26. Cirurgião dentista

AÇÕES ESTRATÉGICAS MÍNIMAS DE ATENÇÃO BÁSICA À CRIANÇA

RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES
ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA	Captar a criança até o 5º dia de vida Realizar consultas médicas e de enfermagem Solicitar os exames laboratoriais Garantir os medicamentos básicos Identificar fatores de risco desde a alta da maternidade Monitorar as crianças do Grupo de risco Tratar as patologias prevalentes Abordar adequadamente a criança vítima de violência Realizar as atividades educativas Alimentar e analisar os sistemas de informação
AÇÕES DO 5º DIA	Preencher a Caderneta da Criança Verificar a realização do Teste do Pezinho Verificar e orientar o esquema de vacinação Verificar a presença de icterícia Agendar a 1ª consulta
IMUNIZAÇÃO	Vacinar a criança de acordo com o calendário Alimentar e analisar os sistemas de informação
ALEITAMENTO MATERNO	Orientar a nutriz sobre a amamentação Estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês

CUIDADOS BÁSICOS PARA O ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA

Captação:

- Avaliação da Declaração de Nascidos Vivos (DNV) enviada a UBS.
- Visita domiciliar nas primeiras 24 horas após a alta.
- Verificação das condições gerais da criança e da mãe.
- Estimulação para o aleitamento materno.
- Avaliação e orientações sobre higiene.
- Encaminhamento para as Ações do quinto dia.

Ações do quinto dia:

- Preencher a Caderneta da Criança.
- Verificação do estado geral da criança e da presença de sinais de perigo.
- Coleta de material para a triagem neonatal (Teste do Pezinho) – do terceiro ao quinto dia.
- Aplicação da primeira dose de vacina BCG e contra Hepatite B – no primeiro dia de vida.
- Orientação sobre o aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical e cuidados de higiene.
- Verificação da icterícia.
- Agendamento da primeira consulta.
- Agendamento da consulta do pós-parto para a mãe.

Imunização:

- Identificar as crianças com vacina em atraso.
- Encaminhar para vacinação na UBS.
- Conferir a Caderneta da Criança mensalmente.
- Avaliar a criança, verificando possíveis contra-indicações ou situações especiais.
- Informar à mãe ou responsável quais vacinas que a criança vai receber, as possíveis reações e retorno se necessário.
- Registrar no cartão da criança as vacinas a serem aplicadas, com o lote, data de vencimento, data de aplicação e rubrica do profissional.
- Aplicar as vacinas conforme as normas técnicas.
- Preencher o cartão espelho.
- Observar os efeitos adversos das vacinas.
- Notificar os efeitos colaterais mais graves.

Aleitamento Materno:

- Sensibilizar e incentivar a gestante para a amamentação durante o pré-natal, parto e puerpério.
- Orientar a nutriz sobre a amamentação na primeira visita domiciliar, nas ações da primeira, nas consultas e qualquer outra oportunidade.
- Estimular o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida.
- Orientar sobre a introdução de novos alimentos conforme as orientações da Estratégia Amamenta Alimenta Brasil (EAAB).

Acompanhamento da Criança:

- Captar a criança até o 5º dia de vida.
- Identificar fatores de risco desde a primeira consulta.
- Monitorar as crianças do Grupo de risco.
- Realizar visitas domiciliares.
- Verificar o Cartão da Criança.
- Realizar consultas médicas e de enfermagem.
- Avaliar o crescimento e desenvolvimento.
- Avaliar dietas e vacinação.
- Solicitar os exames laboratoriais.

- Tratar as doenças prevalentes.
- Garantir os medicamentos básicos.
- Verificar o uso correto de medicamentos.
- Verificar a compreensão e adesão às orientações.
- Realizar atendimento odontológico.
- Abordar adequadamente a criança vítima de violência.
- Buscar faltosos.
- Realizar as atividades educativas.
- Registrar os achados do exame, diagnóstico e condutas no prontuário.
- Alimentar e analisar os sistemas de informação.

Atendimento em Saúde Bucal:

- Realizar ações de educação em saúde bucal.
- Realizar atendimento clínico odontológico.
- Diagnosticar e tratar as doenças e intercorrências.
- Encaminhar a criança para os serviços de referência quando necessário.
- Orientar: alimentação e higiene.
- Realizar os registros necessários.

O ATENDIMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE

Consulta médica:

- Realizar anamnese e exame clínico.
- Analisar o resultado dos exames laboratoriais.
- Avaliar presença de fatores de risco.
- Avaliar: crescimento, desenvolvimento e estado nutricional.
- Avaliar e orientar quanto à imunização.
- Preencher: gráfico de peso, estatura e perímetro cefálico, Cartão da Criança e prontuário.
- Diagnosticar e tratar as doenças e intercorrências.
- Encaminhar a criança para os serviços de referência quando necessário.
- Orientar: alimentação e higiene.

Consulta enfermagem:

- Realizar anamnese e exame clínico.
- Avaliar presença de fatores de risco.
- Avaliar: crescimento, desenvolvimento e estado nutricional.
- Avaliar e orientar quanto à imunização.
- Preencher: gráfico de peso, estatura e perímetro cefálico, Cartão da Criança e prontuário.
- Orientar sobre as doenças e intercorrências.
- Orientar: alimentação e higiene.

Atendimento do Auxiliar de Enfermagem

- Aplicar vacinas.
- Coletar os exames laboratoriais.
- Realizar os procedimentos solicitados na consulta médica ou de enfermagem.
- Realizar as ações educativas.
- Realizar a busca ativa das crianças faltosas.
- Preencher os registros necessários.

Atendimento pelo Agente Comunitário de Saúde

- Captar precocemente as crianças para o acompanhamento.
- Realizar visita domiciliar para monitoramento das crianças.
- Realizar as ações educativas.
- Realizar a busca ativa das crianças faltosas.

O ATENDIMENTO DA CRIANÇA DOENTE

Atendimento da criança com desnutrição

- Realizar ações educativas preventivas junto à comunidade.
- Aferir peso e estatura de todas as crianças atendidas.
- Realizar avaliação nutricional e identificar as crianças desnutridas.
- Orientar sobre a adequação da dieta.
- Orientar sobre prevenção e o controle de processos infecciosos.

Atendimento da criança com diarreia

- Realizar ações educativas preventivas junto à comunidade.
- Identificar, nas visitas domiciliares, as crianças com diarreia.
- Orientar, em casa, para o aumento da ingestão de líquidos.
- Encaminhar para a UBS para consulta.
- Realizar visita domiciliar após a alta nas crianças desidratadas.
- Conferir o preparo adequado do SRO e sua oferta no domicílio.
- Identificar no acolhimento as crianças com diarreia e/ou desidratação.
- Realizar consulta.
- Indicar observação/internação para hidratação oral, venosa ou SNG.
- Preparar o SRO para ser administrado na UBS.
- Capacitar os familiares para a oferta de líquidos para a criança após as evacuações.
- Orientar sobre a alimentação, preparo e oferta do SRO em casa e avaliação dos sinais de desidratação, evolução da diarreia e sinais de piora.
- Orientar retorno.
- Acompanhar a criança e familiares durante a internação.

Atendimento da criança com doença respiratória

- Levantamento de informações locais sobre problemas respiratórios na população e situação de moradia dos pacientes.
- Acolhimento e reconhecimento do paciente com tosse e/ou dificuldade respiratória.
- Reconhecimento de sinais e sintomas de alerta e/ou situações de risco.
- Atendimento e tratamento da criança com afecção respiratória.
- Atividades de educação e prevenção dos agravos à saúde.

Atendimento da criança com parasitose intestinal

- Avaliar corretamente a criança com suspeita de parasitose.
- Estar atentos a situações de urgência.
- Solicitar EPF, se necessário.
- Realizar o tratamento adequadamente.
- Orientar sobre a higiene corporal, higiene alimentar e destino adequado das fezes.

Atendimento da criança com anemia

- Avaliar corretamente a criança com fatores de risco e sintomas sugestivos de anemia.
- Realizar os exames necessários à confirmação diagnóstica.
- Realizar o tratamento adequadamente.
- Orientar sobre a alimentação.
- Estimular o aleitamento materno.
- Realizar a profilaxia medicamentosa para os casos indicados.

Atendimento da criança com triagem neonatal positiva

- Realizar a coleta de sangue para a triagem neonatal conforme protocolo.
- Orientação sobre o resultado do teste.
- Encaminhamento das crianças com triagem positiva aos serviços de referência.
- Acompanhamento conjunto das crianças com diagnóstico confirmado.

Atendimento da criança com doenças de transmissão vertical

- Realizar adequadamente o pré-natal de toda gestante da área de abrangência.
- Identificar as gestantes com fatores de risco para HIV, toxoplasmose e sífilis.
- Tratar todas as gestantes com exames positivos, desde o pré-natal até o parto.
- Realizar os exames do recém-nascido logo após o nascimento.
- Acompanhar a criança com diagnóstico confirmado até o término do tratamento.
- Notificar o caso corretamente.
- Acompanhar a criança com suspeita da doença até exclusão do diagnóstico.
- Orientar adequadamente os familiares.

3. A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

A organização dos serviços em Redes de Atenção à Saúde tem o objetivo de oferecer o cuidado integral a saúde da criança, através das seguintes ações:

- Acolhimento das crianças, identificando os problemas/necessidades de saúde;
- Comprometimento de toda equipe de saúde na vigilância à saúde da criança;
- Priorização da atenção à criança de risco;
- Desenvolvimento de ações coletivas;
- Ênfase nas ações de promoção de saúde.

A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE:

- € A Atenção Primária tem condições de resolver a maior parte dos problemas/necessidade de saúde das crianças.
- € A unidade básica de saúde (UBS) deve ter, portanto, caráter resolutivo, sendo necessário assegurar a capacidade operacional para atenção à saúde das crianças residentes no território.

O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:

- € Constitui a estratégia estruturante da atenção básica.
- € O agente comunitário de saúde é um elemento que traz novas informações e facilita as propostas de intervenção na comunidade por meio da articulação intersetorial.
- € A equipe de saúde da família deve priorizar a atenção à saúde da criança com vistas a redução da morbi-mortalidade infantil no âmbito do território de sua responsabilidade.

A COMPETÊNCIA DA UNIDADE DE SAÚDE

- A Unidade de Saúde deve ser a porta de entrada da criança para o sistema de saúde.
- É o ponto de atenção estratégico e tem como atributos: garantir a acessibilidade, responsabilizando-se pelos problemas de saúde das crianças do seu território e o monitoramento dos mesmos.
- O acompanhamento da criança deve prever as ações para **todos os seus ciclos de vida**: recém-nascido, primeiro ano de vida, pré-escolar e escolar.
- A equipe de saúde tem responsabilidade integral sobre todas as crianças da sua área de abrangência. No caso de a criança ser encaminhada a um serviço de especialidade ou ser internada, por exemplo, a equipe deve seguir cada passo feito no atendimento, monitorando as consultas de retorno, a medicação e os cuidados básicos.
- A equipe de saúde deve coordenar a rede de serviços, necessários ao acompanhamento adequado da criança. Ela deve identificar todos os serviços dos quais as crianças possam ter necessidade – centros de referencia, especialidades, exames complementares, internação ou outros serviços – fazendo um encaminhamento adequado, e se comprometendo com um acompanhamento conjunto.
- Realizar ações junto à comunidade, com o propósito de mobilizá-la em prol da redução da mortalidade infantil e materna no seu território.

Calendário de acompanhamento das crianças

- Realizar visita domiciliar nas primeiras 24 horas após a alta.
- Realizar as Ações do 5^a dia.
- Realizar, no mínimo, 10 consultas individuais no 1^o ano de vida, sendo 6 consultas médicas e 4 de enfermagem.
- Participar de grupos educativos, no mínimo por 4 vezes no primeiro ano de vida.
- Realizar, no mínimo, 4 consultas individuais no segundo ano de vida.
- Realizar, no mínimo, 1 consulta individual do terceiro ao quinto ano de vida.
- Realizar visitas domiciliares mensais até os cinco anos de vida.
- Realizar consultas mais freqüentes para crianças do Grupo de risco.

Grupos educativos

- Realizar atividade de educação para saúde com a participação dos pais ou responsáveis pela criança.
- Dar ênfase para: prevenção de doenças e acidentes, higiene, aspectos da educação infantil ou outros temas sugeridos pelos participantes.

Coordenação

A coordenação da equipe de saúde da família deve garantir as seguintes atividades:

- Reuniões semanais com a equipe para avaliar avanços, dificuldades e encaminhamentos em geral.
- Treinamento e acompanhamento das ações desenvolvidas pelos auxiliares de enfermagem e pelos agentes comunitários de saúde.
- Fechamento do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).
- Participação em reuniões com a Secretaria Municipal de Saúde e/ou Coordenação Municipal do PACS/PSF.
- Promover oportunidades de capacitação da equipe de PSF, estimulando o estudo de
- caso e a troca de experiências.
- Manter a logística de medicamentos e outros insumos necessários ao funcionamento da equipe.
- Promover avaliação periódica do impacto das ações do PSF com relação à qualidade de vida e saúde da população adscrita.

A AGENDA DE COMPROMISSOS

A assistência à saúde da criança busca articular esforços e vontade do governo e da sociedade civil organizada, para enfrentar o grave problema das mortes evitáveis em menores de 1 ano e materna, tornando-se a esperança de que nascer, crescer e viver com saúde seja um direito de todos os capixabas.

AS METAS PRIORITÁRIAS

- Monitorar 100% das crianças, menores de 1 ano, residentes na área de abrangência da US, que apresentam situações de risco;
- Realizar visita domiciliar precoce a 100% dos recém nascidos com alta hospitalar, na primeira semana de vida;
- Agendar consulta médica para 100% dos recém nascidos, até o décimo dia vida;
- Realizar visita domiciliar precoce a 100% das crianças < de 01 ano que passaram por internamento hospitalar, nos primeiros 07 dias pós-alta;
- Agendar consulta médica para 100% das crianças < de 01 ano, que tiveram internamento, na primeira semana pós-alta hospitalar;
- Acompanhar 100% das crianças de 0 a 01 ano, residentes na área de abrangência da US, conforme o padronizado nesta linha-guia.
- Garantir ação educativa a 100% das famílias com crianças de 0 a 01 ano residentes na área de abrangência das US;
- Vacinar no mínimo 95% das crianças menores de 1 ano da área de abrangência;
- Garantir consultas médicas e de enfermagem, de rotina e eventuais para as crianças residentes na área de abrangência;
- Realizar visita domiciliar a 100% das crianças de 0 a 01 ano, com prioridade para as de risco e às faltosas ao programa de imunização e aos atendimentos de puericultura.

OS RESULTADOS ESPERADOS

- Reduzir a mortalidade neonatal.
- Reduzir a mortalidade infantil
- Reduzir a morbi-mortalidade por doenças respiratórias.
- Garantir o acompanhamento a todas as crianças de risco.

REDE DE REFERÊNCIA ESTADUAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS

A Equipe de Saúde tem a responsabilidade sobre o seguimento da criança, garantindo o seu acesso aos demais pontos de atenção, quando necessário, e deverá identificar a rede de serviços de saúde necessários ao atendimento da criança:

- **Ambulatório de especialidade:** identificar o serviço mais próximo, dentro da rede assistencial da região.
- **Unidades de urgência:** identificar o serviço mais próximo, dentro da rede assistencial da região.
- **Unidade de Internação Pediátrica:** identificar o serviço mais próximo, dentro da rede assistencial da região.
- **Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE):** no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória em Vitória –ES
Alameda Mary Ubirajara, S/N – Praia do Canto
Tel: (27) 3636-7555 E-mail:
- **Hemocentros:** identificar a unidade mais próxima, dentro da rede HEMOES - HemoES: Avenida Marechal Campos, 1.468, Maruípe, Vitória-ES. Tel: (27) 3636-7900
- **Ambulatório de Fenilcetonúria: na APAE Vitória**
Rua Aluysio Simões, 185 - Bento Ferreira, Vitória – ES.
Tel: (27) 2104-4048
- **Centro de Referência de Fibrose Cística – Ambulatório de Pneumologia** do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória em Vitória/ES
Rua Alameda Mary Ubirajara, 205, Santa Lúcia, Vitória-ES.
Tel: (27) 3636-7505 / (27) 3636-7532
- **Conselho Tutelar:** identificar o mais próximo.
- Estabelecer o fluxo para interconsultas e referências e contra-referências.
- Manter, sempre que possível contato com os seus profissionais de modo a facilitar o acompanhamento conjunto da criança.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) Portaria GM/MS nº 1.130, de 5 de Agosto de 2015. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em 25 Jul. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab3>. Acesso em 25 Jul. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 4 v. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicas). Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v1.pdf. Acesso em 25 Jul. 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI neonatal / Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Coordenação de Rejane Silva Cavalcante et al. – 5a. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 228 p. : il. – (Série A. Normas e manuais técnicos). Disponível em <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/03/Manual-Aidpi-corrigido-.pdf>. Acesso em 25 Jul. 2017.

Minas Gerais. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à Saúde da Criança. Maria Regina Viana et al. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2008. 224p. : il. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/atencao-a-saude-da-crianca1.pdf>. Acesso em 25 Jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS : revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 32 p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_pnaps.pdf. Acesso em 25 Jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acesso em 26 Jul. 2017.

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia. Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco. Coordenação e Organização: Rita de Cassia Silveira. 1ª edição – 2012. Disponível em <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/seguimento_prematuro_ok.pdf>. Acesso em 26 Jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.– 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf>. Acesso em 26 Jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem Neonatal Biológica: Manual Técnico. . Brasília. Ministério da Saúde, 2016. 80p.:il. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf>. Acesso em 26 Jul. 2017.