



Saúde da Criança

Materiais informativos >>>>



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde



Desenvolver o País é investir hoje no amanhã das crianças brasileiras.

Introdução

A Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (DAPES/ SAS/ MS) tem como objetivos elaborar as diretrizes políticas e técnicas para a atenção integral à saúde da criança de zero a nove anos e apoiar a sua implementação nos estados e municípios.



As ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança pressupõem o compromisso de prover qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.

As linhas de cuidado prioritárias da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno vêm ao encontro dos compromissos do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o Pacto pela Saúde e com o Programa Mais Saúde.



Incentivo e Qualificação do Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança, propiciando o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos à saúde e cuidados em tempo oportuno.

A Caderneta de Saúde da Criança-Passaporte da Cidadania a todas as crianças nascidas no território nacional é um importante instrumento de registro e orientações que auxilia nesse acompanhamento. Seu uso adequado é importante para estreitar e manter o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde.

Atenção à Saúde do Recém-Nascido

Um dos maiores desafios do Brasil para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio é a sua alta taxa de mortalidade perinatal, em particular nas regiões mais pobres. A organização da rede integral de assistência à mulher, à gestante e ao recém-nascido é premissa básica para a promoção da saúde e a redução dos agravos e mortes precoces e evitáveis de mulheres e crianças.

Iniciativas no âmbito nacional que apoiam a organização da rede de assistência ao recém-nascido:

- Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal
- Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso-Método Canguru
- Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
- Capacitação dos profissionais de saúde na atenção ao recém-nascido

Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno

O aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne mortes infantis, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança e da mulher que amamenta. Recomenda-se o aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses.

Os esforços de diversos organismos nacionais e internacionais favoreceram o aumento desta prática ao longo dos últimos vinte e cinco anos. Apesar disso, as taxas de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva, estão aquém do recomendado.

A Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno contempla as seguintes estratégias:

- Rede Amamenta Brasil
- Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano
- Iniciativa Hospital Amigo da Criança

- Proteção legal ao aleitamento materno e mobilização social
- Monitoramento dos indicadores de aleitamento materno

Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz

Os acidentes e as agressões na faixa etária de zero a nove anos ocupam a quinta causa de mortalidade na infância, configurando-se em relevante problema de saúde pública. É prioritária a prevenção de violências à criança por meio da formulação de diretrizes e parâmetros de atenção à saúde, prevenção e cuidados de crianças em situação de risco, e a disponibilização de metodologias voltadas ao acolhimento e à proteção de crianças, articulando essas ações com a rede intersetorial.

Vigilância à Mortalidade Infantil e Fetal

É uma importante estratégia para a redução da mortalidade infantil e fetal, que possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde.

Tem sido estimuladas ações de mobilização das equipes de saúde para a identificação do óbito infantil e fetal, qualificação das informações, investigação e análise de evitabilidade dos óbitos e identificação das medidas necessárias para a prevenção de novas ocorrências.

Recomenda-se a criação de Comitês Estaduais e Municipais de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal como uma importante estratégia de melhoria na organização da assistência de saúde para a redução das mortes preveníveis, bem como a melhoria dos registros sobre a mortalidade.

Rede Amamenta Brasil >>>>>



Rede Amamenta Brasil

É uma estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na Atenção Básica, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde, apoiada nos princípios da educação permanente em saúde, respeitando a visão de mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais.

Quais os Objetivos da Rede Amamenta Brasil?

Geral: Contribuir para aumentar os índices de aleitamento materno no País.

Específicos:

- Contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde para que se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do aleitamento materno e para uma prática integralizadora.
- Discutir a prática do aleitamento materno no contexto do processo de trabalho das unidades básicas de saúde.
- Pactuar ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno a partir da realidade das unidades básicas de saúde.
- Monitorar os índices de aleitamento materno das populações atendidas pelas unidades básicas de saúde certificadas.

Como são Formadas as Tramas da Rede Amamenta Brasil?

Ela se estrutura em várias esferas que se interconectam. Está articulada com a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal e com o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

A coordenação nacional é do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria da Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, representado pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Considerando a capilaridade da Rede, é de responsabilidade das coordenações estaduais da Área da Criança ou da Atenção Básica a sua implantação e coordenação nos estados, o mesmo acontecendo com as coordenações municipais, responsáveis pela implantação da Rede e acompanhamento das UBS nos municípios.

Como é a Operacionalização da Rede Amamenta Brasil?

As ações para operacionalização da Rede estão interligadas e são indispensáveis para a concretização da proposta.

✦ *Oficinas de Formação de Tutores em Aleitamento Materno*

Capacitação de profissionais de saúde para utilizarem referenciais da educação

crítico-reflexiva no ensino e aprendizagem do aleitamento materno, dando-lhes subsídios para auxiliarem na formação de novos tutores com competência para a realização de Oficinas de Trabalho em Aleitamento Materno nas Unidades Básicas de Saúde.

✦ **Oficinas de Trabalho de Aleitamento Materno nas Unidades Básicas de Saúde**

Coordenadas pelo tutor, promovem a discussão da prática do aleitamento materno no contexto do processo de trabalho das unidades básicas de saúde e a pactuação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, de acordo com a realidade de cada equipe e comunidade.

✦ **Acompanhamento das Ações**

Cada unidade básica de saúde tem um tutor responsável por acompanhar o desenvolvimento das suas ações em aleitamento materno e auxiliar nas eventuais dificuldades das equipes. Para isso, ele faz visitas sistemáticas às unidades, a partir de suas necessidades.

O que é Preciso para a Unidade Básica de Saúde Integrar a Rede Amamenta Brasil?

Para a certificação, a unidade básica deve cumprir os seguintes critérios:

- garantir a participação de no mínimo 80% da equipe na Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno
- monitorar os indicadores de aleitamento materno da sua área de abrangência utilizando o SISVAM web
- concretizar pelo menos uma ação pactuada ao final da oficina
- construir e implementar fluxograma de atendimento à dupla mãe-bebê no período de amamentação

Quem ganha com a Rede Amamenta Brasil?

- A criança: mamando exclusivamente nos primeiros seis meses e mantendo o aleitamento materno por dois anos ou mais, a criança tem melhor qualidade de vida, menor risco de adoecer e morrer, e maior possibilidade de estabelecer um bom vínculo afetivo com sua mãe.
- A mulher: amamentando mais, ela tem menos riscos de ter complicações após o parto, câncer de mama e ovários e de desenvolver diabetes.
- A família: quando a criança é alimentada ao seio, a família economiza e seus laços afetivos são reforçados.
- Os profissionais: a inserção da unidade na Rede implica em aumento das competências dos profissionais de saúde em aleitamento materno e no estímulo pela busca por mais conhecimento.
- O SUS: com o aumento das taxas de aleitamento materno, há redução de agravos à saúde das crianças e das mulheres. O País terá cidadãos mais saudáveis, evitando gastos com remédios e internações hospitalares.

Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano >>>>>



Camila Pitanga

*Mãe de Antônio, doadora
de leite materno.*



Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano

Os resultados das políticas públicas em favor do aleitamento materno no Brasil ocupam lugar de destaque no cenário internacional. O País tem conseguido, mediante a implementação de ações estratégicas integradas, fazer frente à agressividade do marketing da indústria de alimentos para lactentes e diminuir o desmame precoce e o seu desastroso impacto sobre a saúde infantil.

Com mais de 180 milhões de habitantes, o Brasil conseguiu uma expressiva ampliação da prevalência do aleitamento materno nas duas últimas décadas. Entre as principais estratégias da política governamental que concorreram para a construção desse novo e promissor perfil epidemiológico, figuram os Bancos de Leite Humano.

A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano é a maior e a mais complexa do mundo, composta por 194 unidades em operação e outras dez em fase de implantação. No ano de 2007 foram distribuídos 95.000 litros de leite humano pasteurizado, com qualidade certificada, a 136.527 recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva, o que envolveu a participação de 95.197 mães que integram voluntariamente o programa de doação. Além disso, neste mesmo período, foram atendidas mais de um milhão de gestantes e nutrizes que recorreram aos Bancos de Leite em busca de apoio para amamentar.

A ação coordenada, a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico são os mais importantes elementos de sustentação da Rede Brasileira de Banco de Leite Humano. Por meio destes três ingredientes, vem sendo possível compatibilizar a manutenção de um elevado rigor técnico, com um baixo custo operacional e, assim, responder adequadamente às diferentes demandas geradas pela sociedade brasileira. O sistema trabalha com tecnologias alternativas, de baixo custo, mas sensíveis e precisas o suficiente para assegurar um padrão de qualidade reconhecido internacionalmente.

Conversando Sobre os Direitos das Crianças e dos Adolescentes>>>>>



Conversando Sobre os Direitos das Crianças e dos Adolescentes

Direitos da Criança e do Adolescente

Os direitos das crianças e dos adolescentes estão assegurados mundialmente pela convenção dos direitos humanos e pelos protocolos facultativos reafirmados pelo Brasil na constituição federal (1988) e no Estatuto da Criança e do Adolescente ECA (Lei nº 8.069/1990), bem como em políticas setoriais do governo referentes à área de saúde. Esses direitos estão ameaçados em virtude da violência que é difundida em todo o tecido social, causando grande impacto na saúde da população, além de altos custos econômicos e sociais para o estado e para as famílias, com anos potenciais de vida perdidos.

Mortalidade por Causas Externas-Acidentes e Violências

As causas externas (acidentes e violências) foram responsáveis por 124.935 óbitos em 2006, representando 13,7% do total de óbitos por causas definidas. É a terceira maior causa de mortalidade na população geral. Apresenta-se como a primeira causa entre os adolescentes e crianças a partir de um ano de idade.

Crianças de 0 a 9 anos

Os acidentes de transporte (31,5%), afogamentos (22,7%) e os riscos à respiração (16,5%) se configuram como as principais causas de óbito. Nessa faixa etária as agressões (violências) aparecem como a quarta causa de mortalidade

Tabela 1: Mortalidade proporcional entre crianças (0-9 anos) segundo causas externas definidas e faixa etária Brasil, 2006

Causas externas	< 01 ano		01 a 04 anos		05 a 09 anos		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Acidentes Transporte	97	10,8	443	29,3	747	44,6	1287	31,5
Afogamentos	39	4,3	475	31,4	414	24,7	928	22,7
Riscos à respiração	507	56,5	124	8,2	44	2,6	675	16,5
Agressões/Violências	82	9,1	89	5,9	136	8,1	307	7,5
Quedas	61	6,8	89	5,9	73	4,4	223	5,5
Exposição fumaça, fogo	24	2,7	76	5,0	53	3,2	153	3,7
Choque contra objetos/pessoas	14	1,6	53	3,5	54	3,2	121	3,0
Exposição corrente elétrica	16	1,8	59	3,9	37	2,2	112	2,7
Outras causas externas	57	6,4	103	6,8	118	7,0	278	6,8
Total	897	100	1511	100	1676	100	4084	100,0

Fonte: SIM/SVS/MS - excluídos óbitos com idade ignorada e causas externas indeterminadas

Adolescentes de 10 a 19 anos

As violências (52,9%), seguidas pelos acidentes de transporte (25,9%) e afogamentos (9,0%), são as principais causas de óbito nessa faixa etária. Esse perfil se repete nos adolescentes de 15 a 19 anos, no qual 58,7% dos óbitos foram por violências. Na faixa de 10 a 14 anos, as principais causas de óbitos foram os acidentes de transportes (35,9%).

Tabela 2: Mortalidade proporcional entre adolescentes (10-19 anos) segundo causas externas definidas e faixa etária. Brasil, 2006.

Causas externas	10 a 14 anos		15 a 19 anos		Total	
	n	%	n	%	n	%
Agressões/Violências	545	22,4	7497	58,7	8042	52,9
Acidentes transporte	872	35,9	3072	24,0	3944	25,9
Afogamentos	530	21,8	844	6,6	1374	9,0
Lesões autoprovocadas	117	4,8	617	4,8	734	4,8
Quedas	87	3,6	102	0,8	189	1,2
Outras causas externas	277	11,4	642	5,0	919	6,0
Total	2428	100	12774	100	15202	100,0

Fonte: SIM/SVS/MS - excluídos óbitos com idade ignorada e causas externas indeterminadas

Morbidade por Agravos-Violências

Em 2006, o Ministério da Saúde implantou em vinte e sete municípios brasileiros, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Módulo de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), a partir da ficha de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências.

Crianças de 0 a 9 anos

Os dados coletados no período de 2006 a 2007 pelo VIVA mostraram que a violência sexual foi a principal causa de atendimentos nos serviços de referência de violências. Dos 1.939 registros de violência contra crianças, 845 foram por violências sexuais (44%). A (figura A), a seguir, mostra os principais tipos de violência sofrida pela criança nesta faixa etária. As meninas são as principais vítimas, com 60% do total dos casos registrados (figura B). A residência foi o local de maior ocorrência (58%) dos casos de violência contra crianças, como se verifica na (Figura C).

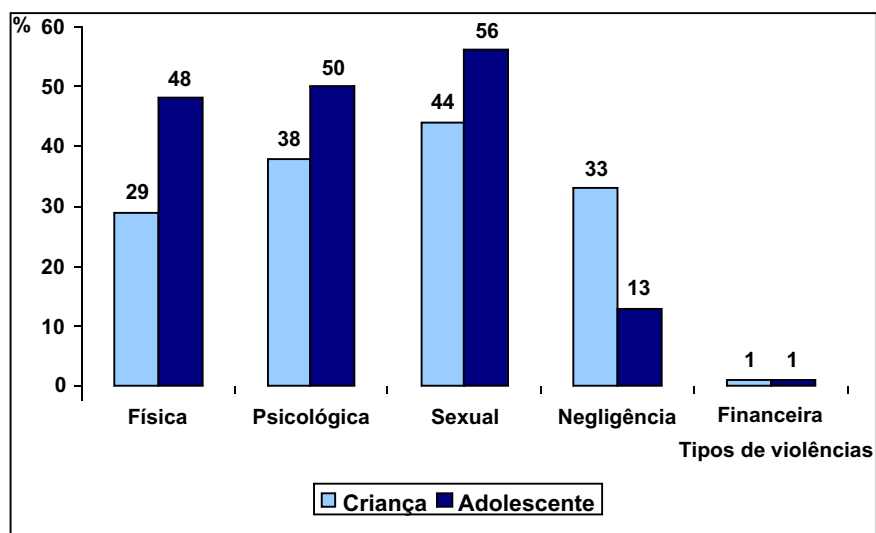
Adolescentes de 10 a 19 anos

Assim como na infância, a violência sexual foi a principal causa de atendimento nos serviços de referência de violência. Dos 2.370 registros de violência contra os adolescentes, 1.335 (56%) foram por violências sexuais.

A (Figura A), a seguir, mostra os principais tipos de violência sofridas pelos adolescentes nesta faixa etária.

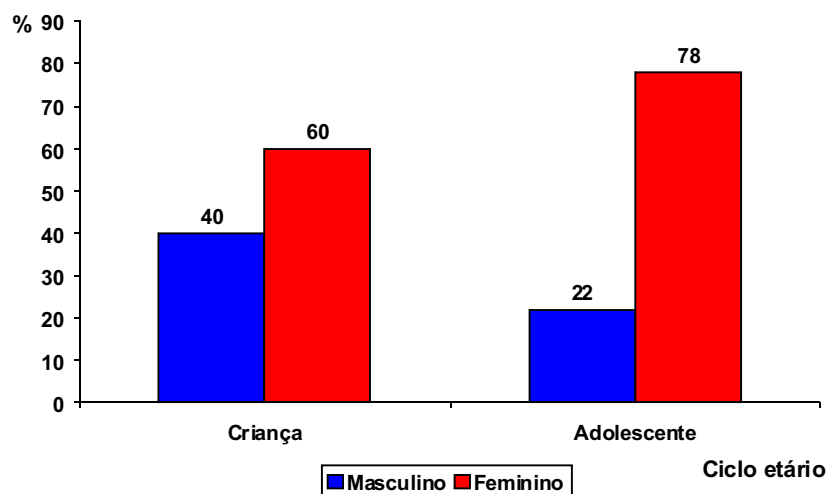
As adolescentes mulheres foram as principais vítimas com 78% do total (Figura B). Para a maioria, o local onde ocorreu a violência foi na própria residência com 58% dos registros, seguido pela via pública com 20% (Figura C).

Figura A: Tipos de violências sofridas e atendimentos nos serviços de referência de municípios selecionados segundo ciclo etário, 2006-2007.



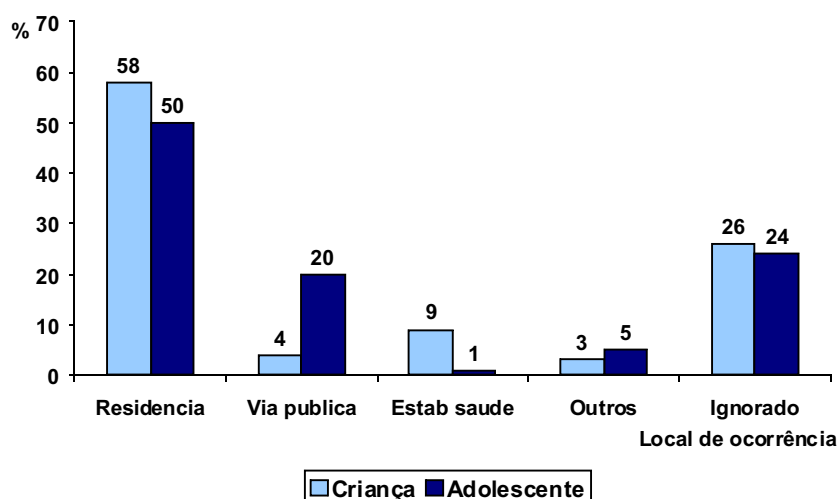
Fonte: VIVA/SVS/MS 2006/2007

Figura B: Vítimas de violências atendidas nos serviços de referência de municípios selecionados segundo ciclo etário e sexo, 2006-2007.



Fonte: VIVA/SVS/MS 2006/2007

Figura C: Locais de ocorrência da violência com atendimentos nos serviços de referência de municípios selecionados segundo ciclo etário, 2006-2007.



Fonte: VIVA/SVS/MS 2006/2007

Muitas dessas violências contra crianças e adolescentes ainda são encobertas por inúmeras razões:

- Medo de denunciar episódios de violência cometidos principalmente pelas pessoas que deveriam proteger as próprias crianças e adolescentes. Tendo como pais, familiares, polícia, cuidadores e outras pessoas investidas de algum poder na comunidade.
- Aceitação social da violência contra crianças e adolescentes utilizada como justificativa de "educar". Tais como castigos físicos, humilhações, intimidação e assédio sexual com frequência, especialmente quando não se produz danos físicos, visíveis ou duradouros.
- A violência se torna invisível também quando os serviços de escuta (disque denúncia, delegacias, serviços de saúde, de assistência social, escolas, conselhos de direito e a própria comunidade) não estão preparados para o atendimento da criança e do adolescente.

Consequências da Violência em Crianças e Adolescentes

Dependendo do nível da gravidade, as repercussões podem aparecer a curto ou longo prazos.

1 - A violência pode gerar problemas sociais, emocionais, psicológicos e cognitivos durante toda a vida, podendo apresentar também comportamentos prejudiciais à saúde como: abuso de substâncias psicoativas, álcool e outras drogas e iniciação precoce à atividade sexual.

2 Os problemas de saúde mental e social relacionados com a violência na infância e na adolescência geram consequências como: ansiedade, transtornos depressivos, alucinações, baixo desempenho na escola e tarefas de casa, alterações de memória, comportamento agressivo e outros.

3 A exposição precoce à violência na infância e adolescência está relacionada com o desenvolvimento de enfermidades em etapas posteriores da vida, como: as doenças sexualmente transmissíveis, a AIDS, o aborto espontâneo, assim como comportamento violento e tentativas de suicídio.

Como enfrentar esse grave problema de saúde pública.

Todos nós podemos contribuir para a cultura da paz, pois a violência contra as crianças e os adolescentes jamais se justifica.

Enfrentar a violência implica em lidar com questões complexas que envolvem a moral, ideologia e cultura entre outros fatores.

Os passos primordiais são:

- 1-Promover ações de sensibilização e mobilização na defesa de tão importante causa.
- 2-Conversar com crianças e adolescentes orientando-as sobre os riscos da violência no cotidiano e suas formas de prevenção.
- 3-Adotar posturas proativas frente a qualquer situação de violência.
- 4-Debater o assunto nas escolas, comunidades, família, serviços de saúde, dentre outros setores da sociedade

BOX:

O setor de saúde assumiu, a partir do estatuto da criança e do adolescente, um mandato social para atuar na prevenção, diagnóstico e notificação de casos de violência. Criou-se assim, um espaço privilegiado para a identificação e o acolhimento de crianças e adolescentes vítimas da violência e suas famílias.

BOX:

Visando garantir o direito à vida e à saúde, no conjunto de políticas formuladas e implementadas pelo SUS, o Ministério da Saúde desenvolve programas, ações e estratégias para todas as faixas etárias, em especial para crianças e adolescentes. Em 2006, esse grupo etário representava 66.415.510 milhões (38%) da população brasileira.

Para enfrentar as várias formas de manifestação da violência, o setor de saúde tem políticas próprias de âmbito nacional.

- Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria nº 737/2001).
- Política Nacional de Promoção da Saúde (Portaria nº 687/2006).
- Política Nacional de Saúde da Mulher-violência sexual e doméstica.
- Notificação de violência contra crianças e adolescentes na rede do SUS (Portaria nº 1968/2001).

- Rede Nacional de Prevenção da Violência, Promoção da Saúde e Cultura de Paz (Portaria 936/2004).
- Rede Nacional de Atenção Integral às Mulheres e Adolescentes em situação de violência doméstica e sexual.

Estratégias e Ações para a Implementação das Políticas de Saúde

- Elaboração de diretrizes, normas técnicas, parâmetros, metodologias e orientações voltadas à atenção à saúde, prevenção e proteção de crianças e adolescentes em situações de violência.
- Elaboração de normas técnicas específicas voltadas à atenção à saúde de crianças e adolescentes em situações de violência sexual.
- Realização de campanhas de sensibilização e mobilização da sociedade sobre o impacto da violência na saúde com ênfase nos fatores de risco e proteção.
- Capacitação à distância sobre os impactos da violência na saúde, além de materiais educativos e informativos sobre a temática.
- Fomento para a estruturação e qualificação da rede de atenção à saúde, organizada em:
 - ✦ rede de prevenção da violência, promoção da saúde e cultura de paz,
 - ✦ rede de atenção especializada e,
 - ✦ rede de vigilância em saúde.
- Investimentos em pesquisas sobre as diversas formas de violência contra crianças, adolescentes e jovens, mulheres e idosos.
- Construção de indicadores e desenvolvimento de instrumentos de acompanhamento e avaliação das ações.

Papel do Estado, Municípios, Distrito Federal para o Enfrentamento da Violência

- Organização da rede de atenção integral às vítimas de violência, garantindo o acesso aos serviços de saúde especializados para crianças e adolescentes.
- Qualificação dos serviços para o acolhimento e atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência, com uma equipe multiprofissional e abordagem humanizada em prol da redução de danos.
- Notificação dos casos de violência garantindo o sigilo e orientação à vítima e à família com relação aos seus direitos.
- Acompanhamento das vítimas e das famílias com visitas sistemáticas dos profissionais de saúde para identificar as situações de violência (maus-tratos,

negligência, exploração sexual, abuso sexual, trabalho infantil, entre outros) ou de violência repetida.

-Encaminhamento para as redes intersetoriais e sociais dos casos que necessitam de atendimento específico ou acompanhamento, destacando:

Redes Intersetoriais

Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente
Escolas e outras instituições educativas
Centros de Referência de Assistência Especializados-CREAS
Sistema de Justiça

Redes Sociais

Apoio da sociedade civil, empresas e da própria comunidade, de acordo com a organização e a realidade de cada território.

Importância da Notificação

Trata-se de um instrumento de proteção à criança e ao adolescente permitindo aos profissionais de saúde, de educação, da assistência social, assim como os conselhos tutelares e a Justiça, adotar medidas imediatas para cessar a violência.

Os dados e as informações coletados pelo Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes VIVA/MS permitem aos gestores identificarem os principais tipos de violência, onde elas ocorreram, os horários de maior incidência e o perfil do agressor entre outras informações, dando subsídios para o planejamento de ações de prevenção e de intervenção.

Para enfrentar as várias formas de manifestação da violência, o setor saúde tem políticas de âmbito nacional que são articuladas por vários atores sociais.

Intrasetorial - Unidades do Ministério da Saúde:

- Saúde da Criança e Aleitamento Materno
- Saúde do Adolescente do Jovem
- Saúde da Mulher
- Saúde do Sistema Penitenciário
- Saúde do Homem
- Saúde do Idoso
- Saúde Mental
- Saúde da Pessoa com Deficiência
- Saúde do Trabalhador
- Vigilância, Prevenção de Acidentes e Violências
- DST/AIDS
- Atenção Básica Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.
- Urgência e Emergência
- Atenção Especializada
- Humanização do Sistema Único de Saúde
- Rede de Atenção à Saúde

Rede Descentralizada do Sistema Único de Saúde:

- Secretarias Estaduais de Saúde
- Secretarias Municipais de Saúde
- Unidades de Saúde
- Hospitais e Maternidades
- Hospitais Universitários

Intersetorial - Secretarias Especiais e Ministérios Setoriais:

- Direitos Humanos
- Educação
- Desenvolvimento Social e Combate à Fome
- Cultura
- Juventude
- Trabalho
- Justiça
- Políticas para as Mulheres
- Cidades
- Igualdade Racial

Instâncias Deliberativas:

- Conselho Nacional de Saúde - CNS
- Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONAS.
- Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS.

Hospital Amigo da Criança>>>>>



Iniciativa Hospital Amigo da Criança

O aleitamento materno é a estratégia que isoladamente mais previne mortes em crianças menores de cinco anos. Muitos são os esforços governamentais, dos profissionais de saúde e da sociedade no sentido de promover, proteger e apoiar esta prática, destacando-se a implementação de políticas e ações para propiciar à criança o melhor início de vida possível.

Inserida na Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) encontra-se a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), lançada em 1991 e adotada por mais de 20.000 hospitais em cerca de 156 países, incluindo o Brasil.

Os critérios globais da IHAC compreendem a adesão aos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” e ao Código Internacional de Comercialização dos Substitutos do Leite Materno (no caso do Brasil, a NBCAL-Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras) pelas maternidades certificadas. Os dez passos são recomendações que favorecem a amamentação a partir de práticas e orientações no período pré-natal, no atendimento à mãe e ao recém-nascido ao longo do trabalho de parto e parto, durante a internação após o parto e nascimento e no retorno ao domicílio, com apoio da comunidade.

DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO

Toda e qualquer unidade que preste assistência obstétrica e neonatal deve:

- 1.** Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde.
- 2.** Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.
- 3.** Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
- 4.** Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
- 5.** Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas dos seus filhos.
- 6.** Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica.
- 7.** Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e bebês permaneçam juntos - 24 horas por dia.
- 8.** Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.
- 9.** Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.

10. Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

Em revisão da literatura encomendada pela OMS (2001), fica clara a fundamentação teórica e a viabilidade de cada passo proposto pela IHAC, como base para o início ótimo da amamentação.

Estudos realizados em diferentes países, incluindo o Brasil, concluem que a IHAC é uma estratégia efetiva para o incremento da prevalência e da duração da amamentação exclusiva e total.

Para a concretização da Iniciativa Hospital Amigo da Criança são necessárias sensibilização e capacitação dos profissionais envolvidos na assistência às mulheres, seus bebês e suas famílias, o que se dá por intermédio de três cursos com objetivos específicos:

1. Curso de sensibilização para gestores - curso de doze horas que tem por objetivo sensibilizar os gestores e formuladores de políticas quanto às diretrizes da IHAC e seus impactos positivos. Os gestores estaduais, municipais e hospitalares são capacitados a preparar um plano de ação a ser implementado em seus locais de trabalho.

2. Curso de manejo em aleitamento materno-curso de vinte horas que tem por objetivo fortalecer o conhecimento e capacitar profissionais para a implementação dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", bem como formar multiplicadores do curso.

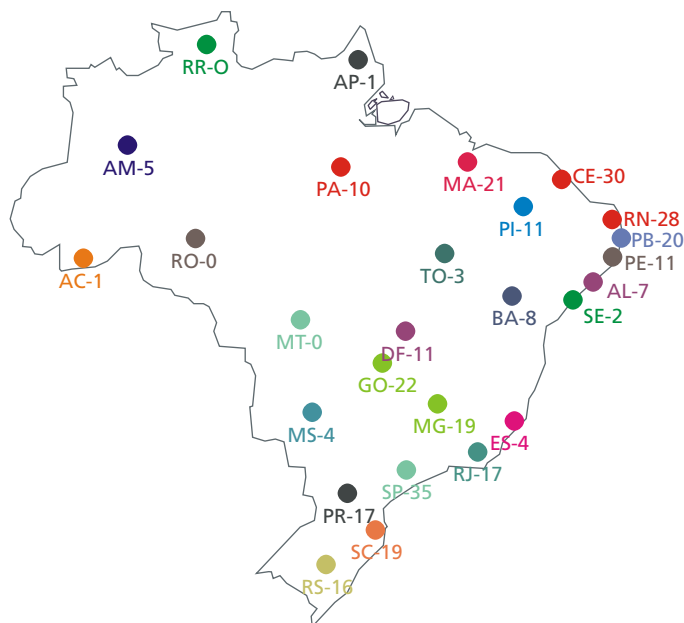
3. Curso de formação de avaliadores-curso de quarenta horas que tem por objetivo formar avaliadores, credenciando-os a fazer avaliação externa e reavaliação dos hospitais com relação aos "Critérios Globais".

Situação da IHAC no Brasil

O Brasil teve seu primeiro hospital amigo da criança credenciado em 1992. Desde então, o número desses hospitais vêm crescendo, embora em ritmo menor nos últimos anos. Entre 1992 e 2008 o credenciamento de hospitais chegou a 347, 20 por ano em média, variando de um em 1992 a cinquenta e dois em 2002. É possível que a adição de critérios criados pelo MS aos "dez passos" (em 1994, 2001 e 2004) tenha freado a expansão da IHAC em alguns períodos. Um desses critérios exigia taxas de cesariana iguais ou inferiores às estabelecidas pelas secretarias estaduais de saúde, o que se mostrou um fator impeditivo do credenciamento de vários hospitais. Esse critério foi modificado em 2008 (Portaria nº.9 de 10 de janeiro de 2008), no qual a exigência passou a ser a redução das taxas de cesárea, independente dos valores. Por outro lado, a intensificação dos cursos de sensibilização para gestores, no sentido de aderirem à Iniciativa, o que ocorreu entre 1999 e 2002, provavelmente contribuiu para acelerar o ritmo de crescimento do número de HAC em outros períodos. Porém, verifica-se que desde 2004 há uma estagnação do credenciamento de hospitais à IHAC em nosso país. Atualmente o Brasil conta com 322 HAC, o que garante uma cobertura de 28% de nascimentos ocorridos em hospitais amigos da criança em 2007.

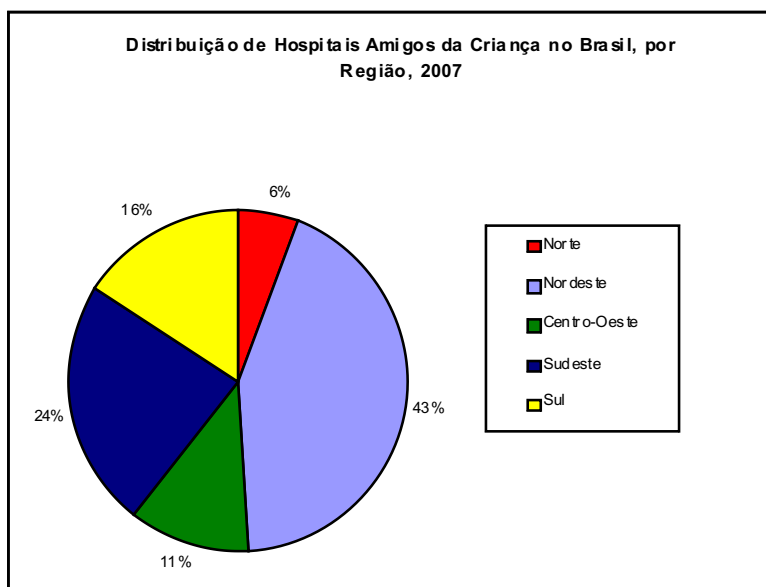
Em relação à distribuição por estados, São Paulo possui a maior concentração de HAC, seguido do Ceará

Figura 1 - Número de Hospitais Amigos da Criança nas Unidades Federadas Brasileiras



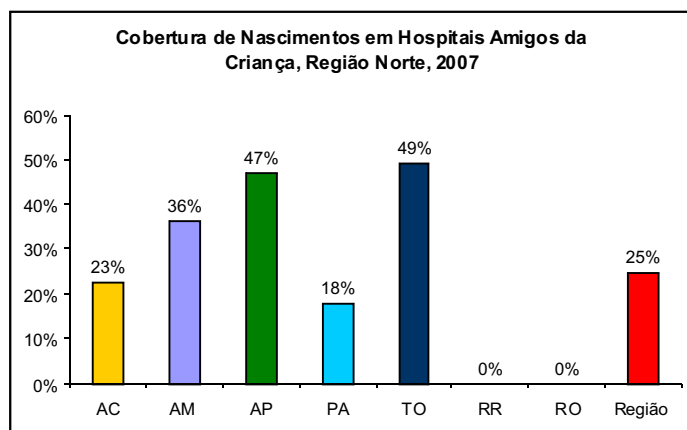
Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

Figura 2 Já em relação à distribuição segundo a região do País, verifica-se que praticamente metade dos HAC encontram-se na Região Nordeste.



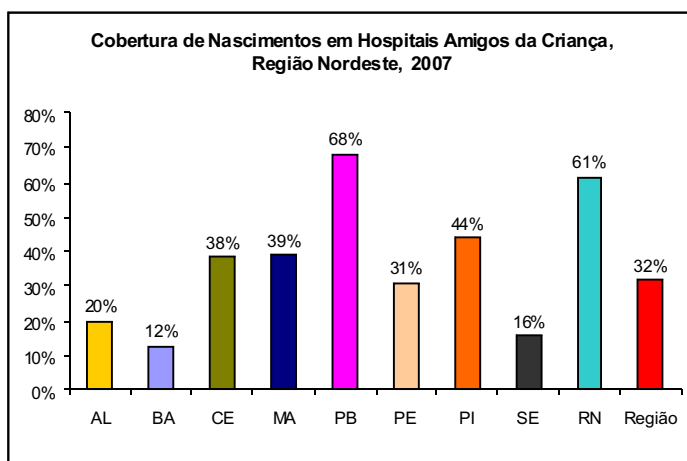
Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

Figura 3 As figuras 3 a 7 mostram cobertura de nascimentos em HAC segundo a região, destacando-se o DF com uma cobertura de 86% dos nascimentos.



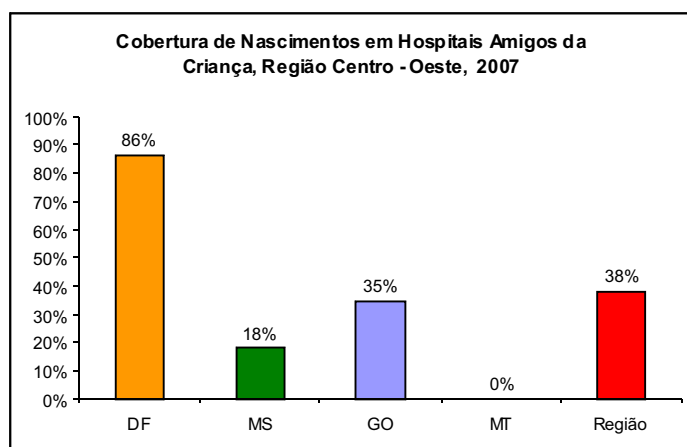
Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

Figura 4



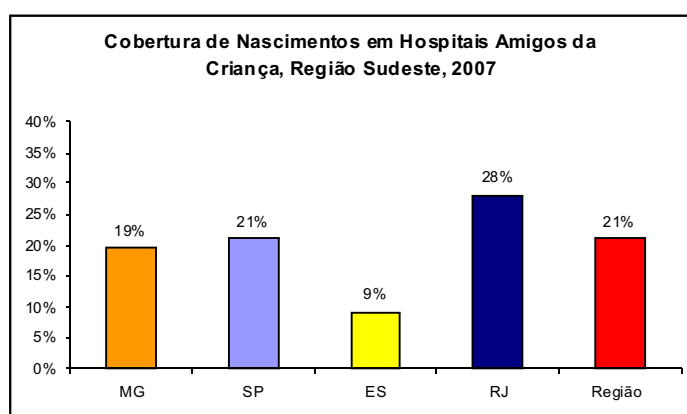
Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

Figura 5



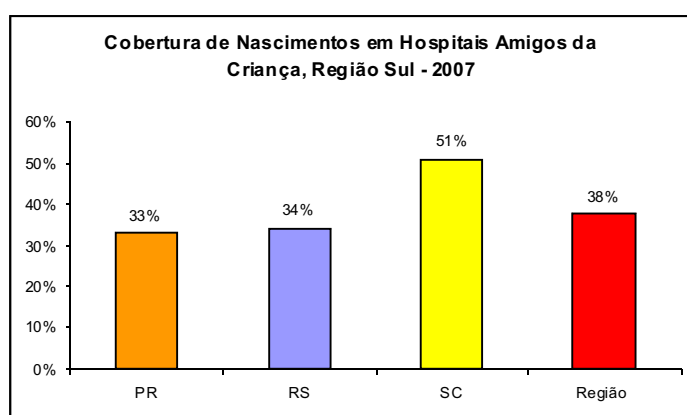
Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

Figura 6



Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

Figura 7



Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

A natureza da administração da maioria dos hospitais brasileiros credenciados na Iniciativa Hospital Amigo da Criança é a administração direta da saúde (federal, estadual ou municipal), seguida de entidade beneficente.

Relançamento Mundial e Atualização de Materiais da IHAC

A partir da experiência dos diversos países que aderiram à IHAC, os Critérios Globais, os instrumentos de avaliação e o Curso de 18 horas foram atualizados, levando-se em consideração a nova Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância, os desafios apresentados pela pandemia do HIV e a importância do "cuidado amigo da mãe", visando à atualização e ao fortalecimento da IHAC em todo o mundo.

O processo de revisão dos materiais foi liderado pelo UNICEF/OMS e incluiu ampla pesquisa, contando com a participação de profissionais de diversos países. Após consulta a especialistas de todo o mundo e testes feitos em países industrializados e em desenvolvimento, a revisão foi finalmente concluída em março de 2008.

O material atualizado da IHAC, traduzido para o português e publicado no Brasil, é composto por cinco volumes, assim distribuídos:

Módulo 1 - Histórico e Implementação. Oferece orientações sobre os processos revisados e opções de expansão da IHAC nos países, unidades de saúde e comunidades, reconhecendo que a Iniciativa foi expandida e deve ser elevada a uma condição de sustentabilidade.

Módulo 2 - Fortalecendo e Sustentando a Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Curso para gestores. Visa a sensibilizar os gestores de hospitais (diretores, chefias, administradores, gerentes, etc.) e formuladores de políticas quanto às diretrizes da Iniciativa e seu impacto positivo, além de estimular seu comprometimento com a promoção e a manutenção da Iniciativa.

Módulo 3 - Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno em Hospitais Amigos da Criança - Curso de 20 horas para equipes de maternidade. Disponibiliza ferramenta para fortalecer o conhecimento e a capacitação das equipes para a implementação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

Módulo 4 - Auto-Avaliação e Monitoramento do Hospital. Oferece instrumentos a serem utilizados por gerentes e equipes para avaliar se os serviços estão em condições de se submeterem à avaliação externa. Aos hospitais já credenciados como "amigo da criança", os instrumentos auxiliam no monitoramento da adequação aos Dez Passos.

Módulo 5 - Avaliação e Reavaliação Externa. Oferece orientações e instrumentos para avaliadores externos. Os instrumentos de reavaliação externa são indicados para reavaliar, regularmente, se os hospitais mantêm os padrões requeridos pela IHAC.

Além disso, foi criado aplicativo que possibilitará aos hospitais realizarem o monitoramento informatizado de sua situação com relação ao cumprimento dos Critérios Globais. Este aplicativo poderá ser utilizado pelas coordenações municipais, estaduais e nacional para acompanhar a IHAC em todos os hospitais credenciados.

O que há de novo na IHAC?

A partir de contribuições multinacionais e multiorganizacionais, foi proposta uma série de alterações no material original da IHAC, entre elas:

- Nova interpretação do Passo 4 - "Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento" passa a ser interpretado como colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, por no mínimo uma hora, e encorajar as mães a reconhecerem quando seus bebês estão prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda, se necessário.
- Atualização das razões aceitáveis para substituição do leite materno - Passo 6.
- Avaliação da conformidade com o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno (ou lei nacional equivalente). A atualização acrescentou aspectos apropriados para serem verificados junto à equipe e às práticas hospitalares, tornando-se esses aspectos parte dos critérios obrigatórios para o hospital ser credenciado.
- Ampliação dos critérios globais para locais com alta prevalência de HIV e inclusão dos "Cuidados Amigos da Mãe" (opcionais).

- Associação da IHAC a outras iniciativas internacionais.
- Expansão do conceito de IHAC para outras áreas do sistema de saúde (pediatria, clínicas, comunidade).
- Aumento da carga horária do Curso de 18 para 20 horas.
- Ampliação do conteúdo dos cursos (Gestores, Avaliadores, 20 horas), incluindo os temas “HIV e alimentação infantil” e “Cuidados Amigos da Mãe” (opcionais).
- Validade do credenciamento por três anos.

Revitalização da IHAC no Brasil

A partir da publicação do novo material da IHAC no Brasil, estão programadas diversas ações que visam à ampliação e consolidação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no País, tendo como meta a ampliação de 10% ao ano da cobertura de nascimentos ocorridos em HAC.

Neste processo, cabe ao Ministério da Saúde:

- Capacitar novos avaliadores
- Formar multiplicadores para os Cursos de 20h e de Sensibilização de Gestores.
- Disponibilizar material instrucional.
- Ofertar a placa pelo reconhecimento do título.
- Implantar sistema de monitoramento dos HAC.
- Fornecer apoio técnico aos Estados.

Cabe aos Estados:

- Fazer planejamento da expansão da IHAC no Estado.
- Sensibilizar gestores.
- Prover avaliadores.
- Auxiliar na viabilização de cursos de Manejo em AM nos municípios.
- Fornecer apoio técnico aos municípios e hospitais.
- Alcançar a meta de 10% ao ano de ampliação da IHAC.

Cabe aos Municípios:

- Indicar os hospitais prioritários para a implantação da IHAC.
- Promover a capacitação dos profissionais dos hospitais indicados.
- Fornecer apoio técnico aos hospitais na consecução da Iniciativa.

Cabe aos Hospitais:

- Empenhar-se para preencher os critérios exigidos.
- Uma vez credenciado, responsabilizar-se pelo cumprimento dos dez passos de forma contínua.
- Fazer monitoramento do cumprimento dos passos.

Normas e Orientações para o Credenciamento na IHAC

Assim como outros países, o Brasil estabeleceu normas para o processo de habilitação dos hospitais na IHAC, regulamentadas nas Portarias SAS/MS nº. 756, de 16 de dezembro de 2004 e nº. 09, de 10 de janeiro de 2008.

De acordo com as referidas Portarias, para ser habilitado na IHAC o estabelecimento de saúde deve atender os seguintes critérios:

1. Comprovar cadastramento no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde-CNES.
2. Comprovar cumprimento à Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância.
3. Não estar respondendo à sindicância no Sistema Único de Saúde.
4. Não ter sido condenado judicialmente, nos últimos dois anos, em processo relativo à assistência prestada no pré-parto, parto, puerpério e período de internação em unidade de cuidados neonatais.
5. Dispor de profissional capacitado para a assistência à mulher e ao recém-nascido no ato do parto.
6. Garantir, a partir da habilitação, que pelo menos 70% dos recém-nascidos saiam de alta hospitalar com o Registro de Nascimento Civil, comprovado pelo Sistema de Informações Hospitalares.
7. Possuir Comitê de Investigação de Óbitos Maternos, Infantis e Fetais implantado e atuante, que forneça trimestralmente ao setor competente da Secretaria Municipal de Saúde e/ou da Secretaria Estadual de Saúde (SES) as informações epidemiológicas e as iniciativas adotadas para a melhoria na assistência, para análise pelo Comitê Estadual e envio semestral ao Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.
8. Apresentar taxa de cesarianas conforme o estabelecido pelo Gestor Estadual ou Municipal, tendo como referência as regulamentações procedidas do Ministério da Saúde. Os hospitais cujas taxas de cesarianas estão acima das estabelecidas pelo gestor estadual ou municipal deverão apresentar redução dessas taxas pelo menos no último ano e comprovar que o hospital está adotando medidas para atingir as taxas estabelecidas.
9. Apresentar tempo de permanência hospitalar mínima de 24 horas para parto normal e de 48 horas para parto cesariano.
10. Permitir a presença de acompanhante no Alojamento Conjunto.
11. Cumprir os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno”.

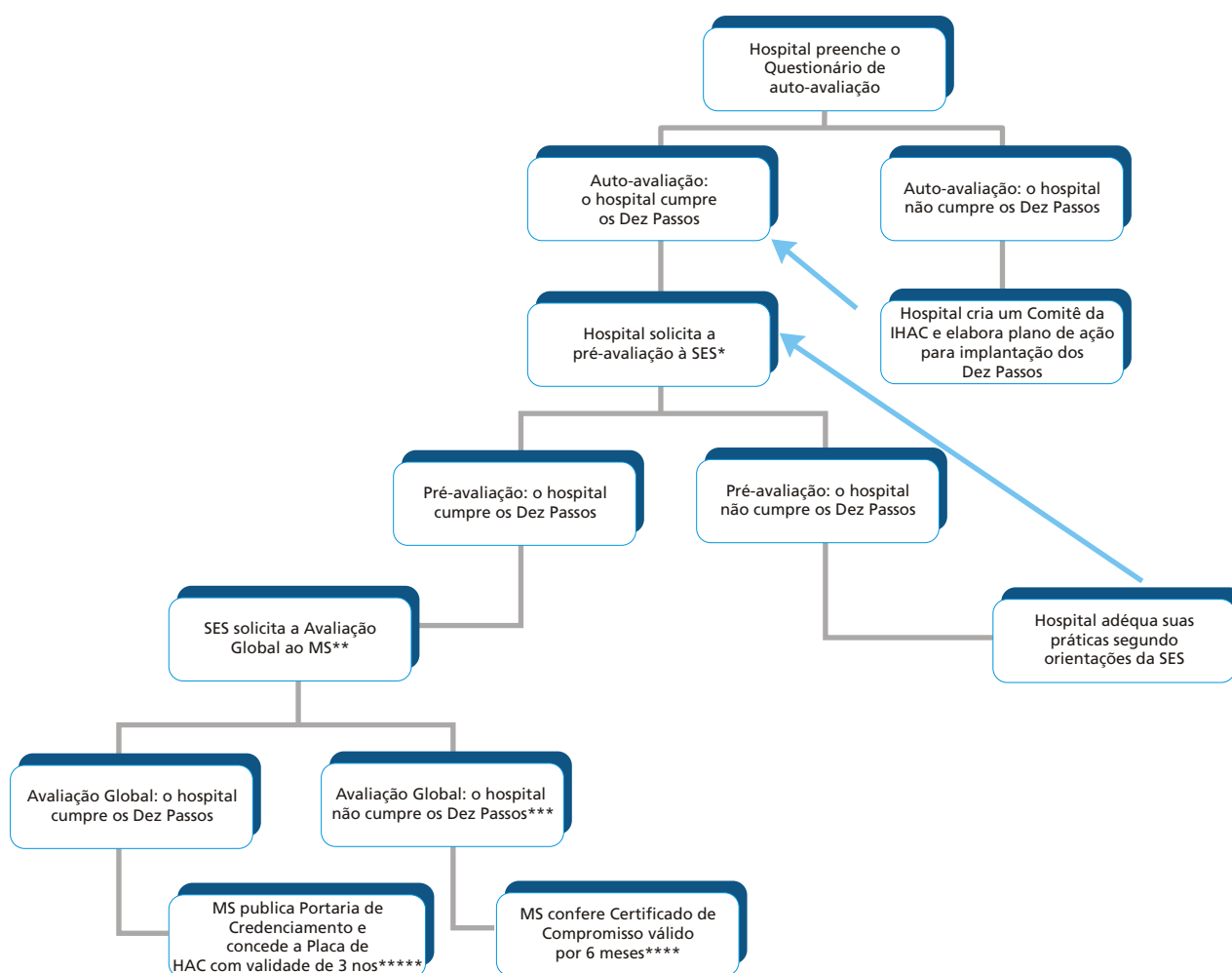
O processo de credenciamento do hospital inicia-se com o preenchimento do questionário de auto-avaliação fornecido pela Secretaria Estadual de Saúde. Após análise do questionário e cumpridos os critérios descritos anteriormente, a Secretaria Estadual de Saúde designa um avaliador da IHAC para realizar a pré-avaliação do hospital.

Atendidos todos os critérios na pré-avaliação, a SES encaminha toda a documentação à Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do DAPES/SAS/MS, solicitando a Avaliação Global.

Após análise da documentação, dois avaliadores são designados pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do DAPES/SAS/MS para realizarem a Avaliação Global. O resultado dessa avaliação é encaminhado para a SES e, cumpridos os critérios estabelecidos, o Ministério da Saúde publica Portaria de Credenciamento e concede a Placa de HAC com validade de 3 anos, entregue em solenidade previamente agendada.

O detalhamento do fluxograma para credenciamento é apresentado a seguir.

Fluxograma para Credenciamento de Hospitais Amigos da Criança



*SES solicita ao Hospital que providencie a documentação relativa aos pré-requisitos do MS e encaminha dois Avaliadores locais ao Hospital.

** MS avalia documentação da pré-avaliação e pré-requisitos e encaminha dois avaliadores externos ao hospital.

***O mesmo se aplica ao não cumprimento dos pré-requisitos

****O Hospital que solicita nova Avaliação Global ao MS no período de 6 meses é avaliado somente nos passos não cumpridos.

***** O Hospital monitora suas práticas anualmente e a SES faz reavaliações tri anuais.

Monitoramento e Reavaliação dos Hospitais

As medidas de monitoramento e reavaliações periódicas foram criadas com o objetivo de manter os padrões nos hospitais credenciados na IHAC. São propósitos do monitoramento e das reavaliações:

- apoiar e incentivar a equipe do hospital a manter as práticas “Amigas da Criança”;
- verificar se as experiências das mães no hospital influenciam positivamente a amamentação;
- identificar se o hospital tem deficiências relacionadas a algum dos Dez Passos e, neste caso, trabalhar para implementar as melhorias necessárias.
- verificar o cumprimento do NBCAL.

O monitoramento se constitui em um sistema dinâmico de coleta e análise de dados realizado pelo próprio hospital, com o propósito de identificar áreas que necessitem de melhorias e desenvolver planos de ação para implementar as mudanças necessárias. As Secretarias Municipal e Estadual de Saúde devem ser informadas dos resultados do monitoramento periódico de cada hospital, cabendo à Secretaria Estadual de Saúde o envio das informações à Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde.

A reavaliação constitui-se em uma “nova avaliação” dos hospitais já credenciados na IHAC, para determinar se mantêm a conformidade com os Dez Passos e os outros critérios Amigos da Criança. Inclui uma visita de reavaliação realizada por avaliadores externos ao hospital. As reavaliações deverão ser realizadas no intervalo máximo de três anos.

Para o monitoramento e reavaliação dos hospitais, será utilizado aplicativo criado pelo UNICEF e pela OMS e disponibilizado pelo MS, que será preenchido pelo hospital e acessado pelas Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, bem como pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno.

A SES informará à Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno as situações de irregularidade, podendo o hospital ser descredenciado quando constatado o não cumprimento dos Dez Passos e/ou dos critérios estabelecidos pelas Portarias do MS. O descredenciamento será feito mediante publicação de Portaria revogando o ato anterior de habilitação editada pela Secretaria de Atenção à Saúde do MS.