



PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA



ATÍLIO VIVACQUA
2023



GESTÃO MUNICIPAL

Josemar Machado Fernandes
Prefeito do Município

Graceli Estevão Silva
Secretária Municipal da Saúde

Caroline Rodrigues Campos
Referência Técnica Materno-Infantil

PROTOCOLO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

ELABORADO POR:
Enfª Caroline Rodrigues Campos

POTENCIAIS UTILIZADORES

Equipes da Estratégia de Saúde da Família
Equipe do Ambulatório Municipal de Especialidade

PÚBLICO-ALVO

Crianças nos dois primeiros anos de vida.



SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1. DIAGNÓSTICO DA SITUACIONAL DA SAÚDE DA CRIANÇA NO ESTADO..... | 04 |
| 2. ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO MUNICÍPIO..... | 05 |
| 3. FLUXO GERAL DO ATENDIMENTO, NOS VÁRIOS NÍVEIS ASSISTENCIAIS E SERVIÇOS..... | 06 |
| 4. FUNDAMENTOS PARA SEGUIMENTO DA CRIANÇA DE ALTO RISCO..... | 07 |
| 4.1. CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO DA CRIANÇA DE ALTO RISCO..... | 08 |
| 5. CUIDADOS BÁSICOS PARA O ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA..... | 09 |
| 5.1. IMUNIZAÇÃO..... | 11 |
| 6. ATENDIMENTO DA EQUIPE DE SAÚDE..... | 11 |
| 7. ATENDIMENTO DA CRIANÇA DOENTE..... | 12 |
| 8. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA..... | 14 |
| 9. ATENÇÃO PRIMÁRIA..... | 15 |
| 10. METAS PRIORITÁRIAS..... | 17 |
| 11. RESULTADOS ESPERADOS..... | 17 |
| ANEXO I..... | 18 |



1. DIAGNÓSTICO DA SITUACIONAL DA SAÚDE DA CRIANÇA NO ESTADO

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 município de Atílio Vivacqua programa 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 dois anos de vida e em especial no período neonatal. 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, 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 2 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.

2. ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO MUNICÍPIO

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 02 anos, residentes do

O município de Atílio Vivacqua, 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.

- 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.
- * 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".

3. FLUXO 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, olho 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), 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).

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.

4. 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 2º ano de vida. Além disso, o acompanhamento destes recém-nascidos consiste em importante instrumento de avaliação da qualidade da atenção prestada nas Unidades Neonatais.

4.1 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 no momento 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 médica 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 à UBS por uma queixa qualquer, deve ser imediatamente atendido e classificado quanto ao risco;

* Deve ser feita busca ativa das crianças faltosas.

5. 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 (Anexo I).
 - * 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.

5.1. IMUNIZAÇÃO

A imunização é essencial para manter a criança saudável, consulte o calendário básico de vacinação da criança (Anexo I) para saber quais as vacinas que ela precisa tomar para estar protegida de doenças graves. Procure seguir esse calendário porque, se as vacinas forem realizadas nos períodos indicados, trazem mais benefícios à criança.

A vacinação básica é gratuita e esses serviços seguem rigorosamente as regras de conservação e aplicação das vacinas. Na maioria das vezes, mesmo que a criança esteja com febre, gripada ou com outros sintomas, a vacina pode ser aplicada. Quem pode avaliar é a equipe de saúde.

6. 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 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.

7. 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.

8. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

A organização dos serviços em Redes de Atenção à Saúde tem o objetivo de oferecer o cuidado integral à 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.



9. ATENÇÃO PRIMÁRIA

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 morbimortalidade infantil no âmbito do território de sua responsabilidade.

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 básico.

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 referência, 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 5ª dia.
- * Realizar, no mínimo, 10 consultas individuais no 1º ano de vida, sendo seis consultas médicas e quatro de enfermagem.
- * Participar de grupos educativos, no mínimo por quatro vezes no primeiro ano de vida.
- * Realizar, no mínimo, quatro consultas individuais no segundo ano de vida.
- * Realizar, no mínimo, uma 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.

A gestão 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.
- * Promover oportunidades de capacitação da equipe de ESF, 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 ESF com relação à qualidade de vida e saúde da população adscrita.



10. METAS PRIORITÁRIAS

- * Monitorar 100% das crianças, menores de um 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.

11. 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.

ANEXO I - CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA

| IDADE | VACINAS | DOSES | DOENÇAS EVITADAS |
|-----------|-------------------------------------|------------|------------------------------|
| Ao nascer | BCG - ID | dose única | Formas graves de tuberculose |
| | Vacina contra hepatite B (1) | 1ª dose | Hepatite B |
| 1 mês | Vacina contra hepatite B | 2ª dose | Hepatite B |
| 2 meses | Vacina tetravalente (DTP + Hib) (2) | 1ª dose | |



| | | | |
|-------------------|--|--------------|---|
| | | | Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b |
| | VOP (vacina oral contra pólio) | 1ª dose | Poliomielite (paralisia infantil) |
| | VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (3) | 1ª dose | Diarréia por Rotavírus |
| | Vacina tetravalente (DTP + Hib) | 2ª dose | Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b |
| 4 meses | VOP (vacina oral contra pólio) | 2ª dose | Poliomielite (paralisia infantil) |
| | VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (4) | 2ª dose | Diarréia por Rotavírus |
| 6 meses | Vacina tetravalente (DTP + Hib) | 3ª dose | Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b |
| | VOP (vacina oral contra pólio) | 3ª dose | Poliomielite (paralisia infantil) |
| | Vacina contra hepatite B | 3ª dose | Hepatite B |
| 9 meses | Vacina contra febre amarela (5) | dose inicial | Febre amarela |
| 12 meses | SRC (tríplice viral) | dose única | Sarampo, rubéola e caxumba |
| 15 meses | VOP (vacina oral contra pólio) | reforço | Poliomielite (paralisia infantil) |
| | DTP (tríplice bacteriana) | 1º reforço | Difteria, tétano e coqueluche |
| 4 - 6 anos | DTP (tríplice bacteriana) | 2º reforço | Difteria, tétano e coqueluche |
| | SRC (tríplice viral) | reforço | Sarampo, rubéola e caxumba |
| 10 anos | Vacina contra febre amarela | reforço | Febre amarela |

(1) A primeira dose da vacina contra a hepatite B deve ser administrada na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. O esquema básico se constitui de 03 (três) doses, com intervalos de 30 dias da primeira para a segunda dose e 180 dias da primeira para a terceira dose.

(2) O esquema de vacinação atual é feito aos 2, 4 e 6 meses de idade com a vacina Tetravalente e dois reforços com a Tríplice Bacteriana (DTP). O primeiro reforço aos 15 meses e o segundo entre 4 e 6 anos.

(3) É possível administrar a primeira dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano a partir de 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias de idade (6 a 14 semanas de vida).

(4) É possível administrar a segunda dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano a partir de 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias de idade (14 a 24 semanas de vida). O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 4 semanas.

(5) A vacina contra febre amarela está indicada para crianças a partir dos 09 meses de idade, que residam ou que irão viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Se viajar para áreas de risco, vacinar contra Febre Amarela 10 (dez) dias antes da viagem.