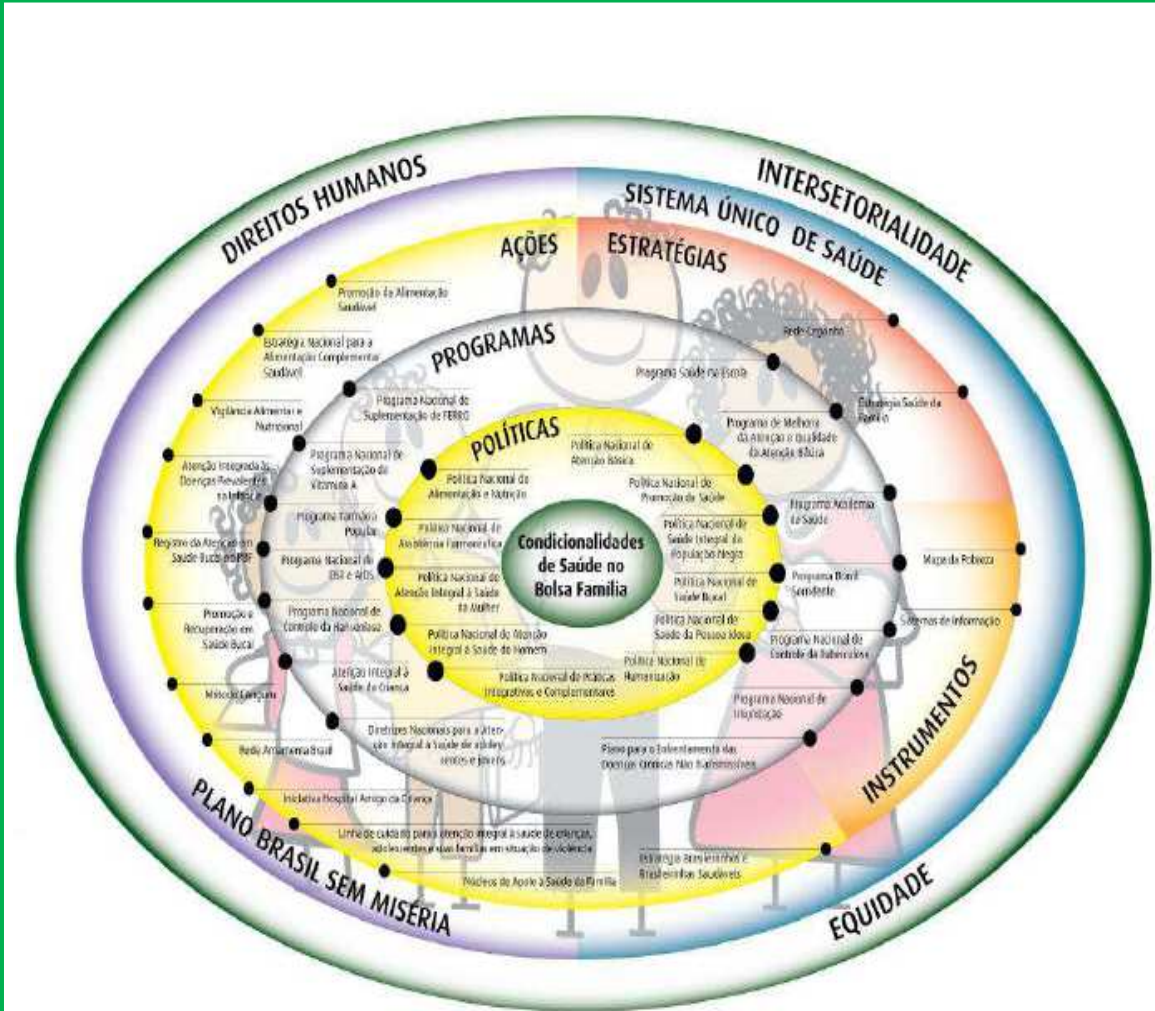


CARTILHA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE

PROMOVENDO A INTEGRALIDADE DO CUIDADO AOS TITULARES DE DIREITO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA



COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA NUTRICIONAL
Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Não Transmissíveis
Superintendência de Vigilância em Saúde/SES-GO

Maria Janaína Cavalcante Nunes
Arllita Batista Barbosa Donadon
Nathália Carolyne Correia Mendonça
Ivana Cunha de Sousa
Mauricio Junio Franco Souza
Polianna Ribeiro Santos

APOIO TÉCNICO

Área da Criança –

Viva –

Saúde Bucal –

Humaniza SUS -

Gerência de Imunizações e Rede de Frio/Coordenação de Campanhas

Clécia Di Lourdes Vecci Menezes

Jane Ivane Silva Rosa

Gerência de Vigilância Epidemiológica de Doenças Transmissíveis/ Coordenação Estadual de Controle das Hepatites Virais

Marlene das Graças Soares

Gediselma Madalena Borges Lima

Gerência de Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente – GSMCA:

Damiana Aparecida de Andrade Carvalho Moreira

Rosa Maria Martins Vieira

Luciene Tavares

Carlos Magno da Fonseca

Área Técnica de Saúde da Mulher:

Jordane Moreira de Melo

Sheila do Couto Pinna

Revisão Ortográfica

Financiamento

Produção, distribuição e informações Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Avenida Anhanguera n. 5195 Setor Coimbra

Goiânia – Goiás

Cep. 74430-110

Telefone: (62) 32014599

Site: www.saude.go.gov.br

É permitida a reprodução deste material desde que respeitada à fonte

SUMÁRIO

04	.....	APRESENTAÇÃO
05	.....	UNIDADE I – Programa Bolsa Família na Saúde
13	.....	UNIDADE II – Imunização e Programa Bolsa Família
18	.....	UNIDADE III – Como se proteger das hepatites?
25	.....	UNIDADE IV – Atenção Integral a Saúde da Mulher
28	.....	UNIDADE V – Saúde Integral da Criança no Programa Bolsa Família
36	.....	UNIDADE VI – Política Nacional de Saúde/Brasil Sorridente
39	.....	UNIDADE VII – Vigilância de Violência e Acidentes
50	.....	UNIDADE VIII – “A saúde é direito de todos e dever do Estado”
53	.....	REFERÊNCIAS
55	.....	ANEXOS

APRESENTAÇÃO

O Programa Bolsa Família (PBF) foi criado em 2003 como uma política pública intersetorial de combate à pobreza, baseado na conjugação de transferência de renda a condicionalidades relacionadas às áreas da saúde, educação e assistência social. Com a finalidade de promover o acesso das famílias aos direitos sociais básicos e romper com o ciclo intergeracional da pobreza, o programa vincula o recebimento do auxílio financeiro ao cumprimento de compromissos - as condicionalidades nos setores relacionados ao programa pelas famílias.

Em relação ao cumprimento dessas condicionalidades observa-se um crescimento no acompanhamento das condicionalidades de saúde na 2ª vigência de 2012, refletindo uma importante tendência de crescimento desde o início do programa. Nessa vigência o total de famílias a serem acompanhadas foi de 11.883.263, das quais a saúde acompanhou 8.689.047 (73,1%). Ao comparar os resultados da 2ª vigência/2012 com a 1ª vigência/2012 observa-se aumento expressivo no número de famílias a serem acompanhadas (1.560.702 famílias a mais), o que resultou no aumento também expressivo do número de famílias acompanhadas pela saúde (1.175.029 famílias a mais acompanhadas). Tais dados mostram que a agenda de saúde do PBF avançou muito desde o início do programa. Contudo, apesar do alcance da meta pactuada (73%) verifica-se que ainda existem importantes desafios na gestão do acompanhamento das condicionalidades de saúde no âmbito do SUS nos estados e nos municípios.

Assim, com vistas a aperfeiçoar continuamente as ações de saúde voltadas aos titulares de direito do PBF, esse material é composto por informações que auxiliam o fortalecimento da interlocução intrasetorial dos estados com os municípios, apoia no processo de educação permanente dos profissionais e reforça a importância do registro do acompanhamento nutricional dos titulares do programa. Esses fatores ampliam, de maneira indireta, o acesso dos titulares de direito aos serviços básicos de saúde, e contribui para a promoção da integralidade do cuidado aos titulares de direito do PBF.



UNIDADE I

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA (PBF) NA SAÚDE

O PBF foi instituído pela Lei nº 10.836, de 9 de Janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de Setembro de 2004. A Portaria Interministerial nº 2.509, de 18 de novembro de 2004, por sua vez, dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas ao cumprimento das condicionalidades das famílias beneficiadas e a Portaria nº 321, de 29 de Setembro de 2008 regulamenta a gestão das condicionalidades.

O PBF é um programa de transferência de renda diretamente às famílias de maior vulnerabilidade econômica e social, que vincula o recebimento do auxílio financeiro mensal ao cumprimento de compromissos – as condicionalidades – nas áreas de Saúde, Educação e Assistência Social, com a finalidade de promover o acesso das famílias aos direitos sociais básicos.

Na home page <http://www.saude.gov.br/nutricao> ou <http://bfa.datasus.gov.br>, é possível que cada gestor municipal identifique a relação das famílias do seu município que recebem o benefício as quais precisam ser acompanhadas.

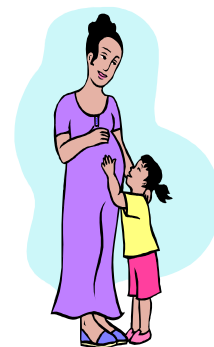
As famílias beneficiárias deverão ser assistidas por uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) e/ou por uma Unidade Básica de Saúde. É fundamental que a equipe de saúde esclareça à família sobre a sua participação no cumprimento das ações que compõem as condicionalidades da saúde, deixando-a ciente de sua responsabilidade na melhoria das suas condições de saúde e nutrição.

1. O papel do setor Saúde no PBF

As famílias acompanhadas devem cumprir condicionalidades nas áreas da Saúde, Educação e Assistência Social, de modo que possam efetivamente receber o valor a ser repassado pelo programa e ter acesso garantido aos equipamentos públicos básicos, como à escola e às unidades de saúde.

O acompanhamento da saúde dos indivíduos inscritos no PBF pelas equipes da Atenção Básica (AB) à saúde foi consensuado por meio do **Pacto pela Vida**, em 2006 (COAP, 2012). Nestes dispositivos legais, foi reconhecido, por gestores municipais e estaduais, o papel do setor Saúde na melhoria da qualidade de vida e de saúde das famílias inscritas no PBF.

Durante o período de acompanhamento (ou vigência) - que é o total de meses que compreende o início e o término de cada ciclo de acompanhamento das condicionalidades - o setor Saúde deve fazer a busca ativa das famílias em situação de vulnerabilidade social, garantir a elas o acesso aos serviços de saúde e monitorar o cumprimento das condicionalidades exigidas. Para a área da saúde, há dois períodos de acompanhamento ao longo do ano, compostos cada um por um semestre.



1.2 Períodos de vigência do PBF

Período de referência	Período de coleta e registro
1ª vigência	Fevereiro a Junho
2ª vigência	Agosto a Dezembro

Fonte: MDS (www.mds.gov.br)

1.3 Acompanhamento das Condicionalidades da Saúde

O objetivo das condicionalidades é garantir às famílias a oferta dos serviços básicos de saúde a que têm direito.

ÁREA	COMPROMISSO/CONDICIONALIDADES	PÚBLICO
SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> - Atualização do calendário básico de vacinação da criança - Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças. - Atualização do calendário vacinal das gestantes e nutrizes - Pré-natal para gestantes e acompanhamento de nutrizes 	<ul style="list-style-type: none"> - Crianças menores de 7 anos de idade - Gestantes e nutrizes
EDUCAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Matrícula e frequência escolar mensal mínima de 85%. - Matrícula e frequência escolar mensal mínima de 75%. 	<ul style="list-style-type: none"> - Crianças e adolescentes entre 6 e 15 anos de idade - Jovens de 16 e 17 anos.

ASSISTÊNCIA SOCIAL	- Serviços sócios educativos e de convivência.	- Crianças até 15 anos de idade.
---------------------------	--	----------------------------------

As famílias inscritas no PBF que possuem crianças de 0 a 7 anos e/ou mulheres gestantes/ nutrizes de 14 a 44 anos de idade devem ser acompanhadas por uma equipe da AB.



Condicionalidades de saúde a serem monitoradas pelo PBF	
<p>Criança ≤ 7 anos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacinação • Crescimento • Desenvolvimento • Orientação alimentar 	<p>Mulheres de 14 a 44 anos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestante: pré-natal (gravidez na adolescência) - Vacinação de gestantes e nutrizes. • Nutriz: acompanhamento mãe/bebê • Orientação alimentar - “Mulheres em idade fértil”

Na AB, as equipes envolvidas na oferta de ações relativas às condicionalidades são as equipes de ESF, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as equipes de UBS. Contudo, estas equipes devem estar fortemente apoiadas pelos agentes do **Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**, que são os profissionais que conhecem e lidam diariamente com a realidade de saúde e nutrição das famílias de um determinado território.

Segundo a Portaria GM/MDS n.º551, de 09 de novembro de 2005 é importante destacar que as famílias beneficiadas que tiverem algum membro que não cumpriu as condicionalidades ficam sujeitas às seguintes sanções do programa: bloqueio do benefício por 30 dias; suspensão do benefício por 60 dias; e o cancelamento do benefício.

1.5 Papel da ESF e do PACS no PBF

A Política de Atenção Básica (PNAB), atualizada pela portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a (re) organização da AB incluindo a ESF e o PACS. Estes dois últimos são responsáveis por acompanhar a saúde dos titulares de direito com perfil saúde do PBF a fim de prevenir doenças e promover a saúde desta população (BRASIL, 2012).

As equipes de AB juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem desenvolver ações focalizadas sobre os grupos de risco, sobretudo aos titulares de direito do PBF com a finalidade de identificar e enfrentar os fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais e em seguida prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis. As ações relacionadas ao PBF ocorrem por meio do acompanhamento das condicionalidades na saúde das famílias com “perfil saúde”. Famílias titulares de direito com “perfil saúde” são aquelas que têm entre seus membros: mulheres entre 14 e 44 anos de idade, gestantes de qualquer idade e crianças até sete anos de idade (BRASIL, 2013).

1.6 Papel do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) e de Programa Nacional de Suplementação de vitamina A (PNSVitA) no PBF

A ampliação da cobertura do PNSVitA e do PNSF nas UBS faz parte de um dos eixos da ação Brasil Carinhoso que tem por objetivo o combate à miséria na primeira infância, que vai desde o zero até os seis anos de idade. O Brasil Carinhoso está inserido no Plano Brasil sem miséria que por sua vez potencializa as ações do PBF no enfrentamento à extrema pobreza no país (BRASIL, 2013).

A ampliação da cobertura do PNSVitA estendeu aos municípios da região centro-oeste, sudeste e sul chegando a âmbito nacional. A faixa etária do público atendido manteve-se às crianças de 6 a 59 meses de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A ampliação da cobertura do PNSF deve-se a expansão do acesso ao suplemento a todas as UBS por meio da descentralização da compra de insumos para os municípios. Os suplementos de ferro devem ser adquiridos por cada município via farmácia básica, sendo que a prestação de contas referente ao suplemento de ferro deverá ocorrer de forma separada em relação aos demais medicamentos adquiridos segundo esta via.



1.7 Antropometria

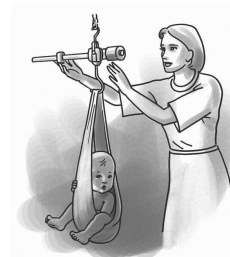
Dentre as condicionalidades do PBF na saúde está a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde. A antropometria é uma ferramenta válida para gerar indicadores sensíveis do estado nutricional, crescimento e desenvolvimento, uma vez que reflete as condições nutricionais e, indiretamente, as influências do ambiente socioeconômico (WHO, 1995).

A avaliação do estado nutricional de populações é o instrumento que vai permitir a determinação da amplitude e distribuição geográfica de desvios nutricionais, identificando e analisando seus fatores determinantes, e assim interferir nas consequências decorrentes desses agravos. A antropometria permite obter informações sobre a composição do corpo nos diferentes níveis pelas medições antropométricas, e também detectar alterações resultantes do processo de envelhecimento e de patologias. A técnica tem como vantagens a facilidade de execução, o baixo custo e a inocuidade (WHO, 1995).

Contudo apesar de simples, as medidas antropométricas comumente utilizadas na avaliação do estado nutricional de populações, são passíveis de erros, caso não sejam adotados critérios de padronização para a sua mensuração. Na prática, observa-se uma variação relativamente grande nos resultados de peso e estatura de crianças e adultos, quando não se observam esses critérios. As diferenças observadas principalmente em crianças, por menores que sejam, são biologicamente significativas e mascaram o resultado final, que é a determinação do estado nutricional do indivíduo ou grupo em estudo.

Com o objetivo de minimizar tais erros, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1983) sugere a observação de quatro etapas importantes:

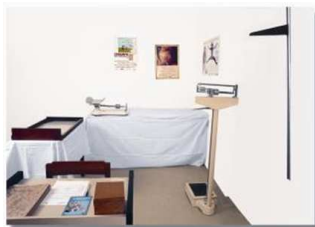
1. Treinar o pessoal de saúde, para que seja capaz de utilizar eficientemente os equipamentos;
2. Ajustar os equipamentos antes de cada série de medições;
3. Verificar sistematicamente os erros de leitura e registro de dados;
4. Promover, sempre que possível, uma rotatividade entre os membros das equipes locais responsáveis pela tomada dos dados, com a finalidade de reduzir o efeito dos erros resultantes de tendências individuais ocasionados por cansaço ou falta de atenção.



IMPORTANTE: Os equipamentos de medição devem ser constantemente checados, já que podem, com frequência, apresentar defeitos, comprometendo a qualidade de dados coletados.

1.7.1 Medidas antropométricas

O peso é a medida antropométrica que expressa a dimensão da massa ou volume corporal. A altura, por sua vez, expressa a dimensão longitudinal ou linear do corpo. Peso e altura combinados expressam a proporcionalidade ou harmonia das dimensões do corpo ou a harmonia do processo de crescimento.



Para mensurar o peso pode-se utilizar:

Crianças menores de 2 anos	
Equipamento	Característica
Balança Pediátrica (balança de bebê)	Capacidade: 16 Kg Precisão: 10 g
Balança <i>Salter</i> (ou tubular de mola)	Capacidade: 25 Kg Precisão: 100 g
Balança Microeletrônica (utilizando-se a tara ou criança posicionada no colo da mãe)	Capacidade: 150 Kg Precisão: 100 g
Crianças maiores de 2 anos, adolescentes, adultos, gestantes e idosos	
Equipamento	Característica
Balança Antropométrica tipo plataforma	Capacidade: 150 Kg Precisão: 100 g
Balança Microeletrônica	Capacidade: 150 ou 300 Kg Precisão: 100 g

Para mensurar a estatura podem ser utilizados os seguintes equipamentos:

- Régua antropométrica ou antropômetro horizontal (somente para crianças menores de 2 anos);
- Fita métrica ou trena (de *fiber glass* ou material inextensível);
- Estadiômetro (Capacidade de 2 metros de altura com precisão de 0,1 cm).

1.7.2 Índices Antropométricos

Os valores aferidos de peso, altura, idade, entre outros, podem ser combinados tornando-se índices antropométricos. Portanto, um índice é o resultado da razão entre duas ou mais medidas, como por exemplo, a relação entre peso e idade. O diagnóstico nutricional e o crescimento corporal devem ser determinados com a utilização dos índices antropométricos, e então comparados com valores de referência ditos como “normais”, para identificar se existe, ou não, alguma alteração. Os limites de normalidade, chamados de pontos de corte, são limites estabelecidos (inferiores e superiores) que delimitam, com clareza, o intervalo de normalidade.

Os índices antropométricos mais amplamente usados, recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1988) e adotados pelo Ministério da Saúde para a avaliação do estado nutricional, são:

Peso por idade (P/I): Expressa a massa corporal para a idade cronológica. É o índice utilizado para a avaliação do estado nutricional, contemplado no Cartão da Criança. Essa avaliação é muito adequada para o acompanhamento do crescimento infantil e reflete a situação global do indivíduo.

Altura por idade (A/I): Expressa o crescimento linear da criança. É o índice que melhor indica o efeito cumulativo de situações que possam ter prejudicado o crescimento da criança. É considerado o indicador mais sensível para aferir a qualidade de vida de uma população.

Índice de Massa Corporal (IMC): É calculado a partir do peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura em metros é uma medida rápida, útil e eficiente na avaliação do excesso de gordura corporal.

Peso ao nascer: Melhor indicador da qualidade de vida do recém-nascido. Reflete a condição de vida intrauterina e prediz o seu grau de vitalidade. Quando adequado para a idade gestacional, diminui os riscos de processos mórbidos pela criança, além de prognosticar um melhor desenvolvimento.

Circunferência da Cintura (CC): É a variável antropométrica mais utilizada na avaliação da distribuição da gordura corporal em adultos. Evidências recentes mostram que esta medida também se relaciona com doenças cardiovasculares em adolescentes. Sua interpretação deve ser feita de acordo com o sexo e faixa etária.

Peso Pré-gestacional (PPG): Considera-se como peso pré-gestacional a estimativa do peso corporal antes do início da gestação, geralmente obtido na primeira consulta através de interrogatório. Quando isto não for possível, o peso pré-gestacional pode ser baseado naquele encontrado nas 12 primeiras semanas de gestação. Pode ser utilizado como indicador do estado nutricional da gestante e valor preditivo do peso fetal.

EM CASO DE DÚVIDA

Em caso de dúvida, entre em contato com a Coordenação de Vigilância Nutricional da **Secretaria Estadual de Saúde de Goiás**, para o telefone (62) 32014599 (Maria Janaína ou Arllita), e/ou **Ministério da Saúde** através do e-mail: sisvan@saude.gov.br ou ligue para o telefone (61) 3315-9011 (Ana Maria ou Simone).



UNIDADE II IMUNIZAÇÃO E PBF

A vacinação é essencial para manter crianças, adolescentes e adultos saudáveis. Para saber quais as vacinas a serem tomadas para estarem protegidas de doenças graves é necessário manter atualizados os calendários vacinais (criança, adolescente, adulto).

Se as vacinas forem realizadas nos períodos indicados, trazem mais benefícios. Para vacinar as crianças, gestantes e nutrizes, procure o centro de saúde ou à equipe de saúde que cuida da sua família. A vacinação básica é gratuita e esses serviços seguem rigorosamente as regras de conservação e aplicação das vacinas.

A população inteira do nosso país participa com entusiasmo das campanhas nacionais de vacinação e se conscientizam da importância de comparecerem aos postos de vacinação.

À Gerência de Imunizações e Rede de Frio/SUVISA/SES – GIRF /SUVISA/SES, coordena o componente estadual do Programa Nacional de Imunização (PNI); coordena tecnicamente a Rede Estadual de Armazenagem e Distribuição de Imunobiológicos, para as regiões de saúde que por sua vez abastece as Secretarias Municipais de Saúde de vacinas, soros, imunoglobulinas, dentre outros; coordena a realização das Campanhas Nacionais de Vacinação no âmbito do Estado; coordena e monitora as coberturas vacinais do Programa de Imunização; participa dos processos de desenvolvimento e qualificação de profissionais de saúde do Estado e dos Municípios em sua área de atuação; monitora e avalia a Vigilância dos Eventos Adversos Pós-vacinal; coordena a atualização dos Sistemas de Informação do PNI, com observância das normas e prazos estabelecidos pelo Ministério da Saúde; assessora e coopera tecnicamente com os municípios na execução das ações do componente estadual do PNI; assessora, apóia e avalia tecnicamente as ações do componente estadual do PNI realizada pelas Regiões de Saúde e Municípios.

1. Calendário básico de vacinação

1.1 Criança

IDADE	VACINAS	DOSES
Ao nascer	Vacina BCG	Dose única
	Vacina hepatite B (recombinante)	Dose ao nascer
2 meses	Vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae</i> B (conjugada)	1ª dose
	Vacina poliomielite 1,2 e 3 (inativada)	1ª dose
	Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)	1ª dose
	Vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada)	1ª dose
3 meses	Vacina meningocócica C (conjugada)	1ª dose
4 meses	Vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae</i> B (conjugada)	2ª dose
	Vacina poliomielite 1,2 e 3 (inativada)	2ª dose
	Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)	2ª dose
	Vacina rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada)	2ª dose
5 meses	Vacina meningocócica C (conjugada)	2ª dose
6 meses	Vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e <i>Haemophilus influenzae</i> B (conjugada)	3ª dose
	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada)	3ª dose
	Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)	3ª dose
9 meses	Vacina febre amarela (atenuada)	Dose inicial
12 meses	Vacina sarampo, caxumba, rubéola	1ª dose
	Vacina pneumocócica 10-valente (conjugada)	Reforço
15 meses	Vacina poliomielite 1,2 e 3 (atenuada)	Reforço
	Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis	1º reforço
	Vacina meningocócica C (conjugada)	Reforço
	Vacina sarampo, caxumba, rubéola	2ª dose
4 anos	Vacina adsorvida difteria, tétano e pertussis	2º reforço
10 anos	Vacina febre amarela (atenuada)	Uma dose a cada 10 anos

1.2 Adolescente

IDADE	VACINAS	DOSES
11 a 19 anos	Vacina hepatite B (recombinante)	Três doses (a depender do histórico vacinal)
	Vacina adsorvida difteria e tétano adulto	Reforço a cada 10 anos
	Vacina febre amarela (atenuada)	Uma dose a cada 10 anos
	Vacina sarampo, caxumba, rubéola.	Duas doses (a depender do histórico vacinal)

1.3 Adulto e Idoso

IDADE	VACINAS	DOSES
20 a 59 anos	Vacina hepatite B (recombinante) (20 a 49 anos: toda a população)	Três doses (a depender do histórico vacinal)
	Vacina adsorvida difteria e tétano adulto	Reforço a cada 10 anos
	Vacina febre amarela (atenuada)	Uma dose a cada 10 anos
	Vacina sarampo, caxumba, rubéola (20 a 49 anos – toda a população)	Uma dose (a depender do histórico vacinal)
60 anos e mais	Vacina hepatite B (recombinante) (Grupos vulneráveis)	Três doses (a depender do histórico vacinal)
	Vacina adsorvida difteria e tétano adulto	Reforço a cada 10 anos

ATENÇÃO

A cada ano o Ministério da Saúde através do PNI implanta novas vacinas nos calendários básicos de vacinação, portanto orientamos aos profissionais que acessem o site do Ministério da Saúde para atualização das mesmas.

2. Planejamento Familiar

No planejamento familiar é importante avaliar o cartão de vacinação dos pais. Os pais devem manter seu quadro vacinal em dia, além de portarem o cartão de vacinação como um documento que registra as vacinas que foram administradas ao longo de sua vida.

Assim, irão evitar a transmissão de doenças aos seus filhos como a Hepatite B Síndrome da Rubéola Congênita.

Segue as vacinas do Calendário Básico do Adulto:

- **Febre Amarela:** Dose única + reforço a cada 10 anos
- **Hepatite B:** 3 doses (apenas para homens e mulheres menores de idade) e grupos especiais
- **Tríplice Viral:** 2 doses em menores de 20 anos e 1 dose acima desta faixa etária (homens até 39 anos e mulheres até 49 anos de idade)
- **Dupla adulto:** 3 reforço + reforço a cada 10 anos

As vacinas e períodos constantes nos calendários básicos são de caráter obrigatório com a finalidade de assegurar proteção da saúde pública.

3. Pré - Natal

Conferir se mãe está com seu calendário vacinal atualizado. Caso não esteja, orientar quanto à necessidade de receber as seguintes vacinas:

- A vacina Hepatite B, para prevenir a transmissão vertical do vírus Hepatite B. Deve ser feita após o primeiro trimestre da gestação
- A vacina dupla adulto – dT, para prevenir o tétano neonatal. Pode ser feita em qualquer idade gestacional. Importante que a segunda dose ou reforço seja feita 20 dias antes do parto
- Gestantes portadoras crônicas do vírus da hepatite B e/ou C deverão receber a vacina Hepatite A após o parto. Essa vacina deverá ser solicitada ao Centro de Referência para Imunobiológicas Especiais (CRIE), assim como a Imunoglobulina Humana contra B (IGHAHB) para ser aplicada no recém-nascido, filho de mães portadoras do vírus da hepatite B.
- As gestantes deverão receber a vacina contra influenza, em qualquer idade gestacional, durante as Campanhas Nacionais que ocorrem anualmente contra influenza

4. Puerpério

Avaliar o cartão de vacinação de puérpera e orientar o esquema vacinal do calendário Básico de Vacinação do Adulto.

As mães portadoras de hepatite B e C crônica deverão receber a vacina hepatite A. As mães portadoras do vírus HIV devem ser encaminhadas ao CRIE para que recebam imunobiológicos especiais.

4.1 Cuidados com o bebê prematuro e de baixo peso

Recém-nascido prematuro extremo (menor de 1000g ou 31 semanas) ou que permaneça internado em Unidade de Terapia Intensiva deve ser feito contato com o CRIE para que recebam imunobiológicos especiais.

Unidade III



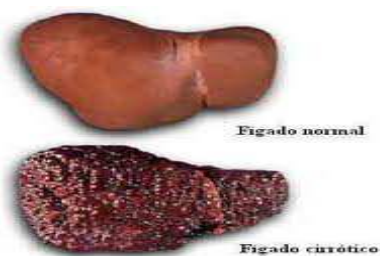
Como se proteger das hepatites?

As hepatites virais são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. São chamadas de doenças silenciosas, pois muitas vezes não apresentam sintomas. Desse modo, torna-se necessário um conjunto de ações integrais em saúde, de caráter individual e coletivo a fim de atender a complexa e crescente demanda.

Os Profissionais de Saúde, principalmente as equipes de atenção básica, têm papel relevante no diagnóstico e no acompanhamento dos indivíduos portador-sintomáticos ou não de hepatites. Para que possam exercer esse papel, é necessário que os profissionais estejam aptos a identificar casos suspeitos, solicitar exames laboratoriais adequados e realizar encaminhamentos aos serviços de referências dos casos indicados.

1. Conceito

A hepatite é um termo geral para inflamação do fígado. Pode ser causado por infecções virais, uso excessivo de álcool e de drogas ilícitas. Agem silenciosamente e não causam sintomas até que grande parte do fígado tenha sido danificada. Seu diagnóstico é feito apenas por meio do exame de sangue. O diagnóstico e tratamento precoce da doença evita que esta evolua para cirrose ou câncer de fígado. O quadro abaixo mostra os tipos existentes de hepatites e as vias/formas de transmissão



Classificação	Via de transmissão	Formas de transmissão	Sinais e sintomas
Hepatite A	Transmissão	Contato entre indivíduos, pela	Febre

e Hepatite E	fecal-oral	água ou por alimentos contaminados, por mãos mal lavadas ou sujas de fezes e por objetos que estejam contaminados pelo vírus	Vômito
Hepatite B	Sexualmente transmissível	Compartilhamento de seringas e agulhas contaminadas, colocação de piercing, procedimentos de tatuagem e manicure/pedicure com materiais não esterilizados, compartilhamento de utensílios e objetos de higiene contaminados com sangue (escovas de dente, lâminas de barbear ou de depilar), acupuntura, procedimentos médico-odontológico, transfusão de sangue, hemoderivados e hemodiálise sem as adequadas normas de biossegurança. A transmissão vertical de mãe para filho. Líquidos orgânicos como sêmen e secreção vaginal, podem constituir-se fonte de infecção	Fraqueza Mal-estar Dor abdominal Enjoo/Náuseas Perda de apetite Urina escura Icterícia (olhos e pele amarelados)
Hepatite C	Transmissão por contato sanguíneo; menos frequente pela via sexual e vertical.	Indivíduos que receberam transfusão de sangue e/ou hemoderivados antes de 1993, quando ainda não era realizada a triagem sorológica, podem ter a doença. As outras formas de transmissão são semelhantes às hepatite B; porém, a via sexual e	Fezes esbranquiçadas (como massa de vidraceiro)

		a vertical são menos frequentes	
Hepatite D	Sexualmente transmissível	Só terão hepatite D aquelas pessoas que já estão infectadas pelo vírus da hepatite B	

2. Medidas Preventivas e Controle

Hepatites A e E: A disponibilidade de água potável, em quantidade suficiente nos domicílios, é a medida mais eficaz para o controle das doenças de veiculação hídrica, como as hepatites por vírus tipo A e E. Medidas de saneamento básico são fundamentais, evitando a construção de fossas próximas a poços e nascentes de rios para não comprometer o lençol d'água. Deve-se respeitar por medidas de segurança, a distância mínima de 15 metros entre o poço e a fossa do tipo seca e de 45 metros, para os demais focos de contaminação.

A educação da população quanto às boas práticas de higiene deve ser implantada, com ênfase na lavagem das mãos após o uso do banheiro, troca de fraldas, manuseio do lixo da cozinha e do banheiro, antes e durante a preparação de alimentos e de se alimentar.

Os alimentos devem ser cozidos adequadamente, principalmente mariscos e frutos do mar. Os alimentos que são consumidos crus devem-se realizar a lavagem e desinfecção com hipoclorito de sódio.

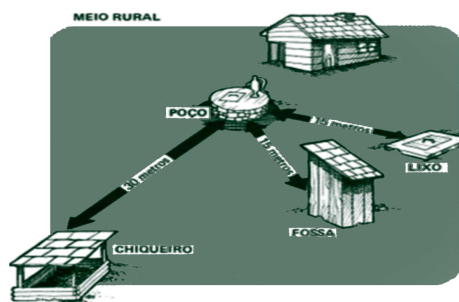
Recomenda-se as crianças a não tomar banho ou brincar pertos de valões, riachos, chafarizes, águas de enchentes ou locais próximos a esgotos a céu aberto.

Nas residências onde haja indivíduo com hepatite A, lavar o banheiro e utilizar hipoclorito de sódio ou água sanitária.

A investigação de comunicantes é fundamental para identificar indivíduos assintomáticos e prevenir a disseminação da doença e possíveis surtos.

Pode ser necessário o isolamento/afastamento do paciente de suas atividades normais (principalmente se forem crianças que freqüentam creches, pré-escolas ou escolas), durante as primeiras 2 semanas da doença, e não mais que um mês após o início da icterícia. E em instituições que abriguem crianças sem o controle esfinteriano (uso de fraldas), devem-se prolongar esse tempo e reavaliar. Nesses casos de hepatite

também se faz necessária a disposição adequada de fezes, urina, sangue, com cuidados de desinfecção e máxima higiene.



Hepatite B, C e D: As principais medidas de controle das hepatites virais de transmissão sanguínea e sexual constituem-se na adoção de medidas de prevenção. Os indivíduos devem ser orientados quanto aos mecanismos de transmissão dessas doenças e ao não compartilhamento de objetos de uso pessoal como lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, materiais de manicure e pedicure e o uso de preservativos em todas as práticas sexuais e sobre a disponibilidade da vacina contra hepatite B para populações específicas.

Os trabalhadores da saúde devem obedecer às normas universais de biossegurança e estarem vacinados contra a hepatite B.

Filhos de mães HBsAg reagente - devem receber a primeira dose da vacina contra hepatite B e imunoglobulina preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida. Se estas normas forem devidamente obedecidas, a amamentação não trás riscos adicionais para os recém-nascidos. Existem vacinas para a prevenção das hepatites A e B.

O Ministério da Saúde oferece vacina contra hepatite B na rotina na sala de vacinas e contra a hepatite A no Centro de Referência de Imunobiológicas Especiais (CRIE).

Não existe vacina contra hepatite C o que reforça a necessidade de um controle adequado da cadeia de transmissão do domicílio e na comunidade, bem como entre grupos vulneráveis, por meio de políticas de redução de dano.



3. Tratamento

Hepatite aguda: Não existe tratamento específico para as formas agudas. Se necessário, apenas tratamento sintomático para náuseas, vômitos e prurido. Como norma geral, recomenda-se repouso relativo até a normalização das aminotransferases.

Dieta pobre em gordura e rica em carboidratos é de uso popular, porém, seu maior benefício é ser mais agradável ao paladar do paciente anorético. De forma prática, deve ser recomendado que o próprio paciente defina sua dieta de acordo com seu apetite e aceitação alimentar. A única restrição está relacionada a ingestão de álcool que deve ser suspensa por, no mínimo, 6 meses. Medicamentos não devem ser administrados sem a recomendação médica, para que não agrave o dano hepático. As drogas consideradas “hepatoprotetoras”, associadas ou não a complexos vitamínicos, não têm nenhum valor terapêutico.

Hepatite crônica: Uma parcela dos casos de hepatite crônica necessitará de tratamento, cuja indicação baseia-se no grau de acometimento hepático observado por exame anatomopatológico do tecido hepático obtido por biópsia. Pacientes com aminotransferases normais merecem ser avaliados com exames de biologia molecular, pois pode haver lesão hepática, mesmo sem alteração daquelas enzimas.

As formas crônicas da hepatite B, C e D têm diretrizes clínico - terapêuticas definidas por meio de portarias do Ministério da Saúde. Devido à alta complexidade do tratamento, acompanhamento e manejo dos efeitos colaterais, ele deve ser realizado em serviços especializados (média ou alta complexidade do SUS).

4. Após o diagnóstico, quais são as primeiras medidas a serem adotadas?

Assistência médica ao paciente. O atendimento pode ser feito em nível ambulatorial, apenas casos graves ou com hepatite crônica descompensada são indicados para internação, preferencialmente em unidade de referência. Devem ser solicitados exames específicos e inespecíficos.

Em situação de surtos de hepatite A e E, que são de transmissão fecal-oral, logo no primeiro caso, dar alerta aos familiares e a comunidade, visando cuidados com a água de consumo, manipulação de alimentos, higiene e vetores mecânicos. Em situação em que se

verificar, desde o início, aglomerado de casos de pacientes atendidos em serviços de saúde, comunicar vigilância sanitária para inspecionar os locais suspeitos.

5. Como notificar os casos de hepatites virais?

As hepatites virais são doenças de notificação compulsória e, portanto, todos os casos suspeitos devem ser notificados utilizando a ficha de notificação e investigação padronizada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e encaminhados ao nível hierarquicamente superior ao órgão responsável pela vigilância epidemiológica: municipal, regional, estadual ou federal.

As principais fontes notificadoras são: comunidades, serviços de assistência médica, hemocentros e bancos de sangue, clínicas de hemodiálise, laboratórios, escolas, creches e outras instituições. Além disso, casos podem ser capturados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e nos Sistemas de informação da Vigilância Sanitária e Ambiental.

Imediatamente após a notificação de casos de hepatites virais, deve-se iniciar a investigação epidemiológica para permitir que as medidas de controle possam ser adotadas em tempo oportuno. Os instrumentos de coleta de dados, a Ficha de Investigação Epidemiológica (FIE) do SINAN, contem os elementos essenciais a serem coletados em uma investigação de rotina. Todos os campos dessa ficha devem ser criteriosamente preenchidos, mesmo quando a informação for negativa. Outros itens podem ser incluídos no campo “observações” conforme as necessidades e peculiaridades de cada situação.

Após o preenchimento adequado das fichas de notificação /investigação, as mesmas devem ser encaminhadas aos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Municipal (NVEM) dos respectivos municípios de atendimento para inclusão no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

6. Rede de Diagnóstico e Atendimento das Hepatites Virais

Além da rede de Atenção Básica de Saúde, o estado de Goiás possuem 16 Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), 9 Serviços de Atendimento Especializado (SAE) e 1 Hospital de Referência Estadual (HDT) com atribuições bem definidas.

Existe proposta para expansão da rede de CTA e SAE, serviços estes, que deverão ser implantados em regiões estratégicas. A ampliação e estruturação da rede vêm

fortalecer o acesso universal à testagem, aconselhamento, diagnóstico precoce e tratamento adequado para o controle efetivo das hepatites virais, principalmente, Hepatite B e C.

A rede de diagnóstico e tratamento das hepatites virais deverá ser estruturada, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização do estado de Goiás de forma descentralizada, facilitando o acesso dos portadores de hepatite B e C ao tratamento e medicamento, priorizando as regiões de maior vulnerabilidade.



Unidade IV

Atenção Integral à Saúde da Mulher

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) segue as normatizações do Ministério da Saúde, atingindo as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras).

1. Entenda a Rede Cegonha

A Rede Cegonha sistematiza e institucionaliza um modelo de atenção ao parto e ao nascimento, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre muitos outros. A Rede é estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral a saúde da criança, e sistema logístico que se refere ao transporte sanitário e regulação.

Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. Não se pode esquecer jamais que dar à luz não é uma doença, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o (a) parceiro (a) envolvido (a).

O Planejamento Sexual e Reprodutivo, passa pelos momentos de confirmação da gravidez, pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias do pós parto (puerpério) cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança.

1.1 Ações de planejamento sexual e reprodutivo

O planejamento sexual e reprodutivo é um direito que assegura a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos, ou seja, é um conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos, tanto para auxiliar a ter filhos, quanto para prevenir uma gravidez indesejada.

1.2 Anticoncepção

A atenção em anticoncepção pressupõe a oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico, e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas. Na atenção em anticoncepção, é muito importante oferecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva, de modo que as pessoas tenham a possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida.

Existem vários tipos de métodos anticoncepcionais, mais nenhum é totalmente eficaz. Entre os principais métodos contraceptivos que podem ser utilizados estão os métodos comportamentais (tabela, muco cervical ou Billings e a temperatura basal), os métodos de barreira (camisinha masculina ou feminina, espermicida e diafragma), o Dispositivo Intra Uterino – DIU, os anticoncepcionais hormonais (pílulas e injeções anticoncepcionais), os métodos cirúrgicos (ligadura de trompas e a vasectomia) e a pílula anticoncepcional de emergência (pílula do dia seguinte).

Atualmente recomenda-se a dupla proteção, que consiste no uso combinado da camisinha masculina ou feminina com outro método anticoncepcional a fim de prevenir a gravidez e o contágio de doenças sexualmente transmissíveis, sobretudo HIV/AIDS.

É importante procurar um serviço de saúde para iniciar o uso de qualquer método, por que existem situações em que determinados métodos não devem ser usados. Além disso, é necessário fazer acompanhamento periódico para verificar se o uso está correto e se houve o aparecimento de algum problema.

1.3 Câncer de Mama

O câncer de mama é a neoplasia mais incidente na população feminina. Nessa doença ocorre um desenvolvimento anormal das mamas, onde elas multiplicam-se repetidamente até formarem um tumor maligno. O câncer de mama tem 90% de cura se descoberto precocemente.

Os grupos prioritários para as ações de rastreamento são mulheres entre 50 a 69 anos, sendo que as mulheres de 40 a 49 anos devem realizar o exame clínico das mamas anualmente e se o exame for alterado a mulher deve realizar uma mamografia diagnóstica.

Os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de câncer de mama são: história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau antes dos 50 anos ou de

câncer bilateral ou de ovário em qualquer idade; história familiar de câncer de mama masculino; e diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ.

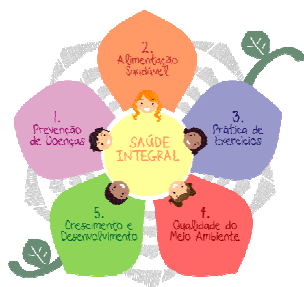
Mulheres com risco elevado de câncer de mama devem, a partir de 35 anos, realizar o exame clínico das mamas e a mamografia anual.

1.4 Câncer do Colo do Útero

O câncer do colo do útero é a segunda neoplasia mais incidente na população feminina brasileira, esse tipo de câncer demora muitos anos para se desenvolver, as alterações das células são facilmente descobertas desde o início. Existe uma fase pré-maligna (sem sintomas), em que a descoberta é por meio de exame preventivo. Conforme a doença avança, os principais sintomas do câncer são: sangramento vaginal, corrimento e dor. As possibilidades de cura são de 100% se mulher realizar o exame preventivo periodicamente.

O rastreamento consiste na realização de exame citopatológico do colo do útero (papanicolau) com periodicidade a cada três anos, após dois exames consecutivos com resultados normais, no intervalo de um ano em mulheres de 25 a 64 anos.

O rastreamento organizado, com garantia de seguimento e tratamento dos casos alterados, tem sido efetivo na redução da incidência e mortalidade por este câncer.



Unidade V

Saúde Integral da criança no PBF

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.

A mortalidade infantil e na infância é um indicador importante, não somente dos cuidados de saúde, mas também reflete as condições socioeconômicas em um país. Esta situação é agravada quando se reconhece que em sua maioria estas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, determinadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços de saúde resolutivos e qualificados.

A tendência de queda da taxa de mortalidade infantil tem sido acompanhada de importantes mudanças na composição das diversas causas de óbito de crianças de até 1 ano. A Mortalidade neonatal persiste elevada e com baixa velocidade de queda (altos índices de prematuridade, anóxia perinatal e infecção neonatal), pois nos últimos anos, o motivo primordial dos óbitos de crianças nessa faixa etária passou a ser o das afecções originadas no período perinatal, que dependem de fatores associados às condições da criança no nascimento e à qualidade da assistência à gravidez e ao parto. A taxa de mortalidade infantil em Goiás, que foi de 12,75 por 1.000 nascidos vivos, em 2010, encontra-se abaixo da taxa nacional, que foi de 13,93, para o mesmo ano. No entanto, 97 municípios mantiveram-se silenciosos quanto a este dado. O número de nascidos vivos de Goiás, por residência materna, foi de 87.476 crianças, em 2010.

A Mortalidade infantil está em queda significativa, mas ainda com inaceitáveis desigualdades sociais e regionais, ainda ocorrendo mortes por pneumonia, diarreia e desnutrição (causas evitáveis de mortes). Em Goiás houve 1115 óbitos em menores de 1 ano, sendo que as afecções originadas no período perinatal foram apontadas como causa básica de 691 óbitos - 61,97 %; as malformações congênitas: 242 óbitos - 21,7 % e as infecções respiratórias agudas: 50 óbitos - 4,48 %.

A taxa de mortalidade em crianças de 1 a 4 anos em Goiás que foi de 2,57 por 1.000 nascido vivos em 2010 encontra-se um pouco acima da nacional, que foi de 2,45, no mesmo ano. As causas externas (acidentes de trânsito, afogamentos, quedas,

queimaduras) são a maior causa de morte em crianças de 1 a 4 anos, seguidas por Infecções do Aparelho Respiratório e Neoplasias. De 225 óbitos no Estado, 57 óbitos (25,33%) foram por causas externas; 47 óbitos (20,88%), por infecções respiratórias agudas, e 17 óbitos (7,5%) por neoplasias.

Ainda há muito que se fazer no que se refere à mortalidade infantil e na infância. Por um lado, políticas voltadas à mulher gestante e ao recém-nascido, e por outro lado, políticas de saúde para as crianças entre um e cinco anos de idade. Mais da metade das mortes neonatais ocorrem durante a internação para o parto. É preciso organizar a rede de referência e contra referência da gestante para o parto, com disponibilidade de meios seguros de transporte para a mulher e a criança, quando necessário, e a garantia da assistência imediata e de qualidade no hospital/maternidade, para que a conduta adequada seja tomada em tempo hábil para ser eficaz, conforme preconizado pela Rede Cegonha. A qualificação da assistência pressupõe equipes de saúde em quantitativo suficiente, capacitadas e o compromisso dos gestores para atendimento das necessidades dos serviços.

Quanto à morbidade, as doenças do Aparelho Respiratório são responsáveis pelo maior percentual de internação em crianças de zero a quatro anos. Em 2012, as internações por Doenças do Aparelho Respiratório, em menores de 1 ano, representaram para Goiás, 5.639 - 35,84 % de todas as internações. Nas internações 1 a 4 anos, as Doenças do Aparelho Respiratório contabilizaram em Goiás: 8.277 - 42,9% de todas as internações, seguidas do grupo Diarreia e Gastroenterite com 1.479 - 7,66 % de todas as internações. É importante também salientar neste contexto, em termos de magnitude do problema, que a taxa de sífilis congênita em Goiás foi de 38 por 1000 nascidos vivos em 2010.

1. Triagem Neonatal

A Portaria GM/MS 822 de 2001 instituiu o Programa Nacional de Triagem Neonatal – Teste do Pezinho, definindo referências para o acompanhamento desses casos em todos os estados brasileiros com o intuito de diagnosticar 7 doenças.

De um total de 87.442 crianças, em 2010, o Teste do Pezinho em Goiás foi realizado em 76.774 crianças, ou seja, com cobertura de 87,79 %.

2. Crescimento e Desenvolvimento da Criança

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral da criança de zero a seis anos. Esta ação é realizada prioritariamente na Atenção Primária de Saúde. A Caderneta de Saúde da Criança é distribuída pelo setor saúde para os municípios, devendo ser entregue nas maternidades. Toda equipe de saúde e de outras secretarias deve estar preparada para utilizar a caderneta e atender à criança, dentro de suas competências, identificando as crianças de risco e suas famílias, realizando a busca ativa de crianças faltosas no calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, para que o setor saúde possa detectar e abordar adequadamente as alterações no peso e desenvolvimento neuro-psicomotor, integrando-se principalmente à rede de prevenção e tratamento das deficiências ou alterações detectadas.

3. Aleitamento materno e alimentação complementar saudável

A amamentação é o início da alimentação saudável. Quando praticada de forma exclusiva até os seis meses e complementada com alimentos apropriados até os dois anos de idade ou mais, apresenta grande potencial transformador no crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças na infância e idade adulta, como diabetes, hipertensão e aterosclerose.

A II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, realizada em 2008, demonstrou dados preocupantes de que apenas 66,7% dos recém-nascidos, em Goiás, foram amamentados na primeira hora de vida, período ideal para a primeira mamada. O colostro, leite dos primeiros dias do pós-parto, possui alto teor de proteínas e transfere imunidade da mãe para a criança.

O Aleitamento Materno Exclusivo obteve média de 32,7% até os seis meses, sendo que os parâmetros da Organização Mundial de Saúde apontam como ruim de 12 a 49 % e como bom de 50 a 89%. A proporção de crianças já recebendo água no primeiro mês de vida, em Goiânia, foi de 14,4%. O uso de chás e sucos também foi significativo nos primeiros seis meses, quando o aleitamento deveria ser exclusivo. O leite materno contém tudo o que o bebê precisa até o 6º mês de vida, inclusive água. A oferta de chás e sucos é desnecessária e pode prejudicar a sucção do bebê, fazendo com que ele mame menos leite materno. O uso de chupetas e mamadeiras é prejudicial à dentição, faz com que o

bebê engula mais ar, podendo levar ao desconforto abdominal pela formação de gases e à cólica do bebê. A pega errada do bebê vai prejudicar o esvaziamento total da mama, impedindo que o bebê mame o leite posterior, rico em gorduras, interferindo na saciedade e encurtando o intervalo entre as mamadas, o que pode levar a mãe a pensar que o leite é insuficiente. São sinais de uma boa pega: boca bem aberta, lábio inferior virado para baixo, queixo encostado na mama, visualiza-se mais aréola acima do que abaixo, não se ouve estalidos (boa vedação), bochechas arredondadas, ouve-se o ciclo de sucção, deglutição e pausa em bebês maiores. São várias as posições para a mãe segurar o bebê para amamentar, conforme figura abaixo. O bebê deve estar de frente para a mama, corpo encostado no da mãe e alinhado, a mãe não deve estar relaxada e confortável.



A mediana de aleitamento materno aos 12 meses foi de 310,95 dias. O consumo de outros leites que não o materno foi de 21,8, de 30 a 60 dias, e de 33,3, de 60 dias a 90 dias. O uso de mamadeira em menores de 12 meses foi de: 63,1%, o mais alto da Região Centro-Oeste e 8º mais alto do país. O uso de chupeta em menores de 12 meses foi de: 42,2%, o mais alto da Região e o 12º do país. Ações de incentivo à prática da amamentação devem ser priorizadas. O apoio familiar para a mãe amamentar é importante, na ajuda com outras tarefas da casa e cuidados com os outros filhos.

O Estado de Goiás possui cinco Bancos de Leite Humano (BLH), importante estratégia de promoção do aleitamento materno, que, em 2012, forneceram 2.738 litros de leite humano pasteurizado, seguro e com controle de qualidade para 3.086 recém-nascidos prematuros ou internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, doados por 2.353 mães cadastradas. Em 2012, o Estado contava com 19 Hospitais Amigos da Criança, que

cumprem práticas e rotinas visando o início e manutenção da amamentação.

Ao completar seis meses, a mãe deve introduzir, de forma lenta e gradual, outros alimentos (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas e legumes) na dieta da criança, com o uso de colher ou copo (no caso de líquidos), mantendo o leite materno até os dois anos de idade. Aos seis meses devem ser três refeições, chegando aos doze meses com 3 refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches (frutas ou cereais ou tubérculos).

Segundo a pesquisa citada, em Goiás, a proporção de crianças que consumiram frutas, entre 9 a 12 meses, foi de 80,7; e a proporção de crianças que consumiram legumes e verduras foi de 92,5, isto é um bom indicador. Porém, o consumo de alimentos não saudáveis, como café, na proporção de 1,8 das crianças de 3 a 6 meses; refrigerantes, proporção de 11,1 das crianças de 9 a 12 meses, e o consumo de bolachas e salgadinhos, proporção de 82,2, de 9 a 12 meses, apontam a necessidade de maior esclarecimento e intervenções preventivas sobre alimentação saudável voltada para as famílias, principalmente em relação às crianças de até dois anos de idade, mais vulneráveis.

4. Saiba responder as questões mais frequentes dos pais de recém nascidos

- Como posso saber qual vai ser a cor definitiva dos olhos?

Se o recém-nascido é moreno e tem olhos castanhos, essa vai ser a cor definitiva. Se o recém-nascido é clarinho e tem olhos azuis, isso pode mudar. Observe nos primeiros 6 meses. Se a cor vai escurecendo e perdendo o brilho, eles se tornarão castanhos (no máximo até o 1º aniversário), mas se eles continuarem azuis aos 6 meses de idade vão permanecer assim o resto da vida.

- As costas e o ombro do bebê estão cobertos por pelos finos, por quê?

Isso se chama lanugem; é produzida no final da gravidez e cai logo ou, no máximo, em algumas semanas.

-O que são aquelas manchas vermelhas conhecidas como a "pega da cegonha"?

São marcas de nascimento (hemangiomas) localizadas na acima do nariz, na parte inferior central da testa, atrás da cabeça (occipital) e nuca. Desaparecem em meses ou 1 ano. Observe que essas manchas têm disposição central; as manchas laterais como as manchas cor de vinho situadas na face (bochechas) e pálpebras podem constituir problema permanente.



- O que é mancha mongólica?

Áreas planas, amplas, escuras (azuladas) que parecem uma batida, geralmente nas costas ou nádegas. São frequentes e mais comuns em crianças de pele escura ou amarela. Começam a desaparecer depois do 1º aniversário e desaparecem totalmente na idade escolar.



- O que é aquela secreção constante nos olhos do recém-nascido?

Podem ser irritação do nitrato de prata que é pingado nos olhos logo após o nascimento ou certo entupimento do canal lacrimal. Limpe com água tratada e é interessante pingar algumas gotas de leite materno.

- O bebê está espirrando: isso é resfriado?

Não. É um reflexo normal tal como são normais os soluços e um pouco de regurgitação.

- Quando devo levar o recém-nascido ao pediatra?

Dentro de 1 semana após a saída da maternidade. O pediatra fará o exame geral, verificará os reflexos, vai conferir a pega da mama, o crescimento (aumento de peso). Em caso de dúvida, especialmente em relação à amamentação, retornos em curto prazo (3 a 5 ou 7 dias) são necessários no primeiro mês de vida.

- Febre é perigoso no recém-nascido?

Sim, é um sinal de alarme porque pode expressar doenças graves incluindo meningite, infecção urinária ou pneumonia. Leve de imediato ao pediatra.

- O recém nascido enxerga?

Sim, ele consegue focalizar um ponto no centro de seu campo de visão, situado de 20 a 45 cm na frente dele. É a posição em que ele enxerga o rosto da mãe enquanto mama o peito. Estimule a visão com móveis e cartões com quadrados ou faixas brancos e pretos, ou com caretas simples ou ainda com cores fortemente contrastadas (vermelho, verde, amarelo). Um leve estrabismo (cruzamento dos olhos) ocasional é normal. Com 1 mês, o bebê começa a acompanhar com a cabeça os movimentos dos objetos.

- O recém nascido escuta?

Sim. Durante o primeiro mês o bebê presta atenção às vezes, especialmente quando se fala naquele tom de “voz para bebê”. Ruídos fortes não fazem bem e devem ser evitados. Caixinha de músicas e discos com música suave (principalmente de Mozart) são úteis bem como brinquedos padronizados e coloridos que fazem sons suaves. Com um mês, o bebê se volta para o lado de sons e vozes familiares.

- O recém-nascido sente frio?

O recém-nascido perde calor com mais facilidade do que a criança maior. Por isso ele precisa ser um pouco mais agasalhado. Três camadas finas de roupa (underwear:

camiseta + macacãozinho + xale) dão uma boa proteção. Se as mãos e pés estiverem frios o bebê parecer desconfortável, agasalhar um pouco mais; o contrário se estiver com extremidades quentes e suando.

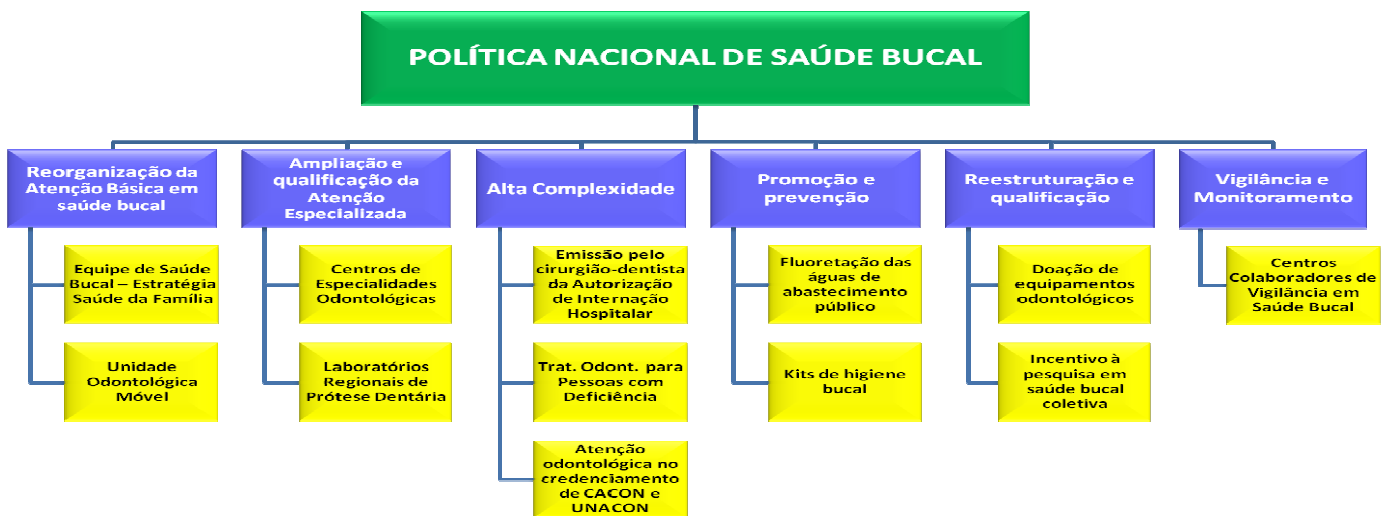


Unidade VI

Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) - Brasil Sorridente

Segundo o Levantamento Nacional de Saúde Bucal, concluído em Março de 2004 pelo Ministério da Saúde, 13% dos adolescentes nunca haviam ido ao dentista, 20% da população brasileira já tinha perdido todos os dentes e 45% dos brasileiros não possuíam acesso regular a escova de dente.

Para mudar esse quadro, em 2004, o Ministério da Saúde lançou a **PNSB- Programa Brasil Sorridente**. O Brasil Sorridente constitui-se de uma série de medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde geral e qualidade de vida da população. Sua principal meta é a reorganização da prática e a qualificação das ações e serviços oferecidos, reunindo uma série de ações em saúde bucal voltada para os cidadãos de todas as idades, com ampliação do acesso ao tratamento odontológico gratuito aos brasileiros, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).



1. Equipes de Saúde Bucal na Reorganização da Atenção Básica

O processo de trabalho das Equipes de Saúde Bucal (ESB) na ESF fundamenta-se nos princípios da universalidade; equidade; integralidade da atenção; trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar; foco de atuação centrado no território, família e comunidade; humanização da atenção; responsabilização e vínculo.

Independente da modalidade adotado recomenda-se que os profissionais de Saúde Bucal, estejam vinculados a uma ESF e compartilhem a gestão e o processo de trabalho da equipe tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território que a ESF à qual integra, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes.

Os profissionais de saúde bucal que compõem as ESB articuladas às ESF podem se organizar nas seguintes modalidades:

- **MOD I** - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnica em saúde bucal (TSB);
- **MOD II** - Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB).

Parte da carga horária dos profissionais da atenção básica poderá ser cadastrada na Unidade Odontológica Móvel (UOM), que é um consultório odontológico montado dentro de um furgão e doado pelo Ministério da Saúde aos municípios, com a finalidade de alcançar áreas de difícil acesso como: áreas rurais, comunidades quilombolas, assentamentos e outros.

Cada Equipe da ESF que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

A ESB na ESF é o modelo de atendimento na atenção primária preconizado pelo Ministério da Saúde, porém as equipes de saúde bucal no modelo tradicional continuam a existir e contribuir para a resolutividade dos agravos bucais, atendendo por agendamento e/ou por demanda espontânea. Estas equipes, no modelo tradicional, são compostas por cirurgiões-dentistas, técnicos em saúde bucal e auxiliares em saúde bucal que trabalham em uma unidade de saúde na assistência a população sem adstrição de área.

É importante lembrar que qualquer que seja o modelo, as equipes devem informar os procedimentos realizados ao sistema de informação pertinente.

2. Saúde Bucal na Média Complexidade

Para a ampliação da atenção especializada, foram criados os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e os Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).

No CEO serão oferecidos os atendimentos especializados em: Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca; periodontia especializada; cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; endodontia; e atendimento a portadores de necessidades especiais.

Os LRPD poderão oferecer próteses dentárias totais e/ou parciais e unitárias.

3. Saúde Bucal na Alta Complexidade

Serão oferecidos os seguintes serviços:

- emissão de AIH pelo cirurgião-dentista;
- tratamento odontológico para pessoas com deficiência;
- atenção odontológica nos Centro de assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON), tratamento especializado para o câncer.

Com a implantação dos três níveis de atenção, teremos uma Rede de Atenção à Saúde Bucal.

ATENÇÃO

Para maiores informações, os municípios poderão acessar a página da Coordenação Geral de Saúde Bucal (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_brasil_sorridente.php), ou entrar em contato com o Responsável pela Saúde Bucal de sua Regional de Saúde, ou ainda entrar em contato com a Gerência de Saúde Bucal, pelos telefones (62) 3201-4512 e 3201-4560, ou pelos emails spais.gsb@saude.go.gov.br ou saudebucalgoias@gmail.com.
Visite nosso site: www.saude.go.gov.br/index.php?idMateria=120610



Unidade VII

Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA)

O Brasil adentra o século com mais um grave desafio de saúde pública: as causas externas (violências e acidentes). Estes agravos vitimam mais pessoas que o câncer, a AIDS, as doenças respiratórias e infecciosas. Constituem uma das principais causas de mortalidade na população geral e na primeira causa de óbitos na população de 5 a 49 anos. Em Goiás, esses agravos representam a segunda causa de morte na população geral.

As causas externas exercem grande impacto na qualidade de vida e nas condições de saúde da população, provocam perdas devido às lesões físicas e morais. Isso demonstra a inadequação da organização dos serviços de saúde e evidenciam a necessidade de uma atuação interdisciplinar e intersetorial.

Reconhecendo as violências e os acidentes como problema de saúde pública, o MS publicou várias Portarias com a finalidade de reduzir a morbimortalidade por estes agravos. Neste processo continuado de aperfeiçoamento dos instrumentos de vigilância em saúde, estas Portarias foram elaboradas em harmonização com as diversas políticas que promovem o avanço na efetivação dos princípios do SUS, inclusão e justiça social. Seguem abaixo algumas dessas portarias:

- Portaria MS/GM nº 737 de 16 de Maio de 2001: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;
- Portaria MS/GM nº 936 de 19 de Maio de 2004: Rede Nacional de PVPS e criação dos Núcleos de PVPS;
- Portaria MS/GM nº 1.876 de 14 de Agosto de 2006 – Diretrizes nacionais para a prevenção do suicídio;
- Portaria MS/GM nº 687 de 30 de Junho de 2006 – Política Nacional de Promoção da Saúde;
- Portaria MS nº 104 de 25 de Janeiro de 2011 – Notificação Compulsória de Violência doméstica, sexual e/ou outras violências.

					
Lei nº 8.069/1990	Lei nº 10.778 de 24/11/2003	Lei nº 10.741/2003	2007	2008	2008
Estatuto da Criança e do Adolescente	Notificação compulsória de violência contra a mulher em serviços de saúde públicos ou privados	Estatuto do Idoso	Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Infantil – SDH	Política Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual e/ou Doméstica contra a Mulher – SPM	Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa – SDH

Você sabia?

Considera-se violência o uso intencional de força ou poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento. (MS, 2011).

Em 2006, as ações de prevenção de violências e acidentes e de promoção da saúde e cultura de paz foram priorizadas na Política Nacional de promoção da Saúde.

Foi implantado o Sistema de VIVA, objetivando conhecer a magnitude e a gravidade das causas externas. Este sistema ampliou o leque de variáveis contempladas no monitoramento desses eventos que atingem crianças, adolescentes, mulheres, homens e pessoas idosas, sobre as quais impera a lei do silêncio, do medo, do tabu e do preconceito. O VIVA é composto por dois componentes, sendo neste momento mais importante referirmos ao componente contínuo, que tem como instrumento a ficha de notificação /investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. O modelo da ficha de notificação encontra-se no ANEXO A.

A vigilância contínua é realizada a partir da notificação compulsória de todo caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual e/ou outras violências contra homens e mulheres.

Para consolidar a implementação dessas políticas, especialmente no tocante à vigilância epidemiológica de violências e acidentes, o Ministério da saúde publicou um Instrutivo para o preenchimento da Ficha de notificação, investigação individual de violência doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, cujo objetivo é subsidiar os profissionais de saúde e de outros setores que atuam nos serviços de atendimento às pessoas que sofreram ou que vivem em situações de violências para um preenchimento mais padronizado dessa ferramenta de coleta de dados.

A notificação nos serviços de saúde, com apoio do instrutivo, deve ser realizada todos os dias, em período integral, 24 horas, sempre que houver atendimento de um caso suspeito ou confirmado de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. As normas, rotinas e o fluxo da notificação seguem o Manual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN.

Nas situações de violências contra crianças e adolescentes, uma comunicação/relatório impresso (ou uma terceira cópia da ficha de notificação) deverá ser enviado ao Conselho Tutelar ou a autoridades competentes, em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente. O conselho tutelar é órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Também nas situações de violência contra pessoas idosas, uma comunicação (ou cópia da notificação) deverá ser enviada às autoridades competentes (Ministério Público, delegacias, outros) seguindo o preconizado pelo Estatuto do Idoso.

O estatuto da criança e do adolescente no art.13 orienta que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra a criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao conselho tutelar de respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

O ato de notificar inicia um processo que visa interromper as atitudes e os comportamentos violentos, seja por parte da família ou de qualquer agressor. É importante que o profissional de saúde mantenha registros contínuos e sistemáticos dos casos de

violência através das fichas de notificação, tendo sempre a consciência de que a notificação não é denúncia policial.

Nesse processo de implantação do VIVA e da ficha de notificação de violências também é fundamental a estruturação e a articulação com as redes de atenção e proteção às pessoas em situação ou risco de violências.

É importante ressaltar que a vigilância epidemiológica de violências e acidentes propõe-se a, além de obter informações sobre o comportamento desses agravos, subsidiar ações de enfrentamento dos determinantes e condicionantes das causas externas numa perspectiva intersetorial e com base no direito à saúde e à vida, incentivando a formação de redes de atendimento às pessoas vítimas de violências e acidentes, buscando dessa forma, garantir atenção integral, promoção da saúde e cultura da paz.

1. Objetos de notificação dos casos suspeitos ou confirmados

Violência doméstica/familiar: exercida contra pessoas de ambos os sexos e em todas as idades.

Violência sexual: exercida contra pessoas de ambos os sexos e em todas as idades.

Violência auto provocada: violência que ocorre em ambos os sexos e em todas as idades. Inclui as tentativas de suicídio e os suicídios. Exercida contra si mesmo.

Tráfico de pessoas: exercida contra pessoas de ambos os sexos e em todas as idades.

Intervenção por agente legal público: exercida contra pessoas de ambos os sexos e em todas as idades.

Violência financeira/econômica ou patrimonial: exercida nas situações em que a lei obriga a notificação de violências, ou seja, contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas. Esse objeto de notificação também se aplica às pessoas com graus severos de deficiência ou transtorno mental em função de sua grande vulnerabilidade.

Abandono: exercida nas situações em que a lei obriga a notificação de violências, ou seja, contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas.

Violência contra criança: ambos os sexos, seja doméstica ou não, independentemente do tipo ou natureza da violência.

Violência contra adolescente: ambos os sexos, doméstica ou não, independentemente.

Violência contra a mulher: todas as idades, doméstica ou não, independentemente do tipo ou natureza da violência.

Violência contra pessoa idosa: ambos os sexos, doméstica ou não, independentemente do tipo ou natureza da violência.

Trabalho infantil: menores de 16 anos, ambos os sexos, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14 anos. É o conjunto de ações e atividades desempenhadas por crianças (com valor econômico direto ou indireto), inibindo-as de viver plenamente sua condição de infância e adolescência. Refere-se a qualquer tipo de atividade efetuada por crianças e adolescentes de modo obrigatório, regular, rotineiro, remunerado ou não, em condições por vezes desqualificadas e que põem em risco o seu bem-estar físico, psíquico, social e moral, limitando o seu leque de opções para um crescimento/desenvolvimento saudável e seguro.

2. Alerta para sinais e sintomas de violências

2.1 Crianças e Adolescentes

Os sinais da violência se traduzem em conseqüências que podem ser distintas segundo a etapa do desenvolvimento. Quanto mais precoce, intensa ou prolongada à situação de violência maior e permanente serão os danos para a criança e o adolescente. Especial atenção deve ser dada aos casos de bebês e crianças muito pequenas, abaixo de três anos, nos quais as conseqüências e a exteriorização do sofrimento dificilmente acontecem de imediato.

Todo profissional de saúde tem momentos especiais de contato com as crianças, os adolescentes e suas famílias - recepção, vacina, curativos, farmácia, grupos de educação em saúde, consulta médica, odontologia, de enfermagem e psicologia, visita domiciliar, dentre outros. Esses momentos são oportunos e criam condições favoráveis para que se observe a existência de sinais e sintomas que possam ser resultantes de uma situação de violência. Possibilitam também a promoção dos cuidados necessários para a proteção e

bem - estar ou do adolescente e orientação às famílias para a prevenção e superação da violência.

Seguem algumas manifestações clínicas a serem observadas:

Transtornos na pele, mucosas e tegumento: contusões e abrasões em face, lábios, nádegas dorso; lesões que reproduzem a forma do objeto agressor (fivela, cintos, mordedura); equimoses e hematomas no tronco, dorso e nádegas; queimaduras no dorso e genitais, com marcas de objeto (cigarro, por exemplo); lesões endobuciais ocasionadas por laceração do freio da língua por tentativa de introdução forçada de alimentos.

Transtornos geniturinários: lesões na área genital e períneo, infecções, pregas anais rotas, infecções urinárias de repetição sem etiologia definida, fissuras anais, sangramento, presença de dor.

Transtornos Psicológicos: apatia, transtorno do sono ou da alimentação, episódios de medo e pânico, isolamento e depressão, conduta agressiva e irritabilidade, choro fácil sem motivo aparente, comportamento regressivo, comportamento autodestrutivo, fadiga, tentativa de suicídio, fugas, mentiras.

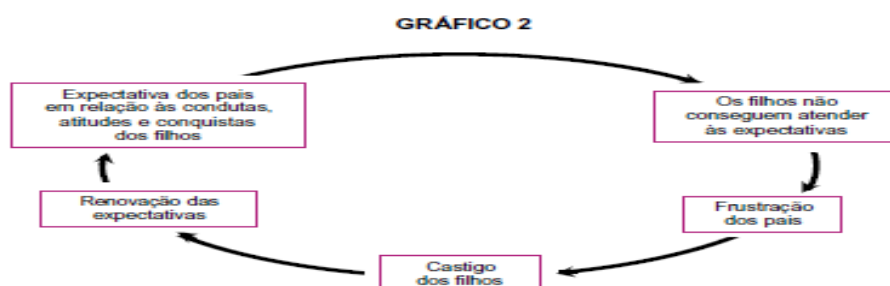
Alerta ao profissional de Saúde

Um sintoma ou sinal isolado não afirma existência da violência. É fundamental o olhar atento e crítico da equipe na identificação do problema, seja ele de natureza física, sexual ou emocional.

2.1.1 Ciclo da violência contra crianças e adolescentes

O problema da violência contra crianças e adolescentes chega aos serviços de saúde em diferentes situações e momentos, principalmente quando o evento de agressão provocou repercussões graves.

As dinâmicas do processo de violência contra crianças e adolescentes podem ser representadas:



2.1.2 Como notificar os casos de violência?

A notificação é obrigatória nos casos suspeitos ou confirmados ou confirmados de violência extrafamiliar contra:

- Crianças e adolescentes
- Mulher.
- Pessoa idosa

De um total de 246 municípios goianos, passamos de 27 municípios notificantes em 2010 para 102 municípios notificantes em 2012.

Vale lembrar que casos de violência devem ser notificados. A violência pode ser identificada em diferentes momentos ou lugares. Durante o trabalho, nas visitas domiciliares, reuniões comunitárias ou qualquer outra situação, como, por exemplo, informação prestada por alguém da comunidade. No atendimento à situação de crise, é importante não deixar de oferecer todas as orientações necessárias, assegurando-se de que os recursos foram acessados e deram as respostas adequadas.

Nesse processo de implantação do VIVA e da ficha de notificação de violências também é fundamental a estruturação e a articulação com as redes de atenção e proteção às pessoas em situação ou risco de violências. A violência, como um dos graves problemas exige um trabalho de rede, de forma articulada, baseado na cooperação e na solidariedade entre as organizações.

Essa ficha não se aplica à violência extrafamiliar (criminalidade/delinquência) cujas vítimas sejam adultos (20 a 59 anos) do sexo masculino, como brigas entre gangues, brigas nos estádios de futebol e outras.

Vale salientar que apesar, da legitimação da ficha na agenda do setor saúde, ainda é necessário acompanhar e monitorar a adesão dos profissionais e instituições que atuam na prática e são responsáveis pelo êxito dessa agenda de caráter interdisciplinar, interprofissional e intersetorial.

Os casos de violências devem ser encaminhados para os serviços da rede de atendimento:

- Delegacia Especializada da Mulher, e da criança e do idoso
- Centro de Referência da Mulher, da criança e do idoso
- Delegacias Policiais

- Conselho municipal da pessoa idosa
- Conselhos Tutelares
- Ministério Público
- Instituto Médico Legal

Profissional de saúde

A Portaria 104, do Ministério de Saúde de 25 de Janeiro de 2011, torna a violência em agravo de notificação compulsória. Notificar não é denunciar! Quando você notifica permite que os órgãos competentes possam analisar a realidade de cada região e direcionar políticas públicas de prevenção e enfrentamento.

2.1.3 Prevenindo a violência contra a criança

De maneira geral, a prevenção à violência contra criança e o adolescente é de extrema importância na sociedade, dada a gravidade de suas seqüelas físicas e psíquicas, portanto, cabe à equipe:

- Informar pais, mães e comunidade sobre as necessidades das crianças e adolescentes, esclarecendo seus direitos e normas de proteção
- Identificar pais e mães de alto risco desde o período pré e perinatal
- Desenvolver grupos de auto-ajuda para pais e mães de alto risco
- Favorecer a vinculação das famílias com uma rede de apoio da comunidade;
- Incentivar o pai a acompanhar o pré-natal e o parto, para estreitar vínculos com o filho o mais precocemente possível
- Incentivar o pai à participação nos cuidados do bebê
- Facilitar o acesso a serviços de educação e assistência
- Contribuir para o fortalecimento dos laços do adolescente com a família e amigos

Você Sabia?

O estímulo a comportamento saudável na população vulnerável tipo atividades recreativas, atividades culturais, cursos profissionalizantes podem evitar que crianças e adolescentes sejam alvo dos grupos aliciantes ao tráfico e a prostituição.

2.2 Mulheres

Mulheres em situação de violência são usuárias assíduas dos serviços de saúde. Em geral, são tidas como políquelixosas, por suas queixas vagas e crônicas.

As manifestações clínicas da violência podem se agudas ou crônicas, físicas, mentais ou sociais.

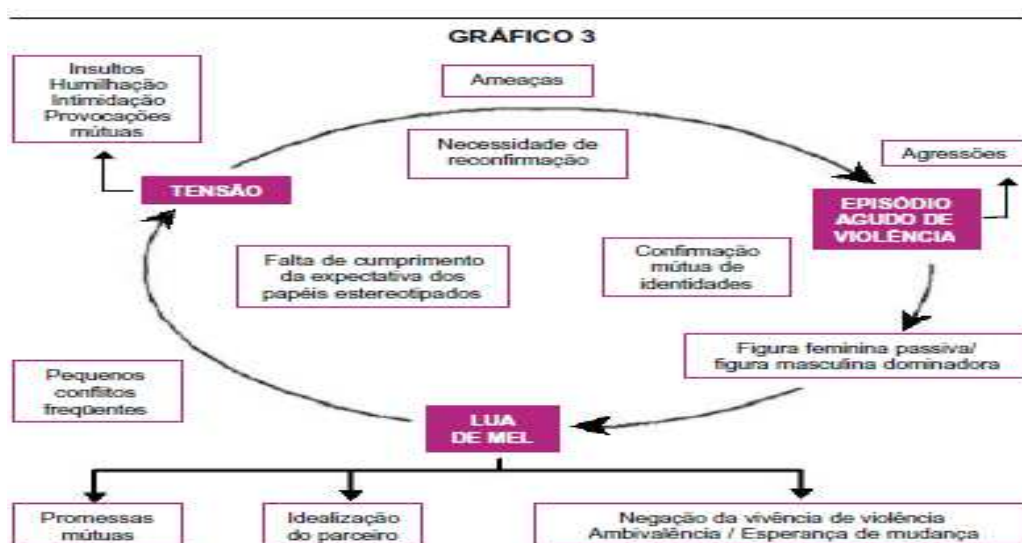
- Lesões físicas agudas:
 - Inflamações
 - Contusões
 - Hematomas em várias partes do corpo.

Nas lesões sexuais podem ser observadas lesões das mucosas oral, anal e vaginal, doenças sexualmente transmissíveis, infecções urinárias, vaginais e gravidez são conseqüências que podem se manifestar posteriormente.

A equipe de saúde pode apoiar as mulheres no reconhecimento do problema da violência, propiciando espaços de escuta individual e coletiva nas unidades de saúde, com o objetivo de identificar situações de risco e traçar medidas preventivas.

2.2.1 Ciclo da violência no casal

Podemos considerar que as interações violentas de um casal estão vinculadas ao aumento de tensão nas relações de poder estabelecidas e que a relação de dominação/subordinação necessita ser confirmada.



2.3 Idosos

Os idosos tornam-se mais vulneráveis à violência intradomiciliar na medida em que necessitam de maiores cuidados físicos ou apresentam dependência física ou mental. Quanto maior a dependência, maior o grau de vulnerabilidade. O convívio familiar estressante e cuidadores despreparados agravam esta situação.

Como nos outros tipos de violência intrafamiliar, a causa da lesão que leva o paciente à unidade de saúde para atendimento médico nem sempre é relatada ou fica evidente.

A equipe de saúde deve suspeitar de maus tratos ao idoso, na presença das manifestações listadas abaixo:

Abuso físico

- Contusões, queimaduras ou ferimentos inexplicáveis de vários formatos
- Alopecia traumática ou edema de couro cabeludo,

Abuso Psicológico

- Comportamentos bizarros: chupar o dedo
- Transtornos neuróticos
- Transtornos de conduta

Abuso sexual

- Lesões, prurido, sangramento, dor anal ou genital
- DST
- Corrimentos, manchas ou sangramento nas roupas íntimas.

Negligência

- Desidratação ou desnutrição
- Higiene precária
- Escaras, assaduras ou escoriações
- Impactação fecal

Abuso financeiro

- Necessidades e direitos não atendidos (compra de medicamentos, alimentação, livre utilização dos proventos) em consequência do uso de recursos financeiros (aposentadoria, pensão, herança) pela família.

Além destas possíveis evidências, outras observações feitas durante o atendimento ao idoso podem levar a equipe a suspeitar maus tratos.

Todas as categorias profissionais que tem acesso aos idosos podem atuar no reconhecimento de sinais preditivos e precisam estar preparados para abordar, de forma preventiva, as situações de violência. Para isso, é necessária a capacitação de profissionais de saúde, bombeiros, policiais, agentes jurídicos e população em geral para a identificação, avaliação e acompanhamento dos casos de violência. Ao lado de cuidados de saúde e atendimentos no domicílio, atividades preventivas também podem ser recomendadas.

2.3.1 Pessoas portadoras de deficiência

É comum ver crianças, adolescentes e adultos com distúrbios de comportamentos sendo contidas com cordas, ataduras ou isoladas no quarto sem qualquer estímulo. Além da violência física, psicológica, abuso e exploração sexual, negligência e abandono deve-se também investigar a existência de outras formas de violência, comuns contra estes indivíduos: exploração financeira (retenção de pensões), abuso medicamentoso e violação civil (negar privacidade, informação, visitas).

A equipe deve oferecer as orientações que a família necessita para lidar melhor com o portador de deficiência, prevenindo-se situações de violência.

Fazer denúncias e buscar ajuda?

Disque 100: Disque Denúncia Nacional de Combate ao abuso e à Exploração Sexual contra crianças e adolescentes.

Disque 180: Central de Atendimento à Mulher, recebe denúncias, orienta e encaminha casos de violência.

Sites do Ministério da Saúde

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva_instrutivo_not_viol_domes_tica_sexual_e_out.pdf

<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1520

<http://www.visa.goias.gov.br/post/ver/133118/vigilancia-de-violencias-e-acidentes>



Unidade VIII

“A saúde é direito de todos e dever do Estado”

Em 1988, votamos a criação do SUS. Com ele afirmamos a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção em saúde. Com ele também apontamos para uma concepção de saúde que não se reduz à ausência de doença, mas a uma vida com qualidade, isto é, a atenção ao ser humano de forma holística (bio-psico-socio-cultural). Não tão somente o cuidado da doença, mas também do doente.

Em um país como o Brasil, com profundas desigualdades socioeconômicas, permanecem vários desafios na saúde, como a ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde e a ampliação do processo de coresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar.

1. Orientações gerais da Política Nacional de Humanização (PNH)

- Valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de Atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos de cidadania, destacando-se as necessidades específicas de gênero, étnico - racial, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (população negra, do campo, extrativista, povos indígenas, quilombolas, ciganos, ribeirinhos, assentados, população em situação de rua);
 - Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
 - Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde;
 - Construção de autonomia e protagonismo do ser humanos e coletivos implicados na rede do SUS;
 - Corresponsabilidade desses seres humanos nos processos de gestão e atenção;

- Fortalecimento do controle social, com caráter participativo, em todas. As instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente em saúde;
- Valorização da ambiência, com organização de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores.

2. Resultados Esperados com a PNH

Com a implementação da PNH, trabalhamos para alcançar resultados englobando as seguintes direções:

- Serão reduzidas as filas e o tempo de espera, com ampliação do acesso, e atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de Acolhimento com Classificação de Risco
- Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e a rede de serviços que se responsabilizará por sua referência territorial e atenção integral
- As unidades de saúde garantirão os direitos dos usuários, orientando se pelas conquistas já asseguradas em lei e ampliando os mecanismos de sua participação ativa, e de sua rede sociofamiliar, nas propostas de plano terapêutico, acompanhamento e cuidados em geral
- As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, com investimento na educação permanente em saúde dos trabalhadores, na adequação de ambiência e espaços saudáveis e acolhedores de trabalho, propiciando maior integração de trabalhadores.

2.1 Acolhimento

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde:

- Assumir no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários

Realizar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando o paciente e a família em relação a todos os serviços de saúde:

- Garantir a eficácia desses encaminhamentos
- Não é um espaço ou um local, mas uma postura ética
- Não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, todos são responsáveis pelo usuário
- Implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções.

2.2 Igualdade

Segundo os preceitos do SUS e conforme o texto da Constituição brasileira, o acesso às ações e aos serviços, para promoção, proteção e recuperação da saúde, além de universal, deve basear-se na igualdade de resultados finais, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos.

2.3 Vínculo

Na rede psicossocial, compartilhamos experiências e estabelecemos relações mediadas por instâncias. No caso da instância instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este “ficar em frente um do outro”, um e outro sendo sujeitos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, em que um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade. Desse modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição –CGAN. **Curso Bolsa Família na Saúde**, 2013. 55p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde.Viva. **Instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília: MS, 2011, 72 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL.Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012. 110p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasil. **Manual Instrutivo da Ficha de Notificação /Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências**. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**. Orientação para Gestores e Profissionais da Saúde- MS- 2012-DF.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, DF: 2009, MS.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde das mães e crianças**. Brasília, DF: 2011 , MS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Condutas Gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília, DF, 2012. 26p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília: MS, 2009. 816 p.(Série A. Normas e Manuais Técnicos).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites Virais: O Brasil está Atento**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

NESTLE NUTRITION INSTITUTE. Murahovschi, J. Temas de Pediatria. **Consulta pediátrica no primeiro ano de vida**, ed. especial, v. único, 72p.

ORGANIZACION MUNDIAL DA SALUD. **Medición del Cambio del Estado Nutricional**. Ginebra, 1983.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Crecimiento y Desarrollo**. Hechos y Tendencias. Publicación Científica 510. Washington, 1988.

Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência. Brasília: MS, 2009.44 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

SILVA, M.C. M.; DA SILVA, L.M.P. **Guia de Assistência Integral à Saúde da Criança e do Adolescente em situação de violência – Abordagem Multidisciplinar.** Recife: EDUPE, 2003.122 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical Status:** The Use and Interpretation of Anthropometry. Who Thechnical Report Series 854. Geneva, 1995. 452 p.

ANEXO

ANEXO A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO, INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO

Nº

FICHA DE NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO INDIVIDUAL VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Definição de caso: Suspeita ou confirmação de violência. Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002).
Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e/ou autoridades competentes (Juizado da Infância e Juventude e/ou Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei no 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Também são considerados de notificação compulsória todos os casos de violência contra a mulher (Decreto-Lei no 5.099 de 03/06/2004, Lei no 10.778/2003) e maus tratos contra a pessoa idosa (artigo 19 da Lei no 10.741/2003).

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação <div style="text-align: right;">2 - Individual</div>		2 Agravo/doença VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS		Código (CID10) Y09		3 Data da notificação		
	4 UF		5 Município de notificação		Código (IBGE)				
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)				Código (CNES)		7 Data da ocorrência da violência		
Notificação Individual	8 Nome do paciente						9 Data de nascimento		
	10 (ou) idade <small>1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano</small>		11 Sexo M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado		12 Gestante <small>1-1ºTrimestre 2-2ºTrimestre 3-3ºTrimestre 4 - Idade gestacional Ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado</small>		13 Raça/Cor <small>1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado</small>		
	14 Escolaridade <small>0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica</small>								
15 Número do Cartão SUS				16 Nome da mãe					
Dados de Residência	17 UF		18 Município de Residência		Código (IBGE)		19 Distrito		
	20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)				Código		
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1				
	25 Geo campo 2				26 Ponto de Referência		27 CEP		
	28 (DDD) Telefone				29 Zona <small>1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado</small>		30 País (se residente fora do Brasil)		
	Dados Complementares								
Dados da Pessoa Atendida	31 Ocupação								
	32 Situação conjugal / Estado civil <small>1 - Solteiro 2 - Casado/união consensual 3 - Viúvo 4 - Separado 8 - Não se aplica 9 - Ignorado</small>				33 Relações sexuais <small>1 - Só com homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 8 - Não se aplica 9 - Ignorado</small>				
34 Possui algum tipo de deficiência/ transtorno? <small>1- Sim 2- Não 9- Ignorado</small>		35 Se sim, qual tipo de deficiência /transtorno? <small>1- Sim 2- Não 8-Não se aplica 9- Ignorado</small>							
		<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências/ Síndromes		<input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento					
Dados da Ocorrência	36 UF		37 Município de ocorrência		Código (IBGE)		38 Distrito		
	39 Bairro		40 Logradouro (rua, avenida,...)				Código		
	41 Número		42 Complemento (apto., casa, ...)		43 Geo campo 3		44 Geo campo 4		
	45 Ponto de Referência				46 Zona <small>1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado</small>		47 Hora da ocorrência <small>(00:00 - 23:59 horas)</small>		
	48 Local de ocorrência <small>01 - Residência 02 - Habitação coletiva 03 - Escola 04 - Local de prática esportiva 05 - Bar ou similar 06 - Via pública 07 - Comércio/serviços 08 - Indústrias/construção 09 - Outro 99 - Ignorado</small>				49 Ocorreu outras vezes? <small>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</small>				
					50 A lesão foi autoprovocada? <small>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado</small>				

Violência doméstica, sexual e/ou outras violências

Sinan NET

SVS 10/07/2008

Tipologia da violência	51 Tipo de violência <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil 1-Sim 2-Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Outros	52 Meio de agressão <input type="checkbox"/> Força corporal/espantamento <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Outro 1-Sim 2-Não 9- Ignorado	
	53 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9- Ignorado	54 Se ocorreu penetração, qual o tipo? <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9- Ignorado	
Violência Sexual	55 Procedimento realizado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9- Ignorado		
	56 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Estresse pós-traumático <input type="checkbox"/> Outros 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9- Ignorado		
Consequências da violência	57 Natureza da lesão (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Contusão 02 - Corte/perfuração/laceração 03 - Entorse/luxação 04 - Fratura 05 - Amputação 06 - Traumatismo dentário 07 - Traumatismo crânio-encefálico 08 - Politraumatismo 09 - Intoxicação 10 - Queimadura 11 - Outros 88 - Não se aplica 99 - Ignorado		
	58 Parte do corpo atingida (considerar somente o diagnóstico principal) 01 - Cabeça/face 02 - Pescoço 03 - Boca/dentes 04 - Coluna/medula 05 - Tórax/dorso 06 - Abdome 07 - Quadril/pelve 08 - Membros superiores 09 - Membros inferiores 10 - Órgãos genitais/ânus 11 - Múltiplos órgãos/regiões 88 - Não se aplica 99 - Ignorado		
Lesão	59 Número de envolvidos 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado	60 Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Irmão(ã) <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional 1-Sim 2-Não 9- Ignorado	61 Sexo do provável autor da agressão 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado
	62 Suspeita de uso de álcool 1-Sim 2-Não 9- Ignorado		
Dados do provável autor da agressão	63 Encaminhamento no setor saúde 1 - Encaminhamento ambulatorial 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado		
Evolução e encaminhamento	64 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar (Criança/Adolescente) <input type="checkbox"/> Vara da Infância / Juventude <input type="checkbox"/> Casa Abrigo <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher/DEAM <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CREAS-CRAS <input type="checkbox"/> Instituto Médico Legal (IML) <input type="checkbox"/> Outros 1-Sim 2-Não 9- Ignorado		
	65 Violência Relacionada ao Trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	66 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9- Ignorado	
	67 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX		
	68 Classificação final 1 - Confirmado 2 - Descartado 3 - Provável 8 - Inconclusivo	69 Evolução do caso 1 - Alta 2 - Evasão / Fuga 3 - Óbito por Violência 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	
	70 Se óbito por violência, data	71 Data de encerramento	
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
TELEFONES ÚTEIS			
Disque-Saúde 0800 61 1997	Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Combate ao Abuso e Exploração Sexual de Crianças e Adolescentes 100	
Notificador	Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____		
	Nome _____	Função _____	
	Assinatura _____		
Violência doméstica, sexual e/ou outras violências Sinan NET SVS 10/07/2008			