

MINISTÉRIO DA SAÚDE

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

ORIENTAÇÕES PARA IMPLEMENTAÇÃO



Brasília – DF
2018



MINISTÉRIO DA SAÚDE

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO
INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA**
Orientações para implementação

Brasília – DF
2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

Orientações para implementação



Brasília – DF
2018



Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas e Estratégias
Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno
Edifício Anexo, St. de Administração Federal Sul
Quadra 1, bloco G, 4º andar – B
CEP 70058-900 – Brasília/DF
E-mail: crianca@saude.gov.br

Organização e Elaboração:
Maria de Lourdes Magalhães
Paulo Vicente Bonilha Almeida
Sônia Lansky

Elaboração Técnica:
Liliana Planel Lugarinho
Liliane Mendes Penello
Paulo Germano de Frias
Ricardo César Caraffa
Sônia Isoyama Venâncio
Vera Mendes

Colaboração Técnica – Equipe CGSCAM:
Aline Aguiar Freitas de Lima
Amanda Souza Moura
Ana Paula da Cruz Caramaschi
Ariane Tiago Bernardo de Matos
Carolina Drügg
Cláudia Puerari
Cristiane Madeira Ximenes
Cristiano Francisco da Silva
Elita Lopes de Araújo Santos
Enia Maluf Amui

Fernanda Ramos Monteiro
Gilvani Pereira Grangeiro
Helena Christina de Araújo Galvão
Ione Maria Fonseca de Melo
Jacirene Gonçalves Lima Franco
Jussara Pereira de Oliveira
Karina Godoy Arruda
Liliane Cristina Rodrigues Augusto
Luiza Geaquinto Machado
Maria Luiza Ferreira
Mariane Curado Borges
Monica Guimarães Macau Lopes
Natali Minóia
Neide Maria da Silva Cruz
Renara Guedes Araújo
Rubens Bias Pinto
Simone Regine Eineck Alcantara
Tatiana Raquel Selbmann Coimbra
Thalita Lellice
Thereza de Lamare Franco Netto

Apoio Administrativo – Equipe CGSCAM:
Artur Gabriel Ferreira Nunes
Estéfane Valéria dos Santos
Geraldo Gomes Figueiredo
Patrícia de F. dos Santos Gomes
Rafaela Rodrigues Souza
Weslynton Luiz Silva Oliveira

Colaboração:
Alessandra Fam G. Machado e Silva
Ângela Pinto dos Santos
Carlos Alberto Gama Pinto
Danielle Keylla Alencar Cruz
Eleonora Gehlen Walcher
Elizabeth Cruz Muller
Ivone Amazonas Marques Abolnik

Jane Gonçalves Pessanha Nogueira
Lilian Cordova do Espírito Santo
Luciana Bettini Pitombo
Maria Auxiliadora Sousa Mendes Gomes
Maria Edna Moura Vieira
Marisa Schargel Maia
Marta Maria Alves da Silva
Martha Cristina Nunes Moreira
Renata Guimarães Mendonça de Santana
Roseli Calil
Selma Eschenazi do Rosário
Sérgio Tadeu Marba
Zeni Carvalho Lamy

Revisão Técnica:
Cláudia Puerari
Gilvani Pereira Grangeiro
Jacirene Gonçalves Lima Franco
Liliane Cristina Rodrigues Augusto

Normalização:
Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Revisão:
Khamila Silva e Tatiane Souza –
Editora MS/CGDI

Capa:
Leonardo Gonçalves da Silva –
Editora MS/CGDI

Apoio para a impressão:
Organização Pan-Americana da Saúde –
OPAS/OMS

Projeto Gráfico e Ilustrações:
All Type Assessoria Editorial Ltda.

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

180 p. : il.

ISBN 978-85-334-2596-5

1. Saúde da criança. 2. Políticas públicas. 3. Serviços de saúde. 4. Atenção à saúde. I. Título.

CDU 614.2-053.2

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2018/0048

Título para indexação:

National Policy on Integral Attention to the Health of the Child

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
INTRODUÇÃO	11
Contextos Demográfico, Social e Econômico.	12
Políticas e Programas de Saúde Voltados à Criança Brasileira.	13
Situação de Saúde da Criança Brasileira.	19
Atenção Integral à Saúde da Criança.	23
Definição de Criança e Primeira Infância para a Pnaisc.	26
OBJETIVO	27
PRINCÍPIOS	29
DIRETRIZES	33
EIXOS ESTRATÉGICOS DA PNAISC	37
Eixo Estratégico I – Atenção Humanizada e Qualificada à Gestação, ao Parto, ao Nascimento e ao Recém-Nascido.	39
Eixo Estratégico II – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável.	51
Eixo Estratégico III – Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral.	58
Eixo Estratégico IV – Atenção Integral a Crianças com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenças Crônicas.	72
Eixo Estratégico V – Atenção Integral à Criança em Situação de Violências, Prevenção de Acidentes e Promoção da Cultura de Paz.	83
Eixo Estratégico VI – Atenção à Saúde de Crianças com Deficiência ou em Situações Específicas e de Vulnerabilidade.	93
Eixo Estratégico VII – Vigilância e Prevenção do Óbito Infantil, Fetal e Materno.	110
ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA	113
Saúde da Criança na Atenção Básica.	115
Programa Nacional de Imunização.	120
Programa Saúde na Escola – PSE.	121
Atenção à Saúde Bucal.	123
Saúde da Criança nas Redes Temáticas.	125
Saúde da Criança na Rede de Atenção Materna, Neonatal e Infantil – Rede Cegonha.	128

Organização dos Pontos de Atenção às Mães (Famílias) e às Crianças	130
Saúde da Criança na Rede de Atenção às Urgências.	133
A Organização dos Pontos de Atenção da RUE para o Cuidado com a Criança.	134
Saúde da Criança na Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência – RCPD.	135
Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.	137
Saúde da Criança na Rede de Atenção Psicossocial – Raps.	137
A Organização dos Pontos de Atenção da Raps para o Cuidado de Crianças	139
Saúde da Criança na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	141
A Organização dos Pontos de Atenção para o Cuidado de Crianças na Rede	143
GESTÃO INTERFEDERATIVA E RESPONSABILIDADES	145
Ministério da Saúde	145
Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal.	146
Secretarias de Saúde dos Municípios	147
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	149
FINANCIAMENTO DA POLÍTICA	153
IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA	155
REFERÊNCIAS	159



APRESENTAÇÃO

O Brasil assumiu, na Constituição Federal de 1988, a garantia do direito universal à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 1990, a proteção integral da criança, com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Além disso, ratificou os mais importantes pactos, tratados e convenções internacionais sobre os direitos humanos da criança.

Desde então, a saúde da criança vem apresentando melhora significativa. O País conquistou grande diminuição nas taxas de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e de mortalidade na infância (menores de 5 anos), tendo com isso cumprido o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) número quatro para 2015, com três anos de antecedência e com redução de 77%, uma das maiores do mundo. Também se observa admirável controle da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis e diarreia, grande diminuição dos índices de desnutrição e melhora crescente nos indicadores de aleitamento materno.

Por outro lado, o Brasil vem enfrentando novos desafios. A identificação de novos agentes infecciosos e o ressurgimento de doenças, até então consideradas sob controle, ao lado dos efeitos do envelhecimento populacional e da violência urbana, estão hoje como centro das atenções de profissionais da saúde, acadêmicos,

gestores, agentes e atores de políticas públicas, das instituições governamentais e não governamentais. Os mesmos determinantes que, acreditava-se, reduziriam as doenças infecciosas também podem atuar na direção inversa, propiciando o surgimento e a disseminação de novas e antigas doenças infectoparasitárias.

As altas taxas de parto cesáreo e da prematuridade, ao mesmo tempo em que crescem a prevalência da obesidade na infância e os óbitos evitáveis por causas externas (acidentes e violências), além das doenças em razão das más condições sanitárias, apontam a complexidade sociocultural e de fenômenos da sociedade contemporânea que afetam a vida das crianças.

Apesar dos avanços nos indicadores de saúde infantil e dos investimentos nas políticas públicas federais voltadas à saúde da criança, como a Rede de Atenção à Saúde Materna, Neonatal e Infantil (Rede Cegonha), o Programa Intersetorial Brasil Carinhoso e o Programa Criança Feliz, fica evidente a necessidade de ampliar o enfrentamento das iniquidades relacionadas às condições de saúde e, ao mesmo tempo, universalizar todos os avanços para grupos de maior vulnerabilidade, tais como as crianças indígenas, quilombolas, ribeirinhas, com deficiências e as com doenças raras, além de garantir não só a sobrevivência, mas o desenvolvimento integral de todas as crianças, condição essencial para o exercício da cidadania e a garantia do desenvolvimento nacional, bem como para o cumprimento dos compromissos do País diante das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2015-2030 (ODS) (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Frente a desafios tão complexos e plurais e visando à qualificação das estratégias e ações voltadas à Saúde da Criança na agenda da saúde pública brasileira, nas esferas federal, estadual e municipal, mostrou-se necessária a elaboração de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc) que venha de encontro ao pleito de entidades da sociedade civil e militantes da causa dos direitos da criança e do adolescente, como a Rede Nacional da Primeira Infância (RNPI), a Pastoral da Criança, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda), além de organismos internacionais como o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

A elaboração da Pnaisc foi fruto de amplo e participativo processo de construção coletiva, com início no ano de 2012, liderado pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM), do Ministério da Saúde, e com apoio conceitual e metodológico da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos

Saudáveis (EBBS), do Instituto Fernandes Figueira (IFF), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (ALMEIDA, 2013).

Participaram da sua formulação especialistas em Saúde da Criança, representantes das Coordenações de Saúde da Criança das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das Capitais, o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde Estaduais (Conass) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, além do envolvimento da Pastoral da Criança e da Rede Nacional pela Primeira Infância (RNPI), entre outras instituições da sociedade civil.

Também foram essenciais neste processo os consultores de Saúde da Criança do Ministério da Saúde para os estados e os consultores nacionais, os quais desempenharam o papel de apoio institucional aos gestores e aos profissionais de saúde envolvidos com o tema da saúde da criança nos estados, capilarizando as ações e os programas propostos pelo Ministério da Saúde e fazendo *feedback* dos territórios para o nível federal com importante papel na articulação interfederativa.

Culminando este longo trabalho coletivo, de debate técnico e articulação política interfederativa, a Pnaisc passou por discussão e aprovação no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS), bem como por pactuação na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), após intenso diálogo com o Conass e o Conasems, possibilitando que, finalmente, em 5 de agosto de 2015, fosse publicada a Portaria GM/MS n.º 1.130, de 5 de agosto de 2015, instituindo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc).

A Pnaisc está estruturada em princípios, diretrizes e eixos estratégicos. Tem como objetivo

promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

Os princípios que orientam esta política afirmam a garantia do direito à vida e à saúde, o acesso universal de todas as crianças à saúde, a equidade, a integralidade do cuidado, a humanização da atenção e a gestão participativa. Propõe diretrizes norteadoras para a elaboração de planos e projetos de saúde voltados às

crianças, como a gestão interfederativa, a organização de ações e os serviços de saúde ofertados pelos diversos níveis e redes temáticas de atenção à saúde; promoção da saúde, qualificação de gestores e trabalhadores; fomento à autonomia do cuidado e corresponsabilização de trabalhadores e familiares; intersetorialidade; pesquisa e produção de conhecimento e monitoramento e avaliação das ações implementadas.

Os sete eixos estratégicos que compõem a política têm a finalidade de orientar gestores e trabalhadores sobre as ações e serviços de saúde da criança no território, a partir dos determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam a integralidade da atenção e o pleno desenvolvimento da criança e a redução de vulnerabilidades e riscos. Suas ações se organizam a partir das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com ênfase para as redes temáticas, em especial à Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil e tendo a Atenção Básica (AB) como ordenadora e coordenadora das ações e do cuidado no território, e servirão de fio condutor do cuidado, transversalizando a Rede de Atenção à Saúde, com ações e estratégias voltadas à criança, na busca da integralidade, por meio de linhas de cuidado e metodologias de intervenção, o que pode se constituir em um grande diferencial a favor da saúde da criança.

Considerando a complexidade e o porte dos desafios que afetam a morbimortalidade e o pleno desenvolvimento das crianças no século XXI, a implantação/implementação da Pnaisc constitui-se como base norteadora para estados, Distrito Federal e municípios no enfrentamento das dificuldades atuais. Para tal se requer, em todos os municípios e estados/DF, o compromisso e a determinação não apenas do poder público, mas de profissionais de saúde, da comunidade científica e universitária e de toda a sociedade civil militante da causa da infância, para que a Pnaisc se torne realidade em todos os territórios.

Esta publicação tem a finalidade de ofertar aos gestores, aos trabalhadores e à sociedade civil subsídios teórico-práticos para a efetivação de mudanças no modelo de gestão e atenção à saúde da criança no Brasil, tendo como referência a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc).

Boa leitura!

INTRODUÇÃO

Os direitos da criança são resultados de lutas dos movimentos internacionais de direitos humanos. A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), adotada pelas Nações Unidas (1989), constitui-se como um dos tratados mais endossados pela comunidade internacional da história da humanidade, sendo o Brasil seu signatário (BRASIL, 1990a), e serviu como uma das bases para a elaboração da Declaração Mundial acerca da Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança (1990) assinada por 159 países, entre eles o Brasil, durante a Reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância, com o compromisso de viabilizar, até o ano 2000, os meios necessários ao cumprimento de 26 metas estabelecidas, sendo 19 na área da Saúde (COMITÊ COORDENADOR INTERAGENCIAL PARA AS AMÉRICAS, 1997).

Outros compromissos a partir de então foram assumidos, como a Declaração de Innocenti, sobre a Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno, reconhecendo ser este um processo único e uma atividade que, mesmo tomada isoladamente, é capaz de reduzir a morbimortalidade infantil ao diminuir a incidência de doenças infecciosas, proporcionando nutrição de alta qualidade para a criança, contribuindo para seu crescimento e desenvolvimento, contribuindo ainda, para a saúde da mulher, reduzindo riscos de certos tipos de câncer e de anemia, ampliando o espaçamento entre partos e proporcionando benefícios econômicos para a família e a Nação.

O Brasil ratifica a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, Decreto n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009g), reconhecendo que as crianças com deficiência devem gozar plenamente de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais em igualdade de oportunidades com as outras crianças.

A garantia dos direitos fundamentais da criança no Brasil é fruto desses compromissos, mas também da ampla mobilização e participação social, asseguradas na Constituição Federal de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990b), assim como do esforço coletivo para ações, programas e projetos desenvolvidos nas áreas sociais e, em particular, as relacionadas à saúde das mulheres e crianças. Essas foram etapas fundamentais para a compreensão desse legado e reconhecimento dos desafios ainda presentes na nossa sociedade, que permanecem como tarefa do dia a dia no País, em cada estado, município e no Distrito Federal.

Com a instituição do SUS, ocorreram mudanças significativas na assistência à saúde, com nova forma de organização da rede de serviços, que passou a ser definida por níveis de complexidade tecnológica crescente e a responsabilidade de assistir a uma população delimitada geograficamente. A utilização dos recursos e competências relativas às ações e aos serviços de saúde foi descentralizada, garantindo acesso a bens e serviços aos grupos populacionais mais vulneráveis, entre eles as mulheres e crianças.

Contextos Demográfico, Social e Econômico

Segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) do Ministério da Saúde (MS), nascem, a cada ano, cerca de 3 milhões de crianças e, de acordo com o Censo Demográfico de 2010 realizado pelo IBGE, 28 milhões de crianças de zero a 9 anos viviam no Brasil, sendo mais da metade crianças de 5 a 9 anos (MAGALHÃES, 2011). Apesar de esse contingente estar declinando desde 2003, projeções realizadas pelo IBGE indicam que, na próxima década, a população de zero a 5 anos permanecerá superior a 15 milhões (PAES DE BARROS *et al.*, 2010).

O desafio que se apresenta à sociedade brasileira para esse público é plural, tanto em função das condições de vida e das limitações de oportunidades para as crianças e suas famílias, especialmente na primeira infância, quanto em relação às demandas por serviços públicos.

A desigualdade entre grupos socioeconômicos ao acesso adequado à água e ao saneamento ainda é significativa, embora avanços expressivos venham acontecendo ao longo da última década. A maioria das crianças de famílias em situação de vulnerabilidade social não tem acesso à água tratada e ao esgoto, enquanto “apenas 10% das crianças em famílias não vulneráveis não têm acesso a um destes serviços”. Houve importante avanço neste aspecto: o percentual de “crianças de zero a 5 anos em domicílios sem acesso adequado a água ou ao saneamento era 20 vezes maior para as famílias vulneráveis em 1996, e em 2006 esta razão diminuiu à metade” (PAES DE BARROS *et al.*, 2010, p. 22).

O aumento da esperança de vida ao nascer é considerado uma das maiores conquistas sociais das últimas décadas, acompanhada da queda acentuada na mortalidade de todos os grupos etários, assim como da taxa de fecundidade que passou de 6,1 filhos por mulher em 1960 para 1,9 em 2010 (IBGE, 2012).

Igualmente, a escolaridade materna é fator determinante para a sobrevivência infantil. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), de 2006, aproximadamente 20% das mulheres em idade fértil completaram até a quarta série do ensino fundamental e, destas, 50% tinham o ensino fundamental completo, enquanto que na PNDS de 1996 eram apenas 30% (BRASIL; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009, p. 59). Nesse contexto, artigos mais recentes da revista científica inglesa *The Lancet*, sinalizou aumento de anos de estudo na escolaridade materna com impacto direto na redução da mortalidade infantil.

Políticas e Programas de Saúde Voltados à Criança Brasileira

Nas primeiras décadas do século XX os programas nacionais eram direcionados preferencialmente a grupos de risco e mais vulneráveis, gestantes e crianças, de alcance limitado e verticalizado. As primeiras iniciativas, mais sistematizadas, de programas direcionados à criança ocorreram no final dos anos 60 quando foi criado o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), pela Divisão de Saúde Materno-Infantil (Dinsami), da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES), do Ministério da Saúde (MS) e implementado pelas Secretarias de Saúde (COSTA, 1999). O PSMI, tipicamente direcionado ao cuidado de grupo populacional vulnerável, coexistia com outros programas destinados ao controle de patologias, sem a consequente e necessária articulação entre as suas ações estratégicas.

No entanto, a partir dos anos 70, iniciaram-se discussões sobre a universalização do cuidado no âmbito internacional, incentivadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). A elevada morbidade e mortalidade de crianças por doenças imunopreveníveis e a disponibilidade de tecnologias custo-efetivas foi determinante na proposição dos organismos internacionais, com marcos como a Declaração de Alma-Ata, de 1978.

No Brasil, nestas duas décadas que antecederam a Constituição Federal de 1988, foram adotadas importantes iniciativas para a melhoria da saúde e redução da mortalidade infantil e na infância, entre as quais se destaca o Programa Nacional de Imunizações (PNI), instituído em 1973, com a ampliação da cobertura vacinal média da população, em especial das crianças. Em 1981 o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pniam), para induzir um conjunto de ações relacionadas à promoção, à proteção e ao apoio ao aleitamento materno.

Na sequência, em 1984, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (Paisc), que priorizava as crianças pertencentes a grupos de risco, ao mesmo tempo em que buscava qualificar a assistência, aumentar a cobertura dos serviços de saúde e incentivar as ações de promoção da saúde de forma integral. Foi, sem dúvida, um grande marco para o desenvolvimento da saúde da criança em muitos aspectos.

Nos anos 90, a proposta do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) como estratégia para viabilizar a estruturação dos serviços de Atenção Básica nos municípios foi decisiva na interiorização de algumas categorias profissionais e na ampliação do acesso aos serviços de saúde, com influência direta sobre a saúde infantil. Contudo, apesar dos esforços, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) no País apresentava-se elevada e evidenciava as desigualdades regionais e mesmo entre grupos populacionais. O Ministério da Saúde lançou então, em 1995, o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) que tinha como objetivo a intensificação dos diversos programas governamentais, promovendo a articulação intersetorial com instituições internacionais, tais como Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e Opas, organizações não-governamentais, sociedades científicas, conselhos de secretários de saúde e a sociedade civil.

Nesse período, houve a incorporação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi), apresentada ao Brasil em 1997 pela OMS, que propunha uma nova forma de oferta de assistência à criança, abordando, de forma simultânea e integrada, o conjunto de doenças de maior prevalência na infância, propondo a sistematização do atendimento clínico e integração de ações curativas com medidas preventivas e de promoção à saúde. Seu principal objetivo era reduzir as taxas de morbimortalidade por desnutrição, diarreias, pneumonias, malária e sarampo, além das dificuldades de acesso ao registro de nascimento. Essa estratégia foi iniciada considerando as diferentes realidades epidemiológicas nos municípios com elevadas TMI e que tinham o Pacs, o PSF e o PRMI em desenvolvimento.

Por ocasião da Declaração do Milênio das Nações Unidas, a partir do ano 2000 foram intensificadas algumas ações para a saúde da criança que tinha por meta a redução de desigualdades nos campos de educação, igualdade de gênero, meio ambiente, renda e saúde em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. O quarto objetivo do milênio que previa a redução em dois terços da mortalidade de crianças menores de 5 anos (ano de referência – 1990), foi alcançado pelo Brasil já em 2012 com três anos de antecedência e com uma das maiores reduções do mundo.

Em 2004 foi lançado o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, como instrumento para a busca de soluções sustentáveis e garantia de correspondência governamental e da sociedade no que tange à mortalidade infantil e materna.

Em 2005, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil, com o objetivo de apoiar a organização de uma rede única integrada de assistência à criança, identificando as principais diretrizes a serem seguidas pelas instâncias estaduais e municipais.

Em 2006, a redução da mortalidade infantil como política de governo foi ratificada ao ser incluída entre as prioridades operacionais do Pacto pela Vida, e, dois anos depois, o “Mais Saúde: Direito de Todos”, criou as condições para articular a estratégia “Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional”, visando ao desenvolvimento integral da criança, com foco especial na Primeira Infância (BRASIL, 2009c; MENDES, 2012).

Em 2009, o Programa “Compromisso Mais Nordeste e Mais Amazônia Legal pela Cidadania” foi desenvolvido para minimizar as desigualdades regionais, tendo como meta reduzir em 5% ao ano as taxas de mortalidade neonatal e infantil em 256 municípios prioritários.

A ampliação do acesso à Atenção Básica no Brasil e a incorporação da filosofia do País na atenção à saúde da criança foram aspectos decisivos para o avanço nos indicadores assistenciais e da situação de saúde das crianças brasileiras. As ações programáticas relacionadas à imunização, à promoção, à proteção e ao apoio ao aleitamento materno, ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento e à prevenção e controle das doenças diarreicas e respiratórias são as expressões de ações perenes ao longo das últimas décadas.

As ações de imunização merecem destaque pela importante contribuição para a redução da Mortalidade Infantil e na Infância. O Programa Nacional de Imunização (PNI), que em 2018 completará 45 anos, vem tendo resultados expressivos na oferta de vacinas para prevenir doenças prevalentes na infância. O Brasil alcançou a erradicação da poliomielite e da varíola, e a eliminação da circulação do vírus autóctone do sarampo, desde 2000, e da rubéola, desde 2009. Também foi registrada queda acentuada nos casos e incidência das doenças imunopreveníveis, como as meningites por meningococos, difteria, tétano neonatal, entre outras.

Na mesma direção, o Brasil possui estratégia potente de promoção, de proteção e de apoio ao aleitamento materno, que envolve ampla engrenagem de ações desenvolvidas em unidades hospitalares e da Atenção Básica à saúde. São exemplos dessas ações que vêm em processo de ampliação ao longo dos anos: a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Ihac), os Bancos de Leite Humano (BLH) e os Postos de Coleta de Leite Humano. Outra intervenção, direcionada à Atenção Básica é a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde – “Estratégia Amamenta Alimenta Brasil” (EAAB), instituída pela Portaria n.º 1.920, de 5 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013f). A EAAB busca promover, proteger e apoiar a amamentação por 2 anos de idade ou mais, sendo de forma exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e complementada com alimentos saudáveis a partir dos 6 meses.

A essas intervenções se agregam ações de mobilização social, como a comemoração nacional da Semana Mundial da Amamentação (Smam), e um extenso conjunto de leis de proteção ao aleitamento, a exemplos do Programa Empresa Cidadã, instituído pela Lei n.º 11.770, de 9 de setembro de 2008, regulamentado pelo Decreto n.º 7.052, de 23 de dezembro de 2009, que prorroga por 60 dias a duração da licença-maternidade, e a Lei n.º 13.257, de 8 de março de 2016, que prorroga para 15 dias a duração da licença-paternidade (Lei n.º 13.257/2016), a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para lactentes, crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (Nbcac) e a Lei n.º 11.265, de 3 de janeiro de 2006 (BRASIL, 2006c), regulamentada pelo Decreto n.º 8.552, de 3 de novembro de 2015, que estabelece critérios para a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, além de produtos de puericultura correlatos.

Desde 2000, identificou-se a necessidade de maior investimento e foco na organização e na qualificação da atenção obstétrica e neonatal, considerando-se o aumento do impacto do componente neonatal na mortalidade infantil na última década. Neste ano, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) instituiu a organização regionalizada e integral da atenção à saúde da gestante desde o pré-natal até o parto e o pós-parto, com referenciamento e integração para a continuidade do cuidado. Incentivou ainda a qualificação e a humanização da atenção ao parto e ao recém-nascido, considerando os direitos da mulher e da criança, e a possibilidade de impacto na redução da mortalidade materna e neonatal, que ocorre em grande proporção nas primeiras 48 horas após o parto, com 25% das mortes infantis nas primeiras 24 horas de vida.

Ainda neste sentido e buscando a qualificação do cuidado neonatal, também no ano 2000, foi publicada a Portaria GM/MS n.º 693, de 5 de julho de 2000, instituindo a Norma de Orientação para a implantação do Método Canguru, destinado a promover a “Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso”, que, em 2007, seria atualizada e substituída pela Portaria GM/MS n.º 1.683, de 12 de julho de 2007 (BRASIL, 2007a). Inaugurava-se ali uma política pública que, mais do que estimular a posição do bebê junto ao peito de sua mãe e/ou de seu pai, iria se disseminar vertiginosamente por Unidades Neonatais de maternidades de todo o País, promovendo um conjunto de práticas de atenção neonatal humanizadas que, pouco a pouco, consolidariam-se com evidências científicas pela obtenção de uma série de benefícios, entre os quais a promoção de melhores taxas de aleitamento materno e o fortalecimento do vínculo mãe-bebê.

O Brasil ainda possui o desafio de diminuir a mortalidade neonatal (bebês até 28 dias de vida), sendo que a precoce (bebês com até 7 dias de vida) representa de 60% a 70% da mortalidade infantil e 25% destas mortes ocorrem no primeiro dia de vida. Em que pese todo investimento em políticas públicas nos últimos anos, a taxa de mortalidade neonatal vem caindo em menor velocidade quando comparada à mortalidade infantil pós-neonatal, especialmente nos estados das Regiões Norte e Nordeste. Deste modo, O Ministério da Saúde apresentou, em 2017, a “Estratégia QualiNEO (EQN)” que integra ações inseridas na Pnaisc, as quais ofertam qualificação da assistência aos recém-nascidos em consonância com três eixos da Pnaisc, I, II e VII – recepção do recém-nascido no local de nascimento, implementação das boas práticas (Contato pele a pele, amamentação na primeira hora, clampeamento do cordão em tempo oportuno e a garantia do acompanhante), triagens, Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Ihac), Método Canguru, Reanimação e Transporte Neonatal, prevenção e investigação do óbito infantil.

Outro movimento voltado para a organização de serviços e qualificação da atenção e do cuidado da criança em situação de violências foi a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências” (BRASIL, 2010d), com diretrizes e orientações, para gestores e profissionais de saúde, sobre promoção da saúde e prevenção de violências, numa lógica de continuidade do cuidado que perpassa o acolhimento, o atendimento, a notificação e o seguimento em rede, buscando integração com profissionais da rede da Assistência Social, Educação, Conselho Tutelar entre outros, com o objetivo de assegurar não apenas o cuidado e a atenção em saúde, mas também a proteção e a defesa dos direitos da criança.

Em 2011, foi criada a Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, denominada Rede Cegonha (Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011), com o objetivo de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

A Rede Cegonha (RC) previu aporte de recursos de investimento para reforma de maternidades e custeio para a reorganização da atenção obstétrica e neonatal regionalizada e hierarquizada, propiciando ambiência adequada e apoio assistencial multiprofissional com o intuito de favorecer a fisiologia do parto e nascimento e incentivo ao parto normal.

Considerando as evidências científicas e o respeito aos direitos da mulher e da criança no parto e nascimento, a RC contemplou novo modelo de atenção de modo a valorizar o protagonismo feminino e a participação do pai, além de promover segurança, proteção e promoção da saúde materna e infantil. Também foram considerados o controle social e a prevenção dos efeitos de intervenções desnecessárias ao parto e ao recém-nascido, e a vinculação mãe e filho, revalorizando assim o nascimento como momento singular da mulher, do bebê, dos membros da família e da comunidade que influenciam na sobrevivência e na qualidade de vida, com repercussões imediatas e futuras para a criança (BRASIL, 2011a).

As propostas em curso, de fomento aos Centros de Parto Normal e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (BRASIL, 2015), reforçam a implementação de modelo de atenção adequado para atender às necessidades da população. Espera-se, com isso, superar o paradoxo perinatal brasileiro (DINIZ; D'OLIVIERA; LANSKY, 2012) e reverter a situação de taxas elevadas de mortalidade materna, fetal e infantil, preveníveis pela atenção à saúde, apesar de 98% dos partos serem hospitalares e 88% atendidos por profissionais capacitados, segundo dados da PNDS 2006 (BRASIL; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009).

No âmbito do Programa Bolsa Família, uma ação federal intersetorial, denominada Brasil Carinhoso, ampliou benefícios para a superação da extrema pobreza na primeira infância de famílias tendo em sua composição crianças de zero a 6 anos. Essa iniciativa do governo reuniu um conjunto de ações articuladas entre os Ministérios da Saúde, Educação e Assistência Social no sentido de fomentar as ações de Desenvolvimento Integral para a Primeira Infância (BRASIL, 2012j).

O SUS trouxe muitos avanços nas políticas públicas sociais do Brasil, especialmente para a saúde da criança. No entanto, ainda existem demandas de qualificação nessa linha de cuidado, e é neste sentido que o País tem inovado, tanto em aspectos normativos quanto na implementação de programas e ações específicas. Os desafios que se descortinam são grandiosos e complexos e requerem, além de compromisso e determinação, o envolvimento não só do poder público, mas de toda sociedade.

Situação de Saúde da Criança Brasileira

As mudanças que ocorreram nos determinantes sociais da saúde no País e as importantes ações governamentais descritas anteriormente tiveram impacto favorável em vários indicadores de saúde da criança, especialmente na mortalidade infantil.

Estimativas indiretas revelam um leve declínio da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) entre as décadas de 1930 e 1970, de 162 para 115 por mil nascidos vivos (NVs), com queda em torno de 1% ao ano (BRASIL; IBGE, 2010; VICTORA *et al.*, 2011). Nos anos 1970, a redução anual da mortalidade infantil foi de 3,2% alcançando 83/1.000 NVs em 1980. A redução anual da TMI foi de 5,5% nas décadas de 1980 e 1990. No período entre 1990 e 2012 o País obteve mais uma diminuição expressiva na mortalidade infantil, passando de 47,1 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 14,6 em 2012, diminuição de aproximadamente 70%. Essa queda se deu em todas as regiões brasileiras, com destaque para o Nordeste, cuja taxa, em 1990, situava-se muito acima das demais, alcançando 75,8 óbitos por mil nascidos vivos, e em 2012 sofreu queda para 17,1, menor que da Região Norte, estimada em 19,5 (BRASIL, 2014k).

Quanto à taxa de mortalidade na infância (<5 anos) houve diminuição de 53,7 em 1990 para 16,9 em 2012. Com isso, o Brasil ultrapassou, com três anos de antecedência, a meta n.º 4 estabelecida nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), que era uma TMI de 17,9 até 2015. As evidências têm demonstrado que as principais estratégias que contribuíram para essa redução foram a ampliação do acesso à vacinação, das taxas de aleitamento materno, do nível de escolaridade da mãe, da cobertura da Atenção Básica à saúde/saúde da família, e, na última década, o Programa Bolsa Família, levando à diminuição da pobreza e, com suas condicionalidades, induzindo maior utilização da atenção básica à saúde pelas famílias, entre outras (RASELLA *et al.*, 2013).

Entretanto, persistem importantes desigualdades regionais, com riscos mais elevados de morte nas populações mais pobres e nas Regiões Norte e Nordeste do País, com taxas de 19,9/1.000 NVs e 18/1.000 NVs, respectivamente, em 2011. A Região Nordeste alcançou a maior redução nesse período (50%) e a Norte é a região com a mais elevada TMI do País (19,9/1.000 NVs) (BRASIL, 2014k).

Desde a década de 90 as afecções perinatais são o principal grupo de causas de mortes em menores de 1 ano, e as principais causas de óbito são, pela ordem, a prematuridade, a malformação congênita, as infecções perinatais e a asfixia intra-parto (FRANÇA; LANSKY, 2009; FRANÇA *et al.*, 2012; BRASIL, 2013p).

Cerca de 70% dos óbitos infantis são de recém-nascidos prematuros e de baixo peso ao nascer, apontando para a necessidade de investimento no acesso e na atenção à gestação de alto risco e para o recém-nascido de alto risco. Por outro lado, cerca de 30% dos óbitos são evitáveis por ações de prevenção das infecções e da prematuridade no pré-natal, bem como da prematuridade iatrogênica e asfixia durante a assistência ao parto (LANSKY *et al.*, 2014). A maioria absoluta dos óbitos ocorre em serviços de saúde, assim como os partos, apontando que o desafio principal para o País é a qualificação da atenção oportuna ao nascimento para maiores avanços na redução da mortalidade infantil.

A mortalidade de crianças por causas externas (acidentes e violências) vem se destacando desde 2008 e configura-se como a primeira causa de morte de crianças entre 1 e 9 anos de idade, sendo os acidentes de transporte terrestre, o afogamento e a submersão acidental as principais causas de morte (BRASIL, 2009e).

Novos desafios contemporâneos apresentam-se para o avanço na redução da mortalidade infantil, como a tendência de aumento do baixo peso ao nascer e da prematuridade (idade gestacional menor que 37 semanas) no País, a principal causa de morte no primeiro ano de vida. Estudos brasileiros apontam a prevalência de prematuridade de 11,5%, cerca de 50% maior que a de países como a Inglaterra e País de Gales. As mesmas pesquisas apontam a contribuição das cesarianas agendadas (“eletivas”) para o aumento dos nascimentos pré-termo e também de nascimento de bebês com 37 ou 38 semanas gestacionais (termo precoce) em nosso meio, que apesar de não serem considerados prematuros poderiam ganhar mais peso e maturidade se tivessem a oportunidade de alcançar 39 semanas ou mais de gestação, tendo, portanto, maior risco de internação em UTI por problemas respiratórios ou outros (BETTIOL *et al.*, 2000; SILVA *et al.*, 2001; VICTORA *et al.*, 2011; SANTOS *et al.*, 2008; LANSKY *et al.*, 2014).

A tendência crescente de cesariana como a via predominante de nascimento (56,7% do total de partos do Brasil em 2012), segundo dados do Sinan/DATASUS/2015, deve, portanto, alertar sobre esses e outros riscos adicionais, com efeitos deletérios imediatos e futuros sobre a saúde da criança, uma vez que, segundo evidências da Epigenética, há maior risco de obesidade e doenças crônicas na infância e vida adulta para os bebês nascidos por meio de cesariana (BRASIL, 2013a; GOLDANI *et al.*, 2013; SEVELSTED *et al.*, 2015).

Em relação aos indicadores nutricionais houve redução substancial na prevalência de déficit de altura para a idade, de 37,1% em 1974-75 para 7,1% em 2006-07 (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1977; BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997; BRASIL; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009), com redução também nas desigualdades socioeconômicas (VICTORA *et al.*, 2011). Outro indicador de desnutrição, o déficit de peso para a idade reduziu de 5,6% em 1989 para 2,2% em 2006-07 (MONTEIRO *et al.*, 2009). Por outro lado, houve aumento do sobrepeso de 11% para 35% entre os meninos e 7% para 32% entre as meninas de 5 a 9 anos de idade. Da mesma forma, a obesidade passou de 3% para 17% entre meninos e de 2% para 12% entre meninas na mesma faixa etária, apontando para importante mudança nos padrões de nutrição infantil no País (FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 1977; BRASIL; IBGE, 2011; LEÃO *et al.*, 1992; BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997; BRASIL; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009).

A anemia ferropriva, outro problema nutricional de grande magnitude na população infantil, apresenta prevalências variando de 30% a 70%, dependendo da região e estrato socioeconômico (MONTEIRO; SZARFARC; MONDINI, 2000; OSÓRIO; LIRA; ASHWORTH, 2004; SPINELLI *et al.*, 2005; ASSUNÇÃO *et al.*, 2007).

Importante fato neste campo é que o Brasil saiu do Mapa Mundial da Fome, em 2014, segundo relatório global da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), ou seja, a Prevalência de Subalimentação atingiu no País nível menor que 5% (<http://www.fao.org/3/a-i4030e.pdf>).

Houve tendência de aumento da amamentação nas três últimas décadas. No tocante à duração mediana da amamentação (VENANCIO; MONTEIRO, 1998), neste período houve sucessivos aumentos desta taxa: de 2,5 para 5,5 meses entre 1974 e 1989 (ENDEF) (PNSN), para 7 meses, em 1996 e finalmente para 14 meses,

em 2006. As Pesquisas de Prevalência do Aleitamento Materno (PPAM) nas capitais brasileiras e no DF, realizadas em campanhas de multivacinação em 1999 e 2008, mostraram também aumento da prevalência da amamentação exclusiva em menores de 4 meses (de 35,6% para 51%) e da duração mediana da amamentação (de 10 para 11,2 meses) (BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL, 1997; BRASIL; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009; VENANCIO, 2010).

A amamentação na primeira hora de vida merece destaque, em função de seu impacto sobre a redução da mortalidade neonatal. Dados da II PPAM/2008 apontaram que 68% das crianças brasileiras tiveram a oportunidade de mamar na primeira hora de vida (BRASIL, 2009d). Por outro lado, dados da Pesquisa Nascer no Brasil mostraram que, apesar de o contato pele a pele relatado pelas mães ter sido em torno de apenas 28% em todo o Brasil, as taxas de amamentação na sala de parto foram ainda mais baixas, variando de 11,5% a 22,4% entre as regiões (MOREIRA, M. E. L. *et al.*, 2014). Trata-se de indicador importante, pois as evidências mostram que essa prática pode reduzir em até 22% os óbitos neonatais (EDMOND *et al.*, 2006).

Os desafios do Brasil para melhoria dos indicadores de saúde da criança, em especial à mortalidade infantil, ganham novos horizontes a partir de setembro de 2015, com a Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, na qual todos os 193 países membros pactuaram 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2015-2030, com 169 metas, para sucederem os desafios dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Em seu Objetivo 3, meta 2 é apontado:

Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de cinco anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos.

Apesar de os indicadores atuais do Brasil já serem melhores que os padrões propostos para o mundo, fica clara a meta do País de perseguir o desafio de acabar com toda e qualquer morte evitável de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015).

Atenção Integral à Saúde da Criança

O reconhecimento de que a criança é prioridade e que ela se constitui no grupo mais vulnerável da humanidade dá suporte à importância da atenção integral à sua saúde, pelos impactos potenciais no presente e no futuro. A absoluta dependência dos adultos, seja no âmbito das famílias ou da sociedade, de forma mais ampla, e o fundamental interesse em garantir o desenvolvimento adequado de gerações futuras, com indivíduos mais saudáveis e socialmente adaptados, explicam, em parte, porque as políticas que priorizam a atenção às crianças se constituem, frequentemente, em políticas de consenso.

A perspectiva de atenção integral é exigente e pressupõe vínculos muito bem estabelecidos entre a criança, o cuidador/família e o profissional responsável. Nesse sentido, fala-se em corresponsabilização como um dos princípios fundamentais desta abordagem. A opção de atuação em linhas de cuidado contempla uma visão global das dimensões da vida, numa perspectiva de integração de experiências, em que se inclui a articulação do trabalho em rede e das práticas dos profissionais que compõem uma equipe, tomada também como fator determinante de saúde. Assim, é importante a organização de ações e serviços para a criança e sua família, articulados com a rede de atenção à saúde como potencializadora dos recursos disponíveis para oferecer a resposta mais adequada, completa e resolutive à sua necessidade, garantindo a continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção, diagnóstico, tratamento e de reabilitação, com fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção até a recuperação completa da criança (BRASIL, 2005a).

Ressalta-se, assim, que o cuidado em saúde demanda um olhar da criança por inteiro, numa postura acolhedora com escuta atenta e qualificada, com o cuidado singularizado e o estabelecimento de vínculo de forma implicada. Pressupõe uma visão global das dimensões da vida que possibilitem respostas também mais globais, fruto de um trabalho em equipe com múltiplos olhares. Da mesma maneira, é necessário um esforço de integração da rede de cuidado e de proteção, potencializando os recursos disponíveis para a efetivação dos direitos da criança e seu grupo familiar.

Oferecer atenção integral à criança significa prover todos os serviços necessários, capazes de responder resolutivamente às demandas específicas de sua saúde, sejam eles no contexto da Atenção Básica, de apoio diagnóstico, ou na atenção especializada ambulatorial e hospitalar, na atenção à urgência e emergência, nos serviços especializados e internação hospitalar. Associa-se a isso as questões relacionadas

à vigilância à saúde, expressas nas atividades de vigilância epidemiológica e nas diversas formas de ações intersetoriais, e que resultam em produção de saúde (BRASIL, 2005a).

A Pnaisc incorpora em suas ações a prática de cuidado integral, especialmente na Primeira Infância (crianças até completar 6 anos de idade). Isto ocorre pela relevância atribuída por inúmeras áreas do conhecimento, como a Biologia, a Psicologia, a Psicanálise e as Neurociências, entre outras contribuições, em interação com o saber e as práticas de saúde, de que as crianças precisam de um ambiente favorável ao seu crescimento e amadurecimento, que permita, junto ao seu potencial genético, o desenvolvimento pleno de suas capacidades e habilidades motoras, cognitivas e socioafetivas. Os primeiros anos de vida são aqueles em que melhor se pode estimular o desenvolvimento global do indivíduo, especialmente devido à sua plasticidade cerebral. A imaturidade, inclusive imunológica, associada a condições de vida desfavoráveis, relacionadas à ausência de saneamento básico, de segurança alimentar e nutricional, de situações de violência intrafamiliar, de baixa escolaridade materna, além de condições específicas das populações vulneráveis, baixo acesso e qualidade dos serviços de saúde, educação e assistência social, entre outros, são determinantes não apenas de maior morbidade e mortalidade, tanto infantil quanto na infância, mas de riscos ao pleno desenvolvimento destas crianças. A qualificação da vida e o usufruto pleno das potencialidades de brasileiras e brasileiros é ponto fundamental desta política que considera a família, a comunidade, a sociedade em geral e o poder público responsáveis pela efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à educação, ao lazer, à convivência familiar e comunitária com proteção, à participação, ao respeito e à liberdade.

A determinação social de saúde, incluindo seus aspectos afetivos e emocionais, constituídos e constituintes de um ambiente facilitador à vida, são as bases para a construção desta política pública, que visa ao enfrentamento das iniquidades, indicando linhas de cuidado com seguimento em rede, em todas as suas dimensões. É a partir do cuidado que o sujeito se coloca em condição para a existência, ou seja, o orientador prévio das ações dos seres humanos na missão de cuidadores uns dos outros, do planeta e da vida, garantindo sua sustentabilidade (BOFF, 2012). O cuidado é, então, princípio fundamental para o desenvolvimento e para a construção dos vínculos entre todos os envolvidos na produção de saúde e cidadania (PENELLO, 2013). Esta é a perspectiva com a qual se compreende no âmbito desta política a integralidade da atenção à saúde da criança: só o cuidado essencial estabelece com clareza a relação entre o desenvolvimento sustentável de um País e o desenvolvimento de cada um dos seus cidadãos.

Esta concepção de crescimento e desenvolvimento pessoal implica vinculação estreita de cada cidadão com seu ambiente familiar e social e traz o desafio para as políticas públicas que almejam a integralidade da atenção, iniciando na infância. Reconhece a importância das redes de cuidado e de proteção social e os fatores determinantes de saúde, vulnerabilidade e riscos que impactam no desenvolvimento e qualidade de vida da criança, incluindo, portanto, seu cuidador. A escuta atenta e o olhar acolhedor do profissional deve ser dirigido a ambos e ao vínculo estabelecido entre eles. Isto significa, também, a observação apurada dos caminhos de autonomia e busca que a criança vai construindo de diferenciação rumo à independência do meio, trazendo para si, como um cidadão de direitos, essa nova perspectiva, em que não apenas o adulto que o acompanha seja ouvido e atendido. Ela mesma, criança, deverá se pronunciar à medida que suas aquisições linguísticas e manifestações psicomotoras seguirem seu caminho de desenvolvimento pleno, para obter retorno adequado às suas questões.

A sobrevivência na infância avançou ainda mais no Brasil com a integração intersetorial e a articulação de políticas públicas universais fundamentais, como a representada pela relação de sinergia entre o Programa Bolsa Família com a Atenção Básica à Saúde do SUS, que acelerou a redução da mortalidade infantil, principalmente no Nordeste do País, reduzindo as desigualdades regionais na oportunidade de viver (RASELLA *et al.*, 2013).

O investimento nos primeiros anos de vida possibilitará a redução das desigualdades em saúde no espaço de uma geração, com impacto positivo no desenvolvimento físico, socioemocional e linguístico-cognitivo, uma vez que favorece a aquisição de competências, a educação e as oportunidades de trabalho e a melhoria na saúde e qualidade de vida das pessoas (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Hoje, o Brasil está diante de uma oportunidade ímpar ao pactuar, entre as três esferas de gestão do SUS, uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Criança, dentro deste Sistema de Saúde, ainda em consolidação, que se propõe universal, integral e com equidade, em parceria com as políticas intersetoriais de Assistência Social, Educação e Direitos Humanos, de se instrumentalizar para garantir mais que a sobrevivência de suas crianças, o seu desenvolvimento pleno e o respeito às suas diferenças explicitadas na multiplicidade das infâncias brasileiras.

Definição de Criança e Primeira Infância para a Pnaisc

Os direitos da criança estão consagrados na Constituição Federal de 1988 e reafirmados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que considera a criança, a pessoa até 12 anos incompletos, e o adolescente, a pessoa entre 12 e 18 anos de idade. A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) de 1989 considera a criança todo ser humano com menos de 18 anos de idade.

O Ministério da Saúde (MS), para efeitos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc), segue o conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera: “Criança” – pessoa na faixa etária de zero a 9 anos, ou seja, de zero até completar 10 anos ou 120 meses; “Primeira infância” – pessoa de zero a 5 anos, ou seja, de zero até completar 6 anos ou 72 meses (BRASIL, 2015b, art. 3º).

Essa definição da primeira infância está alinhada com o Marco Legal da Primeira Infância, Lei n.º 13.257, de 8 de março de 2016 (BRASIL, 2016).

Para atendimento em serviços de Pediatria no SUS, a Política abrange “crianças e adolescentes de zero a 15 anos, ou seja, até completarem 16 anos ou 192 meses, sendo este limite etário passível de alteração de acordo com as normas e rotinas do estabelecimento de saúde responsável pelo atendimento” (BRASIL, 2015b).

Trata-se de uma conquista para os adolescentes nos serviços de Pediatria da rede de saúde do País, pela possibilidade deles continuarem a usufruir do vínculo já construído com estes serviços e seus profissionais, especialmente quando se trata de adolescentes com doenças crônicas. A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) define como campo de atuação do pediatra o ser humano entre zero e 20 anos. No entanto, considerando que não existiam parâmetros definidos pelo MS anteriormente, entendeu-se que, no atual momento, diante do perfil de formação dos pediatras e da estrutura dos serviços pediátricos do País, não seria viável responsabilizá-los por faixa etária a partir de 16 anos (BRASIL, 2016a).

Essa decisão ocorreu após ampla discussão, no processo de formulação e na pactuação da política, com os gestores das três esferas de gestão do SUS, representados pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Também foi objeto de negociação nos conselhos com representação da sociedade civil, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda).

OBJETIVO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, tem por objetivo:



Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015b, art. 2º).

PRINCÍPIOS

Esta Política é orientada pelos seguintes princípios:



1. Direito à vida e à saúde
2. Prioridade absoluta da criança
3. Acesso universal à saúde
4. Integralidade do cuidado
5. Equidade em saúde
6. Ambiente facilitador à vida
7. Humanização da atenção
8. Gestão participativa e controle social

- 1) **Direito à vida e à saúde** – Princípio fundamental garantido mediante o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção integral e recuperação da saúde, por meio da efetivação de políticas públicas que permitam o nascimento, crescimento e desenvolvimento sadios e harmoniosos, em condições dignas de existência, livre de qualquer forma de violência (BRASIL, 1988; 1990b).
- 2) **Prioridade absoluta da criança** – Princípio constitucional que compreende a primazia da criança de receber proteção e cuidado em quaisquer circunstâncias, ter precedência de atendimento nos serviços de saúde e preferência nas políticas sociais e em toda a rede de cuidado e de proteção social existente no território, assim como a destinação privilegiada de recursos em todas as políticas públicas (BRASIL, 1988; 1990b).
- 3) **Acesso universal à saúde** – Direito de toda criança receber atenção e cuidado necessários e dever da política de saúde, por meio dos equipamentos de saúde, de atender às demandas da comunidade, propiciando o acolhimento, a escuta qualificada dos problemas e a avaliação com classificação de risco e vulnerabilidades sociais, propondo o cuidado singularizado e o encaminhamento responsável, quando necessário, para a rede de atenção (BRASIL, 2005a).
- 4) **Integralidade do cuidado** – Princípio do SUS que trata da atenção global da criança, contemplando todas as ações de promoção, de prevenção, de tratamento, de reabilitação e de cuidado, de modo a prover resposta satisfatória na produção do cuidado, não se restringindo apenas às demandas apresentadas. Compreende, ainda, a garantia de acesso a todos os níveis de atenção,

mediante a integração dos serviços, da Rede de Atenção à Saúde, coordenada pela Atenção Básica, com o acompanhamento de toda a trajetória da criança em uma rede de cuidados e proteção social, por meio de estratégias como linhas de cuidado e outras, envolvendo a família e as políticas sociais básicas no território (BRASIL, 2005a).

- 5) **Equidade em saúde** – Igualdade da atenção à saúde, sem privilégios ou preconceitos, mediante a definição de prioridades de ações e serviços de acordo com as demandas de cada um, com maior alocação dos recursos onde e para aqueles com maior necessidade. Dá-se por meio de mecanismo de indução de políticas ou programas para populações vulneráveis, em condição de iniquidades em saúde, por meio do diálogo entre governo e sociedade civil, envolvendo integrantes dos diversos órgãos e setores da Saúde, pesquisadores e lideranças de movimentos sociais (BRASIL, 2005a; BRASIL; CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2009).
- 6) **Ambiente facilitador à vida** – Princípio que se refere ao estabelecimento e à qualidade do vínculo entre criança e sua mãe/família/cuidadores e também destes com os profissionais que atuam em diferentes espaços que a criança percorre em seus territórios vivenciais para a conquista do desenvolvimento integral (PENELLO, 2013). Esse ambiente se constitui a partir da compreensão da relação entre indivíduo e sociedade, interagindo por um desenvolvimento permeado pelo cuidado essencial, abrangendo toda a comunidade em que vive. Este princípio é a nova mentalidade que aporta, sustenta e dá suporte à ação de todos os implicados na Atenção Integral à Saúde da Criança.
- 7) **Humanização da atenção** – Princípio que busca qualificar as práticas do cuidado, mediante soluções concretas para os problemas reais vividos no processo de produção de saúde, de forma criativa e inclusiva, com acolhimento, gestão participativa e cogestão, clínica ampliada, valorização do trabalhador, defesa dos direitos dos usuários e ambiência, estabelecimento de vínculos solidários entre humanos, valorização dos diferentes sujeitos implicados, desde etapas iniciais da vida, buscando a corresponsabilidade entre usuários, trabalhadores e gestores neste processo, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva, fomentando a transversalidade e a grupalidade, assumindo a relação indissociável entre atenção e gestão no cuidado em saúde (BRASIL, 2006a).

- 8) **Gestão participativa e controle social** – Preceito constitucional e um princípio do SUS, com o papel de fomentar a democracia representativa e criar as condições para o desenvolvimento da cidadania ativa. São canais institucionais, de diálogo social, as audiências públicas, as conferências e os conselhos de saúde em todas as esferas de governo que conferem à gestão do SUS realismo, transparência, comprometimento coletivo e efetividade dos resultados. No caso da saúde da criança, o Brasil possui um extenso leque de entidades da sociedade civil que militam pela causa da infância e do aleitamento materno e que podem potencializar a implementação deste princípio (BRASIL; CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2009; MARTINS, 2010).



DIRETRIZES

As diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc) devem ser observadas na elaboração dos planos, dos programas, dos projetos e das ações de saúde voltadas para a criança, a seguir:



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

(BRASIL, 2015b, art. 5º)

- 1) **Gestão interfederativa das ações de saúde da criança** – Fomento à gestão para implementação da Pnaisc, por meio da viabilização de parcerias e articulação interfederativa, com instrumentos necessários para fortalecer a convergência dela com os planos de saúde e os planos intersetoriais e específicos que dizem respeito à criança.
- 2) **Organização das ações e dos serviços em Redes de Atenção à Saúde** – Fomento e apoio à organização de ações e aos serviços da Rede de Atenção à Saúde, com a articulação de profissionais e serviços de saúde, mediante estratégias como o estabelecimento de linhas de cuidado, a troca de informações e saberes, a tomada horizontal de decisões, baseada na solidariedade e na colaboração, garantindo a continuidade do cuidado com a criança e a completa resolução dos problemas colocados, de forma a contribuir para a integralidade da atenção e a proteção da criança.
- 3) **Promoção da Saúde** – Reconhecimento da Promoção da Saúde como conjunto de estratégias e forma de produzir saúde na busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e saúde, com ações intrasetoriais e intersetoriais,

voltadas para o desenvolvimento da pessoa humana, do ambiente e hábitos de vida saudáveis e o enfrentamento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, envolvendo o trabalho em rede em todos os espaços de produção de saberes e práticas do cuidado nas dimensões individuais, coletivas e sociais (BRASIL, 2014h).

- 4) **Fomento à autonomia e corresponsabilidade da família** – Fomento à autonomia e corresponsabilidade da família, princípio constitucional, que deve ser estimulado e apoiado pelo poder público, com informações qualificadas sobre os principais problemas de saúde e orientações sobre o processo de educação dos filhos, o estabelecimento de limites educacionais sem violência e os cuidados com a criança, com especial foco nas etapas iniciais da vida, para a efetivação de seus direitos.
- 5) **Qualificação da força de trabalho** – Qualificação da força de trabalho para a prática de cuidado, da cogestão e da participação nos espaços de controle social, do trabalho em equipe e da articulação dos diversos saberes e intervenções dos profissionais, efetivando-se o trabalho solidário e compartilhado para produção de resposta qualificada às necessidades em saúde da família.
- 6) **Planejamento no desenvolvimento de ações** – Aperfeiçoamento das estratégias de planejamento na execução das ações da Pnaisc, a partir das evidências epidemiológicas, definição de indicadores e metas, com articulação necessária entre as diversas políticas sociais, iniciativas de setores e da comunidade, de forma a tornar mais efetivas as intervenções no território, que extrapolem as questões específicas de saúde.
- 7) **Incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento** – Incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento para o desenvolvimento de conhecimento com apoio à pesquisa, à inovação e à tecnologia no campo da Atenção Integral à Saúde da Criança, possibilitando a geração de evidências e instrumentos necessários para a implementação da Pnaisc, sempre respeitando a diversidade étnico-cultural, aplicada ao processo de formulação de políticas públicas.
- 8) **Monitoramento e avaliação** – Fortalecimento do monitoramento e avaliação das ações e das estratégias da Pnaisc, com aprimoramento permanente dos sistemas de informação e instrumentos de gestão, que garantam a verificação a qualquer tempo, em que medida os objetivos estão sendo alcançados, a que

custo, quais os processos ou efeitos (previstos ou não, desejáveis ou não), indicando novos rumos, mais efetividade e satisfação.

- 9) **Intersetorialidade** – Promoção de ações intersetoriais para a superação da fragmentação das políticas sociais no território, mediante a articulação entre agentes, setores e instituições para ampliar a interação, favorecendo espaços compartilhados de decisões, que gerem efeitos positivos na produção de saúde e de cidadania.



EIXOS ESTRATÉGICOS DA PNAISC

Os avanços no acesso universal às políticas de saúde para a população brasileira são inquestionáveis, porém a mortalidade infantil – notadamente o componente neonatal – e na infância persistem em níveis acima do aceitável, especialmente em algumas regiões do País. Além disso, novos desafios apresentam-se como resultante dos contextos de mudanças sociais, econômicas e demográficas, da transição epidemiológica, das situações de vulnerabilidades sociais, como os acidentes, as violências, os desastres e as calamidades, o acesso ao uso de álcool e drogas por crianças. Outro desafio é em relação ao reconhecimento e à afirmação dos direitos relacionados à diversidade cultural e especificidades de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, ciganas, população rural e das águas, crianças em situação de rua, em serviços de acolhimento, filhos e/ou filhas de mulheres no sistema prisional e crianças de famílias onde há situação de uso abusivo de álcool ou outras drogas. Ainda se colocam os desafios dos processos de medicalização da vida, desde o parto e nascimento, passando pela patologização das dificuldades escolares, de terceirização do cuidado com a criança, do *bullying* no ambiente escolar, entre outros.

Para superar tamanhos desafios e para qualificar a Atenção Integral à Saúde da Criança nesses contextos, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc) estrutura-se em sete eixos estratégicos, a seguir relacionados:



- Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido
- Aleitamento materno e alimentação complementar saudável
- Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral
- Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas
- Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz
- Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade
- Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno

(BRASIL, 2015b, art. 6º)

Esses eixos têm por finalidade orientar e qualificar as ações e os serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e dos riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças (BRASIL, 2015b).

O planejamento dos eixos estratégicos (Figura 1) contempla as principais questões que afetam a saúde da criança, abrangendo ações e estratégias de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos à saúde, ações de atenção integral e de reabilitação, da gestação ao nascimento, com base nos indicadores de mortalidade e de morbidade infantil e na infância, visando atender às especificidades do processo saúde-doença nas diversas fases da vida da criança.

Figura 1 – Eixos Estratégicos da Pnaisc



Fonte: autoria própria.



Eixo Estratégico I – Atenção Humanizada e Qualificada à Gestação, ao Parto, ao Nascimento e ao Recém-Nascido



Consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na Atenção Básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção (BRASIL, 2015b, art. 6º, item I).

A atenção integral à gestação, ao parto e ao nascimento inicia-se com a visão abrangente de saúde integral da mulher (Paism) e promoção da saúde sexual e reprodutiva, desde a adolescência. Enfoca a fisiologia, o protagonismo e autonomia da mulher neste processo, contrapondo-se à abordagem predominante de medicalização com intervenções excessivas e, muitas vezes, prejudiciais para a saúde da mulher e do bebê. Deve incluir situações especiais como atenção às mulheres em situação de violência, a prevenção e abordagem da gravidez não planejada e a de alto risco, a assistência à infertilidade e atenção diferenciada a situações de risco,

as doenças ou problemas com identificação e os tratamentos oportunos para prevenção de complicações (BRASIL, 1984).

A Rede de Atenção à Saúde Materna, Neonatal e Infantil (Rede Cegonha) tem por objetivo fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança (zero aos 24 meses); e organizar os pontos de atenção para a garantia do acesso, com acolhimento e resolutividade, com a finalidade de reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal, integrando a rede de atenção perinatal, com a definição das responsabilidades em todos os níveis de atenção, integração do cuidado da Atenção Básica com a Atenção Hospitalar, onde ocorre a absoluta maioria dos partos (BRASIL, 2000, 2011a; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009).

Após os avanços indiscutíveis na assistência e no acesso à tecnologia de atenção às complicações e urgências na gravidez de risco habitual e de alto risco, como as intervenções cirúrgicas, a reanimação neonatal e o cuidado intensivo, há necessidade de se aprimorar o cuidado cotidiano nos serviços de saúde. Propõem-se mudanças no modelo de atenção obstétrica e neonatal no País, buscando equilíbrio e prevenção de intervenções desnecessárias, assumindo-se que práticas sem recomendação técnica durante o trabalho de parto e nascimento podem contribuir para a persistência dos índices ainda elevados de morbidade e de efeitos adversos físicos e psíquicos, imediatos, de médio e longo prazo na vida da mulher e da criança, com prejuízo do seu pleno desenvolvimento. Repercutem ainda na satisfação das mulheres com a experiência do parto e nascimento, que apontam tratamento desrespeitoso e violência institucional, inclusive em relação a práticas desnecessárias realizadas com o bebê, como a sua separação da mãe logo após o nascimento (LEAL; GAMA, 2014).



A seguir, destacam-se as ações estratégicas do eixo de atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido:

- A prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis.
- A atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido no momento do nascimento, com capacitação dos profissionais de enfermagem e médicos para prevenção da asfixia neonatal e das parteiros tradicionais.
- A atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, com a utilização do “Método Canguru”.
- A qualificação da atenção neonatal na rede de saúde materna, neonatal e infantil, com especial atenção aos recém-nascidos graves ou potencialmente graves, internados em Unidade Neonatal, com cuidado progressivo entre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e a Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).
- A alta qualificada do recém-nascido da maternidade, com vinculação da dupla mãe-bebê à Atenção Básica, de forma precoce, para continuidade do cuidado, a exemplo da estratégia do “5º Dia de Saúde Integral”, que se traduz em um conjunto de ações de saúde essenciais a serem ofertadas para a mãe e bebê pela Atenção Básica à Saúde no primeiro contato após a alta da maternidade.
- O seguimento do recém-nascido de risco, após a alta da maternidade, de forma compartilhada entre a Atenção Especializada e a Atenção Básica.
- As triagens neonatais universais.

(BRASIL 2015b, art. 7º)

Organização da Rede e seus Pontos de Atenção e Cuidado

A Atenção Básica, especificamente a Estratégia Saúde da Família (ESF), é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde na atenção perinatal e coordenadora do cuidado. É essencialmente a partir da necessidade de atenção da população no território de responsabilidade que se organiza a rede de atenção perinatal, considerando-se a população local de gestantes, de nascidos vivos e a necessidade de serviços de Atenção Básica, especializada e hospitalar regionalizada. Em conformidade com o nível de complexidade para cada caso, de acordo com a Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), recomendações e protocolos nacionais e locais articulam-se com os demais níveis de atenção para o alcance de resposta efetiva (BRASIL, 2011a, 2012f).

A atenção pré-natal é realizada na Atenção Básica e a continuidade do cuidado até o parto deve ser mantida durante toda a gestação por esta equipe. Mais do que isso, este cuidado deve ser planejado e estruturado, uma vez que a gestante vai necessariamente demandar cuidados em outro nível de atenção à saúde, quando o parto acontece na Atenção Hospitalar na grande maioria das vezes. O parto é uma urgência prevista, que deve estar contemplada no planejamento da Atenção Básica e da rede local de saúde. Mesmo nos casos em que também é necessário o acompanhamento pré-natal de alto risco (Pnar), o acompanhamento na Atenção Básica deve ser mantido, com exames, vacinação e avaliação integral das necessidades da mulher, práticas educativas e monitoramento do cuidado.

Desde a atenção pré-natal, devem ser realizadas ações específicas para apoio à implementação das práticas baseadas em evidências e da legislação vigente, com a disseminação da informação adequada à gestante e aos familiares e fortalecimento do controle social, com o intuito de fomentar os direitos da mulher e da criança, de acesso à atenção humanizada ao parto e ao nascimento, promoção do nascimento saudável, do vínculo mãe e filho, dos laços familiares e sociais e do aleitamento materno.

A rede deve ser organizada de modo a garantir acesso e continuidade do cuidado, com referenciamento responsável, de acordo com o porte do município e organização regionalizada da assistência, contemplando:

- Acesso ao cuidado em todos os níveis de complexidade no pré-natal, parto e puerpério e atenção ao recém-nascido (RN), conforme a Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), contemplando tanto o baixo risco/risco habitual para gestante e RN saudáveis (85% a 90% dos casos), com foco na fisiologia do nascimento e humanização da atenção, bem como a atenção ao alto risco no pré-natal, parto e nascimento (10% a 15%) (BRASIL, 2013c, 2015a).
- Modelo multidisciplinar e colaborativo de atenção pré-natal, ao trabalho de parto, parto e nascimento, com inserção da enfermagem obstetra/obstetriz (HATEM *et al.*, 2009).
- Recursos humanos disponíveis e em constante processo de educação permanente, para acesso articulado e oportuno em todos os níveis de atenção considerando o cuidado individual, de educação e ações coletivas de saúde.
- Equipamentos, apoio propedêutico e terapêutico conforme regulamentação, protocolos e diretrizes nacionais (BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2008, 2014; BRASIL, 2001d).
- Acolhimento imediato da gestante para início oportuno do pré-natal, continuidade da atenção até o parto e acolhimento nas intercorrências na gravidez.

- Referência e contrarreferência para a gestante e recém-nascido nas intercorrências e urgências durante a gravidez, o parto e o pós-parto, com definição das atribuições de cada unidade da rede de atenção perinatal.
- Planejamento do local do parto: parto institucional, atenção ao parto domiciliar com rede de referenciamento oportuno e ao parto de alto risco, de forma a evitar a transferência do bebê após o nascimento.
- Regulação da rede de atenção perinatal, para ampliação de acesso e promoção de equidade: Central de Consultas Especializadas para Pnar e Central de Internação/Regulação, para suporte contínuo da gestante e do RN na rede de atenção.
- Transporte seguro, pré e inter-hospitalar para a mulher e a criança.
- Vaga Sempre: acolhimento imediato com garantia de atenção no primeiro ponto de atenção da rede, com avaliação e cuidado em tempo oportuno, independentemente do local da vinculação para o parto, conforme a Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), abolindo a peregrinação da gestante em trabalho de parto em busca de assistência e do RN com intercorrências após o nascimento (LANSKY; FIGUEIREDO, 2014).
- Classificação de risco (ACR), com avaliação imediata e priorização da assistência à gestante, à puérpera e ao recém-nascido (BRASIL; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013; BRASIL, 2011e).
- Gestão de leitos e cuidado centrado no usuário, com flexibilização dos processos assistenciais e revisão de rotinas burocratizadas, de modo a promover acesso sempre e evitar a banalização das transferências que adicionam riscos para a gestante em trabalho de parto e o bebê.
- Assistência da gestante, da puérpera e do RN durante o trabalho de parto e parto/nascimento por equipe multiprofissional (BRASIL, 2012b, 2014c).
- Humanização da assistência: cuidado individualizado centrado na pessoa, protagonismo da mulher e da família e respeito às suas escolhas; propiciar e estimular laços de proteção, vínculo, afeto, informação adequada e consentimento sobre os procedimentos a serem realizados.
- Promoção da fisiologia do parto normal e do nascimento saudável com utilização de tecnologia apropriada baseada em evidência e ação/intervenção oportuna apenas se necessário; evitar procedimentos sem respaldo técnico (jejum, tricotomia, enteroclistima, toques repetidos, ocitocina para aceleração do trabalho de parto, amniotomia, manipulação perineal, manobra de Kristeller, episiotomia).
- Ambiência adequada para favorecer conforto, respeito, dignidade e privacidade, presença do acompanhante da gestante, incentivo à livre movimentação e deambulação, livre posicionamento no parto, utilização de técnicas não farma-

cológicas para dor e analgesia no parto quando indicado; (BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2008, 2013).

- Incentivo e garantia do direito à acompanhante de livre escolha, de acordo com a Lei n.º 11.108, de 7 de abril 2005 (BRASIL, 2005f).
- Indicação precisa de cesariana, com consentimento da gestante.
- Promoção do contato pele a pele efetivo e início da amamentação na primeira hora após o parto; não separar mãe e bebê saudáveis – respeito ao período sensível (“primeira hora de ouro”), corte oportuno do cordão (1 a 3 min); não realizar procedimentos desnecessários na primeira hora de vida (exame físico, aspiração de vias aéreas, medidas antropométricas, banho, colírio e vitamina K) (BRASIL, 2011e, 2012a, 2014c; LEAL; GAMA, 2014).
- Alojamento conjunto desde o nascimento e garantia de cuidado para a mulher e o RN, de acordo com suas necessidades: em unidade neonatal (UTIN, UCINCo ou UCINCa), Casa da Gestante, Puérpera e Bebê; cuidados de alto risco e intensivo materno (BRASIL, 2012a, 2012b, 2013c, 2015a).
- Oferta da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, e cuidado ampliado ao recém-nascido e à sua família, desde a identificação da gravidez de risco, passando pela internação neonatal, estendendo-se até o domicílio. Esse método prioriza o contato pele a pele prolongado entre a mãe (ou pai) e seu recém-nascido, o mais precoce possível, facilitando a formação de vínculos, aumentando as taxas de aleitamento materno exclusivo e com uma série de outros benefícios (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2013i).
- Acompanhante em tempo integral para o recém-nascido internado, mesmo que em UTI Neonatal, conforme definido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990) e reiterado pela Portaria GM/MS n.º 930, de 10 de maio 2012, e também pela Portaria GM/MS n.º 1.153, de 22 de maio de 2014, da nova Iniciativa Hospital Amigo da Criança (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2012a).
- Imunização do recém-nascido com imunoglobulina anti-hepatite B ao RN de mãe HbsAg positiva; imunoglobulina anti-RH às mães de RN isoimunizados e o anticorpo monoclonal humanizado (Palivizumabe) para a prevenção do vírus sincicial respiratório (VSR) em prematuros com idade gestacional de até 28 semanas.
- Emissão do Registro Civil de Nascimento no momento da alta, dentro da maternidade, por meio de unidade interligada aos cartórios.
- Implementação da alta responsável na maternidade, para garantia da continuidade do cuidado, com entrega para a mãe da *Caderneta de Saúde da Criança*, com correto registro das condições de saúde da criança, desde o nascimento, e,

- se possível, já com agendamento do atendimento conjunto à dupla mãe-bebê na Atenção Básica, entre o 3º ao 5º dia de vida do RN (5º Dia de Saúde Integral);
- A alta da mãe e do recém-nascido pode ocorrer a partir de 24 horas de vida, desde que, por meio de Projeto Terapêutico Singular do binômio, identifique-se que estão cumpridos todos os critérios de saúde da puérpera, do RN, da amamentação, de garantia de continuidade do cuidado pela Atenção Básica e demais, elencados na Portaria n.º 2.068, de 21 de outubro de 2016, para considerá-la segura (BRASIL, 2016);
 - Acolhimento imediato do RN cuja família busca assistência por algum agravamento após a alta hospitalar, em qualquer ponto de atenção da rede (Atenção Básica, maternidade, urgências), com classificação de risco e pronto início da assistência;
 - Implantação de sistema de registro para o acompanhamento das gestantes, puérperas e RN, orientação para a busca ativa e planejamento da atenção de acordo com a necessidade, com ações de saúde e ações intersetoriais.

A Prevenção das transmissões vertical do HIV, STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, herpes simples) e do vírus zika

A transmissão vertical (da mãe para a criança durante a gravidez) destas doenças, bem como o tétano neonatal, merecem destaque como eventos-sentinelas, por refletirem problemas no sistema de saúde, em especial má qualidade do pré-natal na Atenção Básica, dado que existem ações de prevenção e controle ou tratamento, para esses agravos. Diante de uma ocorrência indesejável e prevenível como esta, a informação sobre cada caso deve retornar à equipe de Atenção Básica, retroalimentando as ações dos serviços, para se proceder a investigação e a avaliação crítica sobre as circunstâncias de sua ocorrência, de modo que as medidas pertinentes sejam tomadas, prevenindo-se novos casos.

As ações em doenças sexualmente transmissíveis/vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/HIV/aids) voltadas para gestantes e crianças têm conseguido diminuir significativamente o risco da transmissão vertical do HIV no País, graças a oferta de exames diagnósticos e quimioprofilaxia adequados durante a gestação, o parto e o puerpério.

Já em relação à transmissão vertical de sífilis persiste o desafio de qualificação e de agilização do diagnóstico e do tratamento em tempo oportuno da gestante e de seu parceiro, com o Brasil ainda mantendo índices inaceitavelmente elevados de bebês com sífilis congênita.

Toda gestante deve ser orientada, no pré-natal, a realizar exames para identificar doenças que possam ser transmitidas aos seus bebês, em especial as infecções pelo vírus do HIV, STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovirose, herpes simples) e do vírus zika, sob o seu consentimento e direito ao sigilo do resultado.

Vale ressaltar que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) disponibilizam testes rápidos para HIV e sífilis, visando aumentar a resolutividade e a agilidade no diagnóstico e no tratamento destas patologias na gravidez. Para as gestantes que não realizaram o pré-natal ou não possuam informações sobre sua condição sorológica, estes testes devem ser realizados para intervenção em tempo oportuno, após aconselhamento e consentimento. (BRASIL, 2013q)

O recém-nascido de mãe soropositiva deve receber quimioprofilaxia e/ou tratamento adequado imediatamente após o nascimento e durante as seis primeiras semanas de vida (42 dias). Deve ser assegurado o acompanhamento da criança em serviço de saúde especializado para crianças expostas ao HIV e o bebê deve ter alta da maternidade com consulta agendada nesse serviço. É direito de toda criança soropositiva ter acesso ao tratamento com antirretrovirais.

Triagens Neonatais Universais – TNU

As triagens neonatais universais (TNU) têm repercussão transversal às redes temáticas prioritárias do SUS, em especial à Rede Cegonha, à Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, e à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Os serviços de saúde devem implantar e/ou implementar as TNU com o objetivo de identificar distúrbios e/ou doenças em recém-nascidos e lactentes em tempo oportuno, para intervenção adequada, garantindo tratamento e acompanhamento contínuo, conforme estabelecido nas linhas de cuidado, com vistas a reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida.

A triagem neonatal é realizada em quatro modalidades: biológica, auditiva, ocular e de cardiopatias congênitas críticas, além da avaliação do frênulo lingual:

Triagem Neonatal Biológica – TNB (Teste do pezinho)

- Realizada por meio da coleta e análise de amostras biológicas. Consiste na detecção em recém-nascidos, em tempo oportuno (do 3º ao 5º dia de vida) dos seguintes distúrbios congênitos e hereditários: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase. Nos casos de diagnóstico presuntivo de doenças deve-se encaminhar para tratamento e acompanhamento específicos, conforme a Portaria n.º 822, de 6 de junho de 2001.

(BRASIL, 2001b, 2002, 2013h)

Triagem Neonatal Auditiva – TNA (Teste da Orelhinha)

- Realizada por meio de medidas fisiológicas e eletrofisiológicas da audição: Emissões Otoacústicas Evocadas (EOA) e Potencial Evocado Auditivo do Tronco Encefálico (Peate) em recém-nascidos e lactentes, visando identificar deficiências auditivas. Deve ser realizada na maternidade, antes da alta hospitalar (entre 24 e 48 horas de vida), se necessário, complementada ainda no primeiro mês de vida. Nos casos positivos encaminhar para diagnóstico e tratamento de acordo com as normas e as diretrizes do Ministério da Saúde (Diretriz de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal).

(BRASIL, 2012c)

Triagem Neonatal Ocular – TNO (Teste do Olhinho)

- Realizada por meio de exame de inspeção e teste do reflexo vermelho da retina, devendo fazer parte do primeiro exame físico do RN, na maternidade e depois repetido na Atenção Básica. Consiste na identificação, em tempo oportuno, de agravos que levam à opacificação do cristalino, com diagnóstico presuntivo de retinoblastoma, à catarata congênita e outros transtornos oculares congênitos e hereditários (Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: Detecção e Intervenção Precoce para a Prevenção de Deficiências Visuais).

(BRASIL, 2013j)

Triagem Neonatal de Cardiopatias Congênitas Críticas, por oximetria de pulso (Teste do Coraçãozinho)

- Realizada de forma universal, nos recém-nascidos, entre 24 e 48 horas de vida, antes da alta hospitalar, conforme regulamentação por meio da Portaria n.º 20, de 10 de junho de 2014, visando à detecção oportuna de malformações cardíacas graves, conforme o relatório n.º 115 com recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec).

(BRASIL, 2014a)

Mais recentemente e cercado de muita controvérsia e oposição de entidades de especialistas, como a Sociedade Brasileira de Pediatria, ocorre o advento do “Teste da Linguinha” (Avaliação do Frênulo da Língua de Recém-nascidos), por meio da Lei n.º 13.002, de 20 de junho de 2014, que em seu artigo 1º define: “É obrigatória a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês, em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências.”

Para regulamentar sua implementação, o Ministério da Saúde publicou a “Nota Técnica n.º 09/2016”, visando “Orientar profissionais e serviços de saúde sobre a identificação precoce de anquiloglossia em recém-nascidos, como também estabelecer o fluxo de acompanhamento dos recém-nascidos diagnosticados com anquiloglossia na rede de atenção à saúde no âmbito do SUS”.

Um de seus principais objetivos é evitar iatrogenias, com indicação de frenotomia apenas em casos classificados pelos profissionais da atenção neonatal na maternidade como anquiloglossia “severa”, com evidentes prejuízos à função da língua, especialmente na amamentação. Para os demais casos, em que seja considerada como “moderada” ou duvidosa, a orientação é para o seguimento destes recém-nascidos/lactentes na Atenção Básica, com apoio de profissionais com experiência em amamentação, para avaliação sobre eventuais prejuízos a ela e ao ganho de peso, evitando-se assim diagnósticos precipitados, descolados da evolução clínica das crianças.

Organização dos Pontos de Atenção das Triagens Neonatais Universais

Para atenção às crianças com diagnóstico presuntivo de distúrbios e/ou doenças identificados nas triagens devem ser observados os níveis de atenção e sua articulação, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso oportuno e regulado a cada ponto e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis para a promoção de equidade.

A maternidade é responsável pela realização de: triagem auditiva, triagem de cardiopatias congênitas críticas, triagem ocular e retestes – quando necessário, avaliação do frênulo lingual e a triagem biológica, apenas de bebês internados a partir do 3º dia de vida.

A Atenção Básica é responsável pela atenção e cuidado contínuo da população que está sob sua responsabilidade, mediante a realização do teste do reflexo vermelho, da coleta de amostras biológicas e o acompanhamento dos marcos

do desenvolvimento auditivo e de linguagem. Além de acompanhar as ações de convocação, reconvocação e busca ativa dos casos e encaminhamento para diagnóstico na Atenção Especializada, bem como a avaliação da amamentação e ganho de peso de RN/lactentes diagnosticados na maternidade com algum grau de anquiloglossia.

A Atenção Especializada é responsável pelo diagnóstico, pelo tratamento, pela reabilitação/habilitação e pelo acompanhamento de crianças encaminhadas pela Atenção Básica e maternidades, que tiverem confirmação de diagnóstico de distúrbios e/ou de doenças. São pontos de atenção para referência de triagens: ambulatórios de especialidades, serviços de apoio diagnóstico e patologia clínica, Centros Especializados de Reabilitação (CER), serviços de saúde auditiva de média e alta complexidade, Atenção Hospitalar e de urgência e emergência, entre outros serviços organizados para atender a criança e sua família em âmbito local.

Todos os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), nos estados e nos municípios, têm papel estratégico no cuidado da criança, sendo que a efetivação do acesso e da integralidade do cuidado à saúde depende da capacidade de articulação entre a Atenção Básica e especializada, sendo essencial a pactuação na RAS dos fluxos assistenciais entre maternidade, Atenção Básica e serviços especializados.

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



Sempre que possível, a mãe deve deixar a maternidade já com a data agendada para o comparecimento entre o 3º e o 5º dia de vida na Unidade Básica de Saúde (UBS), visando ao “5º Dia de Saúde Integral” para a mulher e seu recém-nascido (vide esta e outras orientações a serem dadas para a mãe no momento da alta, na Portaria n.º 2.068, de 21 de outubro de 2016, de Diretrizes de atenção no Alojamento Conjunto).

O “5º Dia de Saúde Integral” é um momento privilegiado para detecção de dificuldades e necessidades particulares da mãe e do bebê, de riscos e vulnerabilidades. Consiste numa consulta de enfermagem (ou médica) conjunta da criança e da mulher (se possível com a presença do pai), com exame sumário de ambos e pesagem da criança (para avaliação de ganho ponderal).

Deve incluir também vários cuidados importantes para promover a saúde do binômio mãe-bebê:

- Verificação dos registros da maternidade nas *Cadernetas de Saúde da Criança* e *Caderneta da Gestante*, sobre as condições de parto/nascimento e intercorrências nos primeiros dias de vida, que exigem cuidados na Atenção Básica (icterícia etc.).
- Escuta das dúvidas da mãe e orientação sobre os primeiros cuidados para a mãe (aí incluindo o planejamento familiar) e para o bebê, inclusive a observação de sinais de alerta/perigo em relação à saúde deste (vide na *Caderneta de Saúde da Criança* sinais de perigo para criança menor de 2 meses) e a prevenção de acidentes (BRASIL, 2012g).
- Observação da mamada (verificação da adequação da “pega” etc.) e incentivo ao aleitamento materno, com apoio quanto às dificuldades apresentadas.
- Checagem dos resultados das triagens neonatais ocular (teste do olhinho) e auditiva (teste da orelhinha), com agendamento de novas testagens, se necessário.
- Coleta de sangue para a triagem neonatal biológica (teste do pezinho), caso não tenha sido realizada na maternidade.
- Aplicação de vacinas para a mãe (dTpa – tétano, difteria e coqueluche, tríplice viral, sarampo, rubéola e caxumba), caso ainda não vacinada, e para o RN (BCG e hepatite B), caso não tenha sido imunizado na maternidade.
- Agendamento das consultas, preferencialmente médicas, de pós-parto e planejamento familiar para a mãe, e de puericultura de 1 mês de vida para a criança (em caso de RN de risco deverá ser mais precoce).

Sempre que possível, deve ser estimulada a presença do pai neste e em outros momentos de atendimento à mãe e ao bebê, de forma a empoderá-lo para o apoio à mulher e para o cuidado de sua criança.

O “5º Dia de Saúde Integral” e a visita domiciliar na primeira semana de vida compõem as ações estratégicas para garantia da continuidade do cuidado do binômio após a alta.



Eixo Estratégico II – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável



Estratégia ancorada na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, iniciando na gestação, considerando-se as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, bem como a importância de estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis (BRASIL, 2015b, art. 6º, item II).

O aleitamento materno tem se constituído em tema fundamental para a saúde e a qualidade de vida da criança. Evidências científicas comprovam que a amamentação, quando praticada de forma exclusiva até os 6 meses e complementada com alimentos apropriados até os 2 anos de idade ou mais, demonstra grande potencial transformador no crescimento, no desenvolvimento e na prevenção de doenças na infância e idade adulta e promoção não apenas da sobrevivência infantil, mas do pleno desenvolvimento do ser humano.

As políticas públicas de aleitamento materno do Brasil, historicamente, têm trabalhado sob a ótica da promoção, da proteção e do apoio à mulher, começando no início da gestação, considerando as vantagens da amamentação para a criança, a mãe, a família e a sociedade, constituindo-se em prioridade para o País (ESPIRITO SANTO; MONTEIRO; ALMEIDA, 2017).

Em 2016, o Brasil teve estas políticas destacadas, por sua abrangência e resultados, em artigo publicado pela revista *Lancet*, analisando dados sobre aleitamento em 153 países. É citado como exemplo de País com uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, com amplo leque de ações e programas dirigidos simultaneamente para três níveis de intervenção: estrutural/cultural (campanhas de mobilização social, medidas legislativas trabalhistas e de controle do mercado etc.), serviços (de saúde, locais de trabalho etc.) e individual (suporte de profissionais diretamente à mulher que amamenta) (ROLLINS *et al*, 2016). A oferta deste rol abrangente de ações explicaria o fato de o Brasil estar apresentando melhora nas suas taxas de aleitamento materno, ao contrário de países como a China, onde estariam diminuindo.

As ações, iniciativas e estratégias do eixo de aleitamento materno e alimentação complementar saudável são:

- A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Ihac).
- Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB).
- A ação de apoio à Mulher Trabalhadora que Amamenta (MTA).
- A Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH).
- A implementação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NbcAl).
- A mobilização social em aleitamento materno.

(BRASIL, 2015b, art. 8º)



Estímulo ao Aleitamento Materno no Pré-natal: o papel da Atenção Básica

As equipes de Atenção Básica devem estar capacitadas para acolher precocemente a gestante, garantindo orientação apropriada quanto aos benefícios da amamentação para mãe, a criança, a família e a sociedade.

A abordagem durante o pré-natal é fundamental para as orientações sobre como o leite é produzido, a importância da amamentação precoce, do contato pele a pele efetivo e do aleitamento na primeira hora de vida, evitando-se a separação mãe e bebê para rotina padronizadas nos serviços que podem ser feitas após a primeira hora de vida (BRASIL, 2011e; MOREIRA, 2014), o aleitamento materno sob livre demanda, o papel do alojamento conjunto, os riscos do uso de chupetas, mamadeiras e qualquer tipo de bico artificial; orientação quanto ao correto posicionamento da criança e pega da aréola; como realizar a ordenha manual do leite, como guardá-lo e/ou doá-lo; como superar dificuldades como o ingurgitamento mamário, oferecer apoio emocional e estimular a troca de experiências, dedicar tempo e ouvir as dúvidas, as preocupações e as dificuldades da mulher e fortalecer sua autoconfiança e o protagonismo da mulher sobre sua capacidade de amamentar desde a gestação, no momento do parto e nascimento para garantir a qualidade do encontro com o bebê para uma interação efetiva, além de envolver os familiares e a comunidade nesse processo.

Estímulo ao Aleitamento Materno no Nascimento: o papel das maternidades

Toda a equipe de saúde que presta cuidados às mães e aos bebês deve ser capacitada para o adequado acolhimento da gestante em trabalho de parto e para as práticas que promovam, protejam e apoiem a amamentação. Tais práticas estão bem estabelecidas, com base em evidências, na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (OMS/Unicef), a qual propõe os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1989). A certificação das maternidades na Iha no Brasil inclui, além do cumprimento dos “Dez Passos”, o cumprimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NbcAl), o “Cuidado Amigo da Mulher”, e a permanência da mãe ou pai ou, na falta destes, do responsável legal junto ao recém-nascido com livre acesso durante as 24 horas. No cuidado amigo da mulher ressalte-se o parto normal como fator protetor para aleitamento materno, o contato pele a pele efetivo ao nascimento e a proteção do período sensível na primeira hora de vida, sem interferência desnecessária neste momento entre mãe e bebê, com procedimentos que podem ser feitos posteriormente, a garantia do pai/acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto, parto e pós-parto, em consonância com as diretrizes da Rede Cegonha, Portaria n.º 1.459, de 24 de junho 2011 (BRASIL, 2011a).

Estímulo Ao Aleitamento Materno em Situações Especiais (Recém-Nascidos Pré-Termo e de Baixo Peso): o papel do método canguru e dos bancos de leite humano

A promoção do aleitamento materno para os bebês de baixo peso e/ou pré-termos constitui-se grande desafio e pode ter impacto significativo sobre sua sobrevivência e qualidade de vida. Vários estudos têm demonstrado o impacto positivo do Método Canguru sobre o estabelecimento da amamentação e sua continuidade de forma exclusiva após a alta hospitalar, o que tem grande potencial para a redução da mortalidade nesse grupo (VENÂNCIO; ALMEIDA, 2004; LAMY FILHO *et al.*, 2008; ALMEIDA; ZANOLLI, 2011).

Os Bancos de Leite Humano têm cumprido papel fundamental para a promoção, a proteção e o apoio à amamentação, especialmente desses recém-nascidos. Sua principal ação é apoiar as mulheres que desejam amamentar seus filhos e, nesse processo, além de conseguir prolongar a amamentação, muitas descobrem ou aprendem a identificar o excesso de leite e se tornam doadoras, garantindo leite humano para recém-nascidos de risco que, por algum motivo, não dispõem de leite suficiente de suas próprias mães. O leite humano pasteurizado no Brasil é seguro e atende, prioritariamente, aos recém-nascidos pré-termos internados em Unidades Neonatais. Essa rede deve ser divulgada na sociedade para ampliação da cultura da doação de leite humano pela população e contribuição para aumento dos índices de aleitamento e de sobrevivência de prematuros no País (MAIA *et al.*, 2006).

Estímulo ao Aleitamento Materno após a Alta da Maternidade

Na estratégia do “5º Dia de Saúde Integral”, mãe e bebê devem ser acolhidos, pela equipe da Atenção Básica, entre o 3º e o 5º dia de vida do RN, para atendimento a ambos, com a presença do pai sempre que possível, com observação da mamada e orientação em relação à amamentação e aos cuidados com a mulher e com a criança. Ressalta-se a importância dessa abordagem precoce considerando que, no primeiro mês de vida, em torno de 40% das crianças já interromperam a amamentação exclusiva (BRASIL, 2009d). A equipe deve estar atenta para ouvir a mãe, o pai e seus familiares, apoiando-os na resolução dos problemas identificados para o estabelecimento da amamentação. Além disso, avaliar e observar a mamada em todas as ocasiões do encontro de mãe e bebê, além de reforçar as orientações dadas no pré-natal e na maternidade. Essas são ações fundamentais a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde nas UBS. Nesse sentido, a Estratégia Amamenta e

Alimenta Brasil (EAAB), (BRASIL, 2013f) tem importante papel na capacitação dos profissionais de saúde.

As visitas domiciliares, no último mês de gestação e após a alta hospitalar na primeira semana de vida (ou logo após a alta, no caso de egressos de internação em Unidade Neonatal), também constituem ações potentes de vigilância à saúde da mãe e do bebê e de fundamental importância para o incentivo, a orientação e o apoio à amamentação. Saliente-se que a visita ao binômio se faz necessária já na primeira semana, principalmente se estes não compareceram à UBS entre o 3º e o 5º dia de vida, como esperado.

Proteção Legal ao Aleitamento Materno e Mobilização Social

A instituição de leis e normas é fundamental para a garantia do direito das crianças e suas famílias ao aleitamento materno. Os profissionais, serviços e gestores da Saúde devem estar atentos às recomendações da Convenção dos Direitos da Criança e Estatuto da Criança e do Adolescente, que garantem aos pais o direito de serem orientados corretamente quanto à alimentação saudável e correta de seus filhos. Igualmente, todos devem conhecer e apoiar o cumprimento da legislação vigente quanto ao direito da mãe e RN de não serem separados no pós-parto e durante a internação neonatal, ainda que em UTI (BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2008; BRASIL, 2011a).

Também o respeito à Constituição Federal que garante às puérperas 120 dias de licença-maternidade, sem prejuízo do emprego e salário e, ainda, o direito da nutriz, quando do retorno ao trabalho, a pausa de uma hora por dia, podendo ser parcelada em duas pausas de meia hora, para amamentar seu próprio filho até os 6 meses de idade. Importante ressaltar a possibilidade de extensão da duração da licença-maternidade em 60 dias e da licença-paternidade em 15 dias, dentro do Programa Empresa Cidadã, bem como outras normas com repercussão na promoção, na proteção e no apoio ao Aleitamento Materno, todas elas previstas no Marco Legal da Primeira Infância (BRASIL, 2016).

Além dos direitos garantidos pela legislação trabalhista, o recente incentivo à criação de salas de apoio à amamentação nas empresas visa à manutenção da amamentação entre mulheres que retornam ao trabalho após a licença (BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2010).

Por sua vez, a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças da Primeira Infância (NbcAl), (BRASIL, 2006c, 2001c) protegem o aleitamento materno das estratégias abusivas de *marketing*, usadas pelas indústrias que comercializam produtos que interferem na amamentação.

Entre as ações de mobilização da sociedade para a promoção da amamentação destacam-se a Semana Mundial de Aleitamento Materno (Smam) (primeira semana do mês de agosto) – uma iniciativa internacional da *World Alliance for Breastfeeding Action* (WABA), o Dia Nacional de Doação de Leite Humano (19 de maio) e a Lei do Agosto Dourado (Lei n.º 13.435, de 12 de abril de 2017), que instituiu no Brasil o mês de agosto como o Mês do Aleitamento Materno, são estratégias fundamentais para a expansão e consolidação do aleitamento no País, assim como o acesso dos bebês prematuros e de baixo peso ao leite humano via BLH.

Alimentação Complementar Saudável

A nutrição adequada e o acesso a alimentos seguros e nutritivos são componentes cruciais e universalmente reconhecidos como direito da criança para atingir os mais altos padrões de saúde, conforme estabelecido na Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989 (BRASIL, 1990a), e a Portaria n.º 1.920 de 5 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013f). Práticas alimentares inadequadas nos primeiros anos de vida estão relacionadas à morbidade de crianças, caracterizada por doenças infecciosas, afecções respiratórias, cárie dental, desnutrição, excesso de peso e carências específicas de micronutrientes como as de ferro, zinco e vitamina A. A articulação das ações de promoção do aleitamento materno, com aquelas da promoção da alimentação complementar saudável, pode contribuir para reverter esse cenário, diminuindo, respectivamente, em até 13% e 6%, a ocorrência de mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo (JONES *et al.*, 2003).

A OMS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o MS recomendam que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e complementada até 2 anos de idade ou mais, com a introdução de alimentos sólidos/semisólidos de qualidade e em tempo oportuno (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

No Brasil, 50% das crianças menores de 2 anos apresentam anemia por deficiência de ferro, e 20% apresentam hipovitaminose A. O País ainda está muito aquém das recomendações da OMS no tocante às práticas alimentares em menores de 1 ano: alta prevalência do uso de água, chás e outros leites nos primeiros meses de vida,

consumo de comida salgada entre 3 e 6 meses; consumo de bolachas/salgadinhos, refrigerantes e café entre crianças de 9 e 12 meses de vida (71,7%, 11,6% e 8,7%) demonstram que, além da introdução precoce de alimentos, observa-se consumo de alimentos não recomendados para crianças menores de 2 anos (BRASIL, 2009g. Seção 1, p. 3).

É importante o cuidado e a atenção dos profissionais de saúde, em especial da Atenção Básica, para o apoio à mãe e à família, atentos às suas necessidades, acolhendo dúvidas, preocupações, dificuldades, mas também valorizando conhecimentos prévios e também os êxitos. A EAAB é recomendada como estratégia para aprimorar as competências e habilidades dos profissionais de saúde para a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, como atividade de rotina das UBS. O *Guia Alimentar para crianças menores de 2 anos* apresenta os “*Dez passos para a alimentação saudável*”, para orientar os profissionais que assistem a criança (BRASIL, 2013k).

No âmbito municipal, devem ser implementadas as ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, incluindo avaliação antropométrica, avaliação de consumo alimentar, além da identificação e da priorização do atendimento das famílias e crianças em programas de transferência de renda ou de distribuição de alimentos disponíveis. Também devem ser priorizados os programas de suplementação preventiva com micronutrientes, organizados na Atenção Básica (BRASIL, 2005a, 2005d).



Eixo Estratégico III – Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral



Consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do “Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)”, pela Atenção Básica à saúde, conforme as orientações da Caderneta de Saúde da Criança, incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares (BRASIL, 2015b, art. 6º, item III).

A seguir, destacam-se as ações estratégicas do eixo de promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral:

- A disponibilização da Caderneta de Saúde da Criança, com atualização periódica de seu conteúdo.
- A qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica à Saúde.
- O Comitê de Especialistas e de Mobilização Social para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- O apoio à implementação do Plano Nacional pela Primeira Infância.

(BRASIL, 2015b, art. 9º)

Este eixo estratégico da Pnaisc constitui uma das preocupações mais tradicionais da saúde pública nacional quando se trata da saúde da criança. Como já citado na Introdução desta publicação, na história das políticas e programas voltados à saúde da criança o foco na vigilância do seu crescimento e desenvolvimento (CD) é antigo, tendo sido uma das principais estratégias do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (Paisc), nos anos 80.

Nas últimas décadas, entretanto, tal estratégia ganha novo ímpeto e amplitude de olhar, com o crescimento dos conhecimentos científicos e das políticas públicas de muitos países, relacionadas à importância dos cuidados para um pleno Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI).

A primeira infância (período de vida entre zero a 5 anos ou até completar 6 anos, equivalente a 72 meses), é decisiva para o desenvolvimento saudável do ser humano. É um ciclo de grande promessa e, ao mesmo tempo, de ameaças consideráveis. As evidências mostram que as suas experiências familiares e sociais, quanto mais precoces, ficam incorporadas biologicamente, podendo ter influências nas etapas ao longo da vida, tanto positivas quanto negativas, pois afetam as bases da aprendizagem, do comportamento e da saúde. O conhecimento acumulado, em mais de quatro décadas de pesquisas sobre intervenções, oferece oportunidades ímpares para lançar luzes sobre as políticas e as práticas mais eficazes para essa fase promissora da vida (SHONKOFF, 2012).

A revista *The Lancet* publicou três séries de artigos sobre DPI (2007, 2011 e 2016), estimando que, apesar da diminuição em 11% entre 2004 e 2010, ainda haveria

no mundo cerca de 250 milhões de crianças menores de 5 cinco anos em risco de desenvolvimento infantil precário, em países de baixa e média renda, somente devido à pobreza e ao retardo do crescimento (43% de todas as crianças menores de 5 anos). Elas não atingem seu pleno desenvolvimento devido à exposição a fatores de risco ambientais (em especial a pobreza), biológicos e psicossociais, como desnutrição crônica, deficiências de ferro e iodo, estimulação cognitiva e socioemocional inadequadas, maus-tratos, depressão materna, baixa escolaridade materna, família/comunidade em situação de violência, contaminação ambiental (chumbo e arsênio) e algumas doenças infecciosas (malária e HIV). Esses fatores de risco frequentemente ocorrem de forma concomitante, contribuindo para uma trajetória que inclui problemas de saúde, falta de prontidão para a escola/desempenho escolar ruim, perda de oportunidades profissionais e perpetuação da pobreza entre as gerações (GRANTHAM-MCGREGOR *et al.*, 2007; WALKER *et al.*, 2011; ENGLE *et al.*, 2011. LU *et al.*, 2016, RICHTER, L. M. *et al.*, 2016).

Neste intervalo de tempo, entre a primeira e a terceira publicação, tem havido ampliação do apoio ao desenvolvimento na primeira infância, com aumento de sete vezes no número de publicações científicas relacionadas ao tema, maior financiamento de ações neste campo, por organismos como Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e evolução de 7 para 68 no número de países que adotaram políticas multissetoriais para promoção do DPI. O reconhecimento global da importância desta causa pode ser evidenciado pela sua inclusão entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2015-2030, especificamente no ODS 4.2: Garantir que todas as meninas e meninos tenham um desenvolvimento infantil de qualidade, cuidados e acesso à educação pré-escolar até 2030 (RICHTER, L. M. *et al.*, 2016).

As publicações sobre o tema mostram que a criança precisa de um ambiente favorável ao crescimento e amadurecimento que, alinhado ao seu potencial genético, permita o desenvolvimento pleno de suas capacidades físicas, mentais e emocionais. Ressalta-se aqui a importância do ambiente facilitador à vida (PENELLO, 2013), neste momento representado pela mãe, ou cuidador substituto, sem o qual o bebê não sobrevive como ser isolado, pois há uma dependência completa do outro para a continuidade de sua existência. A concepção de desenvolvimento integral implica a vinculação estreita de cada cidadão com seu ambiente familiar e social, fortalecendo as redes de cuidado e proteção social da criança, afastando-o de qualquer manifestação de violação de direitos.

O conceito de desenvolvimento integral é, portanto, amplo e refere-se a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais (RAPPAPORT; FIORI; DAVIS, 1981). O desenvolvimento humano abrange o desenvolvimento físico (crescimento), cognitivo (intelectual), neuropsicomotor (sensorial e motor) e emocional (afetivo e interações com ambiente), aspectos interligados que se vinculam mutuamente durante toda a existência humana. Para estimular a integralidade do desenvolvimento nos primeiros anos de vida, as atividades com as famílias, as escolas e a comunidade são fundamentais. Especificamente na atenção à saúde, preconiza-se o acompanhamento do desenvolvimento da criança com ações que perpassam todos os níveis de atenção: promoção, proteção, atendimento, detecção precoce e reabilitação de alterações que podem repercutir na sua vida futura.

Sobre o Acompanhamento e a Promoção do Crescimento

O crescimento é resultante da integração de fatores genéticos, biológicos, psíquicos e sociais, com as características intrínsecas (biológicas) e extrínsecas (ambientais) (MARCONDES, 2004).

É considerado como um dos melhores indicadores de saúde da criança, e a evolução do crescimento expressa as condições de vida da criança no passado e no presente.

Durante a gravidez, o período de crescimento intrauterino é vital para o ser humano, quando se observa maior velocidade no processo de crescimento. O controle pré-natal periódico, desde o 1º trimestre, inclusive com apoio da *Caderneta da Gestante*, pode apoiar o início de seu desenvolvimento saudável, assim como a promoção e respeito ao seu tempo de nascer, evitando o risco de interrupção prematura da gravidez, por meio de cesáreas sem indicação estrita, especialmente antes de 39 semanas e sem trabalho de parto.

O acompanhamento sistemático do crescimento, com o devido registro do ganho de peso, altura e Índice de Massa Corporal (IMC), nas curvas de crescimento, faz parte da rotina das UBS, permitindo a identificação de crianças com ganho pondero-estatural alterado em relação aos padrões, risco nutricional (desnutrição ou obesidade) e, associado a uma avaliação integral permite o diagnóstico de outros agravos (anemia, infecções etc.) e vulnerabilidades, com as devidas intervenções

médicas/nutricionais (exames complementares, tratamentos etc.) e/ou de suporte social necessárias, em tempo oportuno.

Assim, em cada contato entre a criança e os profissionais dos serviços de saúde deve ser verificado seu crescimento e sua condição nutricional, como parte de uma avaliação integral. Condições inadequadas de nutrição, ligadas ou não a outras situações de vulnerabilidade (baixa renda, maus-tratos/violência intrafamiliares etc.) exigem acompanhamento especial.

O acompanhamento do crescimento de crianças com baixo peso ou pré-termos para a idade gestacional exige um cuidado maior e deve ser priorizado. Para este seguimento é necessário utilizar tabelas/gráficos próprios ou utilizar as tabelas de peso e altura com correção da idade cronológica, até os 2 anos de idade (BRASIL, 2012g). Caso estejam em Método Canguru na maternidade, após a alta deverão receber apoio da UBS para permanecerem no método, agora no domicílio, com cuidado compartilhado entre a maternidade e a UBS, até completarem 2.500 gramas (BRASIL, 2016).

Sobre o Acompanhamento e Promoção do Desenvolvimento Neuropsicomotor, Cognitivo e Emocional

É consenso na literatura que o desenvolvimento da criança não depende apenas da maturação neurocerebral, mas também de fatores: biológicos, relacionais, afetivos, simbólicos, contextuais e ambientais (BRASIL, 2016b).

A interação da criança com os membros da família e com a rede social de proteção assegura não apenas sua sobrevivência, mas contribui para o desenvolvimento neuropsicomotor, cognitivo e emocional.

O vínculo da criança com a mãe/cuidador exerce importante papel para a aquisição de habilidades, em conjunto com o crescimento e amadurecimento cerebral que acompanham o desenvolvimento. Este processo é complexo e se apoia na dimensão biológica e psicoafetiva, mas depende estritamente do ambiente para seu florescimento. É na interação com o ambiente familiar, com as redes de cooperação, escolar e social mais amplas que a criança poderá se desenvolver plenamente.

O desenvolvimento cognitivo integral está ligado a relações satisfatórias entre funcionalidades: sensorial, perceptiva, motora, linguística, intelectual e psicológica,



cujos progressos de tais dimensões se estruturam a partir de etapas de maturação neurocerebral do indivíduo (BRASIL, 2016b).

A base da saúde mental dos seres humanos constrói-se durante o período de desenvolvimento psíquico, que se inicia desde antes do nascimento e se estende até o período em que a criança já pode se reconhecer como alguém distinto da figura materna e paterna (família) e outros integrantes do núcleo familiar. Para a construção da autonomia do bebê, é preciso que a própria família seja também objeto de cuidados. Do ponto de vista do desenvolvimento, mesmo após a aquisição deste senso de identidade, o processo evolutivo não cessa e acompanhará o indivíduo durante toda a sua vida.

As relações familiares e com o meio em que vive, possibilita o desenvolvimento das potencialidades que o bebê traz consigo e sua subjetividade, que vai sendo engendrada na medida da sua convivência com a família.

A identificação e a intervenção precoce em situações relacionadas ao atraso no desenvolvimento são fundamentais. Alterações na fala, alterações relacionais com tendência ao isolamento social, dificuldade no aprendizado, comportamento agressivo que coloque em risco a si ou ao próximo, indicam a necessidade de observação acurada da relação da criança com seu cuidador (MIRANDA; RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003).

Desde o nascimento da criança são importantes o registro e a identificação de situações que podem interferir em seu desenvolvimento, tanto no prontuário clínico como no relatório de alta hospitalar e na *Caderneta de Saúde da Criança*. A avaliação objetiva de habilidades motoras, de comunicação, de interação social e cognitiva nas consultas de acompanhamento de saúde deve ser realizada de acordo com os marcos propostos na *Caderneta de Saúde da Criança*. Igualmente, as informações e opiniões dos pais e da escola são muito relevantes no que diz respeito às habilidades desenvolvidas e à maneira como a criança as explora em sociedade.

A Organização da Atenção para o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento e a Utilização da *Caderneta de Saúde da Criança* como sua Ferramenta de Avaliação

O acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento (CD) da criança inicia-se na maternidade e tem sua continuidade de cuidado na Atenção Básica à Saúde (ABS), mediante consultas de rotina, conforme calendário de puericultura previsto na *Caderneta de Saúde da Criança*, pressupondo ações de promoção, de

proteção, de detecção precoce, de atendimento e de reabilitação de alterações que possam repercutir em sua vida futura.

O MS, por meio da Portaria GM/MS n.º 1.058, de 4 de julho de 2005, prevê a disponibilização da *Caderneta de Saúde da Criança, Passaporte da Cidadania*, a todas as crianças nascidas nas maternidades (públicas e privadas) do País. Trata-se de ferramenta estratégica para servir de fio condutor da atenção integral preconizada pela Pnaisc, instrumento insubstituível de registro e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) e de orientações para esta atenção integral até a criança completar 9 anos de vida, e a partir dos 10 anos a caderneta entregue é a do adolescente.

A nova versão (consulta pública em 2015), chamada de *Caderneta de Saúde da Criança*, pelo fato de objetivar um caráter intersetorial, passando a transcender a saúde, incorporando algumas informações sobre as ações e as políticas de assistência social e de educação e direito para a criança.

A alta responsável da maternidade inclui entrega orientada da *Caderneta de Saúde da Criança*. Para o sucesso de sua plena utilização pela mãe/pai/família é fundamental que os profissionais apresentem seu conteúdo com especial foco nos dados relacionados ao nascimento e primeiros dias de vida, ali já anotados, como medidas de peso, altura, perímetro cefálico, resultados dos testes neonatais, registros de vacinas e procedimentos realizados, bem como de eventuais alterações ao exame físico (icterícia etc.) ou de intercorrências. Também é importante explicar as seções que podem ser de utilidade imediata, como as orientações sobre aleitamento materno e primeiros cuidados.

Sempre que possível, a mãe deve deixar a maternidade já com a data agendada para o comparecimento entre o 3º e o 5º dia de vida na Unidade Básica de Saúde (UBS), visando ao “5º Dia de Saúde Integral” para a mulher e seu recém-nascido, conforme descrito anteriormente.

O “5º Dia de Saúde Integral” é um momento privilegiado para detecção de dificuldades e necessidades particulares da mãe e do bebê, de riscos e vulnerabilidades que podem interferir no crescimento e no desenvolvimento da criança. Consiste numa consulta de enfermagem (ou médica) conjunta da criança e da mulher (se possível com a presença do pai), com exame sumário de ambos, pesagem da criança (para avaliação de ganho ponderal) e medida do perímetro cefálico. Deve incluir a checagem das informações sobre a mãe e o RN registradas pela

maternidade nas *Cadernetas de Saúde da Criança e da Gestante*, bem como vários outros cuidados importantes para promover atenção integral à saúde do binômio mãe-bebê, que já foram elencados no eixo da atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido.

O acompanhamento do CD ocorre na Atenção Básica prioritariamente, mas, se necessário, também deve ser realizado nos diversos pontos de atenção da rede de saúde, como a atenção ambulatorial especializada. Durante o atendimento, o profissional de saúde deve preencher adequadamente as curvas de crescimento e os marcos de desenvolvimento nas faixas etárias previstas na *Caderneta de Saúde da Criança* (BRASIL, 2005a). Na Caderneta há orientação para a avaliação dos marcos do desenvolvimento e classificação da situação da criança. É essencial o registro pelo profissional da ABS da evolução da criança segundo os marcos, visando à adequada informação e ao empoderamento da família sobre a criança, bem como para comunicação com os profissionais do serviço educacional onde a criança frequenta e do Centro de Referência da Assistência Social (Cras) responsável pela região de cobertura da UBS.

Para os casos de crianças com atraso no seu desenvolvimento, deve haver interface e encaminhamento responsável para pediatra e outros profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) – outros especialistas médicos, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo –, ambulatórios especializados, Centros Especializados de Reabilitação (CER) ou Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi). Caso não exista pediatra ou outros profissionais de Nasf no território, considera-se a avaliação de médico capacitado para verificar atraso neuropsicomotor e/ou necessidade de investigação. Deve-se avaliar a necessidade de encaminhamento de acordo com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e os recursos locais que compõem a rede local: ambulatórios especializados, Capsi, CER e demais serviços nos territórios que integram rede de atenção do SUS ou inter-setorial: Cras, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), Organizações não Governamentais (ONGs), Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apaes), Associações Brasileira Beneficentes de Reabilitação (ABBRs), Serviço Social do Comércio (Sesc), Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac), Serviço Social da Indústria (Sesi) e universidades. Em qualquer destas situações se mantém o calendário de acompanhamento na UBS para continuidade do cuidado. O encaminhamento ao especialista não encerra aquele acompanhamento, implicando aquele que encaminha como corresponsável no “caminho de atenção” sugerido.

Situações de Risco para um Pleno DPI

Criança em risco refere-se àquela exposta a situações em que há maior chance de evolução desfavorável, em qualquer aspecto biopsicossocial. A condição ou situação de risco pode estar presente já na gravidez (período fetal), no nascimento – RN de risco ao nascer – ou acontecer ao longo da vida da criança.

Dentro de um olhar amplo, de Saúde da Família, a gestante, a criança e as famílias de maior risco devem ser prontamente reconhecidas pela equipe de saúde, pois demandam atenção especial e prioritária, não apenas da saúde, mas das políticas públicas sociais de forma integrada.

Entre estas crianças de risco é maior a possibilidade de internações e de morte, e também a chance de desenvolver sobrepeso e obesidade, doenças crônico-degenerativas na vida adulta, tais como hipertensão arterial sistêmica, infarto do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e diabetes, bem como problemas comportamentais e agravos psíquicos, eventualmente repercutindo em menor rendimento escolar.

As principais condições de risco/vulnerabilidade para um pleno DPI, que devem tornar famílias com gestantes ou crianças na primeira infância prioritárias para um acompanhamento mais cuidadoso e intensivo por parte dos profissionais da Atenção Básica à Saúde (Equipe de Saúde da Família, com seus Agentes de Saúde) e dos serviços e profissionais da Assistência Social e da Educação:

- a) Situação familiar de risco/vulnerabilidade:
 - extrema pobreza (foco do Programa Bolsa Família);
 - violência familiar, seja contra a gestante/mãe, a criança ou outro membro do núcleo familiar;
 - abuso ou dependência ao álcool e/ou a outras drogas na família, por parte da gestante/mãe, do pai ou outro membro do núcleo familiar.
- b) Família com criança apresentando uma das seguintes condições de risco/vulnerabilidade, ao nascer ou adquiridas posteriormente:
 - RN pré-termo (<37 semanas) e/ou com baixo peso ao nascer (<2.500 g). Alto risco se idade gestacional <32 semanas e/ou peso <1.500 g;
 - RN com perímetro cefálico (PC) inferior ao esperado para a idade e sexo (microcefalia) ou criança com crescimento inadequado do PC e ou com alterações neurológicas do Sistema Nervoso Central: dependendo de sua etiologia, esta pode ser associada a malformações estruturais do cérebro, com repercussões no desenvolvimento (BRASIL, 2016c);

- RN egresso de internação em unidade neonatal (UTI ou UCI), com condições que caracterizam alto risco ao nascimento: asfixia ao nascer (Apgar <7 no 5º minuto de vida);
 - RN/criança com doença crônica, com múltiplas internações;
 - Criança com desnutrição/obesidade;
 - RN/criança com malformação ou deficiência congênita ou adquirida após o nascimento.
- c) Família com gestante ou mãe com alguma das seguintes situações de risco/vulnerabilidade:
- baixa instrução (<oito anos de estudo);
 - quadro de depressão ou outra doença psiquiátrica;
 - gravidez indesejada e/ou tentativa de abortamento;
 - história de morte de criança menor de 5 anos na família;
 - mãe adolescente;
 - gravidez com infecção por STORCH, HIV, vírus zika etc., com risco de repercussões congênicas no RN.



Atenção!

Situações em que se tratar de “primeira gravidez” ou de “ausência de rede de apoio familiar/social” agravam qualquer dos fatores de risco anteriormente citados, seja para a criança ou para a mulher gestante.

As crianças, com maior risco ao nascer ou adquirido ao longo da vida, devem ser acompanhadas com maior frequência pelos serviços de saúde, principalmente no primeiro ano de vida (BRASIL, 2012g) e devem ser consideradas pela Atenção Básica como prioritárias para vigilância em saúde. O RN de alto risco merece ainda maior destaque, pois, além da necessidade de cuidados pela equipe da Atenção Básica, com muita frequência demanda atendimento especializado, com equipe multiprofissional, além de receber suporte de outras especialidades médicas.

Para o incremento nas ações de cuidado e estímulo ao Desenvolvimento Integral na Primeira Infância, além das ações em curso na Atenção Básica e especializada, as famílias que se encontrem em situação de vulnerabilidade biopsicossocial

devem ter prioridade na oferta de programas intersetoriais, que visem superar iniquidades nas condições de vida e saúde para seu desenvolvimento.

Qualificação da Promoção do Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI) pela Atenção Básica a Saúde

Foco na oferta de visitas domiciliares para suporte a famílias de maior vulnerabilidade visando ao fortalecimento dos vínculos familiares e das habilidades parentais para estímulo ao desenvolvimento infantil. Desde publicação da revista *Lancet*, em 2007, tem havido pelo mundo ampliação do apoio à promoção do DPI, com:

- Aumento de sete vezes no número de publicações científicas relacionadas ao tema.
- Maior financiamento de ações neste campo, por organismos como Banco Mundial (BM) e Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).
- Evolução de sete para 68 no número de países que adotaram políticas multissetoriais para promoção do DPI.

Com objetivo de apoiar famílias em situações de vulnerabilidade para o DPI de suas crianças, desde os anos 70 começaram a ocorrer várias experiências internacionais de ações proativas visando fortalecer as competências familiares e comunitárias, para a promoção de ambientes que favoreçam o desenvolvimento integral nos primeiros anos.

Muitas dessas experiências se estruturaram como programas de visitas domiciliares para famílias com vulnerabilidade/risco biopsicossocial, visando ao apoio às mulheres durante a gravidez e também à mãe/pai/família para um bom vínculo com o bebê, e melhora das habilidades de cuidado e estímulo ao DPI.

A seguir são listados alguns destes programas:

- Programa pioneiro na Jamaica, selecionando e capacitando agentes de saúde da comunidade para atuarem como visitantes (WALKER *et al*, 2011; GERTLER *et al*, 2014;). A avaliação de impacto mostrou que as crianças contempladas se apresentavam, 20 anos depois do programa, com os seguintes resultados:
 - maior Quociente de Inteligência;
 - mais anos completados na escola;
 - melhores notas em matemática e português;
 - menores índices de depressão e de conflito com a lei;
 - melhor inserção no mercado de trabalho, com salários mais altos.

- Programa “Nurse-Family Partnership” (NFP) nos Estados Unidos, que utiliza enfermeiros como visitantes (BERNARD VAN LEER FOUNDATION, 2015), com os seguintes resultados:
 - melhor saúde pré-natal das mulheres;
 - maior intervalo entre partos;
 - maior envolvimento dos pais;
 - melhoria da prontidão escolar;
 - diminuição de crimes e atos violentos.

Baseados nestas evidências científicas e na avaliação do impacto destes projetos pioneiros, países têm lançado programas nacionais intersetoriais voltados para o Desenvolvimento na Primeira Infância, ou pelo menos para os “primeiros 1.000 dias de vida da criança” (gestação e os primeiros dois anos de vida), considerando a importância deste período sensível para o desenvolvimento de cidadãos plenos, com repercussões futuras para o próprio desenvolvimento nacional, com importantes resultados na promoção do DPI em seus territórios e inspirando outros programas:

- *Educa a tu hijo* (Cuba).
- *Chile crece contigo* (Chile).
- *De cero a siempre* (Colômbia).
- No Brasil, o Programa “Primeira Infância Melhor” (PIM), do estado do Rio Grande do Sul/RS (SCHNEIDER, 2007; RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Em 2012, o Brasil junta-se a esses países, com o lançamento do programa intersetorial federal para a primeira infância, Brasil Carinhoso (Decreto n.º 7.758, de 15 de junho de 2012), com ações desenvolvidas pelos Ministérios do Desenvolvimento Social, da Educação e da Saúde, voltados para a primeira infância, em especial das crianças de famílias em situação de extrema pobreza, público-alvo do Programa Bolsa Família (BRASIL, 2012j).

Como complementação do Brasil Carinhoso, a partir de 2013, o MS passou a estimular estados e municípios a implementarem Políticas Públicas de Promoção do DPI, com utilização da estratégia de Programa de Visita Domiciliar. A inspiração metodológica do MS foi o PIM e o Programa *Nurse-Family Partnership*, porém, considerando a existência no Brasil de um verdadeiro exército de 260mil agentes comunitários de saúde (ACS), já capilarizados pelos lares de todo o País, propõe a qualificação destes profissionais para o papel de visitantes, sob supervisão de suas respectivas equipes de Saúde da Família (eSF), em especial dos respectivos

enfermeiros e, eventualmente, de profissionais de Nasc. Por meio de parcerias, com apoio técnico e financeiro do MS, são lançados os seguintes programas-piloto:

- Programa “Cresça com seu filho”, pelo município de Fortaleza/CE, com intervenção técnica e operacional da Universidade Federal do Ceará e monitoramento de seu impacto pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID).
- Programa “São Paulo Carinhosa”, por São Paulo (SP).

Por meio desses programas, estes municípios passaram a capacitar seus ACS para realizarem, com suporte de suas respectivas eSF, suas visitas domiciliares periódicas com mais qualidade e de forma mais intensivas para famílias com maior vulnerabilidade, que possuam gestantes ou crianças pequenas em sua composição, para o fomento do vínculo mãe/pai/família-bebê e o empoderamento destes para o cuidado e o estímulo do desenvolvimento dos filhos (FORTALEZA, 2015; HADDAD, A. E., 2016).

Entre 2013 e 2014, o MS lança portaria criando a “Agenda de Intensificação de Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil”, em municípios de todo o País com altos índices de desnutrição infantil. Nos 30 municípios contemplados dos estados do Amazonas, Acre, Rondônia e Roraima e em São Paulo, o MS ampliou o foco deste projeto, dando ênfase não apenas ao enfrentamento da desnutrição, mas também à promoção do DPI. Além do repasse do estímulo financeiro previsto pela portaria, também ofertou aos municípios Apoio Institucional. Este projeto viria a ter forte influência na criação, entre 2015 e 2016, das seguintes Políticas Públicas de Promoção do DPI, na Região Norte do País:

- Programa Primeira Infância Acreana, pelo estado do Acre.
- Programa Primeira Infância Amazonense, pelo estado do Amazonas.
- Programa Primeira Infância Manauara, pelo município de Manaus (Amazonas).

Em 2015 ocorre a instituição, pelo MS, da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (Pnaisc), tendo como um dos seus sete eixos prioritários de ação Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral. A Pnaisc parte da premissa de que, no atual estágio de desenvolvimento do Brasil, não é aceitável se pensar apenas em sobrevivência e crescimento da criança, mas sim na vigilância e promoção para garantia de um pleno desenvolvimento, em especial na primeira infância (BRASIL, 2015).

A implementação da Pnaisc pelos estados e municípios pode ter grande potência para a promoção do DPI, não apenas por este seu eixo específico voltado ao tema, mas também por sua ênfase na integralidade da atenção, justamente um dos três

tipos de intervenções em políticas públicas com evidências de impacto, que é a oferta de um cuidado integral e integrado à família, em seus vários ciclos de vida, em especial pela área da Saúde (Atenção Básica à Saúde como base), com forte articulação intersetorial, em especial com a área de Assistência/Desenvolvimento Social.

Mais recentemente, em 2016, o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário lançou um novo programa federal, denominado de “Programa Criança Feliz”, com proposta de visitas domiciliares focando em gestantes e crianças de até 3 anos, beneficiárias do Programa Bolsa Família, e nas crianças de até 6 anos e suas famílias, beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada (BPC) (BRASIL, 2016).



Eixo Estratégico IV – Atenção Integral a Crianças com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenças Crônicas

Consiste em estratégia para o diagnóstico precoce e a qualificação do manejo de doenças prevalentes na infância e ações de prevenção de doenças crônicas e de cuidado dos casos diagnosticados, com o fomento da atenção e internação domiciliar sempre que possível (BRASIL, 2015b, art. 6º, item IV).

São ações estratégicas do eixo de atenção integral a crianças com doenças crônicas:

- A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi).
- A construção de diretrizes de atenção e linhas de cuidado.
- O fomento da atenção e internação domiciliar.

(BRASIL, 2015b, art. 10)



Atenção Integral às Crianças com Doenças Crônicas

Nas últimas décadas, tem-se observado importante mudança no perfil de morbimortalidade da população brasileira, denominada de “transição epidemiológica”, caracterizada pela redução das doenças infectocontagiosas, aumento das doenças crônicas não transmissíveis e, mais recentemente, o aumento de casos de anomalias congênitas. A transição epidemiológica ocorre devido a fatores como a urbanização, o acesso aos serviços de saúde, os meios de diagnóstico e as mudanças culturais expressivas. No Brasil, porém, esta transição apresenta características particulares, decorrentes das diferenças sociais, econômicas e regionais, e o envelhecimento da população, apresentando assim um modelo de transição onde ainda temos significativa ocorrência de agravos causados por doenças infectocontagiosas e, ao mesmo tempo, o crescimento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis.

Tais mudanças criaram novas demandas para o sistema de saúde, que precisa assistir as crianças que apresentam condições crônicas de saúde com uma gama variada de etiologias e prevalências distintas, que vão desde doenças como problemas alérgicos, obesidade, diabetes, hipertensão, distúrbios neurológicos, câncer e problemas de saúde mental até doenças raras como síndromes genéticas e metabólicas, lembrando ainda, que as condições crônicas de saúde apresentam um largo espectro de gravidade (MOREIRA; GOMES; SÁ, 2014).

Um dos principais desafios para a atenção integral a estas crianças é que, além do tratamento específico de suas patologias, necessitam também de acompanhamento de puericultura na Atenção Básica e de integração entre esta e os serviços especializados.

Visando contemplar o objetivo da integralidade da atenção da Pnaisc, é essencial que a criança com doença crônica tenha sua atenção planejada pelos seus profissionais/serviços de referência, em conjunto com a família, por meio de um Projeto Terapêutico Singular, no qual o percurso terapêutico da criança seja pensado, com os fluxos assistenciais necessários para seu tratamento previamente articulados por eles, de forma que a família não precise peregrinar pelo sistema de saúde em busca dos cuidados necessários (exames, procedimentos, terapias especializadas etc.).

Considerando que a maior parte dos municípios brasileiros é de pequeno porte, possuindo apenas serviços de Atenção Básica, os diferentes níveis de cuidado devem ter uma efetiva organização regionalizada, com definição de serviços de

referência da Rede de Atenção à Saúde (RAS) em cada Região de Saúde, para ampliar acesso e relação solidária de profissionais da Atenção Básica e de especialistas, facilitando a prestação de serviços de saúde de qualidade, definição de responsabilidades, comunicação e a transferência segura quando necessária.

Outro grande desafio trazido pelo crescimento das doenças crônicas no País é a sobrecarga que o gerenciamento de uma doença crônica na criança gera na família e que pode contribuir para o incremento de vulnerabilidades, inclusive relacionadas à violência. Estudos demonstram que a condição crônica de saúde da criança coloca grandes exigências sobre a família (HAUSER-CRAM *et al.*, 2001; OKA; UEDA, 1998; WARFIELD, 2001). Incremento da irritabilidade dos pais nesses casos pode ocorrer ligado ao estresse e às exigências relacionadas aos cuidados com a rotina. No caso, familiares, como mulheres e irmãos saudáveis podem se ver submetidos a situações de violência, ao se encontrarem como cuidadores principais, negligenciando a própria saúde e direito a estudar, a viver o lazer e trabalhar. Pesquisas indicam que as crianças com condições crônicas de saúde, o que inclui as deficiências e os quadros de adoecimento de longa duração, são particularmente vulneráveis às mais variadas formas de violência e negligência, seja no ambiente familiar, seja em ambientes escolares (SVENSSON; BORNEHAG; JANSON, 2011; ASSIS, 2006; CAVALCANTE; GOLDSON, 2009; MOREIRA *et al.*, 2014).

A prevenção de doenças crônicas passa por um leque de ações de promoção da saúde, com especial foco na gravidez e primeira infância, bem como intervenções de prevenção específicas para populações com fatores de risco, ligados ao estilo de vida e ao caráter genético. Existem evidências científicas claras, oriundas da Epigenética, de que o aleitamento materno e a via de nascimento pelo parto normal se configuram como intervenções preventivas para muitas doenças crônicas. O fomento destas práticas, portanto, torna-se obrigatório pelos profissionais e serviços de saúde (GOLDANI *et al.*, 2013; SEVELSTED *et al.*, 2015).

Construção de Diretrizes de Atenção e Linhas de Cuidado

O estabelecimento de Linhas de Cuidado e/ou Diretrizes de Atenção para crianças com doenças/agravos crônicos tem se mostrado estratégia inovadora potente na busca da integralidade da atenção, articulando ações e serviços de saúde ofertados pelos diversos níveis e redes de atenção, sob coordenação da atenção básica à saúde, enfrentando a fragmentação do cuidado. Essa estratégia, articulando as ações dos eixos estratégicos da Pnaisc, pode servir de fio condutor para orientar o

percurso da criança nos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, em âmbito local e regional, quando necessário.

Algumas diretrizes adotadas pelo Ministério da Saúde se constituem em bons exemplos, como a “Diretriz de Atenção Integral à Saúde Auditiva Neonatal” (BRASIL, 2012c) e as “Diretrizes de organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade”, como norteadoras da linha de cuidado prioritária na Rede de Atenção a Pessoas com Doenças Crônicas. Esta última, apesar de não constituir ação específica para obesidade infantil, busca usar da potência desta estratégia para o cuidado integral a este agravo crônico dos mais graves e prevalentes da atualidade (BRASIL, 2013l).

Também em relação a alergias e a intolerâncias alimentares, em 2009 foi publicado um “Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Doença Celíaca” (BRASIL, 2009a) e o PCDT voltado para a Alergia à Proteína do Leite de Vaca, em constante atualização.

A elaboração de uma Linha de Cuidado para atenção integral a crianças com cardiopatias congênitas, em desenvolvimento no Ministério da Saúde, constitui outro grande desafio, nesta tendência de uso desta estratégia para um tipo de agravo cuja complexidade, visando à atenção integral, transcende estados e municípios, exigindo pactuações de fluxos interestaduais e mesmo nacionais.

Importante, entretanto, salientar-se que, para a maior parte dos agravos de saúde de grande prevalência ou magnitude, estados e municípios têm plena governabilidade para a elaboração das respectivas Linhas de Cuidado, visando à sistematização dos papéis dos vários profissionais e serviços envolvidos com eles nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) municipais, regionais e estaduais, bem como a organização dos fluxos assistenciais entre estes serviços. Tudo isso sempre com o objetivo de facilitar o percurso terapêutico das crianças e suas famílias, visando à integralidade da atenção e evitando a peregrinação das famílias em busca da assistência necessária.

Fomento da Atenção Domiciliar

A Atenção Domiciliar constitui modalidade de atenção substitutiva ou complementar às demais, agregando um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia

de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (Portaria GM/MS n.º 963, de 27 de maio de 2013).

Para crianças com agravos crônicos, que dificultam sua mobilização do domicílio ou muitas vezes até do leito, representa intervenção essencial para a oferta de uma atenção integral e humanizada. Seja aquela prestada pelas equipes de Atenção Básica/equipes de Saúde da Família (Atenção Domiciliar Tipo 1 – AD1), para crianças crônicas estáveis de baixa complexidade (com apoio, se necessário, por profissionais dos Nasf), seja aquela, de maior complexidade (AD2 e AD3), cujo cuidado é feito por Serviços de Atenção Domiciliar, por meio de Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (Emad), por tempo limitado (crônicos agudizados, por exemplo) ou indeterminado, inclusive com uso de equipamentos de ventilação mecânica ou outros (“moradores” de UTI, por exemplo).

Essa oferta melhora a qualidade de vida destas crianças e também de suas famílias, mantendo os vínculos familiares, aumentando a autonomia para o cuidado e, por outro lado, aliviando pais, mães e/ou cuidadores, cuja vida, com muita frequência, gira quase que exclusivamente em função do cuidado desta criança.

Também cumpre importante objetivo de evitar internações (ou encurtá-las), repercutindo para otimizar a disponibilização de leitos hospitalares e a diminuição de custos assistenciais para o SUS.

Cuidados Paliativos

Os cuidados paliativos são abordagens de atenção humanizada voltados aos usuários que se encontram em fases avançadas da doença ou fora de possibilidades de tratamentos curativos. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, redefine os cuidados paliativos como “uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares que enfrentam doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento” (OMS, 2002). Esse tipo de abordagem ampliada necessita do planejamento de um Projeto Terapêutico Singular, desde a identificação, o diagnóstico, a avaliação e o tratamento nas dimensões física, psicossocial e espiritual.

Em Pediatria o cuidado paliativo prevê o suporte para as crianças e as suas famílias, objetivando a consecução de melhores padrões de assistência nestas situações de doenças avançadas e/ou fora de possibilidade terapêutica de cura ou controle

dos sintomas e tendo como preocupação a redução de danos e a melhor qualidade de vida possível.

Para tal, os serviços devem esgotar todas as possibilidades da oferta de cuidados paliativos, sempre que possível com o acompanhamento de equipe multiprofissional no âmbito domiciliar, seja pela Atenção Básica/Equipe de Saúde da Família ou por uma Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar (Emad), com encaminhamento, quando necessário, para Atenção Hospitalar.

Atenção Integral às Crianças com Agravos Prevalentes na Infância

Em relação às chamadas “doenças prevalentes na infância”, as doenças diarreicas e respiratórias persistem com importância como causas de adoecimento, em especial em regiões e populações de maior vulnerabilidade, como indígenas, quilombolas, ribeirinhas etc., e quando associadas à desnutrição colocam em risco a vida. As doenças respiratórias são o primeiro motivo de consulta em ambulatórios e serviços de urgência, o que demanda capacitação das equipes de saúde para uma atenção qualificada, com continuidade da assistência até a resolução completa dos problemas, evitando-se internação hospitalar desnecessária. A pneumonia é uma das principais doenças da infância e importante causa de morte evitável em menores de 5 anos. A asma e sua associação com a alergia e pneumonia merecem atenção especial, seja por se tratar de uma das principais causas de internação e procura em serviços de urgência, seja pela interferência na qualidade de vida da criança. As parasitoses intestinais, com a doença diarreica, demandam ações intersetoriais integradas e promotoras de acesso à água tratada e ao esgotamento sanitário, além de tratamento adequado (BRASIL, 2005a).

A tuberculose e a malária, principalmente em regiões e populações de maior vulnerabilidade, mantêm-se como graves e prevalentes agravos junto à população infantil, e sua abordagem devem ser priorizadas na Atenção Básica, seguindo normas programáticas e recomendações para sua prevenção e controle (BRASIL, 2003; 2011).

Problemas Nutricionais Prevalentes na Infância

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

Os principais agravos nutricionais das crianças brasileiras são a anemia, a obesidade e a desnutrição (BRASIL, 2009f). Para o enfrentamento desses quadros é necessária ação integrada em todas as instâncias, federal, estadual e municipal, assim como a participação dos profissionais de saúde em ações que levem a uma melhor nutrição e saúde de toda a população e, principalmente, dos grupos mais vulneráveis (BRASIL, 2012e).

A anemia por deficiência de ferro é, na atualidade, o principal problema nutricional em escala de saúde pública do mundo e suas repercussões nos primeiros anos de vida são o menor desenvolvimento cognitivo, motor e/ou social/emocional (BRASIL, 2009f). 20,9% das crianças menores de 5 anos e 24,1% das crianças menores de 2 anos são acometidas com anemia por deficiência de ferro. As equipes de Atenção Básica devem estar atentas às recomendações para a suplementação profilática com sulfato ferroso a partir dos 6 meses de idade. Outras medidas, desde o nascimento como o clameamento tardio do cordão umbilical (BRASIL, 2009f; VENANCIO *et al.*, 2008) e o aleitamento na primeira hora de vida, podem prevenir esse agravo e devem ser consideradas no rol de atribuições de todos os profissionais que assistem a criança no nascimento. A amamentação exclusiva nos 6 primeiros meses de vida e a orientação para práticas adequadas de alimentação complementar saudável devem ser estimuladas na Atenção Básica para prevenção da anemia (BRASIL, 2009f).

A deficiência de vitamina A é um agravo prevalente no País, doença nutricional grave que é a causa mais frequente de cegueira prevenível entre crianças e adultos. Além das alterações oculares que podem levar à cegueira, a deficiência contribui para o aumento das mortes e doenças infecciosas na infância. O impacto da suplementação com vitamina A em crianças apontam redução do risco global de morte em 24%, de mortalidade por diarreia em 28% e de mortalidade por todas as causas, em crianças HIV positivo, em 45% (BRASIL, 2013m). O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (BRASIL, 2005d) busca reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em todos os municípios das Regiões Nordeste e Norte e municípios prioritários nas Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul por meio de suplementação semestral com megadoses de vitamina A (BRASIL, 2013m).

Outro problema a ser enfrentado é a obesidade, que já supera a desnutrição na população infantil e pode gerar consequências no curto e longo prazos, sendo importante preditivo da obesidade na vida adulta (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2003). Sua prevenção inicia-se desde a gestação, com a promoção do crescimento fetal intraútero pleno, prevenção do crescimento intrauterino

restrito e da prematuridade, incluindo a ocorrência de nascimento de RN “a termo precoces”/prematuros tardios, que aumenta o risco de desenvolvimento de obesidade na vida adulta. Estudos têm demonstrado a associação entre cesariana e o sobrepeso/obesidade, o que reforça ainda mais a necessidade de controle da epidemia de cesariana no País (GOLDANI *et al.*, 2013).

A prevenção da obesidade é necessária desde o nascimento, com o estímulo ao aleitamento materno (fator protetor) e a formação de hábitos alimentares saudáveis nos primeiros anos de vida (SKINNER *et al.*, 2002).

A desnutrição pode ocorrer precocemente na vida intrauterina (baixo peso ao nascer) por fatores relacionados à gestação, e frequentemente cedo na infância, em decorrência da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar inadequada nos primeiros 2 anos de vida, associada, muitas vezes, à ocorrência de repetidos episódios de doenças infecciosas diarreicas e respiratórias (BRASIL, 2009d). As ações descritas de promoção do aleitamento materno, especialmente a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) são fundamentais para a prevenção da desnutrição e obesidade na infância, segundo a Portaria n.º 1.920, de 5 de setembro de 2013 (BRASIL, 2013f).

As equipes de AB têm um papel fundamental na prevenção e no manejo dos agravos nutricionais, devendo incentivar ações de promoção à saúde, como orientação alimentar para as famílias, acompanhamento pré-natal, incentivo ao parto normal e ao aleitamento materno, orientação sobre introdução de alimentos complementares, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, suplementação de vitamina A dos 6 aos 59 meses e a suplementação de ferro em doses preventivas para crianças de 6 a 24 meses.

Nas situações em que os agravos nutricionais persistirem faz-se necessária a atenção especializada. É fundamental a definição de equipes e serviços de referência que possam garantir a continuidade do cuidado por meio da articulação da RAS. É ainda papel das equipes de saúde a identificação da necessidade e priorização do atendimento das famílias e crianças em ações intersetoriais, de assistência social e educação, entre outros (BRASIL, 2005a).

Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – Aidpi

A estratégia “Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância” (Aidpi) tem por objetivo diminuir a morbidade e mortalidade de crianças entre zero a 5 anos

de idade, por meio da melhoria da qualidade da atenção prestada à criança por profissionais de saúde, em especial na Atenção Básica à Saúde, promovendo ações de promoção e prevenção em saúde infantil, diminuindo a mortalidade por estas doenças, não apenas investindo na sobrevivência das crianças, mas também no seu pleno desenvolvimento infantil (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005).

Trata-se de uma abordagem da Atenção Integral à Saúde da Criança, desenvolvida originalmente pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), que teve início no Brasil no ano 1996. Caracteriza-se pela consideração simultânea e integrada do conjunto de doenças de maior prevalência na infância, em vez do enfoque tradicional que busca abordar cada doença isoladamente, como se ela fosse independente das demais doenças que atingem a criança e do contexto em que ela está inserida.

Propõe-se melhor organização dos serviços de saúde, ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, além da melhora do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento nos primeiros anos de vida. Estes são primordiais para criarmos condições que visam garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis.

Na última década, pelo potencial da Estratégia, o Ministério da Saúde (MS) e outros organismos do setor Saúde, como Opas e Unicef, têm utilizado a estratégia Aidpi com especial foco nas populações indígenas, por meio de capacitações envolvendo médicos e enfermeiros, principalmente da Atenção Básica dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

Trata-se de importante estratégia para a identificação de sinais de risco e qualificação da atenção e manejo integrado das principais doenças e agravos à saúde infantil, sendo seu uso aconselhável em áreas onde o acesso a serviços de saúde é ainda difícil. Com abordagem integrada no tratamento e na prevenção das doenças de maior prevalência em crianças menores de 5 anos, apresenta um conjunto de medidas de avaliação da criança quanto a sinais clínicos de perigo/risco relacionados a estas doenças, sua classificação da gravidade e tratamento precoce.

Após o ano 2000, o MS incorporou a estratégia da Aidpi Neonatal com o desafio de diminuição de óbitos no período neonatal (primeiros 28 dias de vida), momento em que se concentram cerca de 70% das mortes infantis. As condutas

preconizadas pela Aidpi Neonatal abrangem as normas do MS relativas à promoção, à prevenção e ao tratamento dos problemas de saúde da criança de zero a 2 meses, e também da mulher que deseja engravidar e da gestante. Em relação à mulher que deseja engravidar: preparo para uma gestação saudável, acompanhamento pré-natal, parto e nascimento com atenção adequada. Em relação à criança: reanimação neonatal em tempo hábil, aleitamento materno, promoção de alimentação saudável, crescimento e desenvolvimento, imunização, assim como o controle dos agravos à saúde, destacando as doenças no período neonatal, desnutrição, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas e malária, entre outros. Conta também com um componente de educação em saúde, dirigido a melhorar a capacidade da família e da comunidade para o cuidado neste período da vida.

A expansão e o fortalecimento da estratégia Aidpi, em especial de seu componente neonatal, continua com potencial para contribuir para o avanço sustentado na redução da mortalidade infantil no País, em especial nas regiões de maior vulnerabilidade (BRASIL; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2013).

Organização dos Pontos de Atenção a Crianças com Doenças Prevalentes na Infância

A atenção às doenças prevalentes na infância deverá ser organizada em toda a Rede de Atenção à Saúde, para que o cuidado ocorra de forma coordenada, pronta e resolutiva em todos os serviços que a compõem.

A Unidade Básica deverá manter a prática de acolhimento e escuta, incluindo o atendimento aos casos agudos, identificando a criança de risco, mantendo a continuidade do cuidado, mediante a oferta de ações de promoção e de proteção à saúde, visando à prevenção de agravos. É função da eSF o acompanhamento das crianças após o atendimento em serviços de urgências/emergências, assim como após a alta hospitalar, visando, em especial, à redução das internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária. Também é seu papel a continuidade do seguimento das crianças por ela encaminhadas para especialistas na atenção secundária. Em relação à asma, por sua alta prevalência na infância e influência no bem-estar cotidiano da criança, destaca-se o papel dos profissionais da Atenção Básica, que deverão conhecer essas crianças da área de abrangência do serviço de saúde (que “chiam” e/ou apresentam pneumonias frequentes e/ou se internam ou utilizam com frequência o serviço de urgência), para acompanhamento mais intensivo com o intuito de prevenir as crises agudas. Devem captar essas crianças em toda oportunidade: consultas, na farmácia da unidade, na sala de vacinas/injeções, nebulização, na visita domiciliar do ACS e identificando egressos

hospitalares e dos serviços de urgência. As crianças com asma grave ou com evolução insatisfatória e dúvidas no diagnóstico devem ser encaminhadas à atenção secundária.

Como atenção complementar à Atenção Básica às doenças prevalentes, os serviços de urgência e emergência e atenção especializada deverão prover:

- Atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde de acordo com a hierarquização, fluxo e integração da rede de atenção local.
- Acolhimento com pronta assistência, imediata e resolutiva, com disponibilidade diagnóstica e terapêutica adequada.
- Referenciamento para a AB com contra referência e registro do atendimento no serviço e recomendações à equipe da AB para o seguimento do cuidado.

A Atenção Hospitalar deverá prover:

- Acolhimento e internação de urgência de crianças que apresentem quadros agudos, com assistência imediata e resolutiva com disponibilidade diagnóstica e terapêutica adequada.
- Referenciamento para a AB, com contrarreferência com relatório de alta e recomendações à equipe da AB para o seguimento do cuidado da criança.



Eixo Estratégico V – Atenção Integral à Criança em Situação de Violências, Prevenção de Acidentes e Promoção da Cultura de Paz



Consiste em articular um conjunto de ações e estratégias da rede de saúde para a prevenção de violências, acidentes e promoção da cultura de paz, além de organizar metodologias de apoio aos serviços especializados e processos formativos para a qualificação da atenção à criança em situação de violência de natureza sexual, física e psicológica, negligência e/ou abandono, visando à implementação de linhas de cuidado na Rede de Atenção à Saúde e na rede de proteção social no território (BRASIL, 2015b, art. 6º, item V).

Os temas relacionados às violências e aos acidentes, também definidos como causas externas (CID-10, 1993), configuram-se como grave problema de saúde pública, devido ao caráter endêmico, à pressão sobre os serviços de saúde e ao impacto com graves repercussões na vida das famílias. O Brasil tem reduzido a mortalidade infantil e na infância, mas não tem conseguido sucesso na diminuição de mortes e lesões evitáveis por essas causas.

Para efeito da política, considera-se como violência “quaisquer atos ou omissões dos pais, responsáveis, instituições e, em última instância da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral” (BRASIL, 2010d, p. 28), abrangendo ainda a negligência e/ou abandono. O termo acidente é consagrado pelo uso, contudo, podemos assumir que tais eventos são, em maior ou menor grau, previsíveis e preveníveis, retirando-lhes, assim, a conotação fortuita e casual que lhe pode ser atribuída (BRASIL, 2001a). Para ambos os agravos, tanto os acidentes como as violências, devem-se investir em ações de prevenção e de promoção da cultura de paz, considerando-se que são eventos evitáveis.

As medidas normativas, especialmente o Estatuto da Criança e do Adolescente, repudiam a violência, e este defende que: “nenhuma criança será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (BRASIL, 1990b, art. 5º). A criança tem o direito de ser educada e cuidada sem o uso de castigo físico, de tratamento cruel ou degradante como forma de correção, disciplina ou qualquer outro pretexto (Lei n.º 13.010, de 26 de junho de 2014) (BRASIL, 1990b, BRASIL, 2014n).

Por isso, é essencial que o poder público e a sociedade assumam compromissos para difundir a promoção da cultura de paz e não violência, visando ao pleno desenvolvimento saudável da criança, com a adoção de novos modos de agir, de educar e de convivência familiar. Para superar as adversidades é importante valorizar a construção e/ou manutenção dos vínculos familiares, buscando reduzir danos e prevenir outras formas de violação de direitos.

A Pnaisc define como ações estratégicas do eixo de atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz:

- O fomento à organização e qualificação dos serviços especializados para atenção integral a crianças e suas famílias em situação de violência sexual.
- A implementação da “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”.
- A articulação de ações intrasetoriais e intersetoriais de prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz.
- O apoio à implementação de protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança pactuados com instituições governamentais e não governamentais, que compõem o sistema de garantia de direitos.

(BRASIL, 2015b, art. 11)

Atenção Integral a crianças em Situação de Violências

A violência, definida como agressão na CID-10, é muito frequente na faixa etária de zero a 9 anos, embora nem sempre leve à internação hospitalar ou ao óbito. A partir de 2009, o módulo de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) passou a integrar o sistema de Informação de Agravos de Notificação, versão net (Sinan-Net), disponível para os 5.565 municípios brasileiros. Entre 2011 a 2016, houve aumento importante de municípios com notificações de violências, passando de 2.144 para 3.668, totalizando, nesse período, 181.281 casos de violências contra crianças de zero a 9 anos. No ano de 2016, foram registrados 40.569 casos de violências contra crianças, sendo 22.076 contra meninas e 18.439 contra meninos. Com relação à raça/cor, branca (39,3%) e parda (37,4%). Quanto ao tipo da violência, a maioria dos casos notificados foi de negligência (48,2%), seguida da violência física (27,7%) e sexual (24,4%). Quanto ao local de ocorrência do evento, observam-se maiores proporções na residência (65,3%), sendo a mãe a principal agressora (48,3%).

Nos serviços de saúde, a abordagem da criança e sua família em situação de violência demanda a humanização do cuidado, com acolhimento e cuidado multiprofissional, para que o problema não seja reduzido aos aspectos físicos e biológicos. Valoriza-se, nesse processo, a postura ética, a confidencialidade e o sigilo, com diagnóstico ágil e seguro, mediante o uso de técnicas que melhor atendam ao superior interesse da criança como pessoa em condição peculiar de desenvolvimento (MAGALHÃES, 2011).

O cuidado com os profissionais que lidam no dia a dia com os casos de violência é fundamental (cuidando de quem cuida), visto que exige, não apenas a mudança de práticas, mas também o equilíbrio psicológico, devido à complexidade e especificidade do tema e da carga emocional empregada no cuidado e na intervenção, necessários para maior segurança da criança, da família e do profissional. Por isso, é essencial o investimento em ações de apoio psicossocial e educação permanente na formação profissional e nos serviços.

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

A efetivação dos direitos da criança acontece no território, onde as oportunidades devem ser potencializadas, na articulação intrasetorial da saúde e intersetorial, com o trabalho em rede e na aplicação de protocolos terapêuticos e linhas de cuidado que extrapolam as ações e os serviços de saúde. Envolve o acolhimento,

o atendimento, a notificação dos casos suspeitos e confirmados e o seguimento na rede, para a continuidade do cuidado, tanto no âmbito dos serviços de saúde quanto nos serviços da rede de educação, da assistência social, conselho tutelar, segurança pública, entre outros dispositivos e/ou equipamentos públicos e privados (MAGALHÃES, 2011).

As diretrizes e as regras para o funcionamento da rede de saúde e atendimento (diagnóstico, tratamento e cuidado) de crianças em situação de violência sexual, definidas pelo Ministério da Saúde, instituíram, com este fim, serviços especializados – serviço de referência para atenção às pessoas em situação de violência sexual. Esses devem contar com médico, assistente social, psicólogo, enfermeiro, entre outros, compondo uma equipe multiprofissional, com atendimento 24 horas. O serviço de referência deve dispor de ambulatório, com equipe multiprofissional para o acompanhamento da criança, por um período de seis meses, mediante Projeto Terapêutico Singular (PTS) para cada caso, e após alta responsável. Entre as normativas, destacam-se as que apontam sobre o tema:

Portaria n.º 485, de 1º abril de 2014 (BRASIL, 2014e), Portaria n.º 618, de 18 de julho de 2014 (BRASIL, 2014f), e a Portaria n.º 2.415, de 7 de novembro de 2014 (BRASIL, 2014g).

Os municípios devem organizar sua rede para a atenção integral à saúde de crianças e suas famílias em situação de violências, envolvendo os serviços da Atenção Básica, serviços ambulatoriais, serviços de referência local e regional, independentemente do nível e atenção.

A Atenção Básica, como coordenadora do cuidado no território, desempenha papel fundamental para a integralidade do cuidado da criança em situação de violência. O trabalho integrado entre a Atenção Básica, envolvendo a equipe de Saúde da Família (eSF), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), com serviços de Saúde Mental e os Serviços de Referência habilitados para atendimento a situações de violência sexual, potencializam o cuidado e facilitam abordagem integral, com mais efetividade e impacto na qualidade de vida das crianças e suas famílias (BRASIL, 2010d).

O encaminhamento da criança que sofreu violência sexual do Serviço Referência para a Atenção Básica, deve ser feito após a avaliação da equipe multiprofissional, em comum acordo com a família. Antes, porém, deve ser verificada a capacidade instalada da UBS e a qualificação dos profissionais para dar continuidade nos

cuidados que o caso requer, visando ao pleno reestabelecimento da saúde física, psicológica e a proteção da criança.

Os profissionais que atuam nesses serviços devem acolher, escutar, cuidar e possibilitar ações emancipatórias, interagindo com a rede de cuidados, levando em conta as singularidades de cada um e as construções que cada sujeito faz a partir de suas condições. As equipes do Nasf assumem atribuições de apoio matricial aos profissionais das eSF e UBS, mediante apoio técnico e capacitações voltadas para a rede de saúde, da assistência social, da educação, entre outros, garantindo suporte aos profissionais de saúde (cuidando do cuidador) e em algumas situações para atendimento ao agressor em violência intrafamiliar (BRASIL, 2010d).

O Programa Saúde na Escola (PSE) constitui-se em estratégia importante para a efetivação de políticas no território. O seu modelo de atuação contribui, tanto para a prevenção de violências quanto para a identificação de sinais e sintomas de violência interpessoal, um espaço diferenciado de atuação, que se torna legítimo para a discussão de casos e a continuidade do cuidado com alcance intersetorial.

Os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) integram os serviços para atendimento da criança em situação de violência no território, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (Capsi) e os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (Caps-Ad). Os equipamentos da política de assistência social, Cras e Creas, somam-se no território para a proteção de crianças e as famílias em situação de violências.

O processo de implementação das ações e estratégias deste eixo, em especial a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”, requer a adoção de medidas por parte dos gestores das três esferas de gestão do SUS, para a integração dos serviços de saúde da rede local, bem como articulação intersetorial com os serviços das políticas públicas de Educação (creches, escolas etc.) e da Assistência Social (Cras etc.).

Para a sustentabilidade da Linha de Cuidado nos serviços de referência, conforme as Portarias mencionadas, faz-se necessário:

- Organização e qualificação dos serviços especializados, como referência municipal ou mesmo de uma Região de Atenção à Saúde, para a atenção integral à saúde de crianças e suas famílias em situação de violências com ambiência, equipe multiprofissional capacitada e com compreensão de trabalho em rede.

- Fortalecimento dos serviços da rede que realizam atendimento a crianças e adolescentes em situação de violências e apoio matricial para os profissionais da Atenção Básica e saúde mental.
- Capacitação permanente dos profissionais da saúde na estratégia da Linha de Cuidado, para a qualificação do percurso da criança e sua família em situação de violência no serviço, desde o acolhimento, atendimento (identificação, diagnóstico e cuidados) notificação e seguimento em rede.
- Implantação do Sinan-Net, Componente I – Vigilância de Violências e Acidentes (Viva); ou uso de preenchimento manual da Ficha de Notificação/ Investigação Individual de Violências Doméstica, Sexual e/ou outras.
- Estruturação de ações e estratégias para discussão de casos e de boas práticas para o cuidado de crianças e suas famílias em situação de violências.
- Estratégia de apoio e suporte à saúde do trabalhador que atua em serviços de atenção às pessoas em situação de violências – cuidando de quem cuida.
- Apoio aos serviços para a organização e/ou aprimoramento de dispositivos para a atenção psicossocial ao agressor.
- Implantação, implementação, monitoramento e avaliação da Linha de Cuidado.

Prevenção de Acidentes



Os acidentes na infância representam importante causa de morte, gerando enorme sofrimento às famílias, e são responsáveis por custo econômico elevado ao sistema de saúde, principalmente nos casos em que deixam sequelas e invalidez por toda a vida. De acordo com os dados da PNDS 2006, as principais causas de acidentes com crianças, registrados nos serviços de saúde, são as quedas (81%), as queimaduras (10%), os choques elétricos (8,6%), as mordeduras de animais (7,6%) os afogamentos (6,1%), as intoxicações (4,9%), os esmagamentos (4%), os acidentes de transporte (4%), o envenenamento (1%) e outros tipos de acidentes (1,3%). Esses acidentes ocorreram 81% das vezes na própria residência, 11,3% em outra casa, 3,9% na rua, 1,9% na escola e 2% em outros lugares (BRASIL; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009).

A reflexão por parte dos profissionais de saúde é importante na abordagem dos casos de “acidentes” e prevenção de situações que coloquem em risco a integridade

física e mental da criança, de modo a contribuir para a desconstrução do caráter imprevisível de eventos cuja cadeia causal pode ser identificada e rompida (BRASIL, 2012j).

Atenção especial deve ser dada na segurança das crianças no trânsito e no âmbito doméstico. Os resultados da Viva – Inquérito 2011 registraram 47.495 atendimentos por violências e acidentes entre setembro e outubro, em 71 serviços sentinelas de Urgência e Emergência no País. Destes, 90,4% foram devido a causas acidentais, com 14.225 registros devido a quedas, sendo 24,08% na faixa etária de zero a 9 anos (BRASIL, 2013r). No ano de 2011, os acidentes de transporte nessa faixa de idade foram responsáveis por 1.045 óbitos de crianças, sendo 44,5% de pedestres e 25,7% de ocupantes de veículos (BRASIL, 2013p). Considera-se que essas são causas evitáveis e que as ações educativas podem prevenir acidentes, envolvendo a educação no trânsito para as crianças e famílias, além da utilização de equipamentos de segurança, mesmo em pequenas distâncias, já que muitas colisões acontecem próximas ao local de destino e origem ou em ruas com baixo limite de velocidade.

Organização de Ações de Prevenção e Cuidado da Segurança da Criança

As ações de prevenção para adoção de atitudes que promovam a segurança das crianças devem levar em consideração os fatores de risco e vulnerabilidade e o estágio de desenvolvimento de cada criança, tendo em vista tratar-se de período de crescimento em que o comportamento exploratório é natural e pode colocá-la em situações que apresentem risco a sua integridade. Com a adoção de atitudes simples de proteção no ambiente doméstico muitos dos acidentes podem ser evitados como a adoção de grades, redes e barreiras de proteção, entre outras.

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



Os profissionais da Atenção Básica, por atuarem nas comunidades e manterem um contato mais próximo com as famílias e suas crianças, podem realizar ações educativas para evitar e prevenir acidentes, especialmente durante as visitas domiciliares. Deve-se avaliar aspectos de segurança no ambiente doméstico, orientar os responsáveis, com linguagem acessível e

sem julgamentos, sobre medidas simples para a segurança da criança, de acordo com a *Caderneta de Saúde da Criança* (BRASIL, 2014i).

Os pontos de atenção na saúde, para as crianças que sofrem acidentes, devem ser organizados de acordo com a especificidade e gravidade do caso, tendo ações na Atenção Básica, Atenção/Internação Domiciliar, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Sala de Estabilização, Hospitais – Urgências e Emergências, Ambulatórios de Reabilitação e Centros de Especialidade, inclusive nas centrais de regulação de urgência e internação. Esses pontos de atenção estão qualificados no item 6.2.2, do capítulo da RAS.

Para orientação aos profissionais e gestores da rede de saúde, o MS definiu a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), aprovada pela Portaria n.º 1.365, de 8 de julho de 2013 (BRASIL, 2013d), que constitui o processo integrado de atenção ao paciente vítima de trauma (acidentes e violências), articula os pontos de atenção da RUE para prevenção dos agravos, garantia de padrões adequados de acessibilidade aos recursos tecnológicos, segundo a gravidade dos casos e na lógica da continuidade do cuidado, com atribuição de responsabilidades assistenciais e mecanismos de regulação, coordenação, comunicação e transporte sanitário entre os diversos serviços e respectivos gestores do SUS. Para a organização dos serviços são importantes as seguintes ações e estratégias:

- Implementação da Linha de Cuidado ao Trauma nos pontos de atenção da RUE, como prioritária na estruturação da Rede de Atenção à Saúde.
- Orientações às famílias sobre a segurança da criança e prevenção de acidentes, com utilização da *Caderneta de Saúde da Criança*.
- Realização de campanhas educativas locais com mobilização para prevenção de acidentes.
- Orientações aos profissionais sobre a segurança da criança no ambiente hospitalar e a importância do acompanhante.
- Capacitação de profissionais de saúde no componente de prevenção de acidentes, utilizando a metodologia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (Aidpi).
- Sensibilização e capacitação de profissionais de saúde que atuam na RUE para a notificação compulsória dos casos de violência doméstica, sexual e outras violências (BRASIL, 2013d).
- Educação permanente na Linha de Cuidado ao Trauma, com cursos de urgências e emergências pediátricas, em todos os níveis e pontos de atenção, inclusive para aqueles que atuam diretamente nas centrais de regulação (BRASIL, 2013d).

Promoção da Cultura de Paz

A Organização das Nações Unidas (ONU) definiu “Cultura de Paz” em 1999, como conjunto de valores, atitudes, modos de comportamento e estilo de vida, mediante o diálogo e mediação de conflitos.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2014h), elege como tema transversal, a cultura de paz e direitos humanos, que consiste em criar oportunidades de convivência e solidariedade, de respeito à vida, de fortalecimento de vínculos, de mediação de conflitos, para a garantia dos direitos humanos e as liberdades fundamentais (BRASIL, 2014h).



A promoção da cultura de paz é uma construção que exige reflexão sobre o conceito da não violência, expressão do nosso caráter humano, que não pode ser negado e exige atenção e maiores cuidados para se colocar em prática. Esse conceito ainda é um elemento estranho à cultura que herdamos. Isso nos impõe enorme desafio pedagógico para assegurar a Cultura de Paz e não violência na escola, na família e na comunidade (MULLER, 2006a).

Por outro lado, esse conceito permite distinguir e examinar o sentido do conflito, da agressividade, da luta, da força e da violência em si. É a partir da experiência de viver um conflito que se constrói a relação com o outro (MULLER, 2006b).

As pessoas nascem com potencial para amar e para a agressividade. A energia da agressividade é necessária para lutar pelos próprios direitos. Não se deve confundir agressividade com violência. A agressividade é a força da afirmação, de combatividade que permite o encontro com o outro. Os adultos devem ajudar a criança a canalizar positivamente a agressividade e a não se expressar de forma violenta e destrutiva. (MULLER, 2006a; BRASIL, 2010d).

A violência apresenta-se em diversas formas, desde a negligência, o abandono, os castigos físicos, o assédio, o abuso e a exploração sexual até e o trabalho infantil. Essas dependem de uma gama de fatores relacionados a quem sofre e a quem pratica. Em geral, são encobertas sob um manto de silêncio. Os estudos mostram que

a exposição da criança a qualquer uma das formas de violência, principalmente na fase inicial da vida, pode comprometer o crescimento e o desenvolvimento, podendo gerar problemas de ordem social, emocional, psicológica e cognitiva, além das sequelas e demandas por serviços de atenção e cuidado especializados na rede de saúde (BRASIL, 2009e; MAGALHÃES, 2011).

O *bullying* é um problema que deve ser enfrentado, principalmente no ambiente escolar. O conceito envolve a violência psicológica, mas também a sua forma física, o que torna necessário a atuação da equipe de saúde em articulação com os profissionais de Educação, para identificação de riscos e de sintomas. Para lidar com esse tipo de situação é fundamental o envolvimento da família para a prevenção dessa prática, alertando também sobre os perigos de ocorrência desse tipo de violência por meio das redes sociais, conhecida como *cyberbullying* (BRASIL, 2010d).

É preciso estabelecer limites, sem violência, para que a criança compreenda o que pode e o que não pode ser feito, de forma pedagógica. A compreensão das normas sociais, inclusive para os adultos, depende da repetição e da consistência das mensagens. A aprendizagem, no entanto, depende ainda mais do amor, da paciência, do afeto e da aceitação, além de um ambiente de convivência com a família e com outras crianças (BRASIL, 2010d).

Destacam-se ações a serem desenvolvidas, nas três esferas de gestão do SUS, para o estímulo à cultura de paz, a direitos humanos e a não violência:

- Realização de campanhas informativas e educativas sobre a prevenção de violências contra crianças e estímulo à cultura de paz, articuladas de forma intra e intersetorial, direcionadas às famílias, mas também para a comunidade escolar.
- Articulação de ações intersetoriais para o desenvolvimento integral da criança e a promoção da cultura de paz, visando ao empoderamento e fortalecimento das competências familiares para bom vínculo afetivo e para educação com limites, mas sem violência.
- Capacitação permanente dos profissionais das políticas sociais básicas (educação e assistência) para o desenvolvimento de competências necessárias para a prevenção, a identificação de sinais e sintomas de violências e para o cuidado dessas situações.



Eixo Estratégico VI – Atenção à Saúde de Crianças com Deficiência ou em Situações Específicas e de Vulnerabilidade



Consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrassetoriais e inter-setoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva (BRASIL, 2015b, art. 6º, item VI).

A desigualdade no acesso a direitos sociais e fundamentais, por populações específicas e grupos populacionais que se encontram em situação de vulnerabilidade, constitui ainda problema para o País. A distribuição geográfica, o tamanho das populações e a complexidade das tensões políticas envolvidas representam grandes desafios para o SUS.

Para esta política, as crianças com Deficiência ou em Situações específicas e/ou de Vulnerabilidade são as que demandam ações estratégicas e serviços de saúde prioritários, que em regra geral devem ser articulados com outras políticas públicas.

Crianças com deficiência são aquelas que nascem ou adquirem algum tipo de deficiência de natureza física, mental, intelectual ou sensorial – com alguma repercussão no desenvolvimento neuropsicomotor.

São consideradas crianças em situações específicas as crianças indígenas, quilombolas, do campo e da floresta, ribeirinhas e/ou das águas, entre outras.

Em situação de vulnerabilidade as crianças em serviços de acolhimento institucional, filhos e filhas de mães privadas de liberdade (com atenção especial para as mães adolescentes), em situação de rua (incluindo famílias com crianças, mulheres e adolescentes gestantes), famílias e crianças em áreas de risco de desastres. O trabalho infantil, um grave problema social, expõe a criança às mais diversas situações de vulnerabilidade, que afetam o seu desenvolvimento biológico, social e psicológico.

As populações indígenas, por exemplo, totalizam em torno de 800 mil pessoas em todo o território nacional, sendo 600 mil vivendo em aldeias, muitas já atraídas pelos modos de viver nas cidades e outras ainda isoladas e/ou de recente contato. São mais de 300 etnias, muitas línguas e formas diversas de organização social e econômica, que devem ser observadas na formulação de ações e na forma de abordagem desse público.

A população negra representa 50,7% da população no País (IBGE, 2012b). Ela é composta por uma multiplicidade de formas de expressão cultural, estratificações de risco regionais, por gênero, por ciclos de vida e diferenças de perfil de morbimortalidade expressivas.

Com relação à saúde da criança, os avanços alcançados na redução da mortalidade infantil e na infância, superando com folgas a meta quatro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), ocultam ainda desigualdades regionais e de raça, sobretudo entre negros e indígenas. As afecções originadas no período perinatal ainda são as principais causas de mortes no primeiro ano de vida, fator intimamente associado à qualidade da Atenção Hospitalar ao parto-nascimento e do pré-natal, no qual se verifica desigualdade no acesso, sendo menor o número de consultas realizadas para a população indígena e negra. Apenas 43,8% das mulheres negras gestantes tiveram acesso ao mínimo de sete consultas de pré-natal, contra 72,4% das brancas. Um bebê negro tem 25% mais chance de morrer até 1 ano de vida do que uma criança branca. Crianças indígenas têm duas a três vezes mais chances de óbito no 1º ano de vida em relação às crianças brancas e quase

três vezes mais chance de estar fora da escola do que uma criança branca (BRASIL; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009).

A implementação da rede de atenção à saúde materna, neonatal e infantil (Rede Cegonha) tem produzido indicadores que possibilitam colocar em evidência essas desigualdades, por isso é preciso constituir, no interior dela, dispositivos capazes de dar conta das especificidades da atenção à saúde de mulheres e adolescentes privadas de liberdade, em situação de rua, negras, indígenas, quilombolas e em outras condições, que representam em si ou somadas, dificuldade de acesso à saúde e outros direitos sociais e fundamentais, e/ou sujeição a qualquer tipo de violência.

Com esse panorama, a preocupação com a incorporação das necessidades das populações específicas e/ou em situação de vulnerabilidade nas políticas públicas de saúde tem sido crescente nos últimos anos. Nesse contexto, destacam-se a criação, pelo Ministério da Saúde, das políticas de atenção à saúde dos povos indígenas, das pessoas com deficiência, da população negra e, muito recentemente, das pessoas privadas de liberdade.

Diante desse quadro e considerando os marcos legais, sob a égide da equidade e do acesso universal, princípios desta Pnaisc, soma-se o desafio de respeito às especificidades da saúde das crianças dos grupos mencionados. Uma amostra deste duplo desafio está, por exemplo, nas estratégias em desenvolvimento pelo SUS para pessoas em situação de rua (Consultório na Rua etc.). Adequá-las para crianças e adolescentes consiste em um obstáculo ainda maior. Em todas as redes temáticas, a oferta de estratégias que respeitem as especificidades da criança já é um desafio. Fazer isso em relação aos citados grupos e populações de maior vulnerabilidade e em especial às crianças significa tarefa complexa, mas necessária se quisermos de fato efetivar direitos sociais e fundamentais para o desenvolvimento pleno e cidadania.

Atenção à Saúde de Crianças com Deficiências

Segundo dados do Unicef, pelo menos 10% das crianças nascem ou adquirem algum tipo de deficiência de natureza física, mental, intelectual ou sensorial – com repercussão no desenvolvimento neuropsicomotor (BRASIL, 2005b). Por outro lado, cerca de 70% a 80% das sequelas podem ser evitadas ou minimizadas por meio de condutas e procedimentos simples de baixo custo e de possível

operacionalização com diagnóstico oportuno e medidas preventivas adequadas em todos os níveis de atenção à saúde.

A introdução dessas medidas preventivas deve ser compromisso prioritário dos gestores estaduais e municipais, a começar pela garantia da oferta das triagens neonatais universais: teste do pezinho (triagens biológicas), orelhinha (triagem auditiva neonatal), olhinho (triagem ocular neonatal – teste do reflexo vermelho) (BRASIL, 2005a) e teste do coraçãozinho (triagem de cardiopatias congênitas críticas – oximetria de pulso), já mencionadas (BRASIL, 2014a) e (BRASIL, 2012k).

Definição da Natureza das Deficiências

Deficiência Intelectual – Atividade intelectual significativamente abaixo da média de normalidade preestabelecida e que é associada a limitações de duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho. Pode dificultar a aprendizagem, a comunicação, o desenvolvimento da linguagem oral e escrita e a sociabilidade. A deficiência intelectual resulta de variedade de fatores, que vão desde condições síndromicas, lesões cerebrais, enfermidades que provocam alterações de âmbito físico, sensorial e/ou neurológico, entre outros. Todo esse conjunto de situações tem como fator comum as disfunções cognitivas e de linguagem, resultando em dificuldades nos processos de comunicação e aprendizagem.

- **Transtornos do Espectro do Autismo** – É caracterizado por comprometimento da interação social recíproca, da comunicação verbal e não verbal e comportamentos repetitivos e estereotipados que pode variar desde formas leves até graves.
- **Transtornos Mentais e do Comportamento** – Presença de um conjunto de vivências subjetivas ou comportamentos que causam sofrimento significativo ou algum tipo de prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante na vida do indivíduo que é acometido por tal condição. São alterações do funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, na vida social, na vida pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral.
- **Deficiência física** – Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, neurológica e/ou sensorial, apresentando-se sob a forma de:

- **Plegias ou Paralisia** – déficit completo da força muscular, comprometendo grandemente a motricidade em uma ou mais partes do corpo.
- **Paresias** – Diminuição da motricidade em uma ou mais partes do corpo.
- **Amputação ou Ausência de Membro** – Perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membro.
- **Nanismo** – Deficiência acentuada no crescimento.
- **Membros com Deformidade Congênita** – Desde o nascimento ou adquirida (obs.: deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções não podem ser consideradas Deficiência Física).
- **Ostomia** – Intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, ostio) na parede abdominal para adaptação de bolsa de fezes e/ou urina; processo cirúrgico que visa à construção de um caminho alternativo e novo na eliminação de fezes e urina para o exterior do corpo humano (colostomia: ostoma intestinal; urostomia: desvio urinário).
- **Deficiência Auditiva** – Perda bilateral (deve afetar ambas orelhas), parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500 Hz, 1.000 Hz e 2.000 Hz.
- **Deficiência Visual** – Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60%; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- **Deficiência Múltipla** – Associação de duas ou mais deficiências.

É necessário o entendimento de que a promoção da qualidade de vida da criança com deficiência está diretamente relacionada à promoção e proteção de seus direitos à inclusão aos serviços de saúde, à educação e assistência social, entre outros, para que conquiste o maior ganho funcional possível nos primeiros anos de vida, fase em que a formação de habilidades primordiais e a plasticidade neuronal estão fortemente presentes, proporcionando amplitude e flexibilidade para progressão do desenvolvimento nas áreas motoras, cognitiva e de linguagem, condição para a efetivação da tão esperada sociedade inclusiva (BRASIL, 2016b).

Atenção à Saúde de Crianças Indígenas

A Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas tem como propósito garantir o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e as diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política,



de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo o direito desses povos à sua cultura (BRASIL; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

Entre os principais agravos que acometem a população infantil indígena se encontram as doenças respiratórias, desnutrição e outras deficiências nutricionais, saúde bucal, doenças diarreicas e doenças infectoparasitárias (DIP). A TMI na população infantil indígena aldeada apresentou redução contínua nos últimos anos, passando de aproximadamente 74 por 1.000 nascidos vivos (NVs), em 2000, para aproximadamente 42, em 2011. Contudo, permanece 2,5 vezes maior que a taxa encontrada para a população brasileira (BRASIL, 2013p). As TMIs nas terras indígenas são heterogêneas, em alguns territórios com alguns Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) com taxas superiores a 100 óbitos/1.000 NV, como por exemplo, o DSEI Ianomâmi e Vale do Javari, localizados na Região Norte (BRASIL, 2013o).

Alguns fatores têm contribuído negativamente para a redução da mortalidade infantil da população indígena aldeada: acesso restrito às políticas públicas do direito a terra, mas também às políticas sociais básicas, como ações de promoção à saúde, baixa cobertura vacinal, atenção pré-natal insuficiente, insegurança alimentar e nutricional, levando à desnutrição, entre outros. De acordo com dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (Sisvan Indígena), no ano de 2012, 29,9% das crianças indígenas apresentou déficit de peso para a idade, índice sete vezes superior ao da população geral brasileira (4,30%) (BRASIL, 2012k). Dados do 1º Inquérito Nacional de Saúde dos Povos Indígenas mostraram que 26% das crianças apresentavam déficit de estatura para idade e 51% dessas apresentavam valores de hemoglobina sérica indicativos de anemia ferropriva (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2010). Quanto ao estado nutricional por faixa etária, os dados indicam que 80,5% das crianças indígenas menores de 6 meses apresentam peso adequado para idade, indicando que o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) vem sendo contemplado adequadamente. Porém, observa-se aumento significativo nos casos de desnutrição entre 6 meses a 2 anos, sugerindo falhas no processo do desmame e na introdução da alimentação complementar (BRASIL, 2012k).

A atenção à saúde de crianças com Deficiência ou em Situações Específicas e de Vulnerabilidade dispõe das seguintes ações estratégicas:

- A articulação e a intensificação de ações para inclusão de crianças com deficiências, indígenas, negras, quilombolas, do campo, das águas e da floresta, e crianças em situação de rua, entre outras, nas redes temáticas.
- O apoio à implementação do protocolo nacional para a proteção integral de crianças e adolescentes em situação de risco e desastres.
- O apoio à implementação das diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de trabalho infantil.

(BRASIL, 2015b, art. 12)

O panorama apresentado requer a adoção de estratégias multissetoriais para redução dos índices de morbidade e mortalidade infantil e na infância na população indígena, que transcendem em muito as ofertas do setor Saúde. Contudo, algumas estratégias devem ser intensificadas para a efetivação dos direitos das crianças indígenas, no âmbito local:

- Qualificação dos profissionais da Atenção Básica à saúde indígena, por meio da estratégia Aidpi, para detecção precoce de agravos que podem levar ao óbito infantil (principalmente diarreia e pneumonia).
- Fortalecimento do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan – Indígena).
- Fortalecimento das estratégias de vigilância alimentar e nutricional, em especial quando da introdução da alimentação complementar, período de maior vulnerabilidade nessa população.
 - a) Suplementação de megadoses de vitamina A em crianças indígenas de 6 a 59 meses.
 - b) Suplementação de crianças de 6 a 24 meses com sulfato ferroso – Programa Nacional de Suplementação de Ferro.
- Atenção pré-natal qualificada, incluindo o cuidado de parteiras capacitadas para detecção de complicações gestacionais e encaminhamento oportuno no parto e nascimento que necessitam de encaminhamento para serviço especializado, e Atenção Hospitalar; respeito a diversidades culturais, práticas e saberes no cuidado na gravidez, no parto e no nascimento.
- Implementação da vacinação de rotina nas aldeias, de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas, visando ao aumento das coberturas vacinais e, conseqüentemente, à redução da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2013e).

- Orientação dos cuidados em saúde bucal da criança e da gestante durante o pré-natal e pós-natal.
- Melhoria da qualidade da atenção à saúde da mulher e do seu filho, durante a gestação, o parto e o puerpério para a redução da taxa da transmissão vertical do HIV, da sífilis congênita e das hepatites B e C.
- Atenção às crianças indígenas em situação de violência de natureza física, sexual, psicológica, negligência e/ou abandono, entre outras violações de direitos, a exemplo de contextos de parentes com histórico de uso abusivo de álcool e drogas, levando ao suicídio e à desagregação das parentelas.
- Definição de linhas de cuidado para a atenção integral à saúde indígena, reconhecendo e respeitando as práticas tradicionais, visando orientar e instrumentalizar as equipes de saúde e as lideranças indígenas para o cuidado das crianças no cotidiano das parentelas.
- Fortalecimento das ações de acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, mediante o uso da *Caderneta de Saúde da Criança*.
- Atividades educativas de promoção de saúde na escola, respeitando as questões culturais.
- Qualificação da vigilância do óbito materno-infantil e fetal, a fim de direcionar estratégias de ação específicas para a redução da mortalidade.
- Estímulo à inserção dos DSEI nas discussões e pactuações da Rede Cegonha no âmbito local/regional.

Atenção à Saúde de Crianças em Situação de Rua

A pesquisa sobre crianças e adolescentes em situação de rua, realizada em 2011, em 17 capitais brasileiras, aponta que há, aproximadamente, 24 mil crianças e adolescentes dormindo e/ou trabalhando nas ruas. Destes, 60,5% mantêm os vínculos familiares, o que indica maiores chances de saída da rua. Entre os motivos declarados para dormir na rua, 71,6% declaram violência verbal, física ou sexual (BRASIL, 2012d). Essas crianças enfrentam dificuldades para acessar os serviços de saúde, entre as quais se destacam a vergonha de procurar ajuda, dificuldades em relação ao autocuidado e em relação à adesão aos tratamentos.

Os serviços disponíveis na saúde: Consultório na Rua, Caps, Capsad e Capsi e da Assistência Social, o Creas Pop têm como característica o atendimento da população em situação de rua adulta. E, muitas vezes, há resistências em atender crianças e adolescentes.

O Consultório na Rua é considerado a porta de entrada preferencial na Atenção Básica, mas não a única, como espaço prioritário para o fortalecimento do cuidado e a criação de vínculo na Rede de Atenção à Saúde. É formado por equipes multiprofissionais para a atenção à população em situação de rua in loco. As diretrizes da Atenção Básica convergem com as da atenção psicossocial, com o propósito de trabalhar a redução de danos, de forma transversal ao cuidado integral de saúde.

As atividades são realizadas de forma itinerante, porém territorializadas, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS). As UBS com população em situação de rua em sua área de abrangência devem realizar a aproximação com a família, além de parcerias com instituições que tenham vínculos com a criança, visando contribuir para o estabelecimento, o fortalecimento ou a reconstrução de laços sociais saudáveis. As equipes do Consultório na Rua, além de atender a essa demanda, devem prestar apoio matricial às demais equipes e acompanhar as crianças nos locais onde vivem (BRASIL, 2012d).

O acolhimento é o primeiro passo para o cuidado de crianças em situação de rua. Os profissionais devem estar preparados para a abordagem e escuta qualificada dessas crianças, atentando para o fato de que estas poderão se encontrar com grande ansiedade e medo ou, especialmente, nos casos crônicos, desamparados e em estado de sofrimento. A abordagem deve ser multidisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2010d). É importante reafirmar que a notificação é definida por lei, mas podendo e devendo ser feita no momento apropriado, como instrumento de proteção e não de denúncia e punição (BRASIL, 1990b). O atendimento deve ser feito a partir do estabelecimento de Projeto Terapêutico Singular, conforme a “Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”, que oferece orientações aos profissionais de saúde, que se aplicam também às crianças em situação de rua.

O poder público, com o apoio das políticas sociais de saúde, assistência social, educação e direitos humanos, deve adotar estratégias conjuntas de identificação e conscientização das famílias sobre o trabalho infantil, proibido por lei, para impedir que as crianças continuem dormindo na rua e vendo a rua como alternativa de sustento. A saída da rua é um processo a ser construído, que envolve o reestabelecimento de laços familiares fragilizados ou rompidos, porém, a alternativa, em última instância, pode ser os serviços de acolhimento. Enquanto isso ocorre, a criança deve ter a saúde e a dignidade asseguradas.

Organização dos Serviços para a Prevenção de Novos Casos de Crianças em Situação de Rua

Os principais agravos de população em situação de rua são as infestações de pio-lho, sarna e tuberculose. As crianças em situação de rua estão mais expostas a traumas e violências em geral, ao consumo de álcool e outras drogas, a relações sexuais precoces e às doenças sexualmente transmissíveis.

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

Nos casos identificados é importante a intervenção, a partir de Projeto Terapêutico Singular (PTS), construído de forma intersetorial, se possível, com envolvimento de professores da criança/adolescente na escola, do assistente social do Cras, do educador físico, da praça de esportes, do centro cultural, de lideranças comunitárias e de igrejas etc. As chances de sucesso são maiores quando a intervenção ocorre no momento inicial, de “namoro com a rua”, pela criança ou adolescente, antes que ela comece a sentir-se ambientada na rua. É importante destacar que a família também merece cuidados. A escuta sem julgamento é fundamental, considerando que, em geral, essas famílias também podem estar passando por dificuldades, como desemprego, uso abusivo de álcool, drogas, ou doença grave na família etc. Ela deve saber que existem novas maneiras de educar e dar limites, sem violência. É importante contar com o envolvimento de outros membros da família ampliada, avós, irmãos, colegas, tios, padrinhos, vizinhos, e outros atores que tenham algum vínculo com a família, para que ela se sinta envolvida pela rede de apoio social de cuidado e proteção.

Atenção à Saúde de Crianças de Famílias Privadas de Liberdade

A situação de crianças cujos pais se encontram privados de liberdade tem sido foco de preocupação, considerando o crescente número de crianças acompanhando suas mães nos estabelecimentos prisionais, submetidas a um ambiente inadequado e insalubre ou em sofrimento devido ao rompimento do vínculo de convivência familiar de forma brusca com a mãe ou pai que cometeu delito.

O Brasil vem seguindo os movimentos mundiais de direitos humanos ao aprovar mudanças na legislação que permitem a substituição da prisão preventiva, em estabelecimento prisional, pela domiciliar, como já acontece em outros países, visando ao interesse superior da criança, conforme definido na Lei n.º 13.257, de 8 de março de 2016, que altera o Código Processual Penal (Decreto Lei n.º 3.689, de 3 de outubro de 1941) (BRASIL, 2016d).

É direito da criança, em qualquer idade, a proteção à vida, à saúde, à liberdade ao respeito e dignidade, à convivência familiar e comunitária, à educação, ao esporte e lazer, ao pleno desenvolvimento como sujeito de direitos e pessoa em condição peculiar de formação para a cidadania (BRASIL, 1990b).

Os avanços da neurociência apontam que as condições do ambiente e as experiências pessoais têm impacto significativo para o desenvolvimento saudável da criança. A qualidade do primeiro ambiente de uma criança e a disponibilidade das experiências apropriadas nos estágios certos do desenvolvimento é crucial para produzir a força ou a fraqueza da arquitetura do cérebro e determinará o quanto a criança poderá pensar e regular as suas emoções (NELSON III; FOX; ZEANAH JUNIOR, 2013).

Nesse sentido, com intuito de garantir o direito constitucional à saúde e o acesso com equidade, integralidade e universalidade e organizar as ações e serviços de saúde dentro dos estabelecimentos penais, os ministérios da Saúde e da Justiça lançaram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (Pnaisp), mediante a Portaria Interministerial n.º 1, de 2 de janeiro de 2014 (BRASIL, 2014l).

Esta Política prevê a inclusão das unidades prisionais no território da Rede de Atenção à Saúde e a implantação de UBS nos estabelecimentos penais, com a inserção de uma equipe multiprofissional composta minimamente por cinco profissionais de nível superior: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e cirurgião-dentista; e um profissional de nível médio: técnico de Enfermagem.

Essa equipe desenvolve ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos em todos os ciclos de vida, em especial das mães privadas de liberdade e de suas crianças.

As ações de promoção da saúde podem ser desenvolvidas *in loco* pelas equipes, tais como:

- Acesso à atenção pré-natal qualificada, incluindo o cuidado e detecção de complicações que necessitam de encaminhamento para serviço especializado.
- Orientação às mulheres gestantes privadas de liberdade sobre o planejamento reprodutivo e a importância do aleitamento materno, bem como a disponibilidade de métodos anticoncepcionais.
- Estímulo ao aleitamento materno até 2 anos ou mais, com o aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses (ação requer adequação do ambiente).
- Orientação e disponibilização de alimentação complementar saudável e a suplementação de micronutrientes (ferro e vitamina A).
- Desenvolvimento de atividades lúdicas com as crianças em unidades prisionais.
- Acompanhamento do crescimento, com avaliação e registro de peso, altura, vacinas, suplementação de ferro e vitamina A e vigilância do desenvolvimento infantil, por meio do acompanhamento dos marcos do desenvolvimento na *Caderneta de Saúde da Criança*.
- Fortalecimento da convivência familiar e o vínculo afetivo de criança com seus pais privados de liberdade, evitando o rompimento do vínculo, situação de estresse e de violência (BRASIL, 2014m).
- Substituição da prisão preventiva pela domiciliar, a critério do juiz, quando a pessoa for:
 - gestante;
 - imprescindível aos cuidados especiais de criança menor de 6 anos de idade ou com deficiência;
 - mulher com filho de até 12 anos de idade;
 - homem, caso seja o único responsável pelos cuidados do filho de até 12 anos de idade (Lei n.º 13. 257, de 8 de março de 2016).

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

Crianças Negras



A população negra apresenta indicadores socioeconômicos desfavoráveis em relação a outras populações. Como já dito na introdução, mulheres negras gestantes têm menor cobertura de consultas pré-natais, e bebês negros têm 25% mais chance de morrer até 1 ano de vida do que os brancos (BRASIL, CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO, 2009).

A população negra é reconhecidamente a mais suscetível a algumas doenças e agravos prevalentes, com destaque a doença falciforme, a deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase e a foliculite. Outras doenças podem ser adquiridas em condições desfavoráveis, tais como a desnutrição, a anemia ferropriva, o sofrimento psíquico, o estresse, a depressão, entre outros. As mulheres negras peregrinam mais do que as brancas em busca de vaga hospitalar na hora do parto e recebem menos anestesia durante o trabalho de parto (LEAL; GAMA; CUNHA, 2005). A violência institucional e a discriminação de raça/cor são desafios para o sistema de saúde.

Em relação à doença falciforme, importante agravo para a saúde de crianças negras, o Ministério da Saúde a elegeu como prioridade, publicando as *Diretrizes Terapêuticas*, em 2002, e o *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas em Doença Falciforme*, revisado em 2010, a Portaria n.º 55, de 29 de janeiro de 2010, e, no ano de 2013, o documento *Doença Falciforme – Condutas Básicas para Tratamento* (BRASIL, 2010a, 2013n).

Observa-se que as iniquidades vividas pela população negra causam impactos negativos na saúde e no desenvolvimento saudável da criança, daí a importância de investir em ações intersetoriais no território, articuladas com as demais políticas públicas sociais, além da atenção integral à saúde, na Atenção Básica, complementada na Rede de Atenção à Saúde e da formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, incorporando as reivindicações dos movimentos sociais, dos fóruns de participação popular e controle social.

Crianças Quilombolas

A população quilombola é reconhecida como remanescentes das comunidades dos quilombos “os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra, relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida” (BRASIL, 2003, art. 2º). Estima-se que há, aproximadamente, 3 mil comunidades quilombolas em todo o território nacional. O índice de desnutrição, considerando o déficit de peso em relação à idade dessa população, é de 14,8%, enquanto no restante da população brasileira é de 1,6% (BRASIL, 2007b). Os estados brasileiros que possuem a maior quantidade de comunidades quilombolas são a Bahia, o Maranhão, Minas Gerais e o Pará. Segundo a Fundação Palmares, existem no Brasil aproximadamente 200 mil crianças quilombolas com idade entre

zero a 5 anos. Trata-se de universo significativo de meninos e meninas em desenvolvimento, que necessitam de inclusão nas políticas sociais.

Para inclusão desse grupo populacional foi criado o Programa Brasil Quilombola, Decreto n.º 4.887, de 20 de novembro de 2003 (BRASIL, 2003). Apesar de os esforços governamentais para garantir sua participação nos programas federais, crianças e famílias quilombolas ainda encontram dificuldades de acesso e discriminação positiva nas políticas públicas integrais. Sua condição de invisibilidade social gera grande preocupação, principalmente pelo alto índice de mortalidade infantil, de prematuridade, de desnutrição e de doenças infecciosas.

Crianças do Campo e Residentes nas Águas e nas Florestas

Populações do campo, da floresta e das águas são povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares, trabalhadores rurais assalariados e temporários que residem ou não no campo, trabalhadores rurais assentados e acampados, populações que habitam ou usam reservas extrativistas, populações ribeirinhas, populações atingidas por barragens e outras comunidades tradicionais.

As populações do campo e da floresta representam 19% da população do Brasil. Cerca de 29,9 milhões de pessoas residem em localidades rurais, em aproximadamente 8,1 milhões de domicílios (BRASIL, 2013o). As condições de saúde dessas populações evidenciam as limitações de acesso e qualidade nos serviços de saúde, bem como deficiência na área de saneamento ambiental, ou seja, uma situação ainda mais precária se comparada com a da população urbana.

É no campo que se encontram “os maiores índices de mortalidade infantil, de incidência de endemias, de insalubridade e de analfabetismo” caracterizando situação de pobreza extrema, decorrente das dificuldades ao acesso a bens e serviços necessários à sobrevivência (BRASIL, 2013o, p. 13).

Para as famílias e crianças negras, quilombolas e do campo, da floresta e das águas, considerando o panorama apresentado, foram instituídos políticas e programas para essas populações: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2009b), o Programa Brasil Quilombola (BRASIL, 2003) e a Política

Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), publicada pela Portaria n.º 2.866, de 2 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011c).

Nestes, destacam-se as seguintes ações:

- Qualificação dos profissionais da Atenção Básica na estratégia Aidpi para detecção precoce de doenças e agravos que acometem essas populações vivendo em situação de vulnerabilidade (principalmente diarreia e pneumonia).
- Estímulo ao aleitamento materno até 2 anos ou mais, com o aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses.
- Intensificação das estratégias de vigilância alimentar e nutricional, em especial na introdução da alimentação complementar, período de maior vulnerabilidade da criança.
- Suplementação de crianças de 6 a 24 meses com sulfato ferroso – Programa Nacional de Suplementação de Ferro.
- Atenção pré-natal qualificada, incluindo o cuidado de parteiras capacitadas para detecção de complicações gestacionais e encaminhamento oportuno no parto e nascimento que necessitam de encaminhamento para serviço especializado e Atenção Hospitalar, respeito a diversidades culturais, práticas e saberes no cuidado na gravidez, parto e nascimento.
- Definição de linhas de cuidado para a atenção integral à saúde das crianças quilombolas, do campo, da floresta e das águas.
- Acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, com registro adequado na Caderneta, em relação ao peso, à altura, às vacinas, à suplementação de ferro e vitamina A.
- Atividades educativas de promoção da saúde na escola, coerente com a cultura local e a prevenção de violências.

Atenção à Saúde de Criança e suas Famílias em Situação de Desastres

As situações de desastres nos últimos anos têm atingido um número importante de famílias. O sistema de saúde promove, nesses casos, ações para redução dos impactos na saúde da população em geral, especialmente em grupos mais afetados, visando à redução do sofrimento mental, de doenças e agravos iminentes e da proteção e defesa de direitos violados.

O planejamento de ações de proteção humana, crianças e adolescentes devem ser prioridade pela sua condição peculiar de desenvolvimento, não apenas pelas consequências imediatas (riscos de morte, maior exposição a doenças e violência). Quanto menor for a idade das crianças maior será a vulnerabilidade, devido a

diferenças no senso de percepção de risco, na capacidade motora, na utilização da visão periférica, entre outros fatores.

Nessas situações, as crianças ficam mais expostas a violências de natureza física, sexual, psicológica e à negligência, entre outras formas de violação de direitos. Em face disso, foi instituído um Protocolo Nacional Conjunto para Proteção Integral de Crianças e Adolescentes (Portaria Interministerial n.º 1, de 11 de julho de 2012), (BRASIL, 2012i), ampliado para pessoas com deficiências e idosos, conforme a Portaria Interministerial n.º 2, de 7 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013t).

O objetivo é assegurar a proteção integral aos direitos de crianças e adolescentes em situação de riscos e desastres, com vistas a reduzir a vulnerabilidade a que estiverem expostos, mas também orientar os agentes públicos, a sociedade civil, o setor privado e as agências de cooperação internacional que atuem em situação de riscos e desastres no desenvolvimento de ações de preparação, prevenção, resposta e recuperação, nos três níveis da Federação (BRASIL, 2012i).

A Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS), criada pelo Decreto n.º 7.616, de 17 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011h), é um componente humanitário do SUS, estruturante da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE). O MS é parte integrante do comitê gestor nacional para elaborar as diretrizes e ações para redução dos impactos na saúde da criança, prover a proteção, a redução do sofrimento e o resgate e manutenção dos seus direitos.

Nessas situações as crianças são atendidas por equipes de profissionais das equipes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de equipamentos da RUE, constituídos a depender da gravidade dos desastres ocorridos. Também é definido um comitê gestor local com apoio do governo federal para organizar as ações e os serviços para resposta e recuperação.

Trabalho Infantil

O trabalho infantil é considerado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) como violência, uma vez que priva as crianças de sua infância, seu potencial e sua dignidade, o que é prejudicial para seu desenvolvimento físico e psicológico, especialmente quando são envolvidas em atividades perigosas e exploração comercial e sexual, colocando em risco sua saúde, segurança e desenvolvimento moral.



Desde os anos 90, o Brasil tornou-se reconhecido pela adoção de medidas legislativas avançadas na luta contra o trabalho infantil (TI), sendo que a Constituição Federal proíbe o trabalho por menores de 16 anos, exceto dos 14 a 16 na condição de aprendiz. No período de 1992 e 2011 reduziu em 56% o Trabalho Infantil; e entre 2009 e 2011 mais de 597 mil crianças deixaram atividades laborais em todo o território nacional. Entretanto, de acordo com a Pnad de 2012, 3,5 milhões de crianças e adolescentes entre 5 e 17 anos de idade continuam sujeitas ao trabalho infantil. Segundo a pesquisa essa população é composta por aproximadamente 81 mil crianças na faixa etária entre 5 e 9 anos de idade e 473 mil entre 10 e 13 anos. Em todas as faixas etárias os meninos são maioria (IBGE, 2012b).

O desconhecimento ainda vigente, particularmente na faixa etária abaixo de 10 anos e em relação a alguns tipos de trabalho (informal, ilegal, doméstico, familiar), tem impedido que medidas mais eficazes de erradicação sejam implantadas. O trabalho infantil compromete, a curto e médio prazo, o crescimento e o desenvolvimento (físico, sensorial, cognitivo e psicológico), além de privar do acesso à escola (ou a um bom rendimento escolar) e ao convívio em sociedade. Em relação a acidentes de trabalho, a prevalência entre menores de 16 anos é cerca de 6 vezes maior que entre adultos.

O SUS conta com a Rede Nacional de Saúde do Trabalhador (Renast), composta de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). O sistema de coleta de dados permite quantificar as piores formas de trabalho infantil, e tem sido aprimorado, como a “Notificação de Acidentes do Trabalho Graves e com Crianças e Adolescentes”. Os profissionais da Atenção Básica, Estratégia da Saúde da Família (ESF), em parceria com os profissionais dos Cerests, por terem acesso aos lares brasileiros, podem contribuir na identificação e no combate ao trabalho infantil e a proteção ao trabalhador adolescente.

As diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos constituem um conjunto de indicações, que, respeitando cada contexto social, apontam os conteúdos fundamentais para o acolhimento de crianças e adolescentes em situação de trabalho, e de suas famílias, pelos profissionais do SUS, com ênfase para a Atenção Básica (BRASIL, 2005c).



Eixo Estratégico VII – Vigilância e Prevenção do Óbito Infantil, Fetal e Materno



“Consiste na contribuição para o monitoramento e investigação da mortalidade infantil e fetal e possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis” (BRASIL, 2015b, art. 6º, item I).

A Vigilância do óbito infantil, fetal e materno é considerada uma estratégia importante para a gestão e para a clínica na saúde da mulher e da criança. Contribui para o monitoramento da mortalidade infantil e fetal, para a melhoria dos registros dos óbitos, orienta as ações de intervenção para a prevenção de óbito e subsidia a avaliação e ação sobre o contexto social e econômico da família. Por meio de suas múltiplas etapas possibilita ainda a avaliação das ações e dos serviços de saúde e contribui no processo formativo permanente dos profissionais envolvidos por meio de ações de sensibilização e estudos de caso.

A vigilância do óbito infantil, fetal e materno é de responsabilidade do gestor municipal e deve ser realizada pela equipe de Atenção Básica para levantamento dos possíveis problemas que envolveram a morte de uma mulher, um feto ou uma criança por causa evitável na sua área de responsabilidade, considerado

evento-sentinel. Também deve ser feita pelas maternidades e hospitais onde são realizados partos. Possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde e redução da mortalidade materna, infantil e perinatal. A interface entre a vigilância do óbito infantil, fetal e materno se faz necessária, na medida em que os problemas relacionados a estes óbitos são semelhantes e as ações de prevenção podem beneficiar a mulher e a criança. Ainda, é importante destacar a repercussão de um óbito materno sobre a vida da criança que sobrevive (BRASIL, 2008a, 2010b).

Apesar dos avanços obtidos na redução da mortalidade infantil no País, é essencial manter a vigilância sobre este evento, como forma de ampliar e aprofundar os conhecimentos sobre seus determinantes, buscando maneiras de evitar novas ocorrências. A maior parte dos óbitos maternos, fetais e infantis estão associados a causas relacionadas ao acesso aos serviços de saúde e à qualidade da assistência e são, portanto, considerados preveníveis.

A postura ativa e de indignação dos profissionais de saúde, dos serviços, do sistema de saúde e da sociedade diante de eventos indesejáveis e evitáveis é um caminho para a desnaturalização de óbitos, doenças e agravos que, com o atual nível de desenvolvimento do País, conhecimento científico acumulado e tecnologias disponíveis, devem ser prevenidos. A vigilância destes eventos, incorporada à rotina dos serviços, possibilita compreender suas circunstâncias e é instrumento de reflexão relevante para o sistema de saúde e a sociedade, apontando a rede de condicionantes e determinantes passíveis de intervenção, que se constituem como causas de mortes preveníveis. Dessa forma, propicia o desencadear das ações locais necessárias para a prevenção de novas ocorrências, como por exemplo: enfrentamento da necessidade de qualificação da atenção pré-natal e ao parto/nascimento, se há baixa cobertura dos exames preconizados, atraso nos resultados, dificuldade de acesso aos medicamentos etc.

Para atingir o seu objetivo há necessidade de envolvimento integrado de profissionais da assistência e da vigilância com a ação, com vistas ao cumprimento dos fluxos, prazos e a inserção e correção de dados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM). As atividades de cada uma das etapas da vigilância devem ser articuladas e interdependentes. Estas envolvem a identificação do óbito, a seleção dos casos para investigação, as investigações em domicílio e nos estabelecimentos de saúde e o estudo do caso considerando as informações obtidas em todas as fontes. Além destas, deve ser realizada a análise da evitabilidade do óbito, a identificação e a proposição de medidas preventivas e corretivas relacionadas à assistência e

às estatísticas vitais, à produção e divulgação de informações e à mobilização de tomadores de decisão para o adequado desenvolvimento das intervenções pertinentes (BRASIL, 2009h, 2010b).

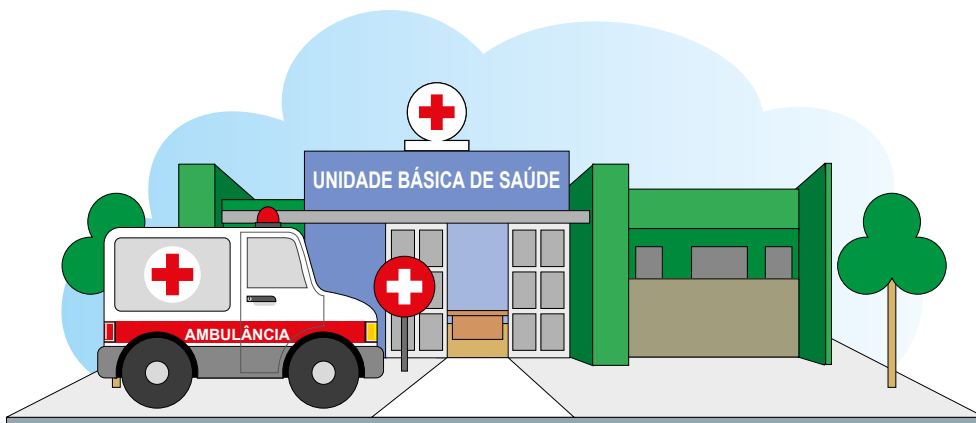


“Os comitês de vigilância do óbito materno, fetal e infantil em âmbito local são ações estratégicas do eixo de vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno” (BRASIL, 2015b, art. 13).

Devem ser realizadas:

- Identificação, levantamento dos dados da atenção ambulatorial, urgência e hospitalar, entrevista domiciliar e análise dos óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos, fetais e infantis da área de abrangência da unidade/município/regional/estado; utilização dos instrumentos recomendados pelo MS.
- Análise da evitabilidade dos óbitos maternos fetais e infantis, em reuniões locais, e identificação das medidas necessárias para prevenção de novas ocorrências.

(BRASIL, 2005a, 2008a, 2009h, 2010b)



ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA



As redes de atenção à saúde [...] se concretizam por meio de um conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral à criança e a população (BRASIL, 2010d, p. 77).

O SUS é a expressão da conjugação das ações e dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. A integralidade da atenção à saúde da criança inicia-se e se completa na Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme a Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010c), e o Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, que orienta o cuidado ampliado em serviços, além do âmbito local, regional e interestadual (BRASIL, 2011g).

As ações e os serviços para a Atenção Integral à Saúde da Criança são coordenados pela Atenção Básica, a partir da avaliação do risco individual e coletivo, observadas as especificidades previstas para crianças que necessitam de proteção especial.

Os serviços de atenção à criança no ambiente hospitalar e ambulatorial especializado, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas portas de entrada das redes: Atenção Básica, Atenção à Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial e redes especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011g).

A Pnaisc organiza-se a partir da Rede de Atenção à Saúde e de seus eixos estratégicos, mediante a articulação das ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial aquelas desenvolvidas na rede de saúde materna, neonatal e infantil – Rede Cegonha, e na Atenção Básica, está sendo coordenadora do cuidado no território (BRASIL, 2015b, art. 14).

Figura 2 – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança – Pnaisc



Saúde da Criança na Atenção Básica

O cuidado da criança demanda visão de integralidade em todos os aspectos, contemplando postura acolhedora com escuta qualificada, olhar zeloso e estabelecimento de vínculo e responsabilização. Da mesma maneira, é necessária a visão integral dos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, potencializando os recursos disponíveis para oferecer a resposta mais adequada, completa e resolutiva à necessidade da criança. O foco dos profissionais deve ser a criança, dentro do contexto da sua família e sociedade. Cada olhar, de cada profissional da equipe de saúde e de acordo com a sua competência, adiciona saberes e possibilidades de atuação integral sobre a criança. Não perder a oportunidade de atuação e intervenção em tempo oportuno, de prevenção, de promoção e de assistência, enfim, de cuidado integral, com vinculação e responsabilização sobre a continuidade da atenção (BRASIL, 2005a). É sob essa ótica que cada trabalhador articula sua ação com a do outro e de outros atores sociais, e cada nível de atenção com o outro, conformando uma rede de saúde de fato e uma rede de apoio social por onde caminha a criança e a família, funcionando em seu benefício.

A organização da atenção à saúde em linhas de cuidado, a partir da Atenção Básica, é uma estratégia que favorece a tão desejada atenção integral, com a continuidade do cuidado, desde as ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, até as medidas de tratamento, cuidado e reabilitação, com um fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção, com referência e contrarreferência responsável, até o alcance de uma situação satisfatória (BRASIL, 2005a).

A criança deve ser compreendida como sujeito de direitos e em condição peculiar de desenvolvimento, com prioridade no atendimento, por equipe multiprofissional, com Projeto Terapêutico Singular (PTS) para os casos de maior complexidade, buscando a produção do cuidado integral e integrado. Por sua vez, a Atenção Básica nas redes deve ser resolutiva, com a identificação e a classificação de riscos das necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada que produza vínculos, favorecendo a constituição da autonomia de indivíduos e grupos sociais.

A Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) tem na Estratégia de Saúde da Família (ESF) sua âncora prioritária para expansão e consolidação deste nível de atenção. A qualificação da ESF e de outras ações, iniciativas e programas seguem as diretrizes da Pnab e do SUS, configurando um processo progressivo e singular, considerando as especificidades locorregionais (BRASIL, 2012f).

Estudos têm apontado que os novos desafios epidemiológicos da modernidade, a exemplo do perfil de morbimortalidade da criança do século XXI, demandam uma Atenção Básica com equipes de profissionais com olhar biopsicossocial do indivíduo, da família e da comunidade. O trabalho em equipe e em intensa articulação intersetorial é imperativo, sob pena de não impactarem na saúde infantil (ALMEIDA; ZANOLLI, 2011).

O modelo de Atenção Básica proposto pela Pnab, em especial a estratégia da Saúde da Família, apresenta todas essas condições apontadas como necessárias para uma atenção resolutiva em saúde da criança nos dias de hoje. Parte significativa dos problemas de saúde da criança atendidos na Atenção Básica, complexos e multifatoriais, como obesidade e outras doenças crônicas, agravos psicossociais/comportamentais, dificuldades escolares, situações familiares de violência, uso de drogas etc., não é passível de enfrentamento sem abordagem multiprofissional e em rede intrassetorial na saúde (com suporte de Nasf e serviços de referência especializados e outros) e intersetorial, abrangendo envolvimento da escola (ofertado pelo PSE) e de outros equipamentos públicos frequentados pela criança e sua família, como parques, praças de esportes, espaços culturais etc. (ALMEIDA, 2008).

A Atenção Básica caracteriza-se como conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, contínua e organizada, que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012f).

Tem como fundamentos e diretrizes o território adstrito; o acesso universal e contínuo a serviços de saúde; a adstrição dos usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização; a coordenação da integralidade em seus vários aspectos; a estimulação da participação dos usuários. Portanto, são preceitos básicos: o exercício de práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida.

A integralidade da atenção começa pela Atenção Básica, mediante o acesso e acolhimento universal e o exercício da clínica, a partir da valorização da relação com o usuário. A função central das equipes de AB é acolher, escutar e oferecer resposta adequada, capaz de resolver a maioria dos problemas de saúde e/ou de reduzir danos e sofrimentos da população, ainda que a resposta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. Os encaminhamentos para especialistas, por exemplo, ocorrem após a necessidade identificada, por meio das investigações do problema pelos profissionais e apenas se esgotados os recursos disponíveis deste nível de atenção. Em particular, os serviços de urgências devem servir de pontos de captação das crianças para encaminhamento à Atenção Básica, reconstituindo-se a linha de cuidado e prevenindo internações por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP).

O acolhimento com escuta qualificada, a classificação de risco, a avaliação das necessidades de saúde e a análise de riscos e vulnerabilidades são compromissos da Atenção Básica, configurando o primeiro atendimento que disparará os demais processos de trabalho da equipe da AB. No entanto, a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da Atenção Básica como porta de entrada preferencial da rede de atenção. No entanto, não se pode perder de vista que qualquer local do sistema de saúde e outros espaços sociais se colocam como oportunidade de acolhimento e de cuidado e devem ofertar a atenção integral à criança, além de envolver as equipes de AB.

Como prevê a Pnab, além da atenção à demanda espontânea, é fundamental que a ESF equilibre a com o desenvolvimento de ações de saúde integral para a criança e também para a mulher, em especial na saúde sexual e reprodutiva, e para a gestante. Além da oferta das ações programáticas tradicionais, como o acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento da criança (puericultura) e do pré-natal, outros grupos de maior risco/vulnerabilidade, como crianças com agravos sociais, nutricionais (obesidade/desnutrição), psicossociais (crianças com dificuldades escolares, famílias com dificuldades relacionais afetando a criança), clínicos (asma e outros problemas crônicos e agravos de importância epidemiológica local, priorizados pela ESF), podem e devem ser selecionados para acompanhamento longitudinal, seja em atendimentos individuais, pelo médico ou profissional de enfermagem ou ainda grupais.

Na composição da integralidade da atenção à saúde da criança na ABS, com as ações de atenção à demanda espontânea e programática, também as ações de prevenção e promoção de saúde e vigilância em saúde no território constituem

importante espaço de atuação. Assim, conhecer a realidade epidemiológica da população de crianças da área de cobertura, para planejar intervenções coletivas nos determinantes de saúde dela, como por exemplo, via Programa de Saúde na Escola, influenciar a oferta de alimentos saudáveis e atividades físicas nos ambientes frequentados por crianças, como escolas, igrejas, praças de esportes, pode ter maior impacto que a orientação individual a centenas de crianças/famílias na UBS (ALMEIDA, 2008).

A equipe de saúde da família é composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de Enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser apoiadas pelos profissionais de Saúde Bucal e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), com equipes constituídas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento responsáveis por apoiar as ESF e UBS. Para um processo de trabalho centrado no cuidado da criança e sua família, a presença de diferentes formações profissionais, com núcleos de competências específicos, enriquece o campo comum de habilidades e práticas, ampliando a capacidade de cuidado de toda a equipe.

Em algumas situações de crianças de maior risco/complexidade poderá ser necessária a atenção de profissional de apoio (Pediatra, outros especialistas médicos e demais profissionais, principalmente dos Nasf) para dar suporte à equipe de Saúde da Família, visando ao acompanhamento dela. No entanto, deve ser mantido o compromisso de acompanhamento da criança pela ESF, levando em conta o princípio da longitudinalidade, um dos atributos essenciais da APS que propicia a continuidade da assistência e a abordagem familiar. Por sua vez, o profissional do Nasf, em especial o pediatra, insere-se na atenção articulado com a equipe para supervisão necessária, educação continuada e atendimento das crianças referenciadas pela equipe.

Para a coordenação do cuidado é essencial a organização do processo de trabalho da ESF, de forma a garantir a realização de reuniões de equipe periódicas, com objetivo de elaborar, acompanhar e gerir Projetos Terapêuticos Singulares, sejam individuais – para discussão dos casos das crianças/famílias mais complexas, ou coletivos – para planejamento de intervenção em coletividades, por exemplo, um bairro cujas condições estão levando a muitos acidentes com crianças. A reunião de equipe constitui também dispositivo estratégico para a ESF dialogar, organizar seu próprio processo de trabalho e as articulações necessárias com outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais, visando

à atuação conjunta sobre problemas individuais e coletivos da população sob sua responsabilidade. A existência de bons fluxos de comunicação com a rede é requisito essencial para a coordenação do cuidado, tanto internamente entre a equipe quanto em rede. A equipe deve realizar o planejamento, a programação e a implementação de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação de saúde da criança, desde a gestação, podendo usar as reuniões para convidar especialistas dos Nasfs ou de outros serviços de referência da Saúde, para apoio matricial ou mesmo profissionais de outras políticas públicas, o professor da criança, o assistente social do Cras, para tais projetos de intervenção conjuntos.

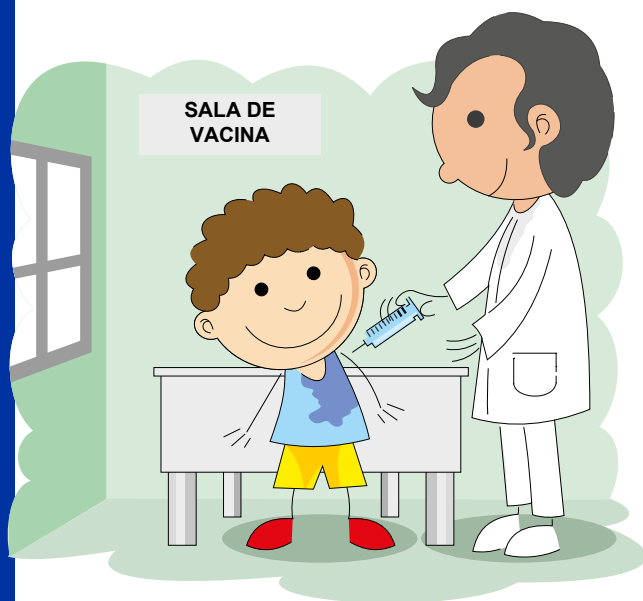
Na rede de saúde a articulação é fundamental, desde o nascimento, com a alta responsável pela maternidade, utilizando a *Caderneta de Saúde da Criança* e já com agendamento do “5º Dia de Saúde Integral” da mãe e bebê. A visita domiciliar para a puérpera e o recém-nascido, prioritariamente o recém-nascido de risco, deve ser realizada também na primeira semana após a alta hospitalar, independentemente da idade cronológica, em especial nos casos em que mãe e bebê não compareceram à UBS para o atendimento no “5º Ddia de Saúde Integral”.

Da mesma forma, é necessária a articulação entre as equipes de Nasf, a rede ambulatorial especializada e os serviços de urgência para manter a continuidade da assistência. Deve haver ainda integração com a Atenção Hospitalar para a vigilância da saúde da criança que necessitou de internação, em qualquer momento da vida, para continuidade de assistência e o cuidado após a alta, prevenindo-se internações evitáveis (Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária – ICSAP). A articulação com o programa de Atenção Domiciliar, nos locais onde está implantado, propicia o cuidado para atender à demanda da criança no seu domicílio, evitando-se a internação hospitalar. Por último, reforça-se a importância de trabalho intersetorial, articulando a UBS com os demais equipamentos das políticas públicas sociais envolvidas com aquele território, em especial a educação e a assistência social, mas se possível também das políticas de cultura e de esportes, considerando a importância do brincar e das atividades físicas para a criança (ALMEIDA, 2013). Esta articulação pode representar para a equipe da UBS importante oferta, para o trabalho integrado e o enriquecimento do PTS da criança e sua família, em especial para condições complexas como obesidade e outras doenças crônicas, agravos psicossociais e de dinâmica familiar etc.

Muitos municípios brasileiros têm desenvolvido experiências exemplares de integração destas políticas no território, mediante a criação de comitês intersetoriais locais, com reuniões periódicas envolvendo membros da UBS, das creches,

pré-escolas e escolas daquele território, do Centro de Referência da Assistência Social (Cras) responsável por aquela população etc. O objetivo dessas reuniões é a elaboração e implementação de projetos de intervenção conjuntos, voltados principalmente para famílias, do território em comum, com alguma vulnerabilidade biopsicossocial (famílias do Bolsa Família, com crianças prematuras ou de baixo peso, com deficiências ou doenças crônicas, e ainda aquelas famílias em situações de violência ou em uso abusivo de álcool e outras drogas etc.). Embora tais investimentos na intersectorialidade tragam para a UBS grande ganho de potência e resolutividade na atenção a todo e qualquer usuário ou família de seu território, as crianças e adolescentes certamente são dos maiores beneficiados.

Programa Nacional de Imunização – PNI



As ações de vacinação são coordenadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), com o objetivo de erradicar, eliminar e controlar as doenças imunopreveníveis no território brasileiro.

A vacinação é a maneira mais eficiente de evitar diversas doenças imunopreveníveis, como a varíola (declarada mundialmente erradicada em 1980), a poliomielite/paralisia infantil (eliminada das Américas em 1994), sarampo, tuberculose, rubéola, gripe, hepatite A e B, febre amarela, entre outras.

Os registros, na *Caderneta de Saúde da Criança*, das vacinas do Calendário Nacional de Vacinação recebidas pela criança, devem ser sempre observados pelos profissionais da Atenção Básica e mesmo de outros serviços de saúde que venham a ter contato com ela, com objetivo de que esteja sempre com a vacinação atualizada (BRASIL, 2014i).

As crianças indígenas contam com calendário de vacinação diferenciado, atendendo as suas especificidades e respeitando os aspectos culturais envolvidos, conforme definições da Portaria n.º 1.498, de 19 de julho de 2013 (BRASIL, 2013e). Também é adaptado às circunstâncias operacionais e epidemiológicas das crianças comprovadamente infectadas pelo HIV.

Para reduzir as taxas de morbimortalidade das doenças imunopreveníveis é importante conhecer a situação dessas doenças, que devem ser notificadas imediatamente pela equipe de saúde, para se traçar as medidas de prevenção e controle.

A continuidade do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança necessariamente deve incorporar as ações de imunoprevenção para o cuidado integral nos serviços de saúde. As equipes de saúde devem organizar-se para acompanhar a cobertura vacinal das crianças de sua área, realizar o controle e a busca ativa de crianças com vacinas atrasadas. O atraso vacinal pode ser um indicativo de dificuldades de acesso ou outras situações de vulnerabilidade enfrentadas pela família. Essas ações de vigilância são essenciais para a prevenção de doenças e agravos, além de ampliar a cobertura vacinal, principalmente a partir dos 5 anos de vida, que não tem sido atingida. Investimentos específicos devem ser empregados pelos gestores municipais e estaduais, no intuito do aumento da cobertura vacinal em todo território.

Os serviços devem garantir o funcionamento contínuo da sala de vacina, sem restrição de horários, de forma a não perder oportunidades de vacinar todas as crianças. As atividades da sala de vacinação são desenvolvidas pela equipe de Enfermagem treinada e capacitada para o manuseio, a conservação, o preparo e a administração, o registro e o descarte dos resíduos das atividades de vacinação. A vacinação segura é fator determinante para o sucesso dessa iniciativa e todos os possíveis eventos adversos devem ser notificados para possibilitar a avaliação e a investigação de suas causas.

O PNI disponibiliza Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (Crie) distribuídos nas 27 unidades federadas, com infraestrutura e logística específica, profissionais especializados e destinados ao atendimento de pessoas com quadros clínicos especiais, ou seja, grupos populacionais com condições que justificam a utilização dos imunobiológicos especiais, como por exemplo, os recém-nascidos, especialmente prematuros, crianças com imunodeficiências congênitas, crianças expostas ou infectadas pelo HIV e outras crianças em situações específicas (BRASIL, 2006b).

Programa Saúde na Escola – PSE

A nova concepção em saúde na escola foi incorporada nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) em 1997, consagrando o tema da saúde como transversal às disciplinas e às ações no contexto escolar, nas dimensões da promoção da saúde, de

prevenção de doenças e agravos e de atenção e cuidados à saúde de crianças e adolescentes. As Políticas de Saúde e de Educação investiram no Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial n.º 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007c), tendo como principais desafios o uso de estratégias pedagógicas coerentes com a produção de educação e saúde integral, fundamental para produzir autocuidado, autonomia e participação dos escolares de acordo com a idade que se encontram.



São inúmeras as possibilidades de atuação do PSE no território, no desenvolvimento de atividades lúdicas de promoção da saúde, na identificação precoce e oportuna de problemas de saúde, no desenvolvimento e aprendizagem, na construção de estratégias articuladas que evitem a medicalização das dificuldades escolares, na qualificação dos profissionais, familiares e responsáveis, ampliando a capacidade de produzir diálogo e vínculos entre as partes envolvidas.

A organização das ações do PSE, por meio das equipes das Unidades Básicas de Saúde e das escolas, está estruturada de forma intersetorial, segundo os seguintes componentes: avaliação das condições de saúde, promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, e formação de profissionais de saúde e educação.

A avaliação das condições de saúde tem por objetivo avaliar a saúde bucal, ocular, auditiva, situação vacinal, vigilância alimentar e nutricional e o desenvolvimento, com encaminhamento para a rede de saúde, quando necessário. A avaliação conjunta das equipes de Saúde e da Educação, com a participação da família e/ou responsáveis, promove o desenvolvimento integral da criança e permite trocas de saberes, de informações e corresponsabilidades.

A promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos acontece quando se articula práticas de educação e saúde, visando garantir oportunidade a todos os educandos de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e desenvolverem a autonomia e autocuidado, portanto, serem autores do processo de produção da própria saúde e a melhoria de sua qualidade de vida em relação: (i) à alimentação saudável e

segurança alimentar e nutricional; (ii) a práticas corporais atividade física e lazer; (iii) à saúde mental e estratégias que evitem a medicalização; (iv) à prevenção da gravidez não planejada, DSTs e aids; (v) ao direito à saúde sexual e reprodutiva; (vi) à prevenção ao uso do álcool, tabaco e outras drogas; (vii) à prevenção de violências e acidentes, promoção da cultura de paz e direitos humanos; (viii) à saúde ambiental e desenvolvimento sustentável, entre outras ações e estratégias de promoção da saúde.

A formação de profissionais de saúde e educação dar-se-á por meio de educação permanente e construção de ações compartilhadas e conhecimentos comuns com o olhar integrado para essas crianças e o território, com efetivação das práticas intersetoriais.

A gestão do PSE é centrada em ações intersetoriais, que requerem a articulação das redes de Saúde, de Educação e dos demais setores, por meio de Grupos de Trabalho Intersetorial (GTI), nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

O GTI possui responsabilidades de gestão do incentivo financeiro, do material clínico e pedagógico, e do apoio às equipes de saúde e educação nos territórios. Articula a continuidade da atenção na rede de saúde, subsidia processos de planejamento e formação intersetorial, contribui com a implementação das ações, do monitoramento e da avaliação e promove intercâmbio das tecnologias produzidas pelas equipes, entre outras funções.

A proposta é que se construa um projeto comum de cuidado às crianças, integrando a escola, a Unidade Básica de Saúde e as famílias/responsáveis para a produção de saúde delas, de acordo com a sua fase de crescimento e desenvolvimento, potencializando os fatores de proteção e minimizando as vulnerabilidades.

Atenção à Saúde Bucal

A Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente, pauta-se nos princípios e nas diretrizes do SUS. Na Atenção Integral à Saúde da Criança essa política se insere de forma transversal, integral e intersetorial nas linhas de cuidado direcionadas à mulher e à criança, com o objetivo de promover a qualidade de vida desse público, por meio das ações de promoção, prevenção, cuidado, qualificação e vigilância em saúde (BRASIL, 2004a).

Nos últimos anos, especialmente após a implementação do Brasil Sorridente, houve redução significativa do índice de cárie dentária em crianças brasileiras. Segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil passou a fazer parte do grupo de países com baixa prevalência de cárie aos 12 anos, ao reduzir o índice de dentes cariados, perdidos ou obturados (CPO-D) de 2,78 em 2003, para 2,07 em 2010. Em 2003, aos 5 anos de idade, uma criança brasileira possuía, em média, 2,8 dentes com experiência de cárie. No último levantamento epidemiológico realizado em 2010, este índice passou para 2,43, o que corresponde à diminuição de 13,9% em 7 anos (BRASIL, 2012h).

O acesso à saúde bucal deve ter início no pré-natal e será incorporado no acompanhamento do crescimento e no desenvolvimento da criança. A equipe de saúde deve trabalhar de forma articulada, encaminhando a gestante para a consulta odontológica ao iniciar o pré-natal. Deve-se garantir ao menos uma consulta odontológica durante o pré-natal, com agendamento das demais consultas, conforme as necessidades individuais da gestante. A equipe de Saúde Bucal deverá efetuar os registros das ações realizadas nas *Cadernetas de Saúde da Criança e da Gestante* (BRASIL, 2004a, 2008b).

Nas ações de saúde direcionadas à criança, recomenda-se que todos os profissionais da equipe de saúde incorporem, em sua rotina, o exame da cavidade bucal das crianças e orientações aos pais e responsáveis sobre prevenção de doenças e agravos e de promoção da saúde bucal, enfatizando a importância do acompanhamento da saúde bucal e direcionando a criança para as consultas odontológicas periódicas, evitando assim que o acesso ocorra tardiamente devido à doença já instalada (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

Para estabelecer um bom vínculo, os profissionais da equipe de Saúde Bucal podem realizar o primeiro contato por meio de atividades em grupo (ex.: orientações aos pais e responsáveis e, em seguida, o exame clínico dos bebês), interconsulta (ex.: atendimento conjunto do médico ou enfermeiro com o cirurgião-dentista) ou consulta sequencial programada (ex.: estipular o dia da consulta odontológica no mesmo dia e horário da consulta de acompanhamento médico e de enfermagem). O vínculo criado entre a equipe de saúde e a família possibilita que esta não se sinta ansiosa em suas primeiras consultas odontológicas e permite que hábitos sejam identificados e modificados para melhorar a saúde bucal da criança e da família (BRASIL, 2005a).

Para o 1º ano de vida da criança recomendam-se duas consultas odontológicas: a primeira consulta por volta do nascimento do primeiro dente de leite, e uma segunda consulta aos 12 meses de idade. Após o 1º ano de vida, a equipe de Saúde Bucal deverá realizar uma programação de consultas periódicas para a criança, em função da avaliação de risco e vulnerabilidade, devendo-se garantir pelo menos uma consulta ao ano, com o devido preenchimento da *Caderneta de Saúde da Criança*.

A faixa etária entre 2 e 9 anos de idade é ideal para estimular o desenvolvimento de hábitos saudáveis e para participação em programas educativos/preventivos de saúde bucal. O enfoque familiar é importante, uma vez que o aprendizado se dá também por meio da observação do comportamento dos pais (BRASIL, 2008b).

Ações intersetoriais que envolvam também a escola, a mídia, a indústria, o governo, as ações não governamentais e outras instituições tornam as ações de promoção da saúde bucal mais efetivas (BRASIL, 2004a). Ressalta-se a importância de se realizar o registro das ações no sistema de informação em saúde (e-SUS Atenção Básica e SIA/SUS) para auxiliar no planejamento e no monitoramento das ações.

O ambiente escolar é também um espaço eficiente para o desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde bucal, desenvolvido pelo Programa Saúde na Escola (PSE). Os profissionais de saúde devem desenvolver, com os educandos, atividades de escovação supervisionada, aplicação de flúor nos casos necessários e atividades educativas em sala de aula, com o envolvimento de outros temas de saúde (alimentação saudável, autoestima, autocuidado, entre outros) e no próprio território, além da realização anual da avaliação da saúde bucal dos escolares (BRASIL, 2004a, 2012h).

Saúde da Criança nas Redes Temáticas

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010 – Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010).

Para assegurar resolutividade na rede de atenção, alguns fundamentos precisam ser considerados: economia de escala, qualidade, suficiência, acesso e disponibilidade de recursos.

A RAS reúne um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, em consonância com as diretrizes para a organização da RAS, no âmbito do Sistema Único de Saúde.



Atributos da Rede de Atenção à Saúde, essenciais ao seu funcionamento, também segundo a Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010:

- População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde.
- Extensa gama de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integram os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos.
- Atenção Básica à Saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo às suas necessidades de saúde.
- Prestação de serviços especializados em lugar adequado.
- Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção.
- Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população.
- Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a Região de Saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazos; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações.
- Participação social ampla.
- Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico.
- Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede.
- Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes.
- Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede.
- Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde.
 - Gestão baseada em resultados.

Muito importante levar em conta que “as redes são constituídas de pessoas, pois somente estas são capazes de conectar e criar vínculos entre si, o que não ocorre com os cargos e as instituições. As redes seriam então a linguagem dos vínculos” (ROVERE, 1998).

Nesta linha, é essencial o investimento na integração de profissionais dos diferentes pontos de atenção da RAS, por exemplo, permitindo nos serviços de especialidades que os especialistas funcionem como referências regionais, sendo responsáveis pelo atendimento de usuários encaminhados por determinado número de serviços/profissionais da Atenção Básica à Saúde de suas respectivas regiões, permitindo maior vínculo, portanto, mas também exercitando a estratégia de apoio especializado matricial, servindo de referência para discussão de casos para estes colegas da Atenção Básica e mesmo realizando atendimentos conjuntos de casos de maior complexidade, por estes selecionados. O objetivo é a qualificação técnica destes profissionais, visando à dependência cada vez menor dos especialistas, mas ao mesmo tempo uma proximidade que permita discussão de casos mais complexos, por telefone ou outra forma ágil de contato.

A elaboração de protocolos clínicos assistenciais e também de Linhas de Cuidado, definindo as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede e os fluxos assistenciais a serem percorridos pelos usuários, constitui outra estratégia que, além de organizar e facilitar o percurso terapêutico destes usuários, sendo formulados conjuntamente por profissionais destes diferentes serviços, também pode servir de importante elemento de integração entre eles.

A partir de pactuação tripartite, em 2011, baseada na necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças mais prevalentes, foi priorizada a estruturação de Redes Temáticas, tendo sido criadas as seguintes:

- Rede Cegonha, abrangendo a atenção à gestante e atenção à criança até 24 meses.
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências.
- Rede de Atenção Psicossocial (com prioridade para o enfrentamento do álcool, crack, e outras drogas).
- Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero).
- Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.



Saúde da Criança na Rede de Atenção Materna, Neonatal e Infantil – Rede Cegonha

Conceitua-se que a saúde da criança se inicia na gravidez, há muitas décadas, conforme o Decreto-Lei n.º 2.024, de 17 de fevereiro de 1940 (BRASIL, 1940), e, mais recentemente, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990.

Em 2011, o Ministério da Saúde, lançou a Rede de Atenção Materna, Neonatal e Infantil – Rede Cegonha (RC), Portaria n.º 1.459, de 24 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), com o objetivo de garantir o acesso oportuno, com resolutividade e qualificação da assistência, com a implementação de um novo modelo de atenção à gestação, ao parto e ao nascimento e à criança, visando promover a saúde neste ciclo da vida e reduzir a morbimortalidade materna, fetal e infantil, com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011a)

Trata-se de uma estratégia para fortalecer a integração entre as ações de saúde da mulher e da criança até os 2 anos, momento da vida de grande vulnerabilidade e maior necessidade de proteção, colocada como prioridade para as políticas públicas de saúde. Assim como as mortes maternas, as mortes infantis concentram-se nas primeiras 24 a 48 horas após o parto, e a RC visa à redução de mortes evitáveis por ação dos serviços de saúde.

A Rede Cegonha propõe a mobilização de todos os níveis de atenção envolvidos para a implementação de práticas e tecnologias apropriadas na atenção pré-natal e ao parto, reconhecendo que os índices atuais de mortalidade são incompatíveis com o nível de desenvolvimento do País.

Por outro lado, não é suficiente organizar a atenção de saúde oferecendo-se mais do mesmo. Apesar da alta cobertura de pré-natal e de partos institucionais no País, os resultados não são satisfatórios, com intensa medicalização do parto/nascimento, muitas vezes com intervenções desnecessárias e prejudiciais para a saúde da mulher e do bebê (LANSKY; MAIA; LEÃO, 2010).

Para maiores avanços, além da qualificação da atenção pré-natal, destaca-se a necessidade de qualificação da Atenção Hospitalar ao parto e nascimento. A proposta de mudança do modelo de atenção obstétrica e neonatal vigente visa incentivar o nascimento saudável, propiciando o direito a um bom início da vida para a criança e uma vivência positiva e profícua do parto para a mulher, estimulando a fisiologia, o afeto e a vinculação, prevenindo a morbimortalidade evitável.

Cerca de 90% das gestantes e seus recém-nascidos são saudáveis. No entanto a organização da atenção perinatal está voltada para o risco, com utilização rotineira de intervenções excessivas, tanto na atenção à mulher em trabalho de parto quanto para o bebê saudável, que necessita basicamente do aconchego da mãe. Segundo a OMS, na assistência ao trabalho de parto e nascimento de risco habitual ou baixo risco, nenhuma intervenção deve ser realizada sem justificativa técnica, sob pena de se expor mãe e bebê a riscos desnecessários (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2014).

Intervenções desnecessárias contribuem para a manutenção de proporções elevadas de morbimortalidade no País, como as mortes maternas (98% evitáveis), a prematuridade, incluindo a prematuridade iatrogênica e a asfixia intraparto (FRANÇA; LANSKY, 2009; FRANÇA *et al.*, 2012; BRASIL, 2014k; LANSKY *et al.*, 2014).

A interrupção da gravidez sem trabalho de parto, com a banalização da cesariana eletiva (inclusive antes de 39 semanas de gestação), as relações assimétricas de poder e de decisão, com a alienação e manipulação da informação, compõem o cenário de medicalização, terceirização e mercantilização do processo de nascimento. Consequências imediatas para o recém-nascido, relacionadas à cesariana, como a prematuridade, maior frequência de internação, problemas respiratórios, problemas no aleitamento materno e repercussões psicoafetiva não podem ser negligenciadas.

A RC busca retomar o respeito da dignidade e do valor do processo de parturição e da própria criança, como sujeito de direitos no nascimento. Ofertar o cuidado seguro e adequado, conforto e respeito, promover vínculo, afeto, saúde física, psíquica e prevenção de efeitos adversos imediatos e futuros para o bebê.

Pretende influenciar a cultura da sociedade brasileira com relação ao modo de nascer, como responsabilidade da gestão da saúde pública, incluindo os usuários,

os profissionais e os gestores da Saúde Suplementar, na qual predominam índices elevados de cesariana eletiva sem trabalho de parto.

Estimula a participação de equipe multiprofissional na atenção ao parto, como estratégia para assegurar a utilização das boas práticas na assistência. Incentiva a formação de profissionais neste referencial, por meio de parcerias com as universidades e sociedades profissionais, em particular a enfermagem obstétrica.

Preconiza a melhoria da ambiência do parto e nascimento com a implementação dos quartos individuais de parto (pré-parto, parto e puerpério imediato – PPP), de modo a assegurar a privacidade e conforto para a parturiente e os Centros de Parto Normal (BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2008; BRASIL, 2015a). Estes propiciam a evolução fisiológica do processo de parturição, a liberdade e o protagonismo da mulher no parto, a participação do acompanhante e da família, o uso de métodos de conforto e cuidado particularizado (DINIZ et al., 2014).

Do ponto de vista da criança, a Rede Cegonha tem por objetivo a promoção da gravidez saudável e do respeito à fisiologia dos processos da transição da vida intra para a vida extrauterina, às suas necessidades de maturação, ao seu tempo e à sua capacidade de desenvolvimento pleno. Incentiva a preservação desta fisiologia humana em que o trabalho de parto exerce influências profundas e positivas sobre o bebê: a liberação de ocitocina endógena e cortisol da mãe que promove a maturação final da criança, do sistema nervoso e respiratório; a liberação de líquidos pulmonares pela passagem pelo canal de parto e a colonização bacteriana que estimula o sistema imunológico e aponta associação com menor redução de risco de obesidade, diabetes, hipertensão, asma e autismo, maior interação mãe-filho e melhores resultados perinatais de forma geral. Trata-se de ação de promoção da saúde e de prevenção de agravos na vida adulta, de problemas de grande dimensão e impacto na saúde da população.

Organização dos Pontos de Atenção às Mães (Famílias) e às Crianças

A organização da rede integral para a gestante e a criança está alicerçada, conformando-se a linha de cuidado perinatal, desde o pré-natal até o parto, o puerpério e a continuidade de atenção para a criança e a mulher, considerando que neste momento da vida a integração e a articulação dos diversos níveis de atenção é mandatória, uma vez que os partos são predominantemente hospitalares. A

regionalização da atenção perinatal, como demonstra a experiência internacional, é fundamental para o alcance de bons resultados perinatais e maternos.



Conforme preconizado na legislação, nas políticas e nas diretrizes nacionais e baseada nos direitos e nas evidências científicas, a Rede Cegonha se estrutura com:

- Acesso em tempo oportuno a todos os níveis de atenção: básica, especializada ambulatorial e hospitalar, na gestação, no parto e no cuidado à puérpera e à criança, com a regionalização e hierarquização do cuidado segundo planejamento local.
- Atenção qualificada baseada em evidências.
- Regulação da atenção de saúde com implementação das centrais de internação e outros dispositivos para priorização, organização e promoção de equidade.
- Controle social e incentivo a dispositivos para implementação da cogestão: trabalho colaborativo multidisciplinar e participação social nos processos de decisão e assistencial, apoio à informação adequada e exercício de direitos de cidadania e de autonomia, fomento à constituição dos Fóruns Perinatais (distritais/municipais/regionais e estaduais) para o planejamento, a avaliação e a tomada de decisão transparente e participativa, envolvendo os diversos atores.

Após o parto, a organização do cuidado deve estar centrada na necessidade do recém-nascido (RN), com o apoio de toda a equipe para a proteção dos seus direitos. Mãe e bebê devem permanecer juntos, a menos que haja indicação técnica precisa para interferência no contato imediato pele a pele e estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida, conforme previsto na Portaria n.º 371, de 7 de maio 2014 (BRASIL, 2014c). Também o clampeamento tardio (ou “em tempo oportuno”) do cordão umbilical, após cessadas suas contrações, constitui boa prática recomendada pela portaria citada anteriormente e pela OMS. Práticas abusivas com o RN, sem embasamento científico, podem se configurar como violação de direitos: separação após o nascimento; utilização de procedimentos obsoletos ou não utilização de práticas recomendadas. As boas práticas devem ser asseguradas em protocolos clínicos institucionais multiprofissionais atualizados.

Deve-se ainda evitar internação hospitalar para o RN saudável, o que pode aportar maiores riscos e buscar, sempre que possível, a utilização da Casa da Gestante, Mãe, Bebê e o Método Canguru para o bebê que necessita internação.

Destaca-se o enfoque sobre grandes grupos de causas de óbito infantil evitável, com maior expressão no componente neonatal: prematuridade, infecções neonatais e

asfixia intraparto. Esta última está diretamente relacionada à assistência ao parto e responde por cerca de 20% a 25% dos óbitos neonatais e também de óbitos fetais evitáveis. As diretrizes de atuação e capacitação em reanimação neonatal para os profissionais de Enfermagem e médicos responsáveis pela recepção ao recém-nascido, Portaria n.º 371/2014 (BRASIL, 2014c), organiza e qualifica o atendimento ao RN com asfixia e pode causar impacto importante em curto prazo na mortalidade perinatal (fetal e neonatal precoce).

A utilização de ocitocina sintética para aceleração do trabalho de parto, a imobilização no leito, a posição litotômica e a manobra de Kristeller são práticas frequentemente utilizadas que podem prejudicar a liberação de ocitocina endógena materna (fundamental para a evolução trabalho de parto), diminuir a oxigenação placentária e provocar a hipoxemia do bebê. Por outro lado, práticas recomendadas são pouco utilizadas, como o suporte contínuo durante o trabalho de parto, que demonstra resultados perinatais mais favoráveis, como menor proporção de índice de Apgar baixo. Portanto, além de garantido pela Lei n.º 11.185, de 7 de outubro de 2005 (BRASIL, 2005g), o direito da mulher a acompanhante de sua livre escolha, durante toda internação para o parto, é fator de proteção da saúde e deve ser motivo de mobilização em defesa dos direitos da criança. Métodos não farmacológicos de controle da dor para conforto no parto e a participação da doula têm comprovação científica e também são ainda pouco utilizados.

A prevenção e o manejo da prematuridade são focos importantes de atenção em saúde perinatal. A prevenção e o tratamento das infecções na gravidez, a redução do tabagismo na gestação, a diminuição das cesarianas desnecessárias que podem resultar em prematuridade iatrogênica (em especial cesáreas eletivas em gestação com menos de 39 semanas) e a ampliação do acesso e qualificação da atenção e manejo ao recém-nascido prematuro e de risco são estratégias de enfrentamento à prematuridade e de suas consequências deletérias para o RN (BRASIL, 2012a).

As diretrizes e os objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave estão definidos no SUS com a organização da atenção ao RN de risco, com os leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin), de Cuidados Intermediários Neonatais Convencional (UCINCo) e de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru (UCINCa) (BRASIL, 2012a). A garantia de livre acesso e permanência dos pais demanda a adequação da ambiência das unidades neonatais, mas isso não pode servir de justificativa para o cerceamento do direito do RN a contar com sua mãe ou familiar a seu lado durante a internação, conforme disposto no Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL,

1990b) e previsto na Portaria GM/MS n.º 930/2012 e também na Portaria GM/MS n.º 1.153/2014, da nova Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

A Linha de Cuidado perinatal integral mantém-se com a alta responsável e a continuidade do cuidado na Atenção Básica de Saúde (ABS) (BRASIL, 2013g), com o “5º Dia de Saúde Integral”, ou seja, a consulta (em geral de enfermagem) conjunta para a mãe e o bebê, do 3º ao 5º dia de vida, com avaliação e apoio ao aleitamento materno e à visita domiciliar na primeira semana de vida, em especial para aquela dupla mãe-bebê que não compareceu para o atendimento na UBS. Continua com o acompanhamento do crescimento físico e desenvolvimento infantil, com a promoção do trabalho proativo da equipe da UBS, em especial dos agentes de saúde, de apoio e orientação às famílias para fortalecimento do vínculo mãe/família-bebê e para o cuidado e o estímulo da criança nos primeiros anos de vida, visando seu pleno desenvolvimento. Nos casos de recém-nascido de risco, com internação prolongada, esse acompanhamento deverá ocorrer com maior frequência, desde a primeira semana após a alta hospitalar, de forma compartilhada entre o Ambulatório multiprofissional de seguimento de RN de risco (*follow-up*) e a equipe de Atenção Básica.

Saúde da Criança na Rede de Atenção às Urgências

A organização da Rede de Atenção às Urgências (RUE) tem a finalidade de articular e integrar todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011b).

Entre as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências temos: a ampliação do acesso e acolhimento, contemplando a classificação de risco e a intervenção adequada aos diferentes agravos; a garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências; a humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde; a regulação articulada entre todos os componentes da RUE, com garantia da equidade e integralidade do cuidado; o bem como a qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes.

Na atenção à saúde da criança em situação de urgências/emergências (U/E) é necessário aprimorar a qualidade da assistência, visando um atendimento ágil e resolutivo. Para tal, urge garantir o investimento, pelas três esferas de gestão do SUS, em estrutura de educação permanente, com equipamentos de treinamento

(manequins para reanimação etc.) e cursos de capacitação em urgências/emergências pediátricas, para médicos e profissionais de Enfermagem envolvidos com a atenção às U/E no SUS, principalmente considerando a frequente dificuldade que os serviços enfrentam para disporem de pediatras, em especial com qualificação para esta atenção a U/E.

A Organização dos Pontos de Atenção da RUE para o Cuidado com a Criança

A Rede de Atenção às Urgências é constituída pelos seguintes pontos de atenção:

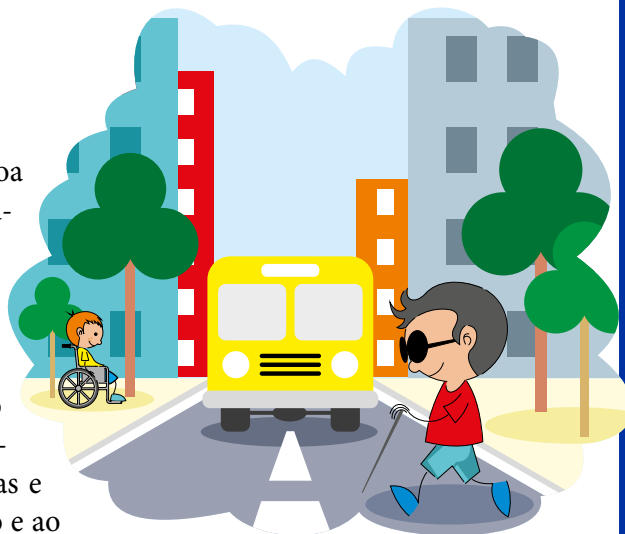
- **Atenção Básica** – Funciona como coordenadora do cuidado no território, atuando especialmente no atendimento a traumas de baixa complexidade e na continuidade do cuidado de crianças que estão em processo de recuperação de traumas.
- **Samu 192** – Desempenha papel importante no atendimento primário e secundário em situações de Urgência e Emergência, tendo a Regulação das Urgências como elemento transversal do processo, de forma que o componente móvel mantenha interação com os demais componentes da rede e demais redes, a fim de proporcionar o encaminhamento adequado aos pacientes após sua estabilização. Todas as Centrais de Regulação do Samu devem possuir pelo menos uma incubadora de transporte de recém-nascido, adaptada para uso nas ambulâncias, quando necessário. Cabe ressaltar que o Samu 192 está em fase de expansão, com cobertura de 79,37% em 2017 da população brasileira em julho de 2017 (Fonte: SAGE/MS <www.sage.gov.br> acesso em 22/12/2017).
- **Central de Regulação Médica de Urgências** – Estrutura física constituída por profissionais (médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica e rádio-operadores) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandam orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro de uma Rede de Atenção, que cumprem determinados requisitos estabelecidos pelas normativas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013s).
- **Sala de Estabilização** – Espaço que presta assistência temporária e qualificada para estabilização de pacientes críticos/graves, após a avaliação clínica com internação no ambiente hospitalar e/ou encaminhamento para as portas de urgência referenciadas pela Central de Regulação Médica das Urgências, ou outros pontos da Rede de Atenção à Saúde, conforme as diretrizes da Portaria n.º 2.338, de 3 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011i).

- **Unidade de Pronto Atendimento** – UPA 24h – é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária, situado entre a Atenção Básica de Saúde (ABS) e a Atenção Hospitalar e articula-se com a ABS, Samu 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde, por meio de fluxos lógicos e efetivos de referência e contrarreferência, ordenados pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região (BRASIL, 2013u; BRASIL, 2013s).
- **Atenção/Internação Domiciliar** – Tem importante papel, no sentido de abreviar o período de observação ou internação de crianças em situação de U/E, já estabilizadas, mas que ainda demandam cuidados. Produz impactos na humanização do atendimento à criança, no seu lar, com a sua família, o que traz conhecidos benefícios à sua recuperação, bem como favorece a disponibilização de leitos nas portas de urgências. Força Nacional do SUS, definida pelo Decreto n.º 7.616, de 17 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011h), para atendimento a situações específicas, um componente humanitário do SUS, estruturante da Rede de Atenção às Urgências, com o objetivo de prestar assistência rápida e efetiva às populações em território nacional e internacional, atingidas por catástrofes, epidemias ou crises assistenciais que justifiquem seu acionamento.

A Rede também é integrada por outros serviços de urgência 24 horas, do componente hospitalar: portas hospitalares de urgência, leitos clínicos de retaguarda, leitos de UTI, unidades de cuidados prolongados e transversalizada por uma linha do cuidado em trauma.

Saúde da Criança na Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência – RCPD

A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (NY, 2007), promulgada pelo Estado brasileiro, por meio do Decreto n.º 6.949, de 25 de agosto de 2009 (BRASIL, 2009g), resultou numa mudança paradigmática das condutas oferecidas às pessoas com deficiência, no processo de formulação de políticas públicas, com vistas à autonomia das pessoas e à ampliação do acesso à saúde, à educação e ao trabalho, entre outros.



Com o lançamento do Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência: Viver Sem Limite, Decreto n.º 7.612, de 17 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011j), o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS, Portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012 (BRASIL, 2012k). Esta estabeleceu diretrizes para o cuidado às pessoas com deficiência, temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua. O eixo de Atenção à Saúde tem como foco a organização do cuidado integral em rede, contemplando as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual, ostomia e transtorno do espectro do autismo.



Sinais de Alerta e Identificação Precoce de Deficiência

- A identificação de sinais iniciais de problemas possibilita a instauração imediata de intervenções extremamente importantes, uma vez que os resultados positivos em resposta a terapias são tão mais significativos quanto mais precocemente instituídos. A maior plasticidade das estruturas anátomo-fisiológicas do cérebro nos primeiros anos de vida e o papel fundamental das experiências de vida de um bebê, para o funcionamento das conexões neuronais e para a constituição psicossocial, tornam este período um momento sensível e privilegiado para intervenções.
- Nas ações de assistência materna e infantil da Atenção Básica, por exemplo, as equipes profissionais são importantes na tarefa de identificação de sinais iniciais de problemas de desenvolvimento.
- Assim, em toda visita domiciliar ou atendimento da criança, a equipe de saúde deve estar atenta a alguns sinais de alerta, como atraso nas aquisições neuropsicomotoras, comportamentos estereotipados e repetitivos, apatia frente a estímulos do ambiente, dificuldade em fixar visualmente o rosto da mãe e objetos do ambiente, ausência de resposta aos estímulos sonoros, entre outros.
- Outro importante ponto a ser considerado são os casos de violência e/ou negligência. Tendo em vista que mulheres e meninas com deficiência estão frequentemente expostas a maiores riscos, tanto no lar como fora dele, de sofrer tratamento negligente, violência física, psicológica e sexual. Para o enfrentamento desse tipo de situação é fundamental o preparo da equipe na identificação, na notificação e na comunicação ao Conselho Tutelar, além da intervenção e cuidados terapêuticos e/ou psicossociais para a criança e orientação às famílias. Para saber mais, consultar o eixo estratégico, sobre a Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências.

A Organização dos Pontos de Atenção para o Cuidado de Crianças com Deficiências

Para melhor orientação da família, a equipe deverá conhecer os Pontos de Atenção da Rede e os níveis de atenção, oportunizando o encaminhamento e o atendimento da criança com deficiência, tais como:

- **Atenção Básica** – As Unidades Básicas de Saúde; Nasf; Academia da Saúde; PSE; Melhor em Casa.
- **Atenção Especializada** – Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas uma das modalidades de reabilitação; os Centros Especializados em Reabilitação (CER); Oficinas Ortopédicas e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).
- **Centro Especializado em Reabilitação (CER)** – É um ponto de atenção ambulatorial, especializado em reabilitação, que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a Rede de Atenção à Saúde no território. Com 4 modalidades diferentes – física, intelectual, auditiva e visual – que indicam o porte do CER, tipo II, III ou IV, classificado a depender do número de modalidades que atende.
- **Oficina Ortopédica** – Constitui serviço de dispensação, confecção, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM), e têm como referência um serviço habilitado em reabilitação física integrando a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência no Estado.
- **Centro Especializado em Odontologia (CEO)** – É o estabelecimento de saúde que oferta atendimento especializado odontológico e ao integrar a Rede PCD recebe qualificação para o atendimento da pessoa com deficiência.



Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência

Porta aberta 24 horas para situações de emergência, com internação, entre outras ofertas de intervenções e procedimentos cirúrgicos.

Saúde da Criança na Rede de Atenção Psicossocial – Raps

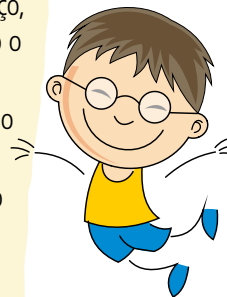
A Raps tem por finalidade promover cuidado em saúde às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, mediante a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde no âmbito SUS. A rede destaca como um dos objetivos essenciais a promoção do cuidado para grupos mais vulneráveis, especialmente crianças adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas, com

sofrimento ou transtorno mental e crianças que sofreram violências (BRASIL, 2011d). Os cuidados com a saúde mental da criança devem ocorrer desde o desenvolvimento intrauterino ao nascimento saudável, e a estimulação precoce nos primeiros anos de vida exerce uma função importante no desenvolvimento emocional, cognitivo e social da criança. É parte da Atenção Integral à Saúde da Criança estimular o vínculo com sua família e com os serviços de saúde, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção da saúde, amamentação e alimentação complementar saudável, hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de doenças e agravos, provendo o cuidado em tempo oportuno. É fundamental fortalecer os vínculos familiares: a relação da mãe com o bebê, os cuidados da família com a criança, seu percurso escolar desde os primeiros anos, enfim, como essa criança é recebida e “endereçada” ao mundo, são fatores fundamentais para o pleno desenvolvimento saudável da criança.

A sociedade brasileira vive um processo crescente de medicalização em todas as esferas da vida, que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. A aprendizagem e os modos de ser e agir, campos de grande complexidade e diversidade – têm sido alvos preferenciais da medicalização. A articulação entre os profissionais de Saúde e da Educação e os membros da família, alinhados com órgãos de defesa de direitos, é essencial para o enfrentamento e a superação do fenômeno da medicalização da aprendizagem e do comportamento, inclusive com orientação para prevenção da banalização da prescrição de medicamentos.

As ações de cuidado para crianças no campo específico da atenção à saúde mental devem seguir as diretrizes operacionais pautadas pelo reconhecimento e acolhimento da demanda de cada um, com Projeto Terapêutico Singular (PTS), levando em conta (BRASIL, 2005b):

- Adoção de medidas voltadas para o cuidado, seja por meio de recursos próprios do serviço, seja em outro dispositivo da saúde ou de outra política social, caso em que deve ser feito o encaminhamento responsável.
- Gestão do cuidado, de modo a sustentar, em todo o processo, a condição da criança como sujeito de direitos e de responsabilidades, em sua dimensão subjetiva e social.
- Comprometimento dos responsáveis pela criança a ser cuidada, tanto os familiares como os agentes institucionais.
- Produção do cuidado, fundamentado nos recursos teórico-práticos e de saberes disponíveis aos profissionais, técnicos ou equipe atuantes no serviço, envolvendo a discussão com os demais membros da equipe.
- Manutenção de canais abertos de articulação com outros equipamentos do território, de modo a operar com a lógica da rede ampliada de atenção; especialmente nos casos de alteração de comportamento.
- Orientação para que as ações sejam tomadas em sua dimensão territorial, ou seja, considerando as múltiplas e singulares configurações delineadas em seus trajetos de vida.



A Organização dos Pontos de Atenção da Raps para o Cuidado de Crianças

A rede de saúde mental conta com conjunto de dispositivos de atenção psicossocial, denominados Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Nas modalidades: Caps I, II, III, IV; Caps-AD (álcool e drogas) e Capsi (infantojuvenil). O Caps III e o Caps-AD III funcionam 24 horas. São serviços constituídos por equipe multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social etc.) que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza, prioritariamente, atendimento às pessoas com sofrimento ou transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, ou outras situações clínicas que dificultem o estabelecimento de laços sociais e a realização de projetos de vida. Atuam de forma territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

O Caps realiza o acolhimento e o cuidado de crianças em situações de crise, devendo, nas situações que requeiram retaguarda hospitalar, articular com a Atenção Básica e com a RUE. O cuidado é desenvolvido por meio de PTS, envolvendo, em

sua construção, a equipe, o usuário e sua família. A coordenação do cuidado fica sob a responsabilidade do próprio Caps ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

A RUE também funciona como ponto de atenção no acolhimento, classificação de risco e cuidado de crianças com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Em especial o Samu 192, sala de estabilização, UPA 24 horas e as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro.

O Consultório na Rua (CR) é outra modalidade de atenção, que favorece a construção de vínculos e do reconhecimento da rede do SUS. Essa iniciativa é fundamental para a garantia institucional de acesso, dos usuários em situação de rua e com maior vulnerabilidade, aos serviços e às ações que respondam às suas necessidades de saúde. A abordagem de crianças pelas equipes de CR tende a ser estratégica, na medida em que dá visibilidade a essas pessoas no SUS e em outras políticas intersetoriais. Ao se colocar à disposição para o acolhimento e o vínculo, tem lugar privilegiado na observância do princípio da proteção integral preconizada pelo ECA.

O Centro de Convivência e Cultura é uma modalidade de serviço aberto, que pode ofertar às crianças espaços e cronogramas de atividades específicos para o desenvolvimento de atividades lúdicas, de formação, de produção cultural, entre outras de interesse das famílias e da comunidade.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), com equipe constituída por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, responsáveis por apoiar as eSF e UBS, na oferta de apoio especializado (apoio matricial), que inclui a discussão de casos e o cuidado compartilhado dos pacientes, com manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental, à violência e aos problemas decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. A intervenção com crianças deve envolver os membros da família, no sentido de orientá-los, mas também para o apoio e suporte necessários, a depender de cada caso, para a continuidade do cuidado da criança no ambiente domiciliar.

Saúde da Criança na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas



A garantia da integralidade da atenção, almejada pela Pnaisc, tem nas doenças crônicas um dos maiores desafios, pela variedade e complexidade de patologias e agravos crônicos que hoje afetam as crianças que a cada dia morrem menos de agravos agudos e, por outro lado, a exigência que estas trazem à gestão e à atenção do SUS, de articulação em rede, da ampla gama de serviços e profissionais necessários para seu cuidado integral.

Crianças com doenças crônicas, que antes exigiam tratamentos hospitalares ou mesmo perdiam a vida com facilidade, hoje são acompanhadas em ambulatórios de especialidades ou mesmo na Atenção Básica, com suporte daqueles ambulatórios quando necessário. O desenvolvimento de novas vacinas e drogas mais efetivas, os avanços na cirurgia pediátrica e outras terapias têm possibilitado melhora significativa no cuidado pediátrico, permitindo que crianças com doenças outrora de alta letalidade sobrevivam e tenham melhor qualidade de vida, em tratamento ambulatorial, ou mesmo em atenção/internação domiciliar, com menos situações de separação da convivência familiar para longas internações hospitalares.

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, instituída pela Portaria n.º 483, de 1º de abril de 2014 (BRASIL, 2014d), tem como finalidade realizar a atenção de forma integral às pessoas, neste caso às crianças com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, com oferta de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde.

O objetivo dessa rede é fomentar a mudança do modelo de atenção, com fortalecimento da Atenção Básica, por meio da qualificação da atenção integral às crianças com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde e para prevenção do desenvolvimento dessas doenças e suas complicações, entre elas o câncer, que dispõe de uma Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, segundo a Portaria n.º 874, de 16 de maio de 2013 (BRASIL, 2013b), bem como de critérios e parâmetros para habilitação de estabelecimentos de

saúde especializados em Oncologia, inclusive Oncologia Pediátrica, redefinidos na Portaria n.º 140, de 27 de fevereiro de 2014 (BRASIL, 2014b).

Para superar os desafios das doenças crônicas no Brasil, no ano de 2013 o MS definiu as “Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde”. Alguns atributos são indispensáveis na organização dos processos de trabalho, voltados para o cuidado da criança com doença crônica, ressaltando: o acolhimento, a atenção centrada na criança e na família, o cuidado continuado e a atenção programada, a equipe interdisciplinar, o Projeto Terapêutico Singular e o fomento do autocuidado.

A organização dos serviços requer a regulação da rede, o apoio matricial, a educação permanente dos profissionais, assim como a definição de linhas de cuidado e diretrizes clínicas.

Tal organização dos serviços precisa se dar por regiões de saúde, entre outros motivos, pelo fato da maior parte dos municípios brasileiros ser de pequeno porte, possuindo apenas serviços de Atenção Básica, havendo a necessidade de se organizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) na região, com definição de serviços de referência regionais. Inclusive, sempre que possível, com a estruturação destes serviços em locais de vazio assistencial, ampliando a cobertura populacional de atenção especializada para as doenças crônicas. Os diferentes níveis de cuidado devem ter uma efetiva organização regionalizada, para ampliar acesso e relação solidária de profissionais da Atenção Básica e de especialistas, facilitando a prestação de serviços de saúde de qualidade, definição de responsabilidades, comunicação e a transferência segura quando necessária.

Para o sucesso dessa organização regional da atenção às crianças crônicas em cada região dentro dos estados, do ponto de vista da gestão, é vital o papel das Secretarias Estaduais de Saúde e de cada Secretário Municipal de Saúde articulado com seu respectivo Conselho de Secretários Municipais (Cosems) estadual, para as pactuações necessárias via Colegiado de Gestão Regional (CGR)/Comissão Intergestores Regional (CIR) e, se necessário, na Comissão Intergestores Bipartite.

O estabelecimento de Linhas de Cuidado, para crianças com doenças/agravos crônicos, tem se mostrado estratégia inovadora potente na busca da integralidade da atenção, articulando ações e serviços de saúde ofertados pelos diversos níveis e redes de atenção, sob coordenação da Atenção Básica de Saúde, enfrentando a fragmentação do cuidado. Essas estratégias, articuladas com as ações dos eixos estratégicos

da Pnaisc, podem servir de fios condutores para orientar o percurso da criança nos pontos da Rede de Atenção à Saúde, em âmbito local e regional, quando necessário.

A Organização dos Pontos de Atenção para o Cuidado de Crianças na Rede

A Atenção Básica (AB) deve dar respostas às necessidades que as crianças com doenças crônicas apresentam na vida familiar, social e escolar. Tem papel-chave como coordenadora do cuidado, com a responsabilidade de realizar a atenção integral e contínua e de ser a porta de entrada prioritária. A AB deve realizar ações de promoção à saúde, de prevenção de agravos e também articular com a atenção especializada a oferta do diagnóstico, do tratamento e da reabilitação para que a atenção seja resolutiva no cuidado às crianças com doenças crônicas, tais como as respiratórias, as endócrinas, as cardiovasculares e as oncológicas, sendo que muitos se beneficiam de um seguimento compartilhado entre AB e os serviços especializados.

A Atenção Especializada é traduzida como conjunto de diversos pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações específicas: como serviços de urgência e emergência, ambulatórios especializados e serviços hospitalares. Deve apoiar e complementar os serviços da Atenção Básica de forma resolutiva e em tempo oportuno, níveis:



- **Ambulatorial** – Serviço especializado com ações eletivas de média e alta complexidade.
- **Hospitalar** – Ponto de atenção estratégico voltado para as internações eletivas e/ou de urgência de pacientes agudos ou crônicos agudizados.
- **Urgência/Emergência** – Ponto de atenção com ações voltadas aos usuários que necessitam de cuidados imediatos em caráter de urgência, inclusive pacientes com agudização das condições crônicas.

Na Atenção Hospitalar, com serviços de internação pediátrica, devem ser levadas em consideração as peculiaridades da criança e a importância do lúdico como contribuição ao processo terapêutico, socioafetivo e educativo, de acordo com a faixa etária. Esses estabelecimentos devem dispor de brinquedotecas nas suas dependências de acordo com a Lei n.º 11.104, de 21 de março de 2005, espaços de lazer e de convivência da criança com a família, conforme a RDC n.º 50, de 21 de fevereiro de 2002, e a RDC n.º 307, de 14 de novembro de 2002 (BRASIL, 2005e; 2002a; 2002b). A brinquedoteca deve funcionar em espaço físico adequado, com ambiência, brinquedos e jogos educativos, visando estimular as crianças

(em especial aquelas com doenças crônicas, com internações mais frequentes) e seus acompanhantes (familiares e cuidadores) a brincar, além de dispor ainda de profissionais capacitados para este fim.

“A brincadeira é, para a criança, um dos principais meios de expressão, que possibilita a investigação e a aprendizagem sobre as pessoas e o mundo” (BRASIL, 2012l).

A brincadeira em ambiente hospitalar é importante para a criança, uma vez que as atividades fazem com que ela se conecte com o mundo exterior e possa vivenciar momentos de prazer e bem-estar, capazes de promover melhorias na sua saúde e contribuir com a sua recuperação.

A Atenção Domiciliar constitui oferta essencial na Rede de Atenção à Saúde para se garantir uma atenção integral e humanizada às crianças com agravos crônicos que dificultam sua mobilização do domicílio ou, muitas vezes, até do leito, seja aquela atenção realizada pelas equipes de Atenção Básica/equipes de Saúde da Família, com apoio, se necessário, por profissionais dos Nasfs, seja aquela de maior complexidade, cujo cuidado é feito por Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (Emad).

No caso de crianças acometidas por doenças crônicas complexas, como aquelas que, em grande número, ainda ocupam leitos de UTI/UCI Neonatal ou UTI/UCI Pediátrica pelo País, seja em longas internações, ou mesmo por tempo indeterminado, como “moradoras”, a Atenção Domiciliar, substituindo a Internação Hospitalar, constitui importante alternativa a ser perseguida, considerando a humanização do atendimento à criança, no seu lar, junto a sua família, o que traz conhecidos benefícios à sua recuperação. Além disso, favorece a disponibilização de caros e frequentemente disputados leitos intensivos ou semi-intensivos, com significativa diminuição de custos da assistência final.

Com o aumento significativo do número de Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (Emad), pelo País, obtido pelo Programa Melhor em Casa, do Ministério da Saúde (MS), a partir de 2012, verificou-se grande crescimento na oferta de internação domiciliar para adultos, mas muito menor para crianças. Apesar disso, experiências exitosas de municípios têm sido divulgadas pelo MS, em especial várias de grande sucesso na desospitalização para o domicílio de crianças dependentes de ventilação mecânica, anteriormente em UTI/UCI. Estas experiências possuem muito potencial para servirem de modelo para a necessária disseminação deste tipo de atenção no Brasil (BRASIL, 2015).

GESTÃO INTERFEDERATIVA E RESPONSABILIDADES

A efetivação dos direitos da criança à sobrevivência e ao desenvolvimento, com acesso em tempo oportuno e com qualidade como direitos sociais, requer responsabilização compartilhada entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma solidária e cooperativa, por meio da conjugação de recursos e do compromisso de reduzir desigualdades regionais e promover a equidade social.

Este desafio ganha centralidade na agenda dos gestores do SUS, com o advento do Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, representando a possibilidade concreta de construção da Atenção Integral à Saúde da Criança e a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Assim, em observância aos princípios do SUS, cabe aos gestores nas esferas federal, estadual, distrital e municipal promover a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Pnaisc), por meio da articulação interfederativa, do planejamento, do monitoramento e avaliação e da viabilização de parcerias, segundo os artigos 15, 16 e 17, da Portaria n.º 1.130, de 5 de agosto de 2015, que estabelece as competências dos três entes da Federação:

Ministério da Saúde

- a) Articular e apoiar a implementação da Pnaisc, em parceria com os gestores estaduais e municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Nacional de Saúde, considerando as prioridades e as especificidades regionais, estaduais e municipais.
- b) Desenvolver ações de mobilização social, informação, educação, comunicação, visando à divulgação da Pnaisc e a implementação das ações de Atenção Integral à Saúde da Criança.
- c) Propor diretrizes, normas, linhas de cuidado e metodologias específicas necessárias à implementação da Pnaisc.
- d) Prestar assessoria técnica e apoio institucional aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios no processo de implementação de Atenção Integral à Saúde da Criança nas regiões de saúde.
- e) Promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a Atenção Integral à Saúde da Criança no SUS.

- f) Fomentar a qualificação de serviços como centros de apoio e formação em boas práticas em saúde da criança, visando à troca de experiências e de conhecimento.
- g) Monitorar e avaliar os indicadores e as metas nacionais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Nacional de Saúde e em outros instrumentos de gestão.
- h) Apoiar e fomentar a realização de pesquisas consideradas estratégicas no contexto da Pnaisc.
- i) Promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da Pnaisc.
- j) Estimular, apoiar e participar do processo de discussão sobre as ações de Atenção Integral à Saúde da Criança nas redes temáticas de atenção à saúde, com os setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social.
- k) Designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos nacionais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) (BRASIL, 2015b, art. 15).

Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal

- a) Coordenar a implementação da Pnaisc no âmbito do seu território, respeitando as diretrizes do Ministério da Saúde e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locais, e articular, em parceria com os gestores municipais de saúde, o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Estadual de Saúde.
- b) Desenvolver ações de mobilização social, informação, educação, comunicação, no âmbito estadual e distrital, visando à divulgação da Pnaisc e à implementação das ações de Atenção Integral à Saúde da Criança.
- c) Prestar assessoria técnica e apoio institucional às Regiões de Saúde no processo de gestão, planejamento, execução, monitoramento e avaliação de programas e ações de Atenção Integral à Saúde da Criança.
- d) Promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito estadual, distrital e municipal, no que couber.

- e) Monitorar e avaliar os indicadores e as metas estaduais e distritais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Estadual de Saúde e em outros instrumentos de gestão.
- f) Promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da Pnaisc.
- g) Estimular, apoiar e participar do processo de discussão sobre as ações de Atenção Integral à Saúde da Criança nas redes temáticas de atenção à saúde, com os setores organizados da sociedade nas instâncias colegiadas e de controle social.
- h) Designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos estaduais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2015b, art. 16).

Secretarias de Saúde dos Municípios

- a) Implantar/implementar a Pnaisc, no âmbito do seu território, respeitando suas diretrizes e promovendo as adequações necessárias, de acordo com o perfil epidemiológico e as prioridades e especificidades locais, e articular o alinhamento das ações e serviços de saúde da criança no Plano Municipal de Saúde e no Planejamento Regional.
- b) Promover a capacitação e educação permanente dos profissionais de saúde, se necessário em parceria com instituições de ensino e pesquisa, para a Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito municipal, no que couber.
- c) Monitorar e avaliar os indicadores e as metas municipais relativas à saúde da criança, estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e em outros instrumentos de gestão e no Planejamento Regional e alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua, com dados produzidos no sistema local de saúde.
- d) Promover articulação intersetorial e interinstitucional com os diversos setores e instituições governamentais e não governamentais, com organismos internacionais, envolvidos com a saúde da criança, em busca de parcerias que favoreçam a implementação da Pnaisc.
- e) Fortalecer a participação e o controle social no planejamento, na execução, no monitoramento e na avaliação de programas e ações de Atenção Integral à Saúde da Criança.

- f) Designar e apoiar sua respectiva representação política nos fóruns, colegiados e conselhos municipais envolvidos com a temática da saúde da criança, em especial no Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2015b, art. 17).



MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO



O processo de monitoramento e avaliação da Pnaisc ocorrerá de acordo com as pactuações realizadas nas instâncias colegiadas de gestão do SUS. O monitoramento e a avaliação deverão considerar os indicadores de atenção à saúde da criança, estabelecidos nos instrumentos de gestão do SUS, em âmbito federal, estadual, do Distrito Federal e municipal, nos planos de saúde, programações de saúde e relatórios anuais de gestão (BRASIL, 2015b, art. 19).

A delimitação do escopo de atuação da Pnaisc, ao explicitar os objetivos, os princípios, as diretrizes e os eixos estratégicos de atuação; e a organização da atenção à saúde da criança em rede, orienta os gestores a instituírem práticas sistemáticas de planejamento, monitoramento e avaliação do processo de implementação da política, além de contribuir para a tomada de decisão nos diferentes âmbitos de gestão do SUS. Os indicadores estabelecidos e pactuados nas esferas de gestão do SUS são essenciais para a gestão da política de saúde da criança.

As avaliações periódicas dos Planos Municipais de Saúde, Estaduais e Nacional constituem momentos privilegiados de avaliação e monitoramento de metas relacionadas à saúde da criança.

Entretanto, para que os processos de avaliação e monitoramento se constituam em processos vivos, é necessário pensar em estratégias que os aproximem dos profissionais de saúde e serviços onde se operam a clínica e a gestão das ações, dos programas e das políticas que compõem a saúde da criança, buscando levar a cultura da avaliação e do monitoramento para cada serviço e profissional, em última instância.

Para tal, os processos de monitoramento e avaliação voltados à saúde da criança, contemplando os sete eixos estratégicos da Pnaisc e as redes temáticas inter-relacionadas, devem ser compreendidos e implementados mediante processos participativos, envolvendo os múltiplos interessados, incorporando a dimensão crítico-reflexiva sobre as práticas desenvolvidas no âmbito do setor Saúde ou a estas relacionadas. Considerando que essas são atividades intimamente relacionadas à clínica e à gestão, os responsáveis devem incorporá-las no seu processo de trabalho cotidiano. No entanto, avaliações externas podem ser requeridas. Também devem ser valorizados processos negociados e pactuados entre os diversos interessados na avaliação (gestores, profissionais de saúde, sociedade organizada e usuários) dos três âmbitos federados, de forma a favorecer a corresponsabilidade e garantir a utilidade do monitoramento e da avaliação. Além de questões relacionadas aos resultados e impacto da política, é fundamental conhecer os processos de trabalho envolvidos, além da estrutura disponível para a produção dos resultados.

Um bom exemplo, neste sentido, é o monitoramento e a avaliação das ações de saúde da criança na Atenção Básica, por meio da avaliação das equipes de Saúde da Família pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq-AB) e, em especial, por meio do processo de autoavaliação das equipes via Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Amaq). As experiências municipais mostram que o Pmaq e a Amaq podem contribuir para que as equipes e seus gestores identifiquem potencialidades e fragilidades em relação a indicadores esperados pela Pnab para a Atenção à Saúde da Criança, tais como: “A equipe realiza atendimento para a puérpera e o recém-nascido na primeira semana de vida” ou “A equipe de Atenção Básica realiza investigação e discussão dos óbitos infantis (<1 ano) ocorridos no seu território”.

Este processo, caso valorize o protagonismo e a responsabilidade de cada eSF e de cada um de seus membros, pode fomentar a formulação das estratégias de intervenção para melhoria dos serviços e das relações, atuando como dispositivo indutor da reorganização do trabalho das equipes de Atenção Básica e da gestão municipal de saúde. O monitoramento e a avaliação envolvem definição de critérios,

indicadores e padrões, utilizando-se de estratégias metodológicas quantitativas e qualitativas que considerem as dimensões objetivas, subjetivas e intersubjetivas. Parte expressiva das informações pertinentes ao monitoramento e à avaliação deve ser produzida no interior dos eixos estratégicos e das redes inter-relacionadas à Pnaisc.

Os sistemas de informações de registro contínuo do MS, independentemente da racionalidade para a qual foram criados – epidemiológica, contábil ou gerencial, também são instrumentos potentes para a captação de eventos, diagnósticos da situação de vida e de saúde, acompanhamento de atividades e avaliação das ações da Pnaisc. O uso racional, sistemático e compartilhado dos sistemas de informação contribui para a tomada de decisão informada de gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema. Como estes sistemas são alimentados nos serviços de saúde, as equipes devem estar sensibilizadas quanto ao adequado preenchimento dos múltiplos instrumentos de coleta de dados. Para o adequado uso de cada um dos sistemas é imprescindível o conhecimento quanto a sua cobertura, regularidade, qualidade da informação produzida, potencialidades e limites, de forma que o diagnóstico da situação de saúde, monitoramento e avaliação das ações, dos serviços, dos programas e da política não tenham sua acurácia e validade comprometida.

Os principais Sistemas de Informação de Registro Contínuo do Ministério da Saúde, úteis para o Monitoramento e Avaliação da Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (Pnaisc), são: Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc); Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); Sistema de Informação Ambulatorial (SIA); Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan); com um dos módulos mais recentes, de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva); Sistema de Informação sobre Internações Hospitalares (SIH); Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan-Web), Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (Sisab), denominado e-SUS AB, entre outros.

O Sisab foi instituído pela Portaria GM/MS n.º 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica, vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) (BRASIL, 2013v).

O e-SUS AB realiza a captação dos dados dos *softwares*: Coleta de Dados Simplificado (CDS); Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC); e do Aplicativo

(App) para dispositivos móveis, estando disponível o App AD (Atenção Domiciliar).

Os sistemas mencionados são utilizados como fontes de informações para o monitoramento e a avaliação dos indicadores de saúde da criança, entre outras fontes complementares, a exemplo do Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), do governo federal, entre outros bancos de dados oficiais. No entanto, para alguns indicadores relacionados a processos instituintes e/ou inovadores, para os resultados de impacto dos eixos estratégicos da Pnaisc, é preconizada a coleta de dados primários, em virtude da indisponibilidade em sistemas de registro contínuo. Para estas situações os dados de pesquisas sistemáticas são úteis, a exemplo da “Pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no SUS”, conduzida pela Ouvidoria do SUS e das “Pesquisas Nacionais de Prevalência do Aleitamento Materno nas capitais e Distrito Federal”, e de “Saúde do Escolar (PeNSE)”, entre outras.

Adicionalmente, pesquisas regulares conduzidas por diferentes instituições do Brasil dispõem de dados relevantes para o monitoramento e avaliação da Pnaisc. O Censo Demográfico, de periodicidade decenal, as Pesquisas Nacionais por Amostra de Domicílio (Pnad), a Pesquisa da Assistência Médico Sanitária e, a partir de 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), quinquenal, entre outras, são referências imprescindíveis para o acompanhamento da situação socio sanitária, da percepção de saúde, da oferta, do uso e da satisfação dos usuários com os serviços de atenção integral à mulher e criança.

As propostas metodológicas relacionadas ao monitoramento e à avaliação devem considerar a permanente necessidade de aperfeiçoamento do desenho da Pnaisc, da gestão e da clínica, direcionada ao público-alvo da intervenção, com ênfase na perspectiva formativa da política, dos sujeitos e dos coletivos envolvidos na sua implementação.

A formulação desta Política, a partir de suas tradições e da incorporação de novos eixos estratégicos, resultado de um processo de construção coletiva, constitui-se em uma etapa fundamental para a efetivação dos direitos da criança, além de consagrar os alicerces para futuras avaliações. No entanto, a presente proposição, à luz da emergência de novos contextos sociopolíticos e organizacionais e de novas evidências científicas, necessitará de adaptações e ajustes no modo de operar a política.

FINANCIAMENTO DA POLÍTICA



“O financiamento da Pnaisc é de responsabilidade tripartite, de acordo com pactuação nas instâncias colegiadas de gestão do SUS” (BRASIL, 2015b, art. 18).

Em relação ao financiamento, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, destaca como prioridade a “destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e juventude” (BRASIL, 1990b, art. 4º, alínea d). Também prevê que “a Política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á por meio de um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios” (BRASIL, 1990b, art. 86).

IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

Concluído o trâmite normativo requerido na construção de uma política pública social, a CGSCAM seguiu com o desafio de implementá-la e, repetindo a mesma dinâmica de articulação interfederativa e de parcerias adotada no processo de construção, realizou três Seminários Macrorregionais com objetivo de discutir e construir coletivamente estratégias de apoio para a implementação da Pnaisc dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos estados, Regiões de Atenção à Saúde e municípios.

Participaram dos seminários 420 representantes das cinco regiões do Brasil, entre os quais: secretários estaduais e municipais da saúde das capitais e municípios de pequeno porte (um por estado), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass), o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (Cosems) do estado que estava sediando o evento, coordenadores de saúde da criança dos estados e capitais, coordenadores estaduais da Atenção Básica, coordenadores estaduais da Rede Cegonha, coordenadores estaduais da Urgência e Emergência, coordenadores estaduais das Redes de Atenção Psicossocial, apoiadores, articuladores e consultores de Saúde da Criança, representantes de universidades e instituições de ensino e representantes da sociedade civil atuantes no campo dos direitos da criança/primeira infância, Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), Rede Nacional pela Primeira Infância e Pastoral da Criança. Foram parceiros ativos destes seminários a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e as Secretarias de Saúde dos estados que sediaram os encontros.

A culminância das atividades dos seminários foi celebrada com a validação dos “10 passos para a implementação da Pnaisc”, conforme descrito:

- Articulação Intra-setor Saúde: estimular a grupalidade entre profissionais e pontos de atenção envolvidos com a saúde da criança em cada serviço, no município, na Região de Saúde, no estado – Comitê de Saúde da Criança ou congêneres.
- Articulação Intersetorial: articular os profissionais da ABS com aqueles dos serviços das Políticas Públicas Sociais, no território: Centro de Referência de Assistência Social (Cras), Creche, Pré-Escola, Escola (Educação) etc. – Comitê Intersetorial Local.
- Fomento à elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares para os casos mais complexos de crianças/famílias, pelas equipes de saúde, em todos os pontos de atenção, em especial na ABS, sempre que possível de forma intersetorial.
- Realização de diagnóstico da situação da atenção integral à saúde da criança no respectivo território, elaborado pelos grupos anteriormente citados.
- Formulação de um Plano de Ação com estratégias para ofertar as ações e os serviços necessários para garantia do acesso e atenção integral às crianças (7 EIXOS DA PNAISC).
- Articulação na Região de Atenção à Saúde, com demais municípios e serviços de referência regionais, para complementação do Plano de Ação, com pactuação de referencia-mentos (CIR) etc.
- Definição de indicadores para monitoramento do Plano de Ação.
- Monitoramento e Avaliação periódicos do Plano de Ação, inclusive nas instâncias e instrumentos de gestão do SUS: Conselho de Saúde, Plano Municipal de Saúde etc.
- Oferta de educação permanente, com capacitações nos eixos/estratégias da Pnaisc e fomento à troca de experiências exitosas entre equipes/serviços.
- Oferta de Apoio Institucional às equipes e aos coletivos envolvidos com a implementação da Pnaisc nos territórios.

No entanto, sobre os passos, vale ressaltar que durante a reunião de planejamento Estratégico da CGSCAM, em março de 2017, estes foram retomados e discutidos pelo grupo que identificou a necessidade de um rearranjo em blocos. O grupo também concluiu que a Pnaisc não deve ser formatada em passos que devem ser seguidos ou vencidos sequencialmente, e que implementar uma política num país com dimensões continentais e características territoriais heterogêneas requer organização para a implantação, a implementação e permanente avaliação e o monitoramento a depender do particular desenvolvimento (ou maturidade) técnica e momento político de cada território.

Os blocos gerados comportam quatro macrotemas, conforme quadro a seguir:

Quadro 1 – Matriz operacional

BLOCOS	OPERACIONALIZAÇÃO
1. ARTICULAÇÃO E PACTUAÇÃO	<p>Articulação Intrasetorial:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimular a grupalidade entre profissionais e pontos de atenção envolvidos com a saúde da criança em cada serviço, no município, na Região de Saúde, no estado. Exemplo: Comitê de Saúde da Criança ou congênere, grupo técnico, entre outros. ▪ Articulação Intersetorial: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Articular os profissionais da ABS com aqueles dos serviços das Políticas Públicas Sociais, no território: Centro de Referência de Assistência Social (Cras), creche, pré-escola, escola (Educação) etc. ▪ Exemplo: Comitê Intersetorial Local, entre outros. ▪ Articulação na Região de Atenção à Saúde, com demais municípios e serviços de referência regionais, para complementação de um Plano de Ação. ▪ Exemplo: Desenho da Rede de Atenção com pactuação de referenciamento (CIR) etc.
2. DIAGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de diagnóstico da situação da Atenção Integral à Saúde da Criança no respectivo território.
3. PLANO DE AÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formulação de um Plano de Ação com estratégias para ofertar as ações e os serviços necessários para garantia do acesso e atenção integral às crianças (7 EIXOS DA PNAISC). A elaboração do plano de ação precisa contar com a participação de profissionais de todos os pontos da rede de atenção à saúde. ▪ Definição de indicadores para monitoramento deste plano. ▪ Monitoramento e avaliação periódicos do Plano de Ação, inclusive nas instâncias e nos instrumentos de gestão do SUS: Conselho de Saúde, Plano Municipal de Saúde etc.
4. EDUCAÇÃO PERMANENTE E APOIO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oferta de educação permanente, com capacitações nos eixos/estratégias da Pnaisc e fomento à troca de experiências exitosas entre equipes/serviços. ▪ Oferta de apoio às equipes e coletivos envolvidos com na implementação da Pnaisc nos territórios. Obs.: plataforma virtual, portal, EAD temático.

Fonte: Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno.

A definição de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança pretende sistematizar e articular as diferentes ações, programas e políticas existentes no campo da saúde da criança no País, com o compartilhamento de responsabilidades entre setores governamentais e sociedade, com especial atenção à primeira infância e às áreas e populações de maior vulnerabilidade, visando reduzir a morbimortalidade e contribuir para um ambiente facilitador à vida e ao pleno desenvolvimento.

O fio condutor do cuidado da criança deve ser por intermédio da Pnaisc. A Política traz a possibilidade para o Brasil se consolidar como um país que vem melhorando em relação aos cuidados com suas crianças e adolescentes, e que ainda apresenta grandes desafios nessa área a serem vencidos.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Serviços de atenção materna e neonatal**: segurança e qualidade. Brasília, 2014. 103 p. (Tecnologia em serviços de saúde).

ALMEIDA, P. V. B. Apresentação. In: PENELLO, L. M.; LUGARINHO, L. P. (Org.). **Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis**: a contribuição da estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis à construção de uma política de Atenção Integral à Saúde da Criança. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013. p. 1-4.

_____. Atenção primária à criança e ao adolescente do século XXI: análise de situações e perspectivas. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* **Manual de práticas em atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. t. 15. (Saúde em debate; 190).

_____; MAGALHÃES, M. L. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. In: HADDAD, A. E. (Org.). **São Paulo carinhosa**: o que grandes cidades e políticas intersetoriais podem fazer pela primeira infância. São Paulo, SP: Secretaria Municipal de Cultura, 2016. p. 136-149.

_____; ZANOLLI, M. L. O papel do pediatra no PSF-Paidéia de Campinas (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1479-1488, 2011. Suplemento 1.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Policy Statement: Prevention of Pediatric Overweight and Obesity. **Pediatrics**, Illinois, v. 112, n. 2, p. 424-430, 2003.

ASSIS, S. G. Aspectos conceituais da violência na infância e adolescência. In: LIMA, C. A. (Coord.). **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **1º Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, 2008-2009**. [S.l.], 2010.

ASSUNÇÃO, M. C. F. *et al.* Efeito da fortificação de farinhas com ferro sobre anemia em pré-escolares, Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 539-548, 2007.

BEM-ESTAR FAMILIAR NO BRASIL. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1996**. Rio de Janeiro, 1997.

BERNARD VAN LEER FOUNDATION. **Un buen inicio: avances en el desarrollo de la primera infancia**. Jun. 2015/124. Disponível em: <<http://earlychildhoodmagazine.org/es/category/ediciones/un-buen-inicio-avances-en-el-desarrollo-de-la-primera-infancia/>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

BETTIOL, H. *et al.* Factors associated with preterm birth in Southeast Brazil: a comparison of two birth cohorts born 15 years apart. **Paediatric and perinatal epidemiology**, Oxford, v. 14, n. 1, p. 30-38, 2000.

BOFF, L. **O que é o cuidado?** 2012. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/pais/noblat/posts/2012/05/21/o-que-o-cuidado-por-leonardo-boff-446232.asp>>. Acesso em: 22 maio 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 11 out. 2013.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Brinquedos e Brincadeiras nas creches**: manual de orientação pedagógica. Brasília, 2012l. 158 p.

_____. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Portaria nº 193, de 23 de fevereiro de 2010. Aprova a nota técnica conjunta nº 01/2010 Anvisa e Ministério da Saúde, conforme anexo, que tem por objetivo orientar a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas e a fiscalização desses ambientes pelas vigilâncias sanitárias locais. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 fev. 2010. Seção 1, p. 98.

_____. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jun. 2008. Seção 1, p. 50.

_____. Ministério da Saúde; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jul. 2013. Seção 1, p. 32.

_____. Ministério da Saúde; CENTRO BRASILEIRO DE ANÁLISE E PLANEJAMENTO. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, 2009. 300 p.

_____. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Atenção Domiciliar. **Seminário de Atenção Domiciliar Neonatal e Pediátrica no Brasil**. Brasília. 2015. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/93808-coordenacao-de-atencao-domiciliar-e-saude-da-crianca-e-aleitamento-materno-divulgam-experiencias-exitosas-no-sus>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília, 2002. 40 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Educação. **Passo a Passo PSE**: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade. Brasília: Ministério da Saúde, 2011f. 46 p.

_____. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual AIDPI neonatal**. 4. ed. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil) **Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002b**. Aprovar o Regulamento Técnico destinado ao planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, em anexo a esta Resolução a ser observado em todo território nacional, na área pública e privada. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ca36b200474597459fc8df3fbc4c6735/rd_c+n%c2%ba.+50%2c+de+21+de+fevereiro+de+2002.pdf?mod=ajperes>. Acesso em: 18 de set 2015.

_____. Ministério da Saúde. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil) **Resolução nº. 307 de 14 de novembro de 2002**. Altera Resolução, RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002a, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o planejamento, programação, elaboração, avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3f54b800474597439fb7df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+307-2002.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 18 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS-DATASUS/2015**. Brasília, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013**. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html>. Acesso em: 1 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 maio 2013c. Seção 1, p. 72. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html>. Acesso em: 7 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008. Regulamenta a vigilância de óbitos maternos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 jun. 2008a. Seção 1, p. 48.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015b. Seção 1, p. 37. Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.08.2015-I.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.365, de 8 de julho de 2013. Aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jul. 2013d. Seção 1, p. 166. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html>. Acesso em: 15 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2011a. Seção 1, p. 109. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 7 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.498, de 19 de julho de 2013. Redefine o Calendário Nacional de Vacinação, o Calendário Nacional de Vacinação dos Povos Indígenas e as Campanhas Nacionais de Vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jul. 2013e. Seção 1, p. 31. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1498_19_07_2013.html>. Acesso em: 8 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e e Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jul. 2011b. Seção 1, p. 69.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jul. 2007a. Seção 1, p. 84. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html>. Acesso em: 7 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) -Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 set. 2013f. Seção 1, p. 64. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html>. Acesso em: 14 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 104, de 15 de janeiro de 2014. Altera a Portaria nº 342/GM/MS, de 4 março de 2013. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2014o. Seção 1, p. 46. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0104_15_01_2014.html>. Acesso em: 25 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jan. 2015a. Seção 1, p. 30. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html>. Acesso em: 9 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 fev. 2014b. Seção 1, p. 71. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html>. Acesso em: 8 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.051, de 8 de novembro de 2001. Estabelece os novos critérios da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras, a ser observada e cumprida em todo o Território Nacional, constante do anexo desta Portaria, e que dela é parte integrante. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 nov. 2001c. Seção 1, p. 44.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 out. 2016. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/9787-portaria-no-2-068-de-21-de-outubro-de-2016>>. Acesso em: 24 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.338, de 3 de outubro de 2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 out. 2011i. Seção 1, p. 28. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2338_03_10_2011.html>. Acesso em: 25 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.387 de 18 de outubro de 2012. Institui a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil em Municípios com maior prevalência de déficit ponderal em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 out. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2387_18_10_2012.html>. Acesso em: 25 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 7 de outubro de 2009. Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico-Consultivo para a sua implementação. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 out. 2009c. Seção 1, p. 115. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2395_07_10_2009.html> Acesso em: 7 jun. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.415, de 7 de novembro de 2014. Inclui o procedimento Atendimento Multiprofissional para Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual e todos os seus atributos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais do SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 2014g. Seção 1, p. 55. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2415_07_11_2014.html>. Acesso em: 13 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2014h. Seção 1, p. 68. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_26169625_PORTARIA_N_2446_DE_11_DE_NOVE_MBRO_DE_2014.aspx>. Acesso em: 14 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 dez. 2011c. Seção 1, p. 93.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 20, de 10 de junho de 2014. Torna pública a decisão de incorporar a oximetria de pulso – teste do coraçãozinho, a ser realizado de forma universal, fazendo parte da triagem Neonatal no SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jun. 2014a. Seção 1, p. 56. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauodelegis/sctie/2014/prt0020_10_06_2014.html>. Acesso em: 15 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 dez. 2011d. Seção 1, p. 230.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2013g. Seção 1, p. 54.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 307, de 17 de setembro de 2009. Aprova, na forma do anexo desta portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da Doença Celíaca. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 set. 2009a. Seção 1, p. 79. Disponível em: <http://www.uff.br/geac/images/stories/conteudo_para_download/Portaria_307_2009_Protocolo_doena_celiaca.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 342, de 4 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 mar. 2013u. Seção 1, p. 47. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauodelegis/gm/2013/prt0342_04_03_2013.html>. Acesso em: 25 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 356, de 8 de abril de 2013. Redefini o cadastramento, no SCNES, das Centrais de Regulação das Urgências e das Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar de Urgências pertencentes ao Componente SAMU192 da Rede de Atenção às Urgências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2013s. Seção 1, p. 40. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauodelegis/sas/2013/prt0356_08_04_2013.html>. Acesso em: 25 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 maio 2014c. Seção 1, p. 50. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html>. Acesso em: 13 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010c. Seção 1, p. 88. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 8 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 abr. 2014d. Seção 1, p. 50. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 8 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 485, de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 abr. 2014e. Seção 1, p. 53. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0485_01_04_2014.html>. Acesso em: 13 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 55, de 29 de janeiro de 2010. Aprovar, na forma do Anexo desta Portaria, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Doença Falciforme. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 fev. 2010a. Seção 1, p. 69. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2010/prt0055_29_01_2010.html>. Acesso em: 26 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 jun. 2000. Seção 1, p. 4. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html>. Acesso em: 14 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 618, de 18 de julho de 2014. Altera a tabela de serviços especializados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) para o serviço 165 Atenção Integral à Saúde de Pessoas em Situação de Violência Sexual e dispõe sobre regras para seu cadastramento. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jul. 2014f. Seção 1, p. 82. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0618_18_07_2014.html>. Acesso em: 13 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 jan. 2010b. Seção 1, p. 29.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio 2001a. Seção 1, p. 3.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 abr. 2012k. Seção 1, p. 94. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 7 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 822, de 6 de junho de 2001. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal/PNTN. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 jun. 2001b. Seção 1, p. 33.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 maio 2013b. Seção 1, p. 129.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 maio 2012a. Seção 1, p. 138. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html>. Acesso em: 25 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 14 maio 2009b. Seção 1, p. 31.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Atenção Especializada. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal**. Brasília, 2002. 90 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, 2012h. 116 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília, 2011e. 50 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para os profissionais de saúde. 2. ed. Brasília, 2012b. v. 1. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para os profissionais de saúde. 2. ed. Brasília, 2013h. v. 2. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v2.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso:** Método Canguru: manual técnico. 2. ed. Brasília, 2013i. 204 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Criança.** 9. ed. Brasília, 2014i. 92 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de Saúde Mental Infanto-juvenil.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância:** detecção e intervenção precoce para prevenção de deficiências visuais. Brasília, 2013j. 40 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_saude_ocular_infancia.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal.** Brasília, 2012c. 32 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas capitais Brasileiras e Distrito Federal.** Brasília, 2009d. 108 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia de Orientações para o Método Canguru na Atenção Básica:** cuidado compartilhado. Brasília, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Impacto da violência na saúde das crianças e adolescentes:** prevenção de violências e promoção da cultura de paz. Brasília, 2009e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência:** orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília, 2010d. 104 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Trabalho infantil**: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos. Brasília, 2005c. 76 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável**: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2. ed. 2. reimpr. Brasília, 2013k.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013l. 28 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília, 2013m. 34 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual operacional**: Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Brasília, 2013n. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_ferro2013.pdf> Acesso em: 16 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília, 2012d. 98 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, 2012e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012f. 110 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal**. Brasília, 2008b. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 17).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012g. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009f. 112 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vitamina A Mais:** Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: condutas gerais. Brasília, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_vita.pdf>. Acesso em: 8 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Doença falciforme:** condutas básicas para tratamento. 1. ed. 1 reimpr. Brasília, 2013n. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Nota Técnica nº 3, de 25 de janeiro de 2016a.** Disponível em: <<https://goo.gl/G9nNHk>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce:** crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/13/Diretrizes-de-Estimulacao-Precoce.pdf>> Acesso em: 2 maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS:** gestão participativa: co-gestão. 2. ed. rev. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia.** Brasília, 2016c. Disponível em: <http://combateades.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/04-04_protocolo-SAS.pdf>. Acesso em 2 de mai 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nota Técnica Conjunta nº 01/2014.** Fluxo para dispensação do medicamento palivizumabe indicado para a prevenção do Vírus Sincicial Respiratório (VSR), no Sistema Único de Saúde (SUS). 2014j. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/controle/ShowFile.php?id=157276>>. Acesso em: 16 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde:** promovendo o desenvolvimento na primeira infância. Brasília: Ministério da Saúde, EVIPNet Brasil, 2016. 64 p.

_____. Ministério da Saude. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores:** 2013 – 2015. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta.** Brasília, 2013o. 48 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_cam po.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001d. 199 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal**. 2. ed. Brasília, 2009h. 96 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza**. Brasília, 2014k.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações**. Brasília, 2013p. 356 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2012_analise_situacao_saude.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes/Aids**. Brasília, 2013q. 28 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA): 2009, 2010 e 2011**. Brasília, 2013r. 164 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais**. 3. ed. Brasília, 2006b. 188 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_centro_referencia_imunobiologicos.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Prevenção e Controle da Malária – PNCM**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional – SISVAN**. 2012k. Disponível em: <http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/login.php?acesso_negado=true> Acesso em 1 set. 2015.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Departamento de Avaliação e Monitoramento. **Chamada Nutricional Quilombola 2006**: resumo executivo. Brasília, 2007b. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/PainelPEI/Publicacoes/Chamada%20Nutricional%20Quilombola,%202006.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2014.

_____. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 jan. 2014l. Seção 1, p. 18. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html>. Acesso em: 13 dez. 2014.

_____. Portaria Interministerial nº 2, de 6 de dezembro de 2012. Institui o Protocolo Nacional Conjunto para Proteção Integral a Crianças e Adolescentes, Pessoas Idosas e Pessoas com Deficiência em Situação de Riscos e Desastres. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 dez. 2012i. Seção 1, p. 13. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/protocolo-de-desastres/pdfs-e-docs/protocolo-de-protecao-integral-em-situacao-de-riscos-e-desastres>>. Acesso em 6 de maio 2016.

_____. Presidência da República. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 nov. 2003. Seção 1, p. 4.

_____. Presidência da República. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 dez. 2007c. Seção 1, p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 8 dez. 2014.

_____. Presidência da República. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 ago. 2009g. Seção 1, p. 3. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 7 out. 2014.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011g. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 8 dez. 2014.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver Sem Limite. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 nov. 2011j. Seção 1, p. 12. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm>. Acesso em: 13 jul. 2015.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional – ESPIN e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde – FN-SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 nov. 2011h. Seção 1, p. 14.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.758, de 15 de junho de 2012. Altera o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 jun. 2012j. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7758.htm>. Acesso em: 7 out. 2014.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 8552, de 3 de novembro de 2015**. Regulamenta a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8552.htm>. Acesso em: 29 maio 2015.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 8869, de 5 de outubro de 2016**. Institui o Programa Criança Feliz. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2016/Decreto/D8869.htm> Acesso em 20 out. 2016.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 99.710, de 21 de novembro de 1990**. Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 nov. 1990a. Seção 1, p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/D99710.htm> Acesso em: 7 jun. 2014.

_____. Presidência da República. Decreto-Lei nº 2.024, de 17 de fevereiro de 1940. Fixa as bases da organização da proteção à maternidade, à infância e à adolescência em todo o País. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 1940. Seção 1, p. 3125. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decllei/1940-1949/decreto-lei-2024-17-fevereiro-1940-411934-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 14 jan. 2015.

_____. Presidência da República. Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 mar. 2005e. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11104.htm>. Acesso em: 8 dez. 2014.

_____. Presidência da República. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 abr. 2005f. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 13 dez. 2014.

_____. Presidência da República. Lei nº 11.185, de 7 de outubro de 2005. Altera o caput do art. 11 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 out. 2005g. Seção 1, p. 2.

_____. Presidência da República. Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jan. 2006c. Seção 1, p. 1.

_____. Presidência da República. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 dez. 2007d. Seção 1, p. 1.

_____. Presidência da República. Lei nº 12.962, de 8 de abril de 2014. Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente, para assegurar a convivência da criança e do adolescente com os pais privados de liberdade. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2014m. Seção 1, p. 1.

_____. Presidência da República. Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jun. 2014n. Seção 1, p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm>. Acesso em: 15 jan. 2015.

_____. Presidência da República. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016d**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei no 5.452, de 1o de maio de 1943, a Lei no 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei no 12.662, de 5 de junho de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm>. Acesso em: 17 jan. 2018.

_____. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. 1990b. Seção 1, p. 13563.

_____. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. **Portaria Interministerial nº 1, de 11 de julho de 2012**. Protocolo Nacional Conjunto para proteção integral de crianças e adolescentes, em situação de riscos e desastres. Brasília, 2012i. Disponível em: <<https://goo.gl/knuVRG>>. Acesso em: 17 ja. 2018.

_____. Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos. **Portaria Interministerial nº 2, de 7 de dezembro de 2012**. Protocolo Nacional Conjunto para proteção integral de crianças e adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência em situação de riscos e desastres. Brasília, 2013t. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/criancas-e-adolescentes/protocolo-de-desastres/pdfs-e-docs/protocolo-de-protecao-integral-em-situacao-de-riscos-e-desastres>>. Acesso em: 7 jun. 2014.

CARDIA, N.; ALVES, R.; ASTOLFI, R. **Visitação domiciliar**: prevenção da violência e a promoção do desenvolvimento saudável na primeira infância. Universidade de São Paulo: Edusp, Núcleo de Estudos de Violência, 2016. 512 p.

CAVALCANTE, F. G.; GOLDSON, E. Situational analysis of poverty and violence among children and youth with disabilities in the Americas – an agenda proposal. **Ciencia & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 7-20, 2009.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. [S.l.], 2008.

COMITÊ COORDENADOR INTERAGENCIAL PARA AS AMÉRICAS. **Ações de saúde materno-infantil a nível local**: segundo metas da cúpula mundial em favor da infância. Washington, D.C.: OPAS, 1997.

COSTA, Ana Maria. Desenvolvimento e Implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p. 319-335.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da Pesquisa Nacional Nascido no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S140-S153, 2014. Suplemento 1.

DINIZ, S.; D'OLIVEIRA, A. F. P.; LANSKY, S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. **Reproductive health matters**, London, v. 20, n. 40, p. 94-101, 2012.

EDMOND, K. M. *et al.* Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. **Pediatrics**, Illinois, v. 117, n. 3, p. 380-386, 2006.

ENGLE, P. L. *et al.* Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. **Lancet**, London, v. 378, p. 1339-1353, 2011.

ESPIRITO SANTO, L. C.; MONTEIRO, F. R.; ALMEIDA, P. V. B. Políticas Públicas de Aleitamento Materno. In: CARVALHO, M. R.; GOMES, C. F. (Org.). **Amamentação**: bases científicas. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

FORTALEZA. Prefeitura. **Guia de formação de enfermeiros e agentes comunitários de saúde**: cresça com seu filho, fortaleça a primeira infância. Fortaleza: Prefeitura de Fortaleza; Ministério da Saúde; Universidade Federal do Ceará, 2015.

FRANÇA, E. *et al.* Mudança do perfil de causas de mortalidade infantil no Brasil entre 1996 e 2010: porque avaliar listas de classificação das causas perinatais. In: XVIII ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 18., 2012, Águas de Lindóia. **Anais...** Campinas: ABEP, 2012.

_____.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. p. 83-112. (Série G. Estatística e Informação em Saúde) (Série Informe de Situação e Tendências).

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estudo nacional de despesa familiar, ENDEF.** Rio de Janeiro, 1977.

GERTLER, P. *et al.* Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. **Science**, v. 344, p. 998-1001, 2014.

GOLDANI, M. *et al.* Cesarean section and increased body mass index in school children: two cohort studies from distinct socioeconomic background areas in Brazil. **Nutrition Journal**, v. 12, p. 104, Jul. 2013.

GRANTHAM-MCGREGOR, S. *et al.* Developmental potencial in the first 5 years for children in developing countries. **Lancet**, London, v. 369, n. 6, p. 60-70, 2007.

HATEM, M. *et al.* Midwife-led versus other models of care for childbearing women. **The Cochrane database of systematic reviews**, Oxford, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://www.thecochranelibrary.com>>. Acesso em: 10 de set. 2015.

HAUSER-CRAM, P. *et al.* Children with disabilities: a longitudinal study of child development and parent well-being. **Monographs of the Society for Research in Child Development**, Chicago, v. 66, n. 3, p. 115-126, 2001.

IBGE. **Censo demográfico 2010: resultados gerais da amostra.** Rio de Janeiro, 2012a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2014.

_____. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008 – 2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD.** 2012b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2012/default_sintese.shtm>. Acesso em: nov. 2014.

JONES, G. *et al.* How many child deaths can we prevent this year? **Lancet**, London, v. 362, n. 9377, p. 65-71, 2003.

LAMY FILHO, F. *et al.* Evaluation of the neonatal outcomes of the kangaroo mother method in Brazil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 5, p. 428-435, 2008.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S192-S207, 2014. Suplemento 1.

_____; FIGUEIREDO, V. O. N. Fóruns perinatais no âmbito do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais (PQM) na Amazônia Legal e Nordeste. In: BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ. **Humanização do parto e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 77-108. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4).

_____; MAIA, M. B.; LEÃO, M. R. C. **Seminário BH pelo Parto Normal**: paradoxo perinatal brasileiro: mudando paradigmas para a redução da mortalidade materna e neonatal. Belo Horizonte: Rona, 2010. 155 p.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C; B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 100-107, 2005.

_____; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, p. S5-S5, 2014. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>> Acesso em: 6 abr. 2015. Suplemento 1.

LEÃO, M. M. *et al.* O perfil do aleitamento materno no Brasil. In: MONTEIRO, M. F. G.; ITURRE, R. C.; MONTEIRO, C. A. **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil**: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil, 1989. Rio de Janeiro: IBGE, 1992. p. 97-110.

LU, C. *et al.* Risk of poor development in young children in low-income and middle-income countries: an estimation and analysis at the global, regional, and country level. *Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale*. **The Lancet Global Health**, v 4, issue 12, p. e916-e922, 2016.

MAGALHÃES, M. L. **Atenção integral à saúde de crianças em situação de violências**: uma proposta de indicadores de monitoramento da linha de cuidado. 2011. 106 f. Dissertação (Mestrado em Políticas de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

MAIA, P. R. S. *et al.* Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 6, n. 3, p. 285-292, jul./set. 2006.

MARCONDES, E. **Pediatria básica**. São Paulo: Savier, 2004. Tomo 1: pediatria geral e neonatal.

MARTINS, R. Política externa, sindicalismo e participação social. In: MARTNER, G.; et al (Org.). **Movimiento Sindical-Gobiernos Progresistas**: un primer balance en la región. Uruguay: Friedrich-Ebert-Stiftung, 2009. p. 83 a 98.

MCGREGOR, S. M. Early childhood stimulation benefits adult competence and reduces violent behavior. **Pediatrics**, v. 127, p. 849-857, 2011.

MENDES, C. H. F. (Coord.). **Sumário da pesquisa avaliativa da implantação da estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 79, n. 1, p. 33-42, 2003. Suplemento.

MONTEIRO, C. A. *et al.* Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: the Brazilian experience, 1974-2007. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 88, p. 305-311, 2009.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; POPKIN, B. M. Is obesity replacing or adding to undernutrition?: Evidence from different social classes in Brazil. **Public Health Nutrition**, Wallingford, v. 5, n. 1A, p. 105-112, 2002.

MONTEIRO, C. A.; SZARFARC, S. C.; MONDINI, L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 62-72, 2000.

MOREIRA, M. C. N. *et al.* Violência contra crianças e adolescentes com deficiência: narrativas com conselheiros tutelares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p. 3869-3878, 2014.

_____; GOMES, R.; SÁ, M. R. C. de. Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2083-2094, jul. 2014.

MOREIRA, M. E. L. *et al.* Práticas de Atenção Hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. Pesquisa Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S128-139, 2014. Suplemento 1.

MULLER, J. M. Cultura de paz e não violência. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 35, p. 10-22, maio 2006a.

_____. **Não-Violência na Educação**. Tradução Tonia Van Acker. São Paulo: Palas Athenas, 2006b.

NELSON III, C. A.; FOX, N. A.; ZEANAH JUNIOR, C. H. Jr. Child development: Anguish of the Abandoned Child. **Scientific American**, New York, p. 62-67, Apr. 2013.

OKA, S.; UEDA, R. Stress, emotional support and coping behavior of mothers with disabled pre-school children: mothers at outpatient department. **Journal of medical and dental sciences**, Tokyo, v. 45, n. 3, p. 185-193, 1998.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. 2015. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços de saúde**. Genebra, 1989.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Manual para a vigilância do desenvolvimento infantil no contexto do AIDPI**. Washington, 2005.

OSORIO, M. M.; LIRA, P. I.; ASHWORTH, A. Factors associated with Hb concentration in children aged 6-59 months in the State of Pernambuco, Brazil. **The british journal of nutrition**, Cambridge, v. 91, n. 2, p. 307-315, 2004.

PAES DE BARROS, R. *et al.* **Determinantes do desenvolvimento na primeira infância**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010. (Textos para Discussão, n. 1478). Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1478.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2013.

PENELLO, L. M. Ambiente emocional facilitador à vida: de conceito a princípio orientador de políticas públicas saudáveis – em destaque a Atenção Integral à Saúde da Criança. In: _____; LUGARINHO, L. P. (Org.). **Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: a contribuição da estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis à construção de uma política de Atenção Integral à Saúde da Criança**. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013. p. 20-40. Disponível em: <<http://www.estrategiabrasileirinhos.com.br/>>. Acesso em: 8 jun. 2013.

RAPPAPORT, C. R.; FIORI, W. R.; DAVIS, C. **Psicologia do desenvolvimento**. São Paulo: EPU, 1981. v. 1. Teorias do desenvolvimento: conceitos fundamentais. Disponível em: <https://gen2011urc.files.wordpress.com/2012/03/rappaport-_modelo- psicanalitico.pdf>. Acesso em: 7 abr. 2015.

RASELLA, D. *et al.* Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. **Lancet**, London, v. 382, n. 9886, p. 57-64, Jul. 2013.

RICHTER, L. M. *et al.* Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale. **Lancet**, London, v. 0, issue 0, 2016.

RIO GRANDE DO SUL. **Programa Primeira Infância Melhor**. 2016. Disponível em: <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/>>. Acesso em: 11 set. 2016.

ROLLINS, N. C. *et al.* Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? **Lancet**, London, v. 387, issue 10017, 491-504, 30 Jan. 2016.

ROVERE, M. **Redes: hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad**. Rosario: Secretaria de Salud Pública, 1998.

SANTOS, I. S. *et al.* Associated factors and consequences of late preterm birth: results from the 2004 Pelotas birth cohort. **Paediatric and perinatal epidemiology**, Oxford, v. 22, n. 4, p. 350-359, Jul. 2008.

SCHNEIDER, A.; RAMIRES, V. R. **Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública**. Brasília: UNESCO, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 2007, 128p.

SEGRE, C. A. M. *et al.* **Pediatria: diretrizes básicas e organização de serviços**. São Paulo: Sarvier, 2001.

SEVELSTED, A. et al. Cesarean Section and Chronic Immune Disorders. **Pediatrics**, v. 135, n. 1, p. e92-e98, 2015.

SHONKOFF, J. P. Leveraging the biology of adversity to address the roots of disparities in health and development. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, Washington, v. 109, p. 17302- 17307, Oct. 2012. Suppl. 2.

SILVA, A. A. et al. Risk factors for low birthweight in north-east Brazil: the role of caesarean section. **Paediatric and perinatal epidemiology**, Oxford, v. 15, n. 3, p. 257-264, Jul. 2001.

SKINNER, J. D. et al. Children's food preferences: a longitudinal analysis. **Journal of the American Dietetic Association**, Chicago, v. 102, n. 11, p. 1638-1647, 2002.

SPINELLI, M. G. N. et al. Fatores de risco para anemia em crianças de 6 a 12 meses no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 17, n. 2, p. 84-91, 2005.

SVENSSON, B.; BORNEHAG, C. G.; JANSON, S. Chronic conditions in children increase the risk for physical abuse – but vary with socio-economic circumstances. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 100, n. 3, p. 407-412, 2011.

VENANCIO, S. I. et al. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 86, n. 4, p. 317-324, 2010.

_____. et al. Efeitos do clampeamento tardio do cordão umbilical sobre os níveis de hemoglobina e ferritina em lactentes aos três meses de vida. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. S323-S331, 2008. Suplemento 2.

_____; ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, p. s173-s180, 2004. Suplemento.

_____; MONTEIRO, C. A. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70 e 80. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 40-49, 1998.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Lancet**, London, v. 382, n. 9886, p. 57-64, 2011. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/series/health-in-brazil>>. Acesso em: 16 nov. 2013.

WALKER, S. P. et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. **Lancet**, London, v. 378, p. 1325-1338, 2011.

_____. et al. Employment, parenting and well-being among mothers of children with disabilities. **Mental Retardation**, Washington, v. 39, n. 4, p. 297-309, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding**. Geneva, 2001. (Note for the Press, nº 7).

Agradecimentos

Coordenadores Estaduais – 2012 / 2016

Priscylla Nunes Aguiar (AC)
Cláudia Cerqueira de Araújo (AL)
Maria do Socorro Marques Luz (AL)
Maria Lucineide Paulo da Silva (AL)
Katherine Mary Marcelino Benevides (AM)
Eliceli Moreira Sant'Anna (AP)
Olga Cristina Lima Sampaio (BA)
Sandra Maria Bezerra Luna (CE)
Cláudio José Ferreira Lima Júnior (DF)
Mirian Oliveira dos Santos (DF)
Edna Cellis Vaccari Baltar (ES)
Rosa Martins Vieira (GO)
Fernanda Carneiro (MA)
Maria Albertina Santiago Rego (MG)
Tayse Geib Ruiz Mateus (MS)
Ademar Macaúbas (MT)
Inês Straniery (MT)
Janaina Vasconcellos (MT)
Wandriany Longui (MT)
Ana Cristina Álvares Guzzo (PA)
Ellen Albuquerque Rangel De Moraes (PB)
Lucia Maria Veras Trajano (PE)
Rosa Laura Reis Melo (PI)
Iolanda Novadzki (PR)
Egberto Nogueira (RJ)
Glycia Kalliani Soares Silva (RN)
Priscila Bueno dos Santos (RO)
José Rodrigues de Souza (RR)
Eleonora Gehlen Walcher (RS)
Halei Cruz (SC)
Marcia Estela Lopes (SE)
Roberta Ricardes Pires (SP)
Isabela Eulálio (TO)

Coordenadores Capitais – 2012 / 2016

Maria Tereza Mont'Alverne de Oliveira (AC)
Yana Aline (AL)
Ivone Amazonas Marques Abolnik (AM)
Raphaella Monteiro Chaves (AP)
Adriana Miranda (BA)
Lorraine Machado de Sá (BA)
Riteméia Mesquita Florêncio (CE)
Renilsa Silveira Amorim Souza (ES)
Maria Cláudia Honorato da Silva e Souza (GO)
Thamara Pestana (MA)
Marcia Rocha Parizzi (MG)

Kelma Medina Medeiros Da Silva (MS)
Frances Olivia de Arruda Loiola (MT)
Bárbara Guerreiro Américo Gomes (PA)
Edgar Tito de Oliveira Neto (PB)
Alessandra Fam Galvão Machado e Silva (PE)
Maria Veloso Soares (PI)
Carmen C. Moura dos Santos (PR)
Carlos José Ornelas (RJ)
Isabel Cristina Lima (RN)
Rosimari de Souza Garcia (RO)
Maraceli Barbosa Dos Santos (RR)
Carlos Oscar Kieling (RS)
Marcia Sueli Del Castanhel (SC)
Rita De Cassia Matos Bitencourt Chagas (SE)
Athenê Maria de Marco de França Mauro (SP)
Veruska Azevedo Veras TO)

Consultores Estaduais – 2012 / 2016

Silvia Helena de Araújo Carneiro (AC)
Maria Raimunda Gomes Lima (AL)
Neideana Ribeiro de Araújo (AM)
Maribel Nazaré dos Santos Smith Neves (AP)
Hermila Tavares Vilar Guedes (BA)
Tereza Odete de Vasconcelos Corrêa Martins (CE)
Ariane Tiago Bernardo de Matos (DF)
Wanessa Lacerda Poton (ES)
Sebastião Leite Pinto (GO)
Ana Lúcia Nunes (MA)
Tayara Costa Pereira (MA)
Vânia Maria Andrade da Rocha (MG)
Fátima Cardoso Cruz Scarcelli (MS)
Sandra Coenga de Souza (MT)
Luisa Margareth Carneiro da Silva (PA)
Janaina Japiassu Pereira Veras (PB)
Vilma Costa de Macêdo (PE)
Carmen Viana Ramos (PI)
Carolina Belomo de Souza (PR)
Rosane Siqueira Vasconcellos Pereira (RJ)
Karla Simone Lisboa Damião (RN)
Daniel Pires de Carvalho (RO)
Altamiro Vianna e Vilhena de Carvalho (RR)
Christiane Souza de Oliveira (RS)
Evangelia Kotzias Atherino dos Santos (SC)
Helga Muller Mengel (SE)
Maria José Guardia Mattar (SP)
Rosimeire da Mota Barros Aires (TO)

ISBN: 978-85-334-2596-5



9 788533 425965

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS.
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde
SECRETARIA REGIONAL PARA AS Américas

MINISTÉRIO
DA SAÚDE

GOVERNO
FEDERAL