

SAÚDE DA CRIANÇA NO CONTEXTO DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE¹

Trude Ribeiro da Costa Franceschini²

1. Introdução:

Por que falar da saúde da criança do adolescente na saúde da família e da comunidade?

Para maioria dos pediatras falar da criança no contexto da família parece redundante, já que o pressuposto de que uma pessoa não vive sozinha encontra sua máxima expressão na infância e na adolescência.

Winnicott³ enfatizava *um bebê não existe*, isto é, no princípio não constitui uma unidade em si mesmo. Referia-se ao essencial no início da vida humana: a provisão do cuidado ambiental, tão necessário ao desenvolvimento de todo indivíduo, que começa ainda no ventre materno – as primeiras e mais primitivas relações –, se concretiza com o nascimento e ao longo da vida (Winnicott, 1945).

Estendendo a afirmação à mãe, à família, justificamos a elaboração de mais um texto sobre o programa de saúde da criança na perspectiva da Medicina de Família e Comunidade, que pressupõe a atenção integral à saúde de forma longitudinal, em equipe interprofissional e intersetorial, mas que tem ainda na graduação médica foco nos processos biológicos e no tratamento das doenças.

O texto *Uma Nova Pediatria para crianças que vão viver 100 anos ou mais: a Puericultura como ciência e arte em transição* (Murahovschi, 2007) nos remete a uma Pediatria essencialmente curativa baseada na prevalência de doenças infecciosas e nutricionais. Em época de transição demográfica e epidemiológica, tem, agora, na Puericultura⁴ um modelo potente de atenção focado na Promoção da Saúde⁵, com intuito de não apenas prevenir as doenças crônico-degenerativas do adulto e do idoso, como também garantir a longevidade com saúde no seu sentido mais amplo.

O objetivo desse texto é, assim, fazer com que as Linhas de Cuidado da Criança e Adolescente propostas pelo setor saúde dialoguem com outros setores – educação,

¹ Texto escrito para disciplina Atenção à Saúde da Comunidade II (ASC II), da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP); Departamento de Medicina Social, Abril de 2020.

² Médica Pediatra da FMRP-USP; Departamento de Medicina Social, no Centro de Saúde Escola, unidade de Vila Tibério. Tutora da Disciplina Atenção à Saúde na Comunidade II (ASC II)

³ Donald Woods Winnicott (1918 - 1971), pediatra, psicanalista e psiquiatra inglês ajudou muitos pais a entenderem o desenvolvimento de seus filhos. Em sua obra *Da pediatria à psicanálise* (1958) parte do vínculo entre mãe e filho aos processos transicionais favorecedores da maturação e individuação progressiva da criança – obra teórica e prática fundamental para a Pediatria que se propõe à integralidade da atenção à saúde.

⁴ Puericultura é a área da saúde que se dedica ao estudo dos cuidados com o ser humano em desenvolvimento através de uma atenção integral, compreendendo a criança como um ser em desenvolvimento com suas particularidades. Contida na Pediatria, leva em conta a criança, sua família e o entorno, analisando o conjunto bio-psico-sócio-cultural (Blank, 2003).

⁵ Relaciona-se à vigilância à saúde e a movimento de crítica à medicalização do setor, a promoção de saúde não restringe a concepção de saúde como ausência de doença, extrapola a prestação de serviços clínico-assistenciais; deve ser capaz de atuar sobre as condições de vida da população, propondo ações intersetoriais que envolvam a educação, o saneamento básico, a habitação, a renda, o trabalho, a alimentação, o meio ambiente, o acesso a bens e serviços essenciais, o lazer, entre outros.

assistência social, judiciário, entre outros – e, principalmente, com as necessidades e recursos das famílias e comunidades.

Sobre o direito e as políticas de proteção para crianças e adolescentes.

A vulnerabilidade da criança, expressa nos coeficientes de mortalidade e nas taxas de agravos evitáveis, ainda elevados no Brasil, somados à responsabilidade do Estado em garantir o desenvolvimento saudável das novas gerações, faz com que a saúde da criança esteja na agenda política do Brasil há várias décadas.

-1937, durante o Estado Novo, foi instituído o primeiro programa com ações para proteção da maternidade, infância e adolescência sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde;

- 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com ações voltadas para a redução da morbidade e mortalidade da criança e da mulher;

A partir de 1980, uma mudança do modelo tecnoassistencial visando a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a desfragmentação da assistência e a mudança na forma do cuidado às gestantes e aos recém-nascidos, inúmeros programas e políticas foram criadas.

- 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC);

- 1984, o PAISMC foi desmembrado em Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC);

- 1988, Brasil assumiu, na Constituição Federal de 1988, a garantia do direito universal à saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS);

- 1990, com do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁶, reafirma a proteção integral da criança;

- 2000, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), para reorganizar a assistência e vincular formalmente o pré-natal ao parto e ao puerpério, ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde e garantir a qualidade da assistência (Brasil, 2002b).

- 2002, para conquistar *um mundo mais justo para as crianças*, o Brasil se uniu às Nações Unidas comprometendo-se com medidas para a promoção e proteção de seus direitos. Entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)⁷, destacam-se: educar e cuidar das crianças, protegê-las da violência e da exploração, além de ouvir e assegurar sua participação como cidadãs.

Apesar dos avanços alcançados, os índices de mortalidade infantil, ainda altos – concentrados nas regiões e populações mais pobres, refletindo as desigualdades sociais –, demonstravam um longo caminho a percorrer: na maioria dos casos, os

⁶ Estatuto da Criança e do Adolescente é o conjunto de normas do ordenamento jurídico brasileiro que tem como objetivo a proteção integral da criança e do adolescente, aplicando medidas e expedindo encaminhamentos para o juiz. É o marco legal e regulatório dos direitos humanos de crianças e adolescentes (Brasil, 2006).

⁷ Em setembro de 2000, os líderes mundiais se reuniram na sede das Nações Unidas, em Nova York, para adotar a Declaração do Milênio da ONU. Com a Declaração, as Nações se comprometeram a uma nova parceria global para reduzir a pobreza extrema, em uma série de oito objetivos – com um prazo para o seu alcance em 2015 – que se tornaram conhecidos como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

óbitos poderiam ser evitados se as crianças fossem encaminhadas para um serviço de saúde qualificado, com uma equipe profissional preparada para atender com eficiência e agilidade.

- 2004, a Coordenação de Atenção à Criança, do MS, apresenta Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil e Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Brasil, 2005a). O documento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM) implementa essas ações, garantindo às mulheres seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis (Brasil, 2004).

Nesse contexto de desafio para qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País com o objetivo de reduzir as taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil, a Rede Cegonha (Brasil, 2011a) foi implantada em parceria com estados e municípios, em todo o território nacional. Ela traz um conjunto de mudanças no modelo de cuidado à gravidez, ao parto/nascimento e à atenção integral à saúde da criança, com foco nos primeiros dois anos, em especial no período neonatal.

Para recém-nascidos (RN) de risco – os de baixo peso, os prematuros e aqueles que possuem agravos que mais frequentemente acarretam a morte, como asfixia ao nascer, problemas respiratórios e infecções –, há grande investimento nas maternidades de referência do País, para atendimento às gestantes e aos RN de risco, garantindo leitos de UTI, Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e leitos Canguru (Brasil, 2007). Para nascidos de risco, em maternidades que não disponham desses, há a contratualização do processo de referência e contra-referência entre todas as maternidades envolvidas, com o suporte de um transporte neonatal especializado para fazer a transferência segura de pacientes entre os hospitais, “Samu Cegonha”, (Brasil, 2012d).

O “Brasil Carinhoso” vem contribuir pela Primeira Infância, com conjunto de ações, envolvendo saúde, educação, assistência social, para o cuidado integral, segurança alimentar e nutricional, além de garantir o acesso e a permanência da criança na educação infantil (FNDE, 2015).

A Estratégia Brasileirinhos é outra iniciativa do MS para enfrentamento das iniquidades que interferem na saúde da mulher e da criança na primeira infância, alinha-se com o compromisso assumido pelo Governo Brasileiro de cumprir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (Brasil, 2010d).

O País vem, então, apresentando significativa diminuição nas taxas de mortalidade em menores de 1 ano e em menores de 5 anos, tendo com isso cumprido os ODM, para 2015, com 3 anos de antecedência e com redução de 77% (uma das maiores reduções 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 (Brasil, 2018b).

Por outro lado, o Brasil vem enfrentando novos desafios: a identificação de novos agentes infecciosos, o ressurgimento de doenças consideradas sob controle, ao lado dos efeitos do envelhecimento populacional e da violência urbana. As altas taxas de

parto cesáreo e da prematuridade, o crescimento da prevalência da obesidade infantil 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 (Brasil, 2018b).

Frente a desafios tão complexos, mostrou-se necessária a implementação e qualificação das políticas e estratégias já existentes na agenda pública brasileira voltada à Saúde da Criança, 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 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), foi fruto de amplo e participativo processo de construção coletiva, com início em 2012, liderado pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM), do MS, e com apoio conceitual e metodológico da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS), do Instituto Fernandes Figueira (IFF), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

A PNAISC é orientada pelos seguintes princípios: direito à vida e à saúde como responsabilidade do Estado; acesso universal à saúde; integralidade do cuidado; equidade em saúde; ambiente facilitador à vida; humanização da atenção; e gestão participativa e controle social. Possui as seguintes diretrizes para elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde: gestão interfederativa das ações; organização das ações e serviços na rede de atenção; promoção da saúde; fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família; qualificação da força de trabalho do SUS; planejamento e desenvolvimento de ações; incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento; monitoramento e avaliação; e intersetorialidade (Brasil, 2018b).

Adolescentes foram incluídos na Convenção sobre os Direitos da Criança (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1989), reconhecidos como sujeitos de direitos, do seu valor intrínseco como ser humano em desenvolvimento, com necessidades especiais. O MS visando garantir a atenção integral durante a adolescência, bem como melhorar a vigilância à saúde e contribuir para a qualidade de vida de milhões de brasileiros na faixa etária entre 10 e 19 anos de idade, elaborou políticas nacionais voltadas para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, por meio da Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e de Jovens (Brasil, 2017e).

A maioria das ações é realizada com a parceria das diversas coordenações do MS: saúde da mulher, saúde do homem, saúde mental, saúde da pessoa com deficiência, saúde do trabalhador, de doenças não transmissíveis, da violência, de IST/AIDS. Elege a Estratégia Saúde da Família (ESF) como fundamental para re-organização da Atenção Primária à Saúde (APS). Ressalta-se a importância das ações intersetoriais com os outros ministérios e instituições.

O economista Naercio Menezes Filho⁸ relata a conclusão da pesquisa *Impactos da Estratégia Saúde da Família e Desafios para o Desenvolvimento Infantil*, organizada pelo Núcleo Ciência pela Infância (NCPI, 2019): a importância significativa da ESF para a redução da mortalidade infantil e da evasão escolar no Brasil, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país, onde a adesão dos estados à estratégia foi maior. Em documento para sinalizar aos governantes a importância de priorizar a equidade de oportunidades para infância, o economista, além de denunciar milhões nessa faixa etária que vivem sob alguma situação de pobreza ou de saneamento e moradia precários, é veemente em afirmar a necessidade de priorizar a equidade de oportunidades para infância e adolescência, "*Senão, elas não conseguem realizar seus projetos*", acrescentando ainda "*que a atual geração 'nem-nem' (que nem trabalham nem estudam) é fruto da negligência do Estado no passado*" (Brasil, Agência Brasil, 2020).

2. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS.

O acompanhamento do desenvolvimento infantil⁹ é baseado no atendimento humanizado e oportuno das necessidades de nutrientes biológicos, afetivos e socioculturais e tem por características elevada eficácia na prevenção de problemas, na vigilância à saúde e na promoção de hábitos saudáveis de vida, com impacto surpreendente na morbimortalidade infantil.

Os eixos estratégicos estruturantes da PNAISC, considerando os determinantes sociais e condicionantes do direito à vida e à saúde, visam orientar e qualificar as ações e serviços de saúde para efetivação de ações que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção da morte prematura de crianças e das doenças crônicas na vida adulta. São eles:

- I - atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido
- II - aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
- III - promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral;
- IV - atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas;
- V - atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz;
- VI - atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade e
- VII - vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

⁸ O economista Naercio Menezes Filho, vinculado à USP e ao Insper, participa do Núcleo Ciência pela Infância, que é integrado pela Fundação Bernard van Leer, Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, Insper, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e Universidade Harvard.

⁹ O crescimento infantil é um processo dinâmico e contínuo de diferenciação do tamanho corporal desde a concepção até a idade adulta. Já o desenvolvimento infantil se caracteriza por uma transformação ampla que inclui, além do crescimento, maturação, aprendizagem, mudanças psíquicas e sociais.

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, 2015a, art. 6º, item I).

A Rede Cegonha

A Rede de Atenção à Saúde Materna, Neonatal e Infantil (Rede Cegonha) tem por objetivo a implementação da 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. Rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2011a, 2011b).

Saúde da Mulher:

Os programas maternos elaborados até a década de 70 - baseados na especificidade biológica reprodutora da mulher e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e família -, reduziam a atenção à saúde da mulher ao ciclo gravídico-puerperal, deixando-as sem assistência na maior parte de sua vida (Brasil, 2004).

Com forte atuação no campo da saúde, o movimento feminista contribuiu para introduzir questões, até então, relegadas ao espaço e às relações privadas. Revelaram-se as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a sobrecarga de trabalho das mulheres (Costa, 2009).

As mulheres organizadas reivindicaram, então, sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, demandando ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todas os ciclos de vida. Em 1984, PAISM, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, engloba a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, IST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (Brasil, 2004).

Assim como o PAISC, o PAISM vem sendo implementado ao longo dos anos para que as mulheres possam ter saúde para escolher quando, como e com quem ter sua criança. Anticoncepção, atendimento às mulheres vítimas de violência, tratamento das IST/AIDS, atenção à infertilidade são ações, entre outras, que objetivam prevenir a gravidez indesejada ou de alto risco, um intervalo adequado entre as gestações, que podem comprometer a saúde da mãe como facilitadora do desenvolvimento infantil inicial.

A caminho do nascimento: o Pré-Natal

A gravidez constitui um período de muitas expectativas para toda sua família; cada criança nasce em ambiente familiar complexo cheio de esperança, crenças e valores, que influenciarão a formação deste sujeito em desenvolvimento. Considerando a família como o primeiro e mais importante contexto de socialização da criança é essencial que a equipe de saúde a conheça, compreenda e acolha para orientar os pais, familiares e as pessoas que compõem a rede social de apoio sobre a formação de vínculos e o fortalecimento da parentalidade¹⁰. O profissional de saúde deve estar atento às mudanças e às necessidades de adaptações que ocorrem nas famílias, desde o pré-natal, oferecendo espaço para a manifestação de sentimentos como o medo de não conseguir criar saudavelmente seu bebê.

Os cuidados com o bebê de fato começam quando a gravidez é confirmada, através do teste rápido e gratuito (Brasil, 2013a). A gestante passa então a ter acesso às consultas de pré-natal, onde recebe orientações necessárias ao acompanhamento da gestação, é examinada e encaminhada para realização de exames, vacinas e ecografias. São recomendadas no mínimo 6 consultas de pré-natal durante toda a gravidez, sendo a primeira antes dos três meses de gestação e também outra até 40 dias de puerpério, para garantir que intercorrências/doenças mais comuns (diabetes gestacional, infecções, doença hipertensiva da gravidez) sejam evitadas/tratadas (Brasil, 2012b).

E o pai (Winnicott, 1949)? Por mais óbvia que possa parecer a necessidade de estender e adaptar a assistência pré-natal ao pai ou parceiro (Brasil, 2016a) da gestante, só recentemente essa foi incluída na APS, como recomendação do MS para regulamentar a participação do homem em programas ou atividades de orientação sobre a paternidade responsável¹¹. Sabendo da importância da participação do pai, desde o planejamento reprodutivo, no pré-natal, parto e pós-parto para o sucesso do aleitamento materno, em gerar vínculos afetivos saudáveis – contribuindo para diminuir a violência na família e o abandono do lar-, e maior qualidade de vida para família; a equipe de saúde deve incentivar o acompanhamento do pai/parceiro/a¹² nas atividades do pré natal. Além dos exames para diagnóstico e tratamento das possíveis IST – com a redução da transmissão vertical das mesmas, visando a saúde do binômio mãe-bebê (Duarte, 2007)–, da atualização da vacinação e do chamamento para o cuidado com a sua própria saúde, o pré-natal do parceiro é oportunidade impar de aprendizado para eles, muitos com elevada carga de ansiedade provocada pelo desconhecimento.

É essencial a organização dos serviços de saúde – integração das ações básicas com as de média e alta complexidade, em rede articulada de assistência –, para melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade da atenção à gestante, ao recém nascido

¹⁰ Parentalidade é definida como o conjunto de desenvolvimentos psíquicos e afetivos que permitem ao adulto tornar-se pai ou mãe; refere-se à vivência e aos sentimentos de competência dos pais com relação aos cuidados que eles dispõem ao seu bebê. Com os arranjos familiares da contemporaneidade, os papéis paterno e materno não necessariamente são desenvolvidos por pais biológicos, ou pai-homem ou mãe-mulher.

¹¹ Lei Nº 13.257 de 08 de março de 2016. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm

¹² Reforçando que é muito importante que a equipe de saúde esteja aberta às várias composições conjugais dispostas a ter/adotar uma criança como filho/a.

e à família, e sejam efetivas em diminuir a morbimortalidade materna e infantil e promova a saúde familiar.

A maioria das mortes maternas e neonatais ocorre durante o parto. Organizar a referência e contra-referência da gestante para o parto, com disponibilidade de meios seguros de transporte, assistência imediata e de qualidade no hospital/maternidade ou para parto domiciliar e a atenção à puérpera constituem passos importantes do cuidado, evitando que as mulheres no final da gravidez, muitas vezes já em trabalho de parto, perambularem pela cidade, sem assistência. Assim, ainda durante o pré-natal, a mulher deve ser vinculada à equipe que a assistirá durante o parto¹³.

Atenção humanizada e qualificada ao parto

Os avanços da obstetrícia contribuíram para tornar o nascimento, no ambiente hospitalar, mais seguro para a mulher e recém-nascido, em todo o mundo. Se por um lado, a adoção de várias tecnologias e procedimentos promoveu melhoria importante dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, por outro, permitiu a concretização de um modelo de muitas intervenções, como episiotomia, uso de medicações, cesariana, aspiração naso-faríngea, entre outras, que deveriam ser utilizadas apenas em situações de necessidade e não rotineiramente (Brasil, 2017).

A gravidez, o parto e o nascimento passaram a ser tratados como doenças e não como expressões saudáveis do desenvolvimento humano. Sem considerar que a atenção ao nascimento vai além da assistência técnica, releva a importância dos aspectos emocionais e culturais envolvidos no processo. A experiência da gravidez, do parto e nascimento é carregada de grandes expectativas e fortes emoções que deixam marcas, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas.

Sob pressão da opinião pública, com novas evidências científicas valorizando práticas obstétricas mais naturais e fisiológicas, os serviços de saúde, principalmente nos países mais desenvolvidos, têm feito mudanças significativas nos últimos 30 anos. Maternidades com ambiências mais acolhedoras, condutas mais flexíveis permitem que a mulher e sua família possam participar e expressar livremente suas expectativas e preferências. Surgem também modalidades de assistência em ambientes não hospitalares, como as Casas de Parto e o parto domiciliar; questiona-se inclusive o domínio do profissional médico na assistência, com o fortalecimento das enfermeiras obstétricas e obstetrias como atores importantes no processo assistencial. O importante é que a prática escolhida seja bem articulada para não colocar a mãe e o bebê em risco (Brasil, 2010e, 2013b).

No Brasil, cerca de 70% dos óbitos infantis são de recém-nascidos¹⁴ prematuros e de baixo peso ao nascer, sendo 30% deles 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. A maioria desses óbitos ocorre em serviços de saúde apontando para a necessidade de qualificação da atenção, investimento no acesso, e na atenção à gestação e para o recém-nascido de alto risco (Brasil, 2018b).

¹³ BRASIL. Lei n.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. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Atos2007-2010/2007/Lei/L11634.htm

¹⁴ De bebês até 28 dias de vida (mortalidade neonatal) e de bebês com até 7 dias de vida (mortalidade infantil precoce) representa de 60% a 70% da mortalidade infantil, sendo 25% destas mortes ocorrem no primeiro dia de vida (Brasil, 2018b).

São várias as iniciativas para diminuir a mortalidade neonatal: recepção do recém-nascido no local de nascimento com implementação das práticas de contato precoce com a mãe (pele a pele), amamentação na primeira hora, clampeamento do cordão em tempo oportuno e a garantia do acompanhante (Brasil, 2013b); Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)¹⁵, Método Canguru¹⁶, Reanimação e Transporte Neonatal¹⁷, prevenção e investigação do óbito materno-infantil¹⁸, organizadas e coordenadas pela Estratégia QualiNEO (EQN), (Brasil, 2018a).

Nascimento

A forma como uma criança é recebida no momento do nascimento faz diferença para o seu desenvolvimento sadio e pleno.

Já no início do século, o psicólogo e psicanalista austríaco Otto Rank atribuía ao “trauma do nascimento” - considerando o útero materno um ambiente totalmente protegido e a passagem abrupta para uma realidade tida como hostil, onde o bebê tem que lutar pela sobrevivência - um valor ontológico. Isto é, encarava o nascimento como protótipo de todas as situações ulteriores de perigo que contingenciam o desenvolvimento humano e seria determinante para vida psíquica do indivíduo (Rank, 1923). Muito criticado já na época pelos seus pares - *Não existe isso que chamam de bebê. (...) sempre que vemos um bebê vemos também um cuidado materno, e sem o cuidado materno não haveria bebê* (Winnicott, 1945)- sua teoria é polêmica até hoje principalmente pelo conhecimento dos fenômenos altamente complexos da vida fetal.

Assim, a recomendação de algumas práticas são lembradas, realçando sua importância: o contato pele-a-pele entre a mãe e o bebê imediatamente após o parto

¹⁵ A IHAC é um selo de qualidade conferido pelo MS aos hospitais que realizam Cuidado Amigo da Mulher (CAM) de Boas Práticas na atenção ao parto e nascimento; garantem livre acesso à mãe e ao pai e permanência deles junto ao recém-nascido internado, 24 horas, mesmo quando em Unidade de Terapia Intensiva (UTI); cumprem os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância. Bebês nascidas nesses hospitais têm menos chance de sofrer intervenções desnecessárias (como aspiração das vias aéreas, uso de oxigênio inalatório e uso de incubadora, quando o bebê nasce bem; de não serem separadas da mãe logo após o nascimento e de terem a amamentação na primeira hora de vida, ainda na sala de parto, e o alojamento conjunto. Medidas que favorecem a formação de vínculo mãe-bebê de segurança e garante melhores indicadores de aleitamento materno (Brasil, 2010a).

¹⁶ O Método Canguru – Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – é uma estratégia que busca reverter esta realidade, disponibilizando uma atenção humanizada ao recém-nascido e a toda sua família, para que possam participar dos cuidados com a criança e passar por esse período de forma mais tranquila e confiante, se o bebê nascer prematuro (com menos de 37 semanas de gestação) e/ou com baixo peso (menor que 2.500gr) e precise de internação (Brasil, 2007, 2013c, 2016b).

¹⁷ Transporte Neonatal seguro foi estruturado com base no conceito de regionalização e hierarquização de atendimento: através de um esforço cooperativo e coordenado de prestadores de serviços, equaciona-se os problemas a partir do levantamento das maternidades existentes em uma área demarcada, levantando-se o o número total de partos, a incidência dos baixo peso, dos muito baixo peso e de mortalidade neonatal hospitalar. Estruturam-se, então, serviços de referência com recursos especializados concentrados (UTIs), estrategicamente localizados, amplamente disponíveis aos serviços dotados de menos recursos da região. Dessa forma, as gestantes com patologias, de risco já são encaminhadas para hospitais/maternidades de referência com o objetivo de reduzir a taxas próxima de zero a mortalidade materna e neonatal ou proporcionar a rápida remoção em condições seguras dos RN graves, eventualmente nascidos em centros sem condições para esse tratamento (Brasil, 2010b, 2012d).

¹⁸ A Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês, com caráter interinstitucional, multiprofissional e confidencial, tem nos Comitês um cunho formativo e educativo, não coercitivo ou punitivo, objetivando, fundamentalmente, a discussão dos óbitos e da evitabilidade destes pelos participantes. Realizada de forma integrada ao processo de investigação, a avaliação do óbito como um evento sentinela expõe os problemas que, por vezes, extrapolam o setor saúde e, portanto, demandam a mobilização da sociedade em diferentes níveis. Conhecer o número e o perfil dos óbitos, seus determinantes e potencial de evitabilidade tem como objetivo melhorar a informação, subsidiar a implantação e/ou implementação de medidas que promovam a redução da mortalidade e monitorar a qualidade da assistência de saúde (Brasil, 2009).

e o início da amamentação o mais cedo possível são de ajuda na adaptação do recém-nascido à vida fora do útero, facilita o vínculo entre mãe-filho, o sucesso da amamentação e proteção imunitária e nutritiva (Brasil, 2013b). O Alojamento Conjunto (Brasil, 2010a) é outra iniciativa que permite que a mãe e o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permaneçam juntos, em tempo integral, até a alta da maternidade, o que fortalece o autocuidado e os cuidados com o recém-nascido, a partir de atividades de educação em saúde desenvolvidas pela equipe multiprofissional.

Ainda na maternidade, as triagens neonatais podem ser iniciadas. O Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN (Brasil, 2002a), tem abrangência nacional de 84% de cobertura dos nascidos vivos na rede pública. Programa de rastreamento populacional objetiva identificar distúrbios e doenças no recém-nascido, em tempo oportuno, para tratamento e acompanhamento contínuo às pessoas com diagnóstico positivo. Ao “Teste do Pezinho” (Brasil, 2016c), conjunto de exames para identificar precocemente doenças metabólicas, genéticas, enzimáticas e endocrinológicas (Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias, Fibrose Cística, Hiperplasia Adrenal Congênita e Deficiência de Biotinidase), foram agregados Triagem Neonatal Ocular - TNO, Teste do Reflexo-Vermelho “Teste do Olhinho” (Brasil, 2013d); Triagem Neonatal Auditiva-TNA “Teste da Orelhinha” (Brasil, 2012c); Triagem da Cardiopatia Congênita “Teste do Coraçãozinho” (Brasil, 2014b); e mais recentemente o “Teste da Linguinha” padronizado para diagnosticar as limitações dos movimentos da língua causadas pela língua presa, que podem comprometer as funções de sugar, engolir, mastigar e falar.

A alta hospitalar com a notificação do nascimento deve ser comunicada às UBS de referência da família para que o acompanhamento da saúde da criança, da mãe e da família possa ser continuado.

Acompanhando a saúde do Recém-Nascido (RN), da Mãe e da Família.

Se a criança nasceu em uma maternidade ou hospital, os pais receberão do hospital a Declaração de Nascido Vivo (DNV)¹⁹, ou se nasceu em casa, com a assistência de um profissional habilitado para o parto, ele também poderá entregar esse documento. Caso o nascimento tenha ocorrido em casa, sem assistência profissional, o oficial do cartório fará a DNV, assinada pelos pais com o testemunho de duas pessoas, que precisam ao menos conhecer a mãe e a existência da gravidez. Esse documento é fundamental para o registro da Certidão de Nascimento, indispensável ao reconhecimento do novo ser como cidadão do mundo, e do Cartão Nacional de Saúde (CNS) - documento de identificação do usuário do SUS²⁰.

Espera-se que as UBS através do Pré Natal da gestante, ou do casal, ou das visitas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) à família, ou do encaminhamento para o nascimento esteja atenta para fazer o acompanhamento do recém-nascido; mas

¹⁹ Declaração de Nascido Vivo (DNV) em documento de identidade provisória, aceita em todo o território nacional determina e reforça o direito de acesso aos serviços públicos que cada brasileiro tem ao nascer, até que a certidão de nascimento seja registrada em cartório. Além disso, alimenta o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) que aponta para o MS quais são as prioridades de intervenção relacionadas ao bem-estar da mãe e do bebê, além de fornecer indicadores de saúde sobre pré-natal, assistência ao parto, vitalidade ao nascer, mortalidade infantil e materna (SINASC-SP, 2011).

²⁰ O CNS, válido em todo o País, tem caráter confidencial, deve contribuir para a integração dos sistemas de informação e para o atendimento em saúde no Brasil, criando e mantendo uma base nacional de registros eletrônicos de saúde do cidadão.

ainda, muitas vezes, pela inequidade do acesso, essa mãe e sua família entrarão no sistema de saúde através do nascimento de seu bebê. A DNV e o CNS poderão ser mediadores da comunicação da existência desse novo ser de direitos, para sua entrada na APS.

A vigilância do desenvolvimento infantil, principalmente nos dois primeiros anos de vida é de fundamental importância, pois é nesta etapa da vida extrauterina que o tecido nervoso mais cresce e amadurece, estando, portanto, mais sujeito aos agravos. Devido à sua grande plasticidade, é também nesta época que a criança melhor responde aos estímulos que recebe do meio ambiente e às intervenções, quando necessárias.

Para cuidar da criança, educar e promover sua saúde e seu desenvolvimento integral, é importante a parceria entre os pais, a comunidade e os profissionais de saúde, de assistência social e de educação.

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) foi implantada pelo Ministério da Saúde a partir de 2005 com o intuito de auxiliar os responsáveis pelas ações de acompanhamento e promoção da saúde infantil (Brasil, 2005b). Destinada a todos os nascidos em território brasileiro, a CSC inclui-se como estratégia privilegiada nas políticas de redução da morbimortalidade infantil e por isso deve ser disponibilizada pelas maternidades ou a orientação como a adquirir²¹.

Considerada o Passaporte da Cidadania, porque a cidadania se mantém em destaque como aspecto fundamental da criança, a CNC deve acompanhar o atendimento da criança na UBS para que os profissionais de saúde registrem os marcos do desenvolvimento e oriente os familiares sobre a sua importância, mostrando quantas informações podem guiá-los nos cuidados (Silva et al, 2015).

A nova CSC (2018), além da parte para os registros, já mencionados, aborda o direito dos pais e da criança; a importância da amamentação é bastante ressaltada, os seus benefícios para o bebê e para a mãe, e ilustra as técnicas para facilitar a amamentação, bem como as de ordenha para quando a mãe voltar a trabalhar; há orientação sobre alimentação saudável de acordo com a faixa etária; como observar o desenvolvimento neuropsicomotor social, saúde ocular, auditiva e os sinais de perigo; de como prevenir acidentes; higiene bucal para prevenção de cáries dentárias e o programa de vacinação.

A primeira semana de vida

O bebê, para sobreviver após o nascimento, precisa de alguém que cuide dele e assegure o atendimento de suas necessidades físicas (cuidado com a alimentação, higiene, proteção, entre outras) e psicossociais (de se sentir seguro, amado, protegido, valorizado).

Dra Zilda Arns²² acreditava que *essa fase, quando bem vivida pela criança, no meio de sua família e comunidade, aumenta sua capacidade de ser semente forte para*

²¹ O MS distribui tres milhões de exemplares para as secretarias municipais, que devem ser repassados as maternidades públicas e privadas (Almeida et al., 2016); disponibiliza também arquivos em PDF para que os gestores municipais ou famílias possam acessar e/ou imprimir a CSC de menina e de meninos:

http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/ms/caderneta_saude_crianca_menina_2018.pdf

http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/ms/caderneta_saude_crianca_menino_2018.pdf

²² Médica pediatra e sanitarista teve participação decisiva no combate a desnutrição e mortalidade infantis no Brasil, dedicou sua vida em prol da saúde pública brasileira, derrubando muitos mitos da medicina e da religião ao facilitar o acesso à saúde

a paz e ter vida e vida em abundância. Sabedora de que uma criança, uma mãe e família não existem sós, a médica se notabilizou pela cobrança de políticos, da Igreja e outros atores da sociedade ações pela diminuição da mortalidade e desnutrição infantis.

Os primeiros dias de vida de um bebê são um misto de emoções e inquietações. Desde a temperatura da água para o banho, o cuidado com umbigo, as razões do choro e as dúvidas sobre o aleitamento, são tantas as dúvidas que podem deixar as famílias apreensivas nesta fase inicial em casa. Por isso, a visita domiciliar (VD) é uma ferramenta da equipe de saúde de aproximação das necessidades particulares do indivíduo no contexto de vida das famílias.

Atividade prioritária do ACS, o/a médico/a pode ampliar o seu olhar para puericultura e terapêutica quando toma a casa da família como espaço de observação (Franceschini, 2005). Acompanhamentos longitudinais de crianças, desde o nascimento, demonstraram como fatores ambientais são importantes na gênese de problemas emocionais de crianças e adolescentes e consideraram que a identificação de fatores de risco faz parte da atenção ao desenvolvimento integral da criança auxiliando nas intervenções precoces.

O genograma com o ecomapa – instrumento útil por retratar graficamente os membros da família, sua história e sua dinâmica, no ciclo de vida em que se encontram – deve acompanhar o profissional de saúde nessa primeira VD, sendo atualizado por outras programadas de acordo com as particularidades de cada família. O profissional de saúde deve estar atento também às novas configurações familiares flexibilizadas por diferentes distribuições de papéis: famílias monoparentais, homoparentalidade, avós que ficam totalmente responsáveis pela educação da criança, entre outras²³.

A VD à família na primeira semana de vida do bebê é recomendada com o objetivo de reforçar a parentalidade, detectar problemas que ponham em risco a vida da criança – como a depressão materna²⁴, dificuldades na amamentação, problemas com o próprio recém-nascido, prevenção de lesões não intencionais –, observar o comportamento de irmãos²⁵ – principalmente aqueles que, com a chegada do bebê deixaram de ser filhos únicos –, fortalecer a rede de apoio social e sobretudo estreitar os vínculos de confiança entre família e equipe, fundamental para a longitudinalidade da atenção à saúde a toda família (Brasil, 2012e).

Os serviços de APS que não conseguem realizar a VD, devem garantir o o primeiro atendimento ao recém-nascido, com agenda já na primeira semana de vida da criança; não aguardar a demanda espontânea que pode ocorrer tardiamente

para comunidades carentes. Criou a Pastoral da Criança em 1983, com o objetivo de levar às comunidades de baixa renda a prevenção e o tratamento adequados para doenças e males que afligiam especialmente crianças e mães. Hoje, essa instituição está presente em todo Brasil e mais dez países da África, Ásia e América Latina. Conhecida como "Madre Teresa brasileira", sua vida e obra são inspirações de luta por uma infância saudável como princípio para promoção de saúde.

²³ O professor de pediatria da UNICAMP José Martins Filho tece severas críticas às relações familiares na contemporaneidade em seu livro *A Criança Terceirizada* (2003).

²⁴ Diversos autores consideram que o nascimento de uma criança, principalmente o primeiro filho, como um evento propício ao surgimento de problemas emocionais nos pais, como depressões, psicoses pós-parto e manifestações psicossomáticas. A vulnerabilidade da mulher ao desenvolvimento ou agravamento da depressão após o nascimento de um filho tem sido associada a uma combinação de fatores biológicos, obstétricos, sociais e psicológicos, entre os quais se destacam: falha na rede social de apoio, o não planejamento da gestação, o nascimento prematuro e a morte do bebê, a dificuldade em amamentar, dificuldades no parto, eventos de vida estressantes, e adversidades sócioeconômicas (Schwengber & Piccinini, 2003).

²⁵ O nascimento de um irmão tem um impacto sobre o comportamento do primogênito, que tem de aprender a lidar com a divisão da atenção dos pais. É comum o aparecimento de sintomas e mudanças no comportamentos, como febre, retrocessos na linguagem e na alimentação, propensão ao choro, aumento de birra e manifestações de agressividade. Tal acontecimento gera sofrimento também para as mães, porque percebem a vulnerabilidade do primogênito (Brasil, 2012e).

aumentando o risco de desmame e da falha na identificação de outros determinantes da morbimortalidade.

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 UBS, visando ao “5º Dia de Saúde Integral” para a mulher e seu recém-nascido. É um momento privilegiado para detecção de dificuldades e necessidades particulares da mãe e do bebê, de riscos e vulnerabilidades (Brasil, 2018b).

É oportunidade para realizar o teste do Pezinho, aplicação das vacinas BCG e hepatite B para o RN – caso esses não tenham se realizado na maternidade –, atualização das vacinas para a mãe (tétano, difteria e coqueluche, sarampo, rubéola e caxumba), se ela ainda não for vacinada, e a avaliação da amamentação.

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, 2015a, art. 6º, item II).

A Epigenética representa o conjunto emergente de mecanismos que revelam como o ambiente, incluindo alimentação e nutrição, constantemente influencia o genoma. A nutrigenômica e a epigenética surgem como as principais plataformas científicas para a compreensão dos mecanismos pelos quais a nutrição, em especial durante o crescimento, tem papel destacado na manutenção da saúde e na prevenção de doenças crônicas, que passaram a ser prevalentes no mundo, com as mudanças de estilo de vida nos países desenvolvidos e a longevidade das pessoas (SBP, 2012).

Especialmente os dois primeiros anos de vida de uma criança são caracterizados por crescimento acelerado e enormes aquisições no processo de desenvolvimento. Assim, é inquestionável a importância da alimentação saudável nessa fase, já que deficiências nutricionais ou condutas inadequadas quanto à prática alimentar podem, não só elevar a morbi-mortalidade infantil, como também deixar sequelas futuras como retardo de crescimento, atraso escolar e desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Uma alimentação saudável ou uma “boa prática alimentar” foi definida como a ingestão de alimentos adequados em quantidade e qualidade para suprir as necessidades nutricionais, permitindo um bom crescimento e desenvolvimento da criança (Brasil, 2013f).

Em esforço conjunto, MS e OPAS e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) estabeleceram, para crianças menores de 2 anos, dez passos para a alimentação saudável: aleitamento materno exclusivo até 6 meses; a introdução de outros alimentos a partir dos 6 meses – gradual e lentamente, na consistência, quantidade e variedade, até chegar à alimentação da família –, mantendo-se o leite materno pelo menos até os 2 anos; os horários de oferta da alimentação devem respeitar a vontade da criança; a alimentação diária deve ser variada, com frutas, legumes e verduras, evitando-se açúcar, alimentos industrializados, frituras e o excesso de sal; e os cuidados no preparo e armazenamento dos alimentos (Brasil, 2015).

Aleitamento Materno:

Estudos produzidos em todo o mundo enfatizam a adequada disponibilidade de energia, nutrientes e de proteção contra as doenças conferidos pelo leite materno à imaturidade fisiológica e imunológica do lactente. Mais que o alimento ideal por conferir nutrição e proteção adequada principalmente nos dois primeiros anos de vida; a oferta do leite materno através do ato de amamentar envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no desenvolvimento cognitivo e emocional.

Além dos inúmeros benefícios do aleitamento materno para o bebê – diminuição de morbidades infecciosas e alérgicas, dos distúrbios metabólicos como a obesidade, melhor desenvolvimento da arcada dentária, efeito positivo no desenvolvimento intelectual, principalmente quando é exclusivo até os 6 meses –; para a mãe que amamenta, há também ganhos como: redução da hemorragia pós-parto, pela liberação de ocitocina; perda mais rápida do peso acumulado na gravidez; auxílio no aumento do intervalo entre as gestações, diminuição do risco de câncer de mama e ovário e maior interação mãe-bebê. Ressalta-se também a praticidade, pois está sempre pronto para ser consumido, e o aspecto econômico para família e para o sistema de saúde.

O Aleitamento Materno é a estratégia isolada que tem o maior impacto na redução da mortalidade infantil. Segundo a OMS e o Unicef, cerca de 6 milhões de crianças são salvas por ano graças ao aleitamento materno exclusivo (UNICEF, 2019).

Ao humano o que é humano! concluiu professor Simon²⁶, em palestra de abertura da Semana Mundial de Aleitamento Materno, em 2019.

Apesar de todas as evidências científicas provando a superioridade da amamentação sobre outras formas de alimentar a criança pequena e dos esforços de diversas instituições no mundo, as prevalências de aleitamento materno no Brasil, em especial as de amamentação exclusiva até os 6 meses, ainda estão aquém das recomendadas. O profissional de saúde tem papel fundamental na reversão desse quadro. Para isso precisa estar muito bem preparado. Além da competência técnica para aspectos da lactação, o trabalho de promoção e apoio ao aleitamento materno requer olhar atento e abrangente, sempre levando em consideração os aspectos emocionais, da cultura familiar, para rede social de apoio à mulher, entre outros. Olhar que valoriza a mulher como protagonista do seu processo de amamentar, com escuta acolhedora e ações de empoderamento²⁷.

No Brasil, a Rede Amamenta (Brasil, 2011b) é uma das estratégias de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Tem como proposta aumentar os índices de amamentação no País, capacitando profissionais da APS para que atuem no ensino e aprendizagem do Aleitamento Materno, desde a primeira consulta de Pré-Natal; discutindo essa prática no processo de trabalho das equipes, pactuando as ações de promoção, proteção e apoio à amamentação a partir da realidade das UBS, e monitorando os indicadores de aleitamento materno da população atendida pelas unidades certificadas. A Rede Amamenta constrói um novo paradigma para a

²⁶ José Simon Camelo Junior, professor do departamento de Pediatria e Puericultutura da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, na palestra sobre “Empoderar mães e pais – Favorecer a amamentação”, no VIII ENCONTRO MUNICIPAL DE ALEITAMENTO MATERNO DE RIBEIRÃO PRETO, em 2019.

²⁷ Aliás, o slogan da Semana Mundial de Aleitamento Materno (SMAM) 2019, definido pela World Alliance for Breastfeeding Action (WABA) norteou as iniciativas de promover o empoderamento dos pais, sem distinção de gênero, uma vez que a amamentação melhora significativamente quando há participação de todos (SBP, 2019).

aprendizagem sobre o aleitamento materno na APS, pelo reconhecimento à historicidade do saber e respeito à visão de mundo do aprendiz²⁸.

Outra estratégia responsável pelo incentivo ao aleitamento materno é Banco de Leite Humano (BLH). O MS e a Fiocruz²⁹ criaram a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (rBLH-BR) em 1998, com a missão de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, coletar e distribuir leite humano com qualidade certificada e contribuir para a diminuição da mortalidade infantil. Além de coletar, processar e distribuir leite humano a bebês prematuros e de baixo peso, o BLH realiza atendimento de orientação às mães nas muitas dúvidas e dificuldades desse período, na solução dos principais problemas do processo de lactação e apoio à amamentação. Atualmente, a rBLH-BR possui mais de 200 Bancos de Leite Humano distribuídos em todos os estados do território nacional, alguns com coleta domiciliar.

Em 2001, a OMS reconheceu a rBLH como uma das ações que mais contribuíram para redução da mortalidade infantil no mundo, na década de 1990; no Brasil foi considerada pela mesma instituição, como a maior e mais complexa do mundo. De 1990 a 2012, a taxa de mortalidade infantil no Brasil reduziu 70,5% (Brasil, 2017):

Desde 1992, mais de 120 países celebram a Semana Mundial da Amamentação (SMAM) de 1º a 7 de agosto. Cada ano abordando uma temática, é mais uma das iniciativas da OMS e do Unicef para, através do incentivo ao aleitamento materno, reduzir a morbi-mortalidade infantil. No Brasil, o MS é quem coordena a iniciativa, com apoio das Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, rBLH e ONGs ligadas ao aleitamento materno, sendo responsável por adaptar o tema do ano e por elaborar os materiais informativos para distribuição pública.

Foi iniciativa da World Alliance for Breastfeeding Action (WABA), o Dia Nacional de Doação de Leite Humano (19 de maio)³⁰ e a Lei do Agosto Dourado³¹, 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.

O MS identificou aumento na duração mediana de aleitamento materno exclusivo de 23,4 dias, em 1999, para 54,1 dias, em 2008, para as crianças brasileiras. Tendência similar também foi encontrada para a duração mediana do aleitamento materno total, aumentando de 210 dias, para 341,6 dias, no mesmo período (Brasil, 2010c). Os dados que mostram a tendência de aumento da duração da amamentação revelam que as diversas iniciativas estão provavelmente cumprindo com os seu objetivo. Em um país de território extenso e diverso, é fundamental a identificação dos fatores que interferem na duração do aleitamento materno em suas diferentes modalidades, nas várias regiões, para o planejamento e novas de decisões no campo da saúde e nutrição na infância (Brasil, 2017c).

Alguns fatores, como maternidade precoce, baixo nível educacional e socioeconômico maternos, paridade, atenção do profissional de saúde nas consultas de pré-natal, necessidade de trabalhar fora do lar, são freqüentemente considerados como determinantes do desmame precoce. Contudo, outros, como o apoio familiar,

²⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rede Amamenta Brasil.

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_amamenta_brasil.pdf

²⁹ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). <https://portal.fiocruz.br/banco-de-leite-humano>.

³⁰ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) <https://portal.fiocruz.br/noticia/ministerio-da-saude-lanca-campanha-de-doacao-de-leite-humano>

³¹ Câmara dos Deputados. Legislação Informatizada - LEI Nº 13.435, DE 12 DE ABRIL DE 2017 - Publicação Original

condições adequadas no local de trabalho e uma experiência prévia positiva, parecem ser parâmetros favoráveis à decisão materna pela amamentação. Apesar da relevância dos fatores mencionados acima, os aspectos culturais e a história de vida da mãe são muito importantes na decisão materna pelo aleitamento e pelo momento do desmame (Faleiros et al, 2006).

No Brasil, a recomendação da amamentação exclusiva de seis meses é amparada pela legislação trabalhista que faculta para a Empresa Cidadã, majorando o prazo da licença-maternidade de 120 para 180 dias e para 15 dias a duração da licença-paternidade³². No entanto, muitas trabalhadoras, mesmo as do setor formal, e principalmente aquelas com frágil relação empregatícia, ou ainda as autônomas, não estão resguardadas pela lei vigente. Assim, esses dados remetem à necessidade de reflexão sobre a revisão das políticas públicas voltadas para a promoção da prática adequada do aleitamento materno nos dois primeiros anos de vida da criança (Brasil, 2017c).

Alimentação do Pré-Escolar e Escolar

O período pré-escolar engloba a idade de 2 a 6 anos, fase de transição: a criança sai de uma fase de total dependência para entrar em outra de maior independência (escolar e adolescência). Por ser um período de diminuição do ritmo de crescimento terá, portanto, decréscimo das necessidades nutricionais e repercussões sobre o apetite. Ainda, é característico da criança um comportamento alimentar imprevisível e variável: ingesta de grande quantidade em alguns momentos e nula em outros; caprichos fazem com que o alimento favorito de hoje seja inaceitável amanhã, ou que um único alimento seja aceito por muitos dias seguidos; dificuldade em aceitar alimentos novos ou criança que rejeita uma grande variedade de alimentos, com uma dieta caracterizada por uma variedade muito pequena (SBP, 2012).

São todas mudanças geradoras de muita ansiedade principalmente para os pais, e às vezes até para as mais experientes avós, que reagem com ameaças de punição ou, ao contrário, cedendo ilimitadamente às da criança. O comportamento alimentar da criança nessa fase também é muito influenciado pelo dos próprios pais e familiares.

É muito importante que o profissional de saúde saiba da transitoriedade desses comportamentos, que de tão comuns são considerados como parte do desenvolvimento, para observarem as características do domicílio, dos hábitos familiares, e melhor orientarem os mesmos para alimentação saudável (Brasil, 2013f).

Nessa fase, muitas crianças começam ou já frequentam as creches, com horários de alimentação diferentes dos pais que trabalham. Pais, instituições escolares e profissionais devem trabalhar em parceria tanto para entender a recusa da criança que chega já alimentada à casa, quanto da criança que não se alimenta na creche; sempre monitorando o crescimento, para evitar os desvios nutricionais ou medicalização desnecessária (SBP, 2012).

A criança de 7 a 10 anos, na fase escolar, tem o crescimento reacelerado, com ganho de peso mais acentuado próximo ao estirão da puberdade. Associado isso, a melhor aceitação da dieta, a crescente socialização da criança e sua maior independência, as mudanças do padrão alimentar da contemporaneidade – aumento

³² Câmara dos Deputados. LEI Nº 11.770, DE 9 DE SETEMBRO DE 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.

do consumo de alimentos processados e ricos em gordura e diminuição da ingestão de frutas, verduras e legumes →, e diminuição da atividade física, tem sido causa da transição nutricional: substituição das taxas de desnutrição pelas de obesidade e incremento de casos da chamada “fome oculta” - deficiências nutricionais específicas, pouco evidentes clinicamente, mas prejudiciais à saúde (SBP, 2012).

A vigilância da qualidade, da composição, da biossegurança e dos aspectos toxicológicos dos alimentos disponíveis objetiva além de proporcionar à criança o crescimento e o desenvolvimento em toda a sua potencialidade, a profilaxia e o reconhecimento de doenças causadas por escassez ou excesso de nutrientes.

Atenção à Saúde Bucal

A Política Nacional de Saúde Bucal, intitulada Brasil Sorridente³³, 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. Afinal, a saúde da boca é fundamental para a saúde geral e para a qualidade de vida da população (Brasil, 2008).

E o acesso dos brasileiros à Saúde Bucal vem aumentando desde 2003, quando da criação da política, com redução significativa do índice de cárie dentária em crianças brasileiras.

Uma das principais doenças bucais, a cárie dentária, está diretamente relacionada aos hábitos alimentares da família. Sinal de alerta principalmente quando ocorre antes do 3 anos, pela possibilidade de acometer também a dentição permanente, e por suas consequências: dor ao ato de comer e recusa alimentar, comprometendo o estado nutricional; e ser porta de entrada para outras infecções.

No interrogatório sobre os hábitos da criança com cárie, é frequente a associação de ingestão excessiva de açúcares, falta de horário para se alimentar, alimentação noturna e falta de higiene oral adequada. O uso de mamadeiras e chupetas também estão implicados.

Deve-se garantir ao menos uma consulta odontológica durante o pré-natal, com agendamento das demais consultas, conforme as necessidades individuais da gestante e encaminhar a criança para iniciar o acompanhamento odontológico entre o nascimento do primeiro dente, geralmente aos 6 meses, e 1 ano de vida. Crianças que são levadas ao cirurgião-dentista até o primeiro ano de vida apresentam menores chances de receber tratamento odontológico emergencial e de fazer consultas odontológicas de urgência ao longo da infância (Brasil, 2008). Após a primeira consulta, a equipe de saúde bucal fará uma programação de visitas periódicas para a criança, em função de seu perfil de risco, evitando assim que o acesso ocorra tardiamente devido à doença já instalada. A equipe de Saúde Bucal deverá efetuar os registros das ações realizadas nas Cadernetas de Saúde da Criança e da Gestante.

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

³³ Brasil. Ministério da Saúde. Brasil Sorridente. <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/politica-nacional-de-saude-bucal/sobre-o-programa>.

e agravos e de promoção da saúde bucal, enfatizando a importância do acompanhamento da saúde bucal.

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, 2015a, art. 6º, item III).

O MS para efeito da PNAISC, considera “criança” a pessoa na faixa etária de zero até completar 10 anos ou 120 meses; sendo a “primeira infância” até completar 6 anos/72 meses. A primeira infância – ciclo de grande promessa e, ao mesmo tempo, de ameaças consideráveis –, é decisiva para o desenvolvimento saudável do ser humano. Evidências mostram que experiências familiares e sociais, quanto mais precoces, ficam incorporadas biologicamente, podendo ter influências nas etapas ao longo da vida, positivas e negativas, afetando as bases da aprendizagem, do comportamento e da saúde (SBP, 2012).

O acompanhamento do pleno crescimento e desenvolvimento da primeira infância constitui uma intervenção preventiva, relacionada à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas, inerentes à atenção primária à saúde. No desenvolvimento dessas ações na APS, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) apresenta-se como instrumento essencial de vigilância à saúde, por ser o documento em que se registram os dados da criança ao longo de seu crescimento e desenvolvimento, e material educativo com várias informações destinadas às mãe, família e profissionais de saúde, de modo a ampliar o conhecimento do cuidados à criança e facilitar a compreensão dos aspectos relacionados ao seu crescimento e desenvolvimento.

O crescimento infantil é um processo dinâmico e contínuo de diferenciação desde a concepção até a fase adulta que depende da interação de características biológicas e interação com o meio ambiente. Considerado como um dos melhores indicadores de saúde da criança, a evolução do crescimento expressa as condições de vida da criança no passado e no presente.

O crescimento intrauterino já pode ser acompanhado na gravidez pelas medidas de altura uterina e exames ultrassonográficos, desde o 1º trimestre de gestação, durante a pré-natal. Deve ser registrado periodicamente na Caderneta da Gestante³⁴, podendo apoiar decisões quanto ao momento de nascer. É o início da promoção de desenvolvimento saudável.

O acompanhamento sistemático do crescimento, com o devido registro do ganho de peso, altura e Índice de Massa Corporal (IMC), nas curvas de crescimento³⁵, faz parte da rotina da UBS, permitindo a identificação de crianças com ganho pondero-estatural alterado em relação aos padrões, risco nutricional (desnutrição ou obesidade) e,

34

http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/parto/parto_cartao_gestante.pdf

35

<https://www.sbp.com.br/departamentos-cientificos/endocrinologia/graficos-de-crescimento/>.

associado a uma avaliação integral permite o diagnóstico de outros agravos (anemia, infecções etc.) e vulnerabilidades, com as devidas intervenções.

Quando uma criança é classificada dentro de um desses grupos de “desvio nutricional”, é necessária a avaliação das características individuais e do meio onde ela vive, para que possamos entender as causas e agir sobre elas. Indagar sobre dieta da família, atividades de lazer das crianças pode orientar sobre possíveis orientações ou encaminhamentos.

O acompanhamento do crescimento de crianças nascidas com baixo peso para a idade gestacional ou pré-termos exige um cuidado maior e deve ser priorizado. Para este seguimento é necessário utilizar gráficos próprios ou utilizar os de peso e altura com correção da idade cronológica, até os 2 anos de idade.

O desenvolvimento, por sua vez, refere-se a uma transformação progressiva que inclui, além do crescimento, maturação, aprendizagem, aspectos psíquicos e sociais. As características do ser humano, os modos de agir, pensar, sentir, seus valores dependem da sua interação com o meio social em que vive. Assim, seu desenvolvimento será sempre mediado por outras pessoas, pelas famílias, pelos profissionais de saúde, da educação, entre outros, que delimitam e atribuem significados à sua realidade.

Nos primeiros anos, as diferentes características parentais e as de pessoas responsáveis pelo cuidado serão determinantes para o desenvolvimento do apego, como vínculo afetivo básico, influenciando as interações com outras pessoas além da mãe e família e o desenvolvimento da personalidade das crianças – autoestima, desenvolvimento moral, autocontrole, etc.

A escola torna-se importante contexto de socialização, responsável principalmente pela transmissão do saber organizado e produção do desenvolvimento cultural.

Acompanhar as etapas do desenvolvimento neuropsicomotor e social pode ser uma das formas de detectar alterações de comportamento e de relacionamento, da aquisição da linguagem, dificuldade de aprendizado, entre tantas outras; como também identificar potências, facilidades e desejos que incentive crianças na direção de suas realizações. As avaliações do desenvolvimento infantil devem sempre levar em consideração as informações e opiniões dos pais, familiares e da escola sobre a criança.

A maior parte dos problemas do desenvolvimento infantil é multifatorial – genéticos (como a síndrome de Down), biológicos (prematuridade, hipóxia neonatal, meningites são exemplos) e/ou ambientais (fatores familiares, de ambiente físico, fatores sociais (extrema pobreza, violência familiar, abuso de álcool/drogas por membro da família, baixa escolaridade materna e/ou familiar, etc). E as manifestações de dificuldades do desenvolvimento são variáveis podendo ser de ordem mental, física, auditiva, visual ou relacional.

Os principais protocolos preconizam avaliações objetivas das habilidades motoras, de comunicação, interação social e cognitivas. Os marcos do desenvolvimento contidos na CSC subsidia o diálogo com a família, obtendo maiores informações sobre a criança e sua família (Silva et al, 2015). Os cuidadores da criança devem ser orientados para o desenvolvimento seja observado, possibilitando a prevenção de agravos e, quando necessário, realizando a intervenção o mais precocemente possível e fazendo os encaminhamentos para os atendimentos especializados. Várias experiências demonstram que a estimulação nos primeiros anos de vida, para crianças com atraso no desenvolvimento já estabelecido ou naquelas com risco de atraso,

melhora seu desempenho, devendo, portanto, seu início ser incentivado o mais precocemente possível (Brasil, 2016d).

Imunizações - 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 (Brasil, 2014c).

É relevante papel de prevenção e promoção que as imunizações desempenham na Atenção Básica à Saúde. Poucas ações são tão fortemente evidenciadas como capazes de proteger a saúde infantil e de impactar a incidência e a prevalência de doenças na infância. *"Tirando a água potável, não existe nada no mundo que tenha feito tanta diferença na saúde do ser humano quanto a vacinação. Diversas doenças, como a varíola e a poliomielite, foram praticamente erradicadas por conta das vacinas"*, afirma o Professor Dr. Luiz Vicente Rizzo³⁶.

Embora os programas de imunização não sejam baratos, seus benefícios compensam enormemente os custos, segundo pesquisadores na Johns Hopkins University, nos EUA. Coordenado pelo pesquisador Sachiko Ozawa, examina a relação custo/benefício em 94 países de baixa e média renda, usando taxas de vacinação projetadas de 2011 a 2020. O custo total estimado dos programas de imunização nos países estudados foi de US\$ 34 bilhões. O estudo avaliou ainda 10 infecções evitáveis por vacina: *Haemophilus influenzae* tipo b, hepatite B, papilomavírus humano, encefalite japonesa, sarampo, *Neisseria meningitidis* sorogrupo A, rotavírus, rubéola, *Streptococcus pneumoniae* e febre amarela. Os custos das doenças evitadas – tratamento, transporte, pagamentos a cuidadores e perdas em produtividade – seriam de US\$ 586 bilhões. Usando a abordagem de renda total, o benefício foi estimado em US\$ 1,53 trilhão - US\$ 44,00 para cada dólar gasto³⁷.

O Calendário Básico de Vacinação brasileiro é definido pelo PNI corresponde ao conjunto de vacinas consideradas de interesse prioritário à saúde pública do país. Atualmente é constituído por 19 vacinas recomendadas à população, desde o nascimento até a terceira idade e distribuídas gratuitamente nos postos de vacinação da rede pública (Brasil, 2014c). Tal calendário poderá ser complementado por outras vacinas, cujas importância e eficácia são também evidenciadas, disponíveis, nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (Cries) para situações particularmente indicadas. O calendário básico pode ser eventualmente mudado em virtude do reaparecimento de alguma doença, como foi a Campanha de seguimento do Sarampo, ou campanhas são realizadas para melhorar as baixas coberturas vacinais, como Campanha de Multivacinação para a Atualização da Caderneta de Vacinação.

O Brasil, com o maior programa público da vacinação do mundo, alcançou consideráveis avanços ao consolidar a estratégia do PNI. A Poliomielite, doença que matava ou sequelava muitas crianças até o final de 1989, foi erradicada no país, devido à ampla cobertura vacinal; tendo o país recebido, em 1994, da Comissão Internacional para a Certificação da Ausência de Circulação Autóctone do Poliovírus Selvagem nas

³⁶ Médico. Diretor Superintendente, Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein Professor Titular da Universidade de São Paulo (2005-2010). Departamento de Imunologia - ICB-USP).

³⁷ <https://sbim.org.br/artigos/519-beneficios-economicos-das-vacinacoes-compensam-muito-os-custos-segundo-estudo>

Américas, o certificado que a doença e o vírus foram eliminados de nosso continente (Brasil, 2013g).

Mas as coberturas estão aquém das metas e o perigo de se ter baixas coberturas vacinais é o risco de reintrodução de doenças já eliminadas no país, como no caso do sarampo que voltou a fazer vítimas no país (SBIm, 2019).

As baixas coberturas vacinais têm se dado por um conjunto de razões. O sucesso das ações de imunização – que teve como resultado a eliminação da poliomielite, do sarampo, da rubéola e da síndrome da rubéola congênita – tem causado, em parte da população, e até mesmo em alguns profissionais da saúde, a perda da “memória coletiva” sobre o que representavam algumas doenças no passado e porque são esquecidos os benefícios da imunização, atribuindo-se mais valor aos eventuais riscos ou eventos adversos relacionados às vacinas (Consensus,2019; SBIm, 2019).

Discute-se também o papel da internet e das redes sociais na disseminação informações equivocadas, desprovidas de base científica, criando condições precárias para uma interpretação adequada da informação recebida. Neste cenário, o profissional da saúde, que também necessita capacitação contínua no tema, perde espaço, já que não consegue ocupar, com a mesma eficiência, o ambiente digital com informações de qualidade(Consensus,2019; SBIm, 2019).

Outro problema é o acesso à vacinação - o horário dos postos não está compatível com a rotina corrida das pessoas; a distribuição desigual de salas de vacinas no enorme território nacional, e a falta de vacinas.

O MS, ciente de todos os problemas levantados, tem promovido iniciativas – o programa Vacina Brasil³⁸, o programa Saúde na Hora³⁹, através do Programa de Saúde na Escola vacinar adolescentes – e assumido a responsabilidade de garantir a produção e distribuição de vacinas (SBIm, 2019).

Os pais e as famílias têm também responsabilidade de se vacinarem e a suas crianças. O profissional de saúde da APS tem, no entanto, além do dever de conhecer todos os recursos disponíveis de imunização, estar comprometido para alcançar as metas de cobertura vacinal do território onde atua. Nesse sentido, o médico, reconhecido como importante formador de opinião é fundamental na divulgação de informações seguras, com base em evidências científicas e na valorização do PNI como uma das políticas públicas do SUS responsável pela transição epidemiológica do país (Consensus, 2019).

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, 2015a, art. 6º, item IV).

³⁸ A difusão do Vacina Brasil ocorre ao longo de todo o ano, não apenas durante as campanhas, e reúne uma série de ações integradas entre órgãos públicos e empresas para conscientizar cada vez mais a população sobre a importância da vacinação como medida de saúde pública.

³⁹ Como resposta à questão do acesso, o Governo Federal habilitou, em 2019, 1.034 unidades em 175 municípios para ficarem abertas por mais tempo, para atender a população.

Nas últimas décadas, tem-se observado importante mudança no perfil de morbimortalidade da população brasileira, caracterizada pela redução das doenças infecto-contagiosas, aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e, mais recentemente, o aumento de casos de anomalias congênitas. Fatores como urbanização, acesso aos serviços de saúde, meios de diagnóstico e mudanças culturais são determinantes da transição epidemiológica. No Brasil, devido as diferenças sociais, econômicas e regionais, esta transição se apresenta com um modelo, onde ainda temos significativa ocorrência de doenças infectocontagiosas ao mesmo tempo que o crescimento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (Brasil, 2018b).

Assim, novas demandas foram impostas ao sistema de saúde: 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, com um largo espectro de gravidade e necessitando diferentes formas de cuidar.

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 e de outros setores.

Assim, é essencial que a criança com doença crônica e sua família tenham sua atenção planejada com os serviços de referência da APS, através do Projeto Terapêutico Singular, no qual o tratamento com os fluxos assistenciais necessários e definição da responsabilidade em cada nível de atenção deva ser previamente organizado e articulado em conjunto com a Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁴⁰ regional, para ampliar o acesso aos especialistas e para tornar seguras as possíveis transferências, de forma que a família não precise peregrinar pelo sistema de saúde em busca dos cuidados necessários (Brasil, 2013h).

Outro grande problema é que a condição crônica de saúde da criança coloca grandes exigências sobre a família. No caso da criança, geralmente é a mãe a mais sobrecarregada, mas os outros filhos, o pai e a família ampliada, todos sofrem o estresse das exigências impostas pelos cuidados rotineiros e pelas urgências/emergências. Condição que contribui para o incremento de vulnerabilidade do próprio doente, inclusive relacionadas à violência; mas também ameaça a saúde dos demais membros da família. É preciso que a equipe de referência da APS seja partícipe do gerenciamento dessa sobregarga.

As ações de promoção da saúde, já aqui descritas, com especial foco na gravidez e primeira infância, e as de prevenção específicas para populações com fatores de risco, ligados ao estilo de vida e ao caráter genético, tornam práticas obrigatórias dos profissionais e serviços de saúde na prevenção primária e secundária das DCNT.

Sob a coordenação da APS, 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

⁴⁰ A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, instituída pela Portaria n.º 483, de 1º de abril de 2014, 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.

e serviços de saúde ofertados pelos diversos níveis e redes de atenção (Brasil, 2013h). Algumas diretrizes adotadas pelo MS 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” (Brasil, 2014d); os Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Doença Celíaca (Brasil, 2015c) e para a Alergia à Proteína do Leite de Vaca (Brasil, 2017d).

Para crianças com agravos crônicos, com dificuldade de mobilização do domicílio ou até do leito, a Atenção Domiciliar representa 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 casos de baixa complexidade (com apoio, se necessário, por profissionais dos Nasf), seja aquela, de maior complexidade (AD2 e AD3), realizada 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 (Brasil, 2013h)

Além de evitar internações ou encurtá-las, disponibilizando mais leitos hospitalares e a diminuindo custos assistenciais para o SUS, a Atenção Domiciliar oferta melhoria na qualidade de vida destas crianças e de suas famílias, mantendo os vínculos familiares e aumentando a autonomia para o cuidado.

Os cuidados paliativos – abordagem que visa promover qualidade de vida de pacientes e seus familiares, com doenças que ameaçam a continuidade da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento deve prever o mesmo suporte para as crianças e as suas famílias, com os melhores padrões de assistência nas situações de doenças avançadas, fora de possibilidade terapêutica de cura.

As doenças diarreicas e respiratórias persistem como importantes causas de adoecimento, principalmente em regiões e populações de maior vulnerabilidade – indígenas, quilombolas, ribeirinhas. Quando associadas à desnutrição colocam em risco a vida. A estratégia “Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância” (Aidpi) é 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 (Brasil, 2002c).

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, 2015a, art. 6º, item V).

As violências e aos acidentes, 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 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 (Brasil, 2018b).

A OMS define acidente como algo que resultou ou poderia ter resultado em uma lesão; contudo, a palavra tem uma conotação de imprevisibilidade ou casualidade, uma determinação do destino incontrolável ou não prevenível. Para a violência considera-se quaisquer atos ou omissões dos pais, responsáveis, instituições e, da sociedade em geral, que resultam em dano físico, emocional, sexual e moral, abrangendo ainda a negligência e/ou abandono (Toledo, 2013).

Tanto os acidentes como a violência são causadores de lesões físicas e emocionais, que podem ocorrer no ambiente doméstico (qualquer espaço de convivência familiar) ou social (trabalho, escola, esporte e lazer). Ambos são considerados como evitáveis, mas diferenciam-se pela não intencionalidade do acidente e a violência, tendo o uso da força contra uma pessoa, um grupo ou uma comunidade, uma característica dolosa. É importante que os profissionais de saúde reflitam sobre essas categorias e suas repercussões nas ações de prevenção e de promoção da cultura de paz os agravos, considerando que ambos são evitáveis.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) respaldam essas ações, defendendo que nenhuma criança seja objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão e que a criança tenha 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 (Brasil, 2006).

Nos serviços de saúde, as linhas de cuidado para prevenção de acidentes e violência começam pela identificação de fatores de riscos e vulnerabilidades da criança e família no seu contexto social.

Os fatores de risco e de vulnerabilidade para a ocorrência de acidentes são divididos em: (i) intrapessoais, relacionados à idade - a criança, em seu processo natural de desenvolvimento tem comportamento exploratório, que desafia sua integridade -; (ii) interpessoais se relacionam aos cuidados exercidos pela família e ao ambiente doméstico - menores de 2 anos estão sujeitos a riscos impostos por terceiros, como queimaduras, intoxicações, colisão de automóvel e quedas; pré-escolares (de 2 a 6 anos) sofrem mais atropelamentos, acidentes por submersão, quedas de lugares altos, ferimentos, lacerações e queimaduras -; (iii) institucionais estão ligados à comunidade, ao bairro, à escola e à urbanização; e (iv) fatores culturais, que são aqueles relacionados à sociedade (Toledo, 2013).

A natureza dos atos violentos pode ser física, sexual, psicológica ou envolver a negligência, a privação e o abandono. Os tipos de violências, segundo Relatório da OMS, estão divididos em três grandes categorias: 1. violência dirigida a si mesmo ou autoinfligida: inclui a tentativa de suicídio (comportamento suicida), o suicídio e a automutilação; 2. violência interpessoal: pode ser intrafamiliar (cometida por quaisquer membros da família) ou comunitária (cometida por pessoas conhecidas ou não); 3. violência coletiva: pode ser social, política ou econômica (envolve organizações maiores, tais como grupos armados, o poder do Estado ou de governos sobre os cidadãos, entre outros) (Toledo, 2013).

Os profissionais de saúde devem estar alertas para os sinais e sintomas da violência e para “acidentes” que se repetem. Com frequência, quando a criança é vítima de violência, os adultos responsáveis apresentam outras justificativas para o fato ou para os sinais e sintomas de sofrimento. Essa criança geralmente é levada para o atendimento por falhas no seu desenvolvimento (desnutrição, obesidade, sintomas

depressivos, dificuldades no aprendizado, distúrbios de conduta ou comportamento, distúrbios do sono, fobias e outros sinais de negligência psicológica ou física). A equipe da APS, por estar muito próxima das famílias, por ter responsabilidade sanitária pela área adscrita pela UBS, tem mais possibilidades de observar de forma ampla e melhor entender a complexidade dessas ocorrências.

Os resultados do Vigilância de Violências e Acidentes, em emergências hospitalares (Viva-Sentinela), no ano de 2007, mostram que as principais causas de atendimento de crianças entre 1 a 10 anos, foram as quedas (67%), seguidas dos acidentes de transporte (15%), do choque por objetos/pessoas (8%) e dos ferimentos por objetos cortantes (7%). Dos 1.939 registros de violência contra crianças, 44% foram por violência sexual, seguida da violência psicológica (36%), da negligência (33%) e da violência física (29%). A residência foi o local de maior ocorrência dos casos de violência contra crianças (Brasil, 2009b).

Ainda em 2017, segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), as causas externas representavam a primeira causa de óbitos de crianças na mesma faixa etária (menores de 10), sendo que as principais causas foram os acidentes de transporte (29,3%), seguidas pelos afogamentos (21,0%) e outros riscos à respiração, como engasgamento com o próprio vômito e por corpo estranho (15,4%). As agressões (violências) foram responsáveis por 6,9% dos óbitos em crianças naquela faixa etária, a quinta causa de óbitos de crianças menores de um ano de idade (Brasil, 2017f).

As equipes da APS, por manterem um contato mais próximo com as comunidades nas quais trabalham, especialmente com as crianças e suas famílias, têm oportunidades únicas durante as visitas domiciliares para realizar ações educativas de como evitar e prevenir acidentes. É recomendado que cada profissional aproveite os momentos das visitas para avaliar aspectos relevantes de segurança no ambiente doméstico, e que o aconselhamento comportamental e de segurança respeite o contexto familiar. Muitas recomendações encontram-se na Caderneta de Saúde da Criança, que podem ser trabalhadas com maior efetividade quando acompanhadas de demonstrações, aproveitando os próprios recursos domésticos ou outros.

Ainda que as situações de acidentes pareçam mais simples de lidar, a reflexão por parte do profissionais de saúde é importante na abordagem dos casos, principalmente dos que se repetem, e revelam uma violência sutil. As situações de violência se apresentam na APS com novos desafios epidemiológicos para a saúde da criança, caracterizados por um forte componente psicossocial. Muito frequentemente, os profissionais deparam-se com situações de difícil compreensão e enfrentamento. Com sentimento de impotência, ou também violentamente impactados, tendem defensivamente a negligenciar ou se esquivar da atenção que a criança e a família precisam.

Situações de violência precisam ser interrompidas. É necessário conversar com a família, explicar que, mesmo que não tenha havido a intenção de ferir ou negligenciar, a criança está em risco e as graves consequências da violência para o crescimento e o desenvolvimento da criança. A proteção da criança deve nortear todo o atendimento prestado, objetivando seu bem-estar e o de seus familiares, além de sua segurança. Assim, o profissional de saúde tem a obrigação legal de comunicar o que está acontecendo às instituições de proteção, salientando que a família se beneficiará da ajuda dos órgãos competentes, e mantendo uma atitude de solidariedade e cooperação, pois a família precisará de amparo e de reorganização de vínculos durante todo processo de atendimento.

A “Ficha de Notificação/Investigação Individual de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências”, lançada pelo MS, possibilita a notificação da violência de natureza física, sexual e psicológica, além da negligência, da privação e do abandono e de suas várias formas de manifestação. A notificação deve ser entendida como instrumento de proteção à criança e de apoio às suas famílias. Além disso, permite que o profissional de saúde, após o registro e o conhecimento do caso, atue na perspectiva de prevenção da violência, especialmente as de repetição, mediante a orientação e o acompanhamento das famílias quando o evento ocorre no âmbito familiar (Brasil, 2018c).

O trabalho em rede com 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 na rede de educação, da assistência social, conselho tutelar, segurança pública, entre outros dispositivos e/ou equipamentos públicos e privados.

A APS, como coordenadora do cuidado no território tem papel fundamental para a integralidade do cuidado da criança em situação de violência. O trabalho integrado entre essa, 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, potencializa o cuidado e facilita a abordagem integral, com mais efetividade e impacto na qualidade de vida das crianças e suas famílias.

Para lidar com a violência e promover a cultura da paz é preciso acreditar que prevenir é possível e crer no potencial de transformação. Prevenir violência significa antecipar, intervir precocemente, evitar ou tornar impossível que o fenômeno aconteça ou se repita. É necessário ter uma abordagem de empatia ao lidar com o problema, respeitando a cultura familiar e comunitária. De igual forma, é necessário desenvolver habilidades de resolução de problemas e utilizar as situações de violência como ponto de partida para mudanças.

A promoção da cultura de paz é uma construção que exige reflexão sobre o conceito da não violência – desafio pedagógico, na escola, na família e na comunidade –, permite, entretanto, 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.

As pessoas nascem com potencial para amar e para a agressividade. A agressividade é a força da afirmação, é necessária para lutar pelos próprios direitos, de combatividade, necessária para lutar pelos próprios direitos, que permite o encontro com o outro. Não se deve confundir agressividade com violência.

Os adultos devem ajudar a criança a canalizar positivamente a agressividade e a não se expressar de forma violenta e destrutiva. É preciso estabelecer limites, sem violência, para que a criança compreenda o que pode e o que não pode ser feito. A compreensão das normas sociais, inclusive para os adultos, depende da repetição e da consistência das mensagens, 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.

VI. Atenção à Saúde de Crianças com Deficiência ou em Situações Específicas e de Vulnerabilidade

“Consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrasetoriais e intersetoriais, 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).

De acordo com a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), a percepção de pertencer a grupos sociais excluídos da maioria dos benefícios da sociedade gera sofrimento e sentimentos de inferioridade e discriminação, e isso contribui na determinação dos padrões de saúde dos indivíduos (CNDSS, 2008).

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. 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 (Brasil, 2018b).

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 (Brasil, 2018b).

A preocupação com a incorporação das necessidades das populações específicas e/ou em situação de vulnerabilidade nas políticas públicas de saúde fez com que o MS criasse políticas especiais de atenção à saúde baseadas nas diretrizes da PNAISC (Brasil, 2015a).

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. Por outro lado, cerca de 70% a 80% das sequelas podem ser evitadas ou minimizadas por meio de condutas pelas diretrizes já colocadas pela PNAISC (Brasil, 2018b).

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; é necessária a inclusão diferenciada e

especial aos serviços de saúde, à educação e assistência social, entre outros, para que conquiste o maior ganho funcional possível nos primeiros anos de vida (Brasil,2016d).

Atenção à Saúde de Crianças Indígenas

As populações indígenas 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. 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, 2018b).

Entre os principais agravos que acometem a população infantil indígena se encontram as doenças respiratórias, desnutrição e outras deficiências nutricionais, doença bucal, diarreicas e infectoparasitárias. A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) nessa população aldeada tem diminuído nos últimos anos - de 74 / 1.000 nascidos vivos (NVs), em 2000, para 42, em 2011. Mas ainda 2,5 vezes maior que a da população brasileira. As TMIs são heterogêneas, em alguns territórios com taxas superiores a 100 óbitos/1.000 NV, como por exemplo, Ianomâmi e Vale do Javari, localizados na Região Norte (Brasil, 2018b).

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.

Atenção à Saúde de Crianças em Situação de Rua

A pesquisa sobre crianças e adolescentes em situação de rua, de 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. 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 (Brasil, 2018b).

O Consultório na Rua é considerado a porta de entrada preferencial na Atenção Básica, mas não a única, 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 (Brasil, 2014e).

O acolhimento com escuta qualificada é o primeiro passo para o cuidado de crianças em situação de rua. Os profissionais devem estar preparados para a abordagem multidisciplinar e intersetorial 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 notificação é importante

e definida por lei, mas pode e deve ser feita no momento apropriado, como instrumento de proteção e não de denúncia e punição.

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.

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.

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)⁴¹ que prevê a inclusão das unidades prisionais no território da RAS e a implantação de UBS nos estabelecimentos penais, com a inserção de uma equipe multiprofissional, que desenvolve ações integrais de saúde, visando principalmente a mãe detida (Brasil, 2018b). Falta, ainda, a integração entre as equipes que cuidam da pessoa privada de liberdade e dos familiares.

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, e por isso estão mais suscetíveis a algumas doenças. Além disso o tem menor acesso aos serviços. Pesquisas demonstram que mulheres negras gestantes têm menor cobertura de consultas pré-natais, peregrinam mais do que as brancas em busca de vaga hospitalar na hora do parto e recebem menos anestesia durante o trabalho de parto, e conseqüentemente bebês negros têm 25% mais chance de morrer até 1 ano de vida do que os brancos (Brasil, 2018b).

Considera-se racismo institucional o fracasso das instituições/organizações em prover um serviço profissional adequado às pessoas em virtude de sua cor, cultura, origem racial ou étnica. Está diretamente ligado à falta de reconhecimento da cidadania plena da população negra, resultando na redução do acesso integral a bens

⁴¹ Portaria Interministerial n.º 1, de 2 de janeiro de 2014.
https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html

e serviços de qualidade, menor participação e negligência das necessidades específicas, potencializando agravos à saúde. A violência institucional e a discriminação de raça/cor são desafios para o sistema de saúde (Brasil, 2016e).

Crianças Quilombolas

A população quilombola é reconhecida como remanescentes das comunidades dos quilombo. 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, 2018b).

Para inclusão desse grupo populacional foi criado o Programa Brasil Quilombola⁴². 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 (Brasil, 2018b).

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. Representam 19% da população do Brasil (Brasil, 2018b).

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, 2018b).

Para as famílias e crianças negras, quilombolas e do campo, da floresta e das águas, considerando o panorama apresentado, foram instituídas políticas e programas para essas populações: Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, o Programa Brasil Quilombola e a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF)⁴³(Brasil, 2018b).

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 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.

⁴² Decreto n.º 4.887, de 20 de novembro de 2003. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4887.htm

⁴³ Portaria n.º 2.866, de 2 de dezembro de 2011. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html

O planejamento de ações de proteção para crianças e adolescentes deve 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 e na capacidade motora, 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. A Força Nacional do SUS (FN-SUS)⁴⁴ é um componente humanitário, estruturante da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).

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, prejudicial ao 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 (Brasil, 2018b).

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 (Brasil, 2018b).

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).

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, 2015a, art. 6º, item I).

A Vigilância do óbito infantil, fetal e materno é uma estratégia de monitoramento da mortalidade infantil e fetal. É de responsabilidade do gestor municipal e deve ser realizada pela equipe da APS e pelas maternidades e hospitais onde são realizados partos, para levantamento dos possíveis problemas que envolveram a morte de uma mulher, de um feto ou de uma criança por causa evitável na sua área de responsabilidade (Brasil, 2009a).

Por meio de suas múltiplas etapas possibilita melhoria dos registros dos óbitos, orienta as ações de intervenção para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde e redução da mortalidade materna, infantil e perinatal, ainda contribui para a avaliação das ações e dos serviços de saúde e no processo formativo permanente dos profissionais envolvidos por meio de ações de sensibilização e estudos

⁴⁴ Decreto n.º 7.616, de 17 de novembro de 2011 http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7616.htm.

de caso. A interface entre a vigilância do óbito infantil, fetal e materno se faz necessária, na medida em que as ações de prevenção podem beneficiar a mulher e a criança.

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 (Brasil, 2018b).

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 (Brasil, 2009a).

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 a mobilização de tomadores de decisão para o adequado desenvolvimento das intervenções pertinentes.

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.

3. Organização da Saúde da Criança na Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁴⁵

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.

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.

⁴⁵

(BRASIL, 2010 – Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010).

Devem funcionar como orientadoras do cuidado ampliado em serviços, no âmbito local, regional e interestadual (Brasil, 2014f).

Coordenados pela APS, 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, serão referenciados pelas portas de entrada das redes: Atenção Básica, Atenção à Urgência e Emergência, Atenção Psicossocial e redes especiais de acesso aberto.

Para a coordenação do cuidado é essencial a organização do processo de trabalho da ESF, de forma a 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 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. É fundamental, então, a a visão dos pontos da RAS, para oferecer a resposta mais adequada, completa e resolutiva à necessidade da criança.

Os protocolos clínicos assistenciais e as Linhas de Cuidado, formulados conjuntamente por profissionais dos vários serviços definem 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. Além de organizar e facilitar o percurso terapêutico destes usuários, também é importante elemento de integração entre profissionais e serviços.

O **Programa Saúde na Escola – PSE** é um dos mais exemplo mais próximo de como o trabalho em rede e intersetorial pode ser potente na produção do autocuidado, autonomia e participação social, com o objetivo de promoção de saúde. A nova concepção em saúde na escola incorporou o conceito ampliado de saúde como tema 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 (Brasil, 2009c).

A organização das ações do PSE, por meio das equipes das UBS e das escolas possibilita o 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 avaliação das condições de saúde incluem 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 (Brasil, 2009c).

Baseada na necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças mais prevalentes, foram criadas as Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

A Rede de Atenção Materna, Neonatal e Infantil – Rede Cegonha (RC)

Cerca de 90% das gestantes e seus recém-nascidos são saudáveis, necessitam de ações que respeitem a fisiologia do nascimento. A RC pretende influenciar a cultura da sociedade brasileira com relação ao modo de nascer, a promoção da gravidez saudável e o parto natural; mas precisa ter a assistência estruturada para atender essas e a gestante e recém nascidos em risco.

A estratégia, como já foi apresentada anteriormente, fortalece a integração entre as ações de saúde da mulher e da criança até os 2 anos, envolve todos os níveis de atenção 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 feto e a vinculação, prevenindo a morbimortalidade evitável.

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE)

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.

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) é um estabelecimento de complexidade intermediária entre a APS e a Atenção Hospitalar. Equipada com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, costuma ser a porta de entrada da maioria dos casos de urgência e emergência, e é responsável por resolver grande parte das mesmas. Conta com a Sala de Estabilização para assistência temporária e qualificada de estabilização de pacientes críticos/graves, que precisem aguardar vaga hospitalar. Está articulada com a UBS, de onde também recebe encaminhamentos, com a Central de Regulação Médica de Urgência⁴⁶, com o SAMU 192 - componente móvel da rede, deve disponibilizar também a SAMU-Cegonha⁴⁷ -, e com a Atenção Hospitalar para internação, com ofertas de intervenções e procedimentos cirúrgicos (Brasil, 2013i).

A Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência – RCPD

A RCPD tem diretrizes para o cuidado às pessoas com deficiência, temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua, para sua prevenção. 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.

⁴⁶ 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.

⁴⁷ Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha é o transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco. Essas ambulâncias devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais (Brasil, 2010b).

Além das ações da APS – nas UBS, do Nasf, Academia da Saúde⁴⁸; PSE; Melhor em Casa⁴⁹ –, a RCDP conta com os Centros Especializados em Reabilitação (CER)⁵⁰; Oficinas Ortopédicas⁵¹ e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO)⁵².

A Rede de Atenção Psicossocial – Raps

A sociedade 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.

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.

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). 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.

A Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas

⁴⁸ Lançado em 2011, os polos do Programa Academia da Saúde contam com infraestrutura apropriada, equipamentos e profissionais qualificados, instalados em espaços públicos, é uma estratégia de promoção e produção do cuidado com a saúde.

<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/academia-da-saude>

⁴⁹ O Melhor em Casa é um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair de casa, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento. A atenção domiciliar visa a proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de estar no aconchego do lar.

⁵⁰ Centro Especializado em Reabilitação (CER), de atenção ambulatorial, realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. 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.

⁵¹ A 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 RCDP no Estado.

⁵² O Centro Especializado em Odontologia (CEO) oferta atendimento especializado odontológico e ao integrar a Rede PCD recebe qualificação para o atendimento da pessoa com deficiência.

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.

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.

4. Conclusão

O cuidado integral da criança demanda 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 RAS, 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, da comunidade e sociedade. O olhar de cada profissional da equipe de saúde, de acordo com a sua formação e experiência de vida, 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. É sob essa ótica que cada trabalhador articula sua ação com a dos outros, 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 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, 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.

Parte significativa dos problemas de saúde da criança atendidos na APS, complexos e multifatoriais, como obesidade e outras doenças crônicas, agravos psicossociais/comportamentais, dificuldades escolares, situações familiares de violência, uso de drogas etc., necessitam de abordagem multiprofissional e em rede intrasetorial na saúde e intersetorial.

Assim, é muito importante o conhecimento das políticas públicas, o que elas determinam como deveres do estado e dispõem para o trabalho de profissionais responsáveis e comprometidos com a produção e promoção de saúde.

Vocês sabiam de todos esses recursos?

Tudo isso é SUS, e depende de nós!!!

5. Para saber mais:

O texto foi elaborado com base no “Cadernos de Atenção Básica 33 - Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento” e na publicação do MS da “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, orientações para implementação”. Outras referências foram acrescentadas para enriquecer os recortes que fizemos com o objetivo de resumir.

Almeida AC, Mendes LC, Sad IR, Ramos EG, Fonseca VM, Peixoto MVM. **Uso de instrumento de acompanhamento e desenvolvimento da criança: revisão sistemática da literatura.** Rev Paul Pediatr. 2016 out;34(1):122-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n1/2237-9622-ress-27-01-e201701116.pdf>. Acesso em: 18/04/2020.

Blank, Danilo. **A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências.** J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 79, supl. 1, pp. S13-S22, June 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572003000700003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. Agência Brasil - São Paulo. Publicado por Letycia Bond em 10/03/2020. **Impactos da Estratégia Saúde da Família e Desafios para o Desenvolvimento Infantil.** Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-03/saude-da-familia-contribui-para-reducao-da-mortalidade-infantil>. Acesso em: 10/04/2020.

Brasil. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação-Geral de Atenção Especializada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. 90 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1.** Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. 2. ed. rev. -Brasília: Ministério da Saúde, 2002c. 32 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI_modulo_1.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. 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. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Manual para utilização da caderneta de saúde da criança** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 38 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual%200902.pdf>. Acesso em: 18/04/2020.

Brasil. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005c. 76 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho_crianças_adolescentes_economicamente_ativos.pdf. Acesso em: 24/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**/Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 96 p. – (Série E. Legislação de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/lei_8069_06_0117_M.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. 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. 2007. Seção 1, p. 84. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html. Acesso em: 15/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Bucal**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. 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, 2009a. 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: 20/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Viva : vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b. 154 p. Disponível em

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencias_acidentes.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009c. 96 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf. Acesso em: 24/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Secretaria de Atenção à Saúde. **INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA**. Brasília, Distrito Federal, 2010a. Disponível em: http://www.saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/relatorios/ihac_relatorioih_ac atualizado_ms.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de orientações sobre o transporte neonatal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010b. 40 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacoes_transporte_neonatal.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. 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: Editora do Ministério da Saúde, 2010c. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pamuni.pdf>. Acesso em: 21/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. **O futuro hoje: estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d. 128 p. (Série B. Textos básicos de saúde). (Série ODM Saúde Brasil, v. 4). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/futuro_hoje_estrategia_brasileirinhas_brasileirinhos.pdf. Acesso em: 15/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais [recurso eletrônico] : o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010e. 90 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto_nascimento_domiciliar_parteiras.pdf. Acesso em: 15/04/2020.

Brasil. 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://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 15/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) 2011b. **Rede Cegonha**. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/cegonha> Acesso em: 15/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010)** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011c. 58 p. – (Série I. História da Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf. Acesso em: 21/04/2020.

Brasil. 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**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília :Editora do Ministério da Saúde, 2012b.318 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. Brasília : Ministério da Saúde, 2012c. 32 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. 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 2012d. Seção 1, p. 138. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 15/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012e. 272 p.– (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf. Acesso em: 04/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Teste rápido de gravidez na Atenção Básica : guia técnico /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013a. 16 p. – (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos ; caderno nº 8. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/teste_rapido_gravidez_guia_tecnico.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. 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, 2013b. 50 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_praticas_integradas_atencao.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. 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, 2013c. 204 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. 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 /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013d. 40 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_saude_ocular_infancia.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013f. 84 p 72 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos /** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013g. 236 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/programa_nacional_imunizacoes_pni40.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. 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 /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013h. 28 p. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20 cuidado pessoas%20 doencas cronicas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20cuidado_pessoas%20doencas_cronicas.pdf). Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013i. 84 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf. Acesso em: 24/04/2020

Brasil. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014a. 465 p.– (Cadernos HumanizaSUS ; v. 4). Disponível em: http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Rede Cegonha**. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/ape/cegonha> Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – DGITS/SCTIE. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) - **Relatório nº 115. TESTE DO CORAÇÃOZINHO (OXIMETRIA DE PULSO) NA TRIAGEM NEONATAL**. Publicação no Diário Oficial da União: D.O.U. Nº 110, de 11 de junho de 2014, pág. 56. (2014b) Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/11/Relatorio-TesteCoracaozinho-115-FINAL.pdf>. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014c. 176 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf. Acesso em: 21/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA E TEMÁTICA COORDENAÇÃO-GERAL DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS. **Organização Regional da Linha de Cuidado do Sobrepeso e da Obesidade na Rede de Atenção** à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. 2014d. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_instrutivo_linha_cuidado_obesidade.pdf. Acesso em: 19/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua : um direito humano** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014e. 38p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_populacao_situacao_rua.pdf . Acesso em: 21/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014f. 160 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 24/04/2020.

Brasil. 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. 2015a. Seção 1, p. 37. Disponível em: http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_06.08.2015-I.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. 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**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 2. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015b. 72 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_dez_passos_alimentacao_saudavel_2ed.pdf Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. PORTARIA Nº 1149, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2015. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença Celíaca**. 2015c. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/13/Portaria-SAS-MS---1149-de-11-de-novembro-de-2015.pdf> Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas. Estratégias Coordenação Nacional de Saúde do Homem. / **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde** /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016a. 55p. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016b. 56 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_metodo_canguru.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem neonatal biológica: manual técnico** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016c. 80 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdfAcesso em: 20/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce : crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016d. 184 p. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/26/Diretrizes-de-estimulacao-precoce.pdf>. Acesso em: 21/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Temático Saúde da População Negra** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. - Brasília : Ministério da Saúde, 2016e. 82 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_saude_populacao_negra_v.7.pdf. Acesso em: 24/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017a. 51 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 20/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. **Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano**, 2017b. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/artigos/724-acoes-e-programas/banco-de-leite-humano/41045-rede-brasileira-de-bancos-de-leite-humano>. Acesso em: 21/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017c. 68 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 21/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) Terapêuticas Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV)** 2017d. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_APLV_CP68_2017.pdf. Acesso em: 21/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017e. 234 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/proteger_cuidar_adolescentes_atencao_basica.pdf. Acesso em: 15/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. **Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)**. 2017f. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-violencias-e-acidentes-viva>. Acesso em: 21/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. **Estratégia QualiNeo**. Publicado em 29 de Agosto de 2018a. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/artigos/823-assuntos/saude-para-voce/44189-estrategia-qualineo>. Acesso em: 20/04/2020.

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, 2018b. 180p.

Brasil. Ministério da Saúde. Cartão Nacional de Saúde. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/cartao-nacional-de-saude/sobre-o-programa><https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/cartao-nacional-de-saude/sobre-o-programa>. Acesso em: 18/04/2020.

Brasil. Ministério da Saúde. **Notificação de Violência Interpessoal/ Autoprovocada – Portaria GM/MS nº 1271/2014 e SINAN versão 5.0**. 2018c. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/acidentes-e-violencias/notificacao-de-violencia-interpessoal>. Acesso em: 20/04/2020.

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). **AS CAUSAS SOCIAIS DAS INIQUIDADES EM SAÚDE NO BRASIL. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 24/04/2020.

Consensus. **A queda da imunização no Brasil**. Edição 25. Out./Nov./Dez. 2019. Saúde em Foco. Disponível em: <http://www.conass.org.br/consensus/queda-da-imunizacao-brasil/>. Acesso em: 18/04/2020.

Costa, Ana Maria. **Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18/04/2020.

Duarte, Geraldo. **Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]. 2007, vol.29, n.4 [cited 2020-04-18], pp.171-174. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000400001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18/04/2020.

FALEIROS, Francisca Teresa Veneziano; TREZZA, Ercília Maria Carone; CARANDINA, Luana. **Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração**. Rev. Nutr., Campinas, v. 19, n. 5, p. 623-630, Oct. 2006. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000500010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21/04/2020.

FNDE. Portal do FNDE. Ministério da Educação. Sobre o **Programa Brasil Carinhoso**. Disponível em: <https://www.fnde.gov.br/programas/brasil-carinhoso/sobre-o-plano-ou-programa/sobre-o-brasil-carinhoso>. Acesso em: 18/04/2020.

Franceschini, Trude Ribeiro da Costa. **Observação da relação mãe-bebê-família como uma ferramenta para o aprendizado da integralidade**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. doi:10.11606/D.22.2005.tde-17082005-110109. Acesso em: 2020-04-20.

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). **SITUAÇÃO MUNDIAL DA INFÂNCIA 2019 Crianças, alimentação e nutrição CRESCENDO SAUDÁVEL EM UM MUNDO EM TRANSFORMAÇÃO**. Publicado pelo UNICEF Office of Global Insight and Policy 3 United Nations Plaza, New York, NY 10017, USA, Outubro 2019. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/5566/file/Situacao_Mundial_da_Infancia_2019_ResumoExecutivo.pdf. Acesso em: 15/04/2020.

MARTINS FILHO, José. **A criança terceirizada: Os descaminhos das relações no mundo contemporâneo**. Campinas, SP: Papirus, 2007.

Murahovschi J. **Uma nova pediatria para crianças que vão viver mais de 100 anos - Puericultura, ciência e arte em transição**. In Alves JGB, Carneiro-Sampaio M.(Eds). Prevenção de doenças do adulto na infância e na adolescência. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica Ltda; 2007, p.1-6.

NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA (NCPI). **Estudo impactos da estratégia saúde da família e desafios para o desenvolvimento infantil: estudo 5 / Comitê Científico Núcleo Ciência pela Infância**. — São Paulo : NCPI, 2019. 36 p. Disponível em: https://ncpi.org.br/wp-content/uploads/2020/03/NCPI-WP_5.pdf. Acesso em: 18/04/2020.

SBIm-Revista Imunizações Volume 12, Número 4, Dezembro / 2019. Publicação da Sociedade Brasileira de Imunizações. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/revistas/revista-imuniz-sbim-v12-n4-2019.pdf>. Acesso em: 18/04/2020.

Schwengber, Daniela Delias de Souza & Picinini, Cesar Augusto; **O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê**. Estudos de Psicologia, UFRGS, v. 08, n. 03. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19962.pdf>. Acesso em: 18/04/2020.

Silva, Fabiane Blanco e; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz; MELLO, Débora Falleiros de. Utilização da caderneta de saúde da criança pela família: percepção dos profissionais. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 407-414, June 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200407&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21/04/2020.

Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. **Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – 2011**. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/Consolida_Sinasc_2011.pdf. Acesso em: 18/04/2020.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola**/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2012. 148 p. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/publicacoes/14617a-pdmanualnutrologia-alimentacao.pdf. Acesso em: 18/04/2020.

Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). **Semana Mundial de Amamentação - 2019**. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/semana-mundial-de-aleitamento-materno-de-2019-vai-propor-abordagem-inclusiva-sobre-o-tema/>. Acesso em: 18/04/2020.

Toledo, Luciano Medeiros de (Org.) **Violência: orientações para profissionais da atenção básica de saúde**. / organizado por Luciano Medeiros de Toledo e Paulo Chagastelles Sabroza. - Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 2013 . 36 p. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_469588428.pdf. Acesso em: 21/04/2020

Winnicott, D.W. (1945) **Desenvolvimento Emocional Primitivo**, em Textos Seleccionados: da Pediatria à Psicanálise. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves, 1988.

Winnicott, D.W. (1949) **O Bebê com Organização em Marcha**, em a Criança e seu Mundo, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1988.

Winnicott, D.W. (1966) **A Mãe Dedicada Comum**, em Os Bebês e suas Mães. São Paulo, Martins Fontes, 1988.

Winnicott, D.W. (1970). **Tudo começa em casa**. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1ªedição brasileira, 1989.