

Políticas Públicas e a Primeiríssima Infância: avanços, limites e desafios

Public Policies and The First Children: advances, limits and challenges

Las Políticas Públicas y La Primera Infancia: avances, límites y desafíos

Recebido: 02/09/2021 | Revisado: 10/09/2021 | Aceito: 15/09/2021 | Publicado: 17/09/2021

Cintia Maria Magalhães Oliveira de Araújo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5915-2768>

Universidade Federal da Bahia, Brasil

E-mail: cintiaraujo2019@hotmail.com

Áliff Ramon Lima Felix da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9526-7311>

Universidade Federal da Bahia, Brasil

E-mail: allif15-felix2010@hotmail.com

Ridalva Dias Félix Martins

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0295-9998>

Universidade Federal da Bahia, Brasil

E-mail: ridalva@gmail.com

Flávia Lavínia de Carvalho Macedo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9191-6588>

Universidade Federal da Bahia, Brasil

E-mail: carvalho.21@hotmail.com

Camila Tahis dos Santos Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2434-2817>

Universidade Federal da Bahia, Brasil

E-mail: camila_tahis@hotmail.com

Irene Cristina de Matos Bezerra

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3636-0089>

Universidade Federal da Bahia, Brasil

E-mail: enfa.cristinamatos@hotmail.com

Resumo

Objetivo: refletir e caracterizar as principais políticas públicas e programas de saúde e seus impactos no crescimento e desenvolvimento na primeiríssima infância. **Método:** Trata-se de uma revisão crítica oriunda do estudo e debates de políticas de saúde voltadas à primeiríssima infância. **Resultados e Discussão:** Ao realizarmos um traçado histórico nas políticas públicas em saúde na primeiríssima infância, podemos destacar avanços em vários aspectos, seja na criação, ampliação ou melhoria de políticas e abordagens. **Conclusão:** É evidente a preocupação e as tentativas em oferecer políticas direcionadas à primeiríssima infância com vistas ao crescimento e desenvolvimento adequados embora a situação de risco e vulnerabilidade das crianças brasileiras esteja em total conformidade com as desigualdades sociais, econômicas e de acesso aos serviços dificultando a implementação desde arcabouço legal e tornando-o insuficiente.

Palavras-chave: Política de saúde; Saúde da criança; Serviços de saúde da criança.

Abstract

Objective: to reflect and characterize the main public policies and health programs and their impacts on growth and development in very early childhood. **Method:** This is a critical review arising from the study and debates on health policies aimed at very early childhood. **Results and Discussion:** By making a historical outline of public health policies in very early childhood, we can highlight advances in various aspects, whether in the creation, expansion or improvement of policies and approaches. **Conclusion:** It is evident the concern and attempts to offer policies aimed at the very early childhood with a view to adequate growth and development, although the risk and vulnerability situation of Brazilian children is in full compliance with social, economic and access to services inequalities, making it difficult to implementation since the legal framework and making it insufficient.

Keywords: Health policy; Child health; Child health services.

Resumen

Objetivo: reflejar y caracterizar las principales políticas públicas y programas de salud y sus impactos en el crecimiento y desarrollo en la primera infancia. **Método:** Se trata de una revisión crítica surgida del estudio y debates sobre políticas de salud dirigidas a la primera infancia. **Resultados y Discusión:** Al hacer un esbozo histórico de las políticas de salud pública en la primera infancia, podemos destacar avances en diversos aspectos, ya sea en la creación, ampliación o mejora de políticas y enfoques. **Conclusión:** Es evidente la preocupación y los intentos de ofrecer políticas dirigidas a la primera infancia con miras a un adecuado crecimiento y desarrollo, aunque la situación de riesgo y vulnerabilidad de

la niñez brasileña está en plena conformidad con las desigualdades sociales, económicas y de acceso a los servicios, dificultando su implementación desde el marco legal y haciéndolo insuficiente.

Palabras clave: Política de salud; Política de salud infantil; Servicios de salud infantil.

1. Introdução

O crescimento e desenvolvimento são fenômenos vinculados a alguns fatores, dentre eles nutricionais, ambientais e genéticos. O crescimento diz respeito ao aumento do tamanho físico, envolve o aumento da massa corporal, e já o desenvolvimento corresponde ao crescimento da capacidade funcional, obedecendo uma ordem cronológica para a ocorrência dos eventos. Esses conceitos, são correlatos entre si, pois à medida que a criança cresce, vai também se desenvolvendo (Brasil, 2002).

Nesse sentido, o crescimento e desenvolvimento infantil que ocorre no período da primeiríssima infância abrangem mudanças importantes já que é nessa fase em que acontece a maior parte das mudanças psicológicas e físicas, o que requer um acompanhamento contínuo. Assim, o objetivo é a manutenção e promoção da saúde, assim como a identificação e intervenção de fenômenos que possam comprometer a saúde da criança (Hockenberry, 2011).

Logo, considera-se “primeiríssima infância” o período que abrange desde a gestação até os três primeiros anos de vida. Trata-se de um período sensível para o desenvolvimento saudável, que exige condições adequadas de nutrição e cuidado, pois são fundamentais para desenvolver as funções cerebrais ao longo de toda a vida (São Paulo, 2013).

Nessa fase de primeiríssima infância, há uma necessidade de intervir nas principais causas de morbimortalidade infantil. Mundialmente, existem ferramentas para mensurar a mortalidade dos países, como os indicadores de saúde, que atuam na avaliação e no planejamento de políticas públicas com o objetivo de implementar a atenção à saúde da criança. Dentre as ferramentas, o coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) é um dos principais indicadores, que representa os fatores associados às condições de saúde e a precocidade de óbitos (Araújo Filho et al., 2018).

Embora o Brasil tenha conseguido melhorar seus indicadores de saúde nos últimos anos, as disparidades sociais e econômicas, as diferenças intra e inter-regionais das taxas de mortalidade infantil continuam a prevalecer em algumas regiões. Em 2010, a região norte do país apresentou dados que variavam de 11,0 a 21,8 óbitos a cada mil nascidos vivos e na região nordeste, a taxa de mortalidade infantil encontrava-se entre 11,9 e 17,8 óbitos/1.000 Nascidos Vivos (NV). Já nas regiões sudeste e sul as taxas variaram menos, de modo que se mostraram entre 9,1 e 13,2 óbitos/1.000 NV. Desse modo, as capitais da região centro-oeste apresentam sua taxa de mortalidade infantil similar entre si, variando de 12,6 a 13,2 óbitos/1.000 NV (Brasil, 2014b).

No Brasil, estudos referentes à mortalidade infantil, conforme o eixo étnico-racial demonstram os desafios e a complexidade no que tange a ampliação da cobertura dos serviços de saúde para diferentes grupos étnicos, evidenciando a necessidade da descrição raça cor nas declarações de nascidos vivos e óbitos para obter melhor fidedignidade e confiabilidade dos dados de saúde de modo a auxiliar na criação, ampliação, melhoramento e/ou execução de ações e políticas de saúde (Picolli, Cazola, Nascimento, 2019).

A evidência da morbimortalidade infantil se configura como um desafio para os serviços de saúde e sociedade já que configura um indicador que representa a organização social e econômica do país. Deste modo, instituições nacionais e internacionais se mobilizam na criação e na busca de políticas públicas capazes de solucionar o enfrentamento e melhoria nestes indicadores (Careli, Scarpelini, Furtado, 2014).

Assim, as políticas públicas englobam tudo o que diz respeito à vida coletiva das pessoas em sociedade e em suas organizações. Podem ser caracterizadas como um conjunto de ações voltadas ao atendimento das demandas sociais, focadas nos resultados das decisões tomadas pelo governo, e pelos movimentos sociais em geral, já que outras entidades como associações

de moradores, organizações não governamentais, empresas concessionárias, podem ser promotoras de políticas públicas (Moraes, Rodrigues, 2011)

Considerando a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças em sua primeiríssima infância e das políticas públicas implementadas no cumprimento dos seus direitos desde o momento do parto e nascimento, estipulou-se como objetivo geral deste estudo: refletir e caracterizar as principais políticas públicas e programas de saúde e seus impactos no crescimento e desenvolvimento na primeiríssima infância.

2. Metodologia

Trata-se de uma reflexão crítica que segundo Assis e Jorge (2010) é indicada para o campo da saúde por se tratar de um ramo transversalizado por saberes interdisciplinares e aspectos relacionados à teoria e prática, além de processos de trabalho, políticas e avaliação de programas e serviços de saúde, tendo em vista as características singulares deste tipo de estudo. Busca refletir a partir da vivência dos profissionais de saúde a análise das políticas e seus impactos na primeiríssima infância. Por isso, acreditamos que esta abordagem seja mais adequada para permitir uma reflexão acerca da temática.

Assim, para efetivação do presente estudo optou-se por construir um ensaio de cunho reflexivo oriundo do estudo e debates de Políticas de Saúde voltadas à primeiríssima infância, como requisito avaliativo para a disciplina Saúde da Criança e do Adolescente, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal da Bahia. A disciplina foi desenvolvida entre março e junho de 2021.

As reflexões propostas foram embasadas à luz de publicações oficiais disponíveis pelo Ministério da Saúde e outros órgãos internacionais, além de artigos referentes à temática definida anteriormente contemplando publicações atemporais devido ao critério de descrição cronológica abordada. Assim, utilizou-se uma sequência de etapas que permitiram alcançar o objetivo proposto. Primeiramente, definição de tema e posteriormente iniciou-se a pesquisa nos sites oficiais, considerando a grande relevância e abrangência no meio científico. Em seguida, optou-se por selecionar apenas publicações referentes a políticas voltadas à primeiríssima infância no Brasil.

Realizou-se uma leitura interpretativa e reflexiva do material pesquisado, para apresentação das explicações na forma de eixos condutores na obtenção dos resultados advindos de interpretações e impressões reflexivas dos autores, que compreendem e descrevem a ordem cronológica das políticas públicas, os principais avanços, bem como os limites e desafios evidenciados.

3. Resultados e Discussão

Caracterização das principais políticas e programas de saúde para a primeira infância- linha histórica

A saúde da criança está na agenda política do Brasil há várias décadas como uma preocupação governamental. Segundo Macedo (2016), em 1937, durante o Estado Novo, foi instituído o primeiro programa nessa área, com ações para proteção da maternidade, infância e adolescência sob a responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde.

Na década de 70 veio à tona alguns Programas Verticais de Atenção à saúde materno-infantil também denominada fase de “excesso de intervenção médica sobre o corpo feminino”, pelo abuso das cesarianas como forma de nascimento. São eles a seguir: o Programa de saúde materno-infantil, que deu o primeiro passo com preocupação com o binômio mãe-filho, em 1975, e o Programa de prevenção a gravidez de alto Risco, em 1978, com enfoque na nutrição do grupo infantil e tratamento e diagnóstico da esterilidade e infertilidade femininas (Almeida, 2005).

O Programa Nacional de Imunização (PNI), foi institucionalizado pela Lei 6.259/75 e regulamentado pelo Decreto 78.231 de 12 de agosto de 1976, quando é divulgada o calendário básico de vacinação nacional contemplando imunobiológicos fornecidos gratuitamente à população e serve de base para elaboração de calendários abrangentes a todas as faixas etárias infantis no país.

A sua formulação teve como missão coordenar as ações de imunização no país, outrora organizadas por programas de controle de doenças específicas da época. No ano de 1977, através da Portaria n. 452/77, cria-se o primeiro calendário vacinal brasileiro, implementando a vacinação infantil recomendada a seguir: tríplice bacteriana (DTP), contra a difteria, tétano e coqueluche; BCG (Bacilo de Calmette-Guerin), contra a tuberculose; a monovalente contra o sarampo e a VOP contra a poliomielite. Posteriormente outras Portarias instituem a vacinação por ciclos de vida como calendário da criança, do adolescente e do idoso, ampliando a imunização da população brasileira.

A década de 1980 foi o marco da institucionalização do parto e os cuidados materno-infantis com o surgimento das legislações específicas, permitindo a intervenção médica com novos conhecimentos fisiológicos e patológicos relacionados ao pré-natal, parto, puerpério, recém-nascido e criança. Em 1983, foi lançado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com o objetivo de desenvolver ações para melhorar as condições de saúde, a cobertura e a rede pública de serviços. Em 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) que segmentou as ações mais específicas para cada grupo (Brasil, 2011b).

Através da criação da Carta Magna em 1988 que legalizou todos os direitos à saúde do cidadão, inclusive às mães e suas crianças, preconizou-se as discussões sobre o direito à saúde dos brasileiros, enfatizando a obrigação governamental. Nesse sentido, constituindo a base dos direitos reprodutivos femininos, dentre eles, destacam-se: o direito das presidiárias de permanecer com seus filhos durante o período de amamentação; a proteção à maternidade e à infância; a licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias; a licença-paternidade, nos termos fixados em lei; a assistência gratuita aos filhos e dependentes, desde o nascimento até seis anos de idade em creches e pré-escolas; a proteção especialmente à gestante; e ao planejamento familiar (Brasil, 1988).

Em 1990, foi instituído o ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, reconhecido internacionalmente como um dos mais avançados Diplomas Legais dedicados à garantia dos direitos da população infanto-juvenil. Sua criação teve a intenção de ampliar os direitos dessa clientela específica nas unidades federativas brasileiras, relembrando a responsabilidade de assegurar o direito ao pleno desenvolvimento na infância compartilhado pelo Estado, pela sociedade e pela família.

Ainda em 1990, o Brasil e mais 160 países assinaram a "Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança, um encontro Mundial de Cúpula pela Criança, os líderes mundiais se comprometeram a trabalhar em favor da saúde e dos direitos das crianças e das mães, a combater a desnutrição e o analfabetismo e a erradicar as doenças que têm causado a morte de milhões de crianças a cada ano, declarando assim, assumir o comprometimento compartilhado de fazer e executar o apelo de oferecer à criança um futuro melhor.

Nesse sentido, no mesmo ano é assinada a Declaração de Innocenti, um encontro internacional na Itália, que foi assim denominado por ter sido aprovado no hospital italiano Spedele Degli Innocenti, marcando a gênese da Semana Mundial do Aleitamento Materno, resgatando o direito da mulher a aprender a praticar a amamentação com sucesso. Estabelece quatro objetivos para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno: adoção de legislação que proteja a mulher no local de trabalho; implementação dos “dez passos para o sucesso do aleitamento”; criação de um comitê nacional de coordenação de amamentação para cada país; Implementação de comitê Internacional de Comercialização dos substitutos do leite materno e todas as resoluções relevantes da assembleia mundial de saúde (UNICEF, 2008).

A Organização da Aliança Mundial de Ação Pró-amamentação (World Alliance for Breastfeeding Action- WABA) foi criada em 1991 a fim de garantir que os 150 países signatários, incluindo o Brasil, responsabiliza com a prioridade na amamentação, cumprissem fielmente os objetivos preconizados nesse encontro (UNICEF, 2008).

A Primeira Semana Mundial do Aleitamento Materno ocorrida em 1992, organizada pela WABA, foi o primeiro evento direcionado a discussão de assuntos relacionados à importância da amamentação e utilização do leite artificial como seu substituto. Ainda nesse encontro foi idealizada a “Iniciativa Hospital amigo da criança” com a finalidade de apoiar, proteger e promover o aleitamento materno, mobilizando profissionais de saúde atuantes em maternidades na tentativa de iniciar uma grande mudança nas condutas e rotinas a fim de prevenir o desmame precoce (UNICEF, 2008).

A Triagem Neonatal, mais comumente chamado de Teste do Pezinho – foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1992 através da Portaria GM/MS nº 22, de 15 de Janeiro de 1992, com uma legislação que determinava a obrigatoriedade do teste em todos os recém-nascidos vivos e incluía a avaliação para Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito, culminando, mais tarde, numa nova portaria mais ampla de acesso a triagem neonatal (Brasil, 2002).

Outro marco relacionado ao recém-nascido, foi a publicação da Portaria 1016 de 26 de agosto de 1993 do Ministério da Saúde, que trata das altas precoces e todo o cuidado que a equipe multiprofissional deve ter com o RN nas primeiras 48 horas de vida:” as altas não deverão ser dadas antes de 48 horas, considerando o alto teor educativo inerente ao sistema de alojamento conjunto e por ser esse período importante na detecção de patologias neonatais”.

Como forma de melhorar os indicadores, no ano 2000, o governo federal instituiu no país o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o propósito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, adotando medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério estipular um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas durante o seguimento da gestação, que orientasse um fluxo de atendimento próprio (Martinelli et al., 2014).

Em 2001, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, empenhou-se na reavaliação da Triagem Neonatal no SUS, que culminou na publicação da Portaria n.º 822, de 6 de junho de 2001 com a criação do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). Dentre os principais objetivos do programa, destacam-se a ampliação da gama de patologias triadas (Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística), busca da cobertura de 100% dos nascidos vivos e a definição de uma abordagem mais ampla da questão, determinando que o processo de Triagem Neonatal envolve várias etapas como: a realização do exame laboratorial, a busca ativa dos casos suspeitos, a confirmação diagnóstica, o tratamento e o acompanhamento multidisciplinar especializado dos pacientes (Brasil, 2002).

Em 2003, o Programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) é lançado pelo Ministério da Saúde em conjunto com a OMS e a UNICEF. O programa tem por finalidade promover uma rápida e significativa redução da mortalidade na infância, assumindo uma nova abordagem da atenção à saúde da criança, caracterizada pela consideração simultânea e integrada do conjunto de doenças de maior prevalência na infância, ao invés do enfoque tradicional que busca abordar cada doença isoladamente, como se ela fosse independente das demais doenças que atingem a criança e do contexto em que ela está inserida.

A partir de então, com a necessidade da humanização no atendimento pré-natal e nascimento, surgiu a prerrogativa de alcançar os profissionais para melhorar sua postura diante de situações específicas no atendimento de prematuros no ambiente hospitalar e das maternidades. Assim, foi criada a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso sob a Portaria GM/MS n.693 de 05 de julho de 2000, posteriormente revogada pela Portaria n. 1683 de 12 de julho de 2007 que ampliou o acesso de prematuros à triagem neonatal (Brasil, 2000).

Outro aspecto relevante na saúde do recém-nascido e da criança refere-se ao direito da mãe trabalhadora, no período dos primeiros meses de vida do recém-nascido, ao afastamento dos afazeres laborais, a garantia de proteção e conforto das

mulheres no ambiente de trabalho e o direito à creche e a pausas para amamentar no ambiente de trabalho garantido por Lei. (Consolidação das Leis do Trabalho: Art. 389: § I, II; Art,1943).

Mais tarde, surge um novo Projeto de Lei do Senado n. 281 DE 2005, que cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação de licença maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, que prorroga por mais sessenta dias a duração da licença maternidade prevista no art 7º XVIII da Constituição Federal. A prorrogação será garantida à empregada da pessoa jurídica que aderir ao programa, desde que a mesma requeira até o final do primeiro mês após o parto, e concedida imediatamente após fruição da licença maternidade (Brasil, 2005b)

Partindo desse pressuposto, surge o Método Canguru sob a Portaria 1683 de 12 de julho de 2007 – Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru, modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado, composto por três etapas específicas, reúne estratégias de intervenções biopsicossociais às gestantes de alto risco para o nascimento de crianças de baixo peso e suas famílias. Inicia-se com o contato pele-a-pele, na posição canguru, junto ao tórax, em posição vertical, de forma que profissionais como psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos neonatologistas e pediatras, nutricionistas, terapeutas ocupacionais que de forma transdisciplinar, auxiliarão a família a vencer o receio do desconhecido da prematuridade precoce e crescente, por livre escolha da mãe e família, por um tempo determinado por eles, de forma a não gerar cansaço e desconforto para ambas as partes (Brasil, 2007).

A triagem auditiva ou teste da orelhinha, garantida pela Lei n. 12.303 de 02 de agosto de 2010 dispõe sobre a obrigatoriedade de realização do exame denominado Emissões Otoacústicas Evocadas e dá outras providências. Essa lei obriga todos os hospitais e maternidades do país a realizarem o exame, gratuitamente, em crianças nascidas em suas dependências, que deve ser realizado em todas as crianças do nascimento até os três meses de idade.

Vale ressaltar a importância do profissional de saúde nesse contexto de realização do teste da orelhinha do RN internado em unidades de saúde, mais especificamente do enfermeiro assistencial que mantém maior contato com esses pacientes e sua genitora e família, além da responsabilidade de fornecer todas as informações sobre o teste no momento da alta hospitalar (grifo nosso).

A fim de consolidar para a mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, no parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, o Ministério da Saúde instituiu em 2011, a portaria do MS 1.459 de 24 de junho de 2011 denominada de Rede Cegonha, iniciativa do governo federal, que se configura como uma rede de cuidados que visa reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal e assegurar à mulher e à criança, o direito à atenção humanizada desde o pré-natal ao desenvolvimento da criança, até dois anos de idade, em todos os serviços de saúde do SUS. Desde então, a Rede Cegonha propõe a organização e a qualificação da atenção e gestão materna e infantil em todo território nacional, como, por exemplo, a garantia da ampliação do acesso de qualidade do pré-natal e a vinculação da gestante à unidade de referência, institui a Lei do acompanhante, garantindo à gestante a escolha de sua rede de apoio no momento do parto, versa sobre o redimensionamento estrutura, pessoal e material nas unidades neonatais. além de assegurar o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança, visando a melhoria no modelo de atenção obstétrica e neonatal atuais (Brasil, 2011 b).

A Portaria n. 20 de 10 de junho de 2014 institui a obrigatoriedade em todas as maternidades a realização do Teste do Coraçõzinho, assim como triagem neonatal da cardiopatia congênita, que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Trata-se de um exame importante para o diagnóstico precoce da cardiopatia congênita crítica, é indolor, simples e rápido que consiste na utilização de oximetria de pulso em neonatos internados em unidades de saúde e maternidades, aparentemente saudáveis, com idade gestacional maior de 34 semanas, até 48 horas de vida e antes da alta hospitalar (SBP, 2011).

A Resolução CD/FNDE/MEC nº 19, de 29 de setembro de 2014 institui o Programa Brasil Carinhoso e estabelece os procedimentos operacionais para a transferência obrigatória de recursos financeiros aos municípios e ao Distrito Federal, a título

de apoio financeiro complementar à manutenção e ao desenvolvimento da educação infantil para o atendimento de crianças de zero a 48 meses informadas no Censo Escolar da Educação Básica, cujas famílias sejam beneficiárias do Programa Bolsa Família, em creches públicas ou conveniadas com o poder público, a partir do exercício de 2014.

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foi instituída por meio da Portaria GM 1.130, de 5 de agosto de 2015, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que possui como objetivo principal promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (Brasil, 2015).

Em 2016, o Decreto nº 8.869 de 2016, institui o Programa Criança Feliz, com a finalidade de atender gestantes, crianças de até seis anos e suas famílias com a seguinte prioridade: I - gestantes, crianças de até três anos e suas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família; II - crianças de até seis anos e suas famílias beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada; III - crianças de até seis anos afastadas do convívio familiar em razão da aplicação de medida de proteção prevista no art. 101, caput, incisos VII e VIII, da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e suas famílias.

Em 2021, o documento intitulado “Cenário da Infância e Adolescência no Brasil”, foi lançado pela Fundação Abrinq com o objetivo de traçar um panorama geral da infância e adolescência no país a partir da análise e exposição dos principais indicadores sociais do Brasil e Regiões, demonstrando a atual situação de indicadores importantes como fome, pobreza, mortalidade, educação, dentre outros, relacionados com essa população, relacionando os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) propostos na Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) e com as metas adaptadas ao contexto nacional (ABRINQ, 2021).

Nesse sentido, a saúde infantil vem sofrendo grandes mudanças no cenário brasileiro, com redução significativa da morbimortalidade, nas últimas décadas, graças às políticas públicas de saúde implementadas pelo governo. Entretanto, a consolidação dos princípios básicos do Sistema Único de Saúde – SUS – ainda não foi suficiente para incluir a todos, como reza o princípio da universalidade e de forma igual como preconiza o da igualdade. Muitos casos de doença e morte materno-infantis são subnotificados, produzindo iniquidades, exclusão e desconstrução do modelo assistencial de saúde compartimentalizado, que deveria abranger a todos (grifo nosso).

Avanços nas políticas voltadas para a primeiríssima infância

Ao realizarmos um traçado histórico nas políticas públicas em saúde na primeiríssima infância, podemos destacar avanços em vários aspectos, seja na criação, ampliação ou melhoria de políticas e abordagens. O primeiro marco é a criação do SUS em 1988, que garante direito à saúde, seguido do ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente) criado em 1990 que protege e defende, de modo integral, a criança brasileira.

No contexto neonatal, é notável a preocupação governamental em ampliar a atenção à saúde dos neonatos através de documentos específicos criados para esse fim, a exemplo da Portaria 1016 de 26 de agosto de 1993 do Ministério da Saúde, que trata das altas precoces e todo o cuidado que a equipe multiprofissional deve ter com o RN nas primeiras 48 horas de vida:” o AIDIPI Neonatal e ampliação do Programa Nacional de Imunização, que respectivamente, se preocupa com a assistência de qualidade em sala de parto ao binômio e busca pela redução doenças imunopreveníveis (Brasil, 1993; 1975; 2014).

Como forma de melhoria e ampliação, surge o Programa Nacional de Triagem Neonatal - PNTN - cria o mecanismo para que seja alcançada a meta principal, que é a prevenção e redução da morbimortalidade provocada pelas patologias triadas (Brasil, 2002).

Um avanço na política de saúde da criança, foi a criação do AIDPI, uma estratégia utilizada pelos profissionais de saúde para melhorar sua atuação nesse período. As condutas preconizadas pela AIDPI incorporam todas as normas do Ministério da

Saúde relativas à promoção, prevenção e tratamento dos problemas infantis mais frequentes, como aqueles relacionados ao aleitamento materno, promoção de alimentação saudável, crescimento e desenvolvimento, imunização, assim como o controle dos agravos à saúde tais como: desnutrição, doenças diarréicas, infecções respiratórias agudas e malária, entre outros. A operacionalização dessa estratégia vem sendo efetivada principalmente pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) e capilarizada em todo território nacional (Brasil, 2003).

Em 2004, a Coordenação de Atenção à Criança, do Ministério da Saúde, apresenta a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, como orientação para a ação de todos os profissionais que lidam com a criança, ressaltando o foco da atenção de todos, cada qual dentro de sua missão profissional, tendo na criança, em toda e qualquer oportunidade a que se apresente, seja na unidade de saúde, no domicílio ou espaços coletivos, como a creche, pré-escola e a escola. Assim, a criança pode se beneficiar de um cuidado integral e multiprofissional, que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo, incluindo moradia, água tratada, educação, dentre outros (Brasil, 2004).

Essa medida implementou um dos princípios fundamentais do SUS - o da igualdade - que garante o acesso de forma igual dos recém-nascidos brasileiros aos testes de triagem neonatal, independentemente da origem geográfica, raça e classe socioeconômica a que pertence, além de corrigir uma antiga distorção, ao adequar a triagem neonatal de distúrbios metabólicos às características étnicas da população brasileira (Brasil, 2004).

Um avanço importante no que tange a primeiríssima infância foi a "Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança" foi lançado pelos países que se comprometem com a melhoria das condições de saúde e de nutrição da criança como uma obrigação primordial e, também, uma tarefa para a qual existem soluções ao nosso alcance, salvando a vida de dezenas de milhares de meninos e meninas, porque as causas dessas mortes são facilmente evitáveis, com redução da mortalidade infantil atualmente inaceitavelmente alta em muitas partes do mundo, podendo ser drasticamente reduzida com a utilização de medidas conhecidas e de fácil acesso (Brasil, 2004).

Nesse sentido, fortalecer o papel desempenhado pela mulher, em geral, e a garantia de igualdade de direitos beneficiarão as crianças do mundo inteiro, dando tratamento igualitário às meninas em relação aos meninos, desde o nascimento (Brasil, 2004).

No que tange a mulher e sua saúde nesse contexto, um dos avanços através do IHAC foi o crescimento de mulheres que amamentam exclusivamente ao seio materno até sua alta hospitalar, ação essa que vem crescendo nos últimos anos. Segundo o IHAC, pelo menos 75% das parturientes do ano anterior amamentaram exclusivamente seus filhos ou alimentam seus filhos exclusivamente com leite materno do nascimento à alta (UNICEF, 2008).

Em alguns casos isso pode não acontecer por motivos médicos justificados ou pelas chamadas “escolhas plenamente informadas”: Mães HIV positivas que tomaram uma decisão informada pela substituição adequada da amamentação são consideradas como tendo feito uma “escolha informada” e, portanto, atendem ao critério especificado no documento. Se menos de 75% das parturientes em uma unidade amamentaram do parto à alta, o programa indica que deve haver uma preocupação urgente em aumentar as taxas de amamentação exclusiva. Quando a meta de 75% for alcançada, uma avaliação externa deve ser agendada (UNICEF, 2008).

É notório, que os novos avanços tecnológicos vêm aumentando de forma impressionante, principalmente tratando-se do diagnóstico e a abordagem humanizada de recém-nascidos e crianças enfermas, mais especificamente aqueles de baixo peso, que necessitam de maior atenção e cuidado. Esses avanços são de suma importância para seu crescimento saudável, ressaltando-se que o adequado desenvolvimento desses neonatos especiais é definido pelo equilíbrio do suporte das suas necessidades básicas e biológicas como também pelas ambientais e familiares (Brasil, 2011a).

Um avanço e marco do parto ao nascimento, é a implantação do método canguru nas maternidades. As vantagens do método Canguru estão relacionadas a seguir: favorece o vínculo mãe-filho; reduz o tempo de separação do binômio; auxilia no

desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo no recém-nascido de baixo peso; estimula o aleitamento materno, proporcionando início mais precoce, maior frequência e duração; permite controle térmico, favorece o estímulo sensorial adequado; reduz os riscos de infecção hospitalar pela alta da unidade de primeira etapa; possibilita incentivo à confiança dos pais no manuseio com seu filho prematuro; produz otimização dos leitos de unidades de terapia intensiva neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais - UCINCO (Brasil, 2011 b).

Esta rede tem como princípios o respeito, à proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, homens, jovens e adolescentes; participação e mobilização social e compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos estados (Brasil, 2011 b).

Quando se fala sobre desenvolvimento infantil, é importante destacar que o mesmo está intrinsecamente atrelado ao estado de pobreza das populações mais vulneráveis, de modo que o Brasil possui uma estimativa alarmante de pobreza.

Um grande avanço na política do País então foi a criação e implantação da Ação Brasil Carinhoso dentro do Plano Brasil sem Miséria que colocou a primeira infância como prioridade na agenda política do país, buscando a melhoria de vida nessa faixa etária, apontando a pobreza como um obstáculo ao desenvolvimento infantil e o baixo desenvolvimento infantil como fator de reprodução da pobreza, reforçando a prioridade às crianças na primeira infância nas políticas para erradicação da pobreza, implementando ações nas áreas de educação, saúde e renda de suas famílias.

Por fim, os avanços trazidos pelas políticas e contribuições para o crescimento e desenvolvimento na primeiríssima infância são transversalizados por aspectos sociais, econômicos e de educação importantes para a consolidação de direitos necessários ao amplo desenvolvimento de forma igualitária e universal.

Limites das políticas e programas de assistência à saúde na primeiríssima infância

Ao longo dos anos, muitas políticas foram criadas e instituíram programas buscando atender a criança de forma integral, porém, sabemos que muitas ações descritas nas políticas ainda não são efetivas ou fogem ao preconizado pelas associações e sociedades em seus estudos e consensos científicos. É o que discutiremos a seguir.

Inicialmente, apontamos que o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é indicado por muitos estudiosos que seu conteúdo mínimo não está sendo executado de maneira satisfatória para a grande maioria das gestantes, em diversos lugares do Brasil. Isso resulta num acompanhamento desigual e no reforço de iniquidades no crescimento e desenvolvimento infantil ainda intrauterino. Foi uma iniciativa sem precedentes na saúde pública brasileira apesar de na prática ser seletiva e excludente (Martinelli et al., 2014).

Outrossim, no que concerne aos limites e desafios de programas, não podemos deixar de ressaltar que apesar dos avanços relacionados à amamentação saudável pelo Programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança ainda é necessário um esforço abrangente, multisetorial e que envolva diversos níveis de governo para proteger, promover e apoiar a alimentação ideal de lactentes e crianças, principalmente na primeiríssima e primeira infância. Isso se deve pela importância e o impacto que estes cuidados nutricionais nessa etapa da vida podem refletir na morbimortalidade na vida adulta (UNICEF, 2008).

Muitos estudos ainda apontam para o desmame precoce que muitas famílias enfrentam por diversos motivos, que vão desde à falta de informações necessárias, o que pode representar na necessidade expansão do Programa para hospitais e maternidades do interior e demais localidades do nosso país, até o acesso aos alimentos que fazem parte de uma alimentação rica e balanceada para estas crianças. Estes fatores englobam a necessidade de disseminação de informações, bem como a necessidade de distribuição de renda para estas famílias a fim de mobilizar e cooperar para o alcance das metas. Assim, as iniciativas podem ser fortalecidas para conquistar e manter os comportamentos e as práticas necessárias para capacitar mães e famílias a oferecerem

a todas as crianças o melhor na sua alimentação e conseqüentemente em seu crescimento e desenvolvimento ideais (UNICEF, 2008).

No que tange os rastreamentos indicados desde o nascimento, há divergências entre os consensos da literatura médica com o que é implementado e ofertado pelo SUS. A avaliação do Reflexo Vermelho é uma delas já que é uma recomendação da Sociedade Brasileira de Oftalmologia Pediátrica e Estrabismo e da Sociedade Brasileira de Pediatria, e que está disponível apenas em alguns municípios por meio de leis municipais, não existindo uma Lei Federal específica que obrigue a realização do exame, por ter uma fácil execução, pode ser implementado a nível federal já que não demanda a mobilização de recursos técnicos de alta complexidade (Ferreira, 2007).

Ainda somando aos rastreamentos neonatais, vale ressaltar a baixa abrangência de doenças que podem ser detectadas pelo teste do pezinho. Isso reforça as iniquidades e o acesso seletivo a métodos diagnósticos que interferem no crescimento e desenvolvimento saudáveis. Nesse contexto, o teste ampliado pode detectar vários tipos de doenças diferentes, a depender do laboratório, porém esse só é realizado em instituições privadas. De acordo com o Ministério da Saúde, para que haja a cobertura da detecção de mais doenças em qualquer triagem neonatal, é necessário que haja esquemas de tratamentos e medicamentos disponíveis e oferecidos pelo SUS (Brasil, 2002).

É importante a criação e manutenção de espaços mais lúdicos no sentido de disseminar ações de promoção e proteção à saúde das crianças na primeiríssima infância, com o intuito de favorecer a multiplicação de conteúdos que são relevantes para a saúde desses pacientes, promover a expansão de informações muito importantes, e facilitar o entendimento.

4. Considerações Finais

É evidente a preocupação e as tentativas em oferecer políticas direcionadas à primeiríssima infância com vistas ao crescimento e desenvolvimento adequados embora a situação de risco e vulnerabilidade das crianças brasileiras esteja em total conformidade com as desigualdades sociais, econômicas e de acesso aos serviços dificultando a implementação desde arcabouço legal e tornando-o insuficiente. Assim, ressaltamos a necessidade em se debruçar nessas inúmeras infâncias desse Brasil nosso de cada dia, repletas de peculiaridades e necessidades tão diversas umas das outras, que requerem olhares específicos, com equidade e igualdade de atendimento.

Partindo desse pressuposto, cremos que a criança deve ser tratada de forma não fragmentada, mas holística e integral, o que necessita de uma interpretação das vulnerabilidades em seus diversos graus, ampliação da oferta de serviços e de acesso, bem como atuação efetiva nos determinantes e condicionantes da saúde. Isto requer a articulação entre as instâncias governamentais e os serviços para definição de metas e objetivos que sejam coerentes com a diversidade de realidades sociais para que os direitos a um crescimento e desenvolvimento saudáveis possam ser assegurados e efetivados indistintamente.

Ressaltamos as limitações do estudo que consistem em reflexões tecidas com base na experiência, o que demonstra o caráter singular e reforça a necessidade em discutir e refletir de forma mais ampla a temática, bem como a realização de estudos que busquem avaliar a efetividade das políticas e documentos normativos analisados.

Referências

- Almeida, C. M. (2005). O movimento da reforma sanitária: uma visão crítica. In: Congresso Nacional Da Rede Unida – 20 Anos De Parcerias Na Saúde E Na Educação. Anais do VI Congresso da Rede Unida, Rede UNIDA, 6, 25-32.
- Araújo Filho, A. C. A. D., Sales, I. M. M., Araújo, A. K. L. D., Almeida, P. D., & Rocha, S. S. D. (2017). Aspectos epidemiológicos da mortalidade neonatal em capital do nordeste do Brasil. *Revista Cuidarte*, 8(3), 1767-1776.
- Araújo, O. D. D., Cunha, A. L. D., Lustosa, L. R., Nery, I. S., Mendonça, R. D. C. M., & Campelo, S. M. D. A. (2008). Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61, 488-492.

Assis, M. M. A.; & Jorge, M. S. B. (2010). Método de análise em pesquisa qualitativa. In: Santana, J.S.S; Nascimento, M.A.A. (Org.). Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: UEFS Editora, p. 139-159.

Brasil. (1943, agosto 09). Decreto-Lei Nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial da União, Brasília, DF. <http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/legis/CLT/INDICE.html>.

Brasil. (2002, aug). Ministério da Saúde. Programas e Projetos da Saúde da Criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, 2(2), 193-200. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292002000200013>. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292002000200013&lng=en&nrm=iso

Brasil. (1976). Ministério da Saúde.Secretaria de Atenção à Saúde. Decreto n. 78231 de 12 de agosto de 1976. Institui o Programa Nacional de Imunização. Brasília.

Brasil. (1988). Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil.

Brasil. (1990). Ministério da Saúde. Lei n.8069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Brasil. (1992). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria GM/MS n.22 de 15 de janeiro de 1992. Programa de Diagnóstico precoce de hipotireoidismo congênito e fenilcetonúria.

Brasil. (1993). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria GM/MS n.1016 de 26 de agosto de 1993.Aprova as normas básicas para implantação do Sistema “Alojamento canguru”.

Brasil. (1999). Ministério da Saúde. Projeto Carteiro Amigo: Nordeste - relatório.

Brasil. (2000). Ministério da Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos.

Brasil. (2001). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Portaria GM/MS n. 822 de 06 de junho de 2001. Programa Nacional de Triagem Neonatal/PNTN.

Brasil. (2002). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da criança. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília.

Brasil. (2002a). 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.

Brasil. (2002b). Ministério da Saúde. Programas e Projetos da Saúde da Criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. Secretaria de Políticas de Saúde.

Brasil. (2003). 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. (2a ed.).

Brasil (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.

Brasil. (2005a). Ministério da Saúde. Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento. Secretaria de Atenção à Saúde.

Brasil. (2005 b). Senado Federal. Projeto de lei nº 281, de 10 de agosto de 2005. Cria o programa empresa cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal.

Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução–RDC, nº 171, de 4 de setembro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento de Bancos de Leite Humano. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0171_04_09_2006.html.

Brasil. (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Portaria 1683 de 12 de julho de 2007 –Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso - Método Canguru.

Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Lei n. 12.303 de 02 de agosto de 2010;

Brasil. (2011). 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. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html#art8.

Brasil. (2011a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2a ed.)

Brasil. (2011b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história.

Brasil. (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Comissão de Seguridade Social e Família. Projeto de Lei n. 484 de 2011 (Apenso o PL 2.818, de 2011).

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Programa nacional de Triagem Neonatal: Nota Informativa.

Brasil. (2013). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Guia Orientador para realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento de DST/AIDS na Atenção Básica para gestantes. Brasília.

Brasil (2014). Ministério da Saúde. Indicadores de mortalidade. Dados de acesso público. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/c01b.htm>.

- Brasil (2014a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI neonatal / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Rejane Silva Cavalcante et al. (5a ed.).
- Brasil. (2015). 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. Brasília. DOU 6/08/2015 - Pg. 38 - Seção 1 | Diário Oficial da União | Diários Jusbrasil.
- Brasil. (2016). Ministério da Saúde. Lei nº 8.869, de 2016. Programa Criança Feliz. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2016/decreto-8869-5-outubro-2016-783706-publicacaooriginal-151185-pe.html>.
- Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria 1940, 2018. Brasília. https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/28315598/do1-2018-07-03-portaria-n-1-940-de-28-de-junho-de-2018-28315575.
- Comitê Brasileiro De Perda Auditiva Na Infância. (2000). Recomendações n. 01/99; 2000 do Comitê brasileiro de perda Auditiva na Infância Conselho Federal de Fonoaudiologia (5), 3-7.
- Caretí, C. M., Scarpelini, A. H. P., & de Carvalho Furtado, M. C. (2014). Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 16(2), 352-60.
- Ferreira, A. (2007) *Saúde: Teste do olhinho*. Brasil. http://www.2020brasil.com.br/publisher/preview.php?ediao=0707&id_mat+1670.
- UNICEF. (2008). Fundo das Nações Unidas para a Infância. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação / Fundo das Nações Unidas para a Infância. – 78 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília.
- Hockenberry, M.J, Wilson D. (2011) *Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica*. (8a ed.), Elsevier.
- De Macêdo, V. C. (2016). *Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde*.
- Maia, P. R. D. S., Almeida, J. A. G. D., Novak, F. R., & Silva, D. A. D. (2006). Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 6, 285-292.
- Moraes, M. M.; Rodrigues, H. T. (2011). *Direito e políticas públicas*. VI (22a ed.), Multideia.
- Oliveira, C. S. D., Iocca, F. A., Carrijo, M. L. R., & Garcia, R. D. A. T. M. (2015). Amamentação e as intercorrências que contribuem para o desmame precoce. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, 16-23.
- Pícoli, R. P., Cazola, L. H. D. O., & Nascimento, D. D. G. (2019). Mortalidade infantil e classificação de sua evitabilidade por cor ou raça em Mato Grosso do Sul. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 3315-3324.
- São Paulo. (2013). Primeiríssima infância da gestação aos três anos: percepções e práticas da sociedade brasileira sobre a fase inicial da vida/[organizadores Eduardo Marino e Gabriela Aratany Pluciennik]. Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2013.
- Sociedade Brasileira De Pediatria. (2011). Departamento de Neonatologia e Cardiologia. Diagnóstico precoce de cardiopatia congênita crítica: oximetria de pulso como ferramenta de triagem Neonatal. www.sbp.com.br.