

Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS RELACIONADAS À SAÚDE DA CRIANÇA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA BRASILEIRA

Acácia Mayra Pereira de Lima, Helena Paula Guerra dos Santos, Leandro Alves da Luz, Maria del Pilar Flores-Quispe, Valentina Martufi, Eduarda Ferreira dos Anjos, Cátia Oliveira, Ila Falcão, Naiá Ortelan, Aline dos Santos Rocha, Rosana Aquino, Anya P G F Vieira-Meyer, Maria Yury Ichihara, Maurício Lima Barreto, Elzo Pereira Pinto Junior

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.4524>

Submetido em: 2022-08-05

Postado em: 2022-08-08 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS RELACIONADAS À SAÚDE DA CRIANÇA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA BRASILEIRA

EVOLUTION OF POLICIES RELATED TO CHILD CARE WITHIN THE SCOPE OF PRIMARY HEALTH CARE (PHC) IN BRAZIL

Acácia Mayra Pereira de Lima^{1,2}
<https://orcid.org/0000-0003-4015-3768>

Helena Paula Guerra dos Santos¹
<https://orcid.org/0000-0002-9808-9546>

Leandro Alves da Luz¹
<https://orcid.org/0000-0002-3566-3117>

Maria del Pilar Flores-Quispe^{1,3}
<https://orcid.org/0000-0003-1472-7350>

Valentina Martufi^{1,2}
<https://orcid.org/0000-0002-5680-1574>

Eduarda Ferreira dos Anjos^{1,4}
<https://orcid.org/0000-0003-4322-236X>

Cátia Oliveira⁴
<https://orcid.org/0000-0002-6419-7506>

Ila Falcão¹
<https://orcid.org/0000-0001-6961-3858>

Naiá Ortelan¹
<https://orcid.org/0000-0001-6535-748X>

Aline Rocha¹
<https://orcid.org/0000-0003-3806-6446>

Rosana Aquino^{1,2}
<https://orcid.org/0000-0003-3906-5170>

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer^{1,5}
<https://orcid.org/0000-0003-4237-8995>

Maria Yury Ichihara¹
<https://orcid.org/0000-0001-8590-6212>

Maurício Lima Barreto^{1,2}
<https://orcid.org/0000-0002-0215-4930>

Elzo Pereira Pinto Junior¹
<https://orcid.org/0000-0002-6977-2071>

1 Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (CIDACS), FIOCRUZ, Salvador, Bahia (BA), Brasil.

2 Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, Bahia (BA), Brasil.

3 Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, Rio Grande do Sul (RS), Brasil.

4 Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca-ENSP-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

5 Fundação Oswaldo Cruz Ceará, FIOCRUZ, Eusébio, Ceará (CE), Brasil.

RESUMO

Introdução: Políticas públicas são fundamentais para a redução da morbimortalidade na infância. O presente estudo descreve a evolução das políticas relacionadas à atenção à Saúde da Criança no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, implementadas desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Metodologia:** Revisão narrativa da literatura com base nos principais marcos normativos com influência na Atenção à Saúde da Criança no âmbito da APS, publicados entre 1990 e 2017. **Resultados:** Foram analisados 31 documentos oficiais, distribuídos numa linha do tempo, classificados em: I) normatização do SUS e da APS; II) orientação aos serviços de saúde materno-infantil no âmbito da APS e III) políticas intersetoriais. **Conclusão:** A evolução das políticas de Atenção à Saúde da Criança no Brasil é marcada por uma série de conquistas em prol da ampliação de direitos sociais e garantia do direito à saúde, que ampliaram o acesso aos serviços e contribuíram para a melhoria das condições de vida das crianças. Porém, além das desigualdades sociais, desafios no acesso e na qualidade do cuidado na APS se fazem persistentes, com retrocessos que podem ser agravados com a vigência de medidas de austeridade em curso desde 2016.

Palavras-chave: Saúde da Criança, Atenção Primária à Saúde, Políticas públicas, Políticas de Saúde, Políticas Intersetoriais.

ABSTRACT

Introduction: Public policies are essential to reduce childhood morbidity and mortality. This study describes the evolution of policies related to child care within the scope of Primary Health Care (PHC) in Brazil, implemented since the creation of the Unified Health System (SUS). **Methodology:** Narrative review of the literature based on the main regulatory frameworks with direct or indirect influence on Child Health Care (CHC) within PHC, published between 1990 and 2017. **Results:** 31 official documents were analyzed, organized on a timeline and classified into three categories: I) SUS and PHC norms; II) guidelines for maternal and child health services within the scope of PHC; and, III) inter-sectoral policies. **Conclusion:** The evolution of CHC policies in Brazil is marked by a series of achievements in favor of expanding social rights and guaranteeing the right to health that increased access to health services and contributed to the improvement of living conditions and children's lives. However, social inequalities and challenges in access and quality of care in PHC are persistent, with setbacks caused by the implementation of austerity measures since 2016.

Keywords: Child Health Care, Primary Health Care, Public Policies, Health Policies, Intersectoral Policies.

INTRODUÇÃO

A população infantil é um grupo prioritário para uma série de políticas sociais e de saúde, haja vista sua vulnerabilidade aos efeitos da pobreza e da falta de acesso a serviços básicos, como os de saúde, trazendo à tona a importância de estratégias que visam mitigá-los^{1,2,3}.

Desigualdades sociais na saúde das crianças configuram-se um problema global, sendo muitos dos desfechos adversos concentrados em países de baixa e média renda^{1,4}. Segundo o relatório anual do Grupo Interagências das Nações Unidas para Estimativa de Mortalidade Infantil (UN IGME), publicado em dezembro de 2021, de 1990 a 2019 houve uma redução de 60% nas taxas de mortalidade em crianças menores de cinco anos no mundo⁴. Ainda assim, em 2019 ocorreram 5,2 milhões de óbitos nessa faixa etária, o que revela a magnitude desse problema de saúde pública numa perspectiva internacional⁴.

No Brasil, foi possível observar importante redução na mortalidade infantil nas últimas décadas e esses resultados têm sido atribuídos à uma série de fatores, incluindo a melhoria nas condições socioeconômicas por meio da criação de programas de transferência condicionada de renda para famílias mais pobres, a ampliação do acesso à Atenção Primária à Saúde (APS) e os avanços na qualidade dos serviços de saúde^{5,6}, com importantes transformações especialmente a partir da década de 1980. Na década de 1990, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Programa de Saúde da Família (PSF), impulsionaram o desenvolvimento de uma série de intervenções, com destaque em ações centradas no acompanhamento do

crescimento e desenvolvimento infantil, promoção e apoio ao aleitamento materno, controle de doenças diarreicas, controle das infecções respiratórias agudas e imunização⁷.

Estudos recentes têm reforçado o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na melhoria dos indicadores de Saúde da Criança do país, com evidências robustas sobre a associação da expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e reduções na mortalidade pós-neonatal e infantil^{8,9}. Apesar desses avanços, o país ainda enfrenta desafios relacionados ao acesso e à qualidade da assistência¹⁰.

Diante da importância dessa temática, o presente trabalho pretende descrever a evolução das políticas relacionadas à Atenção à Saúde da Criança no âmbito da APS de 1990 a 2017, como forma de identificar os principais marcos institucionais que influenciam no cuidado ofertado à criança a partir desse modelo de atenção no Brasil, centrado na garantia do direito à saúde.

METODOLOGIA

Revisão narrativa da literatura com base na análise de documentos oficiais referentes às políticas nacionais (pactos, projetos, planos, programas e legislações) que possuem influência direta ou indireta na Atenção à Saúde da Criança no âmbito da APS, publicados entre 1990 e 2017. O recorte temporal foi definido tendo como marco inicial a criação do SUS (1990) e marco final a data de publicação da última Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2017.

Esse tipo de revisão é apropriado para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um tema específico, sob ponto de vista teórico ou conceitual. As revisões narrativas possibilitam a consolidação de informações sobre uma determinada temática¹¹,

contribuindo no debate de determinadas assuntos, levantando questões e colaborando na aquisição e atualização do conhecimento em curto espaço de tempo¹².

As etapas da revisão estão sumarizadas no Quadro 1.

Quadro 1. Etapas da Revisão Narrativa da literatura

Etapas da revisão:

1- Delineamento das questões de pesquisa:

“Quais políticas de saúde e/ou intersetoriais possuem influência direta ou indireta na Atenção à Saúde da Criança no âmbito da APS?”

“Como evoluíram as Políticas de Atenção à Saúde da Criança no âmbito da APS, no Brasil, no período de 1990 a 2017?”

2- Definição dos critérios de inclusão, exclusão, e das fontes de dados;

3- Busca nos sítios eletrônicos;

4- Organização dos resultados;

5- Análise crítica/temática dos documentos incluídos na revisão;

6- Interpretação dos resultados;

7- Síntese do conhecimento resultante;

8- Criação de uma linha do tempo com os principais achados.

As fontes de dados consultadas foram os sítios eletrônicos do Ministério da Saúde (MS), Diário Oficial da Presidência da República, Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Observatório de Análise de Políticas em Saúde (OAPS), cuja coleta de referências ocorreu no período de janeiro a maio de 2021. Para as buscas foram utilizados os seguintes descritores: “Saúde da Criança”, “Saúde Materno Infantil”, “APS”, “Atenção Primária”, “Atenção Básica”, “Políticas de Saúde”, “Políticas Intersetoriais”.

Para facilitar a alocação cronológica dos resultados, a seleção e análise dos documentos encontrados foi dividida em três períodos: 1990-2000; 2001-2011; 2012-2017. Os pesquisadores se reuniram para apresentar os resultados da seleção e analisar as divergências nas escolhas dos documentos, sendo contempladas: a) as políticas de saúde para a atenção infantil implementadas no âmbito da APS e; b) as principais políticas intersetoriais nacionais que envolvem a articulação com a APS, como o Programa Bolsa Família (PBF). Foram excluídas as políticas intersetoriais desenvolvidas em outros níveis de atenção.

Os documentos selecionados foram lidos na íntegra e as questões de pesquisa deste estudo foram utilizadas para guiar a análise temática. Após a leitura dos materiais selecionados, os documentos foram categorizados numa planilha de extração de dados, e revisados em relação à sua adequação ao tema.

Para apresentação dos resultados, foi elaborado um quadro com a sistematização dos objetivos das políticas e programas implementados e uma linha do tempo, que permite uma visualização gráfica da evolução cronológica desses resultados, interpretados e discutidos por meio da análise temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 31 documentos oficiais, classificados em três categorias (Quadro 2).

I) Dezesesseis documentos que normatizam o SUS e a APS, estabelecendo o arcabouço que alicerça a atenção à saúde da criança, desde a Lei 8080/90 e a NOB 96, incluindo as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB); **II)** Onze documentos específicos que orientam a saúde materno-infantil no âmbito da APS e **III)** Quatro documentos normativos de políticas intersetoriais nacionais implementadas no período de estudo, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o PBF e o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil. O Quadro 2 e a Figura 1 a seguir resumem os principais achados.

Quadro 2. Descrição dos principais documentos normativos que influenciaram as ações e políticas de Atenção à Saúde da Criança no âmbito da APS, de 1990 a 2017, no Brasil.

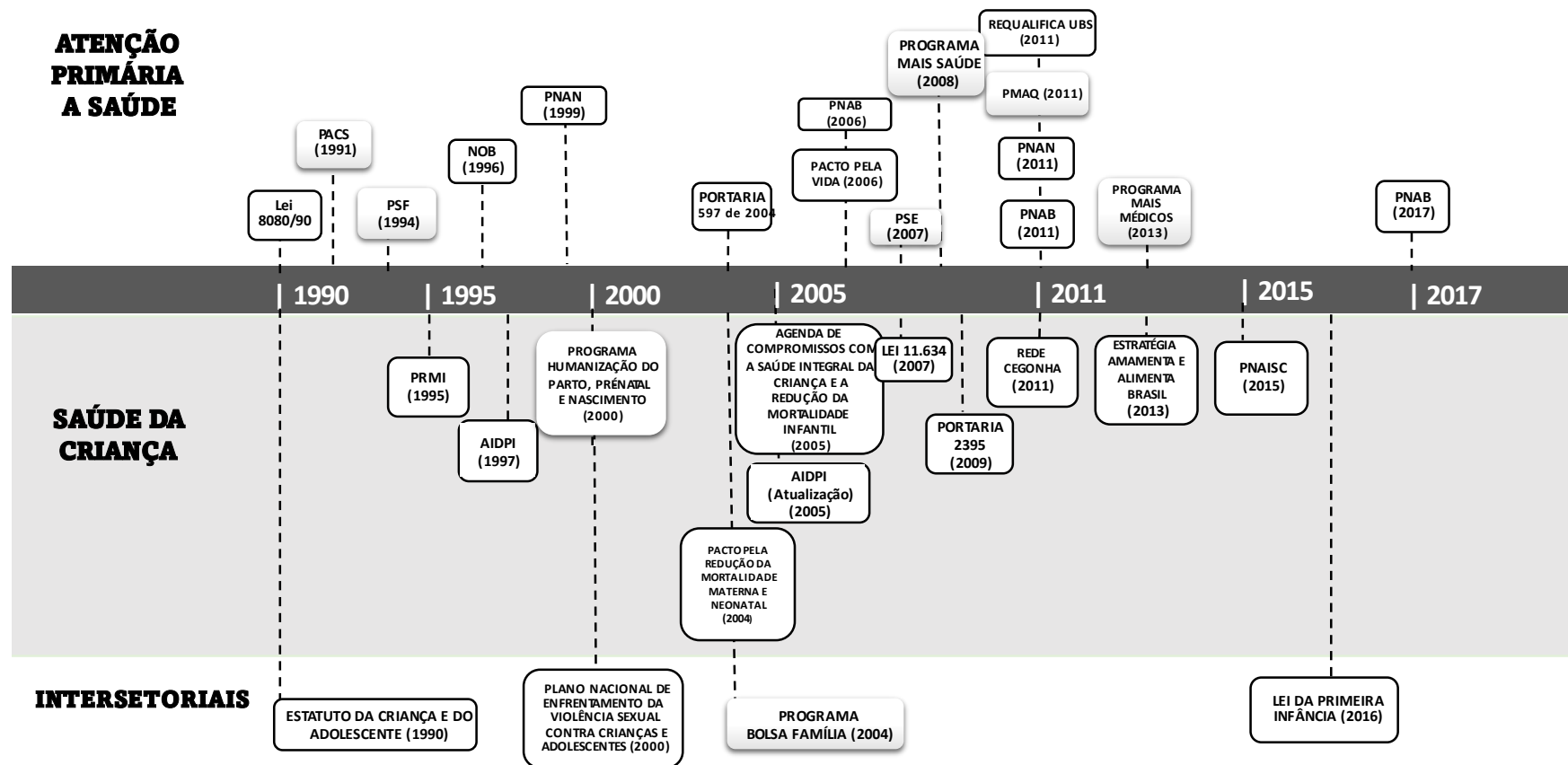
ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	ANO	DOCUMENTO	OBJETIVO
	1990	Lei 8080/90 ¹⁵	Dispor sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes no Brasil. É a Lei Orgânica da Saúde, a qual institui o SUS.
	1991	Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ¹⁶	Proporcionar à população o acesso e a universalização do atendimento à saúde, desenvolvendo ações e relações de vínculo com a comunidade, garantindo a continuidade e acompanhamento de ações de saúde e do cuidado.

1994	Programa Saúde da Família (PSF)¹⁷	Reestruturar e reorganizar a APS, por meio da reorientação dos serviços de saúde e reorganização da prática assistencial em substituição ao modelo tradicional hospitalocêntrico.
1996	Norma Operacional Básica 96¹⁸	Promover e consolidar o pleno exercício por parte do poder público municipal, com alterações na lógica de financiamento do SUS, a partir de características populacionais e oferta de serviços de saúde, contemplando incentivos financeiros para programas de saúde estratégicos.
1999	Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)²⁵	Garantir a qualidade dos alimentos colocados para consumo no país, a promoção de práticas alimentares saudáveis, que se inicia com o incentivo ao aleitamento materno e a prevenção e o controle dos problemas nutricionais, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos, com estímulo à atuação do setor saúde no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional.
2004	Programa Nacional de Imunizações (PNI) Portaria nº 597 de 2004³⁷	Instituir, em todo território nacional, os calendários de vacinação visando o controle, eliminação e erradicação das doenças imunopreveníveis, tornando as vacinas previstas no calendário do Programa Nacional de Imunizações (PNI) de carácter obrigatório para crianças, adolescentes entre outros grupos.
2006	Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (Portaria Nº 648, em 28 de março de 2006)³⁸	Ampliar a relação entre cuidado em saúde e território, definindo o Programa Saúde da Família como Estratégia e modelo de atenção a ser seguido.
	Pacto pela Vida (Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006)⁴⁰	É o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, dentre eles a mortalidade materna e infantil e a atenção básica à saúde.
2007	Programa Saúde na Escola (PSE) (Decreto nº 6.286)⁴³	Contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros.
2008	Programa Mais Saúde⁴⁴	Atualizar e aprofundar os grandes objetivos de criação do SUS, enfatizando a promoção da saúde, expansão da atenção básica, com foco na qualidade e inovação. No eixo “Promoção da Saúde”, destaca-se a política “Brasileirinhos Saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional”, que previa um conjunto de ações voltadas para a promoção da saúde e o acompanhamento de gestantes e crianças de zero a cinco anos.
2011	Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011²⁶	Atualizar a Política Nacional de Alimentação e Nutrição com ênfase no monitoramento do padrão alimentar e do estado nutricional dos indivíduos atendidos pelo SUS, em todas as fases do curso da vida.
	Programa Requalifica UBS⁴⁷	Estruturar e fortalecer a APS através da melhoria da estrutura física das unidades básicas de saúde - acolhedoras e dentro dos melhores padrões de qualidade – que proporcione a mudança das práticas das equipes de Saúde.
	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)⁴⁸	Ampliar o acesso e a melhoria da qualidade na APS, garantindo um padrão de qualidade comparável nacional, regional ou localmente
	Política Nacional de Atenção Básica PNAB (Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011)⁴⁹	Avançar na afirmação de uma APS acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção.
2013	Programa Mais Médicos⁵¹	Enfrentar o problema histórico da falta de médicos e para aprimorar a APS no Brasil, principalmente nas regiões mais vulneráveis do país.
2017	Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 2.436 setembro de 2017)⁶³	Redefinir os “princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia Saúde da Família.

SAÚDE DA CRIANÇA	1995	Projeto de Redução da Mortalidade Infantil ²²	Reduzir óbitos infantis e melhorar a situação de saúde das crianças através do incremento dos diversos programas governamentais, promovendo a articulação intersetorial (saúde, educação, agricultura, saneamento, habitação, trabalho, comunicação social, justiça e orçamento) com instituições internacionais.
	1997	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) ²³	Reduzir a mortalidade em crianças menores de cinco anos e reorganizar a assistência à criança na APS, com foco na integralidade, enfatizando para além da capacitação dos recursos humanos, promover a qualidade das ações assistenciais, promoção da saúde, educação em saúde da família e comunidade para efetivar a prevenção de doenças e agravos.
	2000	Programa de Humanização do Parto- Humanização no Pré-Natal e Nascimento ²⁷	Assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.
	2004	Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal ³⁰	Buscar soluções sustentáveis e garantia de corresponsabilização governamental e da sociedade no que tange à Mortalidade Infantil e materna.
	2005	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (atualização) ³³	Estimular o acompanhamento do desenvolvimento infantil com qualidade pelos profissionais da APS até os dois primeiros anos de vida das crianças.
	2005	Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil ³¹	Auxiliar os gestores estaduais e municipais no processo de reorganização da rede de assistência à infância nos seus vários níveis.
	2007	Lei nº11.634 ⁴²	Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.
	2009	Portaria MS/GM nº 2395 ⁴⁵	Criar o Comitê Técnico consultivo para implementar a estratégia brasileiro e brasileiras que visa fortalecer o investimento para geração de crianças saudáveis, buscando reduzir a mortalidade materna e garantir a integralidade na sua atenção.
	2011	Rede Cegonha (Portaria nº 1.459 de 24.06.2011) ⁴⁶	Visa, entre muitos objetivos, reduzir o número de óbitos evitáveis de mulheres e crianças no país através de padrões para melhoria da qualidade da maternidade e cuidados a recém-nascidos em unidades de saúde a nível nacional.
	2013	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013) ⁵⁵	Assegurar o direito humano à alimentação adequada e institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN)
2015	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)(Portaria Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015) ⁵⁷	Promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, com vistas à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.	
INTERSETORIAIS	1990	Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) Lei 8069 ¹⁴	Proteger legalmente e integralmente a criança e ao adolescente, aplicando medidas legais. É o marco legal e regulatório dos direitos humanos de crianças e adolescentes com vistas a proteção integral.
	2000	Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil ²⁹	Criar, fortalecer e implementar um conjunto articulado de ações e metas fundamentais para assegurar a proteção integral à criança e ao adolescente em situação de violência.

	2004 Programa Bolsa Família (PBF) (Portaria nº 597, de 08 de abril de 2004)³⁵	Promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, de saúde, educação e assistência social; combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional; estimular a emancipação sustentada das famílias que vivem em situação de pobreza e extrema pobreza; combater a pobreza; promover a intersetorialidade, a complementaridade e a sinergia das ações sociais do Poder Público
	2016 Lei da Primeira Infância Lei nº 13.257/2016)⁶⁰	Fomentar e subsidiar a criação de políticas públicas, programas, serviços e iniciativas voltados à promoção do desenvolvimento integral das crianças desde o nascimento até os seis anos de idade.

Figura 1. Linha do tempo dos principais documentos normativos que influenciaram as ações e políticas de Atenção à Saúde da Criança no âmbito da APS, de 1990 a 2017, no Brasil.



Fonte: Elaboração própria. Legenda: PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde, PSF - Programa Saúde da Família, NOB - Norma Operacional Básica do SUS, AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, PNAB - Política Nacional de Atenção Básica, PSE - Programa Saúde na Escola, PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição, PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, PRMI- Projeto de Redução da Mortalidade Infantil, PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, UBS - Unidade Básica de Saúde.

1990 – 2000: Direito à saúde da criança, criação do SUS, organização e estruturação da APS

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 (CF/88) foi determinante para a garantia de direitos de crianças e adolescentes. A criança passou a ser reconhecida na sua condição peculiar de desenvolvimento, ressaltando o seu direito à proteção integral e o dever do Estado brasileiro de priorizar esse grupo populacional no âmbito das políticas públicas¹³. Esses direitos foram reafirmados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), como princípios e diretrizes de atribuição da área de saúde¹⁴, priorizando tanto a atenção à gestante quanto ao recém-nascido pelo sistema público de saúde brasileiro.

Com a criação do SUS, consolidada pela publicação da Lei 8.080/90¹⁵, a saúde passou a ser considerada um direito fundamental do cidadão. Esse documento também incluiu uma série de ações assistenciais, de vigilância epidemiológica, nutricional e alimentar, e a participação no planejamento de iniciativas relacionadas ao saneamento básico, como possibilidades do Estado enfrentar os determinantes da mortalidade em crianças.

Concomitantemente, outra iniciativa de grande relevância para o combate à mortalidade na infância foi a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, com o objetivo de desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade. Além de visitas domiciliares às famílias, foi designado aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a identificação de situações de risco e encaminhamento aos setores responsáveis, realização de monitoramento mensal de peso e altura das crianças menores de dois anos, e incentivo ao aleitamento materno¹⁶.

O PACS, somado às experiências internacionais sobre APS, guiou a construção do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994. A implantação do PSF priorizou o desenvolvimento de ações de promoção da saúde das pessoas mais vulneráveis, com prestação

do atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou no domicílio, por equipes de Saúde da Família compostas por profissionais médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS. O programa manteve diretrizes coincidentes e complementares ao PACS, tendo a figura do ACS como elo e base de vínculo entre a comunidade e as unidades de saúde e suas equipes de saúde da família (EqSF)¹⁷.

Com base nas diretrizes do PSF, a APS foi elevada a um modelo assistencial preventivo-promotor de saúde, horizontal e centrado na comunidade¹⁷ por meio da Norma Operacional Básica (NOB), publicada em 1996¹⁸. Iniciou-se assim a superação da questão da verticalidade das políticas de saúde, visto que os municípios passaram a ser, de fato, os responsáveis imediatos pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde dos seus munícipes e das exigências de intervenções saneadoras em seu território¹⁸.

A consolidação dos programas supracitados, especialmente nos municípios de pequeno porte das regiões Norte e Nordeste, foi decisiva para ampliação do acesso aos serviços, com repercussões diretas na saúde da criança, sendo a maior cobertura do programa e das consultas pré-natais pelas equipes do PSF evidenciada como um determinante na redução da mortalidade infantil^{19,20,21}.

Uma das primeiras iniciativas específicas para a saúde da criança no país, foi lançada em 1995. O Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), consistia na redução dos óbitos infantis e melhoria da situação de saúde das crianças através do incremento dos diversos programas governamentais, promovendo a articulação intersetorial (saúde, educação, agricultura, saneamento, habitação, trabalho, comunicação social, justiça e orçamento), com instituições internacionais (UNICEF e OPAS), organizações não-governamentais, sociedades científicas de classe, Conselhos de Secretários de Saúde nos três níveis de governo e a sociedade²².

Em 1997, no intuito de alcançar as Metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância, iniciou-se a iniciativa Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) no país, proposta pela Organização Mundial de Saúde, pela OPAS e pelo UNICEF, para sistematizar o atendimento à criança em sua integralidade na rotina dos serviços de saúde desenvolvidos pela APS²³.

Para tanto, a AIDPI passou a ser aplicada pelas EqSF com o objetivo da redução da mortalidade em crianças e da reorganização do cuidado a este grupo nesse nível de atenção, com vistas a promover a qualidade das ações assistenciais, propostas voltadas para promoção da saúde, educação em saúde da família e comunidade para efetivar a prevenção de doenças e agravos²³.

Dada a diversidade do Brasil, o processo de implantação da AIDPI contemplou adaptações às características epidemiológicas regionais e às normas nacionais, caracterizando-se como uma alternativa ao desenvolvimento de ações já existentes para o controle das doenças prevalentes na infância, com foco na integralidade do cuidado²⁴.

Em 1999, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), propôs uma agenda com incentivo à atuação do setor saúde no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). Tal política procurava garantir a qualidade dos alimentos disponíveis para consumo no país; promover práticas alimentares saudáveis, incluindo a promoção e apoio ao aleitamento materno; prevenir os problemas nutricionais, bem como estimular ações intersetoriais que propiciassem o acesso universal aos alimentos de qualidade e em quantidade adequada²⁵.

Cabe lembrar que nesta década um contingente considerável de crianças brasileiras apresentava ainda um atraso marcante de crescimento na faixa crítica dos 06 aos 23 meses, além de deficiências de micronutrientes, centralizadas no trinômio vitamina A/ferro/iodo e índices ainda insatisfatórios de aleitamento materno exclusivo²⁶.

Em 2000, criou-se o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos. No escopo da APS, o programa promoveu a garantia da assistência à gestante e à puérpera, visando a realização da primeira consulta até o quarto mês de gestação, e no mínimo seis consultas pré-natais, uma consulta no puerpério até 42 dias após o nascimento, a garantia de um rol mínimo de exames laboratoriais, a oferta de testagem anti-HIV, a aplicação da vacina antitetânica, a realização de atividades educativas, a classificação do risco gestacional na primeira consulta e a garantia do atendimento ou acesso à unidade de referência para as gestantes de alto risco²⁷.

Ainda em 2000, líderes mundiais se reuniram sob o comando da Organização das Nações Unidas (ONU), para estabelecer uma agenda global de compromissos mínimos pela promoção da dignidade humana. Em nível mundial, começou-se a trabalhar em conjunto no combate a graves problemas de saúde pública ainda persistentes em países de baixa e média renda, como doenças transmissíveis e evitáveis e condições precárias de vida. Surgiram então os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), sendo o “ODM 4, meta A: Até 2015, reduzir a mortalidade na infância a dois terços do nível de 1990”²⁸.

Na esteira desses avanços, o Brasil progrediu de forma significativa no enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes, com a aprovação do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil no ano 2000. Esse instrumento se tornou referência e ofereceu uma síntese metodológica para a estruturação de políticas, programas e serviços de enfrentamento à violência sexual. No âmbito da APS, influenciou a participação ativa das equipes de saúde na prevenção, detecção e assistência às crianças e adolescentes vítimas deste agravo²⁹.

Em síntese, no período 1990-2000, foram identificados avanços, especialmente, no que concerne ao reconhecimento das crianças como sujeitos de direitos; à organização e

estruturação dos serviços de APS, que foi elevada à categoria de modelo assistencial, e à melhoria do acesso, da cobertura do acompanhamento pré-natal e puerpério às gestantes e ao recém-nascido.

Somado a isto, verificou-se também o incentivo às práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; a promoção da segurança alimentar, com responsabilização do Estado ao acesso à alimentação pela população brasileira; a execução de ações específicas para o desenvolvimento das crianças por profissionais da APS, focadas principalmente nas intervenções precoces, visando a redução dos óbitos infantis; e a inclusão de ações de prevenção, detecção e proteção das vítimas de violência sexual.

2001- 2011: APS enquanto política de saúde e outros avanços nas políticas de proteção social

Apesar dos esforços, o Brasil ingressou no século XXI, com taxas de mortalidade materna e neonatal ainda elevadas e com tendências a estagnação. Propostos pelo Ministério da Saúde (MS), o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal³⁰, em 2004, e a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral e Redução da mortalidade infantil³¹, em 2005, visavam auxiliar gestores estaduais e municipais no processo de reorganização da rede de assistência à infância nos seus vários níveis, garantindo a integralidade e a efetividade dos cuidados prestados às crianças.

Por meio dessas iniciativas se buscou instaurar no país uma atenção qualificada e humanizada à gestante e ao recém-nascido, com foco na equidade e intersetorialidade^{30,31}. Na Agenda, o MS propôs como eixos da assistência treze linhas de cuidado que contemplavam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno e alimentação saudável, prevenção de distúrbios nutricionais, imunização e atenção às doenças

prevalentes, saúde bucal, saúde mental, prevenção de acidentes e maus-tratos, além de ações específicas dirigidas à mulher e ao recém-nascido³¹.

No desenvolvimento dessas ações, a Caderneta de Saúde da Criança, que passou a substituir o Cartão da Criança, surge como instrumento essencial de vigilância e continuidade do cuidado. Porém, mesmo com estes avanços, estudos chamam a atenção para problemas relacionados à promoção do desenvolvimento infantil (DI) na APS, pois, apesar da disponibilidade da Caderneta de Saúde da Criança em todo o território nacional, pesquisas indicaram o baixo preenchimento dos marcos de desenvolvimento das crianças, sendo esse preenchimento maior nas maternidades do que na APS, indicando treinamento inadequado³².

Para contornar essas dificuldades, que persistiam na capacitação dos profissionais da APS, surge o Manual para Vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI, que é uma atualização e complementação do projeto anterior iniciado pela OPAS, estimulando o acompanhamento infantil com qualidade nos dois primeiros anos de vida.³³

Outro marco no período foi a criação do Programa Bolsa Família (PBF), em 2003. O PBF foi uma ação federal intersetorial considerada a mais importante política social do governo brasileiro e o maior programa de transferência condicionada de renda do mundo, em termos de cobertura e financiamento³⁴. À princípio, este programa ampliou benefícios para famílias com crianças de zero a seis anos, estendendo-se a crianças e adolescentes até 17 anos em 2007, com vistas a superação da extrema pobreza e melhor qualidade de vida na primeira infância.

No setor saúde, as condicionalidades que as famílias deveriam cumprir eram o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil pela vigilância nutricional, a vacinação para crianças menores de sete anos e a assistência pré-natal e no puerpério. Destaca-se que essas ações eram desenvolvidas no âmbito da APS e que, portanto, os profissionais da ESF têm um papel primordial na implantação do programa³⁵. Há vasta literatura sobre o

impacto do PBF na melhoria dos indicadores de saúde da criança, influenciado pelas ações da ESF^{5,8,34,36}.

Após a criação do PBF, o MS instituiu, em todo território nacional, pela publicação da Portaria nº 597 de 2004, calendários de vacinação, visando o controle, eliminação e erradicação das doenças imunopreveníveis por intermédio do Programa Nacional de Imunizações (PNI), tornando-se obrigatório o cumprimento da vacinação para crianças e adolescentes entre outros grupos no país³⁷.

Uma década e meia após a criação do SUS, foi divulgada a primeira edição de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), pela Portaria Nº 648, em 28 de março de 2006. Trouxe com ela a proposta de mudança de paradigma nos processos de trabalho e dos serviços de saúde, objetivou ampliar a relação entre cuidado prestado e território, expandindo o escopo e a concepção da Atenção Básica (AB). Nesse sentido, incorporou os atributos da APS abrangente, apontou a Saúde da Família como modelo preferencial e de reorganização do sistema de saúde. Além disso, revisou as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e reconheceu a existência de diferentes modelos, segundo o modo de organização predominante - UBS com ou sem ESF^{38,39}.

Cabe ressaltar que a ESF se distingue dos demais modelos por envolver uma equipe multiprofissional no desenvolvimento de um conjunto de ações organizadas para um território de abrangência. Esta passa a ser a estratégia prioritária e modelo de organização dos serviços, sendo que as UBS tradicionais ainda se reportam a um modelo de assistência que prioriza intervenções clínicas e sanitárias³⁸.

Neste mesmo ano foi implementado o programa Pacto pela Vida, através da portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006⁴⁰. Constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados, derivados da análise da situação de saúde do país e das prioridades definidas pelos governos nas esferas municipal, estadual e federal. A

mortalidade infantil foi incluída como um de seus indicadores. Assim, o Pacto pela Vida, foi dividido em três pactuações, não atingidas em sua completude até julho de 2022: redução da mortalidade neonatal, da mortalidade infantil por diarreia e da mortalidade infantil por pneumonia.

Com as atenções voltadas para os princípios e diretrizes presentes nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, a PNAB responsabilizou, ainda, cada equipe de Saúde da Família por um território de abrangência de um tamanho que permitisse que os profissionais da APS tivessem mais oportunidades de atuar de forma consistente, compreendendo os processos de saúde e de adoecimento das famílias⁴¹.

Outra conquista foi a Lei nº 11.634 de dezembro de 2007, que garante a toda gestante o direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade para atendimento a intercorrências e ao parto, prevista para acontecer no ato da inscrição da gestante no pré-natal⁴², muito embora ainda seja um direito pelo qual as mulheres lutam por ter garantido, em especial na saúde pública.

Nesse mesmo ano foi criado o Programa Saúde na Escola (PSE), voltado às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira, que fortalece a escola como um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças. Considerado uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, visa a participação da comunidade escolar e das equipes de saúde da família e da educação básica⁴³.

Em busca de importantes melhorias nas condições de saúde e qualidade de vida da população, um ano depois (2008) criou-se o Programa Mais Saúde, visando a reorientação da política de saúde brasileira e a ampliação do acesso a ações e serviços de qualidade. No eixo “Promoção da Saúde”, destacou-se a estratégia “Brasileirinhos Saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional”, que previa um conjunto de ações voltadas para a promoção da saúde e o acompanhamento de gestantes e crianças de zero a cinco anos⁴⁴. A estratégia foi

instituída e teve seu comitê técnico-consultivo criado por força da Portaria 2.395, em 2009, unindo áreas da Saúde da Criança, Saúde da Mulher e Humanização para garantia dos direitos prometidos pelo ECA e alcance dos ODM para redução da mortalidade infantil.⁴⁵

Em 2011, instituiu-se a Rede Cegonha, com objetivos comuns na continuidade para qualificação da atenção à saúde materna e infantil até os dois anos de idade, persistindo no cumprimento do compromisso internacional assumido pelo Brasil para os ODM. A Rede Cegonha foi além e objetivou organizar a Rede de Atenção à Saúde (RAS) Materna e Infantil com garantia de acesso, acolhimento e resolubilidade, incluindo as ações de planejamento reprodutivo e redução da mortalidade materna e infantil⁴⁶.

Neste mesmo ano, foram instituídos (i) o programa Requalifica UBS⁴⁷, com o objetivo de criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação, informatização e construção de UBSs, provendo condições adequadas para o trabalho em saúde e promovendo melhoria estrutural na APS; e (ii) o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)⁴⁸, como estratégia para melhorar o acesso e a qualidade da APS no Brasil, ao fornecer recursos adicionais e ferramentas de gestão para as UBSs.

Um dos principais componentes do PMAQ-AB foi a avaliação externa, realizada nas unidades de saúde para avaliar aspectos de sua infraestrutura física, insumos e elementos do processo de trabalho de seus profissionais de saúde. Tratava-se de uma avaliação amplamente focada na infraestrutura e nos processos realizados pelas EqSF, realizada em três ciclos, a partir de 2011, com o segundo ciclo em 2013 e terceiro ciclo em 2015, com cobertura crescente a cada ciclo.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011⁴⁹, reformulou a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tornando equivalentes os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde”, significando uma concepção de APS abrangente. A PNAB respaldou-se nos preceitos do Decreto 7508, de 28 junho de 2011, que regulamentou a lei 8080 de 1990,

estimulando a conformação das regiões de saúde e acrescentando novas portas de entrada para a RAS. Assim, fortaleceu a APS como centro comunicante das redes, ordenadora do cuidado e coordenadora das redes, tornando-se a porta de entrada preferencial para o SUS.

Dessa forma, a PNAB 2011 manteve as diretrizes gerais da PNAB anterior, e fortaleceu a ideia central das redes de atenção, incluindo a atenção em rede para a criança, buscando integralidade das ações e longitudinalidade no cuidado dedicado em todas as fases de vida, além de enfrentar nós críticos relacionados ao subfinanciamento e implementação do modelo assistencial⁴⁹.

O período 2001-2011 foi marcado pela criação da Política Nacional da Atenção Básica alinhadas, respectivamente, ao Pacto pela Saúde em 2006 e ao Decreto 7.508 em 2011, que culminaram com a expansão da ESF nos grandes centros urbanos e fortalecimento da política. Destacaram-se ainda (i) a criação da Rede Cegonha, com reforço do modelo de articulação em rede, cujo propósito é garantir o direito da mulher a uma gestação e parto humanizados e seguros, além do pleno desenvolvimento da criança até os dois anos de idade; e (ii) os programas Requalifica e PMAQ-AB, como políticas indutoras de melhoria da infraestrutura e qualidade da APS. No âmbito das políticas intersetoriais, o PBF representou um marco da proteção social no país, haja vista a magnitude do seu alcance a vinculação da transferência de renda ao cumprimento de condicionalidades nas áreas de saúde e educação.

2012 – 2017: Consolidação de políticas de atenção à saúde da criança e o temor de possíveis retrocessos com a proposta de um novo modelo de APS e as novas diretrizes de austeridade fiscal no Brasil

Os programas, políticas, projetos e planos até aqui desenvolvidos deixam claras as diversas iniciativas para a redução da morbimortalidade materno-infantil no Brasil. Apesar dos inúmeros avanços destacados anteriormente, ainda persistem importantes barreiras de acesso e

questões relacionadas à qualidade do cuidado a esse grupo etário. Essas limitações envolvem problemas na organização dos serviços que, em alguns casos, ainda priorizam somente condições agudas; problemas de infraestrutura das unidades de saúde; e problemas de oferta e qualificação de recursos humanos⁵⁰.

Um dos principais desafios enfrentados para a consolidação da ESF enquanto um modelo resolutivo e de qualidade é a disponibilidade de médicos nas suas equipes. Para superar esse problema, o governo federal criou, em 2013, o Programa Mais Médicos (PMM)⁵¹, em confluência com o já citado Requalifica UBS. O PMM foi uma tentativa de expandir a oferta desses profissionais nas equipes de Saúde da Família nas áreas mais remotas e periféricas do país, configurando-se como uma estratégia para redução das iniquidades e ampliação do acesso à serviços mais integrals e resolutivos⁵².

O PMM obteve êxito ao ampliar o acesso à médicos generalistas para diversos grupos populacionais. Especificamente ao que se refere à saúde da criança, verificou-se (i) o aumento do número de consultas para crianças menores de um ano; (ii) redução das consultas fora da área de abrangência; e (iii) aumento da prevalência do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida^{53,54}.

Devido às práticas de amamentação e alimentação complementar saudável modularem, de forma isolada ou em conjunto, os principais desfechos referentes à sobrevivência e desenvolvimento infantis, viu-se a necessidade em estabelecer uma estratégia nacional para promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção básica. Assim, em 2013, foi implementada a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde – “Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil” (EAAB), alinhada às diretrizes da Rede Cegonha. Seguindo recomendações pré-existentes⁵⁵ a EAAB reiterou a importância da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida e complementada – por alimentos saudáveis e diversificados – até os dois anos de idade

ou mais. Além disso, fomentou que tais práticas fossem incluídas como atividades de rotina das UBSs.

Em 2015, após 25 anos do estabelecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o Brasil assumiu o compromisso com os objetivos da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. No objetivo 03 da Agenda, os países se comprometeram em, até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos⁵⁶. Para isso, dentre outras medidas, o MS por meio da Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015, aprovou e publicou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), considerada um marco legal relevante para garantir melhor assistência às crianças, foi instituída depois de amplo debate e aprovação pelas instâncias deliberativas e consultivas do SUS^{57,58}.

A PNAISC organizou a atenção à saúde da criança e sintetizou de maneira clara e objetiva os eixos de ações que compõem a atenção integral à saúde da criança. Esta política possui intersecção com as demais políticas apresentadas até aqui ao buscar promover e proteger a saúde da criança mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade. Tem como principal objetivo a redução da morbimortalidade e a criação de um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento⁵⁷.

Além disso, a PNAISC possui eixos estratégicos e dispositivos para a articulação das ações e dos serviços de saúde da criança no território, a fim de facilitar sua implementação pelas gestões dos diferentes níveis e guiar os profissionais de saúde no alcance da integralidade da atenção e pleno desenvolvimento das crianças^{58,59}, com reforço à APS como coordenadora do cuidado.

Em confluência com a PNAISC, o Marco Legal da Primeira Infância, instituído pela Lei nº 13.257/2016, de 8 de março de 2016, fomenta e subsidia a criação de políticas públicas, programas, serviços e iniciativas voltados à promoção do desenvolvimento integral das crianças

desde o nascimento até os seis anos de idade⁶⁰. A nova lei trouxe algumas inovações, sendo uma delas a prorrogação por até 20 dias a licença paternidade e 180 dias a licença maternidade, para empregados de empresas cidadãs. Neste sentido, o MS, reforçou aos gestores dos serviços de saúde, profissionais de saúde, empregadores, trabalhadores, e população em geral, sobre a importância da observação desta lei para melhoria da saúde das crianças na primeira infância, destacando a importância da paternidade envolvendo o homem em todas as etapas de desenvolvimento da criança.

Na contramão dos avanços mencionados, houve uma grande reforma no sistema de proteção social no Brasil com a aprovação da Emenda Constitucional 95, que propõe por trinta anos um teto para gastos, como o de saúde, significando a perda de bilhões de reais em investimento e incompatível com o modelo de sistema de saúde universal, que vinha sendo construído.⁶¹ Em 2017, reeditou-se uma nova PNAB, onde foi retirada a humanização e a democracia do seu conteúdo, num cenário de crise econômica e política no país, com o MS assumindo uma agenda neoliberal. Tal conjuntura resultou na cisão entre os atores políticos da saúde, propiciando condições de desmonte da ESF e do SUS⁶².

Diante da flexibilização do modelo estruturante do SUS, ocorreram mudanças significativas no arranjo organizativo e funcional da APS, com reforço ao modelo de atenção primária tradicional, em detrimento da ESF. Acontecendo ainda interferência na composição das equipes e no contingente de ACS, com redução de quatro para um ACS por EqSF⁶².

Com a reedição da PNAB⁶³, que até então vinha desempenhando um papel histórico na redução da mortalidade infantil a partir das ações de promoção, proteção e prevenção da saúde, em especial nas grandes cidades, interferiu-se diretamente no desempenho dessas ações. Consequentemente, espera-se que haja interferência na cobertura populacional e nos indicadores atuais de mortalidade infantil⁶⁴.

Neste período, houve um claro esforço de superação das barreiras técnicas e estruturais para o alcance da integralidade e redução da mortalidade em crianças. Muitos avanços foram percebidos, com destaque para a PNAISC e o PMM. No entanto, mudanças técnicas, políticas e econômicas resultantes da reorientação da gestão para um modelo neoliberal e da crise financeira que o país enfrenta desde 2015, somadas aos efeitos das medidas de austeridade fiscal que interferiram nos rumos de progressiva redução dos indicadores de mortalidade infantil, têm impactado diretamente e negativamente nas políticas inclusivas, ameaçando o próprio SUS.

Principais desafios futuros

Apesar dos esforços e avanços alcançados em cada um dos períodos, atender às necessidades da saúde infantil, sob a perspectiva da integralidade, ainda é um grande desafio para os gestores, para os profissionais de saúde e para toda a sociedade brasileira⁵⁰. Esse atributo exige que a APS traduza de forma adequada as mais diversas necessidades relacionadas à saúde da criança e sua família, e disponha de recursos para atingi-las. Por outro lado, em concordância com outros estudos^{58,59}, evidenciou-se que a qualidade da atenção à saúde da criança na APS ainda é deficitária, com limitações no acesso aos serviços, carência de infraestrutura e baixa qualificação dos profissionais⁶⁵, distanciando-se do almejado cuidado integral.

Os eixos estratégicos e dispositivos propostos pela PNAISC ainda não se efetivaram plenamente de forma a articular as ações e dos serviços de saúde da criança no território, o que requer uma APS forte e qualificada, que atue como ordenadora da rede, complementada por uma atenção ambulatorial especializada e por uma rede hospitalar que assegurem a prestação de uma assistência com qualidade para todas as crianças, adolescentes e suas famílias. Porém, a PNAB em contexto de restrição de direitos, com impactos negativos em políticas sociais que reduzem os efeitos de importantes determinantes sociais da saúde⁶⁵ está aquém do almejado.

Mesmo com o sucesso precoce no alcance dos ODM relativos à mortalidade infantil, persiste o desafio ético de acabar com toda e qualquer morte evitável de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos. Dentre os compromissos assumidos pelo Brasil quanto aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 2015-2030 (ODS), destacam-se as metas do ODS 3, relativo à Saúde e Bem-estar, de reduzir, até 2030, a mortalidade neonatal para no máximo cinco por 1 mil nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para no máximo oito por 1 mil nascidos vivos⁵⁶.

Somam-se aos retrocessos explícitos nas políticas sociais inclusivas, como a extinção do PBF e sua substituição pelo programa Auxílio Brasil (ainda incipiente e sem maiores perspectivas), a desvalorização da ESF, a fusão do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), com o Ministério do Desenvolvimento Agrário e a suspensão do PMM, outras iniciativas de desmonte do SUS, como a Emenda Constitucional n.º 95, que congelou os gastos públicos com saúde e educação por 20 anos; e a abolição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs).

Desde maio de 2020, outro desafio foi imposto pelo novo modelo de financiamento da APS, através do programa Previner Brasil, instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Este traz a possibilidade de deslocamento da gestão pública para o âmbito privado; permite a contratação de empresas privadas para a provisão e formação em APS no SUS; e promove a mercantilização da atenção básica, o setor mais público e mais eficiente do nosso sistema de saúde.⁶²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desse estudo apontam a evolução dos marcos legais e normativos relacionados à atenção à saúde da criança no contexto das políticas de saúde no Brasil, com

destaque para as intervenções realizadas na APS. Na série histórica analisada foi possível constatar a ampliação e consolidação de pilares importantes para que a saúde seja, de fato, um direito.

Destaca-se a criação da ESF e sua influência na construção da PNAB, que regulamentou uma série de intervenções efetivas para a redução da mortalidade na infância considerando a expressiva ampliação do acesso aos serviços públicos de saúde. Além disso, ressaltam-se ainda as tentativas de melhoria da qualidade da APS, com a criação do PMAQ, e o provimento de médicos, uma consequência do PMM, que impactaram positivamente os indicadores de saúde materno-infantil.

Somam-se a esses programas estruturantes, legislações específicas para a saúde da criança, como a PNAISC, que em conjunto, dão sustentação ao arcabouço legal e jurídico das políticas de atenção à saúde da criança. Por fim, é importante ainda destacar as políticas de proteção social, com destaque para o PBF, que impactou profundamente a mortalidade na infância ao atuar fortemente sobre os determinantes sociais.

Os achados desse estudo ressaltam a necessidade de ampliar o enfrentamento das iniquidades relacionadas às condições de vida e saúde, evidenciando a importância de (re)formulação e execução de políticas públicas pautadas em intervenções intersetoriais. Nesse contexto, é preciso rever as políticas de austeridade fiscal e o contingenciamento que elas impõem nos investimentos em saúde e proteção social, tendo em vista o seu impacto negativo na saúde da criança.

CONFLITOS DE INTERESSES

Autores declaram não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Rebouças P, Falcão IR, Barreto ML. Social inequalities and their impact on children's health: a current and global perspective. *J Pediatr*. 2022; 98 (suppl. 1); 55-65.
2. Souza A, Hill K, Dal Poz MR. Sub-national assessment of inequality trends in neonatal and child mortality in Brazil. *Int J Equity Health*. 2010; 9 (1): 1-10.
3. Broday GA, Kluthcovsky ACGC. Infant mortality and family health strategy in the 3rd health regional of paran , from 2005 to 2016. *Ver Paul Pediatr*. 2022; (40).
4. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UNIGME). Levels & Trends in Child Mortality: Report 2021, Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation [Internet]. United Nations Children's Fund: New York, 2021. [acessado em 14 dez. 2021]. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/>.
5. Vieira-Meyer APGF, Araújo Dias MS, Vasconcelos MIO, Rouberte ESC, Almeida AMB, Albuquerque Pinheiro TX, de Lima Saintrain MV, Machado MFAS, Dufault S, Reynolds SA, Fernald L. What is the relative impact of primary health care quality and conditional cash transfer program in child mortality? *Can J Public Health*. 2019;110(6):756-767.
6. Souza LB, Arag o FBA, Cunha JHS, Fiorati RC. Intersectoral actions in decreasing social inequities faced by children and adolescents. *Rev Latino-Amer Enfermagem*. 2021; 29, e3427.
7. Esperidião MA, Soares C, Rodrigues C, Souza MC, Malheiros R, Montalvão A, Behy L. A infância como objeto de análise política em saúde. In: Teixeira CF, organizadora. *Observatório de análise política em saúde: abordagens, objetos e investiga es*. Salvador: EDUFBA; 2016. p. 305-338.
8. Guanais FC. The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Tansfers on Infant Mortality in Brazil, 1998-2010. *Am J Public Health*. 2015; 103 (11): S593-S599.
9. De Araújo da Silva ES, Paes NA. Programa Bolsa Família e mortalidade infantil no Brasil: revisão integrativa. *HOLOS*. 2018; 1: 201-211.
10. Souza RR, Vieira MG, Lima Júnior CJF. A rede de aten o integral   saúde da criança no Distrito Federal, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2019; 24 (6): 2075-2084.
11. Marinho CSR, Ferreira MAF. Evolu o das políticas públicas frente   redu o da mortalidade infantil e na infância no Brasil. *Research, Society and Development*. 2021; 10 (11): e474101119584.
12. Costa PHA, Mota DCB, Paiva FS Ronzani TM. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Ciênc Saúde Colet*. 2015; 20 (2): 395-406.

13. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas; 2002.
14. Brasil. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1990; 13 jul.
15. Brasil. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1990; 20 set.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40 p.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Neto MMC, organizador. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44 p.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996: Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS 01/96. *Diário Oficial da União*, 1996.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados, 1998-2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 200p.
20. Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009; 99 (1): 87-93.
21. Reis MC. Public primary care and child health in Brazil: evidence from siblings. In: *31º Congresso Brasileiro de Econometria*; 2009; Foz do Iguaçu. p. 199.
22. Brasil. Ministério da Saúde. *Projeto para redução da mortalidade na infância*. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. 40p.
23. Brasil. Ministério da Saúde. *AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância*: Curso de capacitação, introdução, módulo 1. 2ª ed. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32 p.
24. Alves, C. R. L., Alvim, C. G., Magalhães, M. E. N., Almeida, J. S. C. B., Goulart, L. M. H. F., & Dias, L. S. (2006). Saúde da criança e do adolescente: políticas públicas. *Alves CR, Viana MR, organizadores. Saúde da Família: cuidando de crianças e adolescentes. Belo Horizonte (MG): Editora Coopmed, 7-14.*
25. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

26. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. 1ª ed. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84p.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000. Instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 2000.
28. Gomes TGACB, Ferreira LS, Queiroz MN, Reis Netto PB, Bezerra VN, Costa AM. Mortalidade na infância no Brasil e regiões no período de 2000 a 2011: o impacto da atenção básica. *Comun Ciênc Saúde*. 2017; 47 (7): 259-266.
29. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos. Comitê Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes. *Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Crianças e Adolescentes*. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2013. 50p.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
31. 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: Ministério da Saúde, 2004. 80 p.
32. Alves CRL, Facury Lasmar LMLB, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA, Colosimo EA, Carmo GAA, Costa JGD, Magalhães MEN, Mendonça ML, Beirão MMV, Moulin ZS. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25 (3): 583-595.
33. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *Manual para Vigilância do desenvolvimento Infantil no contexto do AIDPI*. Washington DC: OPAS, 2005. 54 p.
34. Shei A, Costa F, Reis MG, Ko AI. The impact of Brazil's Bolsa Família conditional cash transfer program on children's health care utilization and health outcomes. *BMC Int Health Hum Rights*. 2014; 14:10.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual de orientações sobre o Bolsa Família na saúde*. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 68p.
36. Rasella D, Aquino R, Santos CA, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*. 2013; 382 (9886): 57-64.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 597, de 08 de abril de 2004. Institui em todo o território nacional os calendários de vacinação. *Diário Oficial União*. 12 abr 2004; Seção1: 46-7.

38. Brasil. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*. 26 Mar 2006.
39. Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 493-545.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006-Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*, 2006.
41. Tinoco MM. *A relação saúde/doença no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: uma revisão de literatura*. [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz; 2015.
42. Brasil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 2007. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Passo a passo PSE (Programa Saúde na Escola): tecendo caminhos da intersetorialidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 46p.
44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 100p.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 7 de outubro de 2009. Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e Cria o Comitê Técnico-Consultivo para a sua implementação. *Diário Oficial da União*, 2009.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União*, 2011.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 341, de 4 de março de 2013. Redefine o Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). *Diário Oficial da União*, 2013.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diário Oficial da União*, 2011.
49. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, 2011.

50. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, 2002. 726p.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a Implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. *Diário Oficial da União*, 2013.
52. Vanderlei LC, Navarrete MLV. Mortalidade Infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. *Rev Saúde Públ*. 2013; 47 (2): 379-389.
53. Lima RTS, Fernandes TG, Baleiro AAS, Costa FS, Schramm JMA, Schweickardt JC, Ferla AA. Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciênc Saúde Colet*. 2016; 21(9): 2685-2696.
54. Boiteux PA, Sarti TD, Lima RCD. Programa Mais Médicos: contribuições aos processos de trabalho e desafios para a integralidade do cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2020; 15 (42): 2149.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013. Institui a estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) – Estratégia amamenta e alimenta Brasil. *Diário Oficial da União*. 6 set 2013; Seção 1: 64.
56. Organização das Nações Unidas Brasil (ONU): *Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável* [Internet]. [citado em 21 de jun. 2021]. Disponível em <https://brasil.un.org/index.php/pt-br/sdgs/3>
57. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 2015.
58. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2011; 20 (1): 263-271.
59. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Modelando a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31 (4): 701-707.
60. Brasil. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. *Diário Oficial da União*, 2016.
61. Vieira FS, Santos IS, Ocké-Reis C, Rodrigues PHA. *Políticas sociais e austeridade fiscal: como as políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro, CEBES, 2018, 64 p.

62. Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate*. 2018; 42 (Spe. 1): 38-51.
63. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*; 2017.
64. Giovanella L. Rede de Pesquisa em APS, Abrasco. *Política Nacional de Atenção Básica em contexto de restrição de direitos* [Internet]. 2020. [citado em 21 de jun. 2021]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/02/Giovanella-CNS-fev-2020.pdf>
65. Rasella D, Aquino R, Santos CA, Paes-Sousa R, Barreto ML. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*. 2013; 382 (9886): 57-64.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Acácia Mayra Pereira de Lima – Investigação, Metodologia, Conceituação, Análise Formal, Validação, Visualização, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição.

Helena Paula Guerra dos Santos - Investigação, Metodologia, Conceituação, Análise Formal, Validação, Visualização, Redação – rascunho original, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição.

Leandro Alves da Luz - Validação, Conceituação, Revisão e edição.

Maria del Pilar Flores-Quispe - Conceituação, Metodologia, Visualização, Revisão e edição.

Valentina Martufi - Conceituação, Metodologia, Validação, Visualização, Supervisão, Revisão e edição.

Eduarda Ferreira dos Anjos - Metodologia, Revisão e edição.

Cátia Oliveira – Metodologia, Revisão e edição.

Ila Falcão - Redação – Revisão e edição.

Naiá Ortelan - Redação – Revisão e edição.

Aline Rocha - Redação – Revisão e edição.

Rosana Aquino - Revisão e edição, Supervisão, Validação.

Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer - Revisão e edição, Supervisão, Validação.

Maria Yury Ichihara - Revisão e edição, Supervisão, Validação.

Maurício Lima Barreto - Revisão e edição, Supervisão, Validação.

Elzo Pereira Pinto Junior - Administração do projeto, Supervisão, Investigação, Metodologia, Conceituação, Análise Formal, Visualização, Redação – rascunho original, Redação – revisão e edição.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.