

SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS BRASILEIRAS E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

CHILD HEALTH IN PRIMARY CARE: EVOLUTION OF BRAZILIAN POLICIES AND NURSES' PERFORMANCE

SALUD DEL NIÑO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA: EVOLUCIÓN DE LAS POLÍTICAS BRASILEÑAS Y LA ACCIÓN DEL ENFERMERO

Isabella Duarte Branquinho¹, Fernanda Moura Lanza².

RESUMO

Objetivos: Descrever o processo de construção histórica das políticas de atenção à saúde da criança no Brasil, a participação da enfermagem nesse processo e os avanços e desafios atuais para a atenção primária à saúde. **Método:** Trata-se de um artigo de reflexão teórica. **Resultados:** A atenção à saúde da criança no Brasil passou por um extenso processo de evolução e qualificação no âmbito das políticas públicas, o que resultou em avanços na redução da mortalidade infantil e da desnutrição e na ampliação da cobertura vacinal. Os atuais desafios – a mortalidade neonatal e a obesidade – estão elencados na atual diretriz programática brasileira e também nos objetivos do Desenvolvimento Sustentável. O enfermeiro destacou-se como um profissional com participação efetiva e fundamental na atenção à saúde da criança, mesmo antes da consolidação do SUS e da promulgação da lei do exercício profissional. **Conclusão:** Para superar as lacunas entre as diretrizes programáticas e a capilaridade dessas políticas na realidade dos serviços de saúde, torna-se necessária a consolidação da presença e extensão dos atributos da APS nos serviços de saúde brasileiros.

Descritores: Saúde da criança; Atenção primária a saúde; Políticas públicas; Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: To describe the process of the historical construction of Brazilian child health care policies, the participation of nursing in this process and the current advances and challenges for primary health care. **Method:** This is an article of theoretical reflection. **Results:** Child health care in Brazil underwent an extensive process of evolution and qualification in the scope of public policies, which resulted in advances in the reduction of infant mortality and malnutrition and in the vaccination coverage expansion. The current challenges - neonatal mortality and obesity - are listed in the current Brazilian programmatic guideline and in the Sustainable Development objectives. The nurse stood out as a professional with effective and fundamental role in the child health care, even before the consolidation of the UHS and the enactment of the professional practice law. **Conclusion:** In order to overcome the gaps between the programmatic guidelines and the capillarity of these policies in the reality of the health services, the presence and extension of the PHC attributes in the Brazilian health services need to be consolidated.

Descriptors: Child health; Primary health care; Public policies; Nursing.

RESUMEN

Objetivos: Describir el proceso de construcción histórica de las políticas de atención a la salud del niño en Brasil, la participación de la enfermería en ese proceso y los avances y desafíos actuales para la atención primaria a la salud. **Método:** Se trata de un artículo de reflexión teórica. **Resultados:** La atención a la salud del niño en Brasil pasó por un extenso proceso de evolución y calificación en el ámbito de las políticas públicas, lo que resultó en avances en la reducción de la mortalidad infantil y la desnutrición y en la ampliación de la vacunación. Los actuales desafíos - la mortalidad neonatal y la obesidad - se enumeran en la actual directriz programática brasileña y también en los objetivos del Desarrollo Sostenible. El enfermero se destacó como un profesional con participación efectiva y fundamental en la atención a la salud del niño, incluso antes de la consolidación del SUS y de la promulgación de la ley del ejercicio profesional. **Conclusión:** Para superar las lagunas entre las directrices programáticas y el alcance de esas políticas en la realidad de los servicios de salud, se hace necesaria la consolidación de la presencia y extensión de los atributos de la APS en los servicios de salud brasileños.

Descritores: Salud del niño; Atención primaria de salud; Políticas públicas; Enfermería.

¹Graduada em Enfermagem. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de São João del Rei. ²Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Docente na Universidade Federal de São João del-Rei.

Como citar este artigo:

Branquinho ID, Lanza FM. Saúde da Criança na Atenção Primária: Evolução das Políticas Brasileiras e a Atuação do Enfermeiro. 2018;8:e2753. [Access _____]; Available in: _____. DOI: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v8i0.2753>

INTRODUÇÃO

Em um contexto de reflexão sobre a evolução das políticas públicas de atenção à saúde no Brasil, neste momento em que se comemoram os trinta anos do Sistema Único de Saúde (SUS), é válido trazer para a pauta a saúde da criança considerando que “sua sobrevivência, proteção, crescimento e desenvolvimento com boa saúde e uma nutrição adequada são bases fundamentais para o desenvolvimento humano (p15)”⁽¹⁾. Por esse motivo, a saúde da criança é tema prioritário no debate nacional e internacional sobre saúde e desenvolvimento; esteve elencada entre os objetivos e metas estabelecidos na declaração dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) e retomada nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) instituídos pela Organização das Nações Unidas (ONU) nos anos de 2001 e 2016, respectivamente⁽¹⁻²⁾.

No Brasil, a atenção à saúde da criança tem se apresentado entre as áreas prioritárias no contexto das políticas públicas há várias décadas, passando por um extenso processo de evolução⁽³⁾ e aprimoramento, que culminou no Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), em vigência na atualidade⁽⁴⁾. Tal processo esteve intimamente relacionado com a qualificação da atenção e cuidado exercidos em todas as dimensões, do individual ao coletivo, da atenção primária à especializada, com a atuação de diversos atores, entre os quais se destaca o Enfermeiro.

As políticas de atenção à saúde da criança resultaram em muitos avanços, com impactos positivos nos indicadores de saúde como redução da mortalidade infantil, aumento da cobertura vacinal, ampliação do acesso aos serviços de saúde, melhoria nos índices de aleitamento materno e redução da desnutrição. Surgiram também, nesse percurso, novos desafios, como a estagnação da mortalidade neonatal e a incidência aumentada de prematuridade, condições crônicas e da violência na infância. E, por fim, persistiram também alguns antigos problemas que ainda necessitam de respostas, entre os quais, a alta prevalência de sífilis congênita e a morbimortalidade de crianças menores de 5 anos por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS)⁽⁵⁾.

Nesse contexto, a APS tem um papel fundamental no reconhecimento das necessidades de saúde da população, pois atua como a ordenadora e a coordenadora do cuidado

na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Contudo, a sua efetividade está condicionada ao nível de estruturação e a forma como se fazem presentes os seus atributos ordenadores, que se distribuem entre essenciais - acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação - e derivados - orientações familiar e comunitária e a competência cultural⁽⁶⁾.

Da mesma forma, a atuação da equipe da APS impacta diretamente na consolidação dessa efetividade e, no que se refere à atenção à saúde da criança, o enfermeiro ganha destaque, tanto no processo histórico de implementação das políticas quanto no enfrentamento dos desafios que ainda se impõe, uma vez que tal profissional reúne, em suas especificidades, um olhar integral do indivíduo, com habilidades para uma assistência que agrega ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, com foco tanto no individual quanto no coletivo e uma reconhecida vocação para práticas de educação em saúde.

Com base no reconhecimento do caráter prioritário da atenção à saúde da criança, no contexto da saúde coletiva na qual o enfermeiro atua de forma intensa, emerge a motivação para esta reflexão teórica, cujo objetivo é descrever o processo de construção histórica das políticas de atenção à saúde da criança no Brasil, a participação da enfermagem nesse processo e os avanços e desafios atuais para a atenção primária à saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, de reflexão teórica. O levantamento dos artigos científicos foi realizado no Portal de Periódicos CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), sem delimitação do período de publicação (devido ao objeto em estudo se tratar, em parte, de uma construção histórica), com utilização dos seguintes descritores: Saúde da criança, Políticas públicas, Atenção primária à saúde e Enfermagem. Em complementação, foram utilizadas também publicações oficiais - legislações e manuais - do Ministério da Saúde e de instituições internacionais disponíveis *on line*.

A partir do levantamento bibliográfico, buscou-se descrever a construção histórica das políticas públicas voltadas à saúde da criança no Brasil, os reflexos nelas evidenciados das discussões internacionais nesse sentido e a maneira com que a enfermagem se posicionou nesse contexto. A partir de então, foi construída

uma reflexão acerca dos avanços e desafios para a atenção primária à saúde da criança que permearam esse processo até os dias atuais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As políticas e ações voltadas para saúde da criança no Brasil foram desenhadas conforme a evolução do contexto político, do perfil epidemiológico e das concepções de saúde e de criança ao longo do tempo. A primeira iniciativa governamental nesse sentido ocorreu na década de 1930-1940, ainda na vigência do Estado Novo⁽³⁾, quando foi criado, pelo Ministério da Saúde e Educação, o Departamento Nacional da Criança (DNCr). Tal iniciativa tentava dar resposta ao grande desafio da alta taxa de mortalidade infantil que, naquela época, computava em torno de 162 óbitos/1000 nascidos vivos⁽⁵⁾, mas, por outro lado, havia também uma preocupação em reduzir o absenteísmo das mães ao trabalho pelo adoecimento da criança⁽⁷⁾.

O DNCr foi estabelecido como órgão supremo de coordenação de todas as atividades nacionais para a proteção à maternidade, infância e adolescência, ao qual competia conhecer a situação desse público através de inquéritos, promover a formação de uma consciência social sobre a mesma, estimular a criação e organização de estabelecimentos de assistência e fiscalizá-los⁽³⁾. Tudo isso, por meio de ações de caráter curativo e individualizado⁽⁷⁾, compreendendo atendimento médico, ações educacionais e assistenciais⁽⁸⁾.

Nesse contexto, surgiram instituições como os postos de puericultura e as casas da criança, destinados a oferecer, neste primeiro espaço, assistência à saúde da mãe em todo ciclo gravídico puerperal e à criança até os cinco anos e, no segundo espaço, tanto assistência educacional, com foco nos temas de moral e higiene, quanto assistência à saúde. Nesse cenário, as figuras mais atuantes foram os médicos puericultores e as professoras, que recebiam os treinamentos realizados pelo DNCr⁽⁸⁾, de modo que a literatura não menciona ainda a atuação expressiva do enfermeiro nesse contexto.

No ano de 1953, ocorreu o desmembramento do Ministério da Saúde e Ministério da Educação e, em 1969, o DNCr foi destituído, dando lugar à Coordenação de Proteção Materno-infantil (CPMI), em 1970⁽⁷⁾. Nesse período, o índice de mortalidade infantil apresentava-se em torno de 115 óbitos por 1000

nascidos vivos, resultante de uma redução de 1% ao ano desde 1930, sendo a idade mediana dos óbitos de 30 dias de vida⁽⁵⁾, o que aponta algum avanço em decorrência das ações do DNCr, apesar de ser considerado um índice ainda bastante elevado, o que mantém a redução da MI como principal desafio.

Em 1975, a CPMI lançou o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com o objetivo de reduzir a mortalidade de crianças e a mortalidade materna, a partir da preparação de infraestrutura, concentração de recursos financeiros, investimento na qualidade da informação, estímulo ao aleitamento materno, suplementação alimentar, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, implantação de um esquema básico de vacinação por idade, a terapia de reidratação oral (TRO) como medida de controle das doenças diarreicas, o controle das infecções respiratórias agudas (IRAS), além da melhoria da qualidade e cobertura do atendimento à mulher na gestação, parto, puerpério e a da assistência à criança⁽³⁾. Nessa política, apesar das ações ainda se concentrarem na assistência à criança em situações agudas, surgiram também algumas iniciativas de caráter preventivo^(3,7).

Em meio a esse movimento de construção da política de atenção à saúde da criança, no qual são inseridas novas estratégias para além do olhar curativista e médico centrado, a enfermagem começa a encontrar espaço para ampliação do seu campo de responsabilidade com a possibilidade de uma atuação diferenciada da assistência de enfermagem vigente naquela época. Esse espaço fica evidenciado pela implantação de um serviço de enfermagem, no final da década de 60, em uma unidade de treinamento destinada à assistência, ensino e pesquisa, que atuava junto a uma população carente localizada em um município no interior de São Paulo. Tal serviço tinha, como foco, atender aos princípios da Atenção Primária e aos objetivos dos Programas de Saúde Pública daquele tempo, entre os quais, a atenção à saúde da criança, sobretudo no primeiro ano de vida. Assim, eram realizadas, pelos enfermeiros, consultas agendadas para o acompanhamento de crianças sadias conforme um calendário pré-estabelecido e o atendimento, em menor proporção, às demandas por enfermidades, o que resultou em um impacto positivo no referido serviço e demonstrou a relevância da consulta de enfermagem na atenção à criança, estabelecida

como prática, utilizada mesmo antes de sua formalização na lei do exercício profissional⁽⁹⁾.

As ações propostas pelo Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil resultaram em uma redução da mortalidade infantil em 3,2% ao ano, atingindo os 83 óbitos por 1000 nascidos vivos no final da década de 1970⁽⁵⁾. De fato, esse programa parece ter possibilitado um protagonismo do enfermeiro na atenção à saúde da criança no contexto da APS, no qual se verifica um terreno fértil para a sua atuação, pois as ações estabelecidas nesse programa são absolutamente coerentes com as especificidades desse profissional, que baseia sua prática em ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, através de ações assistenciais e de educação em saúde, em caráter individual e coletivo.

Os anos posteriores a 1980 foram marcados por grandes avanços no setor saúde, com importante impacto também nas políticas de atenção à saúde da criança, graças a um contexto de discussão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que resultou na Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde, realizada em Alma Ata em 1978, a retomada da concepção de saúde, antes já definida pela OMS em sua constituição, como um direito humano fundamental, não se tratando apenas de ausência de doença, mas de um estado de pleno bem-estar. Assim, a APS foi definida como estratégia fundamental para a melhoria da saúde da população⁽¹⁰⁾. Diante disso, emergiu a necessidade de estratégias de atenção à saúde de caráter intersectorial para responder não apenas às situações agudas, mas também melhorar os fatores determinantes e condicionantes da saúde da população.

Em meio a esse debate global, foi criado no Brasil, em 1980, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e Criança (PAISMC), cujas principais ações em relação à saúde da criança visavam à promoção do aleitamento materno e orientação para alimentação em situação de desmame, controle das IRA, diarreia e desidratação, imunização básica, e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento^(3,7), ações essas que são intensamente assumidas pelos profissionais de enfermagem na APS.

Em 1984, o PAISMC foi desmembrado em dois programas: o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção Integral à saúde da Criança (PAISC)^(3,7), de modo que, o PAISC manteve as linhas de ações

voltadas para a saúde da criança, já estabelecidas no PAISMC, e ainda contemplou a prevenção e o manejo do baixo peso ao nascer, a prevenção dos acidentes e intoxicações, a assistência ao recém-nascido e a criação do cartão da criança como instrumento para o acompanhamento do crescimento⁽³⁾. Para a enfermagem, esses dois programas representaram um marco interessante de consolidação do seu espaço e de seu modo de atuar na APS a partir da consulta baseada na educação em saúde e de um olhar abrangente, que considera o indivíduo em seu contexto social e psicológico, os quais são ferramentas importantes na atenção à saúde da criança⁽¹¹⁾.

Todas essas medidas intensificaram ainda mais a redução dos óbitos infantis, cujo índice apresentou uma queda de 5,5% ao ano a partir de 1980, atingindo os 47 óbitos por 1000 nascidos vivos em 1990⁽⁵⁾, e também começaram a configurar a assistência à saúde da criança aos moldes da APS. No entanto, ainda não correspondia, por completo, aos princípios estabelecidos em Alma Ata. Por entraves políticos e de financiamento, em muitos países, inclusive no Brasil, foi adotado um modelo de APS seletiva, centrada apenas em alguns problemas de saúde específicos, através de um modelo de centros de saúde orientados para a demanda espontânea, distanciando-se da ideia de integralidade antes definida⁽¹²⁾, de modo que, somava-se aos desafios, a consolidação deste modelo de atenção.

No final da década de 1980 e início de 1990, em um contexto de redemocratização do país, foram alcançadas grandes conquistas no âmbito das políticas públicas de saúde - com a criação do SUS - o que marcou uma mudança de paradigma, de modo que a saúde passou a ser entendida a partir do conceito de integralidade, gerando políticas que agregavam ações de proteção, promoção e prevenção^(3,7).

Em decorrência desse novo paradigma, ocorreu uma grande expansão da APS, porém ainda baseada em um caráter seletivo e em uma assistência individual e orientada pela demanda espontânea. Tal situação começou a ser superada com a criação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF)^(6,12). Tais programas trouxeram, pela primeira vez, o foco para a família e instituíram a noção de cobertura, propuseram a substituição da atenção básica tradicional e retomaram os

princípios da integralidade, hierarquização da atenção, territorialização e cadastramento da população, equipe multiprofissional e promoção de práticas e ações de saúde de forma integral, contínua e equitativa⁽¹²⁾.

A ESF potencializou efetivamente a atenção à saúde da criança com notável impacto na redução da mortalidade infantil^(5,7) e consolidou-se como o principal meio para vigilância da saúde da criança, sobretudo em decorrência da utilização de instrumentos para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento, o incentivo ao aleitamento materno, o aumento da cobertura vacinal e a atenção às doenças prevalentes na infância⁽⁶⁾.

Nesse contexto, o enfermeiro emergiu como figura fundamental no que se refere à implementação da ESF e, especificamente, na atenção à saúde da criança, enquanto profissional capaz de realizar todas as ações minimamente preconizadas para esse público, de modo a proporcionar melhorias na promoção de sua saúde e prevenção de doenças, destacando-se na realização da puericultura⁽¹³⁾.

Vale ressaltar que a consulta de enfermagem em puericultura é uma ferramenta importante para a atenção à criança pois, através dela, o enfermeiro tem a oportunidade, não somente de investigar e acompanhar o padrão de crescimento e desenvolvimento e realizar, sobre esses, as adequadas intervenções, mas também de identificar situações de risco, verificar a cobertura vacinal, incentivar a promoção da saúde e a prevenção das doenças mais comuns nessa fase e ainda promover educação em saúde⁽¹⁴⁾, o que, indubitavelmente, fortalece os princípios da APS, sobretudo a integralidade.

Outra estratégia com notável impacto sobre a saúde da criança na década de 1990 foi a Estratégia de Atenção Integral a Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), adotada, no Brasil, em 1996, que também apresentou um impacto considerável nesse período, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, nas quais, os índices de mortalidade infantil ainda se encontravam mais elevados em relação ao restante do país. Tratou-se de uma estratégia para o seguimento da saúde da criança a ser utilizada na ESF para avaliação dos fatores que afetam a saúde infantil como subsídio para intervenções e orientações adequadas⁽⁷⁾. Vale ressaltar que a referida estratégia é bastante pertinente à atuação do enfermeiro, podendo ser utilizada como base na execução do processo de

enfermagem para qualificação de sua prática na saúde da criança, já que sistematiza a tomada de decisões do profissional no âmbito curativo, de prevenção e promoção à saúde, relacionados ao aleitamento materno, promoção de alimentação saudável, crescimento e desenvolvimento, imunização, assim como o controle dos agravos à saúde tais como: desnutrição, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas e malária, entre outros.

A implantação da APS e a AIDIPI consolidou um quadro de mudança do perfil epidemiológico da saúde da criança no Brasil, marcado por um intenso declínio da mortalidade infantil, que atingiu um índice de 27 óbitos por 1000 nascidos vivos no ano 2000; um relativo controle das doenças imunopreveníveis, evidenciado pela eliminação da poliomielite em 1989 e último caso autóctone de sarampo em 1999; redução na idade média dos óbitos infantis para 6 dias de vida⁽⁵⁾; maior concentração das causas de óbito infantil naquelas originárias no período neonatal, com uma incidência de 40%⁽⁷⁾ e aumento nos índices de prematuridade, de 4% em 1980, para 10% no ano 2000, a qual se tornou a principal causa de morte infantil no país⁽⁵⁾.

Emergiram, então, como principais desafios, a mortalidade neonatal e a prematuridade. E, apesar do significativo declínio da mortalidade infantil, ela ainda permanecia em níveis superiores aos desejáveis. Nesse contexto, foram definidas diversas estratégias de caráter nacional e internacional na busca de superar esses desafios.

No ano 2000, o Ministério da Saúde lançou o Método Canguru, que estabeleceu um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado e singular ao recém-nascido pré-termo (RNPT) e sua família, em uma abordagem biopsicossocial, que busca minimizar os efeitos adversos do nascimento prematuro e melhorar o cuidado neonatal, através de um envolvimento de toda a rede de atenção à saúde (RAS), com início no pré-natal e continuidade mesmo após a alta, em um trabalho conjunto da unidade hospitalar e a APS⁽⁷⁾. Em setembro do mesmo ano, foram lançados também os objetivos do desenvolvimento do milênio (ODM), através do qual, os países membros da ONU, comprometeram-se, além de outras sete metas, a reduzirem a mortalidade infantil para 2/3 (o que, no Brasil, correspondia a 17,7 óbitos por 1000 nascidos vivos) até o ano de 2015⁽⁷⁾. Em 2004, foi lançada, a agenda de compromissos para a saúde

integral da criança e redução da mortalidade infantil, com o objetivo de concentrar esforços na organização da assistência à população infantil, contemplando, desde o primeiro atendimento, nas unidades básicas de saúde, até a atenção especializada dos casos mais graves, que exigiam internação nas unidades de média e alta complexidade, com esforços para além da redução da mortalidade infantil, visando também a qualidade de vida das crianças⁽¹⁴⁾.

Tal agenda apresentou como princípios norteadores: a intersectorialidade, universalidade, acolhimento, responsabilização, integralidade, resolutividade, equidade, trabalho em equipe, ênfase nas ações de promoção da saúde, participação da família e comunidade e avaliação contínua da assistência prestada⁽¹⁵⁾. Foram propostas linhas de cuidado abrangendo a atenção qualificada à gestante e ao recém-nascido, a triagem neonatal, o incentivo ao aleitamento materno, incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil, combate à desnutrição e anemias carenciais, imunização, atenção a doenças prevalentes na infância, saúde bucal, saúde mental, prevenção de acidentes, maus tratos, violência e trabalho infantil e atenção à criança portadora de deficiência⁽¹⁵⁾.

Nesse momento, faz-se importante destacar também a publicação da Caderneta de Saúde da Criança, em 2005, como instrumento de vigilância integral à saúde da criança, a partir de uma revisão e ampliação do antigo cartão da criança, com o acréscimo de diversos instrumentos de avaliação e acompanhamento, bem como de informações para os pais^(3,16).

Em 2006, por meio da portaria 399, de 22 de fevereiro⁽¹⁷⁾, na perspectiva de superar as dificuldades enfrentadas pelo SUS naquele momento, foi proposto, pelo MS, o Pacto pela Saúde, um instrumento que comporta três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão, com a finalidade de qualificar a gestão pública do SUS para maior efetividade, eficiência e qualidade através de compromissos entre gestores do SUS frente às prioridades.

O Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários expressos em objetivos, dentre os quais, destacam-se: a redução da mortalidade materna, infantil neonatal e a consolidação e qualificação da ESF

como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das RAS do SUS. Nesse contexto, propunham-se: a redução em 5% da mortalidade neonatal, a redução em 50% dos óbitos por diarreias e 20% dos óbitos por pneumonia, a qualificação da atenção às doenças prevalentes e a criação dos comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes⁽¹⁷⁾.

Em 2009, foi lançada a estratégia "Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis", cujo objetivo era possibilitar novas ofertas de cuidado para as mulheres e as crianças, de forma humanizada, e fortalecer aquelas tradicionalmente existentes, na perspectiva do vínculo e do crescimento e desenvolvimento integral da criança de zero a cinco anos. A estratégia propunha a redução da mortalidade materna e infantil e a promoção da qualidade de vida e da capacidade de brincar⁽⁷⁾. Em 2011, foi lançada a Rede Cegonha como parte da política de RAS, visando garantir segurança e qualidade na assistência à mulher em todo o ciclo reprodutivo e cuidado integral à criança no nascimento, crescimento e desenvolvimento⁽⁷⁾.

Em 2013, foi implementada "Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil", como resultado da integração entre a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS), com o objetivo de qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica para reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁷⁾.

Após esta intensa movimentação na construção de políticas e estratégias para a atenção à saúde da criança a partir do ano 2000, houve um claro avanço nas condições de saúde das crianças brasileiras, o que fica evidenciado pela taxa de mortalidade infantil, em 2015, de 15 óbitos por 1000 nascidos vivos, superando a meta número 4 dos ODM para este país⁽¹⁸⁾, somado a outras importantes conquistas como a redução da desnutrição e dos óbitos por diarreias e infecções respiratórias, a considerável melhoria da cobertura vacinal e o aumento do tempo médio de amamentação e da prevalência do aleitamento materno exclusivo⁽⁵⁾.

No entanto, mesmo após quase três décadas da criação do SUS e a expansão dos

serviços de APS, ainda permanecem alguns desafios, entre os quais: uma certa estagnação dos índices de mortalidade neonatal; a prevalência de mortes originárias no período perinatal; a prematuridade ainda elevada; a morbidade e hospitalizações de crianças por causas que poderiam ser evitadas com ações sensíveis e resolutivas na APS; o aumento das condições crônicas; a grande incidência de sífilis congênita; a persistência de disparidades regionais, socioeconômicas e étnicas; o aumento do número de crianças vítimas de violência^(5,7); bem como a dificuldade para a implementação da intersetorialidade para o enfrentamento dos DSS.

Esses desafios refletem antigos entraves que não foram suficientemente alcançados pelas políticas estabelecidas até então, ou mesmo um distanciamento recorrente entre as políticas estabelecidas e as ações implementadas, mas apontam também novos problemas decorrentes das condições de vida e saúde da população atual. Contudo, de modo geral, muitos desses desafios estão direta ou indiretamente relacionados a qualidade da assistência à saúde da criança na APS, conforme exemplificado a seguir.

No que se refere às internações hospitalares por causas evitáveis, uma revisão sistemática de literatura identificou que os principais motivos de internação de crianças menores de cinco anos, no Brasil, por causas sensíveis à atenção primária (ICSAP), foram a pneumonia, as gastroenterites e a asma. Entre as crianças menores de um ano, as infecções do trato urinário também representaram importante motivo de internação, o que também poderia ser reduzido mediante um diagnóstico precoce, tratamento oportuno e, nos casos de recorrência, profilaxia adequada ainda em nível ambulatorial⁽¹⁹⁾.

Diante disso, fica novamente evidenciada a importância da utilização de instrumentos já existentes como o AIDPI e o processo de enfermagem como meio de qualificação da atenção à saúde da criança, visando uma assistência mais eficiente e resolutiva na APS. Aliado a isso, é válido também salientar a necessidade de que os atributos da APS se façam adequadamente presentes para a qualificação desse nível de atenção, evitando agravos e internações por causas que poderiam ser adequadamente resolvidas ainda na APS.

Ao avaliar a presença e extensão dos atributos da APS em relação a crianças, menores

de cinco anos, hospitalizadas por pneumonia, em um estudo caso controle, identificou-se que os atributos que representavam a disponibilidade dos serviços, a oferta de ações de saúde e o envolvimento dos profissionais com a família em seu contexto de vida, mostraram-se mais largamente presentes naquelas que não foram hospitalizadas, o que propõe uma associação desses com a prevenção de hospitalizações por pneumonia⁽²⁰⁾.

Dentre as doenças crônicas na infância, é válido mencionar a obesidade infantil, a qual se mostra com tendência crescente no Brasil e se apresenta como fator de risco para outras doenças crônicas como hipertensão, diabetes, doenças renais, cardiovasculares e cerebrais⁽²¹⁾.

Percebe-se, aqui, uma clara mudança no perfil epidemiológico da infância brasileira. Se, antes, os esforços se concentravam no combate à desnutrição, hoje, praticamente superada neste país, atualmente, o desafio é vencer a obesidade infantil. O interessante é que ambos os desafios - o combate à desnutrição e a obesidade - estão elencados entre as metas dos ODS⁽²⁾ e, inclusive, possuem meios semelhantes para sua superação, entre eles podendo serem mencionados: o acompanhamento das curvas de crescimento, o incentivo ao aleitamento materno e orientação adequada para a introdução de novos alimentos e alimentação saudável⁽⁴⁾.

A sífilis congênita também é um problema de relevância nesse contexto, o qual pode ser superado com ações eficientes na APS, uma vez que os casos da doença estão associados às condições socioeconômicas e qualidade da assistência pré-natal⁽²²⁾. Aqui, fica evidenciada a importância dos atributos da integralidade e longitudinalidade, pois tal problema suscita esforços não somente em ações direcionadas à saúde da criança. No caso da sífilis congênita, o gargalo se encontra na assistência à saúde da mulher, de modo que tal desafio pode ser superado através de uma qualificação da assistência à saúde reprodutiva, compreendendo desde o planejamento familiar ao pré-natal, conforme estabelecido também pelos ODS⁽²⁾.

Mediante os desafios atuais para a saúde da criança, em agosto de 2015, por meio da portaria 1130⁽⁴⁾, o MS lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a qual ampliou o foco das ações de atenção à saúde da criança até os nove anos de vida, mas manteve a atenção especial à primeira infância (0-3 anos) e às populações de maior

vulnerabilidade, com vistas na redução da morbimortalidade infantil, assim como na promoção de um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento para essa população. Desse modo, os princípios orientadores dessa política são: o direito à vida e à saúde; a prioridade absoluta da criança; acesso universal à saúde; integralidade do cuidado; equidade em saúde; ambiente facilitador à vida; humanização da atenção e gestão participativa com controle social⁽⁴⁾.

A PNAISC se estrutura em sete eixos, cada qual contemplando ações estratégicas específicas para sua implementação, sendo eles: a atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; o aleitamento materno e alimentação complementar saudável; a promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; a atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; a atenção integral à criança em situação de violências; a prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; a atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade e a vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno⁽⁴⁾.

Os desafios enfrentados pelo Brasil em relação à saúde da criança também encontram semelhança em outras nações e, de igual modo, podem ser respondidos através de iniciativas globais. Em 2016, a ONU lançou a agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, na qual busca retomar os Objetivos do Milênio ainda não alcançados e estabelecer novas metas pertinentes aos novos desafios da humanidade para a sustentabilidade. Nessa agenda, a saúde da criança emerge novamente entre os itens prioritários, com uma visão integral, abrangendo as questões de educação, segurança, assistência à saúde da criança e à saúde da mulher, conforme já mencionado neste texto⁽²⁾.

Diante do exposto, emergem as seguintes questões: Como o enfermeiro se insere no enfrentamento dos desafios e implementação das políticas atuais para atenção à saúde da criança, a partir de um conceito ampliado de saúde? Quais aspectos da APS e da atuação profissional precisam ser qualificados visando a superação desses desafios e sucesso da implementação da PNAISC e dos ODS?

Mediante todos esses desafios, o enfermeiro tem um papel fundamental, seja no

nível individual, através da consulta de enfermagem com acompanhamento adequado do crescimento/desenvolvimento e orientações oportunas e eficientes, seja no nível coletivo, com atividades de educação em saúde, tratando-se, inclusive, de um esforço a nível intersetorial e multiprofissional.

De um modo geral, os enfermeiros reconhecem o valor da consulta de puericultura para a garantia da saúde da criança e a entendem como um acompanhamento sistemático e periódico da criança que contempla o seu crescimento e desenvolvimento⁽²³⁾, demonstrando também satisfação profissional na realização dessa atividade⁽¹³⁾.

Nesse sentido, a inadequada capacitação para o acompanhamento do crescimento e, em especial, do desenvolvimento dos menores de um ano na ESF foi um fator decisivo para as falhas na qualidade da consulta de enfermagem, apontando para a necessidade de que tais profissionais estejam adequadamente capacitados para assistirem esse público^(13,24).

Outra pesquisa sobre a utilização da Caderneta de Saúde da Criança demonstrou que tal instrumento amplia o campo de práticas na visão do enfermeiro, permitindo um diálogo com a mãe e a família sobre as condições de saúde da criança, mas, ao mesmo tempo, apresentou alguns problemas como o preenchimento incompleto desse instrumento por parte dos profissionais e a limitação do conhecimento de alguns desses indivíduos a respeito do mesmo⁽¹⁶⁾.

Por outro lado, alguns profissionais apontaram as deficiências na estrutura dos serviços, sobretudo em relação à disponibilidade de instrumentos/equipamentos para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança como contribuintes para a realização de ações inadequadas nesse processo⁽¹³⁾.

Desse modo, é importante ressaltar que a enfermagem tem uma contribuição fundamental na consolidação do modelo assistencial do SUS, o que significa uma transposição do processo de trabalho centrado em procedimentos e em profissionais para um processo centrado no usuário, baseado no imperativo ético da clínica ampliada, seja para organização dos serviços ou para a atuação profissional⁽²⁴⁾.

Em relação à qualidade da atenção à saúde da criança na APS, estudo apontou que os serviços de atenção básica brasileiros são heterogêneos quanto à presença e extensão dos

atributos da APS para a criança⁽⁶⁾. Desse modo, um estudo realizado em 11 municípios do interior de Minas Gerais, demonstrou que, na visão dos cuidadores de crianças de 0 a 2 anos de idade, a assistência à saúde da criança não está imbuída de grande parte dos atributos da APS, o que se evidencia pela presença de barreiras organizacionais ao acesso, ausência de contrarreferência, predominância de práticas individuais, incipiência das ações de promoção de saúde, verticalização na organização das ações, comunicação ineficiente entre profissionais e usuários e pouco espaço para a participação da comunidade⁽²⁵⁾.

CONCLUSÃO

A atenção à saúde da criança no Brasil enquanto uma das prioridades no âmbito das políticas públicas passou por um extenso processo de construção ao longo da história, partindo de um modelo centrado na doença e em ações curativas para outro, baseado em uma visão ampliada da saúde, com foco não somente em ações curativas, mas também preventivas e de promoção e proteção da saúde.

Como resultado dos 30 anos do SUS e seus avanços na implementação dos princípios e diretrizes constitucionais, em especial, a universalidade e a descentralização, houve importantes progressos como a redução da mortalidade infantil, a ampliação do acesso aos serviços, a alta cobertura vacinal e a redução da desnutrição. No entanto, emergiram outros desafios como a estagnação dos índices de mortalidade neonatal e a incidência aumentada de prematuridade e de condições crônicas.

Por isso, pode-se afirmar que houve e ainda existem lacunas entre as diretrizes programáticas e a capilaridade dessas políticas na realidade dos serviços de saúde. Agora, o alvo da recente PNAISC é proporcionar, à criança em desenvolvimento, uma melhor qualidade de vida, em especial aos grupos de maior vulnerabilidade, como indígenas, quilombolas, ribeirinhos e crianças com deficiências. Essa política também preconiza a atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas.

Diante disso, a APS se destaca com importante papel no enfrentamento desses desafios; no entanto, sua eficácia depende de seu grau de organização e da presença e extensão dos seus atributos e, nesse quesito, muito há ainda que se avançar. Torna-se então necessário o

investimento na formação adequada dos profissionais, já que são os responsáveis pela efetivação das políticas públicas.

A enfermagem emergiu como importante personagem na atenção à saúde da criança, mesmo antes da consolidação do SUS, devido ao seu potencial de oferecer uma assistência com visão mais ampliada do indivíduo, com práticas de promoção da saúde, entre as quais, a educação em saúde, mas ainda é preciso avançar nas estratégias de educação permanente, na formação acadêmica no nível de graduação - que ainda é marcada pelo modelo biomédico - e na pós-graduação, com ampliação da oferta de especialização na modalidade de residências.

Conforme exposto, ainda há muito o que se avançar, seja na qualificação da APS para a assistência à saúde da criança ou na capacitação dos profissionais de enfermagem para a implementação da PNAISC e das metas para o Desenvolvimento Sustentável em relação à saúde da criança, sobretudo no que se refere à sua capacidade de contribuir para a transposição de um modelo centrado em procedimentos e profissionais para um modelo centrado no usuário; a utilização de instrumentos como o AIDPI; o processo de enfermagem e a caderneta de saúde da criança, visando a identificação dos problemas reais e potenciais do indivíduo e sua família com direcionamento adequado para as intervenções de enfermagem.

Diante de tais reflexões, fica evidente a necessidade de se realizarem estudos com vistas a entender como está a presença e extensão dos atributos da APS, inclusive na visão do profissional, de modo a subsidiar a melhoria da qualidade desses serviços, para que sejam eficientes no enfrentamento dos desafios atuais no âmbito da saúde da criança. Fica clara também a necessidade de estudos que busquem compreender o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a PNAISC e os ODS para a saúde da criança, assim como dos instrumentos disponíveis para orientação de sua prática na APS.

REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas (ONU). Relatório da Seção Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre a Criança: As metas das nações unidas para o milênio. Nova Iorque: Nações Unidas; 2002.
2. Organização das Nações Unidas (ONU). Transformando nosso mundo: A Agenda 2030

para o desenvolvimento sustentável. Rio de Janeiro: UNIC Rio; 2016.

3. Ministério da Saúde. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

4. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2015. Available in: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html

5. Victora CGV, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. Saúde no Brasil 2011 [citado em 15 jan 2017]; 2:32-46. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_2.pdf

6. Damasceno SS, Nóbrega VM, Coutinho SED, Reichert APS, Toso BRGO, Collet N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. Ciênc Saúde Coletiva 2016; 21(9):2961-73. DOI: [10.1590/1413-81232015219.25002015](https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015)

7. Araújo JP, Silva RMM, Collet N, Neves ET, Toso RGO, Vieira CS. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. Rev Bras Enferm. 2014;67(6):1000-7. DOI: [10.1590/0034-7167.2014670620](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620)

8. Pereira AR. A criança no Estado Novo: uma leitura na longa duração. Rev Bras Hist. 1999; 19(38):165-98. DOI: [10.1590/S0102-01881999000200008](https://doi.org/10.1590/S0102-01881999000200008)

9. Vieira ALS, Gribel EB. Atuação da equipe de enfermagem nos programas de assistência integral à saúde da criança e da mulher. Rev Bras Enferm. 1987;40(1):7-13. DOI: [10.1590/S0034-71671987000100002](https://doi.org/10.1590/S0034-71671987000100002)

10. United Nations Children's Fund (UNICEF). Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata: UNICEF; 1978.

11. Gomes AMT, Oliveira DC. O processo de trabalho do enfermeiro no PAISC: uma análise a partir das representações sociais. Rev Enferm UERJ 2003 [citado em 15 jan 2017]; 11(2): 139-46. Disponível em:

<http://www.facenf.uerj.br/v11n2/v11n2a03.pdf>

12. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

13. Carvalho EB, Sarinho SW. A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças na estratégia saúde da família. Rev Enferm UFPE 2016;10(6):4804-12. DOI: [10.5205/reuol.8200-71830-3SM.1006sup.201612](https://doi.org/10.5205/reuol.8200-71830-3SM.1006sup.201612)

14. Benício AL, Santana MDR, Bezzerra IMP, Santos RR dos. Cuidado à criança menor de um ano: perspectiva da atuação do Enfermeiro na puericultura. Rev Enferm UFPE 2016;10(2):576-84. DOI: [10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201626](https://doi.org/10.5205/reuol.8557-74661-1-SM1002201626)

15. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

16. Andrade GN, Rezende TMRL, Madeira AMF. Caderneta de Saúde da Criança: experiências dos profissionais da atenção primária à saúde. Rev Esc Enferm USP 2014;48(5):857-64. DOI: [10.1590/S0080-62342014000500012](https://doi.org/10.1590/S0080-62342014000500012)

17. 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. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html

18. United Nations Children's Fund (UNICEF). Levels & trends in child mortality. Nova Iorque: UNICEF; 2015.

19. Pedraza DF, Araújo EMN. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. Epidemiol Serv Saúde. 2017;26(11):169-82. DOI: [10.5123/S1679-49742017000100018](https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000100018)

20. Pina JC, Moraes S, Furtado MA de C, Mello DF de. Presence and extent of the primary health care attributes among children hospitalized for pneumonia. Rev Latino-Am. Enfermagem 2015;23(2): 512-9. DOI: [10.1590/0104-1169.0502.2582](https://doi.org/10.1590/0104-1169.0502.2582)

21. Verde SMML. Obesidade infantil: o problema de saúde pública do século 21. Rev Bras Promoç Saúde 2014; 27(1): 1-2. DOI: [10.5020/3158](https://doi.org/10.5020/3158)

22. Domingues RSMD, Leal M do C I. Incidência de sífilis congênita e fatores associados à transmissão vertical da sífilis: dados do estudo Nascer no Brasil. Cad Saúde Pública 2016;32(6):1-12. DOI: [10.1590/0102-311X00082415](https://doi.org/10.1590/0102-311X00082415)

23. Lima SCD, Jesus ACP, Gubert FA, Araújo TS, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Puericultura e o cuidado de enfermagem: percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família. Rev Enferm UFPE

2016;10(6):4804-12. DOI: [10.9789/2175-5361.2013v5n3p19](https://doi.org/10.9789/2175-5361.2013v5n3p19)

24. Barbiani R, Dalla Nora CR, Schaefer R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: *scoping review*. Rev Latino-Am Enfermagem 2016; 24:1-12. DOI: [10.1590/1518-8345.0880.272](https://doi.org/10.1590/1518-8345.0880.272)

25. Silva BCA de O, Fracolli LA. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. Rev Bras Enferm. 2016;69(1):54-61. DOI: [10.1590/0034-7167.2016690107i](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690107i)

Nota: O presente trabalho é parte da dissertação de mestrado: “Atributos da atenção primária à saúde na atenção à saúde da criança segundo a experiência dos profissionais e usuários” - Programa de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem – PPGENF-da Universidade Federal de São João del Rei – UFSJ e não está vinculado à instituição de fomento.

Recebido em: 25/01/2018

Aprovado em: 16/07/2018

Endereço de correspondência:

Isabella Duarte Branquinho

Rua Alcobaça, 520, Bairro Oliveiras

CEP: 35502-097- Divinópolis/MG - Brasil

E- mail: isabelladubranquinho@gmail.com