

ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA BRASILEIRA: UM HISTÓRICO DOS PRINCIPAIS MARCOS NORMATIVOS ENTRE 1990-2022

Acácia Mayra Pereira de Lima, Helena Paula Guerra dos Santos, Leandro Luz, Valentina Martufi, Maria del Pilar Flores-Quispe, Naiá Ortelan, Eduarda Ferreira dos Anjos, Rosana Aquino, Anya Pimentel Gomes Fernandes Vieira-Meyer, Maria Yury Ichihara, Dandara Ramos, Mauricio Barreto, Elzo Pereira Pinto Junior

RESUMO

Políticas públicas são essenciais para garantir boas condições de vida às crianças, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) a responsável pelo primeiro contato com o SUS e pelo cuidado longitudinal. Este artigo identificou os principais marcos normativos de 1990 a 2022 que influenciam a Atenção à Saúde da Criança na APS, por meio de uma revisão documental, organizada em três eixos: I) Normatização do SUS e da APS; II) Atenção à Saúde da Criança na APS; e III) Marcos legais intersetoriais. Os resultados indicam avanços importantes, como a ampliação do acesso aos serviços e a melhoria das condições de vida. Contudo, persistem desafios relacionados às desigualdades sociais, à qualidade do cuidado e à efetividade das políticas públicas, exacerbados por retrocessos, como austeridade fiscal, mudanças no financiamento da APS e a pandemia. Um novo governo progressista oferece uma oportunidade para reestruturar as políticas de saúde da criança na APS.

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

ABSTRACT

Public policies are essential to ensure good living conditions for children. In this article, we seek to identify the main regulatory frameworks that influence Child Health Care in PHC between 1990 and 2022. Supported by a documentary analysis we developed a timeline structured around: I) Standardization of the SUS and PHC; II) Child Health Care in PHC; and III) Intersectoral legal frameworks. A series of achievements in guaranteeing rights, which expanded access to services and contributed to improving children's living conditions. However, challenges in access and quality of care are still persistent: setbacks related to austerity measures; uncertainties of the new PHC financing model; dismantling of the programs; removal of the Rede Cegonha; and the reduction in vaccination coverage. The beginning of a new government with progressive characteristics may represent an opportunity to restructure child health care policies in PHC.

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

Revista da Rede APS 2024

Publicada em: 28/12/2024

DOI: 10.14295/aps.v6i1.334

Acácia Mayra Pereira de Lima
(FIOCRUZ)

Helena Paula Guerra dos Santos
(SMSA - Fortaleza)

Leandro Luz
(SMSA - Salvador)

Valentina Martufi
(FIOCRUZ)

Maria del Pilar Flores-Quispe
(FIOCRUZ)

Naiá Ortelan
(FIOCRUZ)

Eduarda Ferreira dos Anjos
(FIOCRUZ)

Rosana Aquino
(UFBA)

Anya Pimentel Gomes Fernandes
Vieira – Meyer
(FIOCRUZ)

Maria Yury Ichihara
(FIOCRUZ)

Dandara Ramos
(FIOCRUZ)

Maurício Barreto
(FIOCRUZ)

Elzo Pereira Pinto Junior
(FIOCRUZ)

Correspondência para:

Acácia Mayra Pereira de Lima
(acacia.lima@fiocruz.br)

INTRODUÇÃO

As condições de saúde das crianças são fortemente influenciadas por determinantes sociais e acesso aos serviços de saúde. Sendo um grupo etário prioritário para políticas públicas, haja vista que cuidados ofertados durante a infância possui influência em todo ciclo vital¹.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é capaz de articular um conjunto de ações que impactam os padrões de adoecimento dos indivíduos e coletividades. Suas práticas sanitárias abrangem ações de cuidado, prevenção de agravos e promoção da saúde, representam o primeiro nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) e correspondem à uma estratégia fundamental para reorientação do modelo assistencial².

Estudos têm reforçado o papel da APS na melhoria dos indicadores de saúde da criança, com evidências robustas sobre a associação da expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e reduções na mortalidade pós-neonatal e infantil³.

No Brasil, considera-se criança, a pessoa até doze anos de idade incompletos e estimativas apontam que entre 1990 e 2015 a taxa de mortalidade infantil reduziu 71,2%, uma redução média anual de 4,9%⁴. Tais resultados podem ser atribuídos a uma série de fatores, que incluem a melhoria nas condições socioeconômicas e a ampliação do acesso e da qualidade dos serviços de saúde⁵, com especial destaque aos ofertados na APS.

Apesar dos avanços, o país ainda enfrenta desafios relacionados ao acesso e à qualidade da atenção primária com baixa valorização política, econômica e sanitária em relação aos outros níveis de atenção⁶.

Diante da importância dessa temática e do recente período caracterizado pelo processo acelerado de desmonte de políticas e programas de saúde implementados, as seguintes questões se apresentam: “Quais políticas de saúde e/ou intersetoriais possuem influência 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 período de 1990 a 2022?”. Desse modo, este artigo tem como objetivo identificar as principais políticas nacionais com influência na atenção à saúde da criança no âmbito da APS entre 1990-2022.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma análise documental com ênfase nos marcos normativos com influência na Atenção à Saúde da Criança no âmbito da APS, publicados de 1990 a 2022. O recorte temporal foi definido tendo como marcos inicial e final, respectivamente, a criação do SUS (1990) e o término do Governo Bolsonaro (2022).

As fontes de dados consultadas foram os sítios eletrônicos do Ministério da Saúde (MS), Diário Oficial da Presidência da República e Observatório de Análise de Políticas em Saúde (OAPS), cuja coleta de referências ocorreu no período de outubro de 2022 a janeiro de 2023. Foram utilizados os seguintes descritores: “Saúde da Criança”, “Saúde Materno Infantil”, “APS”, “Atenção Primária”, “Atenção Básica”, “Políticas de Saúde”, “Políticas Intersetoriais”. Os critérios de inclusão foram: 1) ser um documento normativo de abrangência nacional com influência na Atenção à Saúde da Criança na APS; 2) ter sido publicado entre 1990-2022.

Os documentos selecionados foram lidos na íntegra e as questões de pesquisa foram utilizadas para guiar a análise de conteúdo. 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, mais detalhes na figura 1. Os resultados dessa análise foram relatados de forma descritiva, com o objetivo de traçar uma linha evolutiva. Para facilitar a alocação cronológica dos resultados, a seleção e análise dos documentos foi dividida em períodos: 1990-1999; 2000-2010; 2011-2018; 2019-2022, sistematizada em uma linha do tempo estruturada em três eixos: I) Normatização do SUS e da APS; II) Atenção à Saúde da Criança na APS; e III) Marcos legais intersetoriais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados 39 documentos oficiais, apresentados em uma linha do tempo na Figura 2.

1990 – 1999: Criança enquanto sujeito de direito, criação do SUS, organização e estruturação da APS

A década de 1990 é marcada pela promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que reconhece as crianças como sujeitos de direitos e no âmbito da saúde assegura a prioridade às ações e serviços que atendam suas necessidades e contribuam para o seu desenvolvimento⁸. No âmbito das políticas de saúde, a Lei 8.080/90, regulamentou a criação do SUS e apontou uma série de ações assistenciais, de vigilância epidemiológica, nutricional e alimentar, que subsidiam a ação do Estado para garantir às crianças o direito à saúde.

Uma das primeiras iniciativas dedicadas a organização da atenção à saúde com base em princípios da APS, com destaque para a atenção materno-infantil, foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1990. Com o objetivo de desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde nos domicílios e na comunidade, designou aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a identificação de situações de risco e encaminhamento aos setores responsáveis, a realização de monitoramento mensal de peso e altura de menores de dois anos, e o incentivo ao aleitamento materno.

O sucesso do PACS guiou a construção do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, uma iniciativa do setor saúde para substituição do modelo biomédico vigente. O PSF ampliou as diretrizes do PACS, mantendo a figura do ACS como base de vínculo entre a comunidade, UBS e equipes de Saúde da Família e priorizou o desenvolvimento de ações de saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), domicílios e territórios, por equipes multiprofissionais.

Com base nas diretrizes do PSF e por meio da Norma Operacional Básica (NOB), a APS foi elevada a um modelo assistencial preventivo-

promotor de saúde, horizontal e centrado na comunidade⁹, em 1996. Iniciou-se assim a regionalização e municipalização das políticas de saúde, onde os municípios passaram a ser, de fato, responsáveis imediatos pelo atendimento das necessidades de saúde da população.

A consolidação desses programas, especialmente nos municípios de pequeno porte das regiões Norte e Nordeste, foi decisiva para a ampliação do acesso aos serviços de APS. Com aumento do percentual de crianças nascidas com um número adequado de consultas pré-natais, com redução da mortalidade infantil^{9,10}.

Em 1995, o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), promoveu ações de imunização, combate às doenças infecciosas, desnutrição, promoção ao aleitamento materno, pré-natal e saneamento básico e uma articulação intersetorial e interinstitucional.

No intuito de alcançar as Metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância, o Brasil aderiu à iniciativa Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) em 1997, que passou a ser aplicada pelas equipes de Saúde da Família (EqSF) com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e reorganizar o cuidado, buscando melhorar a qualidade das ações assistenciais.

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 que contemplou a garantia da qualidade dos alimentos disponíveis para consumo; promoção de práticas alimentares saudáveis; prevenção de problemas nutricionais, bem como estímulo a ações intersetoriais para o acesso universal aos alimentos.

2000- 2010: APS enquanto política de saúde e intersetorialidade

Pela necessidade de uma atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto foi criado o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2000. Na APS, impulsionou a

primeira consulta pré-natal até o quarto mês de gestação, com um mínimo de seis consultas no total; 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, entre outras.

No mesmo ano, a Organização das Nações Unidas (ONU) lançou oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), dentre esses, o ODM 4, cuja meta era reduzir a mortalidade na infância a dois terços do nível de 1990 até 2015¹¹.

Na esteira desses avanços, o país progrediu de forma significativa no enfrentamento à violência sexual contra crianças, com a aprovação do Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-juvenil, em 2000. Tal medida influenciou a participação ativa das EqSF na prevenção, detecção e assistência às crianças. Outro progresso foi a instituição da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, em 2002, um marco em defesa da inclusão desse grupo historicamente invisibilizado em toda a rede de serviços do SUS, em qualquer faixa etária.

Apesar dos esforços, o Brasil ingressou no século XXI com taxas de mortalidade materna e neonatal ainda elevadas e com tendências a estagnação. Nesse sentido, foram criados em 2004 o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da mortalidade infantil. Por meio dessas iniciativas, buscou-se fortalecer uma atenção qualificada e humanizada à gestante e ao recém-nascido, com uma melhor articulação entre os níveis de atenção e a organização dos serviços, com base na equidade e intersetorialidade.

Outro marco foi a criação do Programa Bolsa Família (PBF), em 2004. O PBF, uma ação federal intersetorial, é considerada a mais importante política social do país e o maior programa de transferência condicionada de renda do mundo, em termos de cobertura e financiamento¹². No início, o PBF ampliou benefícios para famílias com crianças de 0 a 06 anos, e em 2007 estendeu esses benefícios às crianças e adolescentes até 17 anos, para

superar a pobreza e melhorar qualidade de vida na primeira infância.

No setor saúde, as condicionalidades do programa se referem ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil pela vigilância nutricional, a vacinação das crianças menores de sete anos e a assistência pré-natal e no puerpério, desenvolvidas no âmbito da APS. Há uma vasta literatura sobre o impacto do PBF na melhoria dos indicadores de saúde da criança através da transferência de renda para as famílias, articulado ao maior acesso às ações de APS^{5,12,13}.

No mesmo ano, o MS tornou obrigatória a vacinação de crianças, entre outros grupos prioritários no país (Portaria Nº 597/2004), com calendários de vacinação para o controle, eliminação e erradicação das doenças imunopreveníveis, coordenados pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI).

À medida que novas iniciativas foram sendo incorporadas à APS, surgiu a necessidade de elaboração de uma política nacional que não apenas agrupasse-as, mas revisasse muitas delas com vistas a definir prioridades e otimizar o uso dos recursos públicos¹⁴, assim foi implementada a primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Portaria Nº 648/2006).

Com a proposta de mudança de paradigma nos processos de trabalho e dos serviços de saúde, a PNAB objetivou ampliar a relação entre cuidado prestado e território, expandindo o escopo e a concepção da APS. Incorporou atributos de uma APS abrangente e apontou a ESF como modelo preferencial e de reorganização do SUS, reconhecendo a existência de diferentes modelos de APS, segundo o modo de organização predominante - UBS com ou sem EqSF¹⁵.

A EqSF se distingue dos demais modelos por envolver uma equipe multiprofissional (ACS, enfermeiros, médicos, odontólogos, auxiliares de saúde bucal e técnicos de enfermagem) no desenvolvimento de um conjunto de ações organizadas por território de abrangência, com mais oportunidades de atuar de forma consistente, compreendendo as dinâmicas de

saúde-doença na população. Sendo que as UBS tradicionais ainda se reportam a um modelo de assistência que prioriza intervenções clínicas e sanitárias.

Em 2006 também foi implementado o Pacto pela Vida, com compromissos sanitários derivados da análise da situação de saúde e das prioridades definidas pelos governos nas três esferas. Nesse contexto, é importante destacar que a mortalidade infantil foi incluída como um de seus principais indicadores.

Em 2007, a Lei nº 11.634/2007 garantiu a toda gestante assistida pelo SUS o direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade para atendimento a intercorrências e ao parto, ainda no início do pré-natal. Apesar desse respaldo legal, muitas mulheres ainda lutam pelo cumprimento desse direito no país¹⁶.

Também em 2007, foi criado o Programa Saúde na Escola (PSE), uma estratégia para a integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde voltado às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira. Fundamentado nos princípios da intersectorialidade e da territorialização, o PSE se materializa através da parceria entre escola e UBS como espaço de convivência que possibilite o estabelecimento de relações favoráveis ao atendimento as necessidades de saúde da população¹⁷.

Para a reorientação da política de saúde brasileira e ampliação do acesso a ações e serviços de qualidade em 2008 o Programa “Mais Saúde: Direito de Todos” buscou aprofundar e atualizar os grandes objetivos da criação do SUS. No seu 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 anos.

O apoio matricial constituiu-se como ferramenta importante na APS, através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Portaria Nº 154/2008). Considerado uma estratégia de organização de trabalho entre

equipes de saúde, baseia-se na ideia de cogestão e do suporte técnico especializado, representando a retaguarda especializada para as EqSF. Antes do NASF, o acesso a outros profissionais acontecia na atenção secundária, por meio de encaminhamentos e contrarreferências muitas vezes descompromissadas e ineficientes¹⁸.

Em 2010, o Plano Nacional da Primeira Infância (PNPI), reforçou a importância da Vigilância à Saúde pelas EqSF e das iniciativas para redução da mortalidade infantil, propondo ações amplas e articuladas até 2022, com vistas à promoção e respeito aos direitos das crianças até seis anos em seus aspectos biológico, afetivo, psíquico e social.

2011-2018: Do fortalecimento das ações em saúde da criança às políticas de austeridade e desmonte da APS no Brasil

Dois saltos importantes em direção ao cuidado integral às crianças ocorreram nesse período: i) a incorporação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Portaria nº 4.279/2010 e Decreto nº 7.508/2011) e ii) a instituição da Rede Cegonha (Portaria Nº 1.459/2011).

Coordenada pela APS, as RAS consistem em arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão¹⁹ buscam garantir um cuidado oportuno, no lugar certo, custo-efetivo, e de qualidade, de forma humanizada e segura e com equidade à população adscrita²⁰.

Alinhada a RAS e ao compromisso internacional assumido pelo Brasil para os ODM, a criação da Rede Cegonha, cujo objetivo era qualificar a atenção à saúde materna e infantil até os dois anos de idade, organizou a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, com vistas à garantia de acesso, acolhimento e resolubilidade, incluindo as ações de planejamento reprodutivo e redução da mortalidade materna e infantil.

No mesmo ano, ocorreu a reformulação da PNAB (Portaria Nº 2.488), tornando equivalentes os termos “Atenção Básica” e

“Atenção Primária à Saúde”, defendendo a concepção de APS abrangente. A segunda PNAB manteve as diretrizes gerais da PNAB/2006, fortaleceu a APS como coordenadora e porta de entrada preferencial da RAS, além de enfrentar nós críticos históricos relacionados ao subfinanciamento e implementação do modelo assistencial²¹.

Ainda em 2011, foram instituídos (i) o programa Requalifica UBS, com o objetivo de criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação, informatização e construção de UBS, 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), que tem em sua proposta a utilização da avaliação como parte do planejamento das ações para a melhoria da qualidade nos serviços de APS.

Estudos com dados do PMAQ apontam melhoria na qualidade da atenção à saúde da criança no período de 2012 a 2018²², além de indicar que participar do programa se associou à menores taxas de hospitalizações por condições sensíveis à APS²³ e que componentes da APS medidos na avaliação externa do PMAQ se associavam à menor mortalidade em crianças²⁴.

Para superar a escassez de médicos na APS, um dos principais desafios enfrentados para a consolidação da ESF no Brasil, foi criado em 2013, o Programa Mais Médicos (PMM), com o objetivo de ampliar a oferta desses profissionais nas equipes de Saúde da Família em áreas mais remotas e periféricas do país. Uma estratégia para redução das iniquidades e ampliação do acesso a serviços mais integrais e resolutivos²⁵.

O PMM ampliou o acesso à médicos generalistas para diversos grupos populacionais. No 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 vida²⁶. O PMM, o PMAQ-AB e o Requalifica UBS convergiram para a

qualificação de EqSF e UBS e sua implantação proporcionou importante aumento do aporte financeiro para a APS²⁷.

Em 2013, a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS – “Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil” (EAAB), alinhada às diretrizes da Rede Cegonha, 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. Tais práticas foram incluídas como atividades de rotina das EqSF.

Em 2015, após 25 anos do ECA, o Brasil assumiu o compromisso de acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos até 2030 para o desenvolvimento sustentável²⁸. Dentre outras medidas, foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), principal marco normativo para atenção integral à saúde da criança. Além da redução da morbimortalidade, propôs a criação de um ambiente facilitador à vida, com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento.

Através de eixos estratégicos e dispositivos para a articulação das ações e dos serviços de saúde da criança no território, buscou facilitar sua implementação pelas gestões dos diferentes níveis e guiar os profissionais de saúde no alcance da integralidade da atenção às crianças²⁹.

Em confluência com a PNAISC, o Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº13.257/2016), fomentou e subsidiou a criação de iniciativas voltados à promoção do desenvolvimento integral das crianças do nascimento até os seis anos de idade. Com inovações como a prorrogação por até 20 dias a licença paternidade e 180 dias a licença maternidade, destacando a importância da paternidade, envolvendo-a em todas as etapas de desenvolvimento.

Outra iniciativa fundamentada pelo Marco Legal da Primeira Infância foi a criação do Programa Criança Feliz (PCF), um esforço para a identificação oportuna de demandas

relacionadas à vida da criança que prevê uma interlocução entre a APS e outras instâncias sociais existentes no território (educação, cultura, justiça, assistência social)³⁰.

Na contramão dos avanços mencionados, ameaças aos direitos conquistados foram impostas à população através do impeachment da presidenta Dilma Rousseff. Com severas políticas de austeridade fiscal³¹, a começar pela aprovação da Emenda Constitucional 95, que propôs 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 construído³².

A confluência desses fatores somada a epidemia de Zika Vírus7 e a pandemia de COVID-19 alterou a tendência de queda na mortalidade infantil. Estimativas apontam que em alguns anos (2016, 2019, 2021 e 2022) foi observado aumento relativo na taxa de mortalidade infantil (Figura 3).

Em 2017, a reedição de uma nova PNAB (Portaria Nº2.436/2017) apresentou retrocessos nos esforços de fortalecimento do modelo de APS resolutiva, abrangente, de base territorial e orientação comunitária. Na prática, representou o fim da priorização do modelo ESF, com o financiamento de equipes compostas apenas por médico, enfermeiro e técnico ou auxiliar de enfermagem³³.

Em 2018, após o então presidente eleito Jair Bolsonaro questionar a qualificação dos médicos cubanos e a necessidade de revalidação dos diplomas no país³⁴ o governo de Cuba rompeu a sua participação no PMM e municípios mais vulneráveis ficaram com déficit desses profissionais. Em abril de 2019, das 8.539 posições que ficaram vagas após a saída desses médicos, 1.961 ainda não tinham sido ocupadas³⁵, o que pode ter afetado a as ações de atenção à saúde da criança e influenciado nos indicadores de morbimortalidade.

2019-2022 Negacionismo, e desmonte do modelo assistencial no SUS

Em 2019 e 2020, a reconfiguração e o consequente desmonte das bases históricas da

APS brasileira foram intensificados por meio de um conjunto de mudanças em aspectos relacionados ao financiamento, regulação e prestação de serviços³⁷.

O programa Previne Brasil, novo modelo de financiamento da APS instituído em 2019, modificou a forma de cálculo para os repasses federais aos municípios, passou a considerar o número de pessoas cadastradas nas UBS e os resultados alcançados sobre um grupo restrito de indicadores³⁸. Regras do Piso da Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), que garantiam previsibilidade e estabilidade nos recursos para a APS foram desconsideradas^{31,38,39}. A normativa também revogou todas as outras portarias referentes aos NASF, acabando com a indução do governo para o trabalho multiprofissional na APS.

O Programa Médicos pelo Brasil, criado em 2019, funcionou de maneira concomitante e tentou dar continuidade ao PMM no eixo de provimento de profissionais, porém negligenciou o componente relacionado à formação médica, seja na graduação ou na ampliação das vagas de residência em Medicina de Família e Comunidade, apresentando escopo mais restrito que seu antecessor⁴⁰.

Somado a isso, a pandemia de COVID-19 alterou as dinâmicas de oferta de serviços, especialmente na APS^{41,42}.

Evidências internacionais apontam que os efeitos colaterais das medidas de enfrentamento da COVID-19 influenciaram o acesso aos serviços de atenção à saúde materno-infantil em diferentes países⁴³. No Brasil, além da pandemia, a falta de coordenação do ente federal nas ações de combate à disseminação do vírus e a propagação sistemática de informações falsas sobre as vacinas, uso de máscara e distanciamento social, tornaram catastrófica a atuação do governo brasileiro perante a pandemia^{44,45}.

As repercussões dessa necropolítica podem ter influenciado a confiança da população brasileira nos imunizantes do calendário vacinal, o que tem impactado diretamente nas coberturas vacinais, com queda desse

indicador, especialmente em crianças menores de 2 anos^{46,47}.

Confluiu com este cenário, a decisão do MS por extinguir a Rede Cegonha e instituir a Rede Materno e Infantil (RAMI) (Portaria Nº 715/2022), com maior ênfase à atuação dos profissionais médicos obstetras, extinção dos centros de partos normais peri-hospitalares (casas de parto) e consequente enfraquecimento do caráter multiprofissional da assistência⁴⁸.

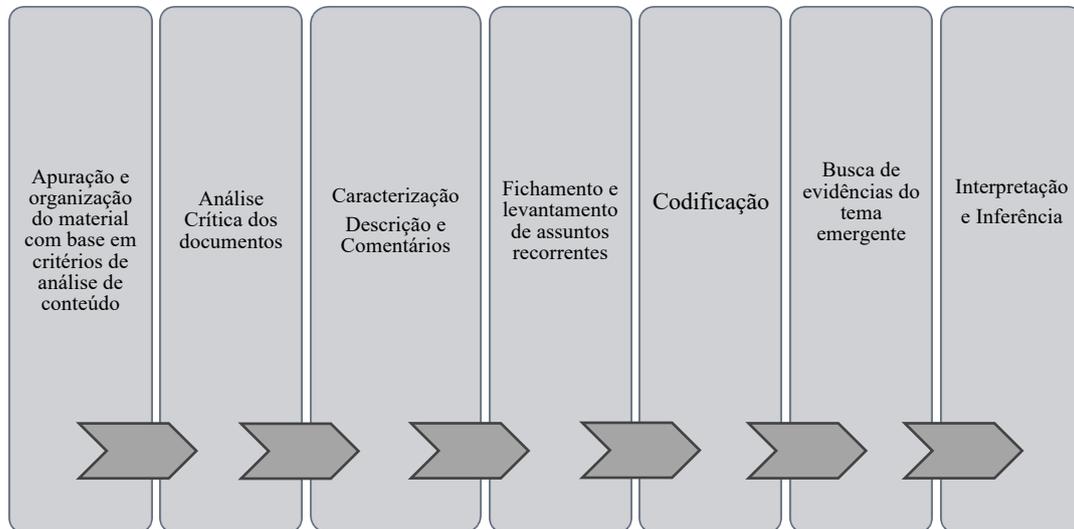
Além das medidas diretamente relacionadas à APS, mudanças em políticas intersetoriais também podem ter repercutido na saúde da criança. Em 2021, o Programa Auxílio Brasil substituiu PBF, no entanto refletia um olhar sobre a pobreza atravessado pela perspectiva de ganhos eleitorais, ao negligenciar o aprendizado institucional prévio e não apresentar garantias sólidas de sustentabilidade⁴⁹.

A evolução temporal nas taxas de mortalidade infantil (Figura 1) evidenciou aumento desse indicador em 2019, o que pode ser um efeito desses obstáculos.

Em 2020, um dos reflexos do distanciamento social ocasionado pela pandemia pode ter afetado a transmissão de outras doenças, refletindo em uma menor mortalidade em crianças. No entanto, em 2021 e 2022, esse indicador voltou a subir. Apesar da existência de poucas evidências sobre o comportamento da mortalidade infantil durante e após a pandemia no país, especula-se que as consequências do empobrecimento da população, fragilidade do sistema de saúde e campanhas de desinformação sobre vacinas, especialmente nessa faixa etária, possam ser responsáveis pelo aumento da taxa de mortalidade nos anos mais recentes.

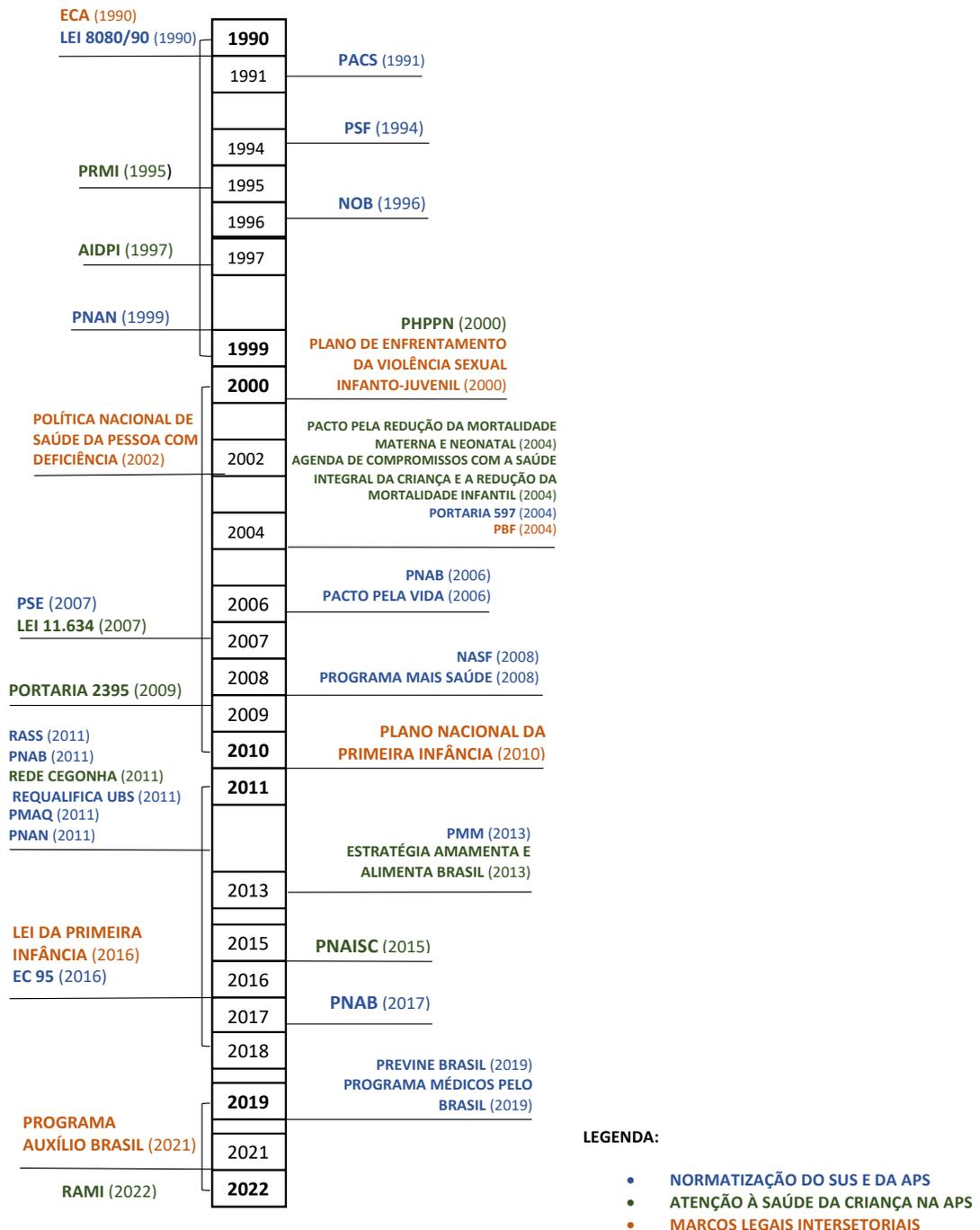
Conquistas históricas da APS e do modelo brasileiro de proteção social foram fortemente ameaçadas, mostrando como é possível, em um curto espaço de tempo, produzir um movimento de desconstrução de um sistema universal de saúde^{50,51}.

Figura 1. Procedimentos de análise dos dados



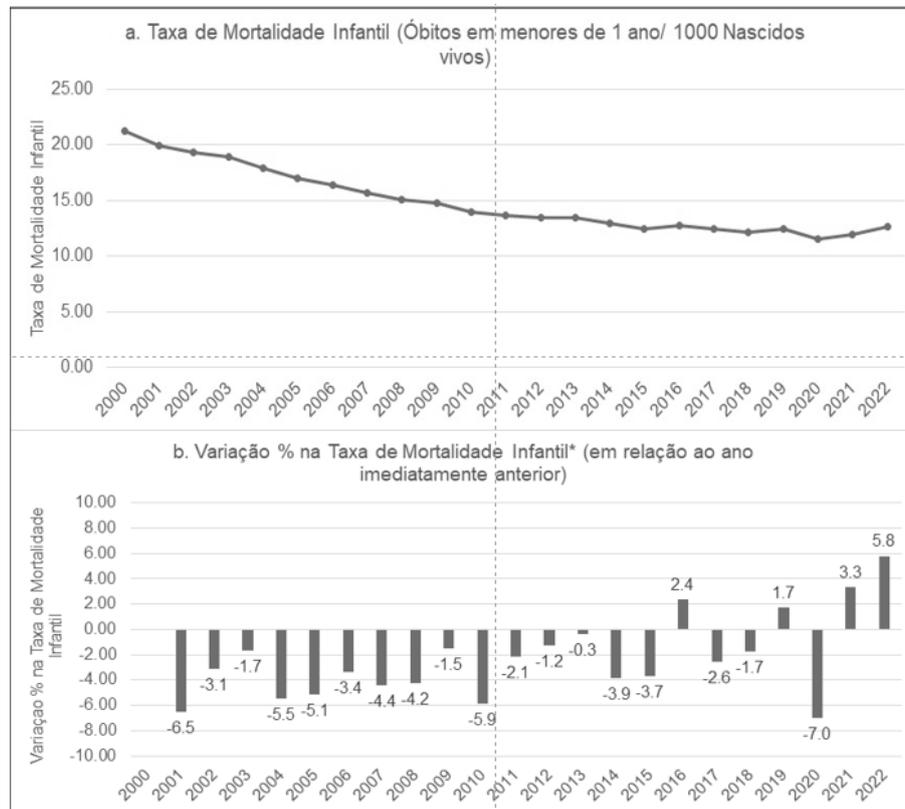
Fonte: Elaborado pelos autores (as) (2024).

Figura 2. Linha do tempo com os principais documentos normativos com influência na Atenção à Saúde da Criança no âmbito da APS, de 1990 a 2022, no Brasil.



Fonte: Elaboração dos (as) autores(as) (2024). SIGLAS: ECA – Estatuto da Criança e do adolescente, PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde, PSF - Programa Saúde da Família, PRMI - Projeto de Redução da Mortalidade Infantil, NOB - Norma Operacional Básica do SUS, AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição, PHPPN - Programa Humanização do Parto, Pré-natal e nascimento, PBF- Programa Bolsa Família, PNAB - Política Nacional de Atenção Básica, PSE - Programa Saúde na Escola, NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família, RASS – Redes de Atenção à Saúde, PMAQ- Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, PMM – Programa Mais Médicos, PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, EC 95 – Emenda Constitucional nº95, RAMI - Rede Materno e Infantil.

Figura 3. Taxa de Mortalidade Infantil (a) e variação percentual na taxa de mortalidade infantil no Brasil (b), 2000-2022.



Fonte: Sistema de Informações de Mortalidade; Sistemas de Informações sobre Nascidos Vivos. Elaboração dos(as) autores(as) (2024).

CONCLUSÕES

Ao decompor o período de estudo em marcos temporais específicos, foi possível apontar o surgimento, a consolidação e o desmonte de um conjunto de políticas intimamente relacionadas à APS e que afetam diretamente as condições de vida e saúde das crianças. Além disso, destaca-se a ausência da agenda de saúde da criança nos planos nacionais de saúde integral da população negra, indígena e do campo.

Observamos algumas ações iniciadas em 2023 pelo governo federal, como ampliação de ações de segurança alimentar e nutricional, da oferta dos serviços de saúde, assim como ações emergenciais voltadas aos povos indígenas⁵².

Além de ações emergenciais, houve a retomada do PMM, num caráter mais próximo do seu

desenho original⁵³; do incentivo financeiro federal para as equipes multiprofissionais (eMulti), um arranjo substitutivo dos NASF⁵³; a retomada da Rede Cegonha; do PBF e o Movimento Nacional pela Vacinação⁵¹.

Os retrocessos e ataques ao SUS ocorridos nos últimos anos precisam ser superados e a agenda de fortalecimento, consolidação e sustentabilidade do sistema e da APS priorizada e implementada imediatamente, com respostas às mudanças na reorganização e financiamento. Isso inclui a revalorização de processos de monitoramento, planejamento das equipes e reinstauração do ACS como parte da equipe mínima da ESF. Nesse cenário, é fundamental ampliar o enfrentamento das iniquidades relacionadas às condições de vida e saúde, (re)formular e implementar políticas públicas pautadas na intersetorialidade.

REFERÊNCIAS

1. Rebouças P, Falcão IR, Barreto ML. Social inequalities and their impact on children's health: a current and global perspective. *Jornal de pediatria*. 2022; (98)55-65. <https://www.scielo.br/j/jped/a/LBXHwdSVSJhYqwrMRnVD8t/>
2. Silva CS, Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L, organizadores. *Atenção Primária à Saúde: conceitos, práticas e pesquisa*. 2018. <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/YrGTVjgJChHTcm8wzMsRLG/>
3. Guanais FC. The combined effects of the expansion of primary health care and conditional cash transfers on infant mortality in Brazil, 1998–2010. *American Journal of Public Health*. 2015;(105)S593-S599. <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2013.301452r>
4. Szwarcwald CL, Almeida WDS, Teixeira RA, França EB, de Miranda MJ, Malta DC. Inequalities in infant mortality in Brazil at subnational levels in Brazil, 1990 to 2015. *Population Health Metrics*. 2020;(18)1-9. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12963-020-00208-1>
5. Vieira-Meyer APGF, de Araújo Dias MS, Vasconcelos MIO, Rouberte ESC, de Almeida AMB, de Albuquerque Pinheiro TX, et al. What is the relative impact of primary health care quality and conditional cash transfer program in child mortality?. *Canadian Journal of Public Health*. 2019;(110)756-767. <https://link.springer.com/article/10.17269/s41997-019-00246-9>
6. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 2012. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49107/9788579670787-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Costa MDCN, Cardim LL, Moore CA, de Jesus EDS, Carvalho-Sauer R, Barreto ML, et al. Causes of death in children with congenital Zika syndrome in Brazil, 2015 to 2018: A nationwide record linkage study. *PLoS Medicine*. 2023; 20(2)e1004181. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1004181>
8. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas. 2002. https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/566968/CF88_EC105_livro.pdf
9. 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. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd10_15a.pdf
10. Aquino R, De Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *American journal of public health*. 2009;99(1)87-93. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19008516/>
11. Gomes TGACB, dos Santos Ferreira L, de Queiroz MN, dos 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. *Comunicação em Ciências da Saúde*. 2016; 27(04):259-266. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/mortalidade_infancia_brasil.pdf
12. 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 international health and human rights*. 2014;(14)1-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24690131/>
13. 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. *The Lancet*. 2013;382(9886)57-64. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23683599/>
14. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Políticas sociais: acompanhamento e análise nº 26*. 2019. https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10133/1/Pol%3%adticas_Sociais_n26.pdf

15. Giovanella L, Mendonça MHMD. Atenção primária à saúde. In Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2014;493-545. <https://books.scielo.org/id/c5nm2/pdf/giovanella-9788575413494.pdf>
16. Barreto MO. O parto na maternidade vinculada: um direito ainda não alcançado na região Nordeste. 2013. 62 f., il. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília. 2013. http://www.realp.unb.br/jspui/bitstream/10482/15223/1/2013_MartaOliveiraBarreto.pdf
17. Casemiro JP, Fonseca ABCD, Secco FVM. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciência & saúde coletiva*. 2014;(19)829-840. <https://www.scielo.br/j/csc/a/HKhpbcMjGmyjkhsKgwxc83F/>
18. Minozzo F, Costa IID. Apoio matricial em saúde mental entre CAPS e Saúde da Família: trilhando caminhos possíveis. *Psico-USF*. 2013;(18)151-160. <https://www.scielo.br/j/psuf/a/8RHHTjnrC6xSK5f6XnsHNNHm/>
19. Mendes EV. A construção social da atenção primária à saúde. Belo Horizonte, mimeo. 2014. <https://info.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2022/12/A-CONSTRUCAO-SOCIAL-DA-APS-2-edicao-1.pdf>
20. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. <https://www.conass.org.br/biblioteca/as-redes-de-atencao-a-saude/>
21. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco. 2002. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-LISBR1.1-19860>
22. Flores-Quispe MDP, Duro SMS, Facchini LA, Barros NBR, Tomasi E. Tendências na qualidade da atenção à saúde da criança na primeira semana de vida na Atenção Primária no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2024;(29)e09192022. <https://www.scielo.br/j/csc/a/bFWbf6P3nvJM9QQtYfJvMdy/>
23. Santos DMAD, Alves CMC, Rocha TAH, Silva NCD, Queiroz RCDS, Pinho JRO, et al. Fatores associados às internações infantis por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: estudo ecológico. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2023;(46)e63. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2022.v46/e63/pt/>
24. Vieira-Meyer APGF, de Araújo Dias MS, Vasconcelos MIO, Rouberte ESC, de Almeida AMB, de Albuquerque Pinheiro TX, et al. What is the relative impact of primary health care quality and conditional cash transfer program in child mortality?. *Canadian Journal of Public Health*. 2019;(110)756-767. <https://link.springer.com/article/10.17269/s41997-019-00246-9>
25. Vanderlei LCDM, Navarrete MLV. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2013;(47)379-389. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/tpPJzXnzfvY56GZg3rk3sGH/?lang=pt&format=html>
26. Lima RTDS, Fernandes TG, Balieiro AADS, Costa FDS, Schramm JMMA, Schweickardt JC, et al. A Atenção Básica no Brasil e o Programa Mais Médicos: uma análise de indicadores de produção. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;(21):2685-2696. <https://www.scielo.br/j/csc/a/fqfDMS4ZVLn9MGLtnHtbNNT/?lang=pt&format=html>
27. Giovanella L, Mendonça MHMD, Fausto MCR, Almeida PFD, Bousquat A, Lima JG, et al. A provisão emergencial de médicos pelo Programa Mais Médicos e a qualidade da estrutura das unidades básicas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016;(21)2697-2708. <https://www.scielosp.org/article/csc/2016.v21n9/2697-2708/>
28. 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>
29. Sousa FGM, Erdmann AL, Mochel EG. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Texto & Contexto-Enfermagem*. 2011;(20)263-271. <https://www.scielo.br/j/tce/a/49P5WLrKCBwQ9hM35TXPMHt/?lang=pt>

30. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. Programa Criança Feliz: a Intersetorialidade na Visita Domiciliar Brasília, DF. 2017. https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/crianca_feliz/A_intersetorialidade_na_visita_domiciliar_2.pdf
31. Massuda A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso?. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020;(25)1181-1188. <https://www.scielo.br/j/csc/a/YXgJT56kHyPXDtW4TqVLFMg/?lang=pt&format=html>
32. 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. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/26808>
33. Melo EA, Mendonça MHMD, Oliveira JRD, Andrade GCLD. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*. 2018;(42)38-51. <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/38-51/>
34. O fim da parceria Cuba e Brasil no Mais Médicos. Folha de São Paulo. [Internet]. 14 de novembro de 2018. [citado 17º de março de 2024] disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/08/governo-lanca-medicos-pelo-brasil-em-substituicao-ao-mais-medicos.shtml> Citado 24/07/23
35. Maffioli EM, Rocha TAH, Vivas G, Rosales C, Staton C, Vissoci JRN. Addressing inequalities in medical workforce distribution: evidence from a quasi-experimental study in Brazil. *BMJ Global Health*. 2019;4(6)e001827. <https://gh.bmj.com/content/4/6/e001827.abstract>
36. Freire DEWG, Freire AR, Lucena EHG, Cavalcanti YW. A PNAB 2017 e o número de agentes comunitários de saúde na atenção primária do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2021;(55)85. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/S3qYTtYsxxX8KXsKvDVzhLh/?lang=pt>
37. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWDF. Previne Brasil, the Agency for the Development of Primary Healthcare, and the Services Portfolio: radicalization of privatization policy in basic healthcare?. *Cadernos de Saude Publica*. 2020;(36)e00040220. <https://www.scielo.br/j/csp/a/Hx4DD3yCsxkcx3Bd6tGzq6p/?lang=en>
38. Melo EA, Almeida PFD, Lima LDD, Giovanella L. Reflexões sobre as mudanças no modelo de financiamento federal da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Saúde em Debate*. 2020;43:137-144. <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/137-144>
39. Mendes A, Carnut L. Capital, Estado, Crise e a Saúde Pública brasileira: golpe e desfinanciamento. *SER_Social* [Internet]. 27º de janeiro de 2020 [citado 17º de março de 2024]; 22(46):9-32. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/25260
40. Giovanella L, Franco CM, Almeida PFD. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos?. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25:1475-1482. <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/?lang=pt>
41. Facchini LA. COVID-19: Nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia?. *APS em Revista*. 2020; 2(1):3-10. <https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/73>
42. Fernandez MLG, Corrêa M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2021;19:e00321153. <https://www.scielo.br/j/tes/a/qDg6fnxcSZbgtB9SYvnBK8w/?format=html>
43. Singh AK, Jain PK, Singh NP, Kumar S, Bajpai PK, Singh S, et al. Impact of COVID-19 pandemic on maternal and child health services in Uttar Pradesh, India. *Journal of family medicine and primary care*. 2021;10(1):509-513. https://journals.lww.com/jfmpc/fulltext/2021/10010/Impact_of_COVID_19_pandemic_on_maternal_and_child.87.aspx/1000

44. Barberia LG, Gómez EJ. Political and institutional perils of Brazil's COVID-19 crisis. *The Lancet*. 2020;396(10248):367-368. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31681-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31681-0/fulltext)
45. Silva HM. The (in) competence of the Bolsonaro government in confronting coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2022;43(12):1995-1995. <https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/in-competence-of-the-bolsonaro-government-in-confronting-covid19/3E098529527A10726905A32ED32D6A79>
46. Alves JG, Figueiroa JN, Urquia ML. Impact of COVID-19 on immunization of Brazilian infants. *International Journal of Infectious Diseases*. 2021;107:252-253. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S120197122100401X>
47. Procianoy GS, Rossini Junior F, Lied AF, Jung LFPP, Souza MCSCD. Impacto da pandemia do COVID-19 na vacinação de crianças de até um ano de idade: um estudo ecológico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27:969-978. <https://www.scielosp.org/article/csc/2022.v27n3/969-978/>
48. Alves DAMB, de Oliveira Lopes RM, Santos JAA, dos Santos IS, da Silva MC. Os impactos bioéticos na atenção à saúde da gestante com o fim da Rede Cegonha. *Revista Bioética CREMEGO*. 2022;4(2):24-28. <https://rbc.emnuvens.com.br/cremego/article/view/70>
49. Costa DM, Magalhães R, Cardoso MLDM. Do Bolsa Família ao Auxílio Brasil: desafios e alcances a partir de uma pesquisa avaliativa baseada na teoria do programa. *Cadernos de Saúde Pública*. 2023;39:e00207922. <https://www.scielo.br/j/csp/a/J4P9BbjBcVZHxbwQNc6Xgx/?format=html&lang=pt>
50. Mendonça FDF, Lima LDD, Pereira AMM, Martins CP. As mudanças na política de atenção primária e a (in) sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*. 2023;47:13-30. <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2023.v47n137/13-30/>
51. Chioro A, Gomes Temporão J, Massuda A, Costa H, Castro M, Trindade N. Scorched Earth: The portrait of health in Brazil after the Bolsonaro's administration and the first 100 days of the Lula Government in health. *The International Journal of Health Planning and Management*, 2023. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hpm.3676>
52. Cury GC, Fonseca AF. A retomada do Programa Mais Médicos em 2023. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2023;21:e02415229. <https://www.scielo.br/j/tes/a/69sPMYsYKknFgzB6nWSVjhb/>
53. Bispo Júnior JP, Almeida ERD. Equipes multiprofissionais (eMulti): potencialidades e desafios para a ampliação da atenção primária à saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2023;39:e00120123. <https://www.scielosp.org/article/csp/2023.v39n10/e00120123/pt/>