

Políticas de atenção à saúde da criança: Uma revisão de literatura

Marcia Castro Macêdo (UNYLEYA)
Audelaine Miranda da Cruz (UCAM)
Claudilene Sousa Santos (UCAM)
Josiane Oliveira da Costa (UCAM)
Diego Braz Pacheco (UCAM)
Adjanny Estela Santos de Sousa (UEPA)

RESUMO: A saúde da criança é dever de todos (governo, familiares e sociedade) que a rodeiam e lida com a continuidade de cuidado para que a criança se torne um ser humano com saúde e tenha qualidade de vida para que no futuro como adolescente, adulto e idoso, sua saúde continue sendo efetivada com sucesso ou com menos déficits nos indicadores de saúde. O objetivo deste trabalho será o de analisar o processo de construção das políticas públicas referentes à saúde da criança. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e exploratória: Este tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A Política tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da mortalidade e um ambiente facilitador á vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. Não se pode negar que o Brasil conseguiu reduzir a mortalidade infantil e patologias infantis graças à implantação de políticas e ações voltadas para essa classe. Porém é notório que a assistência à saúde da criança ainda passa por um processo de construção buscando sempre preencher as lacunas existentes.

Palavras-chaves: criança, politica pública, saúde.

ABSTRACT: The health of the child is the duty of everyone (government, family and society) that surrounds them and deals with the continuity of care so that the child becomes a healthy human being and has quality of life so that in the future as a teenager, adult and elderly, your health continues to be effective with less deficits in health indicators. The objective of this work will be to analyze the process of construction of public policies regarding child health. This is a bibliographic and exploratory research: This type of research aims to provide greater familiarity with the problem, in order to make it more explicit or to build hypotheses. The Policy aims to promote and protect the child's health, through comprehensive and integrated care during pregnancy at 9 (nine) years of age, with special attention to early childhood and the most vulnerable populations, aiming at reducing mortality and an environment that facilitates life with conditions worthy of existence and full development. It cannot be denied that Brazil has managed to reduce infant mortality and childhood pathologies thanks to the implementation of policies and actions aimed at this class. However, it is clear that child health care is still undergoing a construction process, always seeking to fill existing gaps.

Keywords: child, public policy, health

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como pressuposto averiguar a evolução, o andamento, o desenvolvimento, o caminho, a execução das políticas públicas de saúde voltadas para a assistência da saúde à criança, ao longo dos anos até os dias atuais, como se comporta suas leis e diretrizes e sua forma atuante. A criança por ser quem é não pode ser menosprezada, alienada, abandonada, sem direitos a margem de uma sociedade indiferente. Portanto a criança deve ser tratada como ser holístico, individual, conforme sua faixa etária, particularidades, patologias, tratamentos, independentemente do sexo, cor, cultura ou religião.

Embora o índice de mortalidade infantil tenha sofrido uma queda substancial, o Brasil continua a enfrentar um grande desafio nessa área, principalmente pelas disparidades entre regiões e grupos sociais, e a precariedade da assistência entre mãe e recém-nascido. Embora se possa contar com inúmeros programas assistenciais, qualificar e proporcionar profissionais, ter insumos nas unidades, uma estrutura predial e financeira se torna fundamental para que a assistência funcione em sua totalidade obedecendo às bases do Sistema Único de Saúde e da Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 2004).

A redução da mortalidade infantil no país é uma grande odisseia para gestores, profissionais de saúde e para a sociedade como um todo é o que julga Brasil (2004), apesar da queda importante na última década, decorrente da redução da mortalidade pós-neonatal (27 dias a 1 ano de vida) os índices são ainda elevados, há uma estagnação da mortalidade neonatal no país (0 a 27 dias de vida) – principal componente da mortalidade infantil desde a década de 90 – e uma concentração nas regiões e populações mais pobres, refletindo as desigualdades sociais.

A escolha do tema Políticas de atenção à saúde da criança no Brasil: uma revisão de literatura surgiu após a jornada de estudo a respeito da saúde neonatal e pediátrica, dissertar sobre as políticas de saúde, que regularizam o atendimento deve servir como arma contra quem não respeitam as leis e tentam menosprezar os direitos que as crianças exercem enquanto cidadãos. Esse estudo serve como ferramenta na luta contra os ainda existentes indicadores de mortes e doenças ao longo da existência de neonatais e crianças.

Através da busca virtual procurou-se atentar para autores que realizaram estudos a respeito da temática em questão procurando assim solucionar os objetivos destacados. Vale ressaltar que é preciso conhecer, estudar o tema, suas abrangências, para que todas as crianças recebam o melhor da assistência em saúde resultando em adolescentes, adultos e idosos com qualidade de vida, com menos sequelas ou que mesmo tendo patologias recebam a assistência adequada para sua sobrevivência. E essa sobrevivência depende de como essa criança recebe assistência durante todo o seu desenvolvimento e crescimento ao longo da vida.

Após a declaração dos direitos humanos de 1959 dissertarem sobre os direitos da criança, afirmando a criança como “humano”, considerando os direitos além do âmbito geral, promovendo um novo conceito sobre o ser criança, houve, portanto uma afirmação que crianças são sujeitos com especificidades de características e que, portanto necessitam ter garantidos seus direitos deveres. Os direitos da criança funcionam, assim, como mecanismos subjetivadores que destacam a criança como sujeitos infantis.

Políticas públicas que devem por em primeiro plano a melhoria de vida de crianças e adolescentes a fim de empreender transformações sociais, visando à criança como ser holístico, com particularidades. Essas ações, além de trazerem recursos, mobilizam a atenção do poder público e da sociedade em geral para as questões relacionadas à infância e adolescência. Para que sejam abrangentes, essas políticas devem considerar questões como

raça, etnia, gênero e região (BRASIL, 1990). Quando as políticas são direcionadas a grupos específicos o sucesso da política se torna mais palpável, pois atua como porta de entrada para a realização de promoção, prevenção, proteção ao grupo dirigido. Diante deste fato faço a seguinte pergunta como ocorreu processo de construção das políticas públicas referentes à saúde da criança?

No artigo 227 da constituição brasileira a saúde da criança é um dever de todos (governo, familiares e sociedade) que a rodeiam e lida com a continuidade de cuidado para que a criança se torne um ser humano com saúde e tenha qualidade de vida para que no futuro como adolescente, adulto e idoso, sua saúde continue sendo efetivada com sucesso ou com menos déficits nos indicadores de saúde (BRASIL, 2016). Pensando no futuro, a saúde da criança deve ser encarada com certa sensibilidade por parte de todos, levando em conta suas particularidades, direitos e deveres, crescimento e desenvolvimento de acordo com cada faixa etária.

Jácome (2018) ressalta que por muito tempo a criança era vista como um adulto em miniatura. Seus direitos por anos foram inviabilizados e não respeitados, as políticas públicas marcam o empoderamento dos pequenos, finalmente a saúde destes é monitorada, acompanhada com programas dirigidos especificamente dando assistência, continuidade de atenção à saúde (ARAÚJO, 2014). Por ser o adulto resultado do crescimento e desenvolvimento da criança, estudar sobre as políticas de saúde se torna fundamental para entender a qualidade de vida, este assunto se torna relevante, pois um país que cuida, proporcionando melhorias de vida aos seus cidadãos se torna um país com desenvolvimento e qualidade em todos os sentidos da vida.

No âmbito dos cuidados à saúde das populações a atenção à saúde da criança deve ser de prioridade e real relevância para que se desenvolva de forma adequada, além do conhecimento sobre as características relacionadas aos indicadores de morbimortalidade, é necessário compreender os aspectos biológicos, psicológicos, demográficos e socioeconômicos, bem como os demais determinantes sociais no processo de saúde-doença (MACÊDO, 2016).

A primeira infância é vista atualmente como fase prioritária para intervenção, porque os pequenos indivíduos são vistos como flexíveis e suscetíveis à influência externa, ou seja, sofrem intervenção do cenário no qual estão inseridos. O indício de que o desenvolvimento cerebral é mais intenso nos primeiros 5 anos de vida, faz com que qualquer programa que vise ao desenvolvimento do cérebro seja avaliado de forma positiva, proporcionando uma melhora na educação e no cuidado da criança, de modo integral, principalmente para aquelas mais vulneráveis socialmente (PENN, 2002).

Para Lima (2015) a compreensão dessas políticas contribui para a consolidação das ações de saúde e estratégias associadas para a promoção da saúde da população infantil, solidificando indicadores de saúde, proporcionando qualidade de vida para crianças, familiares e sociedade. Para que reduza a mortalidade infantil, a promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, deverão ocorrer rotineiramente apontando para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial, entende-se aqui que o estado, família e sociedade devam manter laços de promoção, proteção e cuidados essenciais para com este infante (BRASIL, 2004).

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica e exploratória. Bibliográfica por que é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, explicando determinado problema

através de publicações já produzidas, meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Quando um determinado assunto é levantado, faz uma pesquisa de autores que propõem o mesmo assunto, permitindo ao pesquisador o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002).

E exploratória: Este tipo de pesquisa tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão (GERHARDT, 2009).

A questão que norteou esta pesquisa foi: como se deu o processo e construção das políticas públicas referentes à saúde da criança, e como reage atualmente? Para realizar esta pesquisa foram analisados autores na literatura que realizaram trabalhos com o tema sugerido, através de sites na internet, Google acadêmico, Scielo (Scientific Electronic Library Online) e manuais do ministério da saúde. A revisão realizou-se nos meses de dezembro/2017 a fevereiro de 2018. Após o levantamento dos autores, houve o descarte de pesquisas que não estiveram em Formato com o assunto em questão.

2. CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS PARA A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Para que se torne efetiva as políticas públicas resultam de determinantes históricos como, lutas, reivindicações, movimentos, na qual governanças e comunidade envolvidas reclamam por um mesmo objetivo, traçando caminhos por direitos humanos num contexto regional ou global, tendo como protagonistas ideias referentes a qualquer seguimento da vida, inclusive a saúde da criança (ARAÚJO apud LOPES, 2013). Porém políticas de lei voltadas para a qualidade de vida das crianças eram restritas e escassas fomentando a mortalidade materna e infantil no país.

O principal argumento para a criação de políticas públicas voltadas para a saúde da criança talvez seja o índice de mortalidade infantil, segundo dados do instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE, 2016) no ano de 2015 a taxa foi de 13,8% sendo inferior a taxa de 2014 que foi 14,4, no entanto nas regiões mais pobres essa taxa é o dobro se comparada com regiões ricas do país, sendo assim, portanto responsabilidade do estado à criação de metodologias que visem diminuir e sanar esta taxa.

No Brasil foi durante o Estado novo que primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência de que se tem notícia foi instituído (1937/1945). As atividades desse programa eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (DNSMES), por intermédio da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância. O Departamento tinha como foco: Programa Alimentar, Programa Educativo, Programa de Formação de Pessoal e Programa de Imunização (BRASIL, 2011; MACÊDO, 2016).

O DNSMES até 1969 coordenou a assistência materno-infantil no Brasil, desenvolvendo atividades dirigidas à infância, à maternidade e à adolescência, com o objetivo de normatizar o atendimento à dupla mãe-filho e combater a mortalidade infantil (BRASIL, 2011). Após a extinção do departamento nacional de saúde do ministério da educação e saúde houve a criação em 1970, da Coordenação de Proteção Materno- Infantil (CPMI), essa

coordenação era vinculada à Secretaria de Assistência Médica e tinha como atribuição planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, conforme Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970 (BRASIL, 2011).

Porém em 1975, para reduzir a morbidade e a mortalidade da mulher e da criança foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (BRASIL, 2011; MACEDO, 2016). O objetivo do programa concentrava-se em ter recursos financeiros, preparando a infraestrutura de saúde, para melhorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir suplementação alimentar para a prevenção da desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações dirigidas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério, e à criança menor de 5 anos.

Entre suas diretrizes básicas destacou-se o aumento da cobertura de atendimento à mulher, à criança e, conseqüentemente, a melhoria da saúde materno-infantil. A Coordenação de Proteção Materno-Infantil em 1976 passou a chamar-se Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI). Vinculada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, a DINSAMI se tornou o órgão responsável, no nível central, pela assistência à mulher, à criança e ao adolescente (BRASIL, 2011). O Ministério da Saúde por meio da DINSAMI elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) tendo como objetivo melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, solidificando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2011; MACEDO, 2016).

O PAISMC no ano seguinte deu lugar a dois programas específicos para a saúde da mulher e da criança, que funcionavam de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Ambos surgiram como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes desse grande grupo populacional, e seus principais objetivos eram diminuir a morbimortalidade infantil e materna e alcançar melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços, conforme preconiza a Constituição Federal e o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

Após todas essas diretrizes ocorre em 13 de julho de 1990, a aprovação da Lei nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a partir do qual, os mesmos passaram a adquirir de amplos direitos de proteção de integridade física e psicológica, lazer e bem-estar, devendo ser amparados pela família, comunidade e Estado, portanto torna-se lei que todos os direitos fundamentais inerentes aos seres humanos sejam outorgados as crianças e adolescentes (BRASIL, 1990).

Um avanço ainda maior para efetivar os direitos da saúde da criança é a Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015 que executa a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) que articula as ações em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2015; MACÊDO, 2016). A Política tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da mortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

Vale ressaltar que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da criança abrange sete eixos principais com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para

garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças (BRASIL, 2011).

Outra ferramenta bastante produtiva atualmente e com resultados pertinentes a melhoria da qualidade de vida de crianças, sendo importante intervenção para melhorar as condições de saúde na infância em países subdesenvolvidos é a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Instrumento útil para a detecção precoce e tratamento efetivo das principais doenças que afetam a saúde das crianças menores de 5 anos de idade, contribui para melhorar os conhecimentos e as práticas das famílias, para a prevenção de doenças e para a promoção da saúde. Sua aplicação nos serviços de saúde e na comunidade pode produzir importante impacto na redução do número de mortes na infância, na diminuição da ocorrência e na gravidade das doenças que podem acometer esse grupo etário, assim como nas condições nutricionais e de desenvolvimento dos menores de cinco anos de idade (BRASIL, 2013).

Em cada período histórico, percebe-se que há inúmeras mudanças, transformações nas diretrizes das políticas de saúde voltadas à população infantil. A mortalidade infantil passa a ser o principal alvo dessas políticas, a qual reflete não apenas o nível de saúde, mas a qualidade de vida da população (UNICEF, 2006).

Embora haja avanço quanto aos indicadores de saúde, ainda há um longo caminho a ser percorrido para que as crianças brasileiras tenham garantia ao direito integral à saúde, como assumido em nossas leis. Os índices de mortalidade infantil – embora bastante reduzidos na última década – ainda são altos, em especial no nordeste brasileiro. Essa estatística pode ser evitada se os serviços prestados a população forem concebidos com qualidade, se profissionais capacitados. Na maioria dos casos, os óbitos poderiam ser evitados se as crianças fossem encaminhadas para um serviço de saúde qualificado, com resolução das demandas, com uma equipe profissional preparada para atender com eficiência e agilidade (BRASIL, 2004).

3. A POLÍTICA ATUALMENTE

O governo brasileiro conseguiu mesmo em tempos nada favoráveis responder as demandas públicas, promovendo o bem estar a partir de um sistema de saúde amplo, o Sistema Único de Saúde (SUS) sistema universal e gratuito, envolvendo a participação popular nas várias esferas de decisão colegiada (PESSOTO, 2015).

O estatuto da criança e do adolescente de 13 de julho de 1990 soma parceria com a política para garantir os direitos das crianças e adolescentes a fim de proporcionarem os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade. Segundo Benevides (2014) o estatuto propicia para que o público infante-juvenil se inserisse na sociedade como cidadãos, além de propagar a garantia da proteção da infância e da juventude, através da articulação da família, poder público e sociedade.

Em 2015 através da Portaria GM n. 1130 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde da criança ganha um grande reforço, pois a política é bastante clara no empenho de garantir os

direitos da criança, assegurando o acesso universal da integralidade do cuidado, ofertando estratégias e ferramentas que garantam atenção humanizada, qualidade de serviços, e não aceita à fragmentação do cuidado.

Considerando que a criança demanda atenção integral de forma acolhedora e contínua, as linhas de cuidado propostas pelo MS organizaram-se para atendê-las de forma global, assim como às suas famílias, e foram dispostas da seguinte maneira: As ações da saúde da mulher: atenção humanizada e qualificada; Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido; Triagem neonatal (teste do pezinho), da orelhinha, da linguinha, do coração, do olhinho 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 carênciais; Imunização; Atenção às doenças prevalentes; Atenção à saúde bucal; Atenção à saúde mental; Prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil; Atenção à criança portadora de deficiência (BRASIL, 2004).

Segundo Brasil (2011) para que se torne efetiva a política de atenção a saúde da criança a estratégia saúde da família também participa da assistência à saúde da criança, pois deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Ela deve se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

4. CONSIDERAÇÕES

Não se pode negar que o Brasil conseguiu reduzir a mortalidade infantil e patologias infantis graças à implantação de políticas e ações voltadas para essa classe. Porém é notório que a assistência à saúde da criança ainda passa por um processo de construção buscando sempre preencher as lacunas existentes, pois não se pode parar de buscar melhorias, achando que o panorama atual seja suficiente, é preciso traçar metas e objetivos e sempre tentar alcançá-los, tornando-se dever de toda a sociedade.

Quanto ao objetivo geral perseguido por esta pesquisa ousou esclarecer que este foi atingido com sucesso, pois há evidências claras de que o Brasil através de suas muitas lutas e reivindicações de classes conseguiu sair da inalterabilidade e colaborar com a criação de políticas que apoiem o desenvolvimento de ações a favor das crianças. Portanto, torna-se inexorável a qualificação dos profissionais, a manutenção das redes de apoio, o custeio financeiro e o apoio dos poderes tanto na esfera Federal, Estadual e Municipal para que haja garantia dos direitos e qualidade na assistência.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO J.P.et al. **História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas**. Rev Bras Enferm. 2014 nov-dez; 67(6): 1000-7.

BENEVIDES. J; DANIEL. R; BERWIG. S.E. **Políticas públicas e estatuto da criança e do adolescente – materialização dos direitos das crianças e adolescentes**. III Seminário Internacional de Ciências Sociais- Ciência Política. Rio grande do sul. Agosto, 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências**.

<<http://www.livro.eca>\acesso em 25.01.18

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno**. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.80 p.: il. – (Série I. História da Saúde).

BRASIL. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. <<http://www>. Política de atenção básica. Acesso em 21.11.2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana da Saúde**. – 4a. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 228 p. : il. – (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008**. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

BRASIL. **Portaria GM n. 1130 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. AGOSTO DE 2015.

FONSECA, J.J.S.**Metodologia da pesquisa**.Fortaleza: UEC,2002.Apostila.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (organizadoras). **Métodos de Pesquisa**. 1ª Ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais : uma análise das condições de vida da população brasileira** : 2016 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro : IBGE, 2016.

JÁCOME. P.S. **Criança e infância: uma construção histórica**. Natal, RN. 2018.

LIMA, A. P., BARBALHO. E.V. Barbalho. **Evidências científicas sobre a política nacional de atenção a saúde da criança**. Revista Pesquisa em Fisioterapia. 2015, Ago; 5(2): 134-142.

MACÊDO. V.C. **Atenção integral à saúde da criança: Políticas e indicadores de saúde.** Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016.

PENN. H. **Primeira infância: a visão do Banco Mundial.** Cadernos de Pesquisa. 2002; 115.

PESSOTO. U.C. RIBEIRO. E.A.W. GUIMARÃES. R.B. **O papel do Estado nas políticas públicas de saúde: um panorama sobre o debate do conceito de Estado e o caso brasileiro.** Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.1, p.9-22, 2015.

UNICEF. **Declaração universal dos direitos humanos da criança** – novembro de 1959.

UNICEF. **Situação da criança brasileira 2006. Criança de até 6 anos. O direito a sobrevivência e ao desenvolvimento.**