

Desafios da mortalidade infantil e na infância

Maria de Lourdes Magalhães¹, Juan Cortez-Escalante²,
Lucimar Rodrigues Coser Cannon²,
Tatiana Selbmann Coimbra², Haydee Padilla²

¹ Consultora Independente

² Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde

Introdução

O Brasil registrou nas últimas três décadas consideráveis progressos na redução da mortalidade infantil (menores de um ano) e na infância (menores de cinco anos), com resultados incontestáveis. Essas conquistas da saúde pública são atribuídas, em grande medida, à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com as decorrentes políticas de prevenção de doenças e agravos, de promoção e de assistência e de cuidados básicos, com a criação da Estratégia Saúde da Família.

As razões por trás dessas conquistas estão relacionadas, também, ao crescimento econômico; à redução das disparidades de renda; à urbanização; à melhoria da educação das mulheres; à diminuição das taxas de fertilidade; aos programas de transferência de renda, a exemplo do Programa Bolsa Família, bem como às melhorias no saneamento básico e o tratamento da água^{1, 2,3}.

No entanto, tais avanços estão atualmente sob ameaça, considerando a persistência da crise financeira que o país está experimentando desde 2015, e os efeitos das medidas de austeridade fiscal. Um dos sinais de alerta é o registro de aumento na taxa de mortalidade infantil e da infância em 2016, segundo dados do próprio Ministério da Saúde⁴.

Além disso, outros desafios permanecem, a exemplo da prematuridade, do baixo peso ao nascer, das infecções perinatais e neonatais, das malformações congênitas e das altas taxas de cesarianas. Novos desafios surgiram relacionados com doenças transmitidas por veto-

res, como dengue, Zika, Chikungunya e Febre Amarela, que constituem sérios problemas para a saúde pública.

Este capítulo tem como objetivo descrever a redução da mortalidade infantil e na infância, nos últimos 30 anos, além de refletir sobre as principais iniciativas como pactos, políticas e programas no âmbito do SUS. Por fim, visa identificar lacunas, ameaças e emitir recomendações, a partir das lições aprendidas, contribuindo para a efetividade e sustentabilidade das políticas públicas, frente aos desafios da Agenda 2030.

Assim, o conteúdo aqui exposto resulta da análise de dados secundários, produzidos a partir de informações sobre estatísticas vitais, disponíveis nos sistemas de informações de saúde, no censo populacional, na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, bem como em artigos publicados sobre mortalidade infantil e na infância em âmbito nacional, relatórios oficiais do governo, e atos normativos e administrativos (leis, decretos e portarias).

Compromisso social com a saúde materno-infantil

Os programas de Saúde da Criança sempre estiveram na agenda de prioridades dos governos, desde a criação do Ministério da Saúde, em 1953. Muitos desses foram pioneiros, como por exemplo, o Programa de Vacinação, uma das mais relevantes intervenções de saúde pública para prevenir doenças e salvar vidas. Esse programa se tornou contínuo desde então, obtendo êxitos na erradicação de várias doenças⁵, como varíola, poliomielite, tétano, difteria, sarampo, hepatite b, rubéola, entre outras.

Considerado um dos mais importantes marcos da saúde pública, a Declaração de Alma Ata (1978), que completou 40 anos em 2018, ratificou a importância de cuidados básicos à saúde materno-infantil, os quais foram contemplados, em parte, na Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989.

O movimento sanitário brasileiro, na década de 80, protagonizou um novo capítulo da saúde pública no país, atuando em defesa da universalização da saúde pública e dos direitos da criança, apoiado por organizações internacionais, órgãos e entidades da sociedade civil, instituições de ensino e pesquisas entre outros, em processo concomitante com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

No Brasil, a partir de 1984, o Ministério da Saúde implementou um conjunto de ações voltadas para a saúde da criança e da mulher (ver quadro 1), como as estratégias de promoção ao aleitamento materno, de controle de infecção respiratórias, de doenças diarreicas e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, além de ações para a qualificação do parto

e nascimento, incluindo alojamento conjunto e parto domiciliar por parteiras tradicionais⁵.

Com o advento da Constituição Federal, de 1988, a criança passa a ser reconhecida como “*pessoa em condição peculiar de desenvolvimento, com direitos à proteção integral e absoluta prioridade nas políticas públicas*”. Esses direitos foram reafirmados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, destacado no Capítulo I, do Direito à Vida e à Saúde, como princípios e diretrizes de atribuição da área de saúde^{6,7}.

A criação do SUS, em 1988, e a promulgação de suas Leis Orgânicas (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990) promoveram uma profunda transformação na saúde da população brasileira, dadas suas características de ser um sistema de saúde ambicioso, ancorado nos princípios organizativos da universalização do acesso, da equidade e da integralidade, além da participação da sociedade. Assim, o sistema de saúde brasileiro que atendia apenas uma parcela da população, passou a cobrir 170 milhões de

brasileiros, total da população do país naquela ocasião⁸.

Ao longo das três décadas de implementação do SUS, sob gestão compartilhada entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal), importantes medidas legislativas e administrativas ocorreram, essenciais para a efetivação de políticas públicas de saúde no campo materno e infantil, além de ancoradas na garantia de direitos.

A entrada em cena dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no ano de 1992, e da Estratégia Saúde da Família (ESF), no ano de 1994, a reorganização da atenção à saúde, bem como a ampliação de programas de alcance nacional, foram iniciativas essenciais para salvar vidas e melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança (Quadro 1).

Em 1995, o Ministério da Saúde assumiu a liderança de um movimento nacional com o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), que tinha o objetivo de intensificar esforços em favor da infância, ao reunir variados programas e instituições, oferecendo um conjunto de ações de saneamento básico, imunização, promoção

ao aleitamento materno, e do pré-natal, combate às doenças infecciosas e à desnutrição⁹.

A partir de 1994 a transferência regular e automática de recursos financeiros aos municípios passou a ocorrer com maior celeridade, alcançando inicialmente os municípios com maior prevalência de mortalidade infantil. Nos anos seguintes, o papel dos ACS foi decisivo para redução da mortalidade, com a ampliação das visitas domiciliares.

Apesar dos esforços, o Brasil ingressou no século XXI, ainda com elevada taxa de mortalidade infantil e elevada razão de mortalidade materna. As causas foram atribuídas a uma série de fatores, tanto biológicos quanto socioeconômicos e assistenciais^{9,10}. Várias iniciativas foram adotadas para o enfrentamento de afecções perinatais, malformações congênitas e afecções de origem genética que se constituíam, na ocasião, como principais causas de óbito infantil. No decorrer do período, a redução da mortalidade infantil foi observada no componente pós-neonatal (de 28 a 364 dias) mas a mortalidade neonatal (zero a 27 dias de vida) permaneceu um desafio^{9,11} (Quadro 1).

QUADRO 1

Políticas, pactos, programas e estratégias para a saúde da criança e da mulher (1970-2015)

| 1970/73 | 1977 | 1981 | 1982/84 | 1984/86 |
|--|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Programa Nacional de Imunizações, formalizado em 1975 (Lei nº 6.259/75). | <ul style="list-style-type: none"> Programa Nacional de Imunização (PNI) e o Calendário para menores de 1 ano. | <ul style="list-style-type: none"> Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAN). | <ul style="list-style-type: none"> Alojamento conjunto obrigatório (Mãe e Criança), Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM). | <ul style="list-style-type: none"> Programa de Assistência à Saúde da Criança (PAISC) e o Cartão de Saúde da Criança. |
| 1992 | 1994 | 1995 | 1997 | 2000 |
| <ul style="list-style-type: none"> Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) | <ul style="list-style-type: none"> Programa Saúde da Família (PSF) | <ul style="list-style-type: none"> Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) | <ul style="list-style-type: none"> Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) | <ul style="list-style-type: none"> Atenção Humanizada ao Recém-Nascido – Método Canguru |
| 2004 | 2004 | 2006 | 2006 | 2009 |
| <ul style="list-style-type: none"> Agenda de Compromissos: Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. | <ul style="list-style-type: none"> Pacto de Redução de Mortalidade Materna e Neonatal. | <ul style="list-style-type: none"> Pactos pela Saúde: Política Nacional de Promoção da Saúde (Pacto pela Vida). | <ul style="list-style-type: none"> Política Nacional da Atenção Básica, atualizada em (2011) e em 2017. | <ul style="list-style-type: none"> Pacto de Redução de Mortalidade Materna e Neonatal, na Região Nordeste e Amazônia Legal. |
| 2010 | 2011 | 2012/13 | 2014 | 2015 |
| <ul style="list-style-type: none"> Rede de Atenção à Saúde (PT 4.279). | <ul style="list-style-type: none"> Regulamentação do SUS (Dec. 7.508). Rede Materno Infantil, Rede Cegonha (PT 1.459); Rede de Urgência e Emergência (PT 1.600 e 2.395) | <ul style="list-style-type: none"> Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB) (PT 1.920). Define diretrizes para habilitação de leitos neonatais (PT 930) | <ul style="list-style-type: none"> Redefine os critérios da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (PT 1.153). Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (PT 483). | <ul style="list-style-type: none"> Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (PT 1.130). Regulamenta a comercialização de alimentos para lactantes e crianças (Dec. 8.552). |

Em 2006, ocorreu formalização *Pactos pela Saúde*, que estabeleceram as diretrizes operacionais nos *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Eles constituem pactos federativos que vieram a fortalecer a gestão compartilhada, solidária e colaborativa no SUS, abrangendo e comprometendo a União, os estados e os municípios¹². Os avanços alcançados contribuíram para a construção de um novo modelo de finan-

ciamento e controle social. Neste mesmo ano de 2006, duas importantes políticas públicas – a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foram publicadas, fortalecendo as estratégias para a redução da mortalidade infantil.

Considerando o compromisso do Pacto pela Vida de reduzir a mortalidade infantil em 5% ao

ano, com ênfase no componente neonatal, foi firmado um acordo com os estados da região Nordeste e da Amazônia Legal (2009 e 2010), para acelerar a redução das desigualdades regionais no país e favorecer o alcance das metas de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM. Parcerias foram estabelecidas com outras instituições governamentais para erradicar o índice de sub registro civil de nascimento; ampliar a oferta e efetividade dos cursos de alfabetização de jovens, adultos e idosos; e ampliar a prestação de serviços de assistência técnica e extensão rural para a agricultura familiar^{9,10,12}.

No ano seguinte, em 2011, as estratégias do Pacto foram incorporadas à chamada *Rede Cegonha*, tendo como objetivos fomentar a implementação do novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal¹³.

Ainda em 2011, houve a publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamentou o SUS e permitiu o aprimoramento de serviços, avançando na reorganização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e das redes temáticas¹⁴, tais como a Rede Materno Infantil (Rede Cegonha), a Rede de Urgência e Emergência, a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, e a Rede de Atenção Psicossocial, reforçando o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado.

Após 25 anos do estabelecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), foi instituída depois de amplo debate e aprovação pelas instâncias deliberativas e consultivas do SUS¹⁵. No ano seguinte, o Congresso Nacional aprovou o Marco Legal da Primeira Infância, através de lei específica em 2016, com o objetivo de atualizar os dispositivos do ECA e ampliar as políticas de promoção, proteção e defesa do direito ao desenvolvimento integral da primeira infância¹⁶.

Assim, os investimentos em políticas, programas e na organização dos serviços foram determinantes para salvar milhares de vidas, nas duas últimas décadas. O Brasil reduziu mais da metade de óbitos de crianças menores de cinco anos^a, por causas evitáveis, passando de 70.572 óbitos em 1996 para 29.126 óbitos em 2016, uma redução de 59% no período. No mesmo período, a taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis caiu de 30,5 para 11,7 óbitos por 1000 NV, uma redução de 65%, observando-se maior queda nas doenças do trato respiratório do período neonatal (82,0%). Ocorreu também queda no grupo de causas como a pneumonia (80,4%), doenças bacterianas (81,6%), doenças infecciosas intestinais (92,1%), entre outras, que mostraram quedas menos acentuadas. Por outro lado, vêm aumentando as causas relacionadas à gestação, ao parto, aos agravos ao feto e recém-nascidos, especialmente no que refere às afecções maternas, que mostraram incremento de 224,1%. No mesmo período, a sífilis

a Nascem em torno de 3 milhões de crianças ao ano no País, conforme os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC, 2016)¹⁷. A população residente de crianças de 0 a 4 anos é de mais de 11 milhões, o que representa 38% da população de crianças de 0 a 9 anos, (IBGE, 2010)¹⁸.

congênita apresentou um aumento de 48,0%. No entanto, houve redução de causas externas, especialmente dos acidentes de transporte (55,0%) e afogamentos (45,2%), no mesmo período. A redução mais significativa foi obser-

vada nas causas mal definidas, que passaram de 12.986 óbitos, em 1996, para 1.659 em 2016¹⁹, o que pode estar relacionado com a melhoria da qualidade do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM (ver Quadro 2).

QUADRO 2

Óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos. Brasil, 1996 a 2016

| Principais causas com maior redução | Principais causas com queda menos acentuadas | Principais causas que apresentaram aumento no período |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transtorno respiratórios específicos período neonatal. ▪ Síndrome da angústia respiratória recém-nascido. ▪ Pneumonia. ▪ Doenças infecciosas intestinais. ▪ Desnutrição e outras deficiências nutricionais. ▪ Meningite (exceto por Haemophilus). | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transtornos da gestação, curta duração e peso baixo ao nascer. ▪ Hipóxia intrauterina e asfixia ao nascer. ▪ Síndrome aspiração neonatal exceto leite alimento regurgitado. ▪ Infecção período neonatal exc SRC e hepatite viral congênita. ▪ Afecções originados no período perinatal não específico. ▪ Acidentes de transporte. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Feto e recém-nascido afetados por complicações da placenta, do cordão umbilical e das membranas. ▪ Feto e recém-nascido afetados por afecções maternas. ▪ Feto e recém-nascido afetados por complicações maternas durante a gravidez. ▪ Sífilis congênita. |

Fonte: SIM – CGIAE/SVS/MS

No período de 2009 a 2016, houve um aumento significativo na proporção de óbitos de mulheres em idade fértil, maternos, infantis e fetais investigados^b. O aumento de casos de óbitos infantis e fetais investigados foi decorrência de um conjunto de medidas adotadas pelo Ministério da Saúde, a partir de 2008, entre as quais se destaca a descentralização das ações de vigilância de óbitos para os estados e municípios, sob a coordenação das Secretarias de Saúde, com atuação integrada e articulada da vigilância em saúde e da assistência nas três instâncias de gestão do SUS²⁰. Assim, dados

preliminares de 2017 apresentam percentual de investigação acima de 75% no campo infantil e 85% no materno^{21, 22}.

A vigilância de óbitos é, portanto, uma estratégia importante para o fortalecimento da gestão e favorece acesso mais próximo à realidade em dados captados pelo SIM. Isso permite aos gestores do SUS conhecer o real risco de morte nos primeiros anos de vida, além de monitorar e avaliar o impacto das políticas públicas vigentes, favorecendo assim a tomada de decisões oportunas para mortes evitáveis.

b A investigação é a etapa que propicia a identificação de óbitos não declarados e/ou não registrados, a correção dos dados pessoais e socioeconômicos do(a) falecido(a) e da causa básica dos óbitos registrados, classificação de casos, determinantes e fatores de risco e as condições que originaram a morte ²⁰.

Mortalidade infantil e na infância: tendências

Estão em foco aqui as tendências relativas à taxa de mortalidade infantil (TMI) e à mortalidade neonatal (TMI-Neo), com seus componentes neonatal (tardio e precoce), bem como da mortalidade na infância (TMIN), nas décadas seguintes à implementação do SUS, no período de 1990 – 2016^c.

Mortalidade Infantil (menores de um ano)

A TMI^d representa um indicador sensível, amplamente utilizado para medir o estado de saúde, as condições de vida de uma população e a eficácia dos serviços de saúde². Ele permite o desenvolvimento de estratégias de prevenção de fatores de risco de morte, por meio de políticas públicas voltadas à saúde das crianças.

A TMI passou de 47,1 para 14,0 óbitos por mil nascidos vivos (NV), entre 1990 e 2016, configurando uma redução de 70,0% no período (Figura 1). A média de redução nacional foi de 6% ao ano na década de 1990, diminuindo para 4,5% na década de 2000, e para 3,4% entre 2011 e 2015. Em 2016 houve aumento de 4,8%, comparado com o ano anterior. (Quadro 3).

Até 2015, a tendência observada foi consistente em todas as regiões do país, embora tenha ocorrido desaceleração em anos mais recentes. A Região Nordeste teve a maior queda no período, passando de 75,8 óbitos por 1.000 NV em 1990, para 15,2 em 2015. Isso mostra um avanço importante em todo o SUS, embora o desafio permaneça, pois ainda é possível reduzir as mortes consideradas evitáveis para alcançar taxas similares às dos países desenvolvidos (4/1.000 NV), ou mesmo às de outros países em desenvolvimento da Região, como Chile (11), Argentina (7), Uruguai (14)¹.

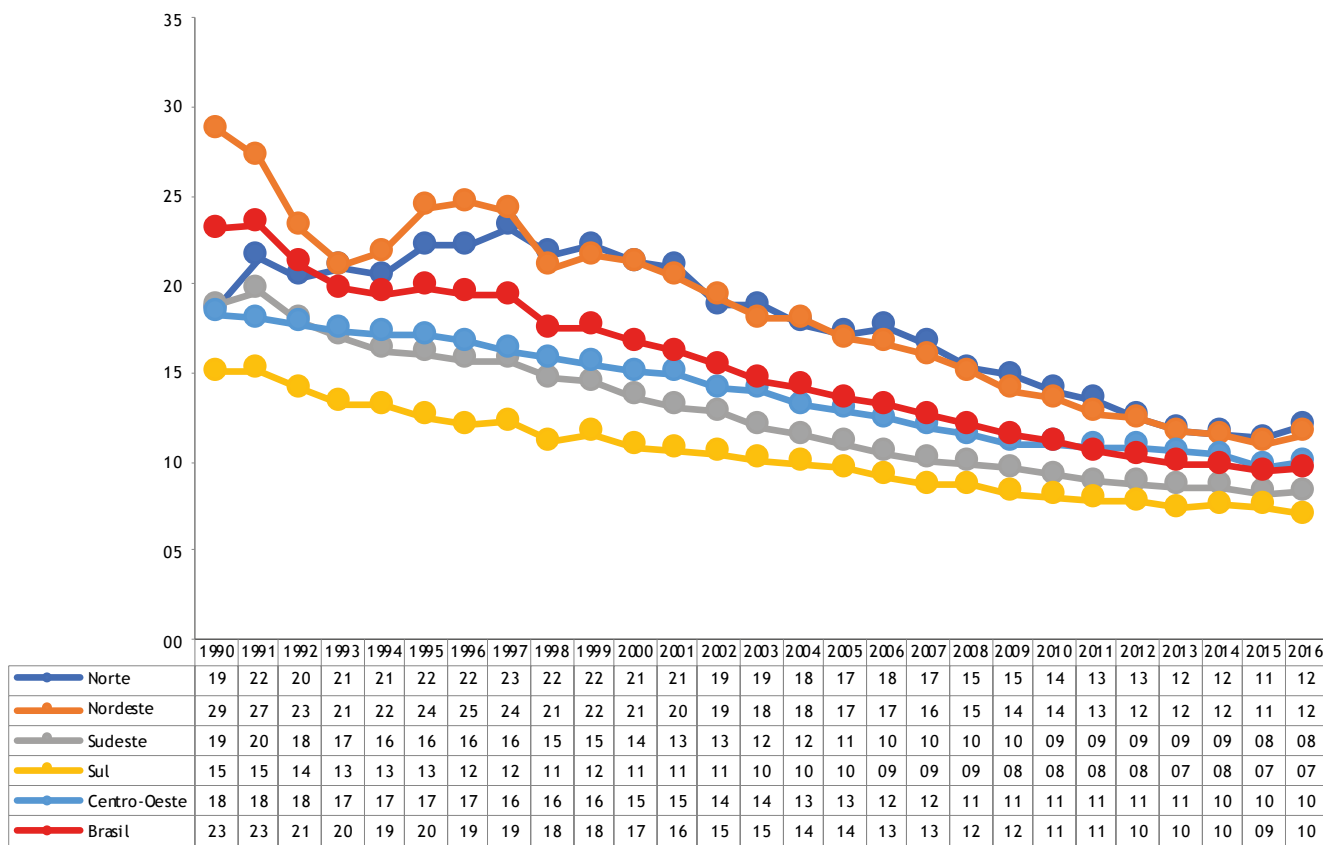
No entanto, observou-se, em 2016, um aumento da TMI nas diversas regiões brasileiras, com exceção da Região Sul, que apresentou um valor inferior a 10 óbitos por 1.000 NV.

c As fontes de dados de coleta para a formulação dos indicadores são obtidas através do: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), implantado oficialmente em 1990, e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), criado desde 1979²³, sob constante aperfeiçoamento da base de dados e qualificação das informações. A TMI utilizada, representa uma combinação de dados diretos de 8 Estados (Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal) com informações consideradas adequadas (cobertura 100%) e de dados indiretos de 19 Estados com informações consideradas inadequadas²³.

d A TMI inclui três períodos: o neonatal precoce (0 a 6 dias), neonatal tardio (7 a 27 dias) e pós-neonatal (28 a 364 dias). A TMI Neonatal compreende os períodos neonatal precoce e o tardio²⁴. Esses indicadores são formulados de acordo com a metodologia da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), criada em 1996.

FIGURA 1.

Taxa de mortalidade infantil. Brasil e regiões, 1990 a 2016



Mortalidade Neonatal (0 a 27 dias)

A TMI-Neo passou de 23,1 óbitos, por 1.000 NV, em 1990 para 9,6 em 2016 (Figura 2). No período, a redução média nacional foi de 58,3%. Até 2015, houve uma variação de queda consistente em todas as regiões do país. Em 2016, observou-se um aumento em todas as regiões, com exceção da Região Sul. Entre 2000 e 2015, a Região

Nordeste e a Amazônia Legal apresentaram uma consistente queda de 5% ao ano (quadro 3), atingindo assim a meta estabelecida pelo governo federal para as mesmas em 2009, contribuindo para o alcance da meta de redução da mortalidade dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Mortalidade na infância (menores de 5 anos)

No Brasil, a TMIN passou de 53,7 óbitos por 1.000 NV em 1990 para 16,4 óbitos em 2016, uma redução de 69,6% no período (quadro 3). A taxa de redução nacional acompanhou o mesmo ritmo de queda da mortalidade infantil, com a

redução média de 6% ao ano, na década de 90, comparando com a média de 4,8% de queda na década de 2000. Entre 2011 e 2015, a TMIN diminuiu em média de 3,2% ao ano. Em 2016, apresentou um aumento de 3,1% comparado

QUADRO 3

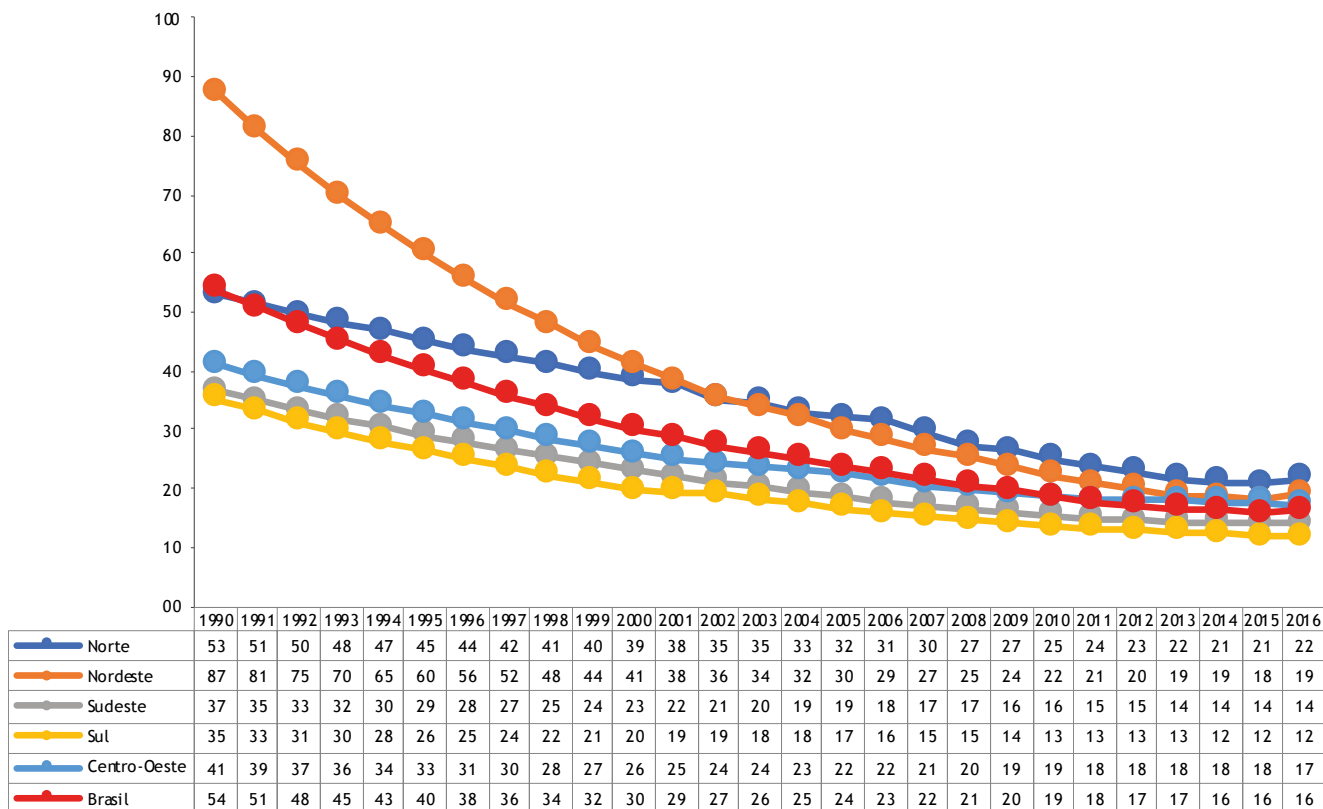
Taxa de Mortalidade Infantil e seus componentes; e na infância, menores de 5 anos (1990-2016)

| UF/Região | Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce | | Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia | | Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal | | Taxa de Mortalidade Infantil | | Taxa de Mortalidade de 1 a 4 anos | | Taxa de Mortalidade, menores de 5 anos | |
|---------------------|--------------------------------------|------|-------------------------------------|------|----------------------------------|------|------------------------------|------|-----------------------------------|------|--|------|
| | 1990 | 2016 | 1990 | 2016 | 1990 | 2016 | 1990 | 2016 | 1990 | 2016 | 1990 | 2016 |
| Norte | 14,1 | 9,5 | 4,5 | 2,5 | 27,2 | 6,0 | 45,9 | 18,0 | 7,0 | 3,7 | 52,9 | 21,7 |
| Rondônia | 16,0 | 7,8 | 5,0 | 2,3 | 21,7 | 4,6 | 42,6 | 14,6 | 6,5 | 2,5 | 49,2 | 17,2 |
| Acre | 19,7 | 5,8 | 4,6 | 2,7 | 32,2 | 7,1 | 56,5 | 15,6 | 8,7 | 3,9 | 65,1 | 19,5 |
| Amazonas | 9,8 | 9,3 | 4,5 | 2,3 | 30,2 | 7,0 | 44,5 | 18,6 | 6,8 | 3,8 | 51,3 | 22,4 |
| Roraima | 10,8 | 10,0 | 6,5 | 2,1 | 22,3 | 8,2 | 39,6 | 20,4 | 6,1 | 5,4 | 45,7 | 25,8 |
| Pará | 15,3 | 10,2 | 3,9 | 2,7 | 27,0 | 5,4 | 46,2 | 18,3 | 7,1 | 3,7 | 53,3 | 22,0 |
| Amapá | 16,6 | 11,3 | 5,7 | 3,8 | 15,8 | 7,6 | 38,1 | 22,8 | 5,8 | 4,0 | 43,9 | 26,8 |
| Tocantins | 10,5 | 9,3 | 5,5 | 1,9 | 28,9 | 4,3 | 44,9 | 15,5 | 6,9 | 3,5 | 51,8 | 19,1 |
| Nordeste | 19,5 | 9,0 | 9,3 | 2,6 | 47,0 | 4,8 | 75,8 | 16,4 | 11,5 | 2,7 | 87,3 | 19,0 |
| Maranhão | 28,7 | 8,9 | 6,4 | 2,3 | 41,4 | 5,1 | 76,6 | 16,3 | 11,7 | 2,8 | 88,2 | 19,1 |
| Piauí | 25,3 | 10,8 | 5,1 | 3,4 | 34,6 | 5,3 | 65,0 | 19,5 | 9,9 | 2,9 | 74,9 | 22,3 |
| Ceará | 17,3 | 7,5 | 8,2 | 2,4 | 54,0 | 4,4 | 79,5 | 14,3 | 12,1 | 2,5 | 91,6 | 16,8 |
| Rio Grande do Norte | 22,5 | 7,9 | 6,9 | 2,4 | 46,3 | 4,9 | 75,7 | 15,2 | 11,5 | 2,8 | 87,2 | 18,0 |
| Paraíba | 14,2 | 7,9 | 8,9 | 2,4 | 58,8 | 5,0 | 81,9 | 15,2 | 12,5 | 2,7 | 94,4 | 17,9 |
| Pernambuco | 19,0 | 8,3 | 11,9 | 2,7 | 46,1 | 4,7 | 77,0 | 15,7 | 11,7 | 2,6 | 88,7 | 18,3 |
| Alagoas | 17,3 | 8,0 | 12,6 | 2,4 | 72,2 | 4,9 | 102,2 | 15,3 | 15,6 | 2,9 | 117,8 | 18,2 |
| Sergipe | 20,5 | 8,9 | 7,0 | 3,5 | 38,0 | 4,9 | 65,5 | 17,3 | 10,0 | 2,6 | 75,5 | 19,9 |
| Bahia | 21,5 | 10,7 | 7,2 | 2,7 | 37,3 | 4,6 | 66,0 | 18,0 | 10,1 | 2,6 | 76,1 | 20,5 |
| Sudeste | 15,1 | 6,1 | 3,7 | 2,2 | 13,8 | 3,9 | 32,6 | 12,2 | 4,0 | 2,0 | 36,6 | 14,2 |
| Minas Gerais | 17,0 | 7,3 | 4,3 | 2,2 | 17,6 | 4,2 | 39,0 | 13,8 | 4,8 | 2,4 | 43,7 | 16,1 |
| Espírito Santo | 12,7 | 5,8 | 3,6 | 2,2 | 16,9 | 3,7 | 33,2 | 11,7 | 4,1 | 2,5 | 37,3 | 14,2 |
| Rio de Janeiro | 14,2 | 6,6 | 3,5 | 2,2 | 14,7 | 4,9 | 32,3 | 13,6 | 4,0 | 2,1 | 36,3 | 15,8 |
| São Paulo | 15,2 | 5,5 | 3,6 | 2,2 | 12,0 | 3,4 | 30,8 | 11,1 | 3,8 | 1,7 | 34,6 | 12,8 |
| Sul | 11,7 | 5,1 | 3,4 | 1,9 | 13,2 | 3,0 | 28,3 | 10,0 | 6,9 | 1,7 | 35,2 | 11,7 |
| Paraná | 14,9 | 5,4 | 3,9 | 2,0 | 16,3 | 3,2 | 35,1 | 10,5 | 8,6 | 1,9 | 43,7 | 12,4 |
| Santa Catarina | 12,9 | 4,8 | 3,6 | 1,5 | 17,0 | 2,4 | 33,6 | 8,8 | 8,2 | 1,6 | 41,8 | 10,3 |
| Rio Grande do Sul | 11,0 | 4,9 | 3,7 | 2,1 | 11,6 | 3,1 | 26,2 | 10,2 | 6,4 | 1,6 | 32,7 | 11,8 |
| Centro-Oeste | 14,5 | 7,7 | 3,9 | 2,4 | 16,0 | 4,4 | 34,3 | 14,4 | 6,7 | 2,7 | 41,0 | 17,1 |
| Mato Grosso do Sul | 13,4 | 6,3 | 3,7 | 2,0 | 15,3 | 4,7 | 32,3 | 12,9 | 6,3 | 3,0 | 38,6 | 15,9 |
| Mato Grosso | 12,2 | 8,9 | 3,6 | 2,5 | 21,7 | 5,6 | 37,5 | 17,1 | 7,3 | 4,1 | 44,8 | 21,2 |
| Goiás | 14,9 | 8,3 | 4,6 | 2,7 | 15,6 | 4,3 | 35,1 | 15,4 | 6,8 | 2,3 | 41,9 | 17,8 |
| Distrito Federal | 14,5 | 6,0 | 2,7 | 1,8 | 11,7 | 2,5 | 28,9 | 10,3 | 5,6 | 1,5 | 34,5 | 11,9 |
| Brasil | 17,7 | 7,3 | 5,4 | 2,3 | 24,0 | 4,3 | 47,1 | 14,0 | 6,6 | 2,4 | 53,7 | 16,4 |

Fonte: MS/SVS/CGIAE – SIM/SNASC

FIGURA 2

Taxa de mortalidade neonatal. Brasil e regiões, 1990 a 2016



com o ano anterior. Entre as regiões, o Nordeste foi a que alcançou a maior redução, com a TMNI passando de 87,3 óbitos por 1.000 NV em 1990, para 19,0 em 2016, atingindo 78% de redução no período. Essa redução anual foi de 7% na década-

da de 90, de 6% na década de 2000, e 4% entre 2011 e 2015. No entanto, em 2016 aumentou 5,6%, quando comparada com a do ano anterior (Figura 3).

Políticas e estratégias de impacto para a redução da mortalidade infantil

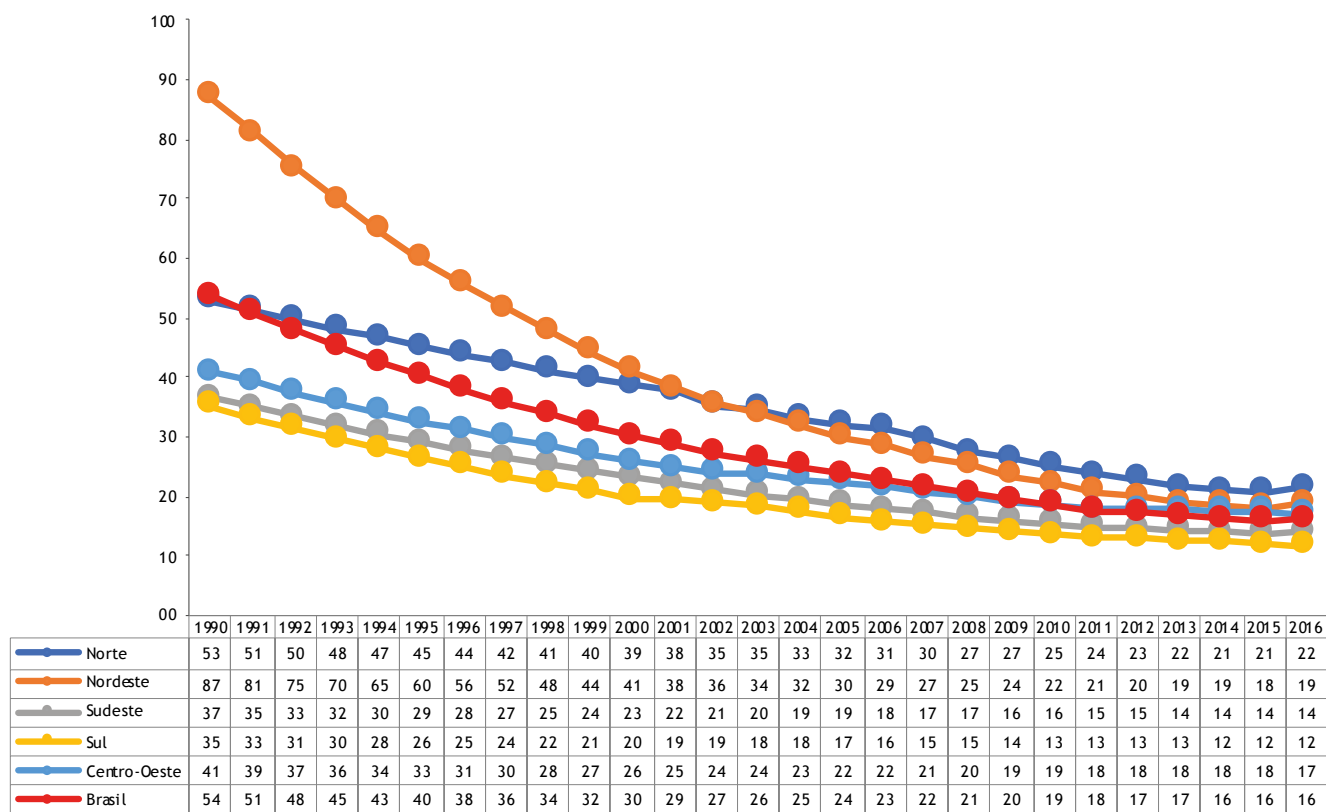
Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Evidências mostraram que em 30 países de alta renda (2000-2009), os sistemas de saúde com investimentos robustos na atenção primária

à saúde têm maior capacidade de apresentar melhores resultados na saúde da população, com redução de hospitalizações desnecessá-

FIGURA 3

Taxa de mortalidade na infância. Brasil e regiões, 1990 a 2016



rias, além de menores desigualdades em saúde²⁵. Assim, a Atenção Básica, denominação da Atenção Primária em Saúde no Brasil, merece um capítulo à parte frente às muitas conquistas do SUS. O Programa Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o Programa/Estratégia de Saúde da Família (PSF/ESF) estabeleceram alguns dos pilares de sustentação SUS²⁶.

A PNAB, lançada em 2006, revisada e atualizada em 2011 e 2017, incorpora inovações variadas e necessárias à qualificação da atenção básica como ordenadora das redes de atenção. Assim, este nível de atenção aproxima os serviços de saúde com a comunidade, facilitando o atendimento de suas demandas. Objetiva, também,

aprimorar conhecimentos e práticas de cuidado, no âmbito individual e coletivo, de forma a assegurar uma atenção abrangente, acolhedora e resolutiva²⁶.

No Brasil, a atenção básica está presente em todo território nacional, alcançando mais de 130 milhões de cidadãos. Sua cobertura tem alcançando patamares de 91 a 98% em alguns estados das regiões Norte e Nordeste, maiores que a média nacional nos últimos 10 anos, que apresentou variações entre 64,8% em 2008 e 75,4% em 2017, conforme se demonstra no box a seguir (dados do DAB/SAS/Ministério da Saúde, referentes a 2018).

Rede da Atenção Básica – julho, 2018

5. 468 municípios

42.555 – equipes de Saúde da Família (eSF), implantadas

42, 8 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas no país.

63.768 médicos em atuação nas UBS

263.109 – Agente Comunitário de Saúde (ACS), implantados.

26.496 – equipes Saúde Bucal (eSB).

5.330 equipes de Núcleos Ampliado de Saúde da Família (AB-NASF).

114 ESF para população ribeirinhas e 10 em UBS fluviais.

Estratégia de Saúde da Família

As equipes de Saúde da Família (eSF) foram criadas para a reorganização da Atenção Básica do SUS. A eSF é composta de no mínimo: um médico (especialidade medicina de família e comunidade), um enfermeiro (especialista em saúde da família); auxiliar e/ou técnico de enfermagem e o ACS, com outras especialidades, se necessário, também compondo tal equipe²⁵.

A atual PNAB redefiniu a população adscrita a cada equipe de Atenção Básica ou de Saúde da Família para 2.000 a 3.500 pessoas, podendo existir outros arranjos locais, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, assegurando a qualidade do cuidado²⁶. Tal redefinição visou garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e a resolutividade das equipes.

Observa-se redução de 4,6% na mortalidade infantil para cada 10% de aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), um impacto mais significativo do que o de outras intervenções, tais como a ampliação do acesso à água (2,9%) ou ampliação de leitos hospitalares (1,3%)²⁴. Assim, as evidências são positivamente

indiscutíveis em relação à importância da expansão da ESF, pois ela amplia a cobertura e o acesso aos serviços de saúde para a população, especialmente para as famílias que mais necessitam. As contribuições associadas da ESF e do Programa Bolsa Família – PBF foram significativas para a redução da mortalidade infantil e do número de hospitalizações desnecessárias. Portanto, a ESF como porta de entrada para o SUS resultou em ampliação da oferta das ações de cuidados básicos à saúde da criança, do acesso à vacinação, do apoio ao aleitamento materno e do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Ao longo do processo de implementação do SUS, foram incorporadas várias iniciativas para a qualificação da APS na população infantil, tais como a *Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)*, a qual associada a um conjunto de ações desenvolvidas pelos estados e municípios, também contribuiu para a redução da mortalidade infantil. Tal estratégia apresentou uma adequada relação custo/benefício para diminuir a carga de doenças e para melhorar as condições de saúde da

criança. Por isso, passou também a se integrar ao *Subsistema de Atenção à Saúde Indígena* (SasiSUS), a partir de 2015, contribuindo de forma mais efetiva para a redução da mortalidade de crianças indígenas, que no decorrer da década 2000, apresentava um coeficiente duas vezes maior que das demais crianças brasileiras.

Da mesma forma, a *Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil* (EAAB) foi estabelecida para qualificar as ações de promoção do aleitamen-

to materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos de idade, tendo como principal objetivo a formação de profissionais da atenção básica²⁷.

Assim, entre 1996 a 2016, houve queda acentuada da taxa de mortalidade por causas evitáveis, como consequência das ações de imunização, da atenção adequada à mulher, do cuidado do recém-nascido, além de ações de promoção à saúde vinculadas à atenção básica.

Política Nacional de Aleitamento Materno

O aleitamento materno é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses de vida. Desde a década de 80, entre todas as estratégias adotadas para a redução da mortalidade infantil, a amamentação foi a que reuniu o maior número de evidências para salvar vidas e para o desenvolvimento saudável da criança. São várias as evidências disponíveis de benefícios positivos do aleitamento materno na prevenção da diarreia, de infecções respiratórias e de otite média, e de doenças infecciosas. A amamentação diminui a mortalidade por causas tais como a enterocolite necrotizante, a síndrome da morte súbita na infância, entre outras, conferindo ainda proteção contra infecções infantis, má oclusão, excesso de peso e diabetes, influenciando até mesmo no aumento na inteligência²⁸.

O incentivo ao aleitamento materno vem se mantendo ao longo dos anos na agenda de prioridades da gestão nacional do SUS, mediante um conjunto de estratégias, iniciativas, fomento às pesquisas, campanhas de mobilização e boas práticas. Em 2012, a 56ª Assembleia Mundial da

Saúde estabeleceu a meta de aumentar pelo menos em 50% a amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida até 2025²⁸.

Entre as medidas sintonizadas estão o Banco de Leite Humano (BLH) e a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), aplicadas aos serviços especializados na promoção e no apoio ao aleitamento materno na primeira hora, além de realizarem intervenções oportunas para a atenção ao recém-nascido, de baixo peso ao nascer, grave ou potencialmente grave.

Assim no período de 1999 a 2008, houve melhoria importante nos indicadores de aleitamento materno no País. Dados da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno (2008) revelaram o aumento da prevalência de aleitamento materno exclusivo (AME) em menores de quatro meses nas capitais brasileiras, de 35,5%, em 1999, para 51,2% em 2008. Ademais, esses dados mostraram que 67,7% do total de 34.366 crianças estudadas mamaram na primeira hora de vida, com variações de 58,0% a 83,5% nas capitais²⁹.

Bancos de Leite Humano

Desde a década de 80, os Bancos de Leite Humano (BLH) vêm sendo implementados em todo o território nacional, em estabelecimentos hospitalares e maternidades. O BLH agrega tecnologias de baixo custo e de grande impacto para a sobrevivência dos bebês prematuros e de baixo peso internados nas unidades neonatais do Brasil, que não conseguem sugar o peito de suas próprias mães. Diminuiu, também, a desnutrição e a mortalidade infantil, eventos associados aos efeitos do desmame precoce^{30,31}. Em 2017, os BLH realizaram 393.625 atendimentos em grupo; 1.876.724 atendimentos individuais e 279.105 visitas domiciliares. Os Postos de Coleta atenderam 182.289 doadoras e 197.590 receptoras de leite humano em todo o País³².

Em 2016, dos 220 BLH ativos no Brasil, 91% ingressaram no processo de certificação, dos quais 93% alcançaram o padrão Ouro. Em 2018, 220 BLH e 199 Postos de Coleta continuavam em funcionamento e 29 deles se constituíram como Centros de Referências de BLH. Os BLH de Brasília (Distrito Federal) e de Ribeirão Preto (São Paulo) foram certificados como autossuficientes³².

Em nível global, 25 redes de BLH estão presentes em 23 países da América Latina, Caribe Hispânico, Península Ibérica e países da África de língua portuguesa realizando ações que qualificam a atenção neonatal em termos de segurança alimentar e nutricional^{32,33}.

QUADRO 5

Dez passos para o sucesso do aleitamento materno

| | |
|-----------------|---|
| Passo 1 | Instituir uma política de aleitamento materno escrita disseminada para toda a equipe de cuidados de saúde. |
| Passo 2 | Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política. |
| Passo 3 | Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno |
| Passo 4 | Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora, após o nascimento (contato pele a pele e medidas para fortalecer o vínculo). |
| Passo 5 | Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos |
| Passo 6 | Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista. |
| Passo 7 | Praticar o alojamento conjunto – permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos (24 horas por dia). |
| Passo 8 | Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda. |
| Passo 9 | Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes. |
| Passo 10 | Promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mulheres mães aos grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta, e estimular a formação e a colaboração de grupos ou serviços. |

Fonte: UNICEF. Situação Mundial da Infância. 2008. Disponível em: < http://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf > Acesso em 16 fev 2018.

Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC

Em 1992, o Brasil aderiu à Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) com o credenciamento do primeiro hospital público; dois anos depois também de hospitais privados. Assim, nas duas últimas décadas, a IHAC vem difundindo os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, conforme mostrado no Quadro 5. Em 2018 já estavam habilitados 324 IHAC em todo o país, além de 49 habilitados no cuidado da mulher. Em 2014, dos quase três milhões de nas-

cimentos ao ano no País, 27,0% ocorreram em estabelecimentos credenciados IHAC, públicos e privados¹⁷.

Estudos realizados em capitais e municípios brasileiros demonstram a contribuição de tal iniciativa para a melhoria dos indicadores de aleitamento materno no País, e para a consequente redução dos óbitos infantis³⁴.

Rede de Saúde Materno Infantil (Rede Cegonha)

A Rede Cegonha foi lançada em 2011 com o objetivo de aprimorar os cuidados materno-infantis para assegurar o direito ao planejamento reprodutivo, a uma atenção humanizada à gravidez, ao parto, e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis¹³.

A Rede Cegonha tem ações em 5.488 municípios, entre elas se destacando a os Centros de Parto Normal (CPP), as Casas da Gestante da Puérpera e do Bebê, além dos leitos para Gestante de Alto Risco (GAR), que passaram de 74 em 2013 para 1.679 em 2018. Dentro do mesmo campo, os leitos neonatais também apresentaram um aumento significativo em todas as modalidades, conforme mostra a Figura 4 (CNES).

As análises da TMI, entre 1987 e 1997, mostraram que aproximadamente 60% das mortes infantis no Brasil foram devidas a causas perinatais, cerca de dez vezes maiores do que nos países

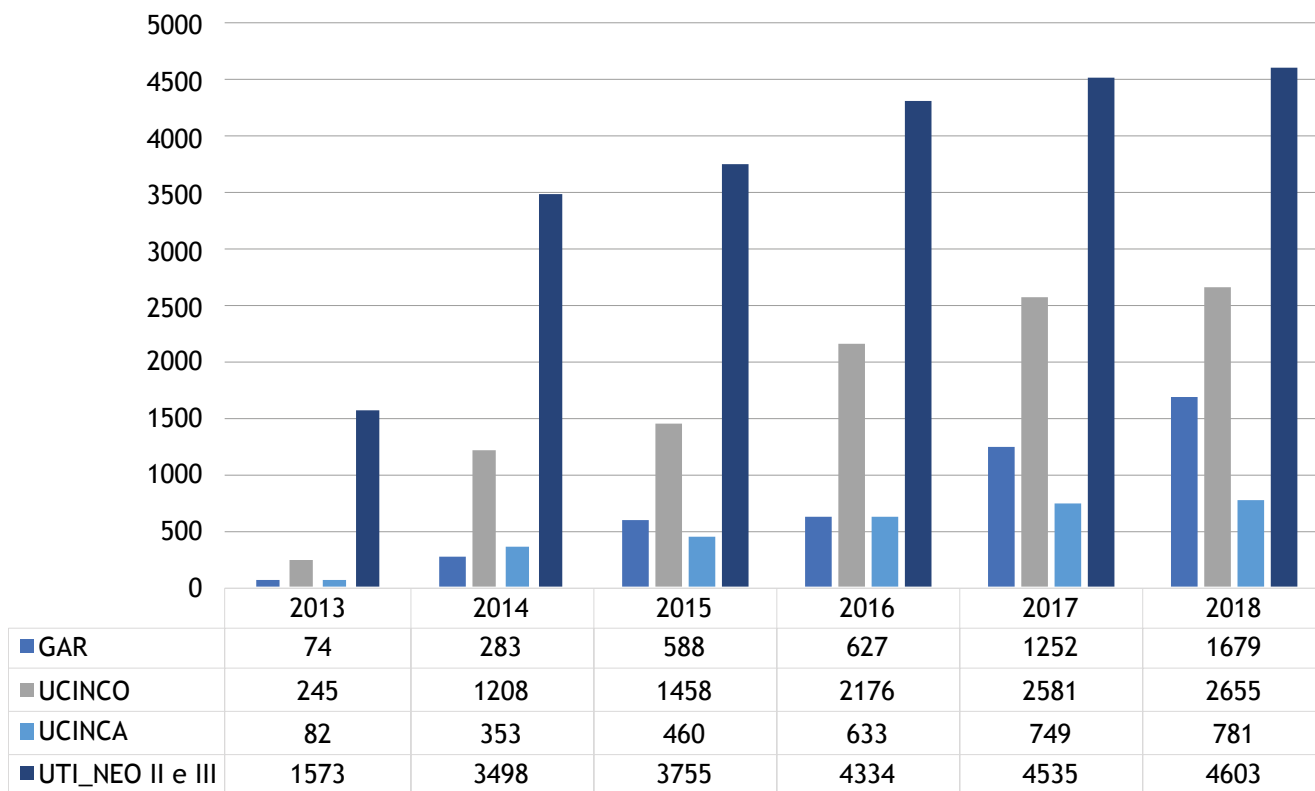
desenvolvidos³⁵. Essas evidências mostraram a importância do acompanhamento pré-natal para a identificação de problemas e riscos em tempo oportuno, para realizar intervenções adequadas e salvar vidas.

Os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 1996 e de 2006, mostraram que, nesse período, a cobertura pré-natal aumentou em todo país, passando de 85,7% para 98,7%, o que representa um indicador importante da ampliação do acesso aos serviços de saúde. Este aumento foi mais expressivo nas regiões Norte e Nordeste, onde a variação foi de 81,4% para 96,1% e de 73,9% para 97,9%, respectivamente. Este estudo também demonstrou uma maior proporção de mulheres iniciando o pré-natal no primeiro trimestre da gravidez (77,4% em 1996 e 83,6% em 2006) ².

Nos anos recentes, este indicador é monitorado com os dados do SINASC. No período de 2000 a 2015, 63,0% das mulheres receberam sete ou mais consultas de pré-natal durante suas ges-

FIGURA 4

Tipos de Leitos Materno e Infantil, Rede Cegonha, 2013 a 2018



Fonte: CNES, ago 2018.

tações, revelando um aumento de 43,0%. Em 2017 este percentual passou para 69,3%, o que corresponde um aumento de 17% para o período de 2010-2017.(Figura 5).

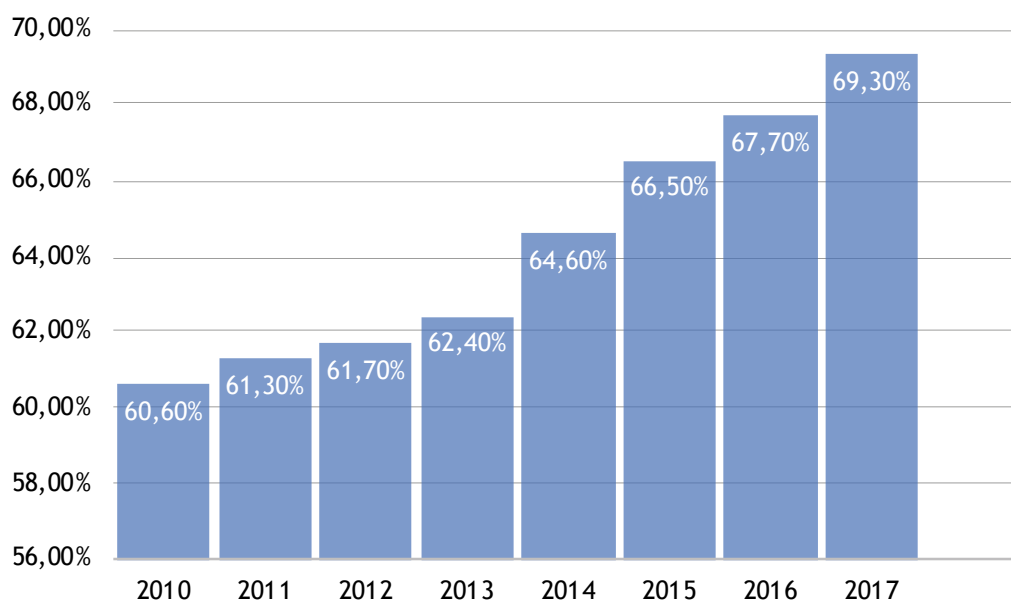
A Rede Cegonha incorpora as ações do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal (2009 – 2010), que tem por objetivo reduzir desigualdades regionais, intensificar as ações para a redução da mortalidade em menores de um ano, e fortalecer a atenção à saúde da mulher e da criança. Os objetivos de tal Pacto foram convergentes com os da Rede Cegonha, promovendo mudanças na gestão e no modelo de atenção ao parto e

nascimento, articulando também os pontos de atenção perinatal, com o início da linha de cuidado na atenção básica e vinculação aos serviços de referência para os cuidados materno e infantil (maternidades e casas de parto)⁹.

Outro problema neste campo é a alta frequência de partos cesáreos no país³⁶. Ele foi enfrentado pela Rede Cegonha, mas mesmo com as medidas de acompanhamento ao pré-natal e estímulo à humanização do parto e nascimento, continuou em alta, atingindo o maior pico em 2014 (57%), mantendo-se próximos a este valor nos anos seguintes (SINASC) (Quadro 4).

FIGURA 5

Percentual (%) de 7 consultas pré-natais e mais, no período de 2010 – 2017, Brasil



SINASC, 2017/2018 dados preliminares.

Método Canguru

O Método Canguru tem sido uma das principais estratégias de intervenção utilizadas pelo SUS para a qualificação da atenção humanizada ao recém-nascido. O método incorpora tecnologias simples e práticas humanizadas na unidade de terapia intensiva neonatal com finalidade de garantir a sobrevivência de bebês pré-termo ou gravemente enfermos. Este método teve papel relevante na redução da mortalidade infantil no componente neonatal, tanto tardia como precoce³⁷.

Em 2012, o Método Canguru ganhou importante reforço com a organização da atenção ao recém-nascido grave ou potencialmente grave, através de seu alinhamento com as ações da Rede Cegonha e a ampliação e a requalificação de leitos de unidade neonatal. Essas unidades foram dotadas de estruturas assistenciais com

suficientes condições técnicas para a prestação de assistência especializada, com instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, organizados sob a forma de linha de cuidado para atender às necessidades do recém-nascido e da família. Esses leitos foram classificados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN). O cuidado intermediário é oferecido nas Unidades de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa)³⁸.

Os leitos neonatais no Brasil apresentaram um aumento significativo. Os leitos do Método Canguru (UCINCa) passaram de 82 para 781, de 2013 para 2018, um aumento de mais de 800% (CNES, 2018).

QUADRO 4

Tipo de Parto, segundo ano e NV válidos, Brasil (1996 – 2017).

| Ano do Nascimento | Vaginal | Cesário | Não informado | Ignorado | Total | Nº Total de NV válidos % Percentual | % Cesárea | Redução de Cesárea |
|-------------------|-----------|-----------|---------------|----------|-----------|-------------------------------------|-----------|--------------------|
| 1996 | 1.723.495 | 1.185.008 | 10.457 | 26.465 | 2.945.425 | 2.908.503 | 40,74% | |
| 1997 | 1.792.614 | 1.205.847 | 8.766 | 19.431 | 3.026.658 | 2.998.461 | 40,22% | -0,53% |
| 1998 | 1.923.665 | 1.200.402 | 8.725 | 15.245 | 3.148.037 | 3.124.067 | 38,42% | -1,79% |
| 1999 | 2.026.461 | 1.201.500 | 11.493 | 16.979 | 3.256.433 | 3.227.961 | 37,22% | -1,20% |
| 2000 | 1.974.790 | 1.211.494 | 6.344 | 14.133 | 3.206.761 | 3.186.284 | 38,02% | 0,80% |
| 2001 | 1.910.541 | 1.186.204 | 8.369 | 10.360 | 3.115.474 | 3.096.745 | 38,30% | 0,28% |
| 2002 | 1.867.185 | 1.182.238 | 3.816 | 6.163 | 3.059.402 | 3.049.423 | 38,77% | 0,46% |
| 2003 | 1.814.987 | 1.213.842 | 3.100 | 6.322 | 3.038.251 | 3.028.829 | 40,08% | 1,31% |
| 2004 | 1.756.180 | 1.263.634 | 2.646 | 4.088 | 3.026.548 | 3.019.814 | 41,84% | 1,77% |
| 2005 | 1.717.970 | 1.311.689 | 2.610 | 2.827 | 3.035.096 | 3.029.659 | 43,29% | 1,45% |
| 2006 | 1.613.318 | 1.325.781 | 5.298 | 531 | 2.944.928 | 2.939.099 | 45,11% | 1,81% |
| 2007 | 1.542.359 | 1.343.733 | 4.114 | 1.122 | 2.891.328 | 2.886.092 | 46,56% | 1,45% |
| 2008 | 1.510.879 | 1.419.745 | 3.906 | 298 | 2.934.828 | 2.930.624 | 48,45% | 1,89% |
| 2009 | 1.436.062 | 1.441.692 | 3.502 | 325 | 2.881.581 | 2.877.754 | 50,10% | 1,65% |
| 2010 | 1.362.287 | 1.496.034 | 3.479 | 68 | 2.861.868 | 2.858.321 | 52,34% | 2,24% |
| 2011 | 1.340.324 | 1.565.564 | 7.159 | 113 | 2.913.160 | 2.905.888 | 53,88% | 1,54% |
| 2012 | 1.283.546 | 1.615.928 | 6.154 | 161 | 2.905.789 | 2.899.474 | 55,73% | 1,86% |
| 2013 | 1.253.726 | 1.644.557 | 5.612 | 132 | 2.904.027 | 2.898.283 | 56,74% | 1,01% |
| 2014 | 1.277.175 | 1.697.954 | 3.970 | 160 | 2.979.259 | 2.975.129 | 57,07% | 0,33% |
| 2015 | 1.339.673 | 1.674.058 | 3.809 | 128 | 3.017.668 | 3.013.731 | 55,55% | -1,52% |
| 2016 | 1.272.411 | 1.582.953 | 2.344 | 92 | 2.857.800 | 2.855.364 | 55,44% | -0,11% |
| 2017 | 1.289.029 | 1.624.115 | 3.259 | 149 | 2.916.552 | 2.913.144 | 55,75% | 0,31% |

Fonte: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) 2017/2018 Preliminares

Programas de Proteção Social: Bolsa Família

O Programa Bolsa-Família (PBF), considerado como o maior programa de transferência de renda do mundo, permitiu articular iniciativas entre as áreas de educação, saúde, desenvolvimento social, e outras, em um único programa enfocado nos grupos sociais mais vulneráveis ²⁴.

No início de 2004, a unificação de programas sociais, como o Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Auxílio Gás, entre outros incentivos, favoreceu a diminuição da pobreza e fomentou a maior utilização dos serviços ofertados às famílias pelo SUS, desde que atendessem a condicionais exigidas no programa. As famílias beneficiárias do PBF devem apresentar o cartão de vacinação e do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de sete anos atualizados, as grávidas e os lactantes devem realizar as consultas de pré-natal e de acompanhamento de saúde da criança, entre outras condicionais ³⁹.

Desde a instituição do PBF têm sido realizados um conjunto de estudos com o objetivo de observar diferentes aspectos e desfechos que podem ser atribuídos aos programas de proteção social. Estudo realizado pelo IPEA²⁴ demonstrou que o PBF foi responsável por uma redução de 21% na desigualdade, entre 1995 e 2004. Houve uma redução gradual das desigualdades, em

áreas metropolitanas, que pode ser atribuída aos programas de transferência de renda e aumento do salário das populações mais pobres.

Outro estudo, realizado com o objetivo avaliar o efeito do PBF na incidência do baixo peso ao nascer, revelou que a incidência deste evento em filhos de mulheres do mesmo extrato de renda (menor que R\$ 70 por mês) e afiliadas ao PBF foi menor que naqueles de mulheres que não tinham cobertura do Programa, no mesmo extrato de renda. Assim, parece que o PBF pode ter um papel protetor que reduz o risco de baixo peso ao nascer⁴⁰. Por fim, um estudo do impacto do Programa demonstrou sua contribuição na redução de 20% na taxa de mortalidade infantil no Brasil entre 2004 e 2009. Nos casos de óbitos por desnutrição e problemas respiratórios, a queda chegou a 60% em famílias pertencentes ao PBF ³⁹.

Apesar de muitos progressos, as inequidades socioeconômicas e regionais permanecem no cenário brasileiro, mostrando que ainda persistem desafios que demandam políticas, estratégias e iniciativas para melhorar as condições básicas de vida para parte da população sob risco⁴¹, como indígenas, quilombolas, populações ribeirinhas, entre outras.

Sustentabilidade: saúde materna e infantil – Agenda 2030

O compromisso do Estado Brasileiro com a Saúde Pública está formalizado nos artigos 196 a 200, da Constituição Federal, de 1988, no qual se registra, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”⁶.

Nesses últimos trinta anos, o SUS sofreu várias crises de financiamento, que dificultaram a universalização do acesso aos serviços de saúde para todos os brasileiros com equidade, com capacidade tecnológica e recursos humanos suficientemente qualificados para se manter como um sistema de saúde robusto e universalizado, capaz de prover tratamento adequado, prevenir doenças e promover a saúde da população.

Atualmente, as medidas de austeridade fiscal, propiciadas pela Emenda Constitucional no.95 de 2016, somadas aos efeitos da Medida Provisória (MP) nº 839, de 2018, podem certamente interferir na oferta de atenção à saúde com qualidade, eficácia e equidade, pelo risco de subtração de recursos destinados ao SUS e a programas de proteção social ^{42, 43, 44}.

Tal situação cria incertezas e coloca em risco as conquistas de redução da TMI alcançadas em 2015. Os dados de 2016 recentemente divulgados pelo Ministério da Saúde revelaram um aumento na taxa de mortalidade neonatal e do grupo de 1 a 4 anos de idade⁴.

Um estudo de simulação de cenários prospectivos relacionados aos efeitos da austeridade fiscal na mortalidade em menores de cinco anos no Brasil entre 2017 a 2030 reforça a preocupação com os dados de mortalidade de 2016. De acordo com o estudo, a manutenção dos níveis de proteção social, por meio das coberturas do PBF e ESF, poderia reduzir a mortalidade em crianças menores de cinco anos em 8,6%. Em contrapartida, sob a vigência das medidas de austeridade fiscal observou-se um cenário de menor redução da mortalidade neste grupo etário⁴⁵.

Os dados mostram uma preocupação e demandam intervenções prioritárias dos governos, considerando que a TMI é um indicador sensível para medir o estado de saúde e as condições de vida, além da eficácia dos serviços de saúde. As atuais restrições orçamentárias são sabidamente prejudiciais à saúde e deveriam passar pela busca de soluções para limitar seus impactos, principalmente sobre crianças de grupos sociais menos privilegiados.

Nesse sentido, aguarda-se a divulgação de dados mais recentes para avaliar se o aumento da mortalidade infantil em 2016 foi um evento isolado, atípico ou decorrente das injunções do financiamento. De qualquer modo, o aumento desse indicador deve ser analisado com cautela, considerando a crise econômica que vem, desde meados de 2014, ocasionando altas taxas de desemprego, recuo do PIB, sem acrescentar recursos novos à saúde pública, bem como a situação de emergência nacional em saúde pública, estabelecida entre novembro de 2015 a maio de 2017, que pode ter tido influência no aumento de óbito de crianças menores de um ano. Além disso, eventos epidemiológicos, a exemplo da epidemia pelo vírus Zika que levou a uma redução da natalidade, e a diminuição dos níveis de proteção social podem estar influenciando no cenário.

Nos últimos 30 anos as lições aprendidas sobre a saúde das crianças foram inúmeras e podem ser úteis para corrigir rumos e obter ganhos

em escala com as medidas adotadas. O legado dos ODM é um referencial importante, que facilita decisões para proteger os avanços obtidos e alcançar metas não cumpridas, refletidas nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Por isso, o Brasil precisa manter o ritmo de queda de 4,0% ao ano da TMI, para que possa reduzi-la em 43,4%, no período de 2016 a 2030. Esse esforço permitirá que o país alcance uma TMI de 7,2 por 1.000 NV, em 2030, com taxas entre 5,5 e 10,1 por 1.000 NV em todas as unidades da federação⁴⁶.

Os indicadores acordados nos ODS (Quadro 6) exigem uma clara prioridade dos governos federal, estaduais e municipais para implementar políticas e programas existentes e adotar novas estratégias para manter o ritmo de queda da TMI. O País deve investir em programas intersetoriais, com a finalidade de internalizar, difundir e dar transparência ao processo de implementação da Agenda 2030⁴⁷, como mostrado nos boxes a seguir.

Metas ODS projetada pelo Brasil

- Até 2030, prevenir as mortes de recém-nascidos, reduzindo em 40% a mortalidade neonatal por 1.000 nascidos vivos.
- Até 2030, prevenir as mortes de crianças menores de 5 anos em 45% a mortalidade por 1.000 nascidos vivos⁴⁶.

Metas ODS Mundial

- Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos, reduzindo a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos.
- Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de crianças menores de 5 anos, para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos⁴⁸.

QUADRO 6

Objetivos e Metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) Saúde da Criança.

| | |
|---|--|
| OBJETIVO 2. Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável | <ul style="list-style-type: none">▪ Até 2030, acabar com a fome e garantir o acesso de todas as pessoas, em particular os pobres e pessoas em situações vulneráveis, incluindo crianças, a alimentos seguros, nutritivos e suficientes durante todo o ano▪ Até 2030, acabar com todas as formas de desnutrição crônica e desnutrição em crianças menores de cinco anos de idade (meta, até 2025), e atender às necessidades nutricionais de meninas adolescentes, mulheres grávidas e lactantes e pessoas idosas. |
| OBJETIVO 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades | <ul style="list-style-type: none">▪ Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos, reduzindo a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos▪ Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de crianças menores de 5 anos, para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos.▪ Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, por meio de prevenção e tratamento, e promover a saúde mental e o bem-estar.▪ Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais. |
| OBJETIVO 4. Assegurar a educação inclusiva e equitativa de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos | <ul style="list-style-type: none">▪ Até 2030, garantir que todas as meninas e meninos completem o ensino primário e secundário livre, equitativo e de qualidade, que conduza a resultados de aprendizagem relevantes e eficazes.▪ Até 2030, garantir que todos os meninos e meninas tenham acesso a um desenvolvimento de qualidade na primeira infância, cuidados e educação pré-escolar, de modo que estejam prontos para o ensino primário. |

Fonte: 70 Anos ONU forte. Um mundo melhor. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável. Disponível em: < http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desenvsust/ODSportugues12fev2016.pdf. > Acesso 21 fev 2018.

A manutenção e fortalecimento dos programas de proteção social, como o PBF, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e ESF, são extremamente necessários. Da mesma forma, a implementação de políticas públicas com alocação suficiente de recursos é essencial para se enfrentar os novos desafios e garantir a sustentabilidade das políticas. Referência obrigatória para tanto é o Marco da Primeira Infância, que

propõe avanços no Estatuto da Criança e do Adolescente e nas metas pactuadas e aprovadas nas instâncias consultivas e deliberativas do SUS. No setor saúde, por exemplo, destacam-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e seus eixos estratégicos (Quadro 7), além de medidas de fortalecimento das Redes de Atenção em Saúde, especialmente da rede de Atenção Primária em Saúde.

QUADRO 7

Matriz dos eixos estratégicos: ações, estratégias e iniciativas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).

| Eixos estratégicos | Ações, estratégias e iniciativas |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; ▪ Prevenção da transmissão vertical do HIV e da sífilis; ▪ Atenção humanizada e qualificada ao parto e ao recém-nascido ▪ Atenção humanizada ao recém-nascido prematuro e de baixo peso, “Método Canguru”; ▪ Qualificação da atenção neonatal, materna, neonatal e infantil, ▪ Alta qualificada do recém-nascido com vinculação à Atenção Básica, ▪ Seguimento do recém-nascido de risco atenção especializada e a Atenção Básica; e Triagens neonatais universais. |
| Aleitamento materno e alimentação complementar saudável | <ul style="list-style-type: none"> ▪ EAAB – Estratégia Amamenta Alimenta Brasil ▪ IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança BLH – Banco de Leite Humano ▪ MTA – Mulher Trabalhadora que Amamenta ▪ Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, para Crianças de Primeira Infância, Bicos Chupetas e Mamadeiras (NBCAL); ▪ Mobilização social em aleitamento materno. |
| Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Caderneta de Saúde da Criança ▪ Crescimento e DPI pela Atenção Básica à Saúde; ▪ Comitê de Especialistas e de Mobilização Social da Primeira Infância, ▪ Plano Nacional pela Primeira Infância. |
| Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI); ▪ Diretrizes de atenção e linhas de cuidado para crianças com doenças crônicas; e ▪ Atenção à internação domiciliar. |
| Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Organização e qualificação dos serviços especializados para o atendimento a situações de violência sexual ▪ Linhas de cuidado para situações de violência ▪ Prevenção de acidentes, violências e promoção da cultura de paz; e ▪ Protocolos, planos e outros compromissos sobre o enfrentamento às violações de direitos da criança. |

Assim, através de diálogo entre o Estado e a sociedade civil se deve promover reflexões sobre os direitos à saúde estabelecidos na Constituição Federal de 1988, com consequente proteção e fortalecimento do Sistema Único de Saúde. O que já foi alcançado em relação à redução da mortalidade infantil deve ser um importante subsídio a tal diálogo.

Agradecimentos. O presente trabalho foi realizado com o apoio de Haydee Padilla, Tatiana Coimbra e Renato Tasca.

Julio Suárez e Enrique Vázquez foram os revisores deste, de acordo com os preceitos do Comitê Editorial da OPAS/OMS Brasil.

Referências

1. Victora CG, Aquino EML, Leal MdC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011 Mai; 377 (9878):1863-76. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60138-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60138-4.pdf).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Victoria CG, Barreto ML, Leal MdC, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Health in Brazil 6. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet Brazil Series Working Group* Jun 2011; 377. Disponível em: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60055-X.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60055-X.pdf). Acesso em: 10 Jan 2018.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Informação e Análise Epidemiológica. Indicadores de Mortalidade que utilizam a metodologia de Busca Ativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/busca-ativa/indicadores-de-saude/mortalidade/>.
5. Magalhães ML. Atenção integral à saúde de crianças em situação de violências: uma proposta de indicadores de monitoramento da linha de cuidado. Dissertação [Mestrado em Políticas de Saúde]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro; 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12658/1/947.pdf>. Acesso em: 02 Out 2018.
6. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Artigos 16 a 200. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/14cns/docs/constituicaoafederal.pdf>. Acesso em 03 mai 2018.
7. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 03 mai 2018.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para a implementação. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) no Nordeste e Amazônia Legal: 2009–2010/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_reducao_mortalidade_infantil_nordeste.pdf.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
11. Frias PG, Lira PIC, Hartz ZMA. Avaliação da implantação de um projeto para redução da mortalidade infantil. In: Hartz ZMA, Silva, LMV. Orgs. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 151-206. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160-07.pdf>. Acesso em 25 fev 2018.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/index.htm>.
13. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do SUS – a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 03 Mai 2018.
14. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União 29 Jun 2011.
15. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130/GM/MS, de 5 de agosto de 2015. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Diário Oficial da União 6 Ago 2015; Seção 1. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 03 Mai 2018.

16. Brasil. Lei nº 13.257, 8 de março de 2016. Marco Legal da Primeira Infância. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm. Acesso em: 03 Mai 2018.
17. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936>. Acesso em: 3 Mai 2018.
18. Instituto de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico Estimativa Populacional; 2012.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Informações de Saúde (TABNET). Estatística Vitais. Mortalidade – 1996 a 2016, CID-10. Disponível : <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=23253854&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/evita10>. Acesso em: 02 Out 2018.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2014 : uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal. Disponível em: <http://svs.aims.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/infantil-e-fetal/>. Acesso em: 2 Out 2018.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. Disponível em: <http://svs.aims.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>. Acesso em: 02 Out 2018.
23. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) Rede Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde – RIPSa. – 2. ed. – Brasília: OPAS; 2008. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 15 Jan 2018.
24. Brasil. Presidência da República. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto de Desenvolvimento Econômico Aplicado (IPEA). Relatório Nacional de Acompanhamento Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Brasília: Ipea; 2010. Disponível em: http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/relatorio_nacional_acompanhamento_odm.pdf. Acesso em: 11 Jan 2018.
25. Starfield B, Shil L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 2005; 83(3): 457–502. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/pdf/milq0083-0457.pdf>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web-pacto/index.htm>.
27. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920, 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prti920_05_09_2013.html. Acesso 3 mai. 2018.
28. Victoria GC, Barros AJD, França GVA, Bahl R, Rollins NC, Horton S, et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2016. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf>.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf
30. Almeida JAG. Amamentação: um híbrido natureza-cultura [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1999. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/rdm32>.
31. Maia PRS, Almeida JAG, Novak FR, Silva DA. Rede Nacional de Bancos de Leite Humano: gênese e evolução. *Rev. Bras. Saúde Materna. Infantil* 2006 Set; 6 (3): 285-292.
32. Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Rede Brasileira de Banco de Leite Humano (rBLH). Dados de coleta e distribuição. Dados Estatístico. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=352>. Acesso em: 02 Out 2018.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF). rBLH. Rede Global de Bancos de Leite Humano. Agenda 2030: Monitoramento 2016. João Aprígio Guerra de Almeida (coord). Rio de Janeiro; 2018.
34. Sekyia SR, Luz TR. Mudança Organizacional: implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(1):1263-1273.
35. Victora CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible intervention. *Medical Journal – Revista Paulista de Medicina* 2001; 119(1):33-42.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
37. Sanches MTC, Costa R, Azevedo VMGO, Morsch DS, Lamy ZC. Método Canguru: 15 anos da política pública. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015.
38. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal, no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 3 mai 2018.
39. Brasil. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea; 2014.
40. Brasil. Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. . – Brasília : Ipea; 2013. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=20408. Acesso em: 3 jun 2018.
41. Almeida PVB, Magalhães ML. Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Criança (PNAISC). In: São Paulo Carinhosa: O que grandes cidades e políticas intersectoriais podem fazer pela primeira infância. São Paulo: Secretaria Municipal de Cultura; 2016.
42. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolida o nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://portalfns.saude.gov.br/images/pdfs/Portaria_3.992_28-12-2017.pdf. Acesso em: 9 jun 2018.
43. Soares AO. (Novo) Paradigma de Financiamento do SUS: as incertezas na garantia do financiamento para as ações de atenção primária à saúde e para as ações de prevenção, promoção e proteção à saúde. *Boletim Epidemiológico Paulista BEPA* 2018 Fev; 170. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/bepa/edicao-2018/edicao_170_-_fevereiro.pdf. Acesso em: 9 jun 2018.
44. Brasil. Medida Provisória nº 839, de 30 de maio de 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/Mpv/mpv839.htm. Acesso em: 9 jun 2018.
45. Rasella D, Basu S, Hone T, Paes-Sousa R, Ocké-Reis CO, Millett C. Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLoS Med* 2018; 15(5): e1002570. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002570> .
46. Brasil. Reunião do colegiado. Comissão Intergestores Tripartite (CIT), 24 de maio de 2018. Apresentação sobre ODS 3.2 (Dra. Fatima Marinho). Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/maio/29/3.b%201%20Reuni%C3%A3o%20CIT%20ODS%203.2.pdf>. Acesso em: 9 Jun 2018.
47. Brasil. Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Plano de Ação – 2017 – 2019. Criado pelo Decreto nº 8.892, 27 de outubro de 2017. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/ods/noticias/comissao-nacional-dos-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel-lanca-plano-de-acao/plano-de-acao>. Acesso em: 3 mai 2018.
48. Brasil. Ministério do Itamaraty. 70 Anos ONU forte. Um mundo melhor. Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS). Disponível em: http://www.itamaraty.gov.br/images/ed_desensust/ODSportugues12_fev2016.pdf. Acesso em: 21 Fev 2018.

