

**REDE NACIONAL PRIMEIRA INFÂNCIA  
COMISSÃO TÉCNICA DE INCIDÊNCIA POLÍTICA  
GT CRIANÇA COM SAÚDE**

## **Apresentação**

A Rede Nacional Primeira Infância- RNPI, criada em 2007, é uma articulação nacional em defesa dos direitos da primeira infância com cerca de 220 representações governamentais e da sociedade civil. Como premissa básica para sua atuação afirma que todas as crianças são sujeitos de direitos desde o nascimento e sem qualquer discriminação por região ou cidade de nascimento, etnia, sexo/gênero, religião ou quaisquer condições socioeconômicas de seus pais. Essa premissa se ancora no artigo #227 da nossa Constituição Federal que confere prioridade absoluta a todas elas. Além desse compromisso firmado, o Brasil é signatário da Convenção dos Direitos da Criança das Nações Unidas (UN-CRC) sobre os melhores interesses da criança e confirma tais parâmetros em marcos legais como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)/1990 além do Marco Civil pela Primeira Infância/2016.

O presente documento foi construído pelo Grupo de Trabalho Criança com Saúde, da Comissão Técnica de Incidência Política da RNPI, com o objetivo de nortear o diálogo com o Ministério da Saúde. Tem como base o capítulo Crianças com Saúde do Plano Nacional pela Primeira Infância e expressa o compromisso da RNPI em apoiar o Governo Federal no desenvolvimento de ações focadas no desenvolvimento integral da criança em seus primeiros anos de vida.

### **1. O compromisso com a saúde da criança**

**O Plano Nacional pela Primeira Infância (PNPI, 2020)** - documento político e técnico que orienta decisões, investimentos e ações de proteção e de promoção dos direitos das crianças na primeira infância - estabelece como prioridade aquelas políticas direcionadas à saúde integral da gestante e da criança menor de 06 anos, cujas diretrizes valorizem práticas humanizadas, integradas, promovam a participação da família e da comunidade e a qualificação dos profissionais de saúde. As recomendações expressas no capítulo *Crianças com Saúde* do PNPI abrangem os diferentes níveis de atenção à saúde, contemplando ações que permeiam os componentes da Rede de Atenção à Saúde Materno Infantil: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico, estando, alinhadas às orientações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC, 2015).

**O Marco Legal da Primeira Infância** enfatiza a importância da intersectorialidade das políticas, com uma visão multisectorial, integral e holística da criança e das famílias. Essa

concepção tem sido indutora da articulação entre os diversos setores para uma ação conjunta e coordenada, para que tenhamos planos nos diversos níveis da gestão pública. O desafio da implementação da intersectorialidade se dá nos municípios, onde as famílias vivem e acessam os serviços públicos que lhes são assegurados por direito. A Saúde pode ser o eixo integrador das políticas municipais para a Primeira Infância. É na saúde que começam os direitos da criança. E antes mesmo de a criança vir ao mundo – nos cuidados com a gestante e com a família em que ela nascerá. As ações de outras áreas de serviços e atenção voltadas para a Primeira Infância podem e devem ser acionadas e integradas aos serviços de saúde materna e infantil.

Neste sentido, **a retomada da PNAISC, constitui o propósito maior a ser perseguido nos próximos anos.** Os princípios que orientam esta política afirmam a garantia do direito à vida e à saúde, o acesso universal de todas as crianças à saúde, a equidade, a integralidade do cuidado, a humanização da atenção e a gestão participativa. Em seu objetivo, a PNAISC prevê o reconhecimento da importância do cuidado com a primeira infância e da atenção às populações mais vulneráveis.

### **1. Ações em destaque**

As ações destacadas a seguir tem como base o capítulo Crianças com Saúde do Plano Nacional pela Primeira Infância e as discussões do já referido grupo de trabalho.

#### **Foco nos primeiros mil dias**

A intensidade do desenvolvimento neurológico na gestação e nos primeiros dois anos de vida da criança justificam uma atenção centrada neste período. Está em tramitação na Câmara dos Deputados, o Projeto de Lei 4603/2020 do ex-deputado NEY LEPREVOST, que institui a proteção especial nos primeiros 1.000 (mil) dias de vida das crianças nascidas na Rede Pública de Saúde - é importante que o PL possa ser analisado pelo Ministério da Saúde.

#### **Atenção Prioritária às populações indígenas e negras**

De acordo com um artigo publicado no The Lancet Global Health<sup>1</sup>, que tem base em estudo liderado pelo Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia), em comparação com crianças filhas de mães brancas, crianças nascidas de mães indígenas e negras têm maior chance de morrer de diarreia, desnutrição, pneumonia e causas acidentais. Afetadas e submetidas a processos históricos de racismo, discriminação e exclusão social essas crianças e suas famílias demandam uma atenção urgente e prioritária por meio de políticas abrangentes que reconheçam a diversidade das infâncias em nosso país.

---

<sup>1</sup> Disponível em: [Ethnoracial inequalities and child mortality in Brazil: a nationwide longitudinal study of 19 million newborn babies - The Lancet Global Health](#)

## **Qualificação dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde**

A qualidade da atenção está relacionada também à adoção de práticas adequadas de cuidado - que incorporam os conhecimentos científicos atualizados sobre o pré-natal, parto e nascimento, puerpério, crescimento e o desenvolvimento infantil e sobre os direitos da criança. Por meio da formação e da educação continuada é preciso preparar os(as) trabalhadores(as) tecnicamente para lidarem com questões clínicas e também com questões como a promoção da parentalidade, a formação de vínculos e o desenvolvimento integral da criança. Destaca-se a formação dos profissionais sobre aspectos relativos à saúde mental e sobre o uso da Caderneta da Criança, assim como o investimento na construção de um entendimento acerca da singularidade de cada criança e seu contexto familiar, comunitário e social.

## **Fortalecimento do e-SUS**

Promover a integração dos diferentes sistemas, melhoria dos registros e geração de informações para a tomada de decisões.

## **Atenção Primária à Saúde (APS)**

Ampliar e qualificar a APS, com especial investimento na Estratégia de Saúde da Família como composição prioritária, considerando sua maior resolutividade e impacto nas condições de saúde individuais e coletivas e resultados alcançados na redução da mortalidade materna e infantil, melhora da nutrição infantil, aumento da cobertura vacinal, melhora da saúde durante a gestação e incremento de comportamentos individuais saudáveis, como manuseio de alimentos, higiene pessoal e de ambientes (NCPI, 2019). No que se refere à qualificação da atenção ofertada na APS, destaca-se a importância de retomar e qualificar os Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF).

## **Programa Saúde na Escola (PSE)**

Qualificar e ampliar o PSE, sobretudo nas escolas de Educação Infantil, consolidando uma política intersetorial que articula Escola e Atenção Primária à Saúde no intuito de prevenir e promover a saúde de educandos da rede pública.

## **Atenção ao pré-natal, parto e nascimento**

Dentre as recomendações contempladas pelo PNPI, destaca-se a adoção da Estratégia Pré-Natal do Parceiro na APS, o incentivo ao uso do Plano de Parto como uma estratégia de empoderamento da mulher gestante e o desenvolvimento de uma atenção especial às adolescentes, às mulheres gestantes e às mães em situação de vulnerabilidade, especialmente àquelas em privação de liberdade, às que sofrem violência e às que vivem em situação de itinerância. Visando a reduzir os riscos de mortalidade neonatal, é fundamental implementar mecanismos para garantir, antes da alta, o agendamento da consulta de puericultura e de puerpério ou o deslocamento de profissional, em especial da APS, até a residência da puérpera e do recém-nascido. Destaca-se ainda a importância da prevenção da

transmissão vertical de Infecções Sexualmente Transmissíveis, tais como Sífilis, HIV e Hepatite B, durante a gestação, o parto ou a amamentação, por meio de teste em tempo oportuno, do tratamento adequado e das orientações sobre prevenção e sobre os riscos para a criança.

### **Aleitamento materno e alimentação infantil**

Promover políticas, programas e ações que visem apoiar, proteger e promover a saúde e a segurança alimentar e nutricional das crianças brasileiras, baseadas no Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos. Destaca-se o investimento na Rede de Bancos de Leite Humano nos hospitais-maternidades e serviços de coleta das UBS; na implantação da licença maternidade até os seis meses de vida do bebê e expansão do tempo da licença paternidade; nas salas de apoio à amamentação para a mulher trabalhadora; NBCAL, EAAB entre outras.

### **Vigilância do crescimento e desenvolvimento**

Dentre as recomendações contempladas pelo PNPI, destaca-se a importância de ações que assegurem o cuidado com o recém-nascido e a puérpera na primeira semana após o parto; a imunização da mãe e do bebê; a atenção à saúde mental da mãe e o fortalecimento de sua rede de apoio, quando disponível. Importa ofertar precocemente serviços de acompanhamento e estimulação de crianças com deficiência e/ou com atraso no desenvolvimento.

**A Caderneta da Criança deverá estar disponível**, sendo retomada sua produção e distribuição pelo MS com o propósito de efetivar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral da saúde das crianças, identificando sinais de risco e alterações no desenvolvimento. Ações: 1. Impressão e distribuição da caderneta atual, para distribuição em todas as Unidades de Atenção Primária à Saúde (APS); 2. Avaliação amostral do preenchimento completo da CC no país, 6 meses após a confecção e distribuição; 3. Realização de estudos com a abordagem qualitativa para avaliar a compreensão por parte das famílias sobre os dados preenchidos (ou não) pelos profissionais da APS; 4. Divulgação e campanhas em redes sociais e meios de comunicação sobre a importância dos dados existentes na CC para a população brasileira; 5. Distribuição da CC em toda a rede nacional de APS, de forma sistemática/anual, de acordo com a estimativa de nascidos vivos em cada Estado; 6. Testar um modelo de Caderneta da Criança aplicado à população indígena brasileira; 7. Criar um modelo de preenchimento online da CC, em plataforma, a ser testado nos próximos 2 anos, para expansão nas APS do país; 8. Desenvolver um teste de viabilidade para acompanhar a efetividade da plataforma online; 9. Inclusão na CC, do campo para o registro da Imunoglobulina anti-D até a 28ª semana da gestação.

Neste item cabe também destacar a garantia do acesso e o acompanhamento do tratamento de doenças raras pelo Sistema Único de Saúde (SUS), efetivando a implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), com equidade regional. A detecção precoce de doenças tratáveis e de difícil reconhecimento no início da vida (doenças metabólicas, genéticas, infecciosas e raras) é fundamental para garantir o tratamento no

tempo hábil de prevenção, com estratégias que envolvem toda a linha de cuidado, a fim de eliminar ou diminuir os potenciais danos muitas vezes irreversíveis no crescimento e no desenvolvimento das crianças acometidas (deficiências, sequelas e óbitos), proporcionando melhor qualidade de vida. A testagem é obrigatória e gratuita em todo o território brasileiro. Com a Lei no 14.154/2021, o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), do SUS, deixa de oferecer um teste simples (que consegue identificar apenas seis doenças) para um teste mais completo (o que pode identificar um grupo de mais de 50 doenças tratáveis). A implantação no SUS em cinco fases, deveria ter início em maio de 2022, entretanto, já se observa atraso na implantação. Ações: 1. Assegurar o acesso e integrar as etapas da triagem neonatal com foco na pós-deteção; 2. Criar polos regionais para a realização de exames de triagem e de estratégias para o acesso e a aderência ao tratamento; 3. Definir os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas (PCDT) para garantir o acesso aos tratamentos e às linhas de cuidados; 4. Garantir o fornecimento de vale-transporte para crianças e adolescentes com doenças raras e suas famílias, a fim de assegurar a continuidade do acesso e da aderência ao tratamento; 5. Criar e disponibilizar serviços de telemedicina para ampliar o acesso ao tratamento e o acompanhamento de doenças raras, em virtude da especialização dos serviços.

### **Fortalecimento da parentalidade**

Programas de fortalecimento da parentalidade que utilizam a visita domiciliar, assim como estratégias como o pré-natal do parceiro possuem efeitos no fortalecimento de vínculos, na promoção da saúde, na redução do uso de castigos físicos e psicológicos e no desenvolvimento global das crianças. Os serviços de saúde têm um papel estratégico na promoção dessas ações, visto que são a principal porta de entrada dos serviços para famílias com gestantes e crianças pequenas.

### **Prevenção da violência**

As recomendações do Plano Nacional pela Primeira Infância para o enfrentamento das violências na primeira infância estão pautadas na valorização de relações dialógicas de cooperação e negociação entre a criança, seus pares e adultos, pretendendo que este modelo oriente e subsidie as políticas públicas articuladas para a primeira infância, visando a garantir o fortalecimento da identidade de meninos e meninas como atores sociopolíticos. A implementação da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências é uma importante estratégia.

### **Atenção à Saúde Mental da Criança**

O PNPI enfatiza a importância do investimento na formação inicial e na educação continuada dos profissionais envolvidos nos cuidados das crianças com transtornos precoces e no desenvolvimento e fortalecimento das equipes multiprofissionais, para que atuem numa perspectiva interdisciplinar.

Importante que as formações atuem na perspectiva dos transtornos na infância e das possibilidades de atuação terapêutica, mas também da delicadeza que envolve o processo diagnóstico e dos efeitos iatrogênicos de um diagnóstico precoce. O diagnóstico pode ser lido aqui como hipótese e não como algo definitivo, pois os sintomas podem ser vistos como sinais de alerta que demandam uma intervenção precoce, mas que não necessariamente apontam para uma condição psicopatológica consolidada. Nesse sentido, se soma também a formação sobre o uso da Caderneta da Criança e os aspectos do desenvolvimento infantil.

### **Anexo 01 Breve Diagnóstico da Situação da Primeira Infância no Brasil**

A seguir estão elencados alguns dados que ilustram o panorama da saúde da criança. Tais informações foram extraídas de publicações e fontes oficiais identificadas ao longo do texto.

De acordo com o estudo Desigualdades e impactos da covid-19 na atenção à primeira infância (2022):

- O período pandêmico aumentou a mortalidade materna em 89,3% em todo o país: desde 2019, 53,4% desses óbitos foram por infecção da covid.
- As mulheres pretas apresentaram a maior Razão de Mortalidade Materna (RMM) observada na pesquisa: 194,3 óbitos por 100 mil nascidos vivos em 2021 – 71 mortes a mais na comparação com as mulheres brancas, a qual foi de 123,2 mortes por 100 mil nascimentos. A RMM das mulheres indígenas foi de 140,2 óbitos por 100 mil nascidos vivos.
- O indicador de sete ou mais consultas de pré-natal, o qual encontrava-se em trajetória ascendente desde 2015, caiu alguns décimos de percentual com a chegada da pandemia e ficou em 72,2% em 2020-2021.
- Não ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre é um fenômeno menos frequente em mulheres brancas do que em mulheres de outra cor/raça (11,3% e 19,5% em 2020-2021, respectivamente).
- 80% das mulheres brancas fazem sete ou mais consultas de pré-natal durante a gestação, percentual que desce à casa dos 65% para mulheres de outra cor/raça (2015-2021).
- Com relação ao pré-natal do parceiro, a média mensal de registros de procedimentos aprovados para consultas pré-natais do parceiro passou de 1.140 em 2019 para 991 em 2021 (queda de 13%).
- A frequência de gravidez em meninas de outra cor/raça é mais alta (16,3%) quando comparada com a frequência em meninas brancas 9,0% (2020-2021)"
- Em 2020-2021, a frequência de partos por cesárea atingiu a espantosa marca de 57,2% dos nascimentos.
- Impactos indiretos da pandemia, como desnutrição devido à insegurança alimentar e desemprego, e até mesmo a ausência de aleitamento materno e de cuidados adequados, afeto e vínculo com o bebê, nos casos de óbito da mãe, podem ainda

e elevar a mortalidade infantil, em especial a mortalidade pós-neonatal.

- Caíram os registros de consultas para avaliar o crescimento e o desenvolvimento da criança, assim como os registros de procedimentos hospitalares. As consultas de puericultura não se destinam unicamente a medir, pesar e vacinar a criança, mas consideram seu bem-estar no âmbito de sua família, rede de apoio, oportunidades de estímulo e território.

Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SISNAC) revelam que em 2018 nasceram 4882 nascidos vivos filhos de mães adolescentes, com aumento de 11,5% no número de crianças nascidas de mães antes dos 14 anos, o que é considerado crime de estupro de vulnerável (artigo 217-A da Lei Federal 12.015), desde agosto de 2009.

Sobre crianças nascidas de mães indígenas e negras, um artigo publicado no *The Lancet Global Health*<sup>2</sup>, que tem base em estudo liderado pelo Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia) indica:

- As crianças indígenas têm 14 vezes mais chances de morrer por diarreia. Esse mesmo risco é 72% maior entre as pretas quando comparado com as chances em crianças nascidas de mães brancas.
- Para o caso de crianças filhas de mães pretas, há 39% a mais de risco para que a vida seja interrompida antes mesmo dos 5 anos. Quando se pensa na causa da morte, há duas vezes mais risco de morrer por má nutrição.
- Se a diarreia afeta 14 vezes mais a vida das crianças indígenas, a má-nutrição chega a 16 e a pneumonia a 7 vezes. Entre as mulheres pretas, também há risco de que percam seus filhos por estes desfechos. Esses riscos foram quantificados em 72% (diarréias), 78% (pneumonia) e 2 vezes mais (má-nutrição). Tudo isso em comparação com as crianças nascidas de mães brancas.
- Quando pensado em causas acidentais, as crianças filhas de mães pretas têm 37% mais riscos de morrerem do que as de mães brancas. Já entre os indígenas, esse risco é aumentado para 74%.
- A prematuridade é um fator de maior prevalência entre as crianças indígenas e está presente em 15% dos nascimentos. Isso significa que, para cada dez bebês, mais de um nasceu antes do tempo, o que afeta diretamente o seu desenvolvimento. Estes bebês indígenas nasceram com menos de 2,5 kg, em 90% dos casos.

## **Estado Nutricional**

Segundo dados do II Inquérito de Insegurança Alimentar e Nutricional no Contexto da Pandemia da Covid-19<sup>3</sup> (II VIGISAN, 2022) da Rede PENSANN:

- 33,1 milhões de brasileiros passam fome e 125,2 milhões de pessoas, mais da metade

---

<sup>2</sup> Disponível em: [Ethnoracial inequalities and child mortality in Brazil: a nationwide longitudinal study of 19 million newborn babies - The Lancet Global Health](#)

<sup>3</sup> Disponível em: [OLHE PARA A FOME](#)

da população do país, vivem com algum grau de insegurança alimentar. As formas mais severas de insegurança alimentar (moderada ou grave) atingem fatias maiores da população nas regiões norte (45,2%) e nordeste (38,4%).

- A fome dobrou nas famílias com crianças menores de 10 anos, passando de 9,4% em 2020 para 18,1% em 2022.
- Há fome em 22,3% dos domicílios com responsáveis com 4 anos ou menos de estudo. Em 2020, esse percentual era de 14,9%. O maior percentual de insegurança alimentar e nutricional é em domicílios cujos responsáveis têm mais de 8 anos de estudo: 50,6%.
- 22,2% dos domicílios brasileiros não têm água potável, correspondendo a 5,9% de crianças de até 4 anos.

De acordo com o estudo Desigualdades e impactos da covid-19 na atenção à primeira infância (2022):

- O número de crianças muito abaixo do peso aumentou 54,5% entre março de 2020 e novembro de 2021 (de 1,1% para 1,7%) – índice correspondente a cerca de 324 mil (4,3%) crianças de 0 a 5 anos incompletos.

### **Imunizações**

De acordo com o estudo Desigualdades e impactos da covid-19 na atenção à primeira infância (2022):

- Todos os dez imunizantes estudados terminaram o ano de 2021 com cobertura vacinal (CV) inferior à registrada em 2019.
- Vacinas como BCG, meningococo C e poliomielite, que tinham coberturas próximas de 100% em 2015 e de mais de 80% em 2019, apresentaram CV por volta de 70% em 2021.
- O risco de retorno da Poliomielite é evidente no país.

### **Saúde Mental**

- Durante a pandemia, as crianças apresentaram mais problemas de sono e alimentação, além de manifestações de apego inseguro e preocupações. As pré-escolares perderam o convívio da escola, e as que dependiam da merenda escolar tiveram perdas nutricionais importantes, ou mesmo o contato com a fome.
- Aumentaram nas pré-escolares os sintomas de irritabilidade, agitação e falta de atenção; além do atraso em seu letramento e alfabetização, amplificando ansiedades.
- Após um período de intensa exposição às telas, o retorno às atividades escolares presenciais ocorreu em clima ainda de tensão, insegurança, medos, os quais juntos com a instabilidades e sofrimento dos familiares e profissionais da educação, somaram mais impactos emocionais.
- As crianças mais vulneráveis em seu desenvolvimento global e as crianças com deficiências foram ainda mais impactadas: a rede de apoio profissional foi interrompida, provocando prejuízos cognitivos, psicomotores e de inclusão social, numa época de vida irrevogável.

- Dois segmentos merecem monitoramento: as crianças com deficiência pela maior discrepância e sequelas em seu desenvolvimento global, e aquelas em situação de luto (órfãos da covid-19).

### **Infâncias Indígenas**

No Brasil, o Censo IBGE 2010 aponta mais de 305 povos indígenas que somam quase 900.000 pessoas, falantes de 274 línguas distintas<sup>4</sup>, dos quais as crianças representam uma média de 43%. Com diferentes realidades culturais, cada povo tem modos diferenciados de entender e de lidar com a primeira infância e os cuidados nos primeiros anos de vida, o que deve ter também um olhar diferenciado das políticas, que respeitem e acolham essas diferenças.

Cuidados e socialização: as dinâmicas de parentesco, com regras diferenciadas, guardam em grande parte uma noção coletiva de cuidado e de parentalidades entre os povos originários. Assim, as crianças são normalmente cuidadas pelos pais mas também por avós, tios, tias, e não raras vezes por irmãos maiores<sup>5</sup>.

Aprendizagem: as crianças pequenas aprendem na imersão da cultura, de modo particular, no fazer diário da vida cotidiana. Aprendem muita coisa com seus pais e parentes mais próximos, como os irmãos e os avós. Os conhecimentos são transmitidos durante as atividades do dia a dia ou em momentos especiais, durante os rituais e as festas.

Saúde: no campo da saúde, o esforço das políticas públicas para acessar as diferentes realidades e territórios é ainda um desafio, com subnotificação de doenças e pouca pesquisa<sup>6</sup>. De 2018 a 2021, a Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai) contabilizou 3.126 óbitos, e dos óbitos registrados, cerca de 72% são de bebês com menos de 1 ano de idade<sup>7</sup>. Dados da Sesai indicam que as mortes infantis se concentram em estados que fazem parte da Amazônia Legal, que concentra a maior população indígena do país, segundo o IBGE. Amazonas, Roraima e Mato Grosso lideram o ranking com os maiores números de óbitos infantis de povos originários entre 2018 e 2021. Doenças respiratórias estão destacadas na lista de causas de óbitos infantis. A pneumonia é a principal delas no período de 2018 a 2021, e se soma às chamadas causas de mortes evitáveis, como diarreia e desnutrição. A pandemia de Covid-19 afetou também a infância indígena - em 2021 foi a quinta maior causa de mortes.

Crianças indígenas são vítimas das atividades garimpeiras, afetando sua saúde desde a concepção, principalmente devido à exposição ao mercúrio, mas também à violência (ver o estudo “Impacto do mercúrio em áreas protegidas e povos da floresta na Amazônia Oriental”, elaborado pela Fiocruz em 2020, que aponta ainda que a falta de saneamento básico, combinada às deficiências nutricionais está comprometendo o desenvolvimento das crianças indígenas menores de 5 anos). As principais causas dos óbitos (pneumonia, diarreia e desnutrição) podem ser evitadas com o acesso constante e de qualidade ao serviço de

---

<sup>4</sup> [https://pib.socioambiental.org/pt/Quadro\\_Geral\\_dos\\_Povos](https://pib.socioambiental.org/pt/Quadro_Geral_dos_Povos)

<sup>5</sup> Ver MIMUS - [www.usinadaimaginacao.org](http://www.usinadaimaginacao.org),

<sup>6</sup> <https://www.scielo.br/j/reben/a/3MmDHLz6bNSwx9w6qVHbZSf/?lang=pt>

<sup>7</sup> <https://fiquemsabendo.com.br/saude/mais-de-3-mil-criancas-indigenas-morreram-nos-ultimos-4-anos/>

atenção primária à saúde.

O racismo estrutural e a constante invasão de seus territórios, afetam profundamente os povos originários, criando ambientes de medo e violência, afetando de modo radical a vida das crianças pequenas. Uma política para a primeira infância que respeite a diversidade precisa ser construída no diálogo com os povos originários, e entender que a demarcação de território e garantia de direitos, o respeito às diferenças, assim como o acesso à assistência, são essenciais para garantir sua autonomia e a diversidade cultural, uma das maiores riquezas do Brasil.

### **Violência contra a criança**

Os dados de violência no Brasil não são unificados e enfrenta-se a subnotificação e a ausência de informações específicas sobre a primeira infância. Segundo o Panorama da violência letal e sexual com crianças e adolescentes no Brasil<sup>8</sup> (UNICEF e Fórum de Segurança Pública, 2021):

- De 2017 a 2020, foram registrados 179.277 casos de estupro e estupro de vulnerável, em todo Brasil, na faixa etária de 0 a 19 anos.
- Crianças com até 10 anos de idade correspondem a 62 mil registros (1/3 da população total registrada), sendo que destas, 80% são meninas. Em meninos, o maior número de casos se concentra na faixa etária de 3 a 09 anos.

No primeiro semestre de 2021, foram registradas 50.098 denúncias de violências contra a criança e o adolescente. Deste total, 81% são de violência doméstica e, na maioria dos casos, o violador é membro da família. A mãe aparece como principal violadora (15.285 denúncias), seguida do pai/padrasto/madrasta (2.664 denúncias) e de outros familiares (1.636 denúncias). Fonte: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.

### **Uso da Caderneta da Criança**

Sobre a qualificação para o uso da Caderneta da Criança pelos profissionais, um estudo realizado em âmbito nacional, sobre sua utilização e preenchimento mostra que apenas 9,9% dos profissionais preenchem os dados sobre a vigilância do desenvolvimento, 59,9% preenchem o gráfico de comprimento/altura e 72,2% preenchem o gráfico de peso, enquanto 100% afirmam a utilização da CC para o registro da vacinação. O estudo apontou que as mães afirmam que o médico é quem mais solicita a caderneta, entretanto, o enfermeiro é quem mais registra as informações (ALMEIDA et al., 2017). Sobre a vigilância do desenvolvimento infantil, foi revelado que 68,5% das unidades de saúde nunca receberam treinamento/educação continuada sobre desenvolvimento infantil. Quanto à avaliação do crescimento versus desenvolvimento pelos profissionais, foi identificado o seguinte quadro:

---

<sup>8</sup> Disponível em: [panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil.pdf \(unicef.org\)](https://www.unicef.org/brasil/documentos/panorama-violencia-letal-sexual-contra-criancas-adolescentes-no-brasil.pdf)

89% pesavam as crianças, 79% mediram comprimento/altura, 64% orientam sobre peso e altura e, destes, apenas 58% fazem as três ações relacionadas ao crescimento (ALMEIDA et al., 2017). As intervenções em formação ganham relevo como importantes estratégias de capacitação dos profissionais de saúde para qualificar o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança. Ações: 1. Treinamento para profissionais da rede de atenção primária à saúde, utilizando modelos testados de formação (presencial e remoto); 2. Realização de acompanhamento e avaliação dos profissionais treinados, a partir de pesquisas realizadas por grupos no país; 3. Avaliação após as formações sobre o preenchimento completo da CC em diversas regiões do país; 4. Editais para a proposta de pesquisa de avaliação da efetividade e impacto do uso de formações para profissionais para o uso da CC; 5. Realizar pesquisa amostral, a cada semestre, com as mães, para verificar o preenchimento das informações existentes na CC. Apresentar os resultados às equipes da UBASF avaliadas, para planejamento das ações.