

DA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL À COMPLEXIFICAÇÃO DO CUIDADO: RECONFIGURAÇÕES DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL

FROM THE REDUCTION OF INFANT MORTALITY TO THE COMPLEXIFICATION OF CARE: RECONFIGURATIONS OF CHILD HEALTH CARE IN BRAZIL

Carlos Walmyr de Mattos Oliveira¹

Suelen Goecks Oliveira²

Yudelsi Galan Ramirez³

Laenne Ágata Valentim⁴

Mario Maza Lima Souza⁵

Luiz Farias Cantalixto de Melo⁶

Eloysa Vicente Silva⁷

João Artur Veloso Antunes⁸

RESUMO: A atenção à saúde da criança no Brasil tem passado por profundas transformações nas últimas décadas, impulsionadas pela expressiva redução da mortalidade infantil e pela consolidação do Sistema Único de Saúde. Esse processo foi acompanhado por mudanças no perfil epidemiológico da infância, marcado pela diminuição das doenças infecciosas e pelo aumento das condições crônicas, das demandas relacionadas ao desenvolvimento e dos agravos psicossociais. Nesse contexto, o presente artigo tem como objetivo analisar as reconfigurações da atenção à saúde da criança no Brasil, com ênfase no papel da Atenção Primária à Saúde frente à complexificação do cuidado infantil. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada a partir da análise de estudos nacionais e internacionais publicados entre 2010 e 2024, selecionados em bases de dados científicas relevantes. Os resultados evidenciam que, embora os avanços na redução da mortalidade infantil sejam inegáveis, persistem modelos assistenciais centrados na puericultura tradicional, insuficientes para responder às necessidades contemporâneas da população infantil. A literatura aponta a estratificação de risco, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a incorporação dos determinantes sociais da saúde como elementos centrais para a reorganização das práticas assistenciais. Conclui-se que a Atenção Primária à Saúde se reafirma como eixo estratégico para a promoção de um cuidado integral, equitativo e contínuo à criança, capaz de responder aos desafios impostos pela complexificação do perfil de saúde infantil no Brasil.

Palavras-chave: Saúde da Criança. Atenção Primária à Saúde. Mortalidade Infantil. Cuidado Integral. Sistema Único de Saúde.

¹Doutorando em Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/Fiocruz.

² Doutora em Saúde da Criança, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

³Especialista em Medicina de Família e Comunidade Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

⁴Especialista em Medicina de Família e Comunidade, Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT).

⁵Graduado em Medicina, Universidad María Auxiliadora (UMAX).

⁶Graduado em Medicina, Universidade do Estado do Amazonas (UEA).

⁷ Graduada em Medicina, Faculdade Presidente Antônio Carlos (ITPAC Porto Nacional).

⁸ Graduado em Medicina, Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos (ITPAC Porto).

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da criança constitui um dos pilares históricos das políticas públicas de saúde no Brasil, tendo ocupado posição central na organização dos serviços, especialmente ao longo do século XX, em razão das elevadas taxas de mortalidade infantil e da expressiva carga de doenças infecciosas, nutricionais e perinatais (França et al., 2017). Nesse período, a infância foi reconhecida como fase de maior vulnerabilidade biológica e social, o que justificou a formulação de estratégias específicas voltadas à redução de óbitos evitáveis e à ampliação do acesso aos serviços de saúde (Viacava et al., 2018). A partir da segunda metade do século XX, o país passou por um processo contínuo de redução da mortalidade infantil, resultado de melhorias nas condições socioeconômicas, da ampliação do saneamento básico, da expansão da cobertura vacinal e da consolidação de políticas públicas de saúde, culminando em profundas transformações no perfil epidemiológico da população infantil (Castro et al., 2019; França et al., 2017).

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) representou um marco na reorganização da atenção à saúde da criança, ao instituir os princípios da universalidade, integralidade e equidade como fundamentos da atenção à saúde (Castro et al., 2019). Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) assumiu papel estratégico na coordenação do cuidado, na organização das ações de promoção, prevenção e assistência e na articulação com os demais níveis do sistema (Macinko & Harris, 2015; Viacava et al., 2018). A Estratégia Saúde da Família (ESF), ao estruturar o cuidado a partir do território, da família e da comunidade, ampliou significativamente o potencial de intervenção sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, redefinindo o modelo assistencial tradicionalmente centrado em agravos agudos e em ações fragmentadas (Macinko & Harris, 2015; Andrade et al., 2018).

A atenção à saúde da criança na APS, especialmente quando conduzida pelo médico de família e comunidade, distingue-se da prática pediátrica clássica por sua abordagem centrada na longitudinalidade do cuidado, na compreensão ampliada do contexto familiar e comunitário e no uso de instrumentos específicos para intervenção sobre fatores sociais, ambientais e relacionais que influenciam o desenvolvimento infantil (Santos et al., 2018; Silva et al., 2020). Embora tanto a pediatria quanto a medicina de família compartilhem a perspectiva da integralidade, a atuação do médico de família e comunidade se diferencia por atender todos os membros da família, acompanhar a criança ao longo de seu ciclo de vida e integrar ações clínicas, preventivas e promocionais em um mesmo projeto terapêutico (Silva & Vieira, 2014).

A pediatria, por sua vez, mantém papel essencial na retaguarda especializada, seja nos ambulatorios de especialidades, seja no apoio matricial às equipes da APS, contribuindo para a qualificação do cuidado em situações clínicas específicas e na organização de programas e linhas de cuidado voltadas à infância (Pinto & Caldas, 2022).

As transformações no perfil de morbimortalidade infantil observadas nas últimas décadas impuseram novos desafios à atenção à saúde da criança no Brasil. A expressiva redução das doenças infecciosas e da mortalidade pós-neonatal foi acompanhada pelo aumento proporcional da mortalidade neonatal, pela maior prevalência de prematuridade e pelo crescimento do número de crianças com condições crônicas, necessidades especiais de saúde e demandas relacionadas ao desenvolvimento neuropsicomotor, à saúde mental e ao desempenho escolar (França et al., 2017; Esswein et al., 2021). Além disso, a transição nutricional, marcada pela coexistência de desnutrição residual e aumento do sobrepeso e da obesidade infantil, somou-se a novos agravos, como acidentes, violências e problemas psicossociais, evidenciando a complexificação do cuidado à saúde da criança na contemporaneidade (Gubert et al., 2021; Lisboa et al., 2020).

Apesar desses avanços e transformações, observa-se que grande parte das práticas assistenciais na APS ainda permanece fortemente influenciada por modelos tradicionais de puericultura, historicamente orientados por uma lógica normativa, prescritiva e centrada na infância precoce (Silva et al., 2020). Essa abordagem, embora tenha contribuído de forma decisiva para a redução da mortalidade infantil, mostra-se insuficiente para responder às demandas atuais da população infantil, especialmente no que se refere ao acompanhamento longitudinal de crianças em idade pré-escolar, escolar e adolescência inicial (Santos et al., 2021; Ferrer & Grisi, 2016). A literatura aponta lacunas importantes na incorporação sistemática dos conceitos de risco, vulnerabilidade e determinantes sociais na organização do cuidado, bem como na definição de estratégias que contemplem a diversidade de contextos familiares e territoriais (Santos et al., 2021; Silva et al., 2020).

Diante desse cenário, torna-se necessário revisitar criticamente os princípios que orientam a atenção à saúde da criança na Atenção Primária, à luz das transformações epidemiológicas, sociais e assistenciais ocorridas no país. A compreensão da criança como sujeito de direitos, inserida em contextos familiares e comunitários complexos, exige a superação de abordagens exclusivamente biomédicas e a adoção de práticas integradas, interdisciplinares e intersetoriais, capazes de promover não apenas a sobrevivência, mas o pleno

desenvolvimento e a qualidade de vida ao longo do ciclo vital (Souza et al., 2019; Pinto & Caldas, 2022).

Nesse sentido, o presente artigo de revisão tem como objetivo analisar criticamente a literatura acerca das transformações no perfil de saúde da criança no Brasil, discutindo as reconfigurações da atenção à saúde infantil na Atenção Primária à Saúde, com ênfase no papel do médico de família e comunidade, na organização das prioridades assistenciais, na estratificação de risco e na complexificação do cuidado. Busca-se, assim, contribuir para a reflexão sobre os desafios contemporâneos da atenção à saúde da criança e para o fortalecimento de modelos assistenciais mais integrais, equitativos e sensíveis às múltiplas dimensões que influenciam a infância no contexto brasileiro.

METODOLOGIA

A condução da revisão foi orientada por uma pergunta norteadora previamente definida: como a atenção à saúde da criança no Brasil tem sido reconfigurada diante da redução da mortalidade infantil e da mudança do perfil epidemiológico e assistencial da infância? A partir dessa questão, foi delineada a estratégia de busca e seleção dos estudos, visando garantir sistematicidade, transparência e reprodutibilidade ao processo.

As buscas foram realizadas nas bases de dados PubMed/MEDLINE, SciELO, LILACS e Web of Science, selecionadas por sua ampla cobertura de periódicos nacionais e internacionais relevantes para a área da saúde coletiva, atenção primária e saúde da criança. A estratégia de busca combinou descritores controlados e palavras-chave extraídos dos vocabulários DeCS e MeSH, incluindo os termos “Child Health”, “Primary Health Care”, “Infant Mortality”, “Health Services”, “Unified Health System” e “Brazil”, bem como seus correspondentes em português. Esses descritores foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, de modo a ampliar a sensibilidade da busca sem comprometer sua especificidade, sendo utilizados diferentes cruzamentos conforme as particularidades de cada base.

Foram adotados como critérios de inclusão: artigos originais e de revisão publicados em periódicos científicos revisados por pares; estudos disponíveis na íntegra; publicações nos idiomas português, inglês ou espanhol; e trabalhos que abordassem direta ou indiretamente a atenção à saúde da criança no Brasil, com ênfase em aspectos relacionados à mortalidade infantil, atenção primária à saúde, organização dos serviços, qualidade do cuidado, acesso,

equidade, redes de atenção e mudanças no perfil epidemiológico infantil. Considerando a consolidação do SUS e a expansão da Estratégia Saúde da Família, definiu-se como recorte temporal o período entre 2010 e 2024, de modo a contemplar estudos que analisassem políticas, programas e avaliações contemporâneas da atenção à saúde da criança.

Foram excluídos estudos duplicados, editoriais, cartas ao editor, comentários, resumos de eventos, dissertações, teses e documentos institucionais, bem como artigos que não apresentassem relação direta com o tema proposto ou que se restringissem exclusivamente a contextos clínicos hospitalares sem interface com a atenção primária ou com a organização do sistema de saúde. Também foram excluídos estudos cujo foco principal não fosse a população infantil ou que tratassem de realidades exclusivamente internacionais, sem análise ou contextualização para o cenário brasileiro.

O processo de seleção dos estudos ocorreu em três etapas sequenciais. Inicialmente, realizou-se a leitura dos títulos para exclusão dos artigos claramente não pertinentes ao tema. Em seguida, procedeu-se à leitura dos resumos dos estudos potencialmente elegíveis, considerando os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos. Por fim, os artigos selecionados foram lidos na íntegra, etapa na qual se confirmou sua elegibilidade final e relevância para os objetivos da revisão. Todo o processo foi conduzido de forma criteriosa, buscando minimizar vieses de seleção.

5

A extração dos dados foi realizada por meio de instrumento padronizado elaborado pelos autores, contemplando informações referentes à autoria, ano de publicação, periódico, objetivo do estudo, delineamento metodológico, população analisada, principais achados e contribuições para a compreensão da atenção à saúde da criança no Brasil. A organização dos dados permitiu identificar convergências, divergências e lacunas na produção científica analisada.

A análise dos estudos foi conduzida por meio de síntese narrativa e análise temática, permitindo a organização dos resultados em eixos analíticos relacionados à evolução da mortalidade infantil, à expansão e consolidação da atenção primária, à qualidade e ao acesso aos serviços de saúde, à emergência de condições crônicas e demandas psicossociais na infância, bem como à estruturação das redes de atenção à saúde da criança. Essa abordagem possibilitou uma interpretação crítica dos achados, articulando evidências empíricas, políticas públicas e mudanças no perfil epidemiológico infantil ao longo do tempo.

Por se tratar de um estudo de revisão de literatura, baseado exclusivamente em dados secundários de domínio público, não houve necessidade de submissão do projeto a Comitê de Ética em Pesquisa, em conformidade com as normativas éticas vigentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Evolução da Mortalidade Infantil e Transformações no Perfil de Saúde da Criança no Brasil

A taxa de mortalidade infantil configura-se como um dos indicadores mais sensíveis das condições socioeconômicas, do grau de desenvolvimento e da qualidade da atenção à saúde oferecida à população infantil (França et al., 2017; Viacava et al., 2018). No contexto brasileiro, até o final do século XX, esse indicador apresentava valores elevados e marcantes desigualdades regionais (França et al., 2017). A partir da década de 1970, observou-se um processo contínuo de redução, com a taxa passando de 115 óbitos por mil nascidos vivos para 83 em 1980, correspondendo a uma queda anual média de 3,2%. Esse movimento tornou-se mais expressivo nas décadas seguintes, alcançando uma redução anual de 5,5% nos anos 1980 e 1990, resultando em uma taxa de 47,1 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 (França et al., 2017).

Entre 1990 e 2014, a mortalidade infantil no Brasil apresentou redução acumulada de aproximadamente 70%, atingindo 14,1 óbitos por mil nascidos vivos. Esse declínio foi particularmente acentuado na região Nordeste, historicamente marcada pelos maiores índices, onde a taxa reduziu de 75,8 para 16,3 óbitos por mil nascidos vivos, representando queda superior a 78% (França et al., 2017). Observou-se, nesse período, uma convergência progressiva das taxas entre as diferentes regiões do país, com redução das disparidades regionais, embora Norte e Nordeste ainda mantenham valores superiores aos das demais regiões (Viacava et al., 2018). Esse avanço permitiu que o país atingisse, antes do prazo estabelecido, a meta de redução da mortalidade infantil prevista nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (Castro et al., 2019).

A análise dos componentes da mortalidade infantil demonstra que a redução foi mais expressiva no período pós-neonatal, cuja taxa caiu de 24 para 4,3 óbitos por mil nascidos vivos, refletindo principalmente a diminuição das doenças infecciosas, parasitárias e dos déficits nutricionais (França et al., 2017). Em contrapartida, a mortalidade neonatal passou a representar parcela proporcionalmente maior dos óbitos infantis, apesar da redução absoluta da taxa, que caiu de 23,1 para 9,9 óbitos por mil nascidos vivos (França et al., 2017). Esse fenômeno está fortemente associado ao aumento da prematuridade, à maior frequência de cesarianas eletivas

e ao avanço das tecnologias que possibilitam a gestação e a sobrevivência de recém-nascidos de alto risco, reforçando os desafios relacionados à qualidade da atenção pré-natal, ao parto e ao cuidado neonatal (Tomasi et al., 2017; Castro et al., 2019).

No que se refere à mortalidade em menores de cinco anos, houve redução de 53,7 para 16,3 óbitos por mil nascidos vivos entre 1990 e 2014, correspondendo a uma queda de quase 70% (França et al., 2017). Apesar desse avanço, persistem diferenças regionais relevantes, com taxas mais elevadas nas regiões Norte em comparação à região Sul (Viacava et al., 2018). Nesse grupo etário, após o declínio das doenças infecciosas como principais causas de morte, passaram a predominar os acidentes e as neoplasias, evidenciando a complexificação do perfil epidemiológico da infância (França et al., 2017). Ademais, embora a média nacional tenha diminuído, observa-se que apenas parte dos estados brasileiros apresenta taxas inferiores à média do país, indicando desigualdade intra-regional ainda significativa (Viacava et al., 2018).

As transformações observadas na saúde da criança no Brasil refletem mudanças estruturais ocorridas nas últimas décadas, associadas à melhoria das condições socioeconômicas, à redução da pobreza, ao aumento da escolaridade feminina, à urbanização, à ampliação do saneamento básico e à consolidação do Sistema Único de Saúde, com destaque para a expansão da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família (Castro et al., 2019; Andrade et al., 2018). Políticas de proteção social, como os programas de transferência de renda, também desempenharam papel relevante nesse cenário, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde infantil (Castro et al., 2019).

Paralelamente, o estado nutricional das crianças brasileiras apresentou melhora substancial, com expressiva redução da desnutrição crônica e aguda ao longo das últimas décadas (Gubert et al., 2021). A desnutrição infantil tornou-se um evento pouco frequente, especialmente quando comparada aos dados das décadas anteriores, sendo mais evidente a transição para novos problemas nutricionais, como a inadequação alimentar e o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade (Brum et al., 2023). Esse fenômeno reforça a necessidade de abordagens voltadas à promoção da alimentação saudável desde os primeiros anos de vida (Gubert et al., 2021).

O declínio das internações por pneumonias e a ampliação do manejo ambulatorial das doenças respiratórias na Atenção Primária modificaram significativamente o perfil da demanda por cuidados pediátricos (Lisboa et al., 2020; Barroso Carneiro et al., 2021). Ao mesmo tempo, o país vivencia uma transição epidemiológica caracterizada pela coexistência de doenças

infeciosas em declínio e doenças crônicas em ascensão (Silva et al., 2020). Avanços terapêuticos e tecnológicos permitiram maior sobrevida e melhor qualidade de vida para crianças com condições crônicas e complexas, que passaram a demandar acompanhamento longitudinal e integrado entre os níveis de atenção, especialmente na Atenção Primária (Silva et al., 2020; Santos et al., 2021).

Além das doenças crônicas, observa-se aumento das demandas relacionadas à saúde mental, ao desenvolvimento neuropsicomotor, ao desempenho escolar e à saúde ocular, bucal e auditiva (Esswein et al., 2021; Santos et al., 2018). Aspectos psicossociais, relacionados à dinâmica familiar, à violência urbana e doméstica, às dificuldades no processo de socialização e ao uso excessivo de tecnologias digitais, emergem como importantes determinantes de novas morbidades na infância (Esswein et al., 2021). Acidentes, atropelamentos e episódios de violência passaram a figurar entre os agravos relevantes à saúde infantil, sobretudo em áreas urbanas de médio e grande porte (França et al., 2017).

Esse conjunto de transformações impõe desafios significativos aos modelos tradicionais de atenção à saúde da criança, exigindo estratégias intersetoriais, formação profissional adequada e reorganização das práticas assistenciais (Silva et al., 2020; Santos et al., 2021). A complexidade do atual perfil epidemiológico demanda abordagens que ultrapassem o foco exclusivamente biomédico, incorporando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado integral, de modo a responder de forma efetiva às necessidades contemporâneas da população infantil brasileira (Souza et al., 2019; Pinto & Caldas, 2022).

Puericultura e Reconfiguração das Estratégias de Atenção à Saúde da Criança na Atenção Primária

Durante grande parte do século XX, o perfil de morbimortalidade infantil no Brasil conferiu centralidade à criança pequena nas políticas públicas de saúde, especialmente em razão das elevadas taxas de mortalidade infantil e da alta prevalência de doenças infectocontagiosas (França et al., 2017). Esse cenário orientou a formulação de estratégias focalizadas na faixa etária de zero a cinco anos, com ações predominantemente voltadas à redução de óbitos evitáveis e ao controle de agravos agudos. Nesse contexto, a infância foi historicamente definida como população prioritária, justificando a organização de programas verticais e normatizados de atenção (Castro et al., 2019).

Na década de 1970, a implementação do Programa Materno-Infantil representou uma tentativa de racionalizar a oferta de serviços e ampliar a cobertura assistencial diante da elevada

demanda por atendimento pediátrico. A alternância de consultas de puericultura entre médicos e enfermeiros buscava otimizar recursos humanos e garantir maior acesso, mantendo uma lógica padronizada de acompanhamento. Apesar das profundas mudanças no perfil epidemiológico e na redução progressiva da demanda infantil nas décadas subsequentes, essa racionalidade organizativa permanece presente em muitos serviços, refletindo a persistência de modelos assistenciais pouco sensíveis às transformações sociais e sanitárias ocorridas no país (Viacava et al., 2018).

As propostas do Programa Materno-Infantil e, posteriormente, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança estruturaram-se a partir de intervenções padronizadas direcionadas aos agravos mais frequentes, com ênfase no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, na promoção do aleitamento materno, no controle das doenças diarreicas e respiratórias e na ampliação da cobertura vacinal. Essas ações contribuíram de forma decisiva para a redução da mortalidade infantil, sobretudo ao atuar sobre condições sensíveis à atenção primária (Macinko & Harris, 2015; França et al., 2017). No entanto, a padronização excessiva limitou a incorporação das especificidades regionais, sociais e culturais, bem como das dinâmicas familiares que influenciam o processo saúde-doença na infância (Santos et al., 2018).

A puericultura consolidou-se como eixo conceitual dessas políticas, fundamentada na educação em saúde e na normatização das práticas de cuidado. Embora incorporasse avanços científicos relevantes, esse modelo frequentemente atribuía os problemas de saúde infantil à insuficiência de informações das famílias, deslocando o foco das condições estruturais e sociais que moldam as trajetórias de vida das crianças. Essa perspectiva, ao transformar consequências sociais em causas individuais, contribuiu para a manutenção de abordagens prescritivas, especialmente direcionadas às populações em situação de vulnerabilidade (Silva et al., 2020).

Atualmente, embora o discurso clássico da puericultura não ocupe posição central explícita nas diretrizes da Atenção Primária à Saúde, seus princípios ainda orientam o acompanhamento da criança, sobretudo nos dois primeiros anos de vida. Após esse período, observa-se uma redução significativa do seguimento longitudinal, com predomínio de atendimentos episódicos, voltados ao manejo de agravos específicos (Silva & Vieira, 2014). Crianças maiores, escolares e adolescentes permanecem à margem de propostas sistematizadas de cuidado contínuo, apesar do surgimento de novas demandas relacionadas ao desenvolvimento, ao comportamento, à saúde mental e à inserção social (Esswein et al., 2021).

A trajetória das políticas de saúde infantil nas últimas décadas foi marcada pela prioridade conferida à sobrevivência, com expressivos avanços na redução da mortalidade. Contudo, o cenário contemporâneo impõe a ampliação desse horizonte, incorporando a qualidade de vida, o pleno desenvolvimento e a garantia de direitos como elementos centrais do cuidado (Castro et al., 2019). Isso implica reconhecer a criança como sujeito social, inserido em contextos familiares e comunitários complexos, cujas experiências ultrapassam os limites do modelo biomédico tradicional (Souza et al., 2019).

A reconfiguração do cuidado à saúde da criança na Atenção Primária exige a superação de abordagens restritas à puericultura tradicional, ainda fortemente influenciadas por orientações higienistas e comportamentais. A incorporação dos conceitos de risco, vulnerabilidade e determinantes sociais amplia a compreensão do processo saúde-doença, permitindo uma abordagem mais integral, que considere as dimensões psíquica, social e cultural da infância (Santos et al., 2021). Nesse sentido, a inclusão sistemática do escolar e do adolescente nas estratégias assistenciais torna-se indispensável, assim como o reconhecimento da família e dos espaços sociais como componentes centrais do cuidado (Pinto & Caldas, 2022).

A atuação da Estratégia Saúde da Família, particularmente com a inserção do médico de família e comunidade e do agente comunitário de saúde, favorece maior aproximação com o território e com as realidades vivenciadas pelas crianças e suas famílias. Essa proximidade fortalece o vínculo, amplia a capacidade de identificação de necessidades e possibilita intervenções mais adequadas às demandas locais (Macinko & Harris, 2015; Andrade et al., 2018). O enfoque contemporâneo da promoção da saúde desloca o eixo da atenção da simples orientação normativa para a intervenção sobre os determinantes mais amplos do processo saúde-doença, reforçando a responsabilidade social dos serviços de saúde (Viacava et al., 2018).

Nesse contexto, a definição de objetivos e metas para a atenção à saúde da criança torna-se elemento estratégico para o planejamento e a avaliação das ações desenvolvidas na Atenção Primária. A pactuação dessas metas com a comunidade e com os espaços de controle social permite maior aderência às necessidades do território, ao mesmo tempo em que mantém alinhamento com as diretrizes municipais e nacionais (Pinto Júnior et al., 2018). A redução de óbitos e internações por condições sensíveis à Atenção Primária, a ampliação do aleitamento materno, a garantia da vacinação em dia e a prevenção de acidentes infantis configuram-se como eixos prioritários de atuação (Lisboa et al., 2020; Ferrer & Grisi, 2016).

A consolidação de uma agenda de compromissos para o atendimento à criança pressupõe a identificação dos principais problemas de saúde do território e a organização de ações que garantam atenção integral ao longo do ciclo de vida. Estratégias voltadas ao acompanhamento do recém-nascido, à classificação de risco, ao desenvolvimento infantil, à atenção às crianças com deficiências ou transtornos do desenvolvimento, à prevenção da violência e ao enfrentamento de agravos evitáveis reforçam a necessidade de um modelo assistencial mais abrangente e responsivo (Gubert et al., 2021; Brum et al., 2023). Dessa forma, o cuidado à saúde da criança na Atenção Primária passa a demandar novos olhares, práticas interdisciplinares e compromisso contínuo com a equidade e a integralidade (Silva et al., 2020).

Princípios Contemporâneos da Atenção à Saúde da Criança na Atenção Primária à Saúde

A organização da atenção à saúde da criança no Brasil passou por mudanças significativas a partir da implantação do Sistema Único de Saúde, com a superação gradual do modelo centrado no posto de puericultura, historicamente baseado em orientações normativas e higienistas. Esse modelo foi substituído por uma proposta de atenção integral, que articula ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, assistência e recuperação, ampliando o escopo do cuidado na Atenção Primária à Saúde (Castro et al., 2019; Viacava et al., 2018).

11

O processo saúde-doença na infância deve ser compreendido de forma dinâmica, considerando tanto as vulnerabilidades biológicas próprias do crescimento quanto os determinantes sociais que permeiam o contexto familiar e comunitário. Embora os primeiros anos de vida concentrem maior risco de adoecimento, especialmente por doenças infecciosas, crianças em idade pré-escolar e escolar permanecem expostas a agravos relacionados às condições de vida, o que exige a ampliação das estratégias de acompanhamento para além da infância precoce (França et al., 2017; Santos et al., 2018).

Nesse cenário, o crescimento e o desenvolvimento assumem papel central como eixos estruturantes da atenção à saúde da criança, demandando vigilância contínua e contextualizada. O acompanhamento longitudinal na Atenção Primária contribui não apenas para a redução da mortalidade infantil, mas também para a melhoria da qualidade de vida, ao possibilitar a identificação precoce de riscos biológicos, sociais e emocionais que interferem no desenvolvimento infantil (Silva et al., 2020; Brum et al., 2023).

A vigilância à saúde da criança não deve restringir-se a aspectos nutricionais ou à faixa etária de zero a dois anos, devendo incorporar critérios de risco e vulnerabilidade que se

modificam ao longo do ciclo de vida. Essa abordagem amplia a capacidade de resposta dos serviços, ao reconhecer que crianças apresentam necessidades distintas conforme seu contexto social, familiar e afetivo (Santos et al., 2021; Gubert et al., 2021).

A promoção da saúde emerge como eixo estratégico da atenção infantil, deslocando o foco da prática assistencial da resolução pontual de agravos para a atuação sobre os determinantes mais amplos do processo saúde-doença. Práticas que favorecem alimentação adequada, fortalecimento de vínculos, estímulo ao desenvolvimento e aquisição de hábitos saudáveis exercem impacto duradouro sobre a saúde ao longo da vida (Pinto & Caldas, 2022; Silva & Vieira, 2014).

A organização do cuidado à criança exige atuação interdisciplinar e trabalho em equipe, com integração entre diferentes profissionais da Atenção Primária. A Estratégia Saúde da Família, especialmente por meio do agente comunitário de saúde, fortalece o vínculo com as famílias e o território, ampliando a compreensão das condições de vida e favorecendo intervenções mais adequadas às necessidades locais (Macinko & Harris, 2015; Andrade et al., 2018).

A crescente presença de crianças com condições crônicas impõe novos desafios à Atenção Primária, que passa a assumir papel central na coordenação do cuidado e na articulação com outros pontos da rede de atenção à saúde. A incorporação dos conceitos de risco e vulnerabilidade redefine a puericultura, orientando práticas mais flexíveis, integrais e equitativas, capazes de responder às demandas contemporâneas da saúde da criança (Souza et al., 2019; Silva et al., 2020).

Organização das Prioridades e Estratificação de Risco na Atenção à Saúde da Criança

A centralidade da mortalidade neonatal no perfil de morbimortalidade infantil impõe a qualificação do cuidado prestado à gestante, ao parto e à criança no primeiro ano de vida como eixo estruturante da atenção à saúde da criança. A prevenção de agravos no período intrauterino e no início da vida pós-natal repercute não apenas na redução de desfechos adversos imediatos, mas também na diminuição do risco de doenças crônicas na vida adulta (França et al., 2017). Nesse contexto, a atuação longitudinal do médico de família e da equipe da Atenção Primária à Saúde favorece a integração das informações do pré-natal, puerpério e acompanhamento do recém-nascido, qualificando a tomada de decisão clínica desde os primeiros dias de vida (Macinko & Harris, 2015; Castro et al., 2019).

A incorporação dos conceitos de risco e vulnerabilidade redefine a lógica do cuidado infantil ao deslocar a atenção homogênea para uma abordagem orientada pela equidade. Todos os recém-nascidos apresentam algum grau de vulnerabilidade, que varia conforme características biológicas, condições familiares e contexto social (Santos et al., 2018). A estratificação do risco ao nascimento, associada à possibilidade de reclassificação ao longo do acompanhamento, permite identificar crianças que demandam maior intensidade de cuidado e monitoramento contínuo, ajustando as intervenções às necessidades reais de cada situação (Silva et al., 2020).

A classificação em risco clínico, risco social e risco habitual amplia a compreensão do processo saúde-doença na infância. O risco clínico está relacionado a condições biológicas decorrentes da gestação, do parto ou do período neonatal, enquanto o risco social reflete situações familiares e ambientais que aumentam a vulnerabilidade da criança. Já o risco habitual reconhece que a própria condição de ser criança implica fragilidades inerentes ao desenvolvimento e à imaturidade imunológica (Silva & Vieira, 2014). Essa classificação dinâmica possibilita a identificação de riscos adquiridos ao longo da infância, reforçando a importância do acompanhamento longitudinal e da vigilância contínua (Santos et al., 2021).

A operacionalização dessa estratificação, quando incorporada à rotina dos serviços, contribui para a priorização do cuidado e para a organização do processo de trabalho das equipes de saúde. A identificação precoce de fatores de risco, seja no pré-natal, na maternidade ou nas visitas domiciliares iniciais, favorece intervenções oportunas, especialmente nos casos em que as vulnerabilidades sociais demandam articulação intersetorial e maior envolvimento da equipe multiprofissional (Andrade et al., 2018; Viacava et al., 2018).

Nesse sentido, a visita domiciliar na primeira semana de vida configura-se como um momento estratégico do cuidado, especialmente para crianças classificadas em risco clínico ou social. Essa abordagem permite avaliar as condições de acolhimento do recém-nascido, o estado de saúde materno-infantil e as dinâmicas familiares, além de fortalecer o vínculo entre a equipe de saúde e a família (Souza et al., 2019). As orientações oferecidas nesse momento, particularmente em relação à amamentação, cuidados básicos e organização do seguimento, tornam-se mais eficazes quando contextualizadas à realidade social e emocional da família, influenciando positivamente todo o acompanhamento posterior (Ferrer & Grisi, 2016).

A qualificação do cuidado à criança também depende da sistematização e do registro adequado das informações obtidas nos atendimentos. O prontuário constitui instrumento

fundamental para o acompanhamento longitudinal, permitindo a compreensão da trajetória de crescimento e desenvolvimento da criança, a socialização das informações entre os profissionais e o planejamento das ações de saúde (Santos et al., 2021). A ausência de registros compromete a continuidade do cuidado, fragiliza a responsabilização profissional e inviabiliza a construção de estratégias baseadas no histórico clínico e social da criança (Lisboa et al., 2020).

No momento da consulta, a abordagem ampliada da anamnese e do exame físico possibilita compreender a criança em sua totalidade, considerando antecedentes perinatais, condições atuais de saúde, desenvolvimento, alimentação, imunização e contexto familiar. O uso sistemático de instrumentos padronizados para avaliação do crescimento e do desenvolvimento, associado à organização dos diagnósticos e planos terapêuticos, favorece a identificação precoce de agravos e a definição de intervenções proporcionais às necessidades identificadas (Pinto & Caldas, 2022; Gubert et al., 2021).

Assim, a atenção à saúde da criança, orientada por critérios de risco, vulnerabilidade e longitudinalidade, ultrapassa o modelo centrado em agravos isolados e consolida uma prática clínica mais integral, capaz de articular cuidado biológico, social e familiar. Essa abordagem fortalece o papel da Atenção Primária como coordenadora do cuidado e amplia sua capacidade de resposta às demandas contemporâneas da saúde infantil (Castro et al., 2019; Silva et al., 2020).

Organização do Seguimento Infantil segundo Estratificação de Risco na Atenção Primária à Saúde

A incorporação dos conceitos de risco e vulnerabilidade redefiniu a organização do seguimento da criança na Atenção Primária à Saúde, deslocando o cuidado de um modelo homogêneo e protocolar para uma abordagem orientada pelas necessidades específicas de cada fase do desenvolvimento infantil (Santos et al., 2018; Silva et al., 2020). O planejamento das ações de puericultura passa a considerar não apenas a idade cronológica da criança, mas também suas condições clínicas, o contexto familiar, as condições de vida no território e a capacidade organizacional da unidade de saúde, favorecendo uma distribuição mais racional e equitativa dos recursos assistenciais (Viacava et al., 2018; Castro et al., 2019).

Nos dois primeiros anos de vida, período marcado por intensa velocidade de crescimento e desenvolvimento, observa-se maior necessidade de acompanhamento, especialmente para a identificação precoce de agravos nutricionais, alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e vulnerabilidades relacionadas à imunidade e às infecções

(Brum et al., 2023; Gubert et al., 2021). A definição da periodicidade das consultas nesse período deve ser orientada pelos riscos prioritários a serem avaliados em cada momento do ciclo vital, garantindo avaliações oportunas sem a imposição de consultas excessivas e pouco resolutivas (Pinto & Caldas, 2022). Essa lógica permite concentrar esforços nos momentos críticos do desenvolvimento infantil, sem comprometer a disponibilidade da equipe para o atendimento das intercorrências agudas (Lisboa et al., 2020).

A estratificação do risco infantil contempla dimensões clínicas, nutricionais, desenvolvimentais, infecciosas e sociais, reconhecendo que tais riscos podem estar presentes desde o nascimento ou ser adquiridos ao longo do acompanhamento (Silva & Vieira, 2014). Crianças inicialmente classificadas como de risco habitual podem passar a demandar seguimento diferenciado diante de mudanças em seu contexto de vida ou do surgimento de condições clínicas e sociais desfavoráveis, o que reforça a necessidade de reavaliação contínua do risco durante o acompanhamento longitudinal (Santos et al., 2021).

No seguimento das crianças classificadas como de risco habitual, a organização das consultas prioriza momentos estratégicos do desenvolvimento, com ênfase na avaliação da vitalidade neonatal, na amamentação, na introdução alimentar, no acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor e na verificação do esquema vacinal (Pinto & Caldas, 2022; Brum et al., 2023). A centralidade da amamentação nos primeiros meses de vida orienta intervenções precoces voltadas à prevenção do desmame, enquanto o acompanhamento nutricional ao longo do primeiro ano e início do segundo ano permite identificar precocemente tanto déficits quanto excessos nutricionais, fenômenos que coexistem no atual perfil epidemiológico infantil (Gubert et al., 2021; Lisboa et al., 2020).

A vigilância do desenvolvimento infantil assume papel estruturante no seguimento da criança, utilizando marcos motores, cognitivos e socioafetivos como indicadores da qualidade do processo de crescimento (Santos et al., 2018). Alterações nesses marcos sinalizam a necessidade de intervenções precoces, evitando repercussões futuras no desempenho escolar e na vida adulta (Silva et al., 2020). Paralelamente, a imunização constitui eixo fundamental da prevenção de agravos infecciosos, sendo a verificação sistemática do cartão vacinal parte indissociável de todas as consultas de acompanhamento (Viacava et al., 2018).

A reorganização do processo de trabalho na Atenção Primária possibilita a distribuição das atividades entre os diferentes membros da equipe, com participação ampliada da enfermagem e do técnico de enfermagem nas ações programadas, sem prejuízo da qualidade do

cuidado (Santos et al., 2021). Essa organização contribui para a ampliação do acesso às consultas por intercorrências, evitando encaminhamentos desnecessários para serviços de urgência e fortalecendo a longitudinalidade do cuidado (Andrade et al., 2018; Barroso Carneiro et al., 2021).

No que se refere às crianças com risco clínico, o seguimento diferenciado após a alta hospitalar busca reduzir a mortalidade e prevenir agravos capazes de comprometer a qualidade de vida (França et al., 2017). Embora essas crianças frequentemente necessitem de acompanhamento em serviços especializados, a Atenção Primária mantém papel central na coordenação do cuidado, integrando as informações provenientes dos diferentes pontos da rede e garantindo acompanhamento regular, especialmente nos primeiros meses de vida (Macinko & Harris, 2015; Souza et al., 2019). A frequência das consultas é definida conforme a gravidade e a evolução clínica, com reavaliações periódicas do plano de cuidado (Santos et al., 2021).

O risco social configura-se como fator adicional de vulnerabilidade, frequentemente associado ao risco clínico, exigindo atuação articulada da equipe de saúde da família (Silva & Vieira, 2014). A compreensão ampliada da dinâmica familiar, das condições socioeconômicas e dos vínculos sociais permite intervenções mais eficazes, com destaque para o papel do agente comunitário de saúde na identificação precoce de situações de vulnerabilidade e no fortalecimento do vínculo entre a equipe e a família (Andrade et al., 2018). As visitas domiciliares, definidas de forma estratégica, ampliam a capacidade de intervenção e de acompanhamento dessas crianças (Souza et al., 2019).

À medida que a criança avança para as fases pré-escolar e escolar, o seguimento passa a incorporar novos eixos de atenção, relacionados à inserção em espaços coletivos, como escolas e centros esportivos (Viacava et al., 2018). A convivência em grupo modifica o perfil de adoecimento, com maior exposição a infecções respiratórias, dermatoses e situações de risco para acidentes, além do surgimento de demandas relacionadas ao comportamento, à aprendizagem e à saúde mental (Esswein et al., 2021). Queixas somáticas recorrentes, dificuldades escolares e alterações comportamentais frequentemente refletem conflitos relacionais e contextuais, exigindo uma abordagem que ultrapasse o modelo estritamente biomédico (Esswein et al., 2021).

Nesse período, as consultas programadas podem ocorrer de forma anual, desde que as consultas por demanda espontânea sejam utilizadas como oportunidades de avaliação ampliada da criança (Pinto & Caldas, 2022). O acompanhamento nutricional assume relevância crescente diante do aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade, sendo imprescindível o registro

sistemático do peso, da estatura e do índice de massa corporal, aliado à abordagem do padrão alimentar familiar (Gubert et al., 2021; Lisboa et al., 2020).

A Atenção Primária também assume papel central no acompanhamento de crianças com condições crônicas de saúde, integrando o cuidado clínico, o apoio às famílias e a articulação com serviços especializados (Macinko & Harris, 2015; Souza et al., 2019). Paralelamente, as demandas relacionadas à saúde mental infantil, frequentemente expressas por sintomas físicos inespecíficos, exigem escuta qualificada e utilização de instrumentos de abordagem familiar e comunitária, ampliando a compreensão dos determinantes do sofrimento infantil (Esswein et al., 2021).

As ações coletivas de saúde, especialmente aquelas desenvolvidas em ambientes escolares, ampliam o alcance das intervenções preventivas e promocionais, com destaque para saúde bucal, avaliação da acuidade visual e promoção de ambientes seguros (Viacava et al., 2018). A integração entre os setores da saúde e da educação potencializa os resultados dessas ações, favorecendo intervenções mais sustentáveis e contextualizadas (Castro et al., 2019).

Por fim, a avaliação da saúde da população infantil demanda a incorporação de indicadores que ultrapassem os tradicionais parâmetros de mortalidade e morbidade, contemplando aspectos relacionados ao desenvolvimento, às doenças crônicas, à saúde mental, à violência e às condições de vida (Silva et al., 2020). Esse conjunto de transformações impõe a ampliação do olhar sobre a infância, consolidando a Atenção Primária como espaço privilegiado para a construção de um cuidado integral, longitudinal e sensível às múltiplas dimensões que influenciam a saúde da criança (Castro et al., 2019; Viacava et al., 2018).

CONCLUSÃO

A análise da literatura evidencia que a trajetória da atenção à saúde da criança no Brasil foi marcada por avanços expressivos nas últimas décadas, especialmente no que se refere à redução da mortalidade infantil e à ampliação do acesso aos serviços de saúde. A queda consistente dos óbitos em menores de um ano, com destaque para o componente pós-neonatal, reflete a combinação de melhorias nas condições socioeconômicas, ampliação das políticas de proteção social e consolidação do Sistema Único de Saúde, particularmente por meio da expansão da Atenção Primária à Saúde e da Estratégia Saúde da Família. Esse conjunto de transformações permitiu ao país alcançar precocemente metas internacionais, ao mesmo tempo

em que promoveu a redução das desigualdades regionais historicamente associadas à mortalidade infantil, ainda que persistam diferenças relevantes entre regiões e estados.

Entretanto, a redução da mortalidade infantil trouxe consigo uma profunda reconfiguração do perfil epidemiológico da infância, marcada pela complexificação das demandas de cuidado. A centralidade progressiva da mortalidade neonatal, associada ao aumento da prematuridade, à maior sobrevivência de recém-nascidos de alto risco e ao avanço das tecnologias em saúde, impõe novos desafios à organização do cuidado materno-infantil. Paralelamente, a transição nutricional, o declínio das doenças infecciosas e o aumento das condições crônicas, dos agravos relacionados à saúde mental, dos problemas de desenvolvimento e dos acidentes e violências redefinem as necessidades de saúde da população infantil, exigindo abordagens mais abrangentes e longitudinalmente estruturadas.

Nesse contexto, a literatura analisada aponta que os modelos tradicionais de atenção à saúde da criança, historicamente centrados na puericultura normativa e em ações focalizadas nos primeiros anos de vida, mostram-se insuficientes para responder às demandas contemporâneas da infância. Embora essas estratégias tenham desempenhado papel fundamental na redução da mortalidade infantil, sua manutenção acrítica tende a produzir lacunas no acompanhamento de crianças em idade pré-escolar, escolar e adolescente, além de limitar a incorporação das dimensões psicossociais, familiares e territoriais que influenciam o processo saúde-doença. A persistência de práticas excessivamente padronizadas reforça a necessidade de revisão dos modelos assistenciais, de modo a alinhar as ações de cuidado às transformações sociais, epidemiológicas e demográficas observadas no país.

18

A Atenção Primária à Saúde emerge, nesse cenário, como espaço estratégico para a reorganização do cuidado à saúde da criança, ao assumir papel central na coordenação do cuidado, na vigilância do crescimento e do desenvolvimento e na articulação com outros pontos da rede de atenção. A incorporação dos conceitos de risco e vulnerabilidade redefine a lógica da atenção infantil, deslocando o foco de uma abordagem homogênea para práticas orientadas pela equidade e pelas necessidades específicas de cada criança e família. A estratificação dinâmica do risco, associada ao acompanhamento longitudinal, permite identificar precocemente situações que demandam maior intensidade de cuidado, favorecendo intervenções oportunas e integradas, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social.

A literatura revisada destaca, ainda, a importância da atuação interdisciplinar e do trabalho em equipe no cuidado à saúde da criança, com valorização do vínculo, da escuta

qualificada e do conhecimento do território. A Estratégia Saúde da Família, por sua inserção comunitária e proximidade com as famílias, amplia a capacidade de identificação de necessidades e de construção de planos de cuidado contextualizados, fortalecendo a promoção da saúde e a prevenção de agravos ao longo de todo o ciclo de vida. A integração entre ações individuais e coletivas, bem como a articulação intersetorial com áreas como educação e assistência social, mostra-se fundamental para enfrentar determinantes sociais que ultrapassam o campo estritamente biomédico.

Apesar dos avanços observados, permanecem lacunas importantes na produção científica e na organização dos serviços de saúde no que se refere ao acompanhamento longitudinal da criança após os primeiros anos de vida, à sistematização de estratégias voltadas à saúde mental infantil, ao cuidado de crianças com condições crônicas e à incorporação de indicadores que contemplem o desenvolvimento, a qualidade de vida e as condições sociais da infância. Essas lacunas indicam a necessidade de aprofundamento de estudos que avaliem a efetividade de modelos assistenciais baseados na estratificação de risco, na longitudinalidade e na coordenação do cuidado, bem como pesquisas que explorem práticas inovadoras de promoção da saúde e prevenção de agravos no contexto da Atenção Primária.

Dessa forma, a revisão da literatura permite concluir que a atenção à saúde da criança no Brasil encontra-se em um momento de transição, no qual a conquista da sobrevivência deve ser acompanhada pelo compromisso com a qualidade do cuidado, o desenvolvimento integral e a garantia de direitos. A consolidação de um modelo de atenção sensível às múltiplas dimensões da infância exige a superação de abordagens reducionistas, o fortalecimento da Atenção Primária como coordenadora do cuidado e a incorporação de práticas que reconheçam a criança como sujeito social, inserido em contextos familiares e comunitários complexos. Somente por meio dessa reconfiguração será possível responder de forma efetiva às demandas contemporâneas da saúde infantil e sustentar os avanços alcançados nas últimas décadas.

REFERENCIAS

ANDRADE, M. V.; COELHO, A. Q.; XAVIER NETO, M. et al. Transição para a cobertura universal da atenção primária à saúde no Brasil: análise dos padrões de adesão e expansão da estratégia de saúde da família do Brasil (1998–2012). *PLoS One*, v. 13, e0201723, 2018. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0201723>. Acesso em: 11 jan. 2026.

BARROSO CARNEIRO, V. C. C.; RIBEIRO DE OLIVEIRA, P. T.; RASSY CARNEIRO, S. et al. Evidências do efeito da expansão da atenção primária sobre as hospitalizações: análise

de painel de 143 municípios da Amazônia brasileira. PLoS One, v. 16, e0248823, 2021. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0248823>. Acesso em: 22 jan. 2026.

BRUM, L. W. et al. Qualidade do atendimento a crianças menores de dois anos na rede básica de saúde do Brasil em 2018: indicadores e fatores associados. Rev. Bras Epidemiol., v. 9, n. 26, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/rz6LTyvs57bnZ7mHmV9GQCG/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2026.

CASTRO, M. C.; MASSUDA, A.; ALMEIDA, G. et al. Sistema Único de Saúde do Brasil: os primeiros 30 anos e perspectivas para o futuro. The Lancet, v. 394, p. 345-356, 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31243-7/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31243-7/abstract). Acesso em: 19 jan. 2026.

ESSWEIN, G. C. et al. Ações para a saúde mental de crianças no Sistema Único de Saúde (SUS) na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa da literatura brasileira. Ciências e Saúde Coletiva, v. 26, n. 2, p. 3765-3780, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wCk557LPXv4y7KtGnPdyJ8q/?lang=pt>. Acesso em: 19 jan. 2026.

FERRER, A. P. S.; GRISI, S. J. F. E. Avaliação do acesso à atenção primária à saúde entre crianças e adolescentes hospitalizados devido a condições evitáveis. Rev Assoc Med Bras (1992), v. 62, n. 6, p. 513-523, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/KPw83W5XbBYs9TR98s43Y3F/?lang=en>. Acesso em: 19 jan. 2026.

FRANÇA, E. B.; LANSKY, S.; REGO, M. A. S. Principais causas de mortalidade infantil no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo da carga global de doenças. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 20, p. 46-60, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/PyFpwMM3fm3yRcqZJ66GRky/?lang=pt>. Acesso em: 09 jan. 2026.

GUBERT, F. A.; BARBOSA, V. C.; FILHO, J. R. et al. Qualidade da atenção primária à saúde infantil em estados da região Nordeste. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 5, p. 1757-1766, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/R4YZ8T8W7dZpdfKbKWC5KBt/?lang=pt>. Acesso em: 25 jan. 2026.

LISBOA, L. A. S. et al. Características da atenção primária e taxas de internações pediátricas no Brasil. Revista de Saúde Pública, v. 54, n. 32, 2020. Disponível em: https://revistas.usp.br/rsp/pt_BR/article/view/169017. Acesso em: 30 jan. 2026.

MACINKO, J.; HARRIS, M. J. A estratégia brasileira de saúde da família: oferecendo atenção primária baseada na comunidade em um sistema universal de saúde. New England Journal of Medicine, v. 372, p. 2177-2181, 2015. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1501140>. Acesso em: 14 jan. 2026.

PINTO JÚNIOR, E. P.; COSTA, L. Q.; OLIVEIRA, S. M. A. et al. Tendências de gastos em condições sensíveis à atenção ambulatorial em menores de cinco anos na Bahia, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, p. 4331-4338, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/Bc6sM9jHP3V35dM8kQ9cPHg/?lang=pt>. Acesso em: 27 jan. 2026.

PINTO, L. F.; CALDAS, A. L. F. R. Atenção primária à saúde infantil: a maior avaliação populacional da história do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 27, n. 8, p. 3153-3156, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Z7WpTwDPjDMJBzW7X5tScJR/?lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2026.

SANTOS, D. M. A.; ALVES, C. M. C.; ROCHA, T. A. H.; QUEIROZ, R. C. S.; SILVA, N. C.; THOMAZ, E. B. A. F. Estrutura e processo de trabalho referente ao cuidado à criança na atenção primária à saúde no Brasil: estudo ecológico com dados do programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica 2012-2018. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 30, n. 1, e2020425, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/CGG4sL7RQQKDdvQMdC6WFBt/?lang=pt>. Acesso em: 06 jan. 2026.

SANTOS, N. C. C. B. et al. Presença e extensão das características da atenção primária em diferentes modelos de cuidados de saúde infantil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 1, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/zd6tmsj4qD5VGm9xvhqtjNg/?lang=pt>. Acesso em: 25 jan. 2026.

SILVA, G. S. et al. Avaliação da atenção primária à saúde infantil no Brasil: uma revisão sistemática de métodos e resultados. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 25, n. 8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SD445xFnCbTKZV9BsXGGtCL/?lang=pt>. Acesso em: 12 jan. 2026.

SILVA; R. M. M, VIERA, C. S. Acesso aos cuidados de saúde da criança nos serviços de cuidados primários. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 67, n. 5, p. 794-802, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/CKyYTH9NX8B6SXyBRbJfZvw/?lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2026.

SOUZA, R. R. et al. Rede integral de atenção à saúde infantil no Distrito Federal – Brasil. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 24, n. 6, p. 2075-2084, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6RN6Y7QYmpt7pFHKpY65MBs/?lang=pt>. Acesso em: 28 jan. 2026.

TOMASI, E.; FERNANDES, P. A. A.; FISHER, T.; SIQUEIRA, F. C. V.; SILVEIRA, D. S.; THUMÉ, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 3, e00195815, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ltr3JY8CdWTkbxmhTTFJsNm/?lang=pt>. Acesso em: 16 jan. 2026.

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R. A. D.; CARVALHO, C. C. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1751-1762, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/8R6QRyHLFb4S7FXh8CDd5kf/?lang=pt>. Acesso em: 29 jan. 2026.