



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
COLEGIADO D CURSO DE ENFERMAGEM**

DANYELLA RIBEIRO PRATES

**TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA CRIANÇAS NO
BRASIL: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL**

SALVADOR

2025

DANYELLA RIBEIRO PRATES

**TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA
CRIANÇAS NO BRASIL: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado ao Colegiado do Curso de Enfermagem do Departamento de Ciências da Vida, Campus 1, da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), como requisito final para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Denise Santana Silva dos Santos.

Coorientadora: Prof.^a Ma. Cristina Campos dos Santos.

SALVADOR

2025

DANYELLA RIBEIRO PRATES

**TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA CRIANÇAS NO
BRASIL: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Colegiado de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia como requisito final para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.


Aprovado em: 28.07.2025

BANCA EXAMINADORA




Orientadora- Prof.^a. Dra. Denise Santana Silva dos Santos

Universidade do Estado da Bahia

Documento assinado digitalmente
 ANA PAULA CHANCHARULO DE MORAIS PEREIR.
Data: 28/07/2025 18:00:17-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

1^a Examinadora- Prof.^a Dra. Ana Paula Chancharulo de Moraes Pereira

Universidade do Estado da Bahia

Documento assinado digitalmente
 NILDO BATISTA MASCARENHAS
Data: 29/07/2025 16:22:05-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

2^o Examinador- Prof.^o. Dr. Nildo Batista Mascarenhas

Universidade do Estado da Bahia

TRAJETÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA CRIANÇAS NO BRASIL: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL

RESUMO

Introdução: Em um contexto histórico mais remoto, a saúde da criança era tratada de forma semelhante à dos adultos e tanto a sociedade representada pelas famílias quanto o Estado não reconheciam suas necessidades individuais durante o crescimento e desenvolvimento. **Objetivo geral:** Analisar a trajetória das políticas públicas de saúde da criança no Brasil nos últimos 36 anos. **Objetivos específicos:** Descrever os principais programas e estratégias implementadas voltados à saúde infantil e investigar os principais desafios enfrentados ao longo dos últimos 36 anos das políticas públicas para crianças brasileiras. **Metodologia:** Trata-se de um estudo documental de abordagem qualitativa no qual utilizou-se as fontes de dados do Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e relatórios do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) além de dados da Organização das Nações Unidas (ONU), Convenção dos Direitos da Criança (CDC) e publicações científicas sobre as políticas públicas de saúde para crianças disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) sendo acessado as bases de dados como a Scientific Electronic Library Online (SciELO), a Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Base de Dados em Enfermagem (BDENF). **Resultados:** A análise documental e bibliográfica realizada revelou avanços importantes nas políticas públicas de saúde voltadas às crianças no Brasil, especialmente a partir da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e da implementação de programas como o Programa Nacional de Imunizações, dentre outras. **Conclusão:** Ao analisar a trajetória das políticas públicas de saúde para crianças no Brasil, ficou evidente que o país construiu um arcabouço legal e programático significativo, inspirado em diretrizes internacionais e com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e promover a saúde integral para as crianças brasileiras. No entanto, as desigualdades regionais, a fragmentação do cuidado em alguns momentos, os desafios na saúde mental, a queda na vacinação, o impacto da violência e da pobreza e as lacunas na implementação efetiva das políticas continuam a ser desafios importantes para a efetivação das políticas públicas de saúde para crianças no Brasil. Estes desafios demandam respostas urgentes e coordenadas para garantir um futuro mais saudável e promissor para as crianças brasileiras.

Palavras Chave: Saúde da criança; Enfermagem; Políticas Públicas; Análise documental; Infância.

THE TRAJECTORY OF PUBLIC HEALTH POLICIES FOR CHILDREN IN BRAZIL: A DOCUMENTARY ANALYSIS

DANYELLA RIBEIRO PRATES

ABSTRAT

Introduction: In a distant historical context, child health was treated similarly to that of adults, and both society, represented by families, and the state did not recognize their individual needs during growth and development. General objective: Analyze the main objectives and challenges of public health policies for children in Brazil over the last 36 years. Specific objectives: To describe the main programs and strategies implemented for child health and to investigate the main advances and challenges faced over the last 36 years of public policies for Brazilian children. Methodology: This is a documentary study with a qualitative approach that used data sources from the Ministry of Health (MS), World Health Organization (WHO), Pan American Health Organization (PAHO), and reports from the United Nations Children's Fund (UNICEF), as well as data from the United Nations (UN) Convention on the Rights of the Child (CRC) and reports from the United Nations Children's Fund (UNICEF) as well as data from the United Nations (UN) Convention on the Rights of the Child (CRC) and scientific publications on public health policies for children available in the Virtual Health Library (BVS) accessing databases such as the Scientific Electronic Library Online (SciELO), the Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), and the Nursing Database (BDENF). Results: The documentary and bibliographic analysis carried out revealed important advances in public health policies aimed at children in Brazil, especially following the enactment of the Child and Adolescent Statute and the implementation of programs such as the National Immunization Program, among others. Conclusion: When analyzing the trajectory of public health policies for children in Brazil, it became evident that the country has built a significant legal and programmatic framework, inspired by international guidelines, with the aim of reducing infant mortality and promoting comprehensive health for Brazilian children. However, regional inequalities, fragmentation of care at times, challenges in mental health, a decline in vaccination rates, the impact of violence and poverty, and gaps in the effective implementation of policies continue to be important challenges for the realization of public health policies for children in Brazil. These challenges demand urgent and coordinated responses to ensure a healthier and more promising future for Brazilian children.

Keywords: Child health; Nursin; Public Polici; Document analysis; Childhood.

INTRODUÇÃO

Em um contexto histórico mais remoto, a saúde da criança era tratada de forma semelhante à dos adultos. Isso significa que, tanto para as famílias quanto para o Estado, não havia o reconhecimento das necessidades específicas da infância durante o processo de crescimento e desenvolvimento. A infância, portanto, não era compreendida como uma etapa fundamental do ciclo vital para a formação do indivíduo adulto (Araújo et al., 2014).

Entretanto, na Europa, com a Revolução Industrial e as transformações políticas, sociais e econômicas do século XVIII, as crianças passaram a ser vistas dentro de um contexto econômico, sendo explorada sua mão de obra devido às demandas e necessidades das fábricas e indústrias (Araújo et al., 2014).

No Brasil, o governo de Getúlio Vargas, durante o Estado Novo, marcou o início das políticas organizadas voltadas à saúde infantil. Em 1940, foi criado o Departamento Nacional da Criança (DNC), considerado um marco na história da assistência materno-infantil no país. O principal objetivo do DNC era proteger e melhorar as condições de vida e saúde das crianças, com foco especial naquelas pertencentes à classe trabalhadora emergente. Ao longo das décadas seguintes, outras políticas públicas e programas foram sendo implementados com o intuito de ampliar a cobertura e a eficácia das ações voltadas ao bem-estar da infância, especialmente a partir dos movimentos da medicina preventiva e comunitária na década de 1970 (Esperidião et al., 2021).

Apesar desses avanços institucionais, a mortalidade infantil ainda representa um dos maiores desafios da saúde pública no Brasil. Esse indicador está relacionado a uma série de fatores que afetam a criança desde o nascimento, considerando tanto sua vulnerabilidade biológica quanto as desigualdades sociais nas quais está inserida. Nos primeiros meses de vida, o sistema imunológico do bebê encontra-se imaturo, tornando-o mais suscetível a infecções e doenças. Quando essa fragilidade é agravada por condições adversas como o difícil acesso aos serviços de saúde, a ausência de saneamento básico, a alimentação inadequada, a baixa escolaridade materna e a pobreza, aumentam significativamente as chances de morte antes do primeiro ano de vida. Tais desigualdades estruturais refletem-se nas persistentes e elevadas taxas de mortalidade infantil no país (Frias; Navarro, 2013).

Por muito tempo, a saúde da criança estava associada à saúde materno-infantil. Entretanto, as décadas de 1980 e 1990 foram períodos marcantes para o desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, incluindo aquelas voltadas para a saúde da criança. A Constituição Federal de 1988 representou um marco na história do Brasil, estabelecendo transformações nos direitos de saúde. As transformações tecnológicas e avanços científicos impulsionaram as inovações dos modelos assistenciais, permitindo novas abordagens. (Araújo et al., 2014).

Diante das transformações no campo dos direitos à saúde infantil e da consolidação de novos modelos assistenciais, tornou-se evidente a necessidade de garantir condições dignas e equitativas para o pleno desenvolvimento das crianças em todo o mundo. Reconhecendo que crianças em todo o mundo ainda vivem em condições difíceis que comprometem seu desenvolvimento físico, mental e social, a Assembleia Geral das Nações Unidas instituiu, em 1989, a Convenção dos Direitos da Criança (CDC). Este marco internacional estabeleceu princípios fundamentais para a proteção e promoção dos direitos das crianças, assegurando-lhes igualdade, dignidade e bem-estar (Resolução nº 44 de 1989).

A CDC foi promovida pela United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), que destacou a importância da proteção e promoção dos direitos de desenvolvimento das crianças com a proposta da Declaração Mundial de Sobrevivência, que entrou em vigor em 1990. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado na década de 90, foi um marco significativo na garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes no Brasil. O ECA é uma legislação abrangente que estabelece os direitos fundamentais e as políticas de proteção para essa faixa etária (Almeida; Di Paula, 2021).

O ECA, instituído em 1990, trouxe uma ideia completamente nova sobre os direitos e deveres das crianças e dos adolescentes no Brasil. Antes deste estatuto, as leis de 1927 e 1979 (chamadas Códigos de Menores), a preocupação principal era com o "menor" em situação irregular ou de abandono. Assim, passou a considerar a criança e o adolescente como pessoas completas, sendo reconhecidos como sujeitos com necessidades de proteções específicas na sua integralidade. Considerando a obrigatoriedade da vacinação, O ECA, no seu artigo 14, deixa bem claro: as crianças devem ser vacinadas nos casos em que as autoridades de saúde recomendarem (Lemos, 2008; Barbieri; Couto e Aith, 2017).

As campanhas de vacinação infantil representam estratégias fundamentais na prevenção de doenças, na promoção da saúde da população e na redução da morbimortalidade, alcançando um grande número de pessoas em todo o Brasil. A vacinação é um ato obrigatório no Brasil, previsto no artigo 27 da Lei nº 6.259/75, conforme Decreto nº 78.231, em agosto de 1976, sendo dispensada da vacina apenas pessoas que apresentem contraindicação médica. O aumento nos casos de sarampo em 2019 é um exemplo alarmante do que pode acontecer quando a cobertura vacinal diminui, comprometendo a saúde das crianças brasileira (Assis; Silva; Angel, 2023).

A saúde da criança ocupa um lugar de destaque nas políticas públicas, refletindo a preocupação do Estado com estes sujeitos para a garantia dos direitos fundamentais à vida, à saúde e ao bem-estar não apenas nos aspectos físicos, mas sobretudo emocionais e mentais. Os avanços apontam importantes progressos em diversos indicadores de saúde, uma vez que as políticas e estratégias para promover a saúde da criança no Brasil foram construídas ao longo dos tempos diante do contexto e perfil epidemiológico da população infantil, com novas concepções acerca da saúde da criança (Branquinho; Lanza, 2018).

Nesse sentido, com base nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, foi criada a Agenda 2030 numa abordagem mais ampla, universal e integrada, considerando aspectos sociais, ambientais e econômicos, dentre estes: erradicação da pobreza, da fome, promoção da saúde e bem-estar, consumo e produção sustentável, redução das desigualdades. Portanto, a referida Agenda busca enfrentar as causas e consequências da vulnerabilidade humana, social e ambiental. Ela reconhece que milhões de pessoas em todo o mundo vivem em condições precárias e a pobreza representa uma das maiores expressões da vulnerabilidade social no mundo (Jubilut et al., 2020).

Nesse estudo, considera-se criança como todo indivíduo que não completou 12 anos de idade e adolescente entre 12 e 18 anos, de acordo com o ECA (Brasil, 1990).

Diante do exposto, a pergunta norteadora do estudo consiste em: Quais são os principais desafios das políticas de saúde pública voltadas para a criança no Brasil?

Este estudo é de grande relevância social, pois conhecer os principais desafios das Políticas Públicas de Saúde voltadas para crianças no Brasil permite avaliar se as

necessidades desse público estão sendo efetivamente atendidas. Além disso, possibilita verificar a eficácia das principais políticas na garantia da assistência e da atenção integral à infância, contribuindo, assim, para a construção de uma sociedade mais justa, saudável e próspera para as futuras gerações.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa documental de natureza básica com abordagem qualitativa. A pesquisa documental é um método que tem como base a utilização de documentos como fonte principal de informações por meio de publicações oficiais, diretrizes, relatórios institucionais e legislações, ou seja, documentos que inspiram credibilidade para a análise de um determinado fenômeno (Yonaha, 2024).

Esse tipo de investigação permite compreender a evolução das políticas públicas de saúde voltadas para a infância no Brasil, fornecendo um panorama detalhado dos avanços e desafios enfrentados ao longo dos últimos 36 anos.

A abordagem qualitativa neste estudo é apropriada para explorar fenômenos complexos, como a formulação e a implementação das políticas públicas de saúde. Esse método possibilita uma análise aprofundada dos documentos selecionados, permitindo identificar padrões, relações e mudanças ocorridas ao longo do tempo. Além disso, a abordagem qualitativa busca compreender as políticas de forma contextualizada, considerando fatores históricos, sociais e econômicos que influenciaram sua construção e desenvolvimento (Silva et al., 2022).

O levantamento documental foi realizado por meio de uma consulta a fontes oficiais do Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Além dessas fontes, foram analisados relatórios da Organização das Nações Unidas (ONU - Convenção de Direitos da Criança - CDC) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS), Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), além de legislações e portarias específicas que impactaram na saúde infantil no país.

Além dos documentos oficiais, foram consultadas publicações científicas disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), sendo acessadas as bases de dados como a Scientific Electronic Library Online (SciELO), a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Essas fontes complementares permitiram um embasamento teórico mais amplo, relacionando os dados documentais com estudos acadêmicos sobre o tema.

O processo de categorização foi realizado por meio da leitura exaustiva dos documentos selecionados, identificando-se os temas recorrentes e os aspectos mais relevantes para a compreensão da trajetória das políticas públicas de saúde infantil. A análise dos documentos seguiu a técnica de análise de conteúdo do tipo análise temática, conforme proposta por Bardin (2016). Esse método consiste na organização sistemática dos dados, categorização das informações e interpretação dos achados à luz do referencial teórico adotado.

Logo, ao adotar a pesquisa documental como método, este estudo possibilitou apresentar uma visão abrangente e fundamentada sobre a evolução das políticas públicas de saúde da criança no Brasil. A partir da análise dos documentos e da literatura científica, espera-se contribuir para o debate sobre os avanços conquistados e os desafios ainda presentes, oferecendo suporte para a construção de políticas mais eficazes e equitativas no futuro.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao término da busca realizada nas bases de dados, foram identificadas 130 publicações entre artigos e documentos, dos quais foram selecionadas 49 publicações que atendiam aos critérios estabelecidos para análise desta pesquisa.

Os critérios incluíram documentos oficiais categorizados nos últimos 36 anos que abordassem as políticas públicas de saúde voltadas para crianças brasileiras disponíveis em meio eletrônico. Os critérios de exclusão foram documentos sem classificação oficial ou científica e publicações fora do período estabelecido. A descrição dos principais documentos desse estudo, com base nas variáveis de interesse, está apresentada no quadro 1.

Quadro 1. Caracterização dos documentos que mais tiveram destaque nos últimos 36 anos.

POLÍTICAS/PORTARIAS/ E DECRETOS	ANO	OBJETIVO	PRINCIPAIS DESAFIOS
Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)- Ministério da Saúde (MS)	1984	Promover a saúde, de forma integral, priorizando crianças pertencente a grupos de risco e procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura dos serviços de saúde.	O modelo biomédico, apresenta importantes desafios que comprometem a integralidade e a efetividade do cuidado.
Hospital Amigo da Criança (OMS/UNICEF)	1990	Diminuir o desmame precoce e incentivar os profissionais dos hospitais a mudarem as condutas e rotinas, pautadas no modelo biomédico, responsáveis pelos elevados índices do desmame precoce.	Ausência de condições adequadas nos ambientes de trabalho para a extração e conservação do leite materno; baixa produção de leite; nível de escolaridade, dentre outras variáveis.
Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)	1990	Garantir a proteção e direitos das crianças e adolescentes no Brasil.	Desconhecimento da população sobre o ECA, descaso da sociedade que aponta como responsáveis para garantir tais direitos os profissionais da saúde, da educação e da justiça e os jovens não sabem seus direitos e deveres.
Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) (OMS/UNICEF).	1996	Promover uma rápida e significativa redução da morbidade e mortalidade na infância.	Regiões com maiores desigualdades sociais e fragilidades nos serviços de saúde e persistência de agravos infantis.

<p>Portaria Ministerial nº 693 Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – o Método Canguru- (MS).</p>	<p>2000</p>	<p>Cuidado qualificado e humanizado ao recém-nascido pré-termo, durante o pré-natal, parto e pós-parto; Fortalecer o vínculo entre mãe e bebê por meio do contato pele a pele</p>	<p>Desconhecimento dos profissionais de saúde acerca de suas atribuições responsabilidades no acompanhamento do RN no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), o que contribui para a manutenção de um modelo fragmentado de cuidado.</p>
<p>Desenvolvimento do Milênio (ONU)</p>	<p>2000</p>	<p>Reduzir dois terços da Mortalidade Infantil até o ano de 2015</p>	<p>Alta taxa de Mortalidade e diferenças regionais que revelam grandes desigualdades.</p>
<p>Portaria Ministerial nº 2.395/2009 institui a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas (MS)</p>	<p>2009</p>	<p>Priorizar o cuidado integral à criança no nascimento e à mãe enfatizando a qualidade de vida das crianças brasileiras de 0 a 10 anos.</p>	<p>Garantia do pré-natal e o parto humanizado por meio de capacitação dos profissionais para atuarem como facilitadores na promoção do vínculo entre mãe e bebê. Sensibilização dos profissionais para atuarem como facilitador na criação do vínculo.</p>
<p>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), Portaria nº1.130 (MS).</p>	<p>2015</p>	<p>Promover e proteger a saúde da criança em vários âmbitos, assegurando a atenção até os nove anos de idade.</p>	<p>Falta de médicos e demais profissionais na rede de atenção básica, superlotação da emergência pediátrica</p>

UNICEF	2019	Relatório sobre as desigualdades nas regiões brasileiras frente a garantia dos direitos da criança e dos adolescentes.	As desigualdades sociais econômicas e regionais no Brasil têm impacto direto sobre a garantia dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes. Em muitas regiões do país, em especial naquelas com menor Produto Interno Bruto (PIB) per capita, observa-se uma maior incidência de crianças vivendo abaixo da linha da pobreza monetária.
MINISTÉRIO DA SAÚDE	2022	Identificação do câncer infantil de forma precoce.	Câncer maior causa de morte de crianças no Brasil. Crianças e adolescentes vivendo na linha da pobreza.
UNICEF	2023	O relatório demonstra que entre os anos de 2019 e 2022 os índices de crianças e adolescentes vivendo na linha da pobreza obteve pouca redução devido a fatores multidimensionais como educação, saúde, assistência social.	Aumento dos índices de crianças vivendo na linha de pobreza e de crianças de 7 anos que se encontram não alfabetizadas, representando aumento de 40%.
OPAS	2024	Relatório: combate ao câncer infantil no Brasil. E combate à mortalidade infantil.	Crianças em países de alta renda têm taxas de cura significativamente maiores do que aquelas em países de baixa e média renda.

Fonte: Elaboração própria

Resgate histórico das políticas públicas nas décadas de 1984 a 2000.

No Brasil, por volta de 1984, foi implantado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) devido à necessidade de enfrentamento de diversas condições que envolviam a saúde da criança. O objetivo foi promover a saúde de forma integral, principalmente às crianças pertencentes a grupos de risco.

Neste contexto, dentre as ações, pontuam-se o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, o incentivo ao aleitamento materno e orientação alimentar saudável para o desmame, assistência e controle de infecções respiratórias e diarreicas e a vacinação. Entretanto, esses e outros direitos para promover a saúde da criança precisam ser assegurados de forma efetiva (Justino, 2019).

No âmbito internacional, em 1989, A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU). A CDC é um acordo muito importante entre vários países do mundo para garantir que as crianças tenham seus direitos respeitados e promovidos. A CDC é composta por 54 artigos que trazem uma gama de direitos às crianças, como: acesso à educação, saúde, lazer; poder participar da cultura e das tradições; ter proteção contra exploração no trabalho; ter liberdade de expressão, de pensamento e de participação; garantia de sobreviver e se desenvolver de forma saudável; acesso a alimentação, moradia e condições de vida adequadas; ser tratado com dignidade e consideração; ter autonomia e poder expressar suas opiniões (Pereira; Cunha, 2018).

No cenário de promoção da saúde infantil, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) criaram em 1990 a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) com o objetivo de enfrentar altos índices de desmame precoce resultante do modelo tradicional biomédico praticado nos hospitais, neste contexto, promovendo um atendimento mais humanizado e educativo com orientações para mães sobre a forma correta de amamentar e os benefícios do aleitamento exclusivo para seus bebês nos primeiros seis meses de vida. Entretanto, em nosso país, esta iniciativa só foi implantada em 1995 como uma política vinculada ao Sistema Único de Saúde (Justino et al., 2019).

De acordo com o Ministério da Saúde (2011), a iniciativa do aleitamento materno foi reconhecida mundialmente como fundamental na promoção da saúde infantil e prevenção de várias doenças. Dados científicos revelam que o aleitamento materno (AM) exclusivo reduz até 13% de mortes de crianças menores de 5 anos por causas evitáveis, além de proteger a mãe de doenças como câncer de mama e doenças crônicas não transmissíveis como diabetes tipo 2 e aponta relevância como estratégia de saúde pública. A aleitamento materno não representa apenas como um

ato de alimentação, mas uma prática integral de cuidado e proteção à saúde materno-infantil.

No entanto, existem desafios para a obtenção do alcance da meta exigida pela Organização Mundial de Saúde, que prevê o AM exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. Assim, alguns fatores contribuem para que esta iniciativa ainda não atinja as taxas recomendadas, apesar de que no Brasil exista um conjunto de políticas voltadas para esta questão. Dentre os fatores associados à não adesão ao aleitamento materno estão o curto período da licença maternidade; ausência de condições adequadas nos ambientes de trabalho para a extração e conservação do leite materno; baixa produção de leite; nível de escolaridade da mãe, dentre outras variáveis (Carreiro et al., 2018).

Em 1990, a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) frente aos desafios para assegurar os direitos da criança representa uma das maiores conquistas dos direitos humanos da criança no âmbito jurídico. No entanto, apesar de o ECA ter sido uma conquista histórica na proteção dos direitos de meninas e meninos no Brasil, a realidade demonstra que esses direitos ainda não são plenamente respeitados no dia a dia. Um dos maiores desafios está no desconhecimento da população, inclusive os próprios jovens ainda não sabem ao certo quais são seus direitos e deveres. Além disso, ainda existe um certo desinteresse ou descaso por parte da sociedade, como se garantir esses direitos fosse responsabilidade apenas de profissionais da área social, da educação ou da justiça. Nesse contexto, existe um risco de se perder o que foi conquistado com o ECA se a sociedade não compreender que precisa defender tais direitos (Oliveira, Medeiros e Zenardi, 2023).

Ao longo dos anos entre 1990 e 2000, os dados históricos evidenciam uma trajetória de queda progressiva da taxa de mortalidade infantil no Brasil. Em 1991, o país apresentava uma taxa de 45,2% de óbitos por mil nascidos vivos, reduzindo-se para 37,5% em 1996, 33,1% em 1998 e alcançando 29,02% em 2000. Apesar dessa tendência de redução, a mortalidade infantil manteve-se de forma mais expressiva na região Nordeste, que se destacou, em todos esses anos, como a área com os maiores índices do país (Brasil, 2014).

Em 1996, foi implantada no Brasil a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Esta proposta foi um esforço da OMS,

UNICEF e Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), baseada e adaptada para a realidade epidemiológica do Brasil, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil. Dentre outras ações, destacam-se a promoção de hábitos saudáveis, aleitamento materno, controle da desnutrição, diarreia, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, imunização e controle das infecções respiratórias (Brasil, 2002).

Entretanto, embora os avanços alcançados com a implantação da AIDPI tenham contribuído de forma expressiva para a melhoria dos indicadores de saúde infantil, ainda existem desafios a serem superados, especialmente em regiões com maiores desigualdades sociais e fragilidades nos serviços de saúde. Nesse sentido, torna-se imprescindível que os investimentos na consolidação da AIDPI sejam contínuos e orientados às necessidades de cada território, a fim de assegurar o acesso equitativo a ações de promoção, prevenção e cuidado integral, possibilitando que todas as crianças tenham condições adequadas para um desenvolvimento saudável e seguro (Ribeiro, 2025).

Araújo et al. (2014) acrescenta que, ainda que houvesse avanços direcionados às políticas públicas voltadas para as crianças no Brasil nas décadas citadas, o Ministério da Saúde percebeu a necessidade de um olhar mais atento e específico para o cuidado dos menores de um ano de idade, sobretudo os recém-nascidos, grupo considerado mais vulnerável. Neste contexto, foi instituído em 1991 o Programa de Assistência à Saúde Perinatal, dessa forma ampliando a atenção perinatal nos cuidados materno-infantis, mas priorizando o recém-nascido.

A criação do Programa Saúde da Família (PSF), também identificado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), foi um progresso na redução da mortalidade infantil, no entanto, trata-se de um modelo assistencial que se concentra nas queixas e tratamentos imediatos. Assim, o acompanhamento das crianças é realizado no modelo biomédico (médicos e enfermeiros), enquanto os familiares são colocados em uma posição passiva, limitando-se a receber orientações sem compreender a importância do acompanhamento em saúde. Nessa lógica, os profissionais acabam por adotar uma postura centrada no saber técnico, o que os distancia de um cuidado mais humanizado e subjetivo, deixando de reconhecer as particularidades,

experiências e necessidades individuais de cada criança e sua família (Damasceno et al., 2015; Ximenes Neto et al., 2011).

Na Estratégia de Saúde da Família, se destaca o papel fundamental do enfermeiro (a) no cuidado de famílias e principalmente das crianças na sua fase de crescimento e desenvolvimento, que demandam qualificação profissional. As práticas do enfermeiro no cuidado às crianças descritas no quadro 2 reforçam a importância da atuação desta profissional. As ações que emergem impactam tanto na qualidade de vida desse público quanto na redução das taxas de morbimortalidade infantil (Ximenes Neto et al., 2011).

Quando 2- Ações da enfermagem no PSF

Ações da enfermagem	Desempenhos
Assistenciais	Consultas de enfermagem em puericultura; prescrição de aerosolterapia; imunização; prescrição de terapia de reidratação oral; visita ao lar de puérpera e recém-nascido até 72 horas pós-parto; consulta de enfermagem de doenças prevalentes na infância com prescrição de medicamentos mediante protocolo; monitoramento das crianças de baixo peso; visita ao lar de crianças com necessidades especiais e/ou acamadas.
Gerenciais	Avaliação de cartões de vacinação; acompanhamento de suplementação de ferro e vitaminas A mensalmente.

Educativos	Oficinas educativas com mães sobre higiene e saúde do bebê.
Mobilização comunitária	Identificação de casos de violência contra crianças na comunidade.

Fonte: adaptada de Ximenes Neto et al (2011).

Diante disso, o enfermeiro (a) tem um papel muito importante no cuidado das famílias e, principalmente, das crianças. As ações que estes profissionais realizam têm um grande impacto tanto na melhora da qualidade de vida dessas crianças quanto na diminuição do número de crianças que ficam doentes ou morrem (morbimortalidade infantil), reforçando que os mesmos são peças-chave na ESF para garantir que as crianças recebam o cuidado adequado para crescerem saudáveis e terem uma vida melhor.

O Programa Nacional de Imunização (PNI), criado pelo MS, representa grande impacto quando se trata de erradicação de doenças e prevenção para grupo infantil. Entretanto, apesar desse avanço, desafios ainda são enfrentados na busca para cobertura universal, como: falta de infraestrutura e de profissionais qualificados, as condições socioeconômicas e desigualdade de acesso aos serviços de saúde em algumas regiões do país que se encontram vulneráveis (Silva et al., 2024).

Considerando a imunização infantil, existem desafios em relação à redução das taxas de cobertura vacinal, que representa um problema relevante de saúde pública com repercussões em âmbito mundial. Este cenário é resultante de múltiplos fatores sociais, culturais e estruturais, sendo um retrocesso no avanço das políticas de saúde. Dados da OMS em 2023 apontam que 26% da população infantil não foi vacinada em 2021 e, inclusive, o Brasil é o segundo país com maior risco do reaparecimento da poliomielite conforme o Comitê Regional de Certificação de Erradicação, da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), já que nosso país apresenta queda vacinal desde 2016 (Fiocruz, 2023).

Dando sequência às estratégias para promover melhor acesso e atendimento às crianças, em 2000 foi criado o Programa de Imunização no Pré-natal e Nascimento

no âmbito do SUS no intuito de cuidar melhor de gestantes e dos seus filhos, garantindo assim, o acesso de qualidade ao pré-natal, parto e primeiros cuidados com recém-nascido, buscando também ofertar os melhores serviços com atendimento acolhedor, humanizado e seguro, prevenindo problemas tanto para mães quanto para bebês, dessa forma promovendo saúde adequada desde o início da vida (Brasil, 2000).

Como parte das políticas públicas direcionadas à saúde materno-infantil, foi aprovada pelo Ministério da Saúde a Portaria de nº 693 de 5 de junho de 2000, normatizando e orientando a implantação do método Canguru, uma iniciativa específica para atender aos recém-nascidos de baixo peso. Este método objetiva fortalecer o vínculo entre mãe e bebê por meio do contato pele a pele. Constitui um avanço significativo no âmbito do SUS para o cuidado neonatal (Brasil, 2000).

O Método Canguru foi inserido em 2015 na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), considerando as etapas que vão desde o pré-natal com identificações de situações de risco para os recém-nascidos prematuros com peso abaixo de 1.500 kg internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com acesso irrestrito dos pais; após ganho de peso e estabilidade clínica, transferido para cuidados intermediários e, após alta, os cuidados ocorrem em domicílio com suporte da maternidade e da Unidade Básica de Saúde. Entretanto, o cuidado pós-alta ainda constitui um desafio. Essa dificuldade está relacionada, sobretudo, à falta de clareza, por parte dos profissionais de saúde, quanto às suas responsabilidades e atribuições no acompanhamento do RN no contexto da Atenção Primária à Saúde (Martins; Carvalho, 2024).

De acordo com Laurenti (2005), o Brasil se reuniu com representantes de mais de 188 países numa proposta da Organização das Nações Unidas (ONU) para discutir sobre o Desenvolvimento do Milênio (ODM), onde foram estabelecidas metas específicas para o fortalecimento da saúde da criança e redução da mortalidade infantil no período de 2000 a 2015. Esta iniciativa evidencia o compromisso do país com a referida população e ampliação do acesso aos serviços de saúde. O Brasil estabeleceu como quinta meta reduzir 2/3 da mortalidade de crianças abaixo de 5 anos no período citado.

No entanto, no Brasil, outro compromisso com as metas do Desenvolvimento do Milênio acerca da redução da mortalidade infantil em âmbito regional constitui um desafio nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, que, embora tenham apresentado avanços, ainda enfrentam dificuldades para alcançar resultados expressivos devido à desigualdade socioeconômica e ao acesso aos serviços de saúde nessas regiões, que impedem a efetivação de políticas públicas (Braz; Raiher, 2022)

Considerando o primeiro objetivo do ODM que refere-se à erradicação da extrema pobreza e da fome, entretanto, esse fato não se resume à questão econômica. Ela é um problema de ampla dimensão que envolve falta de oportunidades, de acesso à educação de qualidade, à saúde, moradia digna, segurança e liberdade para exercer plenamente os direitos civis, políticos, sociais e econômicos. Assim, ao definir metas para reduzir a pobreza, é essencial considerar os diversos contextos e dimensões do problema para que as ações realmente cheguem a quem mais precisa e promovam justiça social (Jubilut et al., 2020).

Em relação ao quarto objetivo do ODS que refere a educação pública de qualidade também previsto na Constituição Federal trata-se de um direito fundamental para o desenvolvimento de cada indivíduo. A partir disso o Brasil avançou no acesso à educação básica, especialmente para crianças e adolescentes entre 4 e 17 anos com a obrigatoriedade do ensino nessa faixa etária. Porém, ainda enfrentamos grandes desafios uma vez que faltam vagas suficientes na educação infantil (como creches e pré-escolas) e a qualidade da educação pública continua desigual e, muitas vezes, insatisfatória. A meta 4 do ODS é que até 2030 meninas e meninos devem concluir a educação básica (fundamental e médio). Isso representa um passo essencial para igualdade e desenvolvimento, mas garantir o direito à educação não é apenas promover acesso (Duarte, 2020).

Entretanto, os Objetivos do Milênio tinham metas com prazo de 15 anos e se encerravam em 2015. Neste cenário, era preciso criar uma nova agenda para dar continuidade aos avanços e corrigir falhas. Os ODM eram considerados mais restritos, com foco principalmente em países em desenvolvimento e com grande ênfase em questões sociais básicas como saúde e educação. A transição dos ODM para os ODS começou a ser construída em 2012 durante a Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável (Rio+20). Foi nesse evento que os Estados-membros

da ONU iniciaram a discussão sobre uma nova agenda global para o desenvolvimento pós-2015, onde os países perceberam que o desenvolvimento não poderia ser pensado só em termos sociais ou econômicos, mas precisava integrar também o meio ambiente, a justiça, a paz e a redução das desigualdades, tornando-se numa abordagem mais ampla e interligada (Jubilut et al., 2020).

O Cenário das Políticas Públicas de Saúde para Crianças no Brasil entre 2001 e 2015.

A Lei da Saúde Mental (Lei 10.216) e a Terceira Conferência Nacional de Saúde Mental (TCNSM) em 2001 foram marcos muito importantes para a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Antes, o modelo da assistência psiquiátrica no Brasil era baseado no tratamento no âmbito hospitalar. Após a III TCNSM, este modelo foi substituído pelo modelo comunitário e, diante disso, surgiram questionamentos a respeito da necessidade de cuidar da saúde mental de crianças e adolescentes. Por muito tempo, os problemas mentais deste público foram ignorados e tratados em locais não especializados, dispensando abordagens disciplinares (Couto, 2012).

Nesta ótica, entende-se que, assim como os adultos, as crianças também podem passar por problemas, dúvidas e dificuldades emocionais, que fazem parte da vida de qualquer ser humano. Eles podem sofrer e até mesmo adoecer mentalmente e precisam ser amparados e ter o respaldo dos serviços de saúde para seu tratamento. Diante deste contexto, um grande passo para a saúde mental de crianças e adolescentes no Brasil foi dado pelo Ministério da Saúde em 2002 por meio da portaria 336/2002, criando os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Essa portaria foi a primeira vez na história recente do SUS (Sistema Único de Saúde) que o governo federal deu uma atenção especial à saúde mental de crianças e adolescentes. As orientações contidas nessa lei demonstram que o Ministério da Saúde estava começando a colocar em prática alguns dos pontos mais importantes que foram discutidos e desejados na TCNSM (Brasil, 2002).

No entanto, apesar de representar um avanço significativo para a saúde mental, a reforma psiquiátrica deixou um vácuo em áreas críticas, como a oferta de leitos especializados, que encontra respaldo na atual realidade, investimentos

financeiros insuficientes, falta de infraestrutura nos serviços de atendimento comunitário é outro ponto crucial. Esta lacuna gera descontinuidade do tratamento e marginalização dos indivíduos que apresentam transtornos mentais. Isso requer que as políticas públicas sejam construídas com base em evidências científicas, buscando sempre resultados práticos e eficazes (Weber, Silva, 2025).

Ante o exposto, entende-se que, quando o país direciona esforços para criar leis e ações fundamentadas na ciência e focadas em melhorar a vida das pessoas, está dando um passo importante. Isso demonstra um compromisso real com a transformação das condições de vida da população, especialmente no que diz respeito à dignidade e ao bem-estar mental de milhões de brasileiros.

Diante da necessidade de ampliação da assistência à saúde da criança, o Ministério da Saúde, em 2004, instituiu a Agenda de Compromisso para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Esta iniciativa foi criada a fim de promover ações prioritárias a serem desenvolvidas na rede de atenção à saúde da criança, abrangendo todo o território brasileiro. Representa um instrumento normativo que orienta que determinadas práticas sejam executadas em caráter obrigatório nos serviços de saúde, a fim de garantir um cuidado integral e qualificado às crianças, sobretudo, fortalecer as ações de promoção, prevenção e assistência, assumindo o compromisso com a melhoria dos indicadores de saúde infantil e com a redução dos índices de mortalidade infantil no país (Brasil, 2004).

Várias são as tentativas de efetivar e ampliar a assistência à saúde infantil. Com o objetivo de promover o cuidado integral à criança desde o nascimento e à mãe, o MS instituiu em 2009 a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis. Este programa visa o cuidado ampliado que envolve as habilidades físicas, sociais e cognitivas das crianças (Araújo et al., 2015).

A Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas reconhece o ser humano como um sujeito em constante interação com o meio social em que vive. Esta concepção está alinhada com os princípios da integralidade do cuidado ao considerar que o desenvolvimento infantil não depende apenas de aspectos biológicos ou genéticos, mas resulta de uma complexa interação com fatores afetivos, emocionais, sociais, culturais e econômicos, principalmente nos primeiros anos de vida, que impactam também na saúde mental (Penello, 2012).

Em 2011, ampliando a política de saúde da criança, o MS implanta a Rede Cegonha, envolvendo toda assistência à mulher desde o ciclo reprodutivo, pré-natal, nascimento e desenvolvimento infantil até os 24 meses de vida, promovendo assistência de qualidade na sua integralidade. Representa uma crescente preocupação com a saúde da mulher e da criança e a necessidade de interação entre diferentes níveis de atenção, pois sinaliza uma tentativa de superar as lacunas e a fragmentação existentes nos serviços de saúde materno-infantil (Araújo et al, 2014).

Diante deste contexto, a menção à promoção de assistência de qualidade destaca o objetivo central da Rede Cegonha. Ao integrar diferentes níveis de atenção e profissionais de saúde, busca-se oferecer um cuidado mais qualificado e humanizado em todas as etapas. A ênfase na integralidade reforça a ideia de que a saúde é um processo contínuo e interligado, que demanda uma atenção coordenada e que considere as diversas necessidades da mulher e da criança.

A Portaria nº 1.130, do Ministério da Saúde, instituiu em 2015 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), assegurando à criança de até 9 anos de idade proteção em vários âmbitos da saúde desde a gestação, com atenção especial na primeira infância, principalmente na população mais vulnerável, promovendo condições dignas de vida e reduzindo morbimortalidade (Justino et al., 2019).

A trajetória das políticas públicas de saúde para crianças no Brasil de 2016 até os dias atuais.

Conforme relatório da UNICEF (2019) sobre as desigualdades nas regiões brasileiras frente à garantia dos direitos da criança e do adolescente, observa-se um cenário preocupante, onde uma parcela significativa das unidades federativas (6 em 27) apresentava uma alta taxa de privação de direitos, afetando mais de 90% dessa população. Assim, as desigualdades sociais e econômicas regionais no Brasil têm impacto direto sobre a garantia dos direitos fundamentais de crianças e adolescentes. Em muitas regiões do país, em especial naquelas com menor Produto Interno Bruto (PIB) per capita, observa-se uma maior incidência de crianças vivendo abaixo da linha da pobreza monetária. No entanto, o Distrito Federal e três estados do Sudeste

demonstravam uma situação mais favorável, com um percentual de privação inferior a 50%.

Entende-se que essa realidade evidencia que a privação de direitos como acesso à saúde, educação, alimentação adequada e proteção social está diretamente associada às condições estruturais e econômicas regionais. Em outras palavras, crianças e adolescentes que vivem em estados mais pobres tendem a ter seus direitos mais frequentemente negados.

Em relatório da Organização das Nações Unidas (ONU) de 2019, lançado em comemoração ao 30º aniversário da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), observam-se os avanços e desafios enfrentados pelo Brasil nos últimos 30 anos no que se refere aos direitos da criança e do adolescente. Houve redução expressiva da taxa de mortalidade infantil, com a estimativa de que 827 mil vidas de bebês foram salvas nesse período. Entretanto, o crescimento da violência armada contra a criança preta, pobre da periferia é onde o Brasil enfrenta seus maiores e mais urgentes desafios. Outro desafio são migrações. Em 2019, entre 200 mil venezuelanos refugiados no Brasil, 30% eram crianças e adolescentes. Em relação à saúde mental, dados apontam que o suicídio entre crianças e adolescentes passou de 714 em 2007 para 1.047 em 2017, tendo como principais causas o bullying e assédio.

A contextualização acima demonstra cenário de avanços importantes na saúde infantil, mas, ao mesmo tempo, expõe desafios críticos na proteção contra a violência física, especialmente entre crianças e adolescentes que vivem nas periferias, fruto da desigualdade social, além de chamar a atenção para a violência psicológica que compromete de forma demasiada a saúde mental infanto-juvenil a ponto de tirar a própria vida. É fundamental que os poderes públicos, a sociedade, as famílias e as escolas deem mais atenção a esses problemas e busquem formas de proteger e ajudar esses jovens.

Ampliando a assistência à saúde da criança, em 2022, o governo federal criou a Lei nº 14.308. Constitui um plano cujo objetivo principal é descobrir o câncer o mais cedo possível, porque quanto antes o tratamento começar, maiores são as chances de cura, que podem chegar a 80%. Esta doença representa a maior causa

de morte de crianças no Brasil (8%) do total. A Lei incentiva ações como: identificação precoce do câncer infantil; melhora na qualidade de vida; prevenção, tratamento, assistência social e cuidados paliativos, sobretudo apoio necessário para as crianças e sua família (Brasil, 2022).

A UNICEF chama a atenção para a urgência de dar mais atenção às crianças e adolescentes no Brasil, especialmente na área da educação. O relatório demonstra que, entre os anos de 2019 e 2022, os índices de crianças e adolescentes vivendo na linha da pobreza obtiveram pouca redução devido a fatores multidimensionais. Outro agravamento mostrou que dobrou o número de crianças de 7 anos que se encontram não alfabetizadas, representando aumento de 40%. É fundamental que o Brasil faça planejamentos e investimentos que coloquem em prática políticas que envolvam diferentes áreas (educação, saúde, assistência social, etc.) e que tenham investimento público suficiente e adequado, a fim de cumprir os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), melhorando a vida das pessoas (UNICEF, 2023).

Considerando o 3º objetivo do ODS, que refere-se à saúde e bem-estar conferindo a taxa de mortalidade infantil, ao analisar os dados referentes aos anos de 2021 e 2022, observa-se um aumento de 5,9% na taxa de mortalidade infantil no Brasil, contrariando a expectativa de estabilidade ou redução da mesma. Entre as regiões do país, apenas o Norte apresentou um aumento residual de 0,6%, embora continue sendo a região com a maior taxa de mortalidade infantil ao longo da série histórica. No entanto, as demais regiões apresentaram crescimentos mais expressivos no período: Sul: aumento de 8%; Sudeste: aumento de 6%; Centro-Oeste e Nordeste: ambas com aumento de 7,4%(Fundação Abrinq, 2024).

Ante o exposto, a UNICEF, neste relatório, deixa claro que a educação no Brasil se encontra em situação delicada e preocupante. Entende-se que, para garantir um futuro melhor para as crianças brasileiras e cumprir os compromissos internacionais, o Brasil precisa agir de imediato com políticas integradas e com os recursos necessários para fazê-las funcionar. A educação precisa ser uma prioridade máxima.

Em relação ao avanço na saúde da criança relacionada ao câncer infantil nos últimos anos, consta que em 2024 um passo a mais foi dado no sentido de combater

a doença em crianças e conseqüentemente a mortalidade infantil. A Cure All, no Brasil, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), é uma iniciativa que carrega consigo um forte respaldo técnico e um objetivo ambicioso: aumentar significativamente as taxas de sobrevivência de crianças e adolescentes diagnosticados com câncer. Um dos pilares centrais da Cure All nas Américas é a redução das desigualdades que existem nas taxas de sobrevivência entre países mais e menos desenvolvidos. As estatísticas mostram que crianças em países de alta renda têm taxas de cura significativamente maiores do que aquelas em países de baixa e média renda (OPAS, 2024).

Devido à crescente demanda de crianças com câncer hospitalizadas, projetos vêm sendo apresentados no sentido de humanizar cada vez mais este espaço, a fim de auxiliar na recuperação destes pacientes e ao mesmo tempo proporcionar aos profissionais de saúde um ambiente menos estressante. A arquitetura voltada para os estabelecimentos assistenciais de saúde remonta à antiguidade. Com o avanço da ciência, da tecnologia e dos meios de comunicação, especialmente nas últimas décadas, as exigências funcionais desses espaços também se transformaram. Investir na arquitetura hospitalar, humanização, considerando aspectos psicossociais, éticos e emocionais, contribui para o processo de cura (Vieira; Barbosa, 2020).

Entende-se que este cenário ressalta a importância de criar ambientes que vão além da funcionalidade clínica, buscando auxiliar na recuperação dos pacientes e, simultaneamente, proporcionando um ambiente de trabalho menos estressante para os profissionais de saúde. A evolução da arquitetura hospitalar é pertinente. Os estabelecimentos de saúde contemporâneos não podem mais se restringir a modelos antigos e frios. De fato, o avanço da ciência, da tecnologia e da comunicação trouxe novas compreensões sobre o impacto do ambiente no bem-estar físico e mental.

CONCLUSÃO

A análise da trajetória das políticas públicas de saúde para crianças no Brasil nos últimos 36 anos revela um panorama complexo de avanços notáveis e desafios persistentes. O país construiu um arcabouço legal e programático significativo, inspirado em diretrizes internacionais com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e promover a saúde integral das crianças brasileiras.

No entanto, as desigualdades regionais, a fragmentação do cuidado em alguns momentos, os desafios na saúde mental, a queda na vacinação, o impacto da violência e da pobreza e as lacunas na implementação efetiva das políticas continuam a ser desafios importantes.

O reconhecimento da criança como sujeito de direitos e a busca pela integralidade da atenção são princípios que nortearam muitos dos avanços. Contudo, a efetivação desses princípios em um país com as dimensões e as desigualdades do Brasil exige um compromisso contínuo, investimentos adequados, políticas intersetoriais robustas e um olhar atento para as necessidades específicas de cada território e grupo populacional.

Os desafios recentes, como o aumento da violência e os problemas de saúde mental, bem como a crise na alfabetização, demandam respostas urgentes e coordenadas para garantir um futuro mais saudável e promissor para as crianças brasileiras.

Embora esta pesquisa traga reflexões importantes sobre as políticas públicas de saúde voltadas para crianças no Brasil, é necessário reconhecer algumas limitações que influenciam os resultados e as análises aqui apresentadas. A pesquisa está baseada em dados e documentos de períodos específicos (últimos 36 anos), o que pode não refletir mudanças ainda não documentadas oficialmente.

A escassez ou dificuldade de acesso a dados atualizados e detalhados, especialmente em âmbito municipal ou regional, pode comprometer a análise mais aprofundada da efetividade das políticas em diferentes contextos do país.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Artur Felipe Queiroz; SILVA, Karen Larissa Ferreira da; ANGEL, Douglas J. Políticas de vacinação e a reemergência da poliomielite e do sarampo no Brasil. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**. Volume 5, 2023. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/261/342>. Acesso em: out. 2024.

ALMEIDA, Geovanna Barbosa de; DE PAULA, Gil César Costa. **Exploração sexual de crianças e adolescentes e pornografia Infantil**. Artigo Científico apresentado à Escola de Direito e Relações Internacionais para obtenção do título de Bacharel em Direito, 2021.

ANDRÉ, Cechinel et al., Estudo/análise documental: uma revisão teórica e metodológica, **UNESC**, Criciúma, v. 5, nº1, 2016. Disponível em: <https://www.periodicos.unesc.net/ojs/index.php/criaredu/article/view/2446/2324>. Acesso em: 2 abr.2025.

ARAÚJO, Juliane Pagliari et al., História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm**. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rBsdPF8xx9Sjm6vwX7JLYzx/?format=pdf>. Acesso em: 12 jan. 2025.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BARBIERI, Carolina Luisa Alves; COUTO, Márcia Thereza; AITH, Fernando Mussa Abujamra. A (não) vacinação infantil entre a cultura e a lei: os significados atribuídos por casais de camadas médias de São Paulo, **Brasil. Cad. Saúde Pública**. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cspa/a/NDSjRVcpw95WS4xC?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: abr. 2025.

BRAZ, Sarah Geciellen Cabral; RAIHER, Augusta Pelinski. Redução da mortalidade infantil e cumprimento do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio 4 no Brasil. **Economía, Sociedad y Territorio**, vol. xxii, núm. 68, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org.mx/pdf/est/v22n68/2448-6183-est-22-68-265.pdf>. Acesso em: abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS**. [s.d.]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 12 mar.2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**. 2. ed. rev. Brasília, 2002.

BRASIL. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: abr. 2025.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 569**, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000

BRASIL. Ministério da saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004.

BRANQUINHO, Sabella Duarte; LANZA, Fernanda Moura. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2018. Disponível em: <https://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/2753/1980>. Acesso em: fev. 2025.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. **Secretaria de Vigilância em Saúde** | Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf. Acesso em: abr. 2025.

CARREIRO, Juliana de Almeida et al. Dificuldades relacionadas ao aleitamento materno: análise de um serviço especializado em amamentação. **Acta Paul Enferm.** 2018. Acesso em: abr. 2025.

COUTO, Maria Cristina Ventura. **Política de saúde mental para crianças e adolescentes: especificidades e desafios da experiência brasileira (2001-2010)**. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Mental, 2012.

DAMASCENO, Simone Soares et al., Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9y97dqhzbFyhcvvYprvrbVx/?format=pdf>

DIÁCOMO, Murillo José; DIÁCOMO, Ildéara de Amorim. Estatuto da Criança e do Adolescente Anotado e Interpretado. **Fundação da Escola do Ministério Público de Paraná**. Curitiba, 2017. Disponível em: <https://marumbi.pr.gov.br/documentos/concurso/23.pdf>. Acesso em: jul. 2025.

DUARTE, Clarice Seixas. Educação Pública universal de qualidade na agenda 2030 e na Constituição Federal De 1988: metas convergentes, resultados cada vez

mais distantes. **Direitos Humanos e Vulnerabilidade e a Agenda 2030**, 2020. Acesso em: jul. 2025.

ESPERIDIÃO, Monique Azevedo et al., A infância como objeto de análise política em saúde. **Observatório de Análise Política em Saúde**, 2016. Salvador Bahia. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/hpttj/pdf/teixeira-9788523220211-10.pdf>. Acesso em: 12 set. 2024.

FIOCRUZ. **Projeto indica como reverter queda na cobertura vacinal**, 2023. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/projeto-indica-como-reverter-queda-na-cobertura-vacinal>. Acesso em: abr. 2025.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **Um retrato da infância e adolescência no Brasil**, 2024. Disponível em: <https://fadc.org.br/noticias/retrato-infancia-adolescencia-brasil-2024>, Acesso em: abr. 2025.

FRIAS, Paulo Germano de; NAVARRO, Leila Monteiro. **Crianças: sujeitos de direito e sua vulnerabilidade**. Publicação Fiocruz. 2013. Disponível em: https://materiais.ead.fiocruz.br/qualificacao-profissional/vigilancia-do-obito-maternolInfantilfetal/percurso/documents/3_Criancas_sujeitos_de_direito_e_sua_vulnerabilidade.pdf. Acesso em: jul. 2025.

JUSTINO, Dayane Caroliny Pereira et al., Avaliação histórica das políticas públicas de saúde infantil no Brasil: revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17946/11744>. Acesso em: 5 abr 2025.

JUBILUT, Líliliana Lyra et al., **Direitos Humanos Vulnerabilidade e a Agenda 2030**. Editora da Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, Roraima, 2020. Acesso em: jul. 2025.

YONAHA, Tábata Quintana. A pesquisa documental como ferramenta metodológica na linguística aplicada. **Rev Delta**, 2024. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/delta/article/view/63694>. Acesso em: 12 set. 2024.

LAURENTI, Ruy. Objetivos de desenvolvimento do milênio. **Rev Assoc Med Bras** 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/Gkjrmw7MMS58H55S9dYDXrm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em abr. 2025.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira. O Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil atual. **Psicologia Política**, 8(15), 2008. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v8n15/v8n15a07.pdf>. Acesso em: abr. 2025

MARTINS, Willian Silva; CARVALHO, Vânia Cristina Costa de Vasconcelos Lima. A implantação da terceira etapa do método canguru: desafios e potencialidades. **Ciências da Saúde**, Volume 28 Edição 134, 2024. Disponível em: <https://revistaft.com.br/a-implantacao-da-terceira-etapa-do-metodo-canguru-desafios-e-potencialidades/>. Acesso em; abr. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Iniciativa hospital amigo da criança**. Brasília, Distrito Federal, 2011. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca.pdf. Acesso em: abr.2025.

PORTARIA nº **693** de 5 de julho de 2000. Disponível em: <https://cvs.saude.sp.gov.br/zip/Portaria%20GM%20MS%20n%C2%BA%20693,%200%20de%2005jul00.pdf>. Acesso em> abr.2025.

LEI Nº 14.308, que cria a **Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/governo-federal-cria-politica-nacional-para-o-cancer-infantojuvenil>. Acesso em: abr. 2025.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA CRIANÇA. **Orientações para implemetação**. Brasília, 2018. Acesso em: abr. 2025.

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DA CRIANÇA. **Orientações para implementação**. Brasília, 2018. Acesso em: abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE-OPAS. **Brasil relança iniciativa Cure All e reafirma compromisso no combate ao câncer infantojuvenil**. 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/26-6-2024-brasil-relanca-iniciativa-cure-all-e-reafirma-compromisso-no-combate-ao-cancer>. Acesso em: abr. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS-ONU. **Relatório destaca progressos e desafios sobre direitos da criança no Brasil**. 2019. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2019/11/1694311>. Acesso em: abr. 2025.

PENELLO, Liliane Mendes et al., Estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis Primeiros Passos para o Desenvolvimento Nacional. **Comunicações de pesquisa**, 2012. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/trivium/v3n2/v3n2a11.pdf>. Acesso em: abr. 2025.

PEREIRA, Pedro Roberto da Silva; CUNHA, José Ricardo. 30 anos do ECA: direitos infanto-juvenis. Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente- **CEDECA**. 2018. Disponível em: <https://heberttomazine.com/wp->

content/uploads/2024/04/CEDECA-RJ-ECA-30-Anos.pdf#page=40. Acesso em: abr. 2025.

WEBER, César Augusto Trinta; SILVA, Antônio Geraldo da. Saúde mental no Brasil: desafios para as políticas públicas e legislação. **Debates em Psiquiatria**, Rio de Janeiro. 2025.

RESOLUÇÃO Nº 44. **Convenção sobre os Direitos da Criança**, 1989. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convidir_crianca.pdf. Acesso em: abr. 2025.

RIBEIRO, Ana Clara Silva et al., Surgimento da política de atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) E seu impacto no desenvolvimento infantil. **Ciências da Saúde**, V o l u m e 29 - Edição 142, 2025. Disponível em: <https://revistaft.com.br/surgimento-da-politica-de-atencao-integrada-as-doencas-prevalentes-na-infancia-aidpi-e-seu-impacto-no-desenvolvimento-infantil/>. Acesso em abr. 2025.

SILVA, Daniele Coriolano da et al., Características de pesquisas qualitativas: estudo em teses de um Programa de pós-graduação em educação. **Educação em Revista Belo Horizonte**|v.38,2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/edur/a/vfYpxdK_hR6BBSrf3YpSHjqz/?format=pdf. Acesso em: 28 de set.

SILVA, Luciano Cicero da et al., Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: uma revisão de literatura. **Europub Journal of Health Research**, v.5, n.2, 2924. Disponível em: <https://ojs.europublications.com/ojs/index.php/ejhr/article/view/5664>. Acesso em: abr. 2025.

UNICEF. **As desigualdades regionais**, 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/desigualdades-regionais#mapa>. Acesso em: abr. 2025.

UNICEF. **Pobreza multidimensional na infância diminui, mas analfabetismo aumenta no Brasil, alerta UNICEF**, 2023. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/pobreza-multidimensional-na-infancia-diminui-mas-analfabetismo-aumenta-no-brasil>. Acesso em: abr. 2025.

XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães et al. Práticas do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção à Saúde da criança, Cariré – Ceará. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.11, n.1, São Paulo, 2011. Disponível em: https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-S1676-3793201100002/2238-202X-sobep-S1676-3793201100002.pdf. Acesso

em: abr. 2025.

VIEIRA, Gabriela Ferreira; BARBOSA, Catarina. **COPE- CENTRO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA**. A influência da arquitetura no processo de cura, 2020. Disponível em: <https://seer.uniacademia.edu.br/index.php/ATR/article/view/3664/2643>. Acesso em: abr. 2025.