

A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal, Brasil

The integral child health care network in the Federal District – Brazil

Renilson Rehem de Souza (<https://orcid.org/0000-0003-3029-8031>)¹

Martha Gonçalves Vieira (<https://orcid.org/0000-0002-0235-0384>)²

Cláudio José Ferreira Lima Júnior (<https://orcid.org/0000-0003-0941-3429>)²

Abstract *The National Policy for Integral Child-Health Care (PNAISC), established by Ordinance GM/MS No. 1,130, of August 5, 2015, covers child health care under an integral approach, and gathers actions in health care, promotion and prevention in seven strategic axes, across the different levels of care. The aim of this article is to report the development of health care in the Federal District, within the scope proposed by PNAISC and based on the guiding principles of the Unified Health System. The actions developed in each axis are described after the presentation of the assistance network of the Federal District State Health Secretariat (SHS/DF) and a brief history of child health care and its challenges, with the approach of the strategies developed for the establishment of a care network focused on integral child health care.*

Key words *Child, Adolescent, Public policies, Health care, Health services*

Resumo *A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da criança, estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, abrange o cuidado da criança sob uma ótica integral, e reúne ações de atenção, promoção e prevenção em saúde em sete eixos estratégicos, de maneira transversal nos diferentes níveis de atenção. O objetivo deste artigo é relatar o desenvolvimento da atenção à saúde da criança no Distrito Federal, dentro dos eixos propostos pela PNAISC e fundamentado nos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde. As ações desenvolvidas em cada eixo são descritas após apresentação da rede de assistência da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF e um breve histórico da atenção à saúde da criança e seus desafios, com a abordagem das estratégias desenvolvidas para o estabelecimento de uma rede de atenção voltada para a assistência integral à saúde da criança.*

Palavras-chave *Criança, Adolescente, Políticas públicas, Atenção à Saúde, Serviços de saúde*

¹ Hospital da Criança de Brasília. SAIN Lote 4B, Asa Norte. 70071-900 Brasília DF Brasil.
renilson.rehem@gmail.com

² Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Brasília DF Brasil.

Introdução

Inúmeros são os relatos produzidos na literatura especializada, discutindo os modelos de atenção à saúde de uma maneira geral¹⁻³. No entanto, raros são os estudos dirigidos a compreender e a discutir a organização do sistema de saúde na perspectiva da atenção integral à saúde da criança⁴. Considerando o processo de reorganização da rede de atenção no Distrito Federal no que tange à saúde da criança, é oportuno refletir sobre a evolução das políticas e dos impactos das experiências desenvolvidas até o presente, visando subsidiar as necessárias transformações futuras. O objetivo deste estudo é apresentar uma síntese das políticas públicas que disciplinam a atenção integral em pediatria no Brasil e uma análise crítica da estruturação da atenção pediátrica no Distrito Federal.

A Constituição Federal de 1988⁵ trouxe benefícios e avanços quanto aos direitos sociais destacando-se a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS. No art. 196 estabelece que *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*. Esta garantia constitucional de acesso universal e igualitário demarca a existência de um sistema público de saúde para todos e não apenas para os mais necessitados. Encerra o fim de uma era em que os brasileiros estavam divididos quanto ao direito a saúde, em classes de cidadãos de primeira, os que tinham direito ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS e, de segunda, os indigentes, sem nenhum direito.

Os constituintes apontaram a necessidade de construção de Redes de Atenção (Art. 198 da Constituição) estabelecendo que as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com diretrizes pré-estabelecidas. Definiram, como uma das diretrizes, o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Além de construir um Sistema de Saúde de acesso universal, assegurou, ao longo dos ciclos de vida, a atenção integral à saúde.

No processo de implantação do SUS são visíveis os avanços obtidos com relação ao princípio da Universalidade. No entanto, o mesmo não pode ser dito em relação ao princípio da Integralidade. Talvez dentre os princípios e diretrizes do

SUS, o da integralidade seja o de realização mais complexa e que requeira a atenção organizada em Rede que tenha a Atenção Primária como coordenadora. Na Lei Orgânica da Saúde, (Lei 8.080, de 19/09/1990) houve o detalhamento do significado da *integralidade da assistência* como princípio do SUS, sendo esta entendida *como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema*⁶.

Ainda no processo de construção aparentemente contraditório, porém rico em fomentar processos criativos e solidários, a partir do ano de 2007, o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Osvaldo Cruz (IFF/Fiocruz) optaram por iniciar um trabalho conjunto, em consonância com o artigo 227 da Constituição Federal¹, e também com o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990⁷, visando à formulação e implantação de uma política nacional voltada para a atenção integral à saúde da criança. Isso a partir da compreensão fomentada pela Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS) de que *os padrões saudáveis para a vida são construídos desde os seus primórdios, com uma primeira infância favorecedora do desenvolvimento infantil pleno*⁸.

Material e métodos

Desenvolvendo uma análise do percurso histórico específico da construção de políticas para a atenção integral à saúde da criança no Brasil, os autores apresentam uma revisão narrativa da literatura e dos marcos legais. Analisam a atenção pediátrica no Distrito Federal no processo de reorganização da atenção à saúde da criança no âmbito distrital, fundamentados em documentos técnicos e institucionais da Secretaria de Saúde do DF. Analisam os resultados obtidos, bem como os limites e os desafios atuais. Finalizam com uma análise crítica sinalizando para oportunidades de melhorias.

A partir de 2011, durante 3 anos, 13 encontros e a imersão coletiva no tema, reuniram representantes do Ministério da Saúde, dos Estados, do DF e das capitais brasileiras que, subsidiados por uma metodologia colaborativa desenvolvida pela EBBS, em parceria com a Coordenação Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (CGSCAM/MS) e outros parceiros, num processo intenso de escuta, debates

e deliberações, trabalharam para a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do Sistema Único de Saúde – PNAISC/SUS-Portaria GM MS Nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Como um marco referencial ela traz um conjunto de ações programáticas e estratégicas para o desenvolvimento da criança, organizada em sete eixos estratégicos⁹.

A atenção Integral à Criança na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde

A implementação da PNAISC considera o contexto da evolução epidemiológica das condições de saúde pediátricas que, no Brasil, a exemplo de outros países em desenvolvimento, tem um crescente incremento de condições crônicas, coexistindo com causas externas e doenças infecciosas. As condições crônicas exigem um desenho de sistema de saúde, que à luz das evidências científicas de países que trilharam esse caminho (EUA, Canadá, Reino Unido, entre outros) responde melhor às necessidades da população de se integrar longitudinalmente às atenções primária, secundária e terciária. Esse desenho opõe-se ao modelo vigente estabelecido pelo SUS, que à época era pautado na atenção a condições agudas e, portanto, é episódico, fragmentado e reativo. Os ensinamentos de países que desenvolveram redes de atenção à saúde revelam economia de escala, otimização de recursos, acesso facilitado e melhoras qualitativas na experiência do usuário¹.

O conceito de Redes de Atenção à Saúde (RASs) está completando um século. Foi descrita no Relatório Dawson, de 1920, que teve como pontos essenciais: a organização da atenção integrando a medicina preventiva e curativa, o papel central do médico generalista, a porta de entrada na atenção primária, a atenção secundária prestada em unidades ambulatoriais e a atenção terciária. Foi a base para a implementação do Sistema de Saúde do Reino Unido, quase 30 anos depois, e fonte de inspiração para os sistemas unificados de saúde de vários países¹⁰.

A Organização Pan-Americana da Saúde elaborou um documento sobre redes integradas de serviços de saúde que faz uma análise crítica dos sistemas fragmentados e de suas causas. Conceitua os sistemas integrados de serviços de saúde e identifica suas diferentes modalidades, estabelece seus atributos essenciais, define os instrumentos de política pública e os mecanismos institucionais para conformá-los e propõe uma rota para a implantação desses sistemas na Região das Américas¹¹.

No Brasil, o Ministério da Saúde estabeleceu as bases para a adoção das RASs, definiu o conceito e os princípios, formulou um processo de transição por meio dos territórios integrados de atenção à saúde e linhas de cuidado. Propôs as diretrizes para sua implantação, na perspectiva de que as redes são o instrumento de garantia do direito, ampliando acesso e diminuindo desigualdades^{1,2}.

Integralidade da atenção

Para tratarmos da Rede de Atenção Integral à Saúde da Criança, precisamos considerar, em especial, a Integralidade da Atenção. Dentre as bandeiras de luta pela Reforma Sanitária Brasileira, que era baseada nas críticas às práticas, às instituições e à organização do sistema de saúde, estava a bandeira da integralidade^{12,13}.

A integralidade é um substantivo feminino que significa “a reunião de todas as partes que formam um todo: totalidade, completude”. Incorporada ao sistema como princípio, a noção de Integralidade está presente em vários níveis das discussões e das práticas na área da saúde. Ela passa pelo comportamento dos profissionais, pelas relações dessas equipes com a rede de serviços como um todo, pelas políticas públicas e por um desenho de sistema preparado para entender e, a partir daí, atender às demandas e necessidades das pessoas.

A integralidade como princípio articulador no SUS, visa à promoção da saúde e à assistência à saúde. Para que este princípio se torne uma realidade, se faz necessário uma reorganização do modelo de assistência vigente. De acordo com o texto constitucional, aperfeiçoado e complementado pela Lei Orgânica da Saúde, a assistência à saúde pelo SUS deve abranger tanto as ações assistenciais ou curativas quanto, e prioritariamente, as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças⁶. Aparentemente, para os constituintes, este todo seria formado por atividades segmentadas em preventivas e serviços assistenciais. Por outro lado, na perspectiva dos usuários, a atenção integral à saúde tem sido frequentemente associada ao tratamento humanizado, respeitoso, digno, com qualidade e acolhimento.

Para Viegas e Penna¹⁴, a integralidade é uma rede de serviços com diversos níveis de complexidade e competências, em que se realiza a integração entre as ações nos diversos níveis e satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo. Destaca-se aqui a atuação decisiva dos

gestores que organizam os serviços de saúde e estabelecem articulações favorecedoras de uma integralidade entre os diferentes níveis de complexidade e competências de uma rede de serviços de saúde.

A construção da integralidade não acontece em um lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas em ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial¹⁵. Para Reis e Andrade¹⁶, a organização e a articulação entre os serviços e a integralidade configuram-se de forma a se ter um sistema que seja integrado em todos os seus níveis de complexidade. Integração é entendida como uma rede de serviços que funcione de modo a dar condições de acesso e que seja resolutiva para os problemas apresentados e para os fatores de risco que afetam a qualidade de vida da população. Inclui a articulação entre os serviços públicos e privados, bem como todas as instituições¹⁵.

Para Penello e Rosário¹⁷, o êxito das políticas públicas de redução de miséria e pobreza, associado à expansão da cobertura da atenção primária à saúde contribuem com a melhoria das condições de saúde das crianças. No entanto, a integração dos serviços em rede é necessária para garantir a integralidade da atenção à saúde.

O Distrito Federal está passando por um processo de reorganização do modelo assistencial, em que busca organizar o sistema na lógica de Rede de Atenção à Saúde, com a atenção primária à saúde no centro, como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção, no modelo da Estratégia de Saúde da Família.

A rede de atenção integral à saúde da criança no DF

A atenção à saúde da criança se desenvolve na Rede Pública do DF em 168 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 11 policlínicas, 3 Centros de Atenção Psicossocial infantil, 2 Centros Especiais de Reabilitação, 11 Centros de Especialidades Odontológicas, 1 casa de parto e 16 hospitais. Há 10 serviços de emergência e internação pediátrica hospitalar, 6 Unidades de Terapia Intensiva (UTIN) e 9 Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) e 4 Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). O atendimento ambulatorial especializado é realizado no Hospital da Criança de Brasília José de Alencar (HCB), nas policlínicas e nos ambulatorios hospitalares da rede.

Histórico

1990 -2009

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) foi implantado na SES-DF no ano de 1994. O PAISC atuava no desenvolvimento das ações de promoção, prevenção e assistência à saúde infantil, na redução da morbimortalidade, na promoção do acesso, da equidade e da integralidade. As ações básicas de saúde eram desenvolvidas nas 15 regionais de saúde, com destaque, para o incentivo ao aleitamento materno, o controle e a avaliação das infecções respiratórias agudas e das doenças diarreicas, incluindo a terapia de reidratação oral.

Na década seguinte, foram incorporadas ações como a realização do Teste do Pezinho, o Projeto Canguru, a Estratégia Amamenta Brasil (EAB) e a vigilância ao óbito. Buscou-se a uniformidade de ações e protocolos em todas as UBS, com monitoramento de indicadores de saúde, numa época que a mortalidade infantil no DF estava em 22,1 (ano: 1994). Desde então apresenta tendência de queda (Gráfico 1).

2010-2015

O Hospital da Criança de Brasília José de Alencar (HCB) é resultado de uma iniciativa da sociedade por meio da Associação Brasileira de Assistência às Famílias de Crianças Portadoras de Câncer e Hemopatias, que construiu e equipou a primeira etapa e doou-o ao Governo do Distrito Federal, passando a integrar a rede de hospitais públicos do DF. Foi inaugurado em 21 de novembro de 2011 e concentrou o atendimento pediátrico ambulatorial terciário especializado da rede e de internação em onco-hematologia, através de contrato de gestão com o Instituto do Câncer Infantil e Pediatria Especializada (ICIPE).

Em 18 de maio de 2012 o Hospital Regional da Asa Sul passa a se chamar Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), e em 17 de abril de 2018 passa à categoria de Unidade de Referência na Rede de Saúde do DF, consolidando seu papel como referência no atendimento à mulher e à criança, especialmente nas áreas de obstetrícia de alto risco, reprodução humana, neonatologia, cirurgia pediátrica, infectologia pediátrica e terapia intensiva materna e pediátrica, além de emergência pediátrica 24h.

No segundo semestre de 2011, o DF, em consonância com as políticas do MS e buscando qualificar a atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal e à criança nos dois primeiros anos de vida, adere oficialmente à Rede Cegonha,

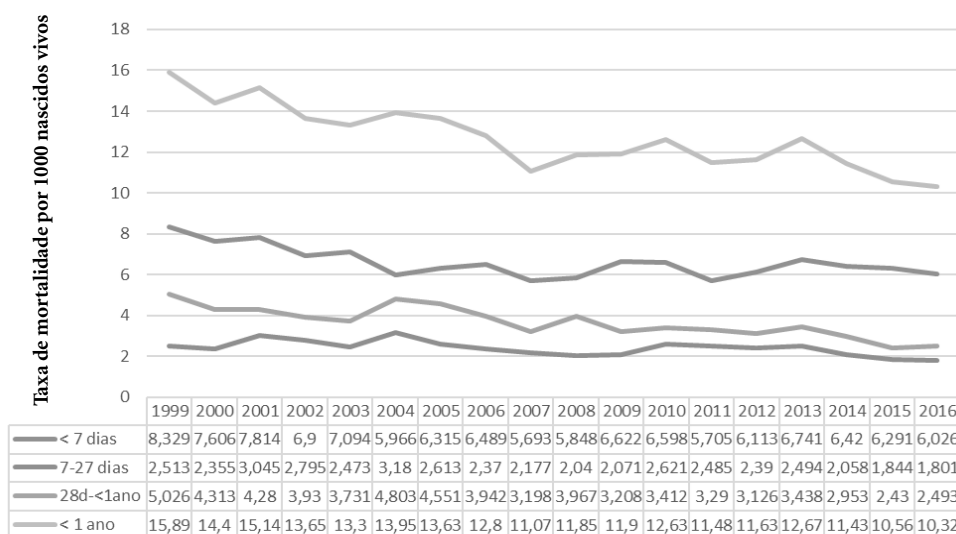


Gráfico 1. Taxa de mortalidade infantil, neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal – DF, 1999-2016.

Fonte: GLAS/SVS/SES/DF.

instituída no âmbito do SUS pela Portaria GMS N° 1459, de 24 de junho de 2011¹⁸. Como ações prioritárias destacaram-se a implementação da triagem sorológica da gestante; a realização de diversos encontros (seminários, fóruns e oficinas) de pactuação, sensibilização e capacitação para os servidores, com foco na melhora na assistência pré-natal, no modelo de assistência ao parto e nascimento e no seguimento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Se por um lado houve ações estruturantes na atenção à saúde da criança, os anos de 2010-2015 assistiram a uma progressiva diminuição do funcionamento das emergências pediátricas, tanto em UPAs como em hospitais. A carência de profissionais nesses serviços levantou um sinal de alerta, uma vez que comprovadamente já havia dificuldade de acesso ao atendimento sob demanda espontânea às crianças na APS, onde os pediatras atendiam uma população não territorializada sob a lógica da demanda programada em modelo convencional. Adicione-se a este cenário de baixa cobertura territorial da APS, a dificuldade na inserção da população infantil como um grupo prioritário, em especial nos primeiros anos de vida, por parte de muitas equipes da ESF, assim como a persistente restrição no atendimento de crianças que, sob demanda espontânea, buscavam assistência. A lotação nas emergências pediátricas, especialmente nos perí-

odos de sazonalidade viral respiratória, passou a sobrecarregar os serviços, com prejuízo ao atendimento dos casos graves ou críticos e o desgaste das longas horas de espera daqueles com menor gravidade. Nesse contexto, o ambiente de trabalho tornou-se permeado de relações conflituosas e conseqüentemente pouco atraente aos novos pediatras, egressos de programas de residência locais ou de outros estados, resultando em falta de pediatras para o atendimento emergencial dessa faixa etária¹⁹.

Em 2010 havia 13 emergências pediátricas hospitalares ativas no DF, algumas já com dificuldade em manter o funcionamento integral por incompletude das escalas. Com a adesão à Rede de Urgências e Emergências, em 2011, o DF inaugurou quatro Unidades de Pronto Atendimento – UPA 24h e passou a contar com 17 pontos de atenção para urgências pediátricas. No entanto, em pouco tempo, perdeu-se a força de trabalho, devido às exonerações recorrentes, aposentadorias e baixa adesão de novos pediatras aos cargos públicos, resultando em progressiva inativação de serviços recém-abertos. Entre 2011 e 2016 todas as UPAs do DF e três serviços de emergência hospitalar fecharam o atendimento em pediatria enquanto outras emergências passaram a funcionar de forma intermitente.

A carência de pediatras associada à baixa resolutividade da APS, ambos conseqüentes a um

modelo de atenção fragmentado e pouco resolutivo, levou a um cenário de desassistência à criança, não obstante os constantes investimentos em saúde. A peregrinação dos pais em busca de pronto atendimento passou a ser uma constante, levando à superlotação dos hospitais estruturados e à insatisfação da população, com repercussões negativas na mídia, órgãos de controle e de classe. Notou-se aumento do adoecimento dos pediatras das emergências, com afastamentos e restrições laborais, e dificuldade crescente em fixar profissionais, especialmente nas áreas vulneráveis do DF.

Constatou-se evidente desequilíbrio na distribuição da força de trabalho pediátrica nos serviços da SES/DF, com maior concentração de pediatras na área central, fechamento de leitos de internação pediátrica em hospitais regionais e baixa produtividade e resolutividade na APS. Encaminhamentos para as consultas ambulatoriais em especialidades pediátricas tornaram-se mais frequentes, com aumento exponencial do tempo de espera por consulta nessas especialidades, evidenciado pelo sistema de regulação ambulatorial.

Neonatologia e terapia intensiva pediátrica

A primeira UTI neonatal pública no DF foi inaugurada em 1986, no HMIB. O crescimento desta área de atuação pediátrica nas últimas duas décadas resultou na presença majoritária de neonatologistas titulados ou com experiência prática atuando dentro das unidades neonatais. Esse movimento qualificou o cuidado ao recém-nascido (RN) de alto risco, mas trouxe a dificuldade em manter o atendimento ao RN de risco habitual por pediatras, chegando a ocorrer questionamento judicial por parte de pediatras que não se consideravam qualificados para atender em sala de parto. Desde então, os editais para concurso público para pediatra especificam o atendimento em sala de parto e alojamento conjunto, mas há baixa adesão desses profissionais à carreira pública no DF, resultando na interrupção do atendimento ao nascimento em várias maternidades públicas, de forma intermitente ou por períodos prolongados, com impacto negativo para a população.

O atendimento nas UTIs pediátricas passa por dificuldades análogas, resultando em redução da capacidade instalada da rede pública para a criança que necessita de cuidados intensivos. Observa-se aumento do tempo de espera pelo leito de UTI, com permanência da criança grave

em leitos de pronto socorro infantil, contribuindo para aumento da carga de trabalho e do risco aos pacientes nessas unidades.

O Projeto de atenção integral à saúde da criança (PNAISC-DF)

A partir de 2015, a Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS) da SES-DF com a intenção de promover a organização das ações e serviços de atenção à saúde da criança, fomentou a discussão entre as áreas afins dessa temática, nos diferentes níveis de atenção, norteada para a integração dos diversos serviços como caminho para qualificação e melhoria da assistência à criança e ao adolescente no DF. Após 10 meses, esses encontros culminaram com a definição de um projeto estratégico para a implantação da PNAISC no âmbito do SUS no DF (PNAISC-DF). Foi definida pelo menos uma ação prioritária relacionada a cada um dos sete eixos estratégicos dessa Política: I - atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; II - aleitamento materno e alimentação complementar saudável; III - promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; IV - atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; V - atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; VI - atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; e VII - vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno.

Eixo I

O Manual de Atenção à Saúde da Criança com normas e procedimentos para o atendimento às crianças no âmbito da APS foi publicado em 2006 para a orientação dos profissionais que lidam com a população deste ciclo de vida e organização dos serviços.

Em consonância com a construção da PNAISC e como uma estratégia de visualização e organização do trabalho coletivo nas unidades de saúde, em 2014 a SES-DF publicou os protocolos de saúde da criança no âmbito da APS e de atenção à saúde de adolescentes revisados e ajustados em 2016. Destaca-se nesse eixo o trabalho conjunto do Grupo Condutor Central da Rede Cegonha e Regiões de Saúde do DF para a implementação da Alta Segura do RN das maternidades, que contempla o agendamento da consulta do RN na UBS dentro da primeira semana de vida.

Eixo II

A promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno nos serviços da SES-DF, e o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis na infância, foi um compromisso sempre evidenciado no âmbito assistencial. Tais ações corroboraram com a sobrevivência e o desenvolvimento pleno de muitas crianças e ganhou notoriedade e maior impacto a partir de 1986, com a organização formal da rede distrital de Bancos de Leite Humano (rBLH-DF). O primeiro BLH do DF e da região Centro-oeste foi fundado em 1978 no Hospital Regional de Taguatinga (HRT), em uma parceria da Fundação Hospitalar do DF com o Rotary Clube Taguatinga Norte. Atualmente, são nove BLHs situados em hospitais da SES-DF e dois postos de coleta de leite humano. A coleta domiciliar do leite materno se iniciou em 1988 e se fortaleceu a partir da parceria com o Corpo de Bombeiros Militar do DF, que desde 2010 apóia todos os BLHs. Além do apoio continuado da sociedade civil, outros fatores que corroboram com as ações deste eixo foram a utilização de central telefônica, *site* e aplicativo de celular para a doação de leite materno, a definição de legislação distrital sobre o aleitamento materno e a instituição de datas comemorativas, a exemplo do Dia de Doação de Leite Materno e do mês Agosto Dourado.

O projeto PNAISC ainda vislumbrou neste eixo a renovação dos selos de qualidade da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) do DF, conferido pelo MS aos hospitais que cumprem os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, instituídos pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), além do cuidado respeitoso e humanizado à mulher durante o pré-parto, parto e o pós-parto, a garantia à mãe e ao pai do livre acesso e permanência junto ao recém-nascido internado durante 24 horas, e o cumprimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância²⁰.

Desde 1992, quando o HRT recebeu o selo (o quarto hospital do país a receber), outros hospitais regionais (HR) da SES-DF integraram a IHAC na seguinte sequência: HR de Sobradinho (1995), HMIB, HR de Ceilândia e de Planaltina (1996), HR do Gama e de Brazlândia (1998), HR da Asa Norte (1999) e Unidade Mista de São Sebastião/Casa de Parto – 2004.

Eixo III

A mudança na APS do DF, com a adoção da Estratégia de Saúde da Família (ERSF) como modelo de atenção e a ampliação de sua cobertura territorial mostra a preocupação em garantir o desenvolvimento pleno de todas as crianças, em especial na primeira infância. No entanto, o acesso diferenciado aos recursos especializados se faz necessário para a consolidação da integralidade do cuidado prestado à população infantil e de adolescentes.

Diante disso, houve uma reorganização das práticas em saúde para esta população no nível secundário, com a instituição de Policlínicas - um processo ainda em consolidação e amadurecimento dos atores envolvidos (usuários, trabalhadores e gestores), através da articulação entre os pontos de atenção da rede. A partir de discussões com a equipe envolvida no projeto PNAISC-DF, foram publicadas sete Notas Técnicas que trazem elementos e instruções sobre as condições clínicas e critérios a serem observados para o encaminhamento de crianças e adolescentes da APS para as especialidades pediátricas nas Policlínicas. Além disso, foi elaborado e publicado o Protocolo de Acolhimento e Classificação de Risco nas Portas Fixas de Urgência e Emergência em Pediatria da SES/DF, e iniciada a implantação com o treinamento dos servidores que atuam nas emergências pediátricas da rede.

Eixo IV

Desde 1996, a SES-DF treinou profissionais para sistematizar o atendimento à população infantil na estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)²¹. Em parceria com a Coordenação Geral de Saúde da Criança do MS, esta iniciativa foi retomada em 2018 com a formação de grupo de multiplicadores da versão atualizada da estratégia, que levaram as oficinas da AIDPI às equipes de ESF das regiões de saúde do DF, buscando maior resolutividade das ações de saúde e redução da morbimortalidade infantil.

Outra importante ação neste eixo foi a inauguração em 2018 do Bloco II do Hospital da Criança de Brasília, que trouxe expressivo aumento da capacidade de atendimento pediátrico de alta e média complexidade. O hospital soma 202 leitos à rede hospitalar da SES-DF, sendo 60 clínicos, 60 cirúrgicos, 38 de UTI pediátrica, 28 de onco-hematologia e 6 de cuidados paliativos.

Eixo V

Após a publicação pelo MS da Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, em 2010, a área técnica de saúde da criança e de adolescentes, em parceria com o Núcleo de Estudos e Programas na Atenção e Vigilância em Violência da SES-DF, iniciou um trabalho intersetorial para a implantação desta Linha de Cuidado para atuação em rede no território, envolvendo equipes de saúde e gestores, realizando formações específicas para os profissionais de saúde e incluindo a temática nas ações do Programa Saúde na Escola.

No ano de 2016 uma parceria entre a SES-DF e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) elaborou estratégias de melhoria na atenção à saúde de adolescentes nos equipamentos da rede. Após a realização de encontros com representantes de um serviço de referência ao atendimento de adolescentes (Adolescento-DF), do comitê consultivo do Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente do DF e um grupo de adolescentes vivendo com HIV/AIDS, foram realizadas oficinas com profissionais e gestores para elaborar um diagnóstico situacional, discutir os desafios e as soluções possíveis no que tange à atenção à saúde de adolescentes. Em seguida, foi estabelecida uma parceria com a Secretaria de Políticas para Crianças, Adolescentes e Juventude e, em 2018, publicado um edital de adesão aos serviços de saúde a um selo de qualidade de serviços para adolescentes – “Chega Mais”. Foram inscritos 26 serviços, e após avaliação quanto ao acolhimento e abordagem integral da saúde de adolescentes, 19 foram agraciados com o “Chega Mais”.

Eixo VI

No início da década de 1990 foi instituída no DF a coleta da triagem neonatal por amostra biológica (“Teste do Pezinho”), com o exame de TSH (triagem do hipotireoidismo congênito) e, em seguida, a triagem para fenilcetonúria. A triagem para as hemoglobinopatias foi incluída em 2006 e a partir de 2011 foram incorporadas a hiperplasia adrenal congênita, fibrose cística, deficiência de biotinidase, deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, galactosemia e outros erros inatos do metabolismo. Em maio de 2012, a triagem para a toxoplasmose congênita. Em 2012 houve a formalização do pedido junto ao MS para habilitação na fase IV do Programa Nacional de Triagem Neonatal, seguida pelo credenciamento do HCB em 2013. A triagem neonatal auditiva no DF (TAN) teve início em outubro de

2009, após a Resolução nº 59 de 04/11/2008 do Conselho de Saúde do DF (CSDF). Foi iniciada em caráter seletivo para os recém-nascidos com risco para deficiência auditiva, mas a partir de agosto de 2013 passou a ser disponibilizada de forma universal. Com a instalação dos equipamentos de potencial evocado auditivo de tronco encefálico – triagem (PEATE-T) em 5 hospitais, o DF ficou capacitado a cumprir o Protocolo sugerido pelo MS. O gerenciamento periódico do programa auxilia na busca ativa e monitoramento da evasão das crianças encaminhadas para diagnóstico audiológico. O desafio presente é assegurar o acompanhamento e a verificação dos marcos do desenvolvimento da audição e linguagem nos RNs e lactentes que apresentem Indicador de Risco para Deficiência (IRDA) e tenham obtido resultados satisfatórios na TAN. O teste do reflexo vermelho (*Teste do Olhinho*) foi implantado nas maternidades e no âmbito da APS em 2013, bem como o teste para diagnóstico precoce de cardiopatia congênita crítica através da oximetria de pulso (*Teste do Coraçãozinho*), nas maternidades. A partir do projeto PNAISC-DF foi estabelecida uma área técnica no âmbito da SES-DF com a atribuição de organizar, gerenciar e monitorar os programas de triagem neonatal desenvolvidos pela SES-DF.

Eixo VII

Nas quatro últimas décadas, o coeficiente de mortalidade infantil do DF foi monitorado, subsidiando as ações ligadas ao processo de gestão e contribuindo com a assistência à saúde. A partir da disponibilização pelo MS do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), atenção e vigilância em saúde se articularam com a formação e institucionalização de comitês técnicos de prevenção e controle do óbito fetal e infantil nas regiões de saúde, de composição heterogênea, com representantes da assistência, vigilância e gestão. A divulgação ampla e periódica dos indicadores, com acompanhamento das áreas técnicas e gestores, e a capacitação contínua dos profissionais da assistência em temáticas afins, contribuíram para o fortalecimento do processo de vigilância do óbito infantil e aumento expressivo do percentual de óbitos infantis investigados, conforme Tabela 1.

A análise do comportamento da mortalidade infantil de modo retrospectivo, sem, no entanto, perder o foco no momento atual evidencia que a maioria dos óbitos infantis ocorridos no primeiro ano de vida é por causas consideradas evitáveis

e estão relacionadas às afecções perinatais, conforme demonstrado na Tabela 2.

Discussão e conclusão

O Distrito Federal, em função de sua recente constituição (1960) e de sua conformação híbrida de estado e município, teve o seu sistema de saúde estruturado de forma piramidal tendo na base os Centros de Saúde e Hospitais Regionais e tendo como principal referência o Hospital de Base, todos de natureza estatal. As enormes transformações pelas quais passou o Brasil ao longo desse meio século trouxe também impac-

tos na saúde, tanto no perfil nosológico quanto nos modelos ou possibilidades de organização do sistema de saúde.

Para a implementação da política integral de atenção à saúde da criança no Distrito Federal foram escolhidas ações estratégicas cujo desenvolvimento possa resultar, além da integração dos níveis e pontos de atenção, na qualificação e melhoria da assistência. São muitos os desafios, que podem ser vencidos pela continuidade de ações que estruturam o avanço gradual e constante para um atendimento ordenado e integrado em rede, focado nas necessidades da população usuária do SUS no DF. O modelo a ser consolidado é o de uma atenção primária forte e qualificada, que atue como ordenadora da rede, complementada por uma atenção especializada ambulatorial e por uma rede hospitalar que assegurem a prestação de uma assistência com qualidade para todas crianças, adolescentes e suas famílias. O esforço aqui relatado teve como objetivo a construção de uma Rede de Atenção Integral à Saúde da Criança de modo a atualizar a organização dos pontos de assistência em busca de melhores resultados e impactos na saúde dessa faixa populacional. Dentre os pontos críticos pode-se identificar o prazo estendido para a conformação da estratégia política e o início de sua execução no período final do governo, notadamente em se considerando a baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família existente até então.

Tabela 1. Investigação de óbito infantil por ano de ocorrência - DF, 2009 a 2017*.

Ano do Óbito	% Investigado
2009	10,3
2010	47,0
2011	77,4
2012	84,6
2013	93,3
2014	94,1
2015	92,6
2016	96,0
2017*	95,3

Fonte: GIAS/SVS/SES/DF.

(*) Dados preliminares sujeitos à revisão.

Tabela 2. Causas de mortalidade infantil no DF, 2009 a 2017*.

Causas	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
01 Afecções perinatais	293	311	294	303	334	301	304	296	268
02 Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	148	162	125	120	157	136	127	93	155
03 Causas externas (acidentes/violência)	21	15	22	19	20	14	8	10	13
04 Doenças do aparelho respiratório	15	9	22	21	15	19	23	11	11
05 Doenças infecciosas e parasitárias	13	23	7	18	15	13	12	15	17
06 Demais causas de morte	32	39	29	26	23	28	13	22	28
Total	522	559	499	507	564	511	487	447	492

Fonte: GIAS/SVS/SES/DF.

(*) Dados preliminares sujeitos à revisão.

Colaboradores

RR Souza, MG Vieira e CJF Lima Júnior contribuíram igualmente para a concepção, redação e revisão crítica e aprovaram a versão a ser publicada.

Referências

- Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana em Saúde; 2011.
- Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet* 2010; 15(5):2307-2316.
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate*. Brasília: OPAS; 2011.
- Santos NCCB, Vaz EMC, Nogueira JA, Toso BRGO, Collet C, Reichert APS. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. *Cad Saude Publica* 2018; 34(1):1-12.
- Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado; 1988.
- Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set.
- Brasil. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 16 jul.
- Saúde e infância: a EBBS e a construção da PNAISC - conceitos e experiências [editorial]. *Divulgação em Saúde para Debate* 2006; 53:3-5.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2015; 6 ago.
- Dawson B. Interim report on the future provision of medical and allied services 1920. Ministry of Health. [acessado 2019 Mar 27]. Disponível em: <http://www.nhshistory.net/Dawson%20report.html>
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Brasília: OPAS, OMS; 2010.
- Silva FCS. O princípio da integralidade e os desafios de sua aplicação em saúde coletiva. *Rev. Saúde e Desenvolvimento* 2015; 7(4):94-107.
- Furtado MCC, Silva LCT, Mello DF, Lima RAG, Petri MD, Rosário MM. A integralidade da assistência à criança na percepção do aluno de graduação em enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* 2012; 65(1):56-64.
- Viegas SMF, Penna CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. *Cien Saude Colet* 2013; 18(1):181-190.
- Fracolli LA, Zoboli ELP, Granja GF, Ermel RC. Conceito e prática da integralidade na atenção básica: a percepção das enfermeiras. *Rev. esc. enferm. USP* 2011; 45(5):1135-1141
- Reis CB, Andrade SMO. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):61-70.
- Penello LM, Rosario SE. Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): sobre as razões e os afetos deste percurso estratégico em defesa de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. *Divulgação em Saúde para Debate* 2016; 53:39-56.
- Distrito Federal. Secretaria de Saúde (SS). *Avaliação da qualidade da atenção primária à saúde da criança no Distrito Federal, 2013*. Brasília: SS; 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 27 jun.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras. *Diário Oficial da União* 2001; 9 nov.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual Aidi Criança: 2 meses a 5 anos*. Brasília: MS, OPAS, UNICEF; 2017.

Artigo apresentado em 29/11/2018

Aprovado em 06/02/2019

Versão final apresentada em 03/04/2019