

SAÚDE E NUTRIÇÃO



Proteção Integral para a Primeira Infância

Data de atualização: 05/2019

SITEAL | PRIMEIRA
INFÂNCIA



Educação e cuidado na primeira infância

A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) incentiva os países a construir um Sistema Integral para a Proteção dos Direitos da Primeira Infância (SIPDPI), capaz de garantir o efetivo cumprimento dos direitos de todas as crianças. Reconhecer as crianças como sujeitos de direito é, sob a perspectiva da política pública, constituí-las como sujeitos destinatários de um fluxo regulado, robusto e constante de bens, serviços e repasses que, ao interagir, geram as condições para o cumprimento de cada direito que os Estados se comprometem a garantir.

Os serviços de Educação e Cuidado na Primeira Infância (ECPI) ocupam um lugar de destaque no SIPDPI. Na **Conferência Mundial sobre Cuidados e Educação na Primeira Infância**, realizada em 2010 em Moscou, na Rússia, estabeleceu-se que essa rede seria composta por:

“...de programas destinados aos pais a creches domiciliares ou familiares, serviços de assistência em centros institucionais e a educação pré-escolar frequentemente ensinada nas escolas [...] incluem medidas integrais de apoio às famílias, por exemplo, saúde materna e infantil, aportes de suplementos de micronutrientes, apoio psicossocial às famílias, programas de promoção da segurança alimentar familiar, licença para o nascimento de crianças e serviços sociais infantis.” (UNESCO, 2010, p. 2)

Intervenções voltadas para o cuidado da saúde e do estado nutricional de gestantes e crianças pequenas têm forte presença na rede de serviços da ECPI, durante todo o ciclo de vida da primeira infância.

Gravidez

O primeiro controle pré-natal geralmente é o início de um vínculo com o sistema de saúde que se estende, com intensidade variável, ao longo da primeira infância. Os controles pré-natais são:

“... um conjunto de ações médicas e assistenciais que são especificadas em entrevistas ou visitas agendadas com a equipe de saúde, a fim de controlar a evolução da gravidez e obter preparo adequado para o parto e a educação do recém-nascido, a fim de reduzir os riscos do processo fisiológico.” (Casini *et al.*, 2002)

De acordo com dados do **UNICEF**, a proporção de mulheres que foram submetidas a pelo menos quatro controles durante a gravidez entre aquelas que foram mães durante os últimos dois anos no momento da pesquisa varia de 98%, no caso de Cuba, a 75%, no Estado Plurinacional da Bolívia. Na grande

maioria dos países da região, 8 a 9 mulheres em cada 10, pelo menos, receberam quatro controles durante a gravidez (OMS, 2011 2017). Ainda assim, existem importantes lacunas associadas à área geográfica de residência e ao estrato social (UNICEF online, 2018).

A primeira consulta com o serviço de saúde é o início de um conjunto de controles que será fundamental para a identificação precoce dos pontos de vulnerabilidade em que a ação deve ser tomada. Para atingir seus objetivos, a consulta deve ser realizada precocemente – durante o primeiro trimestre de gestação –, a fim de estabelecer com segurança a idade gestacional, possibilitar ações de prevenção e promoção da saúde e identificar fatores de risco. O pré-natal deve ser realizado periodicamente – pelo menos quatro – e deve ser completo, ou seja, durante os controles se deve avaliar simultaneamente o estado geral da mulher, a evolução do feto e os controles adicionais de acordo com a idade gestacional.

As intervenções visam cuidar da saúde das mulheres gestantes e dos nascituros e garantir que o parto e os primeiros meses após o nascimento ocorram em ambientes protegidos e saudáveis. Sua finalidade é prevenir, diagnosticar e tratar complicações na gravidez, monitorar o crescimento e a vitalidade do feto e detectar doenças subclínicas.

Os programas de acompanhamento familiar são uma das maneiras pelas quais os Estados estão direta e individualmente ligados aos cuidadores diretos de crianças pequenas. Em geral, essas intervenções se apoiam em visitas domiciliares e oficinas em ambientes comunitários. Seu principal objetivo é contribuir para o desenvolvimento das habilidades parentais de criação e o fortalecimento dos laços intrafamiliares, e para ligar as famílias às agências estatais que fornecem apoio financeiro e assistencial.

“(…) uma estratégia para a prestação de serviços de saúde realizados em domicílio, voltada para as famílias desde o nascimento até os 6 anos de idade, com base na construção de uma relação de ajuda entre a equipe interdisciplinar de saúde e mães, pais ou cuidadores primários, cujo objetivo principal é a promoção de melhores condições ambientais e relacionais para favorecer o desenvolvimento integral da infância. A visita domiciliar integral faz parte de um plano de ação definido pela equipe de saúde à beira do leito, com objetivos específicos que comandam as ações correspondentes, avaliadas durante o processo de cuidado.” ([Ministério da Saúde do Chile, s/f](#))

Durante as visitas domiciliares, os cuidados de saúde são combinados com intervenções educativas dirigidas às mães, seus parceiros e outros cuidadores. O foco do componente educacional é abordar as vulnerabilidades não obstétricas, preparar emocionalmente a gestante e seu parceiro e, em particular, fortalecer e promover os laços interpessoais que sustentarão a educação de crianças pequenas.

O vínculo que as famílias estabelecem com o serviço de saúde durante a gravidez torna essa fase uma oportunidade única para identificar e responder a situações de vulnerabilidade social e emocional. Assim, espera-se que os agentes de saúde aproveitem os encontros de pré-natal não apenas para atender às demandas que originaram a consulta, mas também para encaminhar mães e crianças, oportunamente, para outros núcleos da rede de benefícios, caso considerem necessário.

O trabalho interdisciplinar acontece dentro do sistema de saúde ou estabelece canais com outras áreas do Estado por meio de mecanismos de referência. Profissionais de saúde encaminham pacientes para assistentes sociais ou profissionais de saúde mental, que tratam casos de depressão em gestantes ou outras vulnerabilidades emocionais frequentes durante a gravidez, dentro do mesmo serviço de saúde onde se realiza a consulta ou em outros. Em alguns casos, inclusive, o atendimento institucional do sistema de saúde dá origem a outras formas de cuidado mais adequadas ao problema a ser enfrentado, como as visitas domiciliares. Em alguns países, esses dispositivos de ligação entre profissionais de diferentes disciplinas e áreas do Estado são padronizados.

No Chile, por exemplo, os agentes de saúde aplicam o [registro psicossocial](#) a todas as gestantes durante a primeira consulta pré-natal. Quando se identifica um fator de risco – como gravidez na adolescência, baixa escolaridade, pré-natal após 20 semanas de gestação, rejeição à gravidez, violência familiar, falta de apoio, consumo de substâncias psicoativas, entre outros –, são ativadas as visitas domiciliares integrais, com o objetivo de oferecer apoio concreto e eficaz.

O repasse de recursos financeiros para mulheres grávidas de setores socialmente vulneráveis é outra maneira pela qual os Estados promovem o vínculo com o sistema de saúde. Além disso, o acesso ao incentivo econômico está frequentemente sujeito à certificação dos exames de pré-natal e à promoção do parto institucionalizado. Em alguns países – Equador e Honduras, por exemplo –, a esses objetivos são acrescentados outros relacionados à melhoria do estado nutricional da mãe através da entrega de micronutrientes. Também é frequente que essas políticas incluam entre suas condicionalidades a participação em programas de apoio à família ([Cechini, 2011](#), entre outros).

O estado nutricional da mãe é um determinante da saúde do bebê durante a gravidez. Uma grande proporção de mortes infantis está associada ao atraso no crescimento fetal, que leva ao nascimento de bebês com baixo peso. Na América Latina, 9,1% das crianças estão abaixo do peso ao nascer. Os países da América Central, e também Brasil, Colômbia e Equador, apresentam valores acima da média nacional, enquanto em Cuba e no México são registrados os valores mais baixos (OPS online, 2018).

Parto, puerpério e primeiros dias de vida

Uma das formas mais eficazes de reduzir o risco de mortalidade e morbidade materna e infantil é garantir que o parto aconteça em estabelecimentos de saúde climatizados e com atendimento de pessoal qualificado.

A [Organização Pan-Americana da Saúde \(OPAS\)](#) observa que, em 2015, cerca de 94% dos partos na América Latina ocorreram em estabelecimentos hospitalares. As lacunas de acesso a hospitais estão associadas principalmente à área de residência e à condição étnica das gestantes, em detrimento das mulheres que residem em áreas distantes dos centros urbanos e das indígenas.

Alguns países da região desenvolveram intervenções específicas para aumentar a proporção de partos institucionais entre as populações negligenciadas. No Panamá, por exemplo, a equipe médica junto com a gestante e sua família traçam o plano de parto. Trata-se de:

“...uma inovação programática que contribui para a redução da mortalidade materna e neonatal, através de intervenções que promovam a participação do casal, da família e da comunidade organizada para o acesso mais oportuno às redes de serviços de saúde e a promoção do respeito à visão de mundo das populações indígenas.” ([Memória da Política Pública de Atenção Integral à Primeira Infância, Panamá, 2014](#), p. 22)

Os hogares maternos (“lares maternos”, em tradução livre) – uma das maneiras pelas quais os Estados promovem a institucionalização do parto – são instalações de baixa complexidade onde mulheres que residem em áreas distantes dos hospitais onde os partos são realizados permanecem sob controle pré-natal até o momento do parto e, em seguida, durante o período do puerpério. [Cuba](#) foi pioneira na construção de “lares maternos”. Desde então, experiências semelhantes foram registradas na Colômbia, Brasil, Honduras e Nicarágua ([Fescina et al., 2011](#)).

O parto e o dia seguinte ao nascimento são dois momentos em que o vínculo com os serviços de saúde se torna mais intenso. Diante desses eventos, o sistema de saúde, apesar de não ser o único, continua sendo o ambiente prioritário a partir do qual o Estado se relaciona com gestantes, puérperas, seus parceiros, filhos e cuidadores. O foco, portanto, é garantir a sobrevivência da mãe e da criança durante o parto e nos primeiros dias após o nascimento, a prevenção de doenças através da vacinação e a detecção de doenças e incapacidades de maneira precoce e oportuna.

Na América Latina, a mortalidade materna foi reduzida pela metade durante o período 1990–2015. No entanto, os números ainda são altos. Atualmente, 60 mulheres latino-americanas morrem de causas associadas à gravidez, parto e puerpério para cada 100 mil bebês nascidos vivos (OPS online, 2018). Além disso, a disparidade entre os países latino-americanos também é considerável.

Na Bolívia, Nicarágua, Paraguai e Honduras, a probabilidade de as mulheres morrerem por essas causas duplica e triplica a média regional.

Na América Latina, 157 mil crianças dentre as 10 milhões nascidas a cada ano morrem antes do primeiro ano de vida e, entre elas, 95 mil morrem antes do primeiro mês. No início dos anos 1990, a taxa de mortalidade infantil era três vezes maior que a atual. Embora em todos os países tenha havido queda nesse indicador, ainda existem disparidades significativas entre eles. A probabilidade de uma criança morrer ao nascer é consideravelmente maior na Bolívia, na República Dominicana e na Guatemala em relação, por exemplo, à expectativa de vida no Chile e em Cuba (OPS online, 2018).

Do mesmo modo, na América Latina, grupos sociais com alto acúmulo de desvantagens sociais e, em particular, crianças que fazem parte das comunidades indígenas e afrodescendentes apresentam maior mortalidade em idade precoce. Isso implica que a probabilidade de uma criança indígena morrer antes de chegar ao primeiro ano de vida é 60% maior do que no caso de seus pares não indígenas (CEPAL, 2007).

Na América Latina, a CEPAL informou que cerca de 12,4% da população latino-americana vive com deficiência (CEPAL, 2013). Durante a primeira infância, as causas mais frequentes de deficiências são problemas de saúde congênitos (CEPAL, 2013). Depois, a passagem do tempo aumenta a probabilidade de exposição a situações invalidantes, como acidentes domésticos, acidentes de trânsito ou doenças. Em virtude disso, a prevalência de incapacidades é maior na população adulta, entre os grupos sociais mais expostos a ambientes degradados e naqueles com menos acesso aos serviços de saúde.

O parto e os dias após o nascimento são um momento em que o cuidado institucionalizado dentro do sistema de saúde é combinado com outros tipos de intervenções. Por exemplo, durante a permanência no estabelecimento de saúde, é feita uma bateria de controles para a detecção precoce de doenças do recém-nascido; ao mesmo tempo, é uma oportunidade para o repasse de bens para as famílias. A entrega de um kit de boas-vindas para o recém-nascido é uma prática comum na região.

A hospitalização no âmbito do cuidado institucionalizado do sistema de saúde é uma situação privilegiada para promover o aleitamento materno. Essa prática fornece uma nutrição ideal para bebês. Protege as crianças pequenas de doenças, fortalece o vínculo de apego entre mães e bebês e está relacionada a um maior desenvolvimento sensorial e cognitivo das crianças durante a primeira infância. A longo prazo, a literatura especializada indica que a amamentação tem efeito protetor contra o sobrepeso e a obesidade. Estudos recentes indicam que o início da amamentação durante o primeiro mês de vida reduziu o risco de morte por todas as causas em 44% e o risco de obesidade em 12% (SITEAL, 2017).

No entanto, na região, a proporção de crianças amamentadas exclusivamente até o sexto mês de vida ainda é baixa. Na maioria dos países, a prevalência do aleitamento materno exclusivo é de cerca de um terço do total. Em relação a essa prática, destacam-se Bolívia e Peru, onde a proporção de crianças amamentadas exclusivamente até o sexto mês de vida dobra a média regional (SITEAL, 2017).

Os bancos de leite materno são uma iniciativa desenvolvida por alguns hospitais para enfrentar as dificuldades vivenciadas por algumas mães em alimentar o recém-nascido. Em praticamente todos os países da região, existem bancos de leite humano, muitos deles dentro das maternidades. Esses dispositivos possibilitam a alimentação natural mesmo quando as mães não são capazes de amamentar. Os bancos de leite materno são:

“...dispositivos sanitários para a obtenção do leite humano, a fim de recolhê-lo, processá-lo, armazená-lo e oferecê-lo com todas as garantias sanitárias às crianças que necessitam deste produto biológico.” (Associação de Bancos de Leite Humano)

O primeiro ano de vida

A presença do sistema de saúde durante o primeiro ano de vida se dá principalmente através de exames de saúde. O conteúdo desses controles é relativamente padronizado. O agente de saúde revê o histórico clínico, faz um exame físico, diagnóstica, faz indicações de acordo com o diagnóstico e, quando necessário, faz o encaminhamento. Também se intensificam os mecanismos de encaminhamento e os dispositivos de ligação com outros serviços da rede de saúde, fundamentalmente com aqueles apoiados no repasse de recursos financeiros para famílias socialmente vulneráveis.

De fato, o foco é monitorar o crescimento das crianças, vigiar e cuidar de seu estado nutricional e saúde geral, verificar o cumprimento do calendário de vacinação obrigatório, detectar precocemente problemas de saúde, incentivar a continuidade da amamentação e fortalecer os laços intrafamiliares por meio de atividades lúdicas, culturais e recreativas.

A prevalência da desnutrição entre puérperas e entre crianças pequenas evidencia a persistência de profundas desigualdades econômicas, sociais e culturais na região. Na América Latina, a produção de bens e insumos alimentares é, segundo a fonte, entre 30% e 40% superior à demanda energética da população (CEPAL, 2009). No entanto, cerca de 53 milhões de pessoas não acessam o volume de alimentos que precisam para ter um bom estado nutricional. A prevalência da desnutrição na região, portanto, não é consequência da falta de alimentos, mas de sua distribuição inadequada entre a população. Essa situação configura o que a CEPAL chama de modelo nutricional de “exclusão social” (CEPAL, 2009).

Ainda assim, na América Latina, a prevalência da desnutrição na infância foi reduzida pela metade nas últimas três décadas. No entanto, estima-se que atualmente mais de 7 milhões de crianças menores de 5 anos sofram de desnutrição crônica, enquanto cerca de 35% das crianças entre 6 meses e 6 anos tenham anemia ferropriva. As disparidades entre os países são muito acentuadas. Na Guatemala, por exemplo, 46,5% das crianças menores de 5 anos – ou seja, cerca de 900 mil – estão nessa condição, enquanto no Chile a prevalência da desnutrição é inferior a 3%. A probabilidade de crianças indígenas sofrerem de desnutrição crônica é o dobro da probabilidade de crianças não indígenas ([CEPAL online, 2018](#)).

Na região, os problemas nutricionais são consequência tanto da falta quanto do excesso de consumo de alimentos. Essa particularidade é chamada de “duplo ônus da desnutrição”. Durante a última década, houve inclusive um aumento da prevalência de sobrepeso na faixa etária de 0 a 4 anos. A prevalência de sobrepeso nessa faixa etária é de 7%, o que significa que cerca de 4 milhões de crianças sofrem de sobrepeso ou obesidade ([CEPAL, 2018](#)).

Durante o primeiro ano de vida, assim como na fase gestacional, o cuidado institucionalizado no sistema de saúde é combinado com programas de apoio familiar. O foco da intervenção é a capacidade parental de mães, pais e outros cuidadores importantes. Os agentes contam com folhetos ou roteiros de trabalho, em alguns casos em forma de material audiovisual, e com sistemas de registro que permitem acompanhar os processos de mudança de comportamento dentro das famílias e as conquistas associadas. Esses programas são baseados em visitas domiciliares e/ou oficinas ou aconselhamento em espaços institucionais ou comunitários. No caso das visitas domiciliares, o técnico, profissional ou equipe interdisciplinar se reúne com os cuidadores e com a criança na residência. No caso das oficinas ou aconselhamentos, as atividades são desenvolvidas em grupo em espaços comunitários, onde vários cuidadores e seus filhos participam de atividades coordenadas pelos promotores do programa.

Intervenções e serviços ECPI com ênfase em saúde e nutrição. América Latina, 19 países

| Seguro de saúde e programas de saúde para gestantes, meninos e meninas |
|--|
| Programa Materno Infantil (Argentina) |
| Programa "Sumar" ("Somar", em tradução livre) (Argentina) |
| "Programa de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural" ("Programa de Saúde Familiar Comunitária e Intercultural") (Bolívia) |
| "Seguro Universal Materno-Infantil" (SUMI) (Bolívia) |
| Programa "Mi Salud" ("Minha saúde") (Bolívia) |
| "Rede Cegonha" (Brasil) |
| "A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera" (CGBP) (Brasil) |
| "Programa de Tamizaje Neonatal" ("Programa de Triagem Neonatal") (América Latina) |
| "Programa Nacional de Inmunizaciones" ("Programa Nacional de Imunizações") (América Latina) |
| "Ajuar de Bienvenida al Recién Nacido" ("Enxoval de Boas-Vindas ao Recém-Nascido") (Colômbia, Chile, Argentina, Panamá, entre outros) |
| "Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud" ("Equipes Básicas de Atenção Integral à Saúde") (EBAIS) (Costa Rica) |
| Consultórios do médico e enfermeiro de família (Cuba) |
| "Programa Nacional de Atención Materno Infantil" ("Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil") (Cuba) |
| "Programa de Apoyo al Recién Nacido" ("Programa de Apoio ao Recém-Nascido") (Chile) |
| "Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial" ("Programa de Apoio ao Desenvolvimento Biopsicossocial") (Chile) |
| "Unidades de Atención Primaria de la Salud" ("Unidades de Atenção Primária à Saúde") (UNAP) (República Dominicana) |
| "Atención de la Salud de la Mujer Gestante y el Niño y Niña Recién Nacido y Durante el Primer Año de Vida" ("Cuidado de Saúde para a Mulher Grávida e a Criança Recém-Nascida e Durante o Primeiro Ano de Vida") (Equador) |

| Prevenção e atenção à desnutrição |
|--|
| Centros de prevención e recuperación da desnutrición (Argentina) |
| "Subsidio Alimentario Nutribebé" ("Subsídio Alimentar Nutribebê") (Bolívia) |
| Programa Multissetorial "Desnutrición Cero" ("Desnutrição Zero") (Bolívia) |
| "Banco de Leche Humana" ("Banco de Leite Humano") (América Latina) |
| "Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil" (Brasil) |
| "Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A" (Brasil) |
| "Programa Nacional para la Prevención y la Reducción de la Anemia Nutricional en la Primera Infancia" ("Programa Nacional de Prevenção e Redução da Anemia Nutricional na Primeira Infância") (Colômbia) |
| "Recuperación Nutricional para la Primera Infancia" ("Recuperação Nutricional para a Primeira Infância") (Colômbia) |
| "Programa de Atención Integral en Salud y Nutrición con Enfoque Comunitario" ("Programa de Atenção Integral em Saúde e Nutrição com Foco Comunitário") (Colômbia) |
| "Programa de Alimentación y Nutrición" ("Programa de Alimentação e Nutrição") (Costa Rica) |
| "Programa para la Reducción del Bajo Peso al Nacer" ("Programa de Redução do Baixo Peso ao Nascer") (Cuba) |
| "Programa de Apoyo a la Lucha contra la Anemia en Grupos Vulnerables" ("Programa de Apoio ao Combate à Anemia em Grupos Vulneráveis") (Cuba) |
| "Programa de Apoyo Alimentario de Embarazadas y Niños" ("Programa de Apoio Alimentar para Gestantes e Crianças") (Cuba) |
| "Estrategia de Atención en Nutrición y Desarrollo en la Primera Infancia" ("Estratégia de Atendimento em Nutrição e Desenvolvimento na Primeira Infância") (El Salvador) |
| "Programa Mundial de Alimentos (PMA)" (Honduras) |
| "Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria" ("Estratégia Integral de Assistência Social Alimentar") (México) |
| "Programa de Atención Alimentaria a Menores de 5 años en Riesgo y No Escolarizados" ("Programa de Assistência Alimentar para Crianças Menores de 5 anos em Risco e Não Escolarizadas") (México) |

| | |
|--|---|
| Equipes de saúde da família (Honduras) | "Programa de Comedores Comunitarios" ("Programa de Refeitórios Comunitários") (México) |
| "Caravanas de Salud" ("Caravanas de Saúde") (México) | "Estrategia Nacional de Lactancia Materna" ("Estratégia Nacional de Aleitamento Materno") (América Latina) |
| "Seguro Popular" (México) | "Programa Nacional de Erradicación de la Desnutrición Crónica" ("Programa Nacional para a Erradicação da Desnutrição Crônica") (Nicarágua) |
| "Estrategia Nacional de Casas Maternas" (Nicarágua) | "Programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional" ("Programa de Segurança Alimentar e Nutricional") (PSAN) (Nicarágua) |
| "Programa de Salud Integral de la Mujer" ("Programa de Saúde Integral da Mulher") (Panamá) | "Programa Qali Warma" ("Programa Criança Vigorosa") (Peru) |
| Unidades de saúde para atendimento à saúde da gestante e do recém-nascido e durante o primeiro ano de vida (Paraguai) | "Programa de Alimentación Complementaria" ("Programa de Alimentação Complementar") (Peru) |
| "Primero la Infancia" ("Primeiro, a Infância") (Peru) | "Sistema Nacional de Comedores" ("Sistema Nacional de Refeitórios") (Uruguai) |
| "Seguro Integral de Salud" ("Seguro Integral de Saúde") (Peru) | "Servicios de Educación y Recuperación Nutricional" ("Serviços de Educação e Recuperação Nutricional") (Venezuela) |
| "Programa Nacional de Salud en la Niñez" ("Programa Nacional de Saúde na Infância") (Uruguai) | |
| "Programa Aduana" ("Programa Alfândega") (Uruguai) | |
| "Programa Seguimiento al Recién Nacido de Alto Riesgo" ("Programa de Monitoramento dos Recém- Nascidos de Alto Risco") (Uruguai) | |
| "Misión Barrios Adentro" ("Missão Bairros Adentro") (Venezuela) | |



Organização
das Nações Unidas
para a Educação,
a Ciência e a Cultura



Instituto Internacional de
Planejamento Educacional
IIPE UNESCO Buenos Aires
Escritório para a América Latina

SITEAL | PRIMEIRA INFÂNCIA

