

A LEI 13.438 É UM RISCO À SAÚDE DAS CRIANÇAS

Brazil's Federal Law 13438 is a risk to children's health

Maria Aparecida Affonso Moysés¹

Artigo encaminhado: 15/02/2019

Aceito para publicação: 16/04/2020

RESUMO: A autora analisa a Lei 13.438, a partir dos percursos seguidos para sua aprovação, em 2017, após um longo período arquivada no Congresso Nacional e depois subitamente aprovada em regime de urgência, sem discussão com pesquisadores do campo e sem audiência pública, desconsiderando pareceres contrários das áreas técnicas do Ministério da Saúde. Essa lei atropela conhecimentos e conquistas na política pública voltada à saúde de crianças, ignorando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e o Marco Legal da Primeira Infância; ainda, agride frontalmente o Sistema Único de Saúde (SUS). Usando a expressão “risco psíquico”, conceito vago, indefinido e estranho à saúde mental, tem sido amplamente divulgada prometendo o diagnóstico precoce de autismo, manipulando sofrimentos e anseios de pais, familiares e cuidadores de crianças com esse diagnóstico.

Palavras-chave: Saúde da criança. Transtorno do espectro autista. Rastreamento diagnóstico. Vigilância à saúde. Patologização.

ABSTRACT: Brazil's Federal Law 13438 is analyzed in what concerns its route throughout its approval in April 2017. After several months of slow motion amongst congressmen, its text was urgently voted and approved despite no researchers within the field being invited, no public hearing being held and disconsidering a contrary technical advice from Ministry of Health's own staff. Law 13438 widely ignores most of the gathered legacy from Brazil's public policies towards children's health, mainly the National Policy towards Comprehensive Children's Health Care (PNAISC) and the Early Childhood Legal Framework (MLPI). The concept of “psychic risk”, which is largely vague, undefined and strange to field of Mental Health has been broadly used as a promise to early diagnosis of autism, producing suffering and anguish amongst parents, caregivers and their children.

Keywords: Child health. Autism spectrum disorder. Diagnostic screening. Health surveillance. Pathologization.

¹ Professora Titular de Pediatria/Unicamp. Graduação em Medicina pela FMUSP. Docente (aposentada) na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Militante do Despatologiza – Movimento pela Despatologização da Vida. mariaaparecidamoyses@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Em 26 de abril de 2017, foi sancionada a Lei 13.438, com o seguinte texto:

Art. 1º O art. 14 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), passa a vigorar acrescido do seguinte § 5º:

*"Art. 14.
.....*

§ 5º É obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico."

Sob a aparente boa intenção de proteger e cuidar da primeira infância, desfere-se grave ataque às crianças e suas famílias, aos profissionais da área de saúde da criança, à pediatria, às políticas de atenção à saúde das crianças e, por fim, ao Sistema Único de Saúde. Desvelam-se, ainda, as crescentes judicialização e patologização da vida.

Uma lei determinando que se realize uma ação técnica no interior das consultas pediátricas? Sob quais justificativas? Sustentada em quais embasamentos teóricos? O Ministério da Saúde (MS) e suas respectivas áreas estão falhando em definir normas, procedimentos, estratégias para melhorar a saúde infantil? Ainda, uma lei que é aprovada e sancionada apesar de dois pareceres contrários das áreas técnicas específicas do MS (Ministério da Saúde, 2011; 2017)? Será por isso que não é assinada pelo Ministro da Saúde mas sim pelo Ministro da Justiça? Uma lei que o Ministério Público Federal (Recomendação GAB-LLO/PRDF Nº 01/2018) recomenda às autoridades competentes que não seja regulamentada? Uma lei impondo a aplicação de *screening* universal no campo da saúde mental, já tão atingido pelos processos medicalizantes? Por que a preocupação exclusiva com o desenvolvimento psíquico, e não com o desenvolvimento integral da criança?

Por que a marca temporal dos 18 meses? Após essa idade, não existem mais riscos psíquicos?

Essas são algumas das inquietações desencadeadas pela lei, perguntas que devem ser respondidas, aliás que deveriam ter sido respondidas se sua tramitação tivesse, minimamente, respeitado parâmetros democráticos e diálogo com pesquisadores da área, instituições de ensino superior, fóruns intersetoriais, entidades de pediatria e da psicologia e outras. Porém, como os interessados em sua aprovação optaram pelo trâmite veloz e na surdina (aproximadamente 30 dias entre desarquivar um PL parado há anos e sua aprovação), não houve espaço para questionamentos a tempo.

Porém, não se cala o questionamento nem se impede a luta desse modo. Ao contrário, retrocessos apenas nos lembram que só existem porque já havíamos avançado e, como ensinam várias culturas, inclusive a indígena, se já avançamos antes, podemos avançar de novo. Para os yanomamis, o céu já caiu duas vezes e, se já caiu, cairá novamente. (KOPENAWA; ALBERT, 2010)

O questionamento da lei por profissionais, pesquisadores e entidades vinculadas ao campo foi de tal ordem que o Ministério da Saúde realizou a Oficina de alinhamento sobre a da Lei 13.438/2017, nos dias 28 e 29 de setembro de 2017, com a presença de representantes de órgãos governamentais e de várias entidades, entre as quais destaco Abrasme, Abrasco, Conselho Federal de Psicologia, Sociedade Brasileira de Pediatria, Conanda, Rede Nacional pela Primeira Infância, Departamento de Pediatria da Unicamp, Despatologiza – Movimento pela Despatologização da Vida. Ao final, foi elaborado um documento com os seis consensos construídos na oficina (NOTA TÉCNICA Nº8-SEI/2017-CGSCAM/DAPES/SAS/MS). O documento ressalta que as Políticas de Atenção à Saúde da Criança já contemplam o acompanhamento do desenvolvimento integral da criança. Destacamos aqui os consensos 3 e 4:

3) Imprecisão para a proposição de rastreamento universal, pois as evidências científicas existentes não fornecem suporte para a realização do rastreamento universal de risco psíquico para a população de crianças, em especial de 0 a 18 meses;

4) Adoção e reconhecimento da Caderneta de Saúde da Criança (versões atual e futura) enquanto um importante instrumento de vigilância do desenvolvimento integral da criança na atenção básica incluindo crianças de 0 a 18 meses, objeto da Lei 13438;

A Pediatria, como campo científico, tem evoluído muito nas últimas décadas, avançando em conhecimentos gerais e específicos, em diferentes áreas (especialidades e sub-especialidades) e na sistematização desses conhecimentos em normatizações e *guidelines*.

Esta evolução tem refletido em participação na construção de políticas de atenção à saúde da criança e do adolescente, cientificamente embasadas e devidamente contextualizadas, articuladas com outras áreas de conhecimento e, em especial, com as políticas públicas e o “já construído”.

Também a formação dos pediatras se modificou bastante nesse período, em um movimento que busca a especialização mas, em contraste com as demais áreas da medicina, ainda busca manter a formação generalista como eixo fundamental, para que a criança e o adolescente sejam vistos em sua integralidade. Daí, decorre que todo pediatra deve ser capaz de avaliar e acompanhar qualquer criança em relação às ações em cuidados primários de saúde preconizadas na Declaração de Alma Ata (WHO, 1978): acesso a alimentação e saneamento básico; estado nutricional; imunização; crescimento e desenvolvimento; doenças de maior prevalência na idade. Esta é considerada a primeira declaração internacional que enfatiza a importância da Atenção Primária à Saúde, exortando governos, OMS, Unicef a buscarem com urgência estabelecer a promoção de saúde como prioridade

Esta evolução do campo científico e o compromisso com a qualidade de vida e de atenção à saúde pode ser rapidamente identificada pela evolução da política de atenção à saúde da criança e do adolescente nos marcos legais do SUS e do ECA.

Tomemos, como referenciais recentes de análise, três documentos oficiais da União: a Caderneta de Saúde da Criança, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e o Marco Legal da Primeira Infância.

2 CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA (CSC)

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) foi implantada pelo Ministério da Saúde em 2005 para substituir o Cartão da Criança - em que somente constavam as vacinas recebidas-, e reúne o registro dos mais importantes eventos relacionados à saúde infantil. Além do cartão de vacina, a Caderneta apresenta o registro da história obstétrica e neonatal; indicadores de crescimento e desenvolvimento; aspectos importantes da alimentação como aleitamento materno e uso de sulfato ferroso e vitamina A; dados sobre saúde bucal, auditiva e visual; intercorrências clínicas; além de orientações para a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de acidentes e violência doméstica.

A CSC é destinada a todos os nascidos em território brasileiro, e, por basear-se em ações de acompanhamento e promoção da saúde, inclui-se como estratégia privilegiada nas políticas de redução da morbimortalidade infantil. (Observatório da Saúde da Criança e do Adolescente, s/d)

A CSC é composta por duas partes, uma a ser preenchida pelos profissionais com dados relevantes para o monitoramento da saúde de cada criança em particular e outra com informações e orientações relevantes para os cuidadores e vem sendo atualizada e aperfeiçoada em sucessivas edições.

Na edição de 2005 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), o reconhecimento da importância da participação dos familiares no acompanhamento da criança se revela em orientações como:

- *Conversar e brincar com o bebê desde o nascimento é muito importante para que ele se desenvolva bem.*
- *Acompanhe o desenvolvimento de sua criança.*
- *Anote a idade da criança à medida que ela se desenvolve. Escreva também outras coisas que você observou que o seu filho ou filha já está fazendo.*
- *Se achar que sua criança não está desenvolvendo como você espera, fale sobre isso com um profissional de saúde.*

Em intervalos regulares (até os 2 meses, 2 a 4 meses, 4 a 6 meses, 6 a 9 meses, 9 a 12 meses, 1 ano a 1 ano e 6 meses, ...) que refletem conhecimentos sobre marcos importantes para o desenvolvimento da criança, existem espaços para anotar o aparecimento de indicadores de

desenvolvimento, acompanhados de orientações simples para os cuidadores sobre como lidar com a criança com afeto, auxiliando seu desenvolvimento:

9 a 12 meses: Aproveite os momentos de cuidados com seu bebê (banho, troca de fraldas) para conversar e brincar com ele.

1 ano e 6 meses a 2 anos: Sua criança já sabe o que é dela e o que é de vocês, mas quer ter o controle sobre tudo. É importante que vocês se sintam seguros em não satisfazer todas as vontades de seu filho ou filha.

Com orientações também sobre medidas reconhecidamente úteis para a segurança da criança:

Mantenha a criança longe de fogo, fogão, aquecedor e ferro elétrico. Redobre a atenção. Produtos de limpeza, inseticidas e remédios devem ser guardados sempre em armários fechados e em lugar alto. Verifique se o tanque está bem fixo, para evitar que ele caia sobre a criança e cause lesões graves.

Na 10^a. edição, de 2015 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015), o Sumário já indica a ampliação da CSC; as anotações de dados da criança pelos profissionais são mais detalhadas e revelam o embasamento no avanço científico; as orientações para os familiares são ainda mais abrangentes e respeitosas com a criança, a família e a comunidade.

SUMÁRIO	
Parabéns! Acaba de nascer um cidadão brasileiro	1
Identificação	2
Mudanças de endereço	3
Registro civil de nascimento	4
Direitos dos pais	5
Direitos da criança	5
Os primeiros dias de vida	6
Amamentando o bebê	8
Como tornar a amamentação mais tranquila e prazerosa	9
Ordenha ou expressão manual do leite	11
Como prevenir problemas na amamentação	13
Dificuldades na amamentação	13
Dez passos para uma alimentação saudável de crianças menores de 2 anos	14
Dez passos para uma alimentação saudável para crianças de 2 a 10 anos	15
Suplementação de ferro e vitamina A	17
Acompanhando a saúde da criança	17
Estimulando o desenvolvimento da criança com afeto	18
Percebendo alterações no desenvolvimento	21
Vigiando o crescimento da criança	22
Vacinação – Direito da criança, dever dos pais/cuidadores	23
Calendário básico de vacinação da criança	24
Saúde bucal	26
Saúde ocular e auditiva	28
Cuidados com a saúde da criança	29
Evitando a diarreia e a desidratação	30
Criança: uma pessoa em desenvolvimento e com direitos	32
Cuidando da segurança da criança: prevenindo acidentes e violências	33
Registro dos profissionais: informações, dados e procedimentos sobre a saúde da criança	37
Dados sobre gravidez, parto e puerpério	38
Dados de recém-nascido	39
Anotações	40
Vigilância do desenvolvimento da criança	41
Principais fatores de risco e alterações físicas associados a problemas de desenvolvimento	43
Instrumento de vigilância do desenvolvimento de crianças de zero a 12 Meses	44
Instrumento de vigilância do desenvolvimento de crianças de 12 meses a 3 anos	46
Avaliação do desenvolvimento: orientação para tomada de decisão	48
Situações especiais	49
Guia básico para acompanhamento de crianças com síndrome de Down	50
Vigilância do crescimento infantil	52
Folha de registro das medidas antropométricas	54
Vigiando a pressão arterial (PA)	80
Registros dos procedimentos da saúde bucal	81
Saúde ocular e auditiva	82
Registros da suplementação de ferro e vitamina A	83
Registro das vacinas do calendário básico	84
Folha de registro da alimentação da criança	86
Registro de intercorrências: doenças, relatórios de internações, acidentes, alergias e outros	88
Anotações	90

Logo nas primeiras páginas, destacam-se orientações de grande relevância:

A primeira parte é dedicada a quem cuida da criança. Contém informações e orientações para ajudar a cuidar melhor da saúde da criança. Apresenta os direitos da criança e dos pais, orientações sobre o registro de nascimento, amamentação e alimentação saudável, vacinação, crescimento e desenvolvimento, sinais de perigo de doenças graves, prevenção de acidentes e violências, entre outros.

A segunda parte é destinada aos profissionais de saúde, com espaço para registro de informações importantes relacionadas à saúde da criança. Contém, também, os gráficos de crescimento, instrumento de vigilância do desenvolvimento e tabelas para registros das vacinas aplicadas.

Converse com o profissional de saúde, tire suas dúvidas e peça orientações para que a criança cresça e se desenvolva bem.

Para que a criança cresça e se desenvolva bem, é fundamental comparecer à unidade de saúde para fazer o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento.

Nas consultas de rotina, peça orientações sobre os cuidados necessários para que a criança tenha boa saúde e esclareça as suas dúvidas

Logo após o cronograma de consultas de rotina recomendado pelo Ministério da Saúde, o alerta:

Algumas crianças necessitam de maior atenção e devem ser vistas com maior frequência.

Destacamos, aqui, uma orientação fundamental para que a CSC atinja seu objetivo de possibilitar a avaliação contínua da criança: ela precisa ser preenchida e os cuidadores são convidados a participarem ativamente.

Solicite ao profissional de saúde que preencha a Caderneta de Saúde. Esse é um direito da família e da criança. (grifo nosso)

Esta orientação é enfatizada mais de uma vez:

É importante que o profissional de saúde anote as informações de cada consulta nos espaços próprios desta caderneta.

Retomaremos este ponto mais adiante.

A CSC, em sua 10ª Edição, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) revela a importância dada à avaliação e monitoramento do desenvolvimento de cada criança de modo bastante evidente: na parte inicial, destinada aos cuidadores, existem 5 páginas sobre desenvolvimento neuropsicomotor infantil, com orientações simples; na parte destinada aos profissionais, existem 8 páginas com orientações sobre desenvolvimento infantil e sua avaliação, 2 páginas sobre desenvolvimento em crianças com síndrome de Down e 1 página sobre autismo (reproduzida a seguir).

2 Autismo

Especial atenção deve ser dada aos sinais de autismo, pela sua elevada incidência e também pelo frequente diagnóstico tardio, comprometendo o tratamento e o prognóstico.

A detecção precoce do autismo é fundamental para a imediata intervenção. Até o momento, inexistem exames laboratoriais ou marcadores biológicos para a identificação do autismo, a qual se dá pela avaliação do quadro clínico e pela observação do comportamento.

O autismo aparece, tipicamente, antes dos 3 anos de idade e caracteriza-se por desvios **qualitativos na comunicação, na interação social e no uso da imaginação**. As crianças com autismo, quando crescem, desenvolvem habilidades sociais em extensão variada.

No caso de suspeita, é importante orientar os pais/cuidadores e encaminhá-los para locais que possam fazer o diagnóstico e o tratamento.

Sinais de Autismo

- Alterações do sono variáveis e inespecíficas.
- Indiferença em relação aos cuidadores, ausência de sorriso social, desconforto quando acolhido no colo e desinteresse pelos estímulos oferecidos (brinquedos por exemplo).
- Ausência de atenção compartilhada (não compartilham o foco de atenção com outra pessoa) e de contato visual (não estabelecem contato "olhos nos olhos").
- Comportamentos estereotipados (mexer os dedos em frente aos olhos, movimentos repetitivos da cabeça e/ou de antebraços e mãos, andar nas pontas dos pés descalços, balanço do tronco).
- Ausência de resposta ao chamado dos pais/cuidadores, aparentando surdez.
- Aversão ao contato físico (a criança evita relacionar-se com pessoas desde o início da vida).
- Ausência de reação de surpresa ou dificuldade para brincar de "faz de conta".
- Hipersensibilidade a determinados tipos de sons.
- Ecolalia – repetição imediata ou tardia de palavras ou frases.
- Tendência ao isolamento, autoagressão, inquietação, comportamentos estranhos.
- Interesses circunscritos (às vezes, gosta de girar objetos).
- Em alguns casos, presença de habilidades especiais (matemáticas, musicais e plásticas).

A CSC cumpre, assim, em sua estrutura, a proposta de ser uma estratégia privilegiada nas políticas de redução do adoecimento e da mortalidade infantil, exatamente por se basear em ações de acompanhamento e promoção da saúde.

Devemos destacar que os diagnósticos na infância, em especial nos campos de crescimento e desenvolvimento, são, na grande maioria dos casos, dinamicamente provisórios, alterando-se muito rapidamente, o que impõe a necessidade de acompanhamento cuidadoso de como evolui cada criança em particular, exigindo cautela em evitar diagnósticos rígidos e prematuros. Apenas a título de exemplo, Gisela Untoiglich (2013), reconhecida psicanalista argentina, docente da Universidad de Buenos Aires, assim intitulou um de seus livros mais recentes, coletânea de textos de autores de diferentes países: *En la infancia, los diagnósticos se escriben con lápiz*.

A avaliação de crescimento e desenvolvimento não se faz em uma única consulta, mas é construída longitudinalmente, com o acompanhamento continuado; em caso de dúvida, a próxima avaliação deve ser antecipada. A

atenção à saúde se baseia em normas e *guidelines* cientificamente embasados e, por isto mesmo, flexíveis de acordo com os resultados encontrados.

A elaboração da CSC se baseia exatamente neste conhecimento já bem estabelecido na Pediatria em todo o mundo. Com indicadores bem fundamentados de desenvolvimento e orientações para o profissional sobre como pesquisar, vai-se construindo um gráfico de seguimento longitudinal das conquistas da criança em seu desenvolvimento.

INSTRUMENTO DE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO

Registre na escala: P = marco presente, A = marco ausente, NV = marco não verificado

Marcos do desenvolvimento	Como pesquisar
Postura: barriga para cima, pernas e braços flexíveis, cabeça lateralizada	Deite a criança em superfície plana, de costas, observe se seus braços e pernas ficam flexionados e sua cabeça lateralizada.
Observa um rosto	Posicione seu rosto a aproximadamente 30cm acima do rosto da criança e observe se ela olha para você, de forma evidente.
Reage ao som	Bata palma ou balance um chocho a cerca de 30cm de cada oreilha da criança e observe se ela reage com movimentos nos olhos ou mudança da expressão facial.
Eleva a cabeça	Posicione a criança de bruço e observe se ela levanta a cabeça, levantando (afastando) o queixo da superfície, sem se virar para um dos lados.
Sorriso social quando estimulada	Sorria e converse com a criança; não lhe faça cócegas ou toque sua face. Observe se ela responde com um sorriso.
Abre as mãos	Observe se a criança emite algum som que não seja choro. Caso não seja observado, pergunte ao acompanhante se ela faz em casa.
Emite sons	Observe se a criança emite algum som que não seja choro. Caso não seja observado, pergunte ao acompanhante se ela faz em casa.
Movimenta ativamente os membros	Observe se a criança movimenta ativamente os membros superiores e inferiores.
Resposta ativa ao contato social	Fique à frente do bebê e converse com ele. Observe se ele responde com sorriso e emissão de sons como se estivesse "conversando" com você. Pode pedir que a mãe/cuidador o faça.
Segura objetos	Ofereça um objeto tocando no dorso da mão ou dedos da criança. Ela deverá abrir as mãos e segurar o objeto pelo menos por alguns segundos.
Emite sons	Fique à frente da criança e converse com ela. Observe se ela emite sons (gagu, eeee etc.).
De bruço, levanta a cabeça, apoiando-se nos antebraços	Coloque a criança de bruço, numa superfície firme. Chame sua atenção à frente com objetos ou seu rosto e observe se ela levanta a cabeça apoiando-se nos antebraços.
Busca ativa de objetos	Coloque um objeto ao alcance da criança (sobre a mesa ou na palma de sua mão) chamando sua atenção para o mesmo. Observe se ela tenta alcançá-lo.
Leva objetos à boca	Coloque um objeto na mão da criança e observe se ela o leva à boca.
Localiza o som	Faça um barulho suave (sino, chocho etc.) próximo à orelha da criança e observe se ela vira a cabeça em direção ao objeto que produziu o som. Repita no lado oposto.
Muda de posição ativamente (rola)	Coloque a criança em superfície plana de barriga para cima. Incentive-a a virar para a posição de bruço.
Brinca de esconde-a-chou	Coloque-se à frente da criança e brinque de aparecer e desaparecer: atrás de um pano ou de outra pessoa. Observe se a criança faz movimentos para procurá-lo quando desaparece, como tentar puxar o pano ou olhar atrás de outra pessoa.
Transfere objetos de uma mão para a outra	Ofereça um objeto para a criança segurar. Observe se ela o transfere de uma mão para outra. Se não fizer, ofereça outro objeto e observe se ela transfere o primeiro para a outra mão.
Duplica sílabas	Observe se a criança fala "papa", "dada", "mama". Se não o fizer, pergunte à mãe/cuidador se ela o faz em casa.
Senta-se sem apoio	Coloque a criança numa superfície firme, ofereça-lhe um objeto para ela segurar e observe se ela fica sentada sem o apoio das mãos para equilibrar-se.
Imita gestos	Faça algum gesto conhecido pela criança como bater palmas ou dar echau e observe se ela o imita. Caso ela não o faça, peça à mãe/cuidador para estimulá-la.
Faz pinça	Coloque próximo à criança uma bolinha de papel. Chame a atenção da criança para que ela a pegue. Observe se, ao pegá-la, ela usa o movimento de pinça, com qualquer parte do polegar associado ao indicador.
Produz "jargão"	Observe se a criança produz uma conversação incompreensível consigo mesma, com você ou com a mãe/cuidador (jargão). Caso não seja possível observar, pergunte se ela o faz em casa.
Anda com apoio	Observe se a criança consegue dar alguns passos com apoio.

Fonte: Adaptação da tabela contida no Manual de Crescimento do Ministério da Saúde/2002 por Amira Figueiras, Ricardo Neta. As áreas amarelas indicam as faixas de idade em que é esperado que a criança desenvolva as habilidades testadas.

Háipem e Rosânia Araújo

A CSC prevê, ainda, diferentes possibilidades desse gráfico longitudinal de desenvolvimento e orienta o profissional sobre a conduta a ser seguida, como se vê na figura abaixo.

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO: ORIENTAÇÃO PARA A TOMADA DE DECISÃO

Observe os marcos de desenvolvimento de acordo com a faixa etária da criança.

Dados da avaliação	Classificação	Conduta
<ul style="list-style-type: none"> Perímetro cefálico < -2 escores z ou > +2 escores z, ou presença de 3 ou mais alterações fenotípicas, ou ausência de 2 ou mais marcos para a faixa etária anterior 	PROVÁVEL ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Referir para avaliação neuropsicomotora
<ul style="list-style-type: none"> Ausência de 1 ou mais marcos para a sua faixa etária 	ALERTA PARA O DESENVOLVIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança Marcar retorno em 30 dias
<ul style="list-style-type: none"> Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes, mas existem 1 ou mais fatores de risco 	DESENVOLVIMENTO ADEQUADO COM FATORES DE RISCO	<ul style="list-style-type: none"> Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta*
<ul style="list-style-type: none"> Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes 	DESENVOLVIMENTO ADEQUADO	<ul style="list-style-type: none"> Elogiar a mãe/cuidador Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta*

* Na presença de sinais de alerta, a criança deve ser reavaliada em até 30 dias.

Devemos, então perguntar: se a CSC constitui instrumento tão valioso para a atenção à saúde da criança, por que a identificação de problemas no desenvolvimento – físico, mental, cognitivo – tem sido tão atrasada? Por que crianças com visão ou audição subnormal demoram tanto a serem identificadas? Por que crianças com deficiência mental importante não são diagnosticadas em tempo adequado?

A resposta, infelizmente, é simples: os profissionais não anotam regularmente os dados na CSC.

Ainda são relativamente poucas as pesquisas sobre este tema, mas todas revelam que o preenchimento de dados é bastante precário; em consequência da desvalorização da CSC por parte dos profissionais (notadamente médicos e enfermeiros), as famílias tendem a não terem ainda incorporado a CSC como um direito da criança e instrumento de qualificação da atenção à saúde. Destacamos duas pesquisas mais recentes. Em 2014, Palombo et al. encontraram que apenas 9 e 8% das CSC tinham, respectivamente, os gráficos de crescimento e desenvolvimento preenchidos.

Em 2016, Lima et al. revisaram a bibliografia sobre o uso da CSC na atenção à saúde de crianças e também relatam a precariedade das anotações e, conseqüentemente, do uso da CSC, sendo um dos motivos o perfil dos profissionais diante da relevância do instrumento, concluindo ser imprescindível sua capacitação e sensibilização.

Em revisão sistemática do uso da CSC por pesquisadores ligados ao IFF (Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira), publicada em 2015, os autores destacam a importância da CSC como estratégia de qualificar a atenção à saúde da criança – e, logicamente, qualificar a própria saúde das crianças – e seu baixo uso pelos profissionais.

Outro problema evidenciado nesta revisão é o baixo resultado no preenchimento do quadro de acompanhamento dos marcos de desenvolvimento da criança. A ação de vigilância consiste em fazer sistematicamente exame físico, avaliação neuropsicomotora de maneira minuciosa, identificação da presença de fatores de risco e registro na CSC de todos os procedimentos feitos na criança, bem como dos achados das consultas. Essa ação constitui uma modalidade de intervenção preventiva que compreende atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas nesse processo. (ALMEIDA et al., 2015)

Recentemente, no dia 12 de setembro de 2017, foi realizado o **Seminário de Apresentação de Resultados dos Projetos da Caderneta de Saúde da Criança**, organizado pelo IFF (Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira), Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz) e Ministério da Saúde, com apresentação de dados detalhados de pesquisa empírica realizada por essas pesquisadoras do IFF, desenhada a partir da revisão sistemática descrita acima.

Seminário de Apresentação de Resultados dos Projetos da Caderneta de Saúde da Criança

12 de setembro, 8h às 12h30

Local: Av. Rui Barbosa, 716 - Flamengo- Rio de Janeiro
Centro de Estudos Olinto de Oliveira, Anfiteatro A



Programação

8h - Café de Boas-vindas

8h30 - Mesa de Abertura

Claudia Puerari, coordenadora-geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde
Fábio Russomano, diretor do IFF/Fiocruz
Mária Elisabeth Moreira, coordenadora da Pesquisa do IFF/Fiocruz
Nisia Trindade, presidente da Fiocruz

9h - Contextualização dos Projetos e das Pesquisas da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) aos Indicadores da Vigilância do Desenvolvimento
Mária Virginia Peixoto, coordenadora do Projeto da CSC

9h10 - Apresentação dos Resultados das Pesquisas:
Utilização da Caderneta de Saúde na Vigilância do Crescimento e do Desenvolvimento de Crianças Brasileiras na Primeira Infância
Compreensão do Discurso Profissional sobre a Prática da Vigilância do Crescimento e Desenvolvimento da Criança na Estratégia de Saúde da Família
Mária Virginia Peixoto, coordenadora do Projeto da CSC
Ana Claudia Almeida, Júlia Carvalho, Mariana Marques, pesquisadoras do Projeto da CSC

10h - A Leitura da CSC por Mães que Participaram da Pesquisa
Ana Claudia Almeida, pesquisadora do Projeto da CSC

10h15 - A CSC na Perspectiva da Leitura e Comunicação com as Mães Brasileiras

Eliana Yunes, presidente do Conselho Inter-Catedra Unesco

10h30 - A CSC e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
Liliane Penello, coordenadora da Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS/IFF/Fiocruz)

10h45 - A CSC na Perspectiva da Integralidade do Cuidado
Lilian Miranda, pesquisadora do Departamento de Planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz)

11h - Na Perspectiva da Participação na Formulação de Novas Práticas dentro da Estratégia de Saúde da Família e do SUS
Lilian Miranda, pesquisadora do Departamento de Planejamento da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz)

11h15 - A Internação Neonatal das Crianças Atendidas no SUS
Mária Emilia Quaresma, pesquisadora do Projeto da CSC

11h30 - A Contribuição da Pesquisa para o Desenvolvimento do SUS
Mária do Carmo Leal, coordenadora da Pesquisa Nascer no Brasil (Ensp/Fiocruz)

11h45 - Plenária

12h30 - Encerramento



Um dos dados apresentados, sobre o preenchimento de dados sobre crescimento e desenvolvimento na CSC corrobora as pesquisas citadas.

Na população estudada, abrangendo todas as regiões do país, encontrou-se que apenas 9,9% das cadernetas tinham anotações relativas à vigilância do desenvolvimento infantil.

Entende-se, então, a ênfase dada na CSC a seu adequado preenchimento, como destacamos anteriormente, neste texto.

É internacionalmente reconhecido que a qualidade da anotação em prontuários (e em instrumentos como a CSC) reflete diretamente a qualidade da consulta.

O profissional ético e cientificamente comprometido com a atenção à saúde da pessoa à sua frente sabe que suas anotações qualificam os atendimentos, especialmente em consultas ambulatoriais, de seguimento, como acontece na Atenção Básica. Se o profissional não se preocupa em anotar corretamente seus achados, hipóteses diagnósticas, condutas, plano

terapêutico, esse seu descompromisso com o seguimento da pessoa se reflete também na qualidade da atenção prestada.

Elaborar estratégias de formação e sensibilização dos profissionais, aqui os pediatras em especial, para a importância de anotar corretamente seus achados e propostas constitui estratégia de qualificar a atenção à saúde de crianças.

É exatamente isto que os dois outros documentos oficiais que tratamos neste texto buscam atingir.

2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA (PNAISC)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em 5 de agosto de 2015, pela Portaria Nº 1.130, do Ministério da Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Como portaria ministerial, a PNAISC situa-se hierarquicamente superior à CSC, um manual técnico, estabelecendo normas legais para qualificar a atenção à saúde da criança.

Alguns de seus artigos merecem ser destacados, na medida em que preveem estratégias e ações que devem ser implantadas em todo o território nacional, incluídas aqui as relativas a desenvolvimento infantil. Ressalte-se o embasamento na concepção de que saúde, em todos os seus aspectos, é socialmente determinada e a atenção aos agravos deve ser feita de modo integrado e articulado, respeitando o dado inegável de que a criança que sofre o agravo é um ser integral, não passível de ser abordada, avaliada ou cuidada em “partes” artificialmente construídas.

Art. 6º A PNAISC se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças, a seguir relacionados:

...

III - promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral: consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e

desenvolvimento da criança, em especial do "Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)", pela atenção básica à saúde, conforme as orientações da "Caderneta de Saúde da Criança", incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares;

...
VI - atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade: consiste na articulação de um conjunto de estratégias intrasetoriais e intersetoriais, para inclusão dessas crianças nas redes temáticas de atenção à saúde, mediante a identificação de situação de vulnerabilidade e risco de agravos e adoecimento, reconhecendo as especificidades deste público para uma atenção resolutiva;

A PNAISC, como se vê, revela a atenção que deve ser dada à avaliação contínua do crescimento e desenvolvimento de cada criança, que devem ser continuamente monitorados, com orientações adequadas aos cuidadores para que riscos e alertas identificados nessa vigilância possam ser superados ou minimizados.

O inciso IV trata especificamente da atenção à saúde de crianças com deficiências, estabelecendo firmemente que deve ser articulada de modo intra e intersetorial, regionalizada e hierarquizada. Isto reflete seu embasamento na própria concepção do SUS, internacionalmente reconhecida como fundamental para o sucesso de uma política de saúde voltada à qualidade de vida de toda a população.

O artigo 9º. enfatiza, novamente, a importância estratégica do acompanhamento continuado do crescimento e desenvolvimento **integral** (grifo nosso) e o papel fundamental da CSC para sua qualificação.

Art. 9º São ações estratégicas do eixo de promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral:

I - a disponibilização da "Caderneta de Saúde da Criança", com atualização periódica de seu conteúdo;

II - a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da primeira infância pela Atenção Básica à Saúde;

É impossível pensar em políticas de atenção à saúde universalizadas e com qualidade se não forem enraizadas na concepção de articulação, regionalização e hierarquização. O Art. 14º fortalece a concepção de que a

atenção à saúde se organiza de modo articulado entre os diferentes níveis de atenção e redes temáticas, sempre a partir da atenção básica.

Art. 14º. A PNAISC se organiza a partir da Rede de Atenção à Saúde e de seus eixos estratégicos, mediante a articulação das ações e serviços de saúde disponíveis nas redes temáticas, em especial aquelas desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na atenção básica, esta como coordenadora do cuidado no território.

A PNAISC, assim, em 2015 estabeleceu firmemente a importância de que **todas as crianças sejam acompanhadas na rede de atenção básica**, com monitoramento continuado de seu crescimento e desenvolvimento, com o uso adequado da CSC, ou seja, anotação completa de todos os dados solicitados.

2 MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Em 8 de março de 2016, foi promulgada a Lei No. 13.257ⁱ, conhecida como Marco Legal da Primeira Infância, que “*Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância (...)*” (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2016)

Já no Art. 3º se afirma a preocupação e compromisso do Estado com o desenvolvimento integral de todas as crianças em território nacional.

Art. 3º A prioridade absoluta em assegurar os direitos da criança, do adolescente e do jovem, nos termos do art. 227 da Constituição Federal e do art. 4º da Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990, implica o dever do Estado de estabelecer políticas, planos, programas e serviços para a primeira infância que atendam às especificidades dessa faixa etária, visando a garantir seu desenvolvimento integral.

O Art. 4º estabelece marcos legais para as políticas públicas voltadas à primeira infância: respeito a diferenças entre as crianças, notadamente em relação a ritmos e tempos de desenvolvimento; respeito aos contextos sociais e culturais da criança e de seu grupo social, assumindo esses contextos como condicionantes e facilitadores do desenvolvimento infantil; importância de os conhecimentos científicos e tecnológicos não se pretenderem neutros e absolutos, mas enraizados nas construções humanas, devendo se articular com outros campos de conhecimento e com a ética e a política. Mais uma vez,

se enfatiza a necessidade imperiosa de ações articuladas entre diferentes áreas e setores.

Art. 4º As políticas públicas voltadas ao atendimento dos direitos da criança na primeira infância serão elaboradas e executadas de forma a:

...

III - respeitar a individualidade e os ritmos de desenvolvimento das crianças e valorizar a diversidade da infância brasileira, assim como as diferenças entre as crianças em seus contextos sociais e culturais;

V - articular as dimensões ética, humanista e política da criança cidadã com as evidências científicas e a prática profissional no atendimento da primeira infância;

...

VII - articular as ações setoriais com vistas ao atendimento integral e integrado;

Mais adiante, o Marco Legal firma a obrigatoriedade legal de que as políticas para a primeira infância sejam articuladas com as instituições de formação profissional, reconhecendo que uma lei somente se torna real se se concretiza nos espaços onde acontece o objeto sobre o qual legisla. No caso das políticas de atenção à saúde de crianças, a legislação deve alterar os modos de funcionamento e práticas profissionais que se realizam na rede de atenção primária, nas unidades básicas de saúde, no interior dos consultórios, no espaço de cada consulta. Para tanto, os profissionais envolvidos devem ser comprometidos com os objetivos da lei em questão; se pediatras não forem formados em consonância com o Marco Legal da 1ª. Infância, a PNAISC, não avaliarão adequadamente todas as crianças em todos os aspectos envolvidos em uma consulta pediátrica, incluídos aqui crescimento e desenvolvimento, anotando corretamente em prontuários e documentos como a CSC, a lei será mais uma letra morta.

Art. 9º As políticas para a primeira infância serão articuladas com as instituições de formação profissional, visando à adequação dos cursos às características e necessidades das crianças e à formação de profissionais qualificados, para possibilitar a expansão com qualidade dos diversos serviços.

Também, as políticas públicas de saúde devem conter a necessidade de monitoramento das pessoas atendidas, além de serem, elas mesmas, objeto de monitoramento contínuo e fiscalização, permitindo inclusive a construção de banco de dados de todas as crianças em território nacional.

Art. 11º. As políticas públicas terão, necessariamente, componentes de monitoramento e coleta sistemática de dados, avaliação periódica dos elementos que constituem a oferta dos serviços à criança e divulgação dos seus resultados.

§ 1º A União manterá instrumento individual de registro unificado de dados do crescimento e desenvolvimento da criança, assim como sistema informatizado, que inclua as redes pública e privada de saúde, para atendimento ao disposto neste artigo.

4 A LEI 13.438 DESRESPEITA E AGRIDE CRIANÇAS, FAMÍLIAS, PEDIATRAS E O SUS

Os marcos legais estão prontos. As normas técnicas estão disponíveis. Os instrumentos existem. Mas ainda não estão de fato implementados na rede de saúde. As crianças com problemas continuam sendo identificadas – quando o são – muito tarde.

Como se resolve este problema?

Com uma nova lei, que atropela o já construído, o coletivamente construído, o científica e politicamente embasado?

A Lei 13.438 ignora tudo que já se construiu nas últimas décadas no campo de promoção e monitoramento da saúde de crianças; prepotentemente, impõe ao atendimento pediátrico na Atenção Básica uma ação que agride e desconstrói o que o campo científico da Pediatria vem desenvolvendo e implementando nas políticas públicas, de modo articulado com outros campos.

Em toda consulta pediátrica, deve ser avaliado o desenvolvimento da criança, no contexto de uma avaliação mais ampla, da criança como um ser integral. O desenvolvimento infantil se realiza em uma criança que precisa comer, dormir, interagir, tomar vacinas, ter acesso a saneamento básico, crescer, aprender, ser cuidada com afeto e segurança. O desenvolvimento só é um objeto estanque e abstrato em alguns textos.

Ainda, o desenvolvimento acontece de modo multifacetado: motor, sensitivo, sensorial, cognitivo, psíquico, neurológico, afetivo...

Em uma consulta pediátrica na Atenção Básica, toda criança deve ser avaliada integralmente, aí incluído seu desenvolvimento.

A criança avaliada como um ser integral, com seu desenvolvimento avaliado em suas diferentes facetas, permite que o pediatra perceba que “algo não vai bem”, que a criança não está se desenvolvendo (de acordo com o que se esperaria em suas condições concretas de vida, inserção social, cultural, geográfica, afetiva etc e não segundo tabelas e protocolos alheios à sua vida).

O que quero dizer é que uma criança com problemas em seu desenvolvimento psíquico exhibe isto em todas as facetas do prisma que é seu desenvolvimento, do prisma que ela é! Exatamente do mesmo modo como alterações de sono ou de alimentação, infecções recorrentes e tantas outras patologias interferem com o desenvolvimento da criança; aliás, muitas vezes são percebidos pelas alterações no desenvolvimento.

Somos nós, profissionais e pesquisadores, que “fatiamos” as pessoas em partes, por nossa incapacidade em abarcar o todo, como se conhecer as partes nos permitisse conhecer o todo.

Retomando, a criança (ou adolescente, ou adulto) com problemas na constituição psíquica assim como no desenvolvimento neuromotor, reflete isto em todas as áreas de sua vida. Problemas no desenvolvimento psíquico se manifestam como problemas no desenvolvimento, ou melhor, como “um desenvolvimento que não se desenvolve bem”. Ou seja, um pediatra bem formado, saberá avaliar uma criança em sua integralidade e será competente para identificar quando ela não vai bem, quando ela exhibe sinais de alerta, quase como pedindo ajuda.

O pediatra detecta não risco psíquico, mas sinais de sofrimento psíquico, algo diferente de patologia mental, mas que precisa de intervenções adequadas capazes de alterar seu curso, sua evolução.

Detectado qualquer sinal de alerta, deve-se proceder à investigação mais específica, diminuindo os intervalos entre as consultas e referenciando a criança a especialistas, se necessário.

É importante ainda, destacar, que avaliar risco psíquico exige, obrigatoriamente, uma formação mais aprofundada no campo, pois implica em

dominar conhecimentos sobre a própria instituição subjetiva do ser. Um campo de conhecimentos muito importante, mas que extrapola a formação do pediatra sem nenhum demérito para ele. Mas também um campo de conhecimentos e práticas que extrapola o que se preconiza na Rede de Atenção Primária à Saúde.

Impor, por um mecanismo de lei, não discutido com nenhuma instância vinculada ao tema, que se aplique determinado instrumento para avaliar uma área específica do desenvolvimento infantil constitui desrespeito com o pediatra, com a criança, com a família, com os gestores políticos, com as agências formadoras, com pesquisadores. Mas, acima de tudo, denota a arrogância e o desconhecimento do que seja uma consulta pediátrica e uma rede pública de saúde e quais os reais entraves para que todo o já construído (CSC, PNAISC, Marco Legal e muitos outros) transformem a realidade da detecção tardia.

Se for realizado o imposto pela Lei 13.438, privilegiando a avaliação de risco psíquico em detrimento de todas as demais ações de uma consulta pediátrica, isto implicará em deixar de avaliar a criança como sujeito integral, o que ela come, como dorme, como está o cocô, se está crescendo bem, se brinca com outras crianças, se é bem cuidada, se seus olhos brilham ou trazem embutido um pedido de socorro, se tomou as vacinas e tantas outras coisas que vão sendo construídas e pactuadas em cada consulta, na relação do pediatra com o cuidador, com a criança, com a comunidade sob seus cuidados.

Enfatizo que ele deixará de fazer isto não por maldade ou vingança, mas pela dinâmica da rede de saúde, pelo tempo que ele pode dispor para cada consulta, pelo tempo que a mãe pode dispor, pelo tempo que a criança pode aguentar no consultório.

Então, se obrigado por lei, ele priorizará a avaliação do risco psíquico - para a qual, como já dito anteriormente não tem formação específica, o que se afirmará resolver com treinamentos aligeirados, caros e ineficientes - em detrimento da avaliação da criança.

Assim, entrará no consultório, *uma-criança-potencialmente-portadora-de-risco-psíquico*, não a criança. A Mariazinha, o Pedrinho, o Joãozinho, a Rosinha serão tornados invisíveis, somente o risco psíquico será visível.

Tal risco será, assim, obrigatoriamente avaliado em crianças abstratas, pois a criança real, de carne e osso, com necessidades, desejos, problemas, possibilidades, sofrimentos, não será nem vista nem ouvida. Tal lei conseguirá, assim, a proeza de abstrair a criança real, tirando a vida de cena.

Ainda, tal lei provocará uma epidemia de diagnósticos de risco psíquico, com resultados duplamente cruéis: crianças com risco psíquico real não serão identificadas na avalanche de encaminhamentos e continuarão não sendo diagnosticadas e cuidadas em tempo adequado; crianças normais ou com outros problemas serão rotuladas com esse diagnóstico, em conhecido processo de patologização da vida.

O argumento de que os protocolos não farão diagnósticos, mas identificarão riscos é reconhecida e repetidamente falacioso. Usado sempre que se propõe triagens como essa, busca escamotear que será, sim, feito um diagnóstico, o diagnóstico de *risco psíquico*, a ser carregado por toda a vida. Como carimbo indelével, será a justificativa para todos os problemas que venham a acontecer na vida da criança, mesmo que decorrentes dos modos de organização da sociedade.

O diagnóstico de risco rapidamente se transforma em diagnóstico de uma patologia, o risco é transformado em doença. E aí, se cria a demanda, artificialmente construída, por serviços especializados no tratamento do risco.

Nessa previsível epidemia de diagnósticos, será impossível elaborar / financiar políticas públicas voltadas à atenção de crianças com risco psíquico. A patologização mais uma vez movimentará os moinhos da judicialização e da privatização do público.

Por fim, a pergunta necessária: quem ganha com a Lei 13.438? Quais os interesses que a subsidiam e a sustentam?

Com certeza, não são as crianças com riscos de qualquer ordem em seu desenvolvimento.

O entrave real para as políticas públicas de saúde é o sub-financiamento do SUS, atrelado à estratégia privatizante da saúde que vem sendo imposta.

Este entrave, político e ideológico, se reflete na formação dos profissionais - voltada para e pautada pelo mercado -, o que explica a

existência de profissionais descompromissados com a saúde da população brasileira.

O SUS é uma conquista do povo brasileiro e não pode ser atacado, seja por agentes financeiros, seja por mecanismos legais comprometidos com outros interesses.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.C. et al . Use of a monitoring tool for growth and development in Brazilian children – systematic review. *Rev. paul. pediatr.*, São Paulo , v. 34, n. 1, p. 122-131, Mar. 2016 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822016000100122&lng=en&nrm=iso . Acesso em 10 de setembro de 2017.

KOPENAWA, D. e ALBERT, B. *A queda do céu: palavras de um xamã yanomami* São Paulo: Companhia das Letras, 2010

LIMA, L.G.; NOBRE, C.S.; LOPES, A.C.M.U.; ROLIM, K.M.C.; ALBUQUERQUE, C.M.; ARAUJO, M.A.L. A utilização da Caderneta de Saúde da Criança no acompanhamento infantil *R bras ci Saúde* 20(2):167-174, 2016 (<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/21266/15747>)

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Brasil, *Caderneta de Saúde da Criança*, 2005. Disponível em http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/caderneta_saude_da_crianca.pdf Acesso em 10/09/2017

_____ *Caderneta de Saúde da Criança*, 2015. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino_10ed.pdf Acesso em 10/09/2017

_____ *Portaria No 1.130*, 5 de agosto de 2015. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em 10/09/2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011 Parecer sobre o PL N° 451, de 2011
Disponível em https://0c50883d-0b89-43ba-974b-b404e2a3efd5.filesusr.com/ugd/d7cb64_722a939324764176b3f2820af004e5f2.pdf Acesso em 10/09/2017

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017 Parecer sobre o PL N° 451, de 2011
Disponível em https://0c50883d-0b89-43ba-974b-b404e2a3efd5.filesusr.com/ugd/d7cb64_f629319ff762442ea1c4a03be86e2be5.pdf Acesso em 10/09/2017

NOTA TÉCNICA No 8-SEI/2017-CGSCAM/DAPES/SAS/MS Disponível em
http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/16/SEI-25000.472346_2017_93.pdf Acesso em 20/01/2018

OBSERVATÓRIO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.
<http://site.medicina.ufmg.br/observaped/eixos/caderneta-de-saude-da-crianca/>
acesso em 10 de setembro de 2017

PALOMBO, C.N.T.; DUARTE, L.S.; FUJIMORI, E.; TAMAMI, A.; TORIYAMA, M. Uso e preenchimento da caderneta de saúde da criança com foco no crescimento e desenvolvimento *Rev Esc Enferm USP*, 2014; 48 (Esp):60-7 (http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-060.pdf)

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, BRASIL Lei No13.257, de 9 de março de 2016. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm Acesso em 10/09/2017

Recomendação GAB-LLO/PRDF N° 01/2018 Disponível em https://0c50883d-0b89-43ba-974b-b404e2a3efd5.filesusr.com/ugd/d7cb64_a9a27529a4274a00bb6fecdc89849517.pdf Acesso em 10/04/2018

UNTOIGLICH, G. (Org.) *En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz*. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación. 266 p. Buenos Aires: Noveduc. 2013

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1979 *Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978 Disponível em

http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf. Acesso em 10/09/2017
