



**CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL**

SEGUNDA VICE-PRESIDÊNCIA

Consultoria Técnico-Legislativa de Fiscalização, Controle, Acompanhamento  
de Políticas e Contas Públicas e Execução Orçamentária



## **UNIDADE DE ACOMPANHAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

### **ESTUDO TÉCNICO N. 05/2025 – UCP/Conofis/CLDF**

**Tema em análise:** Doenças prevalentes na infância

**Requerente:** Segunda Vice-Presidente

**Instrumento:** Ato da Segunda Vice-Presidente n. 04/2025

**Modalidade:** Consultoria Técnico-Legislativa

**Período analisado:** 2023 a 2025

**Data de entrega:** agosto de 2025

**Área Temática:** Saúde

**Palavras-chave:** saúde; doença; criança e política pública



## **CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL**

SEGUNDA VICE-PRESIDÊNCIA

Consultoria Técnico-Legislativa de Fiscalização, Controle, Acompanhamento  
de Políticas e Contas Públicas e Execução Orçamentária



# **UNIDADE DE ACOMPANHAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

## **ESTUDO TÉCNICO N. 05/2025 – UCP/Conofis/CLDF<sup>1</sup>**

### **EQUIPE RESPONSÁVEL**

#### **Chefia da Conofis**

Ana Paula da C. Fernandes

#### **Consultores Técnico-Legislativos**

Ana Daniela Rezende Pereira Neves – Revisora de Texto

Lincoln Vitor Santos (Chefe da UCP) – Coren-DF 147.165-ENF

Nazareno Arão da Silva – Revisor de Texto

Simone Rodrigues da Silva Araújo – Coren-DF 449.976-ENF

<sup>1</sup> As atividades de consultoria técnico-legislativa e assessoramento especializado não expressam necessariamente a posição da CLDF ou de seus integrantes, desobrigados estes, em qualquer caso, de compromisso institucional ou pessoal em razão da orientação ou da destinação dada ao trabalho pelo solicitante.



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 – Número de Guias de Atendimento de Emergência de pacientes com menos de 14 anos atendidos na rede hospitalar do SUS-DF (1º jan. a 10 out. 2023) | 21

Figura 2 – Classificação de risco dos pacientes com menos de 14 anos atendidos na rede hospitalar do SUS-DF (1º jan. a 10 out. 2023) | 22

Figura 3 – Distribuição por sexo dos pacientes com menos de 14 anos atendidos na rede hospitalar do SUS-DF (1º jan. a 10 out. 2023) | 22

Figura 4 – Quantitativo de GAEs de pacientes com menos de 14 anos atendidos na rede hospitalar do SUS-DF, por mês (1º jan. a 10 out. 2023) | 22

Figura 5 – Quantitativo de GAEs de pacientes com menos de 14 anos atendidos na rede hospitalar do SUS-DF, por Região Administrativa (1º jan. a 10 out. 2023) | 23

Figura 6 – Quantitativo de GAEs de pacientes com menos de 14 anos atendidos na rede hospitalar do SUS-DF, por RIDE (1º de jan. a 10 de out. de 2023) | 24

Figura 7 – Quantitativo de GAEs de pacientes com menos de 14 anos atendidos na rede hospitalar do SUS-DF, por Região de Saúde (1º jan. a 10 out. 2023) | 24

Figura 8 – Principais CIDs de pacientes com menos de 14 anos atendidos na rede hospitalar do SUS-DF (1º jan. a 10 out. 2023) | 25

Figura 9 – Número de Guias de Atendimento de Emergência de pacientes com menos de 14 anos atendidos nas UPAs (1º jan. a 10 out. 2023) | 25

Figura 10 – Principais CIDs de pacientes com menos de 14 anos atendidos nas UPAs (1º jan. a 10 out. 2023) | 26

## **LISTA DE GRÁFICO**

Gráfico 1 – Quantidade de Autorização de Internação Hospitalar, 2023-2025 | 27



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

SEGUNDA VICE-PRESIDÊNCIA

Consultoria Técnico-Legislativa de Fiscalização, Controle, Acompanhamento de Políticas e Contas Públicas e Execução Orçamentária



### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AIDPI</b>	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CAPSi</b>	Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doença
<b>CLDF</b>	Câmara Legislativa do Distrito Federal
<b>COMPP</b>	Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica
<b>Conofis</b>	Consultoria Técnico-Legislativa de Fiscalização, Controle, Acompanhamento de Políticas e Contas Públicas e Execução Orçamentária
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde
<b>DeCS</b>	Descritores em Ciências da Saúde
<b>DF</b>	Distrito Federal
<b>DINSAMI</b>	Divisão de Saúde Materno-Infantil
<b>DPI</b>	Doenças Prevalentes na Infância
<b>EAB</b>	Estratégia Amamenta Brasil
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>GAE</b>	Guias de Atendimento de Emergência
<b>HMIB</b>	Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa
<b>HRBz</b>	Hospital Regional de Brazlândia
<b>HRC</b>	Hospital Regional de Ceilândia
<b>HRGu</b>	Hospital Regional do Guará
<b>HRL</b>	Hospital Região Leste
<b>HRPL</b>	Hospital Regional de Planaltina
<b>HRS</b>	Hospital Regional de Sobradinho
<b>HRSM</b>	Hospital Regional de Santa Maria
<b>HRT</b>	Hospital Regional de Taguatinga
<b>IHBDF</b>	Instituto Hospital de Base do Distrito Federal
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>PAISC</b>	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
<b>PNAISC</b>	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
<b>PNI</b>	Programa Nacional de Imunizações
<b>PNIAM</b>	Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
<b>PRMI</b>	Projeto de Redução da Mortalidade Infantil
<b>PSMI</b>	Programa de Saúde Materno-Infantil
<b>RIDE</b>	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno



## **CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL**

SEGUNDA VICE-PRESIDÊNCIA

Consultoria Técnico-Legislativa de Fiscalização, Controle, Acompanhamento  
de Políticas e Contas Públicas e Execução Orçamentária



<b>SAIS</b>	Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde
<b>SES-DF</b>	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
<b>SIM</b>	Sistema de Informação sobre Mortalidade
<b>SINASC</b>	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
<b>SNPES</b>	Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde
<b>SRO</b>	Sais de Reidratação Oral
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TMI</b>	Taxa de Mortalidade Infantil
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UCP</b>	Unidade de Acompanhamento de Políticas Públicas
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento
<b>URD</b>	Unidade de Referência Distrital
<b>UTI</b>	Unidade de Terapia Intensiva
<b>VSR</b>	Vírus Sincicial Respiratório



## **CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL**

SEGUNDA VICE-PRESIDÊNCIA

Consultoria Técnico-Legislativa de Fiscalização, Controle, Acompanhamento  
de Políticas e Contas Públicas e Execução Orçamentária



### **APRESENTAÇÃO**

Este Estudo Técnico solicitado pela Segunda Vice-Presidente, nos termos da Resolução n. 338/2023, por meio do Ato n. 04/2025, objetiva analisar as principais doenças prevalentes na infância no Distrito Federal (DF), visando ao fortalecimento da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e, progressivamente, à melhoria dos indicadores de saúde infantil no âmbito do DF.

A demanda que originou este trabalho previu a criação de um painel sobre doenças prevalentes na infância, destinado ao monitoramento de eventos de saúde pública, de modo a subsidiar tomadas de decisão efetivas e imediatas, bem como possibilitar a ampla divulgação dessas informações para a sociedade civil, em observância ao princípio da publicidade.

Para tanto, este estudo foi realizado de acordo com o disposto no inciso IV, art. 10, da Resolução n. 338/2023, o qual estabelece:

Art. 10. À Conofis compete:

IV – realizar, sempre que solicitado, estudos, responder a consultas e prestar esclarecimentos técnico-legislativos em matéria de planos, programas e ações governamentais, inclusive em matéria de execução orçamentária, tecnologia aplicada, relacionadas às suas competências e áreas de especialização dos consultores técnico-legislativos, no desempenho da atividade de fiscalização, controle e acompanhamento de políticas e contas públicas (Câmara Legislativa do Distrito Federal, 2023).



## **CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL**

SEGUNDA VICE-PRESIDÊNCIA

Consultoria Técnico-Legislativa de Fiscalização, Controle, Acompanhamento  
de Políticas e Contas Públicas e Execução Orçamentária



### **SUMÁRIO**

#### **1 INTRODUÇÃO | 8**

#### **2 METODOLOGIA | 9**

#### **3 REFERENCIAL TEÓRICO | 9**

##### **3.1 Políticas e programas de saúde voltados à criança brasileira | 9**

##### **3.2 Atenção integral à saúde da criança | 11**

#### **4 RESULTADOS DO ESTUDO | 15**

##### **4.1 A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal | 15**

##### **4.2 O Projeto de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal | 16**

##### **4.3 Doenças prevalentes na infância no Distrito Federal | 20**

#### **5 CONCLUSÕES | 28**

#### **6 RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS | 29**

#### **REFERÊNCIAS | 30**



## **1 INTRODUÇÃO**

Anualmente, cerca de 40 mil crianças morrem no Brasil antes de completarem um ano de vida. As principais causas de óbito são afecções perinatais e as malformações congênitas. Mais de 70% desses casos decorrem de pneumonia, diarreia, desnutrição, malária ou da associação entre essas doenças. Nas regiões mais pobres do mundo, onde esses índices são mais elevados, grande parte dessas mortes poderia ser evitada por meio de medidas simples de prevenção e tratamento precoce (Brasil, 2014).

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) – que mede o número de crianças que morrem antes de completarem um ano de idade em relação ao número de nascidos vivos no mesmo período – é um dos indicadores mais eficazes para avaliar não apenas aspectos da saúde infantil, mas também a qualidade de vida de uma população. Há relação direta entre TMI e o nível de riqueza e desenvolvimento de um país ou região. No Brasil, a redução dessa taxa está associada ao maior controle pré-natal, estímulo ao aleitamento materno, ampliação da cobertura vacinal, utilização de sais de reidratação oral (SRO), educação materna e melhoria da condição nutricional da população infantil (Brasil, 2002). Contudo, apesar de ter apresentado tendência de queda nos últimos anos, a mortalidade infantil no Brasil permanece elevada.

Nesse contexto, surge a estratégia da Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), reconhecida como uma importante intervenção para a melhoria das condições de saúde na infância nos países em desenvolvimento. O método favorece a detecção precoce e o tratamento eficaz das principais doenças que afetam as crianças menores de cinco anos de idade, além de contribuir para a prevenção de doenças e o aprimoramento dos conhecimentos e das práticas das famílias (Brasil, 2017).

Dessa forma, sua aplicação nos serviços de saúde e nas comunidades pode produzir importante impacto na redução da mortalidade, morbidade e gravidade de doenças, reforçando uma visão integrada da saúde infantil e articulando ações entre diferentes níveis de assistência (Santos; Gaíva; Salge, 2018).

No Brasil, a estratégia AIDPI foi adaptada às características epidemiológicas nacionais e às diretrizes do Ministério da Saúde (MS), incorporando ações de promoção, prevenção e tratamento de agravos frequentes, como desnutrição, doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas e malária. Sua operacionalização é conduzida principalmente pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), com abrangência nacional (Brasil, 2014).

O enfrentamento dos condicionantes e determinantes da mortalidade infantil tem sido um constante desafio para as autoridades brasileiras nas últimas décadas. Nesse sentido, o MS instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com foco na promoção e proteção da saúde infantil e do aleitamento



materno, assegurando atenção e cuidados integrais e integrados da gestação até os nove anos, com especial atenção à primeira infância e a populações em maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e à promoção de condições dignas para o pleno desenvolvimento (Brasil, 2015).

## **2 METODOLOGIA**

Trata-se de estudo descritivo, territorial e retrospectivo, com abordagem quantitativa, abrangendo doenças prevalentes na infância no Distrito Federal. A coleta de dados foi realizada por meio de consultas ao portal eletrônico da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e ao Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus).

Inicialmente, buscou-se compor o painel de doenças prevalentes na infância (DPI), conforme determinado no Ato da Segunda Vice-Presidente n. 04, de 2025. Em seguida, diante da relevância dos dados, este Estudo foi elaborado com o intuito de oferecer uma visão mais abrangente do assunto. A pesquisa foi realizada entre junho e julho de 2025.

As palavras-chave selecionadas segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram: saúde; doença; criança e política pública. Para aprimorar a busca, foram utilizados operadores *booleanos* ("AND", "OR" e "AND NOT") combinados a termos relacionados às doenças prevalentes na infância. Na sequência, efetuou-se exposição objetiva, técnica e sucinta, por meio da prática baseada em evidência, a fim de retratar a situação da assistência em saúde infantil no DF e favorecer a tomada de decisão.

## **3 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **3.1 Políticas e programas de saúde voltados à criança**

Nas primeiras décadas do século XX, os programas nacionais tinham alcance limitado e verticalizado, direcionados preferencialmente a grupos de risco e pessoas mais vulneráveis, como gestantes e crianças. As primeiras iniciativas mais sistematizadas de programas direcionados à criança ocorreram no final dos anos 1960, por meio da criação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) pela Divisão de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI) da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES), do Ministério da Saúde, implementado pelas Secretarias de Saúde nos estados. O PSMI, voltado a grupos mais vulneráveis, coexistia com outros programas de controle de enfermidades. Entretanto, não havia a consequente e necessária articulação entre ações estratégicas (Costa, 1999).

Não obstante, na década de 1970, foram iniciadas discussões acerca da universalização do cuidado no âmbito internacional, incentivadas pela Organização



Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas). O aumento da morbidade e da mortalidade infantil por doenças imunopreveníveis e a disponibilidade de tecnologias custo-efetivas foram importantes na proposição dos organismos internacionais, como a Declaração de Alma-Ata, de 1978 (Brasil, 2018).

Nas duas décadas que antecederam à Constituição Federal (CF) de 1988, foram adotadas no Brasil importantes iniciativas para a melhoria da saúde na infância (crianças menores de 5 anos) e a redução da mortalidade infantil (menores de 1 ano), entre as quais se destaca o Programa Nacional de Imunizações (PNI), instituído em 1973, com a proposta de ampliar a cobertura vacinal média da população, em especial das crianças. Em 1981, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) foi criado com a finalidade de promover e apoiar o aleitamento materno (Temporão, 2003).

Em 1995, o MS lançou o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), cujo objetivo era intensificar os diversos programas governamentais, facilitando a articulação intersetorial com instituições internacionais, como Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e Opas, além de organizações não governamentais, sociedades científicas, Conselhos de Secretários de Saúde e a sociedade civil (Brasil, 2018). Nesse período, o Brasil adotou a AIDPI, apresentada em 1997 pela OMS, propondo atendimento integrado às principais doenças infantis, com coordenação estruturada do atendimento clínico e integração de ações curativas com medidas preventivas e de promoção à saúde. Sua principal meta era diminuir os índices de morbimortalidade ocasionados por desnutrição, diarreias, pneumonia, malária e sarampo, além de ampliar o acesso ao registro civil (Pina *et. al.*, 2009).

No ano de 2004, o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal destacou-se na busca de soluções sustentáveis e na garantia de responsabilização governamental e da sociedade no que se refere à mortalidade infantil e materna. Por conta disso, em 2005, o MS divulgou a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil, com a finalidade de apoiar a organização de uma rede única e integrada de assistência à criança, mediante a identificação das principais diretrizes a serem seguidas pelas instâncias estaduais e municipais (Pinheiro *et. al.*, 2016).

Um ano depois, a redução da mortalidade infantil como política de governo foi incluída entre as prioridades operacionais do Pacto pela Vida e, em 2008, o programa “Mais Saúde: Direito de Todos” lançou a estratégia “Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional”, voltada ao desenvolvimento integral da criança, com prioridade na Primeira Infância (Mendes, 2012).

Outras iniciativas incluíram a “Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências”, que estabeleceu diretrizes e orientações para gestores e profissionais de saúde, sobre a atenção e



proteção em casos de violência, com foco na continuidade do cuidado. Era pressuposto dessa iniciativa garantir o acolhimento, o atendimento, a notificação e o seguimento em rede, buscando integração com profissionais da Assistência Social, Educação, Conselho Tutelar entre outros, a fim de assegurar não apenas o cuidado e a atenção em saúde, mas também a proteção e a defesa dos direitos da criança (Brasil, 2010).

Em 2011, foi criada a Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, conhecida como Rede Cegonha, por meio da Portaria MS n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Essa legislação propôs um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança com foco no acolhimento e na redução da mortalidade neonatal, abrangendo a atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero a 24 meses (Brasil, 2011).

Assim, segundo a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Criança (Brasil, 2018, p. 19):

[...] não há dúvidas que o Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe muitos avanços nas políticas públicas sociais do Brasil, especialmente para a saúde da criança. No entanto, ainda existem demandas de qualificação nessa linha de cuidado e é nesse sentido que o País tem inovado, tanto em aspectos normativos quanto na implementação de programas e ações específicas. Os desafios que se descortinam são grandiosos e complexos e requerem, além de compromisso e determinação, o envolvimento não só do poder público, mas de toda sociedade.

Mais recentemente, a Portaria GM/MS n. 5.350, de 12 de setembro de 2024, substituiu a Rede Cegonha, a partir de uma nova iniciativa do Governo Federal, que ampliou as ações voltadas à mulher e à criança, tendo como principal meta a redução da mortalidade materno-infantil no país. O nome dessa política pública é uma homenagem a Alyne Pimentel, mulher negra que morreu em 2002 por causa de negligência em saúde (Brasil, 2024).

Na Rede Alyne, o foco na saúde da criança ocorre a partir de 3 componentes principais: i) pré-natal de qualidade, na atenção básica e especializada, com exames e acompanhamento para identificação e manejo precoce dos problemas de saúde; ii) parto e nascimento com práticas humanizadas e equipes especializadas; e iii) atenção integral desde o período neonatal, com incentivo ao aleitamento materno exclusivo, leitos canguru, puericultura, imunização e suplementação vitamínica (Brasil, 2024).

### **3.2 Atenção integral à saúde da criança**

Por pertencer a um dos grupos mais vulneráveis da sociedade, o cuidado com a criança imprimiu a necessidade de implementar a atenção integral à sua saúde, tanto



pelos impactos imediatos quanto pelos reflexos futuros. A completa dependência em relação aos adultos – no seio familiar e no contexto social mais amplo – e o interesse coletivo em garantir o desenvolvimento adequado das novas gerações explicam a recorrente adoção de políticas públicas voltadas à infância (Brasil, 2018).

A atenção integral é organizada de forma sistematizada, favorecendo vínculos entre criança, família e profissionais de saúde. Um dos seus princípios fundamentais é a corresponsabilização, que se fortalece na atuação em linhas de cuidado abrangentes. Essa abordagem requer integração de experiências, a articulação do trabalho em equipe e a interdisciplinaridade, a fim de qualificar a assistência e oferecer uma compreensão mais ampla dos problemas de saúde. Nessa perspectiva, as ações devem ser organizadas de forma articulada com a rede de atenção, otimizando os recursos disponíveis e garantindo respostas mais adequadas, resolutivas e contínuas às necessidades infantis, contemplando promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 2004).

O cuidado em saúde exige olhar integral, acolhimento, escuta humanizada e qualificada, além do vínculo empático e respeitoso. Com base nisso, a PNAISC foi orientada pelos seguintes princípios: i) direito à vida e à saúde; ii) prioridade absoluta da criança; iii) acesso universal à saúde; iv) integralidade do cuidado; v) equidade em saúde; vi) ambiente facilitador à vida; vii) humanização da atenção; e viii) gestão participativa e controle social (Brasil, 2015).

Além disso, a referida política foi estruturada em sete eixos estratégicos:

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 (Brasil, 2015).

Essa organização objetiva direcionar, organizar e aprimorar ações e serviços de saúde de acordo com as necessidades de cada criança e com os determinantes e condicionantes sociais. A proposta é promover saúde e bem-estar sob um conceito ampliado, que não se limita à ausência de doenças. Isso implica reduzir vulnerabilidades, minimizar riscos e fortalecer medidas de prevenção primordial e primária, especialmente em relação a doenças crônicas não transmissíveis e enfermidades imunopreveníveis (Brasil, 2015).



Os determinantes sociais da saúde, incluindo aspectos afetivos e emocionais, que compõem um ambiente facilitador à vida, são os alicerces da PNAISC. A política tem como propósito enfrentar iniquidades, estabelecer linhas de cuidado em rede e favorecer a identificação precoce de problemas e intervenções necessárias (Fleury; Ouverney, 2013).

Nessa perspectiva, o estudo realizado por Silva *et. al.* em 2024 demonstrou que políticas públicas voltadas à infância têm contribuído de forma significativa para o bem-estar e o desenvolvimento saudável das crianças no Brasil. Nesse sentido, a PNAISC consolidou-se como estratégia central do SUS, ao coordenar ações de promoção, prevenção e tratamento voltadas à população infantil. Porém, sua implementação ainda enfrenta desafios, como as desigualdades regionais e a persistência de índices elevados de mortalidade infantil em áreas mais vulneráveis (Silva *et. al.*, 2024).

### **3.3 Do direito à vida e à saúde sob a perspectiva do Estatuto da Criança e do Adolescente**

A infância e a adolescência no Brasil passaram a ocupar maior centralidade nas discussões sociais nos últimos anos, sobretudo após a promulgação da Constituição Federal de 1988. Entretanto, persistem inúmeros desafios que atravessam todas as classes sociais, raças e religiões. Esses obstáculos decorrem de fatores diversos, como a influência dos meios de comunicação, os efeitos da globalização, a precariedade socioeconômica, a negligência do poder público e a desorganização familiar (Fontes, 2005).

Para melhor contextualização, é preciso entender os marcos que definem a infância. De acordo com a OMS, trata-se do período da vida que vai desde o nascimento até os 10 anos de idade. Já o UNICEF considera infância a faixa etária entre 5 e 13 anos. Por fim, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) define criança como a pessoa de até 12 anos incompletos (Brasil, 1990).

Conforme Heywood (2004), a concepção de infância, sob a ótica histórica e coletiva, origina-se das relações sociais, em que a criança desempenha função ativa, desenvolvendo características pertinentes ao contexto em que está inserida. Logo, passa a ser compreendida como grupo particular que influencia e sofre interferências do ambiente externo. Por conseguinte, reconhece-se, assim, o período de desenvolvimento do indivíduo, “protagonista de sua própria vida”, agente e promotor da sociedade.

As mudanças trazidas pela CF/1988 e pelo ECA resultaram em novos modelos de compreensão da posição social de crianças e adolescentes. A partir de então, passaram a ser compreendidos como “sujeitos em condições específicas de



desenvolvimento”, sendo, então, importante e necessário o estabelecimento de novas ferramentas garantidoras de seus direitos (Faraj; Siqueira; Arpini, 2016).

Com essa perspectiva, a sociedade passa a reconhecer que a criança e o adolescente têm direito à proteção da vida e da saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas e com prioridade absoluta. Para a efetivação desses direitos, é indispensável o envolvimento de toda a sociedade, visto que o ECA não se propõe apenas a combater ou evitar delitos, mas também estatui medidas preventivas e protetivas (Giaqueto, 2006).

Além disso, o ECA fundamenta-se na doutrina da proteção integral, compreendendo o direito à saúde como algo mais amplo que o simples acesso a serviços médicos: abrange ações e políticas que promovam o bem-estar físico, mental e social (Santos, 2003). Sendo assim, a família, a comunidade, a sociedade civil e o poder público compartilham a responsabilidade de garantir, com total prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida e à saúde, assim como assegurar que crianças e adolescentes tenham assistência imediata e equânime, sem qualquer tipo de barreira ou demora injustificada (Brasil, 1990).

Assim, como consequência, crianças e adolescentes deixaram de ser vistos como objetos de tutela, para serem reconhecidos como sujeitos de direitos, com acesso irrestrito e preferencial às garantias fundamentais. A proteção, portanto, não é mais um compromisso e uma obrigação exclusivos da esfera familiar, mas também se estende ao Estado e à sociedade (Liberati, 2002).

Nesse cenário, Vieira Júnior (2021) observa que, por estarem em processo de desenvolvimento, crianças e adolescentes possuem prerrogativas especiais, além dos direitos fundamentais que são inerentes a qualquer ser humano. Assim, o ECA rompe com a doutrina da “situação irregular” presente no antigo Código de Menores, que os tratava como objetos, passando a caracterizá-los como sujeitos detentores de direitos (Vieira Júnior, 2021).

Para viabilizar tais garantias, o ECA estabeleceu ainda instrumentos como: varas especializadas da infância e juventude nos estados e no DF, intervenção obrigatória do Ministério Público em determinados processos, além de políticas públicas específicas e a criação dos Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente e dos Conselhos Tutelares. Desse modo, pode-se afirmar que o ECA surgiu para complementar a Constituição de 1988, enfatizando logo em seu primeiro artigo o direito à proteção integral da criança e do adolescente (Silva, 2010).

Por fim, o estudo de Oliveira e Gonçalves (2024) reafirma a importância do ECA como marco legal essencial para a garantia dos direitos da infância e adolescência. No entanto, aponta a necessidade de maior fiscalização e cobrança por parte da sociedade civil para assegurar a efetivação dessas garantias, especialmente em regiões mais carentes, vulneráveis e desiguais (Oliveira; Gonçalves, 2024).



## **4 RESULTADOS DO ESTUDO**

### **4.1 A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal**

A rede pública do Distrito Federal dispõe de 176 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 9 Clínicas da Família, 17 Policlínicas, 13 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 4 Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), 1 Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica (COMPP), 1 casa de parto e 16 hospitais (Distrito Federal, 2025a).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) foi implantado na SES-DF no ano de 1994, com o objetivo de atuar no desenvolvimento das ações de 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 organizadas nas regionais de saúde, priorizando o aleitamento materno, o controle de infecções respiratórias agudas e doenças diarreicas, além da terapia de reidratação oral. Na década seguinte, foram incorporadas iniciativas como o Teste do Pezinho, o Projeto Canguru, a Estratégia Amamenta Brasil (EAB) e a vigilância ao óbito, acompanhadas da padronização de protocolos e monitoramento de indicadores em todas as UBS (Souza; Vieira; Lima Júnior, 2019).

Em 2011, o DF aderiu oficialmente à Rede Cegonha, em conformidade com as políticas do MS para qualificar a atenção à mulher e à criança até os dois anos de idade. Foram priorizadas ações como triagem sorológica da gestante, capacitação de profissionais e a reestruturação da assistência pré-natal, parto e nascimento, além do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (Brasil, 2011).

Apesar dos avanços, os anos de 2010 a 2015 foram marcados por progressiva diminuição do funcionamento das emergências pediátricas, tanto em hospitais quanto em UPAs, em razão do déficit de profissionais. Esse quadro agravou os problemas de acesso já existentes na Atenção Primária à Saúde (APS), onde a baixa cobertura territorial e a resistência de equipes da ESF em priorizar a população infantil dificultaram o atendimento sob demanda espontânea. Como consequência, emergências pediátricas passaram a ser sobrecarregadas, notadamente nos períodos de sazonalidade viral respiratória, acarretando prejuízos no atendimento dos casos graves ou críticos, com consequente desgaste para os pacientes de menor gravidade em razão das longas horas de espera.

O ambiente de trabalho tornou-se cada vez menos atrativo para novos pediatras. Em 2010, havia 13 emergências pediátricas hospitalares ativas no DF, sendo que algumas já apresentavam dificuldades em manter o funcionamento integral por causa das escalas médicas. Em 2011, com a adesão à Rede de Urgências e Emergências, o DF inaugurou quatro UPAs 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, o que resultou em progressiva inativação de unidades recém-abertas. Entre 2011 e 2016, todas as UPAs do DF e três serviços de emergência hospitalar encerraram o atendimento em pediatria, enquanto outros passaram a funcionar de forma intermitente (Souza; Vieira; Lima Júnior, 2019).

Esse cenário, marcado pela fragmentação e baixa resolutividade da APS consolidou um quadro de desassistência à criança, apesar dos constantes investimentos em saúde. A peregrinação de famílias em busca de atendimento passou a ser uma constante, contribuindo para a superlotação de hospitais e para a crescente insatisfação da população, com repercussões negativas na mídia e nos órgãos de controle social e de classe (Souza; Vieira; Lima Júnior, 2019).

As visitas técnicas da Comissão de Saúde da CLDF em 2025, com assessoramento especializado da UCP/Conofis, confirmaram a gravidade da situação. Apesar da realização de concurso público em 2023 e da aprovação de 25 médicos neonatologistas, no Hospital Regional de Taguatinga (HRT), não houve admissões desde 2019, segundo o InfoSaúde-DF. Ainda, ao considerar o Manual de Parâmetros da SES-DF (Distrito Federal, 2025b), verificou-se que havia déficit de 1.649 horas de médico neonatologista (82 servidores de 20 horas semanais), para atuação no Centro Obstétrico e na Unidade de Neonatologia do HRT. No Hospital Materno Infantil Dr. Antônio Lisboa (HMIB), foram identificados, em fevereiro de 2025, 94 médicos atuando nas unidades pediátricas, mas persistia déficit significativo dessa categoria (entre 827 e 1.192 horas e 41-60 servidores de 20 horas semanais), comprometendo a qualidade assistencial e aumentando o risco de eventos adversos (Câmara Legislativa do Distrito Federal, 2025b).

As consequências diretas desse quadro incluem o adoecimento de médicos pediatras que atuam em emergências, altos índices de afastamento e restrições laborais, dificuldade de fixação de profissionais, especialmente em áreas vulneráveis e distribuição desigual da força de trabalho – concentrada na área central em detrimento das regionais. Isso levou ao fechamento de leitos de internação pediátrica em hospitais regionais e ao aumento expressivo do tempo de espera para consultas especializadas, conforme evidenciado pelo sistema de regulação ambulatorial (Souza; Vieira; Lima Júnior, 2019).

## **4.2 O Projeto de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal**

A partir de 2015, a Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (SAIS) da SES-DF promoveu uma discussão entre as diversas áreas afins à saúde da criança nos diferentes níveis de atenção, com o intuito de estimular a organização das ações e dos serviços de atenção à saúde da criança e integrar, articular e aprimorar a assistência



oferecida. Dez meses depois, esses encontros culminaram com a definição de um projeto estratégico para a implantação da PNAISC no âmbito do DF (Souza; Vieira; Lima Júnior, 2019).

Dessa maneira, ficou pactuada e definida pelo menos uma ação prioritária relacionada a cada um dos sete eixos estratégicos dessa Política, conforme apresentado a seguir (Souza; Vieira; Lima Júnior, 2019):

### **Eixo I – Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido**

Em 2014, em consonância com a construção da PNAISC e como uma estratégia de visualização e organização do trabalho coletivo nas unidades de saúde, a SES-DF publicou os protocolos de saúde da criança no contexto da APS, os quais foram revisados e ajustados no ano de 2016. Nesse eixo, há destaque para o trabalho conjunto do Grupo Condutor Central da Rede Cegonha e Regiões de Saúde do DF, com vistas à implementação da alta segura do recém-nascido das maternidades, contemplando o agendamento da consulta na UBS dentro da primeira semana de vida (Distrito Federal, 2025c).

### **Eixo II – Aleitamento materno e alimentação complementar saudável**

A promoção, a proteção e o apoio ao aleitamento materno nas unidades da SES-DF e a implementação de hábitos alimentares saudáveis na infância foi um compromisso firmado no âmbito assistencial. Tais ações favoreceram a sobrevivência e o desenvolvimento pleno de muitas crianças. Por isso, ganhou notoriedade e maior impacto a partir de 1986, quando houve a organização formal da Rede Distrital de Bancos de Leite Humano. Em 1978, no HRT, foi fundado o primeiro banco de leite do DF e da região Centro-Oeste, em uma parceria da Fundação Hospitalar do DF com o Rotary Clube Taguatinga Norte. Atualmente, o DF faz parte da maior rede de bancos de leite do mundo, reconhecida internacionalmente (Distrito Federal, 2025d).

Também houve esforços para manter o selo de qualidade da Iniciativa Hospital Amigo da Criança do DF, distribuído pelo MS aos hospitais que cumprem os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, desenvolvidos pelo Unicef e pela OMS. Esse eixo contemplou ainda práticas voltadas ao cuidado respeitoso e humanizado à mulher durante o pré-parto, parto e o pós-parto, livre acesso dos pais a recém-nascidos internados durante 24 horas e o cumprimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (Araújo; Otto; Schmitz, 2003).

### **Eixo III – Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral**



A ampliação da ESF representou avanço para a APS, mas a integralidade do cuidado infantil exigiu a criação de policlínicas e articulação entre os pontos de atenção da rede. A partir de discussões com a equipe envolvida, foram publicadas sete notas técnicas com informações e instruções acerca das condições clínicas e dos critérios para o encaminhamento de crianças às devidas especialidades. 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, implementado por meio de capacitação das equipes de emergência.

#### **Eixo IV – Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas**

Desde 1996, a SES-DF investe na capacitação de profissionais em AIDPI. Em parceria com a Coordenação-Geral de Saúde da Criança do MS, em 2018, essa iniciativa foi incrementada com a formação de multiplicadores da versão atualizada da estratégia, que levaram as oficinas da AIDPI às equipes de ESF das regiões de saúde do DF, a fim de buscar maior resolutividade das ações de saúde e redução da morbimortalidade infantil (Brasil, 2017).

Outra importante ação nesse eixo foi a inauguração do Bloco II do Hospital da Criança de Brasília. Essa unidade contribuiu para o aumento da capacidade de atendimento pediátrico de alta e média complexidade, com 30 consultórios médicos e 202 leitos de internação (sendo 30 de unidade de terapia intensiva pediátrica e 18 de cuidados intermediários), centro cirúrgico (com 5 salas cirúrgicas de médio e grande porte), uma área de ensino e pesquisa, setores de hemodiálise, hemoterapia, quimioterapia e setor de imagem (Distrito Federal, 2025e).

#### **Eixo V – Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz**

Com base na Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências do MS, a SES-DF implantou ações intersetoriais para atenção a crianças e adolescentes em situação de violência. Destacam-se capacitações específicas para os profissionais de saúde, articulação em rede e inclusão da temática no Programa Saúde na Escola, promovendo integração entre saúde e educação para prevenção, promoção e atenção à saúde dos alunos (Brasil, 2010).

#### **Eixo VI – Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade**

No início da década de 1990, no DF, foi instituída a coleta da triagem neonatal por amostra biológica ("Teste do Pezinho"), com o exame de triagem do hipotireoidismo congênito e, em seguida, a triagem para fenilcetonúria. Em 2006, a



triagem para as hemoglobinopatias foi incluída 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. A Lei Federal n. 11.605/2007 instituiu o Dia Nacional do Teste do Pezinho, a ser comemorado no dia 6 de junho de cada ano, com a finalidade de informar à população os objetivos do Programa Nacional de Triagem Neonatal. Em 2012, foi acrescentada a triagem para a toxoplasmose congênita, juntamente com a formalização do pedido ao MS para habilitação na fase IV do Programa Nacional de Triagem Neonatal, seguida pelo credenciamento do Hospital da Criança de Brasília em 2013. Desde então, o escopo foi ampliado para diversas condições, totalizando hoje 62 doenças rastreadas, tornando o DF referência nacional (Distrito Federal, 2025f).

Destaca-se ainda que a triagem neonatal auditiva teve início em outubro de 2009, após a Resolução n. 59, de 4 de novembro de 2008, do Conselho de Saúde do DF. Inicialmente, a triagem, em caráter seletivo, voltava-se apenas aos recém-nascidos com risco para deficiência auditiva, mas, a partir de agosto de 2013, passou a ser disponibilizada de forma universal. Com a instalação de equipamentos de potencial evocado auditivo de tronco encefálico em cinco hospitais, o DF foi habilitado a cumprir o Protocolo definido pelo MS. O monitoramento do programa auxilia na busca ativa e no controle da evasão dos neonatos encaminhados para diagnóstico audiológico (Souza; Vieira; Lima Júnior, 2019).

Vale também ressaltar que o teste do reflexo vermelho (Teste do Olhinho) foi implantado nas maternidades e na APS em 2013, bem como o teste para diagnóstico precoce de cardiopatia congênita crítica por meio da oximetria de pulso (Teste do Coraçãozinho), nas maternidades. Este teste é realizado em todo recém-nascido aparentemente saudável com idade gestacional superior a 34 semanas.

A PNAISC-DF consolidou uma área técnica específica para organizar, gerenciar e monitorar esses programas (Souza; Vieira; Lima Júnior, 2019).

## **Eixo VII – Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno**

O coeficiente de mortalidade infantil no DF tem sido monitorado nas últimas quatro décadas para subsidiar as ações ligadas ao processo de gestão e contribuir com a assistência à saúde. Dessa maneira, com o advento da disponibilização pelo MS do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), a atenção e a vigilância em saúde se organizaram com a formação e institucionalização de comitês técnicos de prevenção e controle do óbito fetal e infantil nas regiões de saúde. A divulgação integral e frequente dos indicadores, bem como o acompanhamento por parte de áreas técnicas e gestores, e a capacitação contínua dos profissionais da assistência em temáticas afins foram o divisor de água para o fortalecimento desse processo, proporcionando o acompanhamento de



indicadores, a análise da situação de saúde e a elaboração de políticas públicas (Souza; Vieira; Júnior, 2019).

#### **4.3 Doenças prevalentes na infância no Distrito Federal**

No Distrito Federal, o período compreendido entre os meses de março e julho é considerado crítico para a transmissão de infecções respiratórias em crianças, sendo caracterizado como época de sazonalidade. Observa-se que essas enfermidades acometem principalmente os menores de dois anos e que esse padrão sazonal resulta da interação de múltiplos fatores, o que inclui comportamento humano, variações climáticas (temperatura e umidade) e aspectos biológicos relacionados a estações mais frias (Miranda; Alves; Miranda Neto, 2024).

A população pediátrica apresenta maior susceptibilidade às doenças respiratórias por conta da imaturidade do sistema imunológico e do menor calibre das vias aéreas, fatores que favorecem o surgimento de infecções nos meses de clima frio (Xavier *et. al.*, 2022). Ainda de acordo com o referido estudo, em alguns casos, essas condições evoluem para quadros de disfunção respiratória grave, frequentemente associados à constrição no trato respiratório e isquemia, comprometendo a remoção de patógenos no epitélio respiratório pelo movimento ciliar. Essas situações exigem, muitas vezes, hospitalização em unidade de terapia intensiva (UTI), podendo evoluir para desfechos desfavoráveis.

Entre os diversos patógenos causadores das infecções respiratórias, destacam-se principalmente o vírus sincicial respiratório (VSR), o vírus influenza e o rinovírus. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2017), o VSR é responsável por até 75% das bronquiolites e 40% das pneumonias durante os períodos de sazonalidade. Brandão *et. al.* (2017) acrescentam que, no Brasil, o VSR é responsável por 31,9% a 64% das internações por bronquiolite viral aguda, havendo coinfeção em 40% dos casos, sendo o rinovírus o agente mais comum. A gravidade dessas enfermidades, especialmente em crianças menores de cinco anos, torna esses agentes uma preocupação central para a saúde pública, sobretudo em certas épocas do ano.

Com base nos dados de 1º de janeiro a 10 de outubro de 2023, foi realizada uma análise do cenário da emergência pediátrica do DF, com o objetivo de avaliar a procedência e compreender o perfil de gravidade dos pacientes atendidos. Para tanto, foram utilizados dados do portal InfoSaúde – Sala de Situação das Portas Hospitalares de Emergência (Distrito Federal, 2024).



Constatou-se que, no período, o HMIB, o Instituto Hospital de Base do Distrito Federal (IHBDF<sup>2</sup>), o Hospital Regional de Santa Maria (HRSM), o Hospital Regional de Ceilândia (HRC), o HRT, o Hospital Regional do Guará (HRGu), o Hospital Regional de Brazlândia (HRBz), o Hospital Regional de Planaltina (HRPL), o Hospital Região Leste (HRL) e o Hospital Regional de Sobradinho (HRS) abriram 230.043 Guias de Atendimento de Emergência (GAE); dessas, 92,57% foram classificadas (**Figura 1**) (Distrito Federal, 2024).

**Figura 1 – Número de Guias de Atendimento de Emergência de pacientes com menos de 14 anos atendidos na rede hospitalar do SUS-DF (1º jan. a 10 out. 2023)**



Fonte: Distrito Federal, 2024.

A classificação de risco amarela foi a mais recorrente, representando 53,41% do total, seguida pela verde (25,46%), sem risco de agravo iminente (**Figura 2**). Verificou-se que o sexo masculino foi predominante, correspondendo a 54% dos atendimentos (**Figura 3**). Março foi o mês com maior demanda, com mais de 30 mil fichas abertas (**Figura 4**). Entre as regiões administrativas, destacaram-se Ceilândia (36.439), Planaltina (24.863), Taguatinga (15.795) e Samambaia (15.167) como as que mais recorreram ao atendimento emergencial (**Figura 5**). Quanto à Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE), Valparaíso de Goiás (4.558), Novo Gama (4.225) e Luziânia (3.511) apresentaram maior demanda (**Figura 6**) (Distrito Federal, 2024).

<sup>2</sup> IHBDF não dispõe de porta de emergência pediátrica. Assim, as Guias de Atendimento de Emergência (GAEs) de crianças registradas nessa unidade referem-se a outras especialidades, como otorrinolaringologia, trauma e ortopedia.



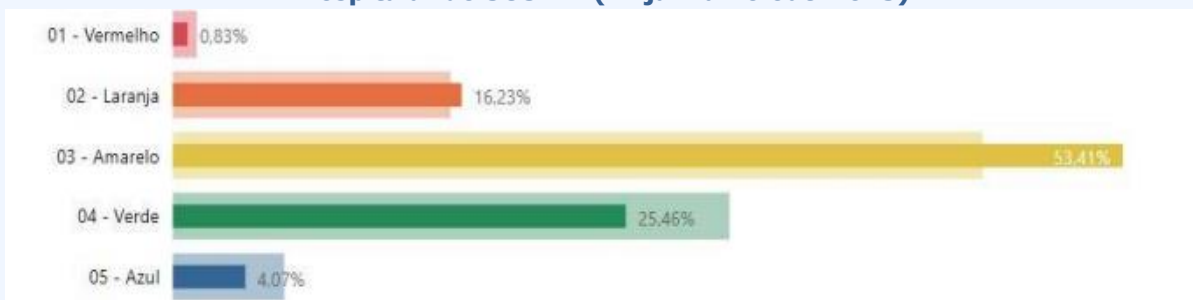
## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

### SEGUNDA VICE-PRESIDÊNCIA

Consultoria Técnico-Legislativa de Fiscalização, Controle, Acompanhamento de Políticas e Contas Públicas e Execução Orçamentária



**Figura 2 – Classificação de risco dos pacientes com menos de 14 anos atendidos na rede hospitalar do SUS-DF (1º jan. a 10 out. 2023)**



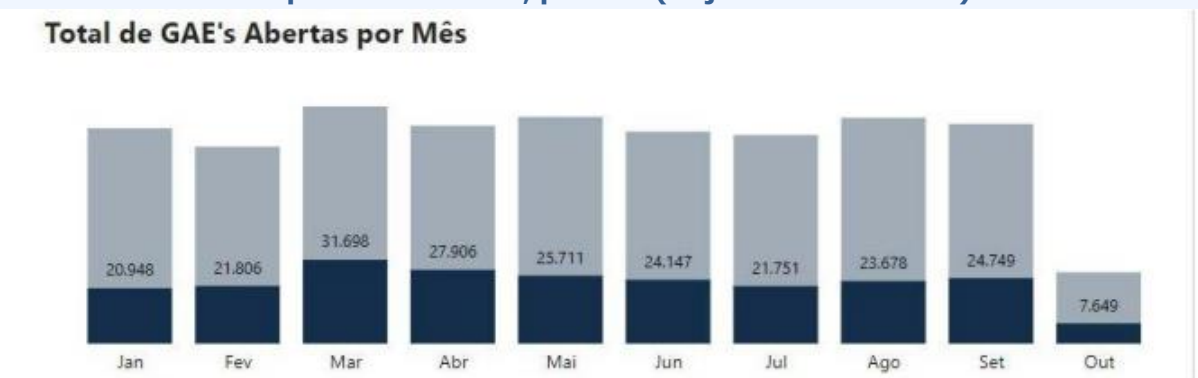
Fonte: Distrito Federal, 2024.

**Figura 3 – Distribuição por sexo dos pacientes com menos de 14 anos atendidos na rede hospitalar do SUS-DF (1º jan. a 10 out. 2023)**



Fonte: Distrito Federal, 2024.

**Figura 4 – Quantitativo de GAEs de pacientes com menos de 14 anos atendidos na rede hospitalar do SUS-DF, por mês (1º jan. a 10 out. 2023)**



Fonte: Distrito Federal, 2024.



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

### SEGUNDA VICE-PRESIDÊNCIA

Consultoria Técnico-Legislativa de Fiscalização, Controle, Acompanhamento de Políticas e Contas Públicas e Execução Orçamentária



**Figura 5 – Quantitativo de GAEs de pacientes com menos de 14 anos atendidos na rede hospitalar do SUS-DF, por Região Administrativa (1º jan. a 10 out. 2023)**

Total Classificados e Total Atendidos por Distrito Federal/RIDE		
Classificação	Total de Classificados	Total Atendidos
<input checked="" type="checkbox"/> Distrito Federal	194.144	139.070
Águas Claras	127	127
Brazlândia	12.769	10.394
Candangolândia	959	746
Ceilândia	36.439	19.271
Cruzeiro	604	493
Fercal	19	19
Gama	4.421	4.146
Guará	7.993	5.351
Itapoã	4.143	3.028
Jardim Botânico	25	25
<b>Total</b>	<b>212.959</b>	<b>156.097</b>

Fonte: Distrito Federal, 2024.



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

### SEGUNDA VICE-PRESIDÊNCIA

Consultoria Técnico-Legislativa de Fiscalização, Controle, Acompanhamento de Políticas e Contas Públicas e Execução Orçamentária



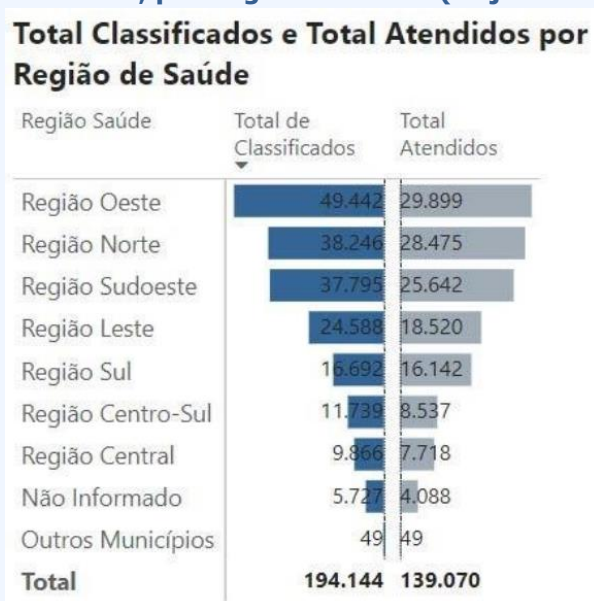
**Figura 6 – Quantitativo de GAEs de pacientes com menos de 14 anos atendidos na rede hospitalar do SUS-DF, por RIDE (1º de jan. a 10 de out. de 2023)**



Fonte: Distrito Federal, 2024.

Em relação ao número de atendimentos por região de saúde, as mais procuradas foram Oeste (49.442), Norte (38.246) e Sudoeste (37.795) (**Figura 7**).

**Figura 7 – Quantitativo de GAEs de pacientes com menos de 14 anos atendidos na rede hospitalar do SUS-DF, por Região de Saúde (1º jan. a 10 out. 2023)**



Fonte: Distrito Federal, 2024.



A análise da Classificação Internacional de Doença (CID) revelou que os diagnósticos mais prevalentes foram R50.9 (Febre não especificada), A09 (Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível) e J06.9 (Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada) (**Figura 8**) (Distrito Federal, 2024).

**Figura 8 – Principais CIDs de pacientes com menos de 14 anos atendidos na rede hospitalar do SUS-DF (1º jan. a 10 out. 2023)**



Fonte: Distrito Federal, 2024.

No que se refere às UPAs, foram registradas 38.875 GAEs de crianças de 0 a 14 anos, todas atendidas (**Figura 9**). A classificação de risco mais recorrente foi a verde, representando 47,07% do total, o que reforça a necessidade de educação em saúde e apoio da APS para melhor atendimento dessa população. Verificou-se que a maioria dos pacientes atendidos eram procedentes de São Sebastião, seguida de Brasília e Recanto das Emas (Distrito Federal, 2024).

**Figura 9 – Número de Guias de Atendimento de Emergência de pacientes com menos de 14 anos atendidos nas UPAs (1º jan. a 10 out. 2023)**



Fonte: Distrito Federal, 2024.



Nesse recorte, as principais doenças identificadas foram A09 (Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível), J00 (Nasofaringite aguda [resfriado comum]) e J06.9 (Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada) (**Figura 10**) (Distrito Federal, 2024).

**Figura 10 – Principais CIDs de pacientes com menos de 14 anos atendidos nas UPAs (1º jan. a 10 out. 2023)**

Atendidos Classificados e Atendidos Não Classificados por CID			
CID	Descrição CID	Atendidos Classificados	Atendidos Não Classificados
Não Informado	Não Informado	21.466	
A09	Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	1.433	
Z532	Procedimento não realizado devido à decisão do paciente por outras razões e as não especificadas	1.222	
J00	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	1.164	
J069	Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada	1.163	
R509	Febre não especificada	971	

Fonte: Distrito Federal, 2024.

Em 2025, os dados do InfoSaúde apontaram 23.004 internações de crianças de zero a seis anos, sendo 10.559 do sexo feminino e 12.445 do masculino. Do total de internações, há predomínio na região Sul (6.063), Unidade de Referência Distrital (URD) (5.622) e região Oeste (3.639). Entre as unidades hospitalares, destacaram-se o HRSM (4.112), o HMIB (3.375) e o HRT (2.632). As principais doenças registradas foram: icterícia neonatal não especificada (CID P599), outras afecções especificadas originadas no período perinatal (CID P968) e bronquite aguda não especificada (CID J219) (Distrito Federal, 2025g).

Considerando a série histórica de 2023 a 2025, em relação à pneumonia por microrganismo não especificada (CID J18), bronquiolite aguda (CID J21), desidratação [depleção de volume] (CID E86) e desnutrição proteico-calórica grave não especificada (CID E43), verificou-se que:

- Em 2023, foram registradas 135 internações de crianças de zero a seis anos, sendo 54 do sexo feminino e 81 do sexo masculino. O mês de outubro foi o de maior incidência e a desidratação foi a doença predominante (68,8%) (Distrito Federal, 2025g).
- Em 2024, houve 233 internações, com predominância do sexo masculino (137). Outubro manteve-se como o mês com maior número de



## CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL

### SEGUNDA VICE-PRESIDÊNCIA

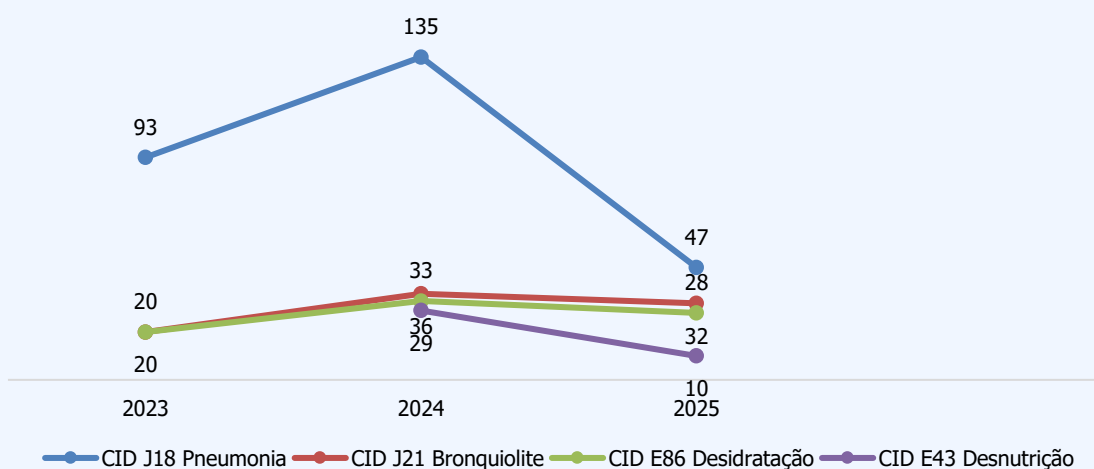
Consultoria Técnico-Legislativa de Fiscalização, Controle, Acompanhamento de Políticas e Contas Públicas e Execução Orçamentária



hospitalizações e a desidratação, novamente, a principal enfermidade (57,9%).

- Em 2025, até maio, foram contabilizadas 117 internações (51 – sexo feminino, e 66 – sexo masculino). Março foi o mês de maior procura, sendo a pneumonia (40,1%) o diagnóstico mais incidente (Distrito Federal, 2025g) (**Gráfico 1**).

**Gráfico 1 – Quantidade de Autorização de Internação Hospitalar, 2023-2025**



Fonte: elaboração própria a partir dos dados do estudo, 2025.

Um estudo brasileiro de abordagem quantitativa, do tipo descritiva, exploratória, retrospectiva e inferencial, realizado em 2019, cujo objetivo foi avaliar, caracterizar e compreender quais grupos das causas têm levado o grupo etário infantil de 0 a 9 anos à hospitalização nos últimos dez anos, no estado do Piauí, constatou que 55,49% da amostra era composta por crianças do sexo masculino, sendo que as principais queixas que motivaram a procura no serviço citado pelas mães foi a febre e as manifestações clínicas do sistema respiratório (Araújo *et. al.*, 2019).

O estudo retrospectivo, descritivo e inferencial empreendido por Miranda, Alves e Miranda Neto, realizado em 2024 no DF, ao analisar o comportamento das doenças respiratórias em crianças menores de cinco anos, no período de 2018 a 2024, verificou que houve aumento significativo de internações, bem como da gravidade e da mortalidade por quadros respiratórios, o que reforça a importância de políticas públicas adaptativas e investimentos na infraestrutura hospitalar para atender a essas demandas emergentes (Miranda; Alves; Miranda Neto, 2024).

Nesse cenário, Florin, Plint e Zorc (2017) evidenciaram que, dentre as infecções respiratórias agudas, a bronquiolite é a mais comum em crianças menores de dois anos de idade. Passos *et. al.* (2018) afirmaram que, no Brasil, as doenças respiratórias



representam cerca de 22% de todas as mortes em crianças de um a quatro anos, indo ao encontro de Toss, Zeni e Marques (2021), que verificaram que pneumonia e bronquiolite aguda estão entre as principais causas de internação infantil no Brasil.

## 5 CONCLUSÕES

Diante do Estudo Técnico ora apresentado, conclui-se que:

- No Distrito Federal, o período de março a julho corresponde ao período crítico de transmissibilidade das infecções respiratórias na infância. Por conta disso, é considerado uma época de sazonalidade. Essas enfermidades acometem, principalmente, crianças menores de dois anos;
- Realizou-se análise situacional da emergência pediátrica do DF tendo em consideração os dados referentes a 1º de janeiro a 10 de outubro de 2023, com o objetivo de compreender a procedência dos usuários e o perfil de gravidade dos casos atendidos. Para tanto, foram utilizados dados do portal InfoSaúde;
- No período avaliado, o HMIB, o IHBDF, o HRSM, o HRC, o HRT, o HRGu, o HRBz, o HRPL, o HRL e o HRS registraram 230.043 Guias de Atendimento de Emergência, sendo 92,57% classificadas;
- A classificação de risco amarela foi a mais recorrente, representando 53,41% do total, seguida da verde (25,46%), sem risco de agravamento iminente. Observou-se predominância do sexo masculino, correspondendo a 54% dos casos;
- O mês de março registrou a maior demanda, com mais de 30 mil fichas abertas. As regiões administrativas com maior procura foram Ceilândia (36.439), Planaltina (24.863), Taguatinga (15.795) e Samambaia (15.167). Na RIDE, destacaram-se: Valparaíso de Goiás (4.558), Novo Gama (4.225) e Luziânia;
- As principais classificações da CID no período foram: R50.9 (Febre não especificada), Z53.2 (Procedimento não realizado devido à decisão do paciente por outras razões e as não especificadas), A09 (Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível) e J06.9 (Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada);
- Nas UPAs, no mesmo período, foram registradas 38.875 guias para pacientes de 0 a 14 anos, todas atendidas integralmente;
- A classificação de risco verde foi a mais recorrente, representando 47,07% do total, o que reforça a necessidade de educação em saúde e apoio da APS para melhor atendimento dessa população;



- A maioria dos pacientes atendidos nas UPAs procedia de São Sebastião, seguida de Brasília e Recanto das Emas;
- Nesse recorte, A09 (Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível), Z53.2 (Procedimento não realizado devido à decisão do paciente por outras razões e as não especificadas), J00 (Nasofaringite aguda [resfriado comum]) e J06.9 (Infecção aguda das vias aéreas superiores não especificada) foram as doenças mais frequentes;
- Os achados reforçam a importância da atenção primária à saúde como principal porta de entrada no SUS, especialmente para ações de prevenção e promoção da saúde infantil;
- Torna-se fundamental a adoção de estratégias integradas que fortaleçam a Rede de Atenção à Saúde da Criança, garantindo um cuidado efetivo, equânime e resolutivo;
- A adequação das estruturas físicas, a disponibilidade de recursos materiais e a capacitação das equipes de saúde são elementos essenciais para assegurar a atenção integral às crianças no DF.

## 6 RECOMENDAÇÕES TÉCNICAS

Tendo em consideração o exposto neste Estudo Técnico, recomenda-se:

- Encaminhar este Estudo Técnico aos gestores da SES-DF;
- Dar ampla publicidade do conteúdo deste Estudo Técnico ao Plenário da CLDF e à população do Distrito Federal;
- Avocando a função precípua de fiscalização, realizar visitas técnicas aos equipamentos de saúde da SES-DF, com assessoramento especializado da Conofis, para avaliação *in loco* das estruturas físicas e da qualidade do atendimento à criança no DF.



## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. F. M.; OTTO, A. F. N.; SCHMITZ, B. A. S. Primeira avaliação do cumprimento dos “Dez Passos para o sucesso do aleitamento materno” nos hospitais Amigos da Criança do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 3, n. 4, p. 411-419, 2003.

ARAÚJO, V. L. L.; MOURA, M. C. L.; SILVA, R. P.; ALENCAR, M. F. B.; MORAIS, E. J. S.; SILVA, M. J. S.; MESQUITA, M. M.; BONFIM, K. L. F.; SANTANA, G. M.; PIRES, Y. M. S. Causas de internação hospitalar das crianças de 0 a 9 anos no estado do Piauí: análise descritiva. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR**, v. 27, n. 2, p. 20-24, 2019.

BRANDÃO, H. V.; VIEIRA, G. O.; VIEIRA, T. O.; CRUZ, A. A.; GUIMARÃES, A. C.; TELES, C.; CAMARGOS, P.; CRUZ, C. M. S. Acute viral bronchiolitis and risk of asthma in schoolchildren: analysis of a Brazilian newborn cohort. **J Pediatr**, v. 93, n. 3, p. 223-229, 2017.

BRASIL. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm). Acesso em: jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. AIDPI**. Brasília, 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI\\_modulo\\_1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/AIDPI_modulo_1.pdf). Acesso em: jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf). Acesso em: jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais de saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_crianças\\_famílias\\_violências.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf). Acesso em: jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html). Acesso em: jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual AIDPI Neonatal**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 5. ed. Brasília, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_AIDPI\\_neonatal\\_5ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_AIDPI_neonatal_5ed.pdf). Acesso em: jun. 2025.



BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.130, de 5 de agosto 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html). Acesso em: jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Quadros de Procedimentos**. AIDPI CRIANÇA (2 meses a 5 anos). Brasília, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_quadros\\_procedimentos\\_aidpi\\_crianca\\_2meses\\_5anos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_quadros_procedimentos_aidpi_crianca_2meses_5anos.pdf). Acesso em: jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**. Orientações para implementação. Brasília, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wpcontent/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAdeda-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>. Acesso em: jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 5.350, de 12 de setembro de 2024**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS n. 3, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede Alyné. Brasília, 2024. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350\\_13\\_09\\_2024.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt5350_13_09_2024.html). Acesso em: jun. 2025.

CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL. CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL. **Resolução n. 338, de 29 de novembro de 2023**. Dispõe sobre a Consultoria Legislativa – Conlegis e a Consultoria Técnico-Legislativa de Fiscalização, Controle, Acompanhamento de Políticas e Contas Públicas e Execução Orçamentária – Conofis da Câmara Legislativa do Distrito Federal e dá outras providências. Brasília, 2023. Disponível em: [https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/400be376589e4b719447ef192813a5bb/Resolu\\_o\\_338\\_29\\_11\\_2023.html](https://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/400be376589e4b719447ef192813a5bb/Resolu_o_338_29_11_2023.html). Acesso em: jun. 2025.

CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL. Segunda Vice-Presidência. Consultoria Técnico-Legislativa de Fiscalização, Controle, Acompanhamento de Políticas e Contas Públicas e Execução Orçamentária. **Relatório da visita técnica n. 01/2025 realizada nas dependências do HRT**. Brasília, 2025a. Disponível em: [https://www.cl.df.gov.br/documents/29334985/32455333/Visita+T%C3%A9cnica+n+1+2025+UCP+-+HRT\\_vers%C3%A3o+final+%281%29.pdf/9641809e-8f83-6c87-e0d1-3cfbd3e2735b?t=1754399100212](https://www.cl.df.gov.br/documents/29334985/32455333/Visita+T%C3%A9cnica+n+1+2025+UCP+-+HRT_vers%C3%A3o+final+%281%29.pdf/9641809e-8f83-6c87-e0d1-3cfbd3e2735b?t=1754399100212). Acesso em: jun. 2025.

CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL. Segunda Vice-Presidência. Consultoria Técnico-Legislativa de Fiscalização, Controle, Acompanhamento de Políticas e Contas Públicas e Execução Orçamentária. **Relatório da visita técnica n. 02/2025 realizada nas dependências do HMIB**. Brasília, 2025b. Disponível em:



<https://www.cl.df.gov.br/documents/29334985/32455333/Relat%C3%B3rio+visita+t%C3%A9cnica+2+2025+UCP+2+%281%29.pdf/75254db3-6c9c-6f1f-ed4-f2ecb6382194?t=1754325247429>. Acesso em: jun. 2025.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e Implementação do PAISM no Brasil. *In*: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 319-335, 1999.

DISTRITO FEDERAL. **Plano de enfrentamento para doenças respiratórias da infância no Distrito Federal**. Brasília, 2024. Disponível em:

[https://saude.df.gov.br/documents/37101/0/Plano\\_129271900\\_Plano\\_de\\_Enfrentamento\\_para\\_Doencas\\_Respiratorias\\_da\\_Infancia\\_no\\_Distrito\\_Federal\\_atualizada\\_1\\_.pdf/65c53342-840b-7ab5-b8b3-c5769d3d3c27?t=1707994715602](https://saude.df.gov.br/documents/37101/0/Plano_129271900_Plano_de_Enfrentamento_para_Doencas_Respiratorias_da_Infancia_no_Distrito_Federal_atualizada_1_.pdf/65c53342-840b-7ab5-b8b3-c5769d3d3c27?t=1707994715602). Acesso em: jun. 2025.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. **Serviços de saúde**. Brasília, 2025a. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/servicos>. Acesso em: jun. 2025.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde. **Manual de Parâmetros para Dimensionamento da Força de Trabalho**: Superintendências e Unidades de Referências Distritais. Brasília, 2025b. Disponível em:

[https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Manual\\_de\\_Parametros\\_Minimos\\_da\\_Forca\\_de\\_Trabalho\\_2025\\_3\\_edicao.pdf/5b0e93fb-7699-257c-a65a-ee6048ff4451?t=1739551649385](https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/0/Manual_de_Parametros_Minimos_da_Forca_de_Trabalho_2025_3_edicao.pdf/5b0e93fb-7699-257c-a65a-ee6048ff4451?t=1739551649385). Acesso em: jun. 2025.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde. **Rede cegonha**. Brasília, 2025c. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/rede-cegonha>. Acesso em: jun. 2025.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde. **Banco de leite**. Brasília, 2025d. Disponível em: <https://saude.df.gov.br/banco-de-leite>. Acesso em: jun. 2025.

DISTRITO FEDERAL. Hospital da Criança de Brasília José Alencar. **Estrutura física**. Brasília, 2025e. Disponível em: <https://www.hcb.org.br/institucional/planta-dos-blocos/>. Acesso em: jun. 2025.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado da Saúde. **Teste do pezinho identifica 62 doenças e alcança 100% dos nascidos vivos no Distrito Federal**. Brasília, 2025f. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/teste-do-pezinho-identifica-62-doen%C3%A7as-e-alcan%C3%A7a-100-dos-nascidos-vivos-no-distrito-federal>. Acesso em: jun. 2025.

DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde. **Portal InfoSaúde-DF**. Brasília, 2025g. <https://info.saude.df.gov.br/sala-de-situacao/painel-infosaude-causas-de-atendimento-pediatria-internacoes/>. Disponível em: Acesso em: jun. 2025.



FARAJ, S. P.; SIQUEIRA, A. C.; ARPINI, D. M. Rede de proteção: o olhar de profissionais do sistema de garantia de direitos. **Temas psicol.**, v. 24, n. 2, p. 1-9, 2016.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. (Ed.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

FLORIN, T. A.; PLINT, A. C.; ZORC, J. J. Viral bronchiolitis. **Lancet**, v. 14, n. 1, p. 211-224, 2017.

FONTES, R. Criança. **Revista Presença Pedagógica**, v. 11, n. 61, p. 3-5, 2005.

GIAQUETO, A. Caminhos para a atenção à infância e adolescência no Brasil: as políticas sociais e as legislações. **Revista Agora: Política Pública e Serviço Social**, v. 2, n. 4, p. 1-18, 2006.

HEYWOOD, C. **Uma História da infância**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

LIBERATI, W. D. **Comentários ao Estatuto da Criança e do Adolescente**. 6. ed. São Paulo: Malheiros, 2002.

MENDES, C. H. F. (Coord.). **Sumário da pesquisa avaliativa da implantação da estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

MIRANDA, J. G. M. B.; ALVES, A. F.; MIRANDA NETO, J. E. B. Análise das internações pediátricas no distrito federal, por doenças respiratórias em menores de 5 anos, nos períodos de sazonalidade entre 2018 e 2024. **Ciências da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 1-35, 2024.

OLIVEIRA, W. H. R.; GONÇALVES, I. C. L. Direito à saúde da criança e do adolescente sob perspectiva do ECA. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 7, n. 14, 1-12, 2024.

PASSOS, S. D.; MAZIERO, F. F.; ANTONIASSI, D. Q.; SOUZA, L. T.; FELIX, A. F.; DOTTA, E.; ORENSZTEJN, M. E.; MARCHI, E.; GAZETA, R. E. Doenças respiratórias agudas em crianças brasileiras: os cuidadores são capazes de detectar os primeiros sinais de alerta? **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 1, p. 3-9, 2018.

PINA, J. C.; MELLO, D. F.; MISHIMA, S. M.; LUNARDELO, S. R. Contribuições da estratégia Atenção às Doenças Prevalentes na Infância ao acolhimento de crianças menores de cinco anos. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 142-8, 2009.

PINHEIRO, J. M. F.; TINOCO, L. S.; ROCHA, A. S. S.; RODRIGUES, M. P.; LYRA, C. O.; FERREIRA, M. A. F. Atenção à criança no período neonatal: avaliação do pacto de redução da mortalidade neonatal no Rio Grande do Norte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 243-252, 2016.



SANTOS, M. L. A realidade infanto-juvenil e o ECA. **Direito em Debate**, v. 20, n. 1, p. 169-181, 2003.

SANTOS, I. L. F.; GAÍVA, M. A, M.; SALGE, A. K. M. Utilização da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 20-26, 2018.

SILVA, C. M. O Estatuto da Criança e do Adolescente e a rede de proteção dos direitos da criança e do adolescente: reflexões sobre os seus eixos norteadores. **Perspectivas em Políticas Públicas**, v. 3, n. 6, p.141-157, 2010.

SILVA, L. C.; COSTA, A. W. S.; BARCELOS, C. C.; GUEDES, D. B. B.; LIMA, F.; APPELT FILHO, H. A.; SILVA, R. P.; MACHADO, S. R. E.; CARVALHO, T. M.; PAIVA, T. D. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: uma revisão de literatura. **Europub Journal of Health Research**, v. 5, n. 2, p. 1-19, 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR)**. 2017. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/Diretrizes\\_manejo\\_infeccao\\_causada\\_VSR2017.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Diretrizes_manejo_infeccao_causada_VSR2017.pdf). Acesso em: jun. 2025.

SOUZA, R. R.; VIEIRA, M. G.; LIMA JÚNIOR, C. J. F. A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 6, p. 2.075-2.084, 2019.

TEMPORÃO, J. G. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, n. 2, p. 601-617, 2003.

TOSS, S. T.; ZENI, K. S.; MARQUES, F. M. Análise da redução em internações pediátricas por doenças respiratórias devido ao isolamento social. **Revista de Pediatria SOPERJ**, v. 22, n. 3, p. 1-5, 2021.

VIEIRA JÚNIOR, I. L. Direitos da criança e do adolescente e a sua aplicabilidade: o que dizem as leis? **Revista Humanidades e Inovação**, v. 8, n. 56, p. 82-92, 2021.

XAVIER, J. M. V.; SILVA, F. D. S.; OLINDA, R. A.; QUERINO, L. A. L.; ARAUJO, P. S. B.; LIMA, L. F. C.; SOUSA, R. S.; ROSADO, B. N. C. Sazonalidade climática e doenças das vias respiratórias inferiores: utilização de modelo preditor de hospitalizações pediátricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 2, p. 1-7, 2022.