

AÇÕES DE SAÚDE NO PLANO BRASIL SEM MISÉRIA: O ACESSO À SAÚDE ORIENTADO PELA SUPERAÇÃO DE INIQUIDADES

*Patricia Constante Jaime, Márcia Aparecida do Amaral
e Helvécio Miranda Magalhães Júnior*

O presente texto tem como objetivo analisar o papel, as contribuições e os desafios do setor saúde no Plano Brasil sem Miséria.

A superação da extrema pobreza requer ação intersetorial do Estado. No Brasil, tais ações são articuladas em três grandes eixos: garantia de renda para alívio imediato da situação de extrema pobreza, por meio da realização de transferências monetárias; inclusão produtiva, com oferta de oportunidades de ocupação e renda ao público-alvo; e acesso a serviços, para provimento ou ampliação de ações de cidadania e de bem-estar social¹. A organização e ampliação do acesso e da qualificação das ações de saúde marca a contribuição do Sistema Único de Saúde (SUS) no Plano Brasil sem

¹ CAMPELLO, 2013.

Miséria. Para tanto, o conjunto das ações desenvolvidas é orientado pelos princípios da universalidade e equidade na política de saúde e articulado ao compromisso de governo de combate à pobreza e redução de desigualdades.

O texto divide-se em três seções, além desta introdução: a primeira descreve brevemente o SUS, sua base normativa e seus princípios e compromissos para superação das desigualdades sociais e em saúde. A segunda seção descreve a agenda da saúde no Brasil sem Miséria, aqui estruturada em quatro blocos: ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica; acesso a medicamentos; controle de doenças relacionadas e perpetuadoras da pobreza; e Brasil Carinhoso. São destacadas as iniciativas voltadas à promoção da saúde e da boa nutrição na primeira infância como parte de uma agenda pública de superação da pobreza. Na última seção estão apresentadas as considerações finais.

O SUS E A EQUIDADE COMO PRINCÍPIO

A Constituição Brasileira de 1988 reconhece a saúde como direito do cidadão e dever do Estado. Desde então, o país tem um sistema nacional de saúde – Sistema Único de Saúde (SUS) – público e gratuito com o objetivo de prover uma atenção universal e integral, por meio de gestão interfederativa com co-responsabilidade da União, dos estados e do Distrito Federal e do conjunto dos municípios, e a prestação descentralizada de serviços de saúde, com participação da comunidade e controle social nas esferas de decisão do sistema².

Para regular as ações e os serviços de saúde, em 19 de setembro de 1990 foi promulgada a Lei Orgânica nº 8.080, que dispõe sobre as condições para a

² PAIM *et al*, 2011.

promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes³.

Os princípios constitucionais do SUS incluem a universalização da atenção à saúde, garantida a todo cidadão; a integralidade dessa atenção, incluindo todas as ações necessárias à promoção e proteção da saúde, à prevenção e ao tratamento das doenças e à reabilitação; e a equidade, ofertando serviços e bens segundo as necessidades. Por sua vez, os princípios organizativos são a descentralização da gestão, com participação das esferas de gestão federal, estadual e municipal; a regionalização e hierarquização das redes de serviços; e a participação da comunidade na gestão do sistema⁴.

Por seu caráter universal, o SUS é tido como uma importante política de promoção de inclusão social. Seus avanços são significativos, apesar de persistirem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público equânime. Ainda se observam desigualdades importantes na oferta de ações e serviços de saúde⁵.

Nesse sentido, é necessário resgatar o conceito de equidade tão caro à promoção da saúde e à produção do cuidado no SUS:

Equidade, *fem.* Conceito que considera as desigualdades sociais como injustas e evitáveis, implicando na adoção de ações governamentais para atender às diferentes necessidades da população.

Notas: i) A equidade em saúde cria oportunidades iguais para que todos tenham acesso à saúde, o que está intimamente relacionado com os determinantes sociais. ii) Na atenção à saúde, o conceito envolve duas dimensões importantes: a equidade horizontal – tratamento igual aos indivíduos que se encontram em situação igual de saúde

3 BRASIL, 1990.

4 BRASIL, 2011.

5 PAIM *et al.*, 2011; CNDSS, 2008.

– e a equidade vertical – tratamento apropriadamente desigual aos indivíduos em situações distintas de saúde. iii) Para promover a equidade, é preciso que existam ambientes favoráveis e acesso à informação, a experiências, a habilidades e a oportunidades que permitam fazer escolhas por uma vida mais saudável.⁶

Dessa forma, a superação das desigualdades é um desafio no âmbito da saúde pública e acredita-se que o SUS possa promover equidade no acesso a serviços de saúde, sem comprometer seu caráter universal e igualitário⁷. Essa é a grande contribuição do setor da saúde à agenda de redução da pobreza no país, traduzida pela busca da garantia da inclusão e, conseqüentemente, redução da vulnerabilidade social, com equalização das oportunidades para as famílias mais pobres.

AGENDA DA SAÚDE NO PLANO BRASIL SEM MISÉRIA

A organização e a ampliação do acesso e da qualificação das ações de saúde, a partir da ótica da superação de iniquidades e da orientação e priorização do governo federal de combate à pobreza, resultaram em aperfeiçoamento de processos e programas de saúde e na construção de novas iniciativas que envolveram diferentes secretarias e áreas técnicas do Ministério da Saúde. Esta agenda integrada está aqui estruturada em quatro blocos, descritos a seguir.

⁶ BRASIL, 2012a, p.22.

⁷ PAIM, 2006.

Ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica

A atenção básica, também chamada de atenção primária, é considerada o primeiro e preferencial ponto de acesso à rede de atenção à saúde⁸. É o ponto de atenção com maior capilaridade na rede de saúde, estando disponível em todos os municípios brasileiros. Tem um papel predominante na garantia do acesso ao sistema e da integralidade do cuidado em saúde da população, sendo organizada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que assim a define:

a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos.⁹

8 SILVA, 2013.

9 BRASIL, 2012b.

A partir de 2011, num processo de aprofundamento e aprimoramento da PNAB, o Ministério da Saúde realizou uma série de medidas que reposicionaram o papel e a importância da atenção básica no conjunto das políticas do governo federal¹⁰.

Como parte desse processo, critérios relacionados às desigualdades sociais e de acesso à saúde foram utilizados para orientação de ações e investimentos. Destaca-se o aumento expressivo do orçamento federal da atenção básica (mais de 100% de 2010 a 2014), com aplicação de um fator equitativo no Piso de Atenção Básica Fixo, repassado pela união aos municípios, que considerou pela primeira vez a distribuição dos municípios segundo indicadores como Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, percentuais de população em extrema pobreza, de beneficiários do Programa Bolsa Família e de pessoas com planos de saúde suplementar. Segundo Pinto et al.¹¹, de janeiro de 2011 a dezembro de 2013, os municípios menores e mais pobres obtiveram um aumento acumulado no *per capita* nominal de 55%, o que equivale ao dobro do aumento obtido pelos municípios mais ricos, sendo a esses agregado 28% de aumento. Também houve, a partir de 2011, inédito investimento na ampliação e qualificação da infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes, com fomento federal à reforma, ampliação e construção de novas unidades. A partir de 2011, definiu-se como critério de prioridade para financiar a construção de UBS, por meio do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), aquelas situadas nos setores censitários mais pobres do país.

A nova política não cuidou só da infraestrutura e do aumento do financiamento para a rede de atenção básica, tão necessários à melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde e à qualificação e humanização do atendimento à população em geral, mas em especial aos mais pobres que são usuários da atenção do SUS. Em 2013, foi criado o Programa Mais Médicos,

¹⁰ MAGALHÃES JR & PINTO, no prelo 2014.

¹¹ No prelo, 2014.

consolidado pela Lei nº 12.871¹². É a maior iniciativa já realizada no Brasil para enfrentar os nós críticos de provimento, fixação e formação de médicos para atuar nos serviços de atenção básica, o que tem historicamente dificultado a expansão e o desenvolvimento da atenção básica no país. Segundo dados do Conselho Federal de Medicina (CFM), o Brasil tem uma proporção de médicos por habitante muito menor do que a necessidade da população e do SUS. Esses médicos estão mal distribuídos no território nacional, de modo que as áreas e populações mais pobres são as que contam, proporcionalmente, com ainda menos médicos¹³.

O Programa Mais Médicos adota critérios claros de priorização de municípios e territórios de maior vulnerabilidade social. A Lei que o institui e seus editais subsequentes definem como prioridade para provimento médico os municípios ou áreas do município com percentual elevado de população em extrema pobreza; os municípios com baixo índice de desenvolvimento humano ou integrantes de regiões muito pobres; o semiárido e a região amazônica; as áreas com população indígena e quilombola, entre outros. Segundo Pinto et al.¹⁴, em 10 meses de funcionamento, o Programa Mais Médicos atendeu a 100% dos municípios que concluíram a adesão, e contava, em maio de 2014, com 14.195 médicos, em 3.738 municípios e 33 Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Ainda no esforço de ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica, a Política Nacional de Saúde Bucal – Brasil Sorridente – inseriu-se no Plano Brasil sem Miséria e tem realizado ações intersetoriais com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde bucal no SUS às pessoas em situação de extrema pobreza. O Brasil Sorridente tem metas de implantação de 1.343 Equipes de Saúde Bucal, 174 novos Centros de Especialidades Odontológicas, entrega de

¹² BRASIL, 2013a.

¹³ CFM, 2011.

¹⁴ No prelo 2014b.

146 Unidades Odontológicas Móveis e oferta de 1,35 milhão de próteses dentárias em municípios do mapa da pobreza¹⁵ até o final de 2014. No âmbito da inclusão produtiva do Plano Brasil sem Miséria, o Brasil Sorridente firmou parcerias com vários municípios que implantaram o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec). Nesses municípios, serviços de saúde bucal básico e especializado foram criados ou ampliados, além do aumento da oferta de serviços reabilitadores de próteses dentárias.

Por fim, destaca-se o papel do acompanhamento das condicionalidades em saúde do Programa Bolsa Família. As condicionalidades compõem um conjunto de ações nas áreas de saúde, educação e assistência social que as famílias beneficiárias do Programa devem realizar para continuar recebendo o benefício, e o poder público se responsabiliza pela oferta dos serviços públicos. Na área da saúde, as condicionalidades são compromissos assumidos pelas famílias beneficiárias que tenham em sua composição crianças menores de sete anos e/ou gestantes. A atribuição da atenção básica é a organização dos serviços para acompanhamento da vacinação e da vigilância nutricional de crianças menores de sete anos, bem como a assistência ao pré-natal de gestantes e ao puerpério¹⁶.

Desde a primeira vigência de acompanhamento das condicionalidades do Bolsa Família pela saúde, em 2005, até a primeira vigência¹⁷, em 2014, o número de famílias a serem acompanhadas pela Saúde passou de 5,5 milhões para 12,1 milhões. Como resultado do grande envolvimento dos gestores do SUS e dos profissionais da atenção básica, na última vigência monitorada em 2014, foram acompanhados 73,3% do público alvo das condicionalidades em saúde, o que equivale a aproximadamente

¹⁵ O mapa da pobreza é uma definição usada no Ministério da Saúde para definir e focalizar as ações de saúde para o Plano Brasil sem Miséria, com base em conceitos de iniquidade no acesso a saúde e vulnerabilidade social.

¹⁶ BRASIL, 2004.

¹⁷ Vigência do Bolsa Família compreende os ciclos semestrais de acompanhamento das condicionalidades de saúde. Em cada ano são realizadas duas vigências de acompanhamento.

8,8 milhões de famílias, 5,3 milhões de crianças e 209 mil gestantes. Contudo, permanece como desafio para o SUS a identificação e busca ativa das famílias do Bolsa Família ainda não acompanhadas na atenção básica, estratégia intensificada a partir da implantação, em 2011, do Plano Brasil sem Miséria.

Conforme apontado por Magalhães Jr et al. (2013), há evidência dos impactos positivos do Bolsa Família nas condições de vida e saúde das famílias beneficiárias. Destacam-se a contribuição do Programa para o melhor acesso à atenção básica em saúde e a utilização dos serviços relacionados¹⁸; e para redução de desnutrição, mortalidade infantil e baixo peso ao nascer¹⁹.

Recentemente, foi publicado estudo que avaliou a tendência temporal do estado nutricional de crianças de até cinco anos beneficiárias do Bolsa Família. Em relação à altura média das crianças, a análise dos dados revela que, de 2008 a 2012, houve aumento significativo de 0,8 cm entre os meninos e 0,7 cm entre as meninas aos 60 meses de idade. Dessa forma, a diferença entre a estatura média observada e o valor de referência para crescimento infantil estabelecido pela Organização Mundial de Saúde reduziu-se a 1,4 cm e 1,5 cm para meninos e meninas, respectivamente. Em painel longitudinal com cerca de 360 mil crianças, o percentual que estava com desnutrição crônica (déficit de estatura) caiu significativamente entre 2008 e 2012, passando de 17,5% para 8,5%. Os resultados deste estudo sugerem que a intensidade de exposição ao programa de transferência de renda, ou, em outras palavras, o tempo de permanência no Bolsa Família e de acompanhamento contínuo pela atenção básica em saúde, resulta em melhor crescimento e melhora do estado nutricional²⁰.

¹⁸ FACCHINI et al., 2013.

¹⁹ MONTEIRO et al., 2009; SANTOS et al., 2010; RASELLA et al., 2013.

²⁰ JAIME et al., 2014.

ACESSO A MEDICAMENTOS

O acesso a medicamentos, em especial aqueles considerados essenciais, compõe o conjunto de esforços do SUS para garantia do direito à saúde. O Programa Farmácia Popular do Brasil, regulamentado pela Portaria n° 971, de 17 de maio de 2012, amplia o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos, cumprindo uma das principais diretrizes da Política Nacional de Assistência Farmacêutica²¹. O Programa possui uma rede própria de Farmácias Populares e tem parceria com farmácias e drogarias da rede privada, chamada Aqui Tem Farmácia Popular. As farmácias participantes do Programa contam com um elenco de 112 medicamentos, os quais são dispensados pelo seu valor de custo, representando uma redução de até 90% do valor de mercado. Medicamentos para diabetes, hipertensão arterial e asma brônquica são disponibilizados gratuitamente aos brasileiros com esses agravos, reduzindo assim o comprometimento da renda com medicações, uma vez que as famílias mais pobres comprometem 12% ou mais de sua renda com medicamentos. No caso da doença asma brônquica, o importante acometimento da população infantil e a introdução dos medicamentos para tratamento impactam também na ação Brasil Carinhoso, detalhada mais adiante.

No Plano Brasil sem Miséria, o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de credenciar pelo menos uma farmácia ou drogaria no Programa Aqui Tem Farmácia Popular em 531 municípios do mapa da pobreza ainda não atendidos pelo Programa, ampliando assim o acesso da população desses municípios a medicamentos. Dados consolidados até agosto de 2014 apontam a existência de 11.844 farmácias credenciadas e 262 unidades próprias do SUS em 1.503 municípios priorizados no Plano Brasil sem Miséria, ampliando, dessa forma, o acesso da população alvo a medicamentos como parte do processo de cuidado integral em saúde.

21 BRASIL, 2012c.

CONTROLE DE DOENÇAS RELACIONADAS E PERPETUADORAS DA POBREZA

É reconhecido que algumas doenças, em especial, estão relacionadas à pobreza, particularmente à pobreza extrema, e por outro lado são perpetuadoras da miséria, na medida em que pioram a exclusão social e prejudicam tanto a capacidade cognitiva como a laboral das pessoas acometidas, comprometendo o ingresso e o sucesso no mercado de trabalho, acarretando más condições de vida, oportunidades e geração de renda.²²

O Plano Brasil sem Miséria trouxe consigo o reforço do compromisso do SUS no combate e controle da tuberculose, hanseníase, esquistossomose, helmintíase (causada por vermes parasitários) e tracoma (infecção bacteriana ocular). Busca-se reduzir as iniquidades relacionadas à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento oportunos dessas doenças nos municípios endêmicos. As ações envolvem apoio a esses municípios para busca ativa dos casos; capacitação das equipes de saúde para o diagnóstico e tratamento aos indivíduos e famílias nas Unidades Básicas de Saúde e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, como nas escolas; realização de campanhas de divulgação e mobilização; e oferta dos medicamentos necessários ao tratamento. A campanha de mobilização “Hanseníase, Verminose e Tracoma têm Cura” teve grande engajamento dos municípios priorizados e incluídos no Plano Brasil sem Miséria. Em 2013, 852 municípios aderiram a essa campanha proposta pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, envolvendo cerca de 22 mil escolas públicas, 2,5 milhões de estudantes de 5 a 14 anos no teste de espelho para triagem de hanseníase e 2,9 milhões tratados com medicação profilática para verminoses.

²² BRASIL, 2010; ARAUJO *et al.*, 2013.

Também têm sido envidados esforços dos Ministérios da Saúde, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e da Educação, com fomento para pesquisa, ensino e inovação, para ampliação do conhecimento e melhoria dos serviços de enfrentamento a essas doenças no Brasil²³.

BRASIL CARINHOSO

A Ação Brasil Carinhoso faz parte do Plano Brasil sem Miséria e objetiva o combate à pobreza absoluta na primeira infância e suas repercussões. Essa ação apresenta três eixos: garantia de renda, que compreende o aumento do valor da transferência de renda repassado pelo Programa Bolsa Família, de forma a assegurar a cada membro de famílias com pelo menos uma criança de 0 a 6 anos, renda mínima superior a R\$ 70²⁴; educação, que compreende a ampliação do acesso a creches e pré-escolas; e saúde, com a ampliação do acesso a programas essenciais à saúde da criança, uma vez que é na primeira infância que se formam as bases para o pleno desenvolvimento físico, intelectual e emocional do ser humano.

Os primeiros anos de vida se configuram em um período de intenso crescimento e desenvolvimento, sendo, portanto, uma fase dependente de vários estímulos para garantir que as crianças cresçam de forma saudável. Todo indivíduo nasce com um potencial genético de crescimento que poderá ou não ser atingido, dependendo das condições de vida a que está submetido desde a concepção até a idade adulta.

Na saúde, o foco da ação Brasil Carinhoso é a oferta de medicamentos gratuitos para tratamento da asma em farmácias e drogarias da rede privada participantes do

²³ Mais informações no texto “Doenças negligenciadas, Erradicação da Pobreza e o Plano Brasil sem Miséria”, neste volume.

²⁴ Posteriormente, esse aumento foi assegurado a todas as famílias do Bolsa Família, independentemente de sua composição. A linha de extrema pobreza também foi mudada, para R\$ 77.

Programa Aqui Tem Farmácia Popular (como descrito anteriormente para acesso a medicamentos); ampliação do Programa Saúde na Escola para creches e pré-escolas; ampliação e reformulação de programas de prevenção e controle de carências nutricionais de micronutrientes (em especial, deficiência de ferro e vitamina A).

Programa Saúde na Escola

Há internacionalmente uma série de iniciativas que reconhecem a importância e apontam recomendações para o desenvolvimento de ações da saúde no contexto escolar, tais como Escolas Promotoras de Saúde, articulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996); e a Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS) desenvolvida desde 1995 pela Organização Pan-americana de Saúde²⁵. O Programa Saúde na Escola (PSE) é a primeira iniciativa de âmbito nacional para articulação e fomento de ações de saúde com foco escolar, envolvendo de forma integrada e corresponsável as redes de saúde e educação. O PSE, instituído pelo Decreto Presidencial n°. 6.286, de 5 de dezembro de 2007, é um Programa proposto pelo governo federal que prevê a articulação entre a atenção básica do SUS e a rede de educação básica, envolvendo os Ministérios da Saúde e da Educação. A finalidade do Programa é contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção de agravos, promoção e atenção à saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB).

A implantação do PSE nos municípios brasileiros, desde a sua criação, foi orientada por critérios voltados à redução de iniquidades sociais e de saúde (por exemplo, priorizando inicialmente municípios com baixo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica – IDEB). Ano a ano, foi-se ampliando a cobertura até que, em

²⁵ IPPOLITO-SHEPHERD *et al.*, 2005.

2013, o PSE foi universalizado, podendo ser implantado por qualquer município brasileiro que assim o desejar e que, por meio de um termo de compromisso, assuma a realização de ações essenciais selecionadas de acordo com a realidade e a necessidade local. Os gestores dos municípios são orientados a selecionar, prioritariamente, escolas com maioria de crianças participantes do Programa Bolsa Família, assim como aquelas de áreas rurais e pertencentes também ao Programa Mais Educação de fomento à educação integral. O Quadro 1 apresenta uma síntese da evolução do PSE em termos de cobertura.

Quadro 1 – Evolução da adesão municipal do Programa Saúde na Escola no período de 2008 a 2014, número de equipes de saúde da Atenção Básica vinculadas e número de estudantes envolvidos nas ações. Brasil, 2014.

Ano	2008	2009/2010	2011/2012	2013/2014	2014/2015
Municípios (n)	608	1.253	2.495	4.864	4.787
Equipes de saúde (n)	5.130	9.014	12.899	30.052	32.317
Estudantes (n)	1.941.763	8.502.412	11.220.050	18.726.458	18.313.214

Fonte: dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php

A partir de 2012, como parte dos esforços de governo para superação da extrema pobreza e potencialização do pleno desenvolvimento infantil, e no escopo das ações de saúde e educação na Ação Brasil Carinhoso, o PSE foi expandido para creches e pré-escolas. Em 2013, houve adesão dos municípios para a participação de 17.748 creches no Programa, com 964.078 educandos de creches e 1.972.066 educandos de pré-escolas em 4.864 municípios. Em 2014, foram pactuadas 19.999 creches, contemplando 1.127.837 educandos de creches e 2.028.266 educandos de pré-escolas em 4.787 municípios.

Carências nutricionais de micronutrientes

Nas crianças menores de cinco anos, a influência dos fatores ambientais é muito mais importante do que a dos fatores genéticos para expressão de seu potencial de crescimento. As práticas alimentares inadequadas nos primeiros anos de vida, decorrentes da falta de acesso a alimentos em quantidade e qualidade suficientes, estão intimamente relacionadas à morbimortalidade de crianças, representada por doenças infecciosas, afecções respiratórias, cárie dental, desnutrição, excesso de peso e carências específicas de micronutrientes, como de ferro e vitamina A.

No Brasil, nas últimas décadas, foi possível observar redução da desnutrição em crianças e a superação da fome como um problema social.²⁶ No entanto, a superação da desnutrição não se refletiu na erradicação das deficiências de micronutrientes, em particular a anemia e a deficiência de vitamina A, que provavelmente estão mais associadas à qualidade da alimentação do que à quantidade de alimentos ingeridos²⁷.

A prevalência de anemia ferropriva em crianças tem sido muito explorada nos últimos 20 anos no Brasil. Os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada em 2006, apontaram prevalência de anemia de 20,9% em crianças menores de cinco anos. Na faixa etária de 6 a 23 meses, a prevalência alcançava 24,1% das crianças²⁸. Revisões da literatura mostraram que a mediana da prevalência de anemia em crianças menores de cinco anos foi de 50%, chegando a 52% em crianças menores de cinco anos que frequentavam escolas/creches públicas²⁹.

A Organização Mundial da Saúde estima que a prevalência da deficiência de ferro seja, em média, 2,5 vezes maior do que a prevalência de anemia observada, e

26 FAO, 2014.

27 BRASIL, 2009.

28 BRASIL, 2009.

29 JORDÃO, BERNARDI, BARROS FILHO, 2009; VIEIRA, FERREIRA *et al.*, 2010.

também se estima que 50% dos casos de anemia acontecem em função da deficiência de ferro³⁰. Em termos de saúde pública, a relevância da anemia por deficiência de ferro não se deve apenas à amplitude de sua ocorrência, mas aos efeitos deletérios que ocasiona à saúde, além de ser um importante indicador de nutrição e saúde infantil.

As principais consequências da deficiência de ferro são anemia, deficiência cognitiva, de desempenho físico e aumento da mortalidade infantil. Essa carência está associada a prejuízos no desenvolvimento neurológico e psicomotor das crianças, comprometendo a capacidade de aprendizagem e diminuindo a imunidade celular, o que resulta em menor resistência às infecções e em baixa produtividade em adultos³¹.

As crianças menores de cinco anos, em especial as menores de 24 meses, estão entre os grupos de risco mais vulneráveis para a ocorrência de anemia, devido ao alto requerimento de ferro nessa fase do curso da vida, dificilmente suprido pela alimentação³². Estudos mostram que a maioria das crianças, nessa idade, não consome a quantidade de ferro recomendada apenas com a alimentação, mesmo nas situações de uma dieta equilibrada³³. Em função disso, recomenda-se a oferta de fontes extras de ferro (por meio da suplementação medicamentosa ou fortificação de alimentos), que se soma à promoção da alimentação adequada e saudável para garantir o suprimento adequado de ferro na primeira infância³⁴.

Da mesma forma que a anemia ferropriva, a necessidade de ações de prevenção da deficiência de vitamina A é justificada pela relevante prevalência entre crianças brasileiras menores de cinco anos, 17,4% segundo dados da Pesquisa Nacional de

30 WHO, 2001.

31 WHO, 2001.

32 GIBNEY *et al.*, 2004.

33 MONTEIRO *et al.*, 2000; LACERDA & CUNHA; 2001; OLIVEIRA *et al.*, 2007.

34 WHO, 2001.

Demografia e Saúde³⁵. A suplementação preventiva de vitamina A é recomendada pela Organização Mundial da Saúde para áreas com prevalência de moderada a alta. A deficiência de vitamina A, quando severa, provoca deficiência visual (cegueira noturna), e mesmo nas situações de deficiência leve a moderada associa-se ao risco elevado de adoecimento e desenvolvimento de anemia de forma associada. Estima-se que a suplementação preventiva com vitamina A esteja associada à redução do risco de morte em crianças em 24% (evidência de alta qualidade) e redução do risco de mortalidade por diarreia em 28%³⁶.

No SUS, a prevenção e o controle das carências nutricionais na infância combinam diferentes estratégias que passam pela educação alimentar e nutricional, pela fortificação mandatória de alimentos (com ferro e ácido fólico nas farinhas de trigo e milho, e com iodo no sal) e pela suplementação com micronutrientes para crianças no âmbito da atenção básica³⁷. A suplementação preventiva com sulfato ferroso é preconizada para crianças de 6 a 24 meses de idade e com megadoses de vitamina A para crianças de 6 a 59 meses. Com a Ação Brasil Carinhoso, os dois programas nacionais de suplementação com micronutrientes (Programa Nacional de Suplementação de Ferro e Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A) foram atualizados em relação ao modelo de implantação, diretrizes clínicas e expansão de cobertura³⁸.

A oferta do medicamento sulfato ferroso para prevenção de anemia faz parte do componente básico da assistência farmacêutica no SUS e compete aos municípios a sua compra para uso no Programa Nacional de Suplementação de Ferro³⁹ nas Unidades Básicas de Saúde de todo o país.

35 BRASIL, 2009.

36 WHO, 2011a.

37 JAIME *et al*, 2011.

38 BRASIL, 2013b; 2013c.

39 BRASIL, 2013d; BRASIL, 2014a.

Já a vitamina A, na formulação de megadoses de 100 UI e 200UI, como preconizado no manual de condutas do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, é adquirida de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e distribuída aos municípios participantes do Programa. Até 2011, faziam parte desse Programa 2.052 municípios das regiões Nordeste e Norte e os municípios mineiros pertencentes aos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, identificados à época de lançamento do Programa, em 2005, como áreas endêmicas. Também eram atendidas as crianças indígenas residentes em 12 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Contudo, os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde⁴⁰ apontaram que a deficiência de vitamina A também foi observada nas demais regiões brasileiras, chegando a 21,6% entre as crianças menores de 5 anos residentes na região Sudeste, o que, do ponto de vista do controle coletivo desse agravo nutricional, demandava uma revisão da cobertura do Programa.

Com o lançamento da Ação Brasil Carinhoso em 2012, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A manteve-se em toda a região Nordeste e foi ampliado a todos os municípios da região Norte, a mais 585 municípios integrantes do mapa da pobreza das regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul e a todos os 34 DSEIs⁴¹. Segundo dados de agosto de 2014, 3.325 municípios faziam parte do Programa e recebiam do Ministério da Saúde os insumos necessários. De 2012 até o momento, 9,1 milhões de crianças receberam suplementação com megadoses de vitamina A e 11,1 milhões de doses foram distribuídas para crianças de 6 a 59 meses de idade.

De forma a completar e aprimorar as ações de prevenção e controle das carências de micronutrientes na Ação Brasil Carinhoso, foi lançada em 2014 a nova estratégia NutriSUS – fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó. Proposta como uma ação optativa nas creches participantes do Programa

40 BRASIL, 2009.

41 BRASIL, 2013c.

Saúde na Escola, consiste na adição direta de 15 micronutrientes em pó (vitaminas e minerais) aos alimentos que a criança, com idade entre 6 e 48 meses, irá consumir em uma de suas refeições diárias oferecidas nas creches. Os micronutrientes em pó são embalados individualmente na forma de sachês (1g), cujo conteúdo deverá ser acrescentado e misturado às preparações alimentares oferecidas no período escolar. Para tanto, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (Conitec) aprovou a incorporação desse suplemento na rede de atenção do SUS e sua inclusão na Relação Nacional de Medicamentos (Rename)⁴². Os suplementos são adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos para os estados e municípios que realizaram a adesão à estratégia por meio da pactuação anual com o Saúde na Escola. Em 2014, 6.864 creches participam da primeira fase de implantação da estratégia NutriSUS, contemplando 330.376 educandos de creches em 1.717 municípios.

A estratégia NutriSUS foi delineada a partir da mais recente recomendação da Organização Mundial da Saúde para prevenção da anemia e potencialização do crescimento infantil. A fortificação dos alimentos da dieta tradicional da criança com múltiplos micronutrientes em pó é apresentada como uma alternativa à suplementação com ferro isolado, com o intuito de aumentar a ingestão de vitaminas e minerais em crianças⁴³. Existem estudos demonstrando que a estratégia reduz, no período de um ano, a deficiência de ferro em 51% e anemia em 31%⁴⁴.

42 BRASIL, 2014b.

43 WHO, 2011.

44 DE-REGIL *et al.*, 2011.

Esse tipo de estratégia tem sido amplamente estudada e implementada com sucesso em diferentes continentes e em mais de 44 países, acumulando evidências de eficácia e efetividade, e teve essa importância reconhecida, em guias específicos, como o da Organização Mundial da Saúde⁴⁵.

O NutriSUS contemplará, inicialmente, apenas as crianças matriculadas em creche, por entender que esse estabelecimento se configura como espaço privilegiado para ações de promoção de hábitos de vida saudáveis. Essas ações produzem impactos na situação de saúde em virtude de seu potencial para influenciar comportamentos e desenvolver habilidades para a vida de todos os membros da comunidade escolar. Acredita-se que esse ambiente é propício para a execução das ações realizadas coletivamente e se configura numa oportunidade de fortalecimento das ações intersetoriais.

Outras ações de saúde infantil

É importante considerar que, além do Brasil Carinhoso, outras ações essenciais à saúde da criança compõem a agenda estratégica da atenção básica no SUS, dentre elas: vigilância alimentar e nutricional com acompanhamento do crescimento infantil; e vacinação e promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável. Essas ações têm sido apontadas, junto às políticas de superação da pobreza, como fatores determinantes do alcance antecipado da segunda meta brasileira dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, relacionado à redução da desnutrição infantil em crianças menores de cinco anos de idade.

Na articulação da agenda para a infância no âmbito do SUS, há especial atenção aos primeiros 1.000 dias de vida, que vão desde a gestação até o fim do segundo ano de vida, período crítico para o crescimento e desenvolvimento pleno das crianças, no

45 ENGLE *et al.*, 2007; BHUTTA *et. al.*, 2008; DEWEY; YANG; BOY, 2009; De-REGIL *et al.*, 2011; WHO, 2011.

qual a atenção integral à saúde, a alimentação e a nutrição têm papel central. Nesse sentido, relaciona-se diretamente com a agenda de atenção à gestante no contexto da Rede Cegonha⁴⁶, desde o acompanhamento pré-natal até o parto (destacando o desafio da redução do percentual de cesarianas no país que, entre outras associações, vincula-se ao maior risco de baixo peso ao nascer das crianças).

Ademais, frente à estreita relação das doenças crônicas não transmissíveis (tais como obesidade, diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares) com práticas alimentares inadequadas, as ações de promoção da alimentação adequada e saudável desde a primeira infância ganham importância e ressignificação, na perspectiva da promoção da saúde e do enfrentamento dos principais problemas de saúde da população brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Plano Brasil sem Miséria constitui-se numa estratégia de garantia dos direitos de cidadania ao objetivar elevar a renda e as condições de bem estar da população mais excluída do Brasil. Essa exclusão diz respeito não só à baixa renda, mas ao acesso às políticas públicas e aos programas sociais. A natureza da construção coletiva do Plano, envolvendo os diversos órgãos federais, os estados e municípios, além da sociedade civil, trouxe inovação e possibilidade de estabelecer compromissos baseados numa ética social de direitos e solidariedade. Para o setor da saúde, a oportunidade de construir programas integrados com as demais áreas sociais contribui para que as ações do Estado alcancem maior eficácia na resolução dos

46 Rede Cegonha é uma rede temática de atenção à saúde que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto, abortamento e puerpério e às crianças de até dois anos de idade o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Tem como objetivos a indução de um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, com garantia de acesso, acolhimento e resolutividade, visando a redução da mortalidade materna e neonatal.

problemas quase sempre multideterminados pelas condições de vida e pelo grau de desenvolvimento social e acessos a serviços públicos de qualidade.

A decisão política da alocação de recursos para infraestrutura da rede de saúde, da alocação de médicos para a atenção básica, e da melhoria do acesso a medicamentos e cuidados com as doenças relacionadas à pobreza de modo prioritário, mas não exclusivo, nas áreas e regiões com maiores índices de pobreza, tendem a culminar num impacto efetivo sobre os níveis de miséria no país e melhoria das condições de saúde dos grupos mais vulneráveis. Internamente ao setor de saúde, praticou-se a integralidade da atenção à saúde, com ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidados terapêuticos e de reabilitação. As doenças antes ditas “negligenciadas” passaram a denominar-se “relacionadas à pobreza”, no sentido de que o governo coloca nelas a mesma prioridade que coloca na redução das desigualdades sociais.

O grande desafio é a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados em saúde, em um sistema gratuito, universal e atento aos determinantes sociais e às iniquidades existentes. Como lembrando por Kerstenetzky,

“em uma perspectiva (...) que concede lugar privilegiado para as desigualdades sociais, os serviços universais de qualidade são a única garantia de que oportunidades sejam equitativas e efetivamente transformadoras das chances de vida das pessoas pobres”⁴⁷.

Dessa forma, os princípios e diretrizes do SUS estiveram presentes e materializam-se nas ações integrantes do Plano Brasil sem Miséria.

47 KERSTENETZKY, 2013.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAUJO, I. S.; MOREIRA, A. De L.; AGUIAR, R. *Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v.6, n.4, Suplemento, fev.2013. DOI: 10.3395/reciis.v6i4.Sup1.738pt. Disponível em: <<<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewFile/738/1378>>. Acesso em: 22 set. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Constituição (1988)*. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 3 jun. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Lei 8080, de 19 de setembro de 1990*. Lei Orgânica da Saúde: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> . Acesso em: 25 set. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004*. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: <ftp://ftp.datasus.gov.br/ftpbolsa/download/Lei_Bolsa_Familia_10_836_09_01_2004.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Decreto Presidencial nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007*. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, 2004. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 25 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS, 2011. 291p. (Coleção para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Glossário temático: promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 971, de 15 de maio de 2012*. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília, 2012. Disponível em: <<<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/fevereiro/26/portaria-971.pdf>>>. Acesso em: 21 set. 2014.

BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2013a. Disponível em: <<<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=23/10/2013>>>. Acesso em: 22 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Suplementação de ferro: manual de condutas gerais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013*. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013d. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html> . Acesso em: 25 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.977, de 12 de setembro de 2014*. Atualiza as diretrizes nacionais do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Brasília, 2014a. Disponível em: <http://www.poderesaude.com.br/novosite/images/publicacoes_15.09.2014-II.pdf>. Acesso em: 25 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. *Portaria nº28, de 13 de agosto de 2014*. Torna pública a decisão de incorporar o suplemento alimentar em pó com múltiplos micronutrientes para fortificação da alimentação infantil no âmbito do Programa NutriSUS. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2014/prt0028_13_08_2014.html>. Acesso em: 25 set. 2014.

BRASIL. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 200-202, 2010. BHUTTA, Z. A.; AHMED, T.; BLACK, R. E. *et al.* (2008). What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet*, v.371, n.9610, p.417-440, 2008.

CAMPELLO, T. Uma década derrubando mitos e superando expectativas. In: CAMPELLO, T.; NERI, M.C. (Org.). *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Brasília, DF: Ipea, 2013.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/relatorio_cndss.pdf>. Acesso em: 21 set. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições de desigualdades*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; Conselho Federal de Medicina, 2011. Disponível em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/demografiamedicanobrasil.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2014.

DE-REGIL, L. M.; SUCHDEV, O. S.; VIST, G. E. *et al.* Home fortification of foods with multiple micronutrient powders for health and nutrition in children under two years of age (Review). *The Cochrane Library*, Issue 9, 2011.

DEWEY, K. G.; YANG, Z.; BOY, E. Systematic review and meta-analysis of home fortification of complementary foods. *Maternal and Child Nutrition*, v. 5, p. 283–321, 2009.

ENGLE, P. L.; BLACK, M. M.; BEHRMAN, J. R. et al. International Child Development Steering Group. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*, v.369, n. 9557, p. 229-242, 2007.

FACCHINI, L. A. et al. *Perfil epidemiológico dos beneficiários do bolsa família e desempenho dos serviços básicos de saúde*. Pelotas: UFPEL, 2013. (Relatório final).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A ALIMENTAÇÃO E A AGRICULTURA (FAO). *O estado da segurança alimentar e nutricional no Brasil: um retrato multidimensional*. Relatório 2014. Brasília: FAO, 2014. Disponível em: <https://www.fao.org.br/download/SOFI4_Brasil.pdf> .Acesso em: 25 set 2014.

GIBNEY, M. J.; MARGETTS, B.; KEARNEY, J. M. et al. *Public health nutrition*. The Nutrition Society textbook series. UK: Blackwell Publishing; 2004.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. et al. Promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional Escolas Promotoras da Saúde. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Escola promotora de saúde: manual*. Rio de Janeiro, SBP, 2005.

JAIME, P. C. et al. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.24, n.6, pp.809-824, 2011.

JORDÃO, R. E.; BERNARDI, J. L. D.; BARROS FILHO, A. Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Paulista de Pediatria*, São Paulo, v. 27, n.1, p.90-98, 2009.

LACERDA, E; CUNHA, A. J. Anemia ferropriva e alimentação no segundo ano de vida no Rio de Janeiro. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, v. 9, n. 5, p. 294-301, 2001.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; JAIME, P. C.; LIMA, A. M. C. de. O papel do setor saúde no Programa Bolsa Família: histórico, resultados e desafios para o Sistema Único de Saúde. In: CAMPELLO, T.; NERI, M.C. (Org.). *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Brasília, DF: Ipea, 2013.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; PINTO, H. A. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? *Divulgação em Saúde para Debate*, no prelo, 2014.

MONTEIRO, C. A.; SZARFARC, S. C.; MONDINI, L. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 62-72, 2000.

MONTEIRO, C. A. et al. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 35-43, 2009.

JAIME, P. C. et al. Desnutrição em crianças de até cinco anos beneficiárias do Programa Bolsa Família: análise transversal e painel longitudinal de 2008 a 2012. In: BRASIL. Cadernos de Estudos: desenvolvimento social em debate. . *Resultados, avanços e desafios das condicionalidades de saúde do Bolsa Família*. . Brasília, DF: MDS; SAGI, n.17, set. 2014.

KERSTENETZKY, C. L. Aproximando intenção e gesto: Bolsa Família e o futuro. In: CAMPELLO, T.; NERI, M.C. (Org.). *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Brasília, DF: Ipea, 2013.

OLIVEIRA; M. A. A.; OSÓRIO, M. M.; RAPOSO, M. C. F. Fatores socioeconômicos e dietéticos de risco para a anemia em crianças de 6 a 59 meses de idade. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v.83, n.1, p. 39-46, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Escolas Promotoras de Saúde: modelo e guia para a ação*. Washington, (D.C.): Opas. (Série HSS/Silos.), 1996.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. Lancet Brazil Series Working Group. *Lancet*, London, v. 377, n.9779, p. 1778-97, 2011.

PAIM, J. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 15, n.2, p. 34-46, 2006.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FLORÊNCIO, A. R. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *RECIIS – Revista eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde*, Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup. Ago, 2012.

PINTO, H. A.; MAGALHÃES J. R.; H. M., KOERNER; R. S. *A evolução do financiamento federal da atenção básica a partir da implantação da estratégia de saúde da família – 1998 a 2014*. No prelo. 2014a.

PINTO, H. A.; SALES, M. J. T.; OLIVEIRA, F. P. et al. *O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da atenção básica*. No prelo. 2014b.

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*, v.382, p.57-64, 2013.

SANTOS, L. M. P. et al. Peso ao nascer entre crianças de famílias de baixa renda beneficiárias e não beneficiárias do Programa Bolsa Família da Região Nordeste (Brasil): pareamento entre CadÚnico e Sinasc. In: BRASIL. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_13_saude_brasil_2010.pdf>. Acesso em: 21 03 jun. 2014.

VIEIRA, R. C. S.; FERREIRA, H.S. Prevalência de anemia em crianças brasileiras, segundo diferentes cenários epidemiológicos. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 23, n.3, p.433-444, 2010.

WORLDHEALTHORGANIZATION/UNITEDNATIONSUNIVERSITY (WHO).United Nations Children’s Fund. **Iron deficiency anaemia**: assessment, prevention, and control: a guide for programme managers. Geneva: WHO, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Guideline: vitamin A supplementation in infants and children 6–59 months of age*. Geneva: WHO, 2011a

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Guideline: Use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6–23 months of age*. Geneva: WHO: 2011b.