

# CAPÍTULO 3

## ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA: POLÍTICAS DE PROTEÇÃO E DE HUMANIZAÇÃO NORTEADORAS DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

*Data de aceite: 01/12/2021*

*Data de submissão: 06/09/2021*

### **Tércia Moreira Ribeiro da Silva**

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),  
Escola de Enfermagem, Departamento de  
Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-5261-2266>

### **Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá**

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-0122-2727>

### **Maíra Helena Micheletti Gomide**

Pontifícia Universidade Católica de Minas  
Gerais, Pós Graduação Ciências Penais, Belo  
Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0001-5283-1656>

### **Fernanda Penido Matozinhos**

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),  
Escola de Enfermagem, Departamento de  
Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0003-1368-4248>

### **Mhayara Cardoso dos Santos**

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),  
Escola de Enfermagem  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0001-9037-3676>

### **Luana Andrade Simões**

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),  
Faculdade de Farmácia  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4942-5195>

### **Isabella de Alcântara Gomes Silva**

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),  
Escola de Enfermagem  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

### **Elton Junio Sady Prates**

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),  
Escola de Enfermagem  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0002-5049-186X>

### **Delma Aurélia da Silva Simão**

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),  
Escola de Enfermagem  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
<https://orcid.org/0000-0003-0961-8213>

**RESUMO:** O Brasil considera a redução mortalidade infantil como questão prioritária de Saúde Pública. Assim, várias políticas públicas tem sido norteadoras para o alcance da atenção integral à saúde da criança. Nesta conjuntura, as políticas de humanização são instrumentos de qualificação, norteadoras as estratégias e ações de enfermagem para assistência à saúde infantil. Este capítulo objetivou discutir as políticas públicas de proteção e de humanização norteadoras das ações de enfermagem, desde o pré-natal até o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. A partir dos anos 2000, com a instituição do Programa de

Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os avanços foram crescentes e, em 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização, seguida pela estratégia da Rede Cegonha, que assegurou às mulheres, a atenção humanizada à gestação, parto e puerpério e, às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Além da PNH e da Rede Cegonha, o Método Canguru, modelo de assistência humanizada aos recém-nascidos de baixo peso e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, estabeleceram estratégias prioritárias para a promoção à saúde, prevenção de agravos, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Conclui-se que as políticas de proteção e de humanização podem nortear as ações de enfermagem, contribuindo com a vigilância e a redução da morbimortalidade infantil no Brasil. Destaca-se ainda, que no Brasil, as políticas de austeridade e a pandemia de COVID-19 impactaram de forma especial as populações vulneráveis, reforçando a necessidade da manutenção das políticas públicas de proteção à vida e de qualificação da assistência à saúde infantil.

**PALAVRAS-CHAVE:** Políticas; Saúde Pública; Criança; Brasil.

## COMPREHENSIVE CHILD CARE: PROTECTION AND HUMANIZATION POLICIES THAT GUIDE NURSING CARE

**ABSTRACT:** Brazil considers the reduction of infant mortality as a priority issue of Public Health. Thus, several public policies have been guiding the achievement of comprehensive child health care. In this context, humanization policies are important instruments for qualifying care and health, guiding nursing actions and actions for child health care. This chapter aims to discuss, as public policies, protection and humanization that guide nursing actions from prenatal care to monitoring the child's growth and development. From the year 2000, important advances were achieved with the institution of the Program for Humanization in Prenatal and Birth, within the scope of the Unified Health System. Advances were growing with the creation of the National Humanization Policy in 2003 and throughout years, with the adoption of Rede Cegonha's strategy, guaranteeing women humanized care during pregnancy, childbirth and the puerperium, and children the right to a safe birth and healthy growth and development. The Kangaroo Method, as an important model of perinatal care ensuring humanized care for low birth weight newborns. In addition to strengthening health promotion actions, disease prevention, immunization and monitoring of child growth and development, as priority actions of the National Policy for Comprehensive Child Health Care and the National Policy for Primary Care. It is concluded that protection and humanization policies are fundamental to guide nursing actions and contribute to the reduction and monitoring of child morbidity and mortality in Brazil. It is noteworthy that austerity policies and the COVID-19 pandemic experienced in Brazil, bringing social impacts on vulnerable populations, reinforce the need to maintain public policies to protect children's life and health.

**KEYWORDS:** Policy; Public Health; Child; Brazil.

A fase atual do ordenamento jurídico, denominada de proteção integral, no que tange as crianças e adolescentes, traduz a necessidade de garantia dos seus direitos fundamentais de forma mais ampla possível, dentre eles, o de garantia à saúde (BRASIL,

1990). O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), lei nº 8.069/1990, editado em tal contexto, destinou de forma inédita, um título específico aos direitos fundamentais (título II), atentando-se ao fato de que as crianças estão em estágio de desenvolvimento, o que exige uma proteção especial da família, do Estado e da sociedade (BRASIL, 1990; BRASIL, 2010). O ECA trouxe avanços significativos, colocando a criança como sujeito de direitos e com garantias fundamentais que devem ser respeitadas, especialmente no que diz respeito à vida e à saúde (BRASIL, 1990). Após o ECA, as crianças passaram a gozar de amplos direitos de proteção física e psicológica, lazer e bem-estar (BRASIL, 1990).

No Brasil, as políticas públicas de atenção à saúde da criança têm, como eixo prioritário, a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c; BRASIL, 2004d). Nesta conjuntura, o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituída pela Portaria 569, de 1º de junho de 2000, foi fundamental para a qualificação da assistência pré-natal e perinatal, além de ter norteado outras estratégias que asseguraram a melhoria dos indicadores de morbimortalidade infantil, especialmente nos seus componentes neonatal precoce (de 0 a 6 dias) e neonatal tardio (7 a 27 dias) no Brasil (BRASIL, 2000). Além disso, o PHPN reorganizou as ações de assistências à saúde da criança por meio da adoção de práticas seguras, saudáveis e reconhecidas pelos seus benefícios (BRASIL, 2000). Como resultado, a taxa de mortalidade infantil no Brasil, reduziu de 17,2 em 2010, para 11,5 por mil nascidos vivos em 2020 (IBGE, 2020).

Além da PHPN, vale destacar a Rede Cegonha, que qualificou a assistência ao pré-natal, parto e nascimento, garantindo à gestante o acesso aos exames pré-natal de risco habitual e de alto risco, prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis (IST), dentre elas, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) e as hepatites (BRASIL, 2011). Além das IST, a Rede Cegonha prevê o transporte, a garantia de referência e de acesso da gestante a todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2011).

Estas estratégias, que compõem os eixos norteadores da Rede Cegonha, têm o objetivo de qualificar a assistência pré-natal e reduzir a taxa de mortalidade infantil, especialmente a neonatal precoce e a neonatal tardia, por concentrarem a maior proporção de óbitos infantis (BRASIL, 2011b). Em 2010, no Brasil, o período neonatal concentrou 69% dos óbitos infantis, sendo as principais causas de óbitos no período, a prematuridade, o baixo peso (especialmente no primeiro dia de vida), asfixia e infecções perinatais (BRASIL, 2011b). A maioria dos óbitos infantis que ocorrem no período neonatal poderia ser evitada a partir da assistência adequada ao pré-natal, parto e ao RN nas primeiras horas de vida (BRASIL, 2011a).

Neste contexto, a Rede Cegonha, além de qualificar a assistência pré-natal a partir da adoção de estratégias humanizadas, resolutivas e que garantem o acesso das gestantes à rede materna e infantil de forma segura, garante também a assistência adequada ao

nascimento e assistência ao recém-nascido (RN) nas primeiras horas de vida (BRASIL, 2011a). Durante o pré-natal, desde a primeira consulta da gestante na Atenção Básica (BRASIL, 2004e; ZAMPIERI; ERDMANN, 2010), o enfermeiro deverá acolher e estabelecer com a gestante, um canal de comunicação efetivo, adotando o vocabulário adequado ao entendimento e ao grau de instrução da gestante, oportunizando-a expor suas queixas, anseios e expectativas (BRASIL, 2005). Além do pré-natal individual, os grupos de gestantes, por exemplo, aplicam o princípio da participação coletiva na produção da saúde e podem ser adotados pelo enfermeiro como estratégia de ação educativa (ALVES *et al.*; 2019). Ainda no contexto da Atenção Básica, o enfermeiro poderá identificar e estabelecer estratégias de busca ativa, no território de abrangência do Centro de Saúde, daquelas gestantes que descontinuaram o acompanhamento pré-natal. Além desta vigilância, o enfermeiro poderá estabelecer indicadores, dentre eles, a porcentagem de gestantes com todo os exames preconizados e a porcentagem de gestantes que iniciaram o pré-natal antes da 12ª semana de gestação (BRASIL, 2011). Estes indicadores podem ser acompanhados no contexto da AB e, por meio deles, o enfermeiro pode estabelecer as estratégias mais adequadas para a melhoria dos indicadores de qualidade do pré-natal (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha prevê, ainda, a assistência adequada ao nascimento e assistência ao recém-nascido (RN) nas primeiras horas de vida (BRASIL, 2011). Para o RN a termo, com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, são recomendadas ações humanizadas conforme a Portaria 371, de 7 de maio de 2014, que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no SUS (BRASIL, 2014). Logo após o nascimento, o enfermeiro deverá posicionar o RN de bruços, com a pele do RN em contato com a pele do tórax ou abdome da mãe (BRASIL, 2014). Essa prática apresenta inúmeros benefícios, dentre eles, promove o contraste térmico e a adaptação do RN ao ambiente extra uterino, favorece o vínculo afetivo entre a mãe e o RN, além de estimular a amamentação na primeira hora de vida do RN (BRASIL, 2014).

Além do contato pele a pele, o enfermeiro poderá assegurar a amamentação, garantindo a permanência da mãe com o RN no Alojamento Conjunto (AC) das maternidades ou Casas de Partos, conforme a Portaria 1016, de 6 de agosto de 1993, que estabelece as normas básicas para implantação do Sistema de Alojamento Conjunto (BRASIL, 1993). Ademais, sendo o incentivo à amamentação uma das estratégias prioritárias da PHPN e, também, da Rede Cegonha (BRASIL, 2000). A amamentação, a longo prazo, previne as infecções, especialmente as infecções do trato respiratório inferior, sendo esta a principal causa de óbito infantil pós-neonatal no Brasil, no período de 1990 a 2015 (FRANÇA *et al.*, 2017). Portanto, é fundamental que o enfermeiro encoraje e ofereça suporte emocional à mulher, encorajando a manutenção da amamentação em livre demanda e de forma exclusiva, até o sexto mês de vida do bebê (BRASIL, 2013).

A partir do sexto mês de vida da criança, o enfermeiro poderá orientar a introdução progressiva de alimentos saudáveis, sendo a amamentação mantida, de forma

complementar, até os dois anos de vida da criança, conforme orienta a Estratégia Amamentação e Alimento Brasil (BRASIL, 2013). Nesta estratégia, o enfermeiro poderá atuar como tutor, desenvolvendo e acompanhando as oficinas de aleitamento materno na Atenção Básica, divulgando e qualificando as equipes da Estratégia Saúde da Família quanto ao benefício da amamentação (BRASIL, 2013).

Vale destacar, além da assistência adequada ao nascimento e ao recém-nascido (RN) nas primeiras horas de vida, a Rede Cegonha prevê a assistência humanizada ao RN grave (BRASIL, 2011a). Considerando que, ao nascimento, um em cada dez RN necessita de ventilação por pressão positiva para iniciarem ou manterem os movimentos respiratórios, sendo a asfixia a segunda principal causa de óbito no período neonatal precoce no período de 2000 a 2010 no Brasil, é fundamental que o enfermeiro recrute tanto recursos materiais quanto técnico-científico, para a atenção ao RN que se encontra nessa situação (BRASIL, 2011a). Neste contexto, a atenção de enfermagem ao RN grave ou potencialmente grave deve ser realizada conforme estabelece a Portaria 371, de 7 de maio de 2014 (BRASIL, 2014) e a garantia da continuidade do cuidado em Unidade Terapia Intensiva Neonatal conforme prevê a Portaria 930, de 10 de maio de 2012, que define a organização para Atenção Integral e Humanizada ao RN e os critérios para classificação e habilitação dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINeo) (BRASIL, 2012b).

Assim como o RN grave ou potencialmente grave, o RN baixo peso também precisa de assistência de qualidade e humanizada, conforme prevê a Portaria 1683, de 12 de julho de 2007, que estabeleceu, no âmbito dos SUS, o Método Canguru (BRASIL, 2007). O método Canguru é um modelo de assistência que tem como principal objetivo garantir a atenção humanizada ao RN baixo peso e à sua família (BRASIL, 2013). A atenção de enfermagem ao RN baixo peso visa, principalmente, reduzir o tempo de separação entre a mãe e o RN, promover o aleitamento materno e o fortalecimento do vínculo mãe e o RN, reduzindo tanto, o tempo de internação do RN quanto as infecções; Além disso, o Método Canguru propõe estratégias para a redução do stress, da dor, além de favorecer o controle térmico do RN (BRASIL, 2013).

Para que a atenção de enfermagem ao RN baixo peso seja efetiva é necessário que o enfermeiro, juntamente com a equipe multiprofissional da Unidade de Terapia neonatal (UTI Neo), estabeleça rotinas e protocolos que assegurem o livre acesso dos pais, incentivando-os a participarem da rotina desenvolvidas com o RN (GAÍVA; SCOCI; SILVAN, 2005). Além disso, o enfermeiro poderá desenvolver estratégias de atenção humanizada que assegurem o adequado desenvolvimento neuropsicomotor e psicognitivo do RN, reduzindo o stress, a dor e o tempo de separação da mãe (BRASIL, 2013). O controle da iluminosidade, a redução dos ruídos, a nutrição dos estímulos tácticos em horários pré-definidos, assegurando a realização de procedimentos em determinados horários, a fim de assegurar o horário de sono e repouso do RN, e a adoção de estratégias não farmacológicas para o conforto do RN como a contenção facilitada e solução glicosada,

são exemplos de estratégias humanizadas de assistências ao RN que asseguram o seu adequado desenvolvimento (BRASIL, 2013).

Em todas as etapas do Método Canguru, o enfermeiro poderá auxiliar a mãe ou o familiar a manterem o RN na posição canguru (BRASIL, 2017). Para isso, o enfermeiro poderá recorrer à rede de apoio da família, como amigos e outras mães, a fim de assegurar que o RN permaneça o maior tempo possível na posição Canguru. No ambulatório, após a alta do RN, o enfermeiro deverá dar continuidade à atenção humanizada ao binômio mãe-bebê, avaliando o desenvolvimento psicomotor, psicoafetivo, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, orientação quanto ao aleitamento materno, além de orientar ações de prevenção à saúde e promoção de agravos (BRASIL, 2017).

A atenção integral à saúde do RN termo, baixo peso ou que tenha recebido assistência em UTINeo, deverá ser mantido e assegurado, mesmo após a alta hospitalar. A continuidade da assistência na Atenção Básica é fundamental para a vinculação do RN e da família à sua equipe de referência, responsável pelo desenvolvimento de ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, sendo essas, ações prioritárias da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e da Rede Cegonha (BRASIL, 2015a). Além disso, é fundamental que o enfermeiro considere as condições de vida e o contexto familiar desta criança ao traçar estratégias de cuidado no contexto da Atenção Básica. Fatores como a desnutrição, diarreia e ausência de aleitamento materno exclusivo, associados aos determinantes sociais, como renda familiar, falta de saneamento básico, baixa escolaridade, acesso e assistência nos serviços de saúde, podem comprometer a assistência à criança e à sua família, tornando-as vulneráveis aos agravos que comprometem o seu pleno desenvolvimento (ALVES; COELHO, 2021).

Neste sentido, considerando o contexto social e familiar, é imprescindível que o enfermeiro oriente e apoie a família na formação de parcerias com associações comunitárias, movimentos sociais e na integração aos conselhos locais de saúde, a fim de reivindicarem o direito constitucional à saúde em todas as instâncias. Ademais, o enfermeiro deverá elaborar estratégias de cuidado e plano terapêuticos que consideram os recursos e os equipamentos do território da família (BRASIL, 2009).

Conclui-se que, para que a atenção à saúde da criança seja humanizada garantindo a melhoria das taxas de morbimortalidade infantil, são necessárias ações que qualifiquem a assistência ao pré-natal, parto, nascimento, e assistência ao RN nas primeiras horas de vida. Ademais, o Brasil, tem alcançado as metas dos objetivos de desenvolvimento do milênio (ODM) de redução de mortalidade na infância desde 2010 (MARINHO *et al.*, 2020). Contudo, desafios vivenciados como cortes de gastos públicos com as políticas de austeridade (MARINHO *et al.*, 2020), paralelamente ao contexto da pandemia de COVID-19 e seus impactos sociais em populações vulneráveis (MATTA *et al.*, 2020), reforçam na necessidade da manutenção das políticas públicas de proteção à vida e da saúde infantil

(MARINHO *et al.*, 2020).

## REFERÊNCIAS

ALVES, T.F.; COELHO, A.B. Mortalidade infantil e gênero no Brasil: uma investigação usando dados em painel. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, p. 1259-1264, 2021.

ALVES, F.L.C. et al. Grupo de gestantes de alto-risco como estratégia de educação em saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, 2019.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: DF: Poder Legislativo [1990]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em 05 de set. 2021.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 65, de 13 de julho de 2010. Altera a denominação do Capítulo VII do Título VIII da Constituição Federal e modifica o seu art. 227, para cuidar dos interesses da juventude. Brasília: DF: Poder Legislativo. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc65.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc65.htm)>. Acesso em 05 de set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e neonatal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d, 14 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto. Humanização no Pré-Natal e no Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº1459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. DOU: Brasília, DF, 25 de junho de 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. p.165- 181, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011: Uma análise da situação da Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº371 de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada do RN no SUS. DOU: Brasília, DF, 7 de maio de 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº1016 de 26 de agosto de 1993. Aprova as normas para a implantação do Sistema de Alojamento Conjunto. DOU: Brasília, DF, 27 de agosto de 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº930 de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao RN grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leito na Unidade Neonatal. DOU: Brasília, DF, 11 de maio de 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: manual técnico. 2.ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº1130 de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS. DOU: Brasília, DF, 6 de agosto de 2015a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Especial. Sifilís 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº1683 de 12 de julho de 2007. Aprova, na forma de anexo a Norma de Orientação para a implementação do Método Canguru. DOU: Brasília, DF, 13 de julho de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido. Método Canguru: Manual Técnico [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. O HumanizaSUS na Atenção Básica. Brasília. MS, 2009. 40p.

CARVALHO I.C.B.M. et al. Adaptation and validation of the World Health Organization's on Safe Childbirth Checklist for the Brazilian context. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 18 (2). Apr-Jun 2018. <https://doi.org/10.1590/1806-93042018000200009>

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 58, n. 4, p. 444-448, 2005.

FRANÇA, E. B. et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v.20, supl.1, p. 46-60, Maio 2017. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700050005>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <https://www.ibge.gov.br/indicadores.html>. 2021.

MARINHO, C.S.R. et al. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: impacto de ações assistenciais e mudanças socioeconômicas e sanitárias na mortalidade de crianças. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, 2020.

MATTA, G.C. et al. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-032-0.

ZAMPIERI, M.F.M; ERDMANN, A.L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 10, p. 359-367, 2010.