Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Gestão do Cuidado Integral
Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens

NOTA TÉCNICA Nº 38/2026-CGCRIAJ/DGCI/SAPS/MS

1. ASSUNTO

1.1. Orientações para a organização do cuidado integral à saúde das crianças indígenas Warao na Atenção Primária à Saúde.

2. OBJETIVO

2.1. Orientar gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) quanto à organização e qualificação do cuidado integral às crianças indígenas Warao, desde o nascimento, considerando as especificidades socioculturais, linguísticas, familiares e territoriais dessa população e os princípios da equidade, integralidade e universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2. As orientações apresentadas nesta Nota Técnica têm como referência a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) e os componentes de seus sete eixos estratégicos, que propõem cuidados integrais e integrados desde a gestação até os nove anos de idade.

2.3. Busca-se fortalecer a atuação das equipes na captação precoce dos recém-nascidos, no acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento, na promoção do cuidado responsivo, na promoção da amamentação, na imunização, na prevenção e manejo oportuno dos agravos prevalentes na infância, na prevenção das violências e acidentes e na identificação de crianças em situações específicas de vulnerabilidade. Assim, busca-se reduzir a morbimortalidade e garantir o pleno desenvolvimento das crianças indígenas Warao.

2.4. As orientações desta Nota Técnica devem ser aplicadas de forma articulada às políticas, protocolos, linhas de cuidado, normas e fluxos vigentes no SUS, considerando a realidade de cada território e evitando generalizações sobre o povo Warao. As práticas culturais, os saberes tradicionais e as formas próprias de organização familiar e comunitária devem ser reconhecidos como elementos constitutivos do cuidado, em diálogo com as recomendações técnicas e de saúde pública.

3. BASE LEGAL E NORMATIVA

3.1. **Esta Nota Técnica fundamenta-se nos marcos legais e normativos que asseguram o direito universal à saúde e orientam a atenção integral a todas as crianças, incluindo as crianças indígenas Warao:**

- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, especialmente os arts. 196 a 200 e o art. 227, que estabelecem a prioridade absoluta dos direitos da criança;

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA);

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e organização do SUS;

Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017 – Lei de Migração, que assegura às pessoas migrantes, independentemente de sua situação documental, o acesso aos serviços públicos de saúde;

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI);

Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do SUS, incorporada à Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017;

Portaria GM/MS nº 5.427, de 2 de outubro de 2024, que institui o Programa Nacional de Promoção, Proteção e Apoio à Amamentação;

Nota Técnica nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS, que orienta gestores e profissionais de saúde sobre o acesso à saúde de pessoas migrantes, refugiadas e apátridas no âmbito da APS;

Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho sobre Povos Indígenas e Tribais, incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro pelo Decreto nº 10.088, de 5 de novembro de 2019;

Instrução normativa nº 1, de 13 de maio de 2016 da Fundação Nacional dos Povos Indígenas – FUNAI – que estabelece normas e diretrizes para a atuação da Funai visando à promoção e proteção dos direitos das crianças e jovens indígenas e à efetivação do direito à convivência familiar e comunitária.

A Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas considerando que estabelece que os Estados prestarão particular atenção aos direitos e necessidades especiais de jovens e crianças indígenas (arts. 21 e 22);

Resolução nº 181 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), de 10 de novembro de 2016, dispõe sobre os “parâmetros para interpretação dos direitos e adequação dos serviços relacionados ao atendimento de Crianças e Adolescentes pertencentes a Povos e Comunidades Tradicionais no Brasil”. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-sset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/24796217.

Recomendação nº 17/2022 do Ministério Público Federal (MPF) à Fundação Nacional dos Povos Indígenas (FUNAI) dispõe sobre a necessidade de acompanhar todos os procedimentos de proteção a crianças e adolescentes indígenas venezuelanos.

BRASIL. Conselho Nacional de Direitos Humanos. Recomendação (CNDH) nº 20, de 10 de outubro de 2019. Recomenda a abstenção da adoção de procedimentos que gerem a perda do poder familiar, como o acolhimento institucional e o acolhimento familiar, no que tange a crianças venezuelanas em situação de rua, especialmente as de etnia Warao, sem antes serem observadas todas as medidas previstas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-

social/conselho-nacional-de-direitos-humanos-cndh/Recomendaon20CrianasWarao.pdf.

3.2. **Normas e orientações vigentes do Programa Nacional de Imunizações (PNI):**

- Guias, manuais, linhas de cuidado e demais documentos técnicos do Ministério da Saúde relacionados à saúde da criança, cuidado neonatal, crescimento e desenvolvimento, alimentação infantil, aleitamento materno e atenção às doenças prevalentes na infância.

4. CONTEXTUALIZAÇÃO

4.1. Crianças indígenas Warao e o direito à saúde:

4.1.1. O povo Warao é um povo indígena originário da Venezuela que, nos últimos anos, passou a compor de forma mais expressiva os fluxos migratórios internacionais para o Brasil.

4.1.2. A condição migratória não constitui impedimento ao acesso ao SUS. A Nota Técnica nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS reforça o direito de acesso à saúde das populações migrantes, refugiadas e apátridas e destaca, de maneira expressa, a atenção às populações indígenas migrantes provenientes de fluxos internacionais, incluindo os povos Warao, Eñepa e Taurepang. O documento orienta ainda que os serviços não estabeleçam exigência documental como barreira ao cuidado e que sejam consideradas as dimensões interculturais e linguísticas do atendimento.

4.1.3. A Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro, estabelece parâmetros específicos para a proteção dos povos indígenas, fundamentados no respeito à sua identidade, aos seus valores, práticas, instituições e formas próprias de organização. Sua aplicação reafirma a necessidade de que políticas e programas que lhes sejam concernentes sejam formulados e implementados com sua participação, mediante procedimentos culturalmente apropriados e que sejam adotadas medidas para superar dificuldades decorrentes de novas condições de vida, sem discriminação. Esses princípios são particularmente relevantes para o atendimento do povo Warao no Brasil, considerando sua condição de povo indígena originário da Venezuela e as especificidades decorrentes dos processos de mobilidade e inserção nos territórios brasileiros.

4.1.4. No campo da saúde, o art. 25 da Convenção nº 169 estabelece que os povos indígenas devem ter acesso a serviços de saúde adequados, organizados, na medida do possível, em nível comunitário e planejados e administrados em cooperação com os povos interessados, considerando suas condições econômicas, geográficas, sociais e culturais, bem como seus métodos tradicionais de prevenção, práticas curativas e medicamentos tradicionais. Para a atenção às crianças Warao, esses princípios reforçam a necessidade de organização de um cuidado intercultural, livre de discriminação e barreiras de acesso, que reconheça os saberes e práticas tradicionais, favoreça a participação das famílias e comunidades e considere suas especificidades linguísticas, culturais e sociais na construção das estratégias de cuidado. No cuidado às crianças Warao, é fundamental reconhecer que a experiência migratória, as condições de moradia, a insegurança alimentar, o não acesso à água potável, renda precária, dificuldades de deslocamento, baixa escolarização, ausência de documentação, redes de apoio e outras condições sociais podem interferir no acesso aos serviços e na continuidade do acompanhamento.

4.2. Essas condições, entretanto, não devem produzir estigmatização ou

generalizações sobre a população Warao. Cada criança deve ser compreendida em sua singularidade, considerando sua história, família, comunidade, condições de vida, proteção social e necessidades de saúde.

4.3. A atenção à criança indígena Warao deve, portanto, articular os princípios da atenção integral à saúde da criança com uma abordagem intercultural, reconhecendo os saberes e práticas tradicionais e construindo estratégias de cuidado que favoreçam a comunicação, o vínculo, a autonomia e a participação da criança e de seus cuidadores.

5. ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO À CRIANÇA WARAO A PARTIR DOS EIXOS DA PNAISC

5.1. A PNAISC organiza a atenção integral à saúde da criança em sete eixos estratégicos. Para as crianças Warao, esses eixos devem ser compreendidos de forma integrada, tendo a APS como espaço privilegiado para acolhimento, acompanhamento longitudinal, coordenação do cuidado e articulação com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

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

5.1.1.1. O cuidado da criança inicia-se ainda durante a gestação, por meio da vinculação da gestante à APS, do acompanhamento pré-natal, da identificação de riscos e vulnerabilidades, da preparação para o parto e nascimento e da articulação com a maternidade de referência.

5.1.1.2. Para as gestantes Warao, recomenda-se que as equipes desenvolvam estratégias que favoreçam a compreensão das orientações e a comunicação durante o cuidado, considerando possíveis barreiras linguísticas e culturais e utilizando, quando necessário, mediação intercultural.

5.1.1.3. Após o nascimento, a equipe deve assegurar a identificação precoce do recém-nascido e sua vinculação à APS, promovendo a continuidade do cuidado.

5.1.1.4. A primeira consulta do recém-nascido deve ocorrer na primeira semana de vida, idealmente entre o terceiro e o quinto dia, podendo ser realizada na unidade de saúde ou, quando indicado, por meio da visita domiciliar. Essa consulta constitui oportunidade fundamental para avaliação do recém-nascido, apoio à amamentação, verificação da realização das triagens neonatais, atualização do calendário vacinal, avaliação do vínculo e orientação à família.

5.1.1.5. **Nesse momento, recomenda-se:**

- Avaliar as condições do nascimento, incluindo idade gestacional, peso ao nascer, Apgar, intercorrências e necessidade de internação ou cuidados especiais;
- Avaliar peso, comprimento, perímetro cefálico, temperatura e demais parâmetros pertinentes;
- Avaliar aleitamento materno, incluindo pega, posição, sucção e transferência de leite;
- Apoiar a manutenção do aleitamento materno exclusivo;
- Verificar a realização e os registros da triagem neonatal;
- Verificar a situação vacinal;
- Conferir a Caderneta da Criança e assegurar seu preenchimento adequado;
- Avaliar condições clínicas e sinais de alerta;

Identificar prematuridade, baixo peso ao nascer, malformações, doenças crônicas, deficiências e demais situações que demandem acompanhamento diferenciado;

Avaliar as condições do ambiente e do cuidado familiar;

Orientar os cuidadores sobre sinais de perigo e situações que demandam procura imediata do serviço de saúde;

Estabelecer, de forma compartilhada com a família, o calendário de acompanhamento subsequente.

5.1.1.6. A realização da primeira consulta na primeira semana não deve ser confundida com o critério estabelecido para o indicador C2, que considera, para fins de monitoramento, a realização da primeira consulta presencial por médica(o) ou enfermeira(o) até o 30º dia de vida. Dessa forma, a recomendação assistencial é de que o acompanhamento do recém-nascido se inicie de forma ainda mais precoce, preferencialmente entre o terceiro e o quinto dia, sem prejuízo do cumprimento do critério estabelecido para o referido indicador.

5.1.2. **Triagem neonatal:**

5.1.2.1. A equipe deve verificar a realização das triagens neonatais e atuar para evitar perdas de oportunidade, identificando situações em que os exames não tenham sido realizados e orientando a família e/ou rede de apoio quanto à realização, conforme fluxos estabelecidos no território.

5.1.2.2. O teste do pezinho deve ser realizado, preferencialmente, entre 48 horas após o nascimento e o quinto dia de vida. Quando não realizado no período recomendado, deve ser providenciado o mais rapidamente possível, conforme as orientações vigentes do Programa Nacional de Triagem Neonatal.

5.1.2.3. Também devem ser verificados, conforme organização da Rede de Atenção à Saúde:

A realização do teste do reflexo vermelho;

A realização da triagem auditiva neonatal;

A realização da oximetria de pulso – teste do coraçãozinho;

A realização dos demais procedimentos de triagem indicados.

A equipe deve registrar os resultados na Caderneta da Criança e no sistema de informação utilizado no território, garantindo a continuidade do cuidado diante de resultados alterados, suspeitos ou da necessidade de investigação e acompanhamento especializado.

5.1.3. **Eixo II – Aleitamento materno e alimentação complementar saudável:**

5.1.3.1. O aleitamento materno deve ser considerado componente estruturante do cuidado à criança Warao, reconhecendo sua importância para a saúde, o crescimento, o desenvolvimento e a proteção da criança.

5.1.3.2. O Ministério da Saúde recomenda aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida e sua continuidade por dois anos ou mais, com introdução de alimentação complementar adequada e saudável a partir dos seis meses.

5.1.3.3. O Programa Nacional de Promoção, Proteção e Apoio à Amamentação, instituído em 2024, estabelece como objetivos o incentivo ao início da amamentação na primeira hora de vida, o aumento da prevalência do aleitamento materno

exclusivo até seis meses e a continuidade da amamentação por dois anos ou mais. O programa também reforça a necessidade de considerar os aspectos culturais e as vulnerabilidades sociais nas ações de promoção, proteção e apoio à amamentação.

5.1.3.4. Para o cuidado das mulheres e crianças Warao, recomenda-se:

- iniciar e apoiar a amamentação na primeira hora de vida, sempre que clinicamente possível;
- evitar a oferta desnecessária de água, chás, sucos, fórmulas infantis ou outros alimentos no período de aleitamento materno exclusivo;
- observar diretamente uma mamada e corrigir dificuldades de posição e pega;
- identificar precocemente dor, fissuras, ingurgitamento, dificuldades de sucção, baixa transferência de leite e outras intercorrências;
- considerar as práticas alimentares e culturais da família, evitando julgamentos e orientações impositivas;
- utilizar recursos visuais e demonstrações práticas quando houver barreiras linguísticas;
- apoiar a continuidade da amamentação durante episódios de doença da criança, salvo contraindicação clínica específica;
- acompanhar o crescimento e o estado nutricional como parte da avaliação da alimentação;
- orientar a alimentação complementar a partir dos seis meses, conforme o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos, considerando os alimentos disponíveis, a cultura alimentar, a realidade socioeconômica e as condições de segurança alimentar da família;
- recomendar que não sejam oferecidos alimentos ultraprocessados, bebidas açucaradas e outros alimentos com açúcar para crianças menores de 2 anos.

5.1.3.5. A alimentação complementar deve ser abordada de maneira culturalmente sensível, buscando reconhecer os alimentos, preparações e práticas tradicionalmente utilizados pela família e identificar, de forma compartilhada, possibilidades de adequação às recomendações de alimentação adequada e saudável. As orientações devem considerar o contexto sociocultural e condições de vida da família, evitando a desqualificação dos conhecimentos e das práticas alimentares tradicionais.

5.1.4. **Eixo III – Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral:**

5.1.4.1. A puericultura constitui uma ação essencial para a vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil e para a promoção da atenção integral à saúde da criança. O acompanhamento deve incluir, de forma sistemática:

- Aferir peso;
- Aferir comprimento ou altura;
- Aferir perímetro cefálico até os dois anos;
- Avaliar o crescimento pelas curvas apropriadas;
- Acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor;

- Avaliar a alimentação e estado nutricional;
- Verificar situação vacinal;
- Acompanhar as condições de saúde bucal;
- Observar aspectos relacionados à visão e à audição;
- Avaliar a qualidade das interações entre criança e cuidadores;
- Abordar condições de sono e segurança;
- Orientar quanto à prevenção de acidentes;
- Identificar situações de violência;
- Identificar sinais de deficiências ou atrasos do desenvolvimento;
- Avaliar condições familiares e sociais que possam interferir no crescimento e desenvolvimento;
- Orientar sobre brincar, conversar, cantar, ler, responder aos sinais da criança e outras práticas de cuidado responsivo.

5.1.4.2. O Ministério da Saúde recomenda acompanhamento de rotina na primeira semana, primeiro mês, segundo mês, quarto mês, sexto mês, nono mês, 12º, 18º, 24º e 36º mês, e a partir dos 36 meses, consultas anuais. Esse calendário pode ser adaptado, com maior frequência de consultas sempre que houver necessidade clínica, fatores de risco ou situações de vulnerabilidade.

5.1.4.3. As consultas de puericultura devem utilizar a Caderneta da Criança como instrumento de registro, acompanhamento e comunicação entre família e profissionais de saúde, contribuindo para a continuidade e a coordenação do cuidado.

5.1.5. **Indicador C2 – Cuidado no Desenvolvimento Infantil e boas práticas na APS:**

5.1.5.1. O atual componente de qualidade do cofinanciamento da APS contempla o indicador C2 – Cuidado no Desenvolvimento Infantil, destinado a avaliar o cuidado integral oferecido às crianças nos dois primeiros anos de vida.

5.1.5.2. O indicador não deve ser compreendido apenas como mecanismo de avaliação ou financiamento. As boas práticas que o compõem constituem uma oportunidade para organizar o processo de trabalho das equipes, fortalecer o acompanhamento longitudinal e assegurar que nenhum componente essencial do acompanhamento infantil seja perdido.

5.1.5.3. A metodologia vigente estabelece cinco boas práticas, cada uma correspondendo a 20 pontos:

Boa prática	**Orientação para o cuidado**
A – Primeira consulta	Realizar a primeira consulta presencial por médica(o) ou enfermeira(o) até o 30º dia de vida. Assistencialmente, recomenda-se consulta já na primeira semana, idealmente entre o 3º e o 5º dia.
B – Consultas de acompanhamento	Garantir pelo menos 9 consultas presenciais ou remotas por médica(o) ou enfermeira(o) até os 2 anos.
C – Antropometria	Garantir pelo menos 9 registros simultâneos de peso e altura até os 2 anos.
D – Visita domiciliar	Realizar pelo menos 2 visitas domiciliares por ACS/TACS: a primeira até 30 dias e a segunda até 6 meses de vida.

E – Vacinação	Garantir o registro das vacinas consideradas na metodologia do indicador, com todas as doses recomendadas.

5.1.5.4. É fundamental ressaltar que o indicador não deve induzir à realização de procedimentos exclusivamente para produzir registro. Sua finalidade é apoiar a organização do processo de trabalho e fortalecer um cuidado longitudinal, coordenado e efetivo.

5.1.5.5. No contexto das crianças Warao, recomenda-se que as equipes utilizem a lista nominal e os instrumentos de monitoramento disponíveis para:

Identificar todas as crianças menores de dois anos vinculadas à equipe;

Localizar recém-nascidos e crianças que ainda não tiveram a primeira consulta;

Identificar crianças que perderam consultas;

Identificar crianças sem registros antropométricos;

Verificar a situação vacinal;

Programar visitas domiciliares;

Realizar busca ativa diante de perda de seguimento;

Acompanhar crianças com fatores de risco ou vulnerabilidades;

Discutir os casos nas reuniões de equipe;

Avaliar periodicamente os resultados do indicador e suas boas práticas;

Utilizar os dados para qualificar o processo de trabalho, e não apenas para fins administrativos.

5.1.6. **Cuidados para o Desenvolvimento da Criança – CDC:**

5.1.6.1. A promoção do desenvolvimento infantil deve ultrapassar a identificação de marcos motores, cognitivos ou de linguagem.

5.1.6.2. A abordagem Cuidados para o Desenvolvimento da Criança (CDC), desenvolvida pela OMS e pelo UNICEF e incorporada a estratégias de qualificação da APS no Brasil, enfatiza a interação entre a criança e seus cuidadores e o papel das atividades cotidianas, da comunicação, do brincar e do afeto na promoção do desenvolvimento.

5.1.6.3. Em 2026, o Ministério da Saúde e a OPAS destacaram a consolidação da abordagem CDC na APS brasileira como estratégia de qualificação do cuidado e promoção do desenvolvimento na primeira infância.

5.1.6.4. Para as equipes que atendem crianças Warao, recomenda-se incorporar os princípios do CDC às consultas, visitas domiciliares e atividades coletivas, orientando os cuidadores a:

Conversar com a criança;

Responder aos seus sons, gestos, expressões e iniciativas;

Cantar e contar histórias;

Brincar de acordo com a idade e os interesses da criança;

Oferecer oportunidades seguras para explorar o ambiente;

Utilizar as atividades cotidianas – banho, alimentação, troca de roupa, deslocamentos e outras – como momentos de interação;

Demonstrar afeto;

Observar os sinais da criança;

Valorizar as iniciativas da criança;

Fortalecer vínculos entre criança e cuidadores.

5.1.6.5. As orientações relacionadas ao desenvolvimento infantil devem considerar as concepções próprias de infância, cuidado e socialização existentes entre os Warao, reconhecendo que diferentes formas de interação familiar e comunitária podem coexistir com o adequado desenvolvimento da criança. A avaliação profissional deve buscar compreender essas especificidades antes de interpretar comportamentos, práticas de cuidado ou formas de participação das crianças nas atividades familiares exclusivamente a partir de referenciais culturais externos. O reconhecimento dessas diferenças não afasta a observância dos direitos da criança nem a identificação de situações de risco, mas contribui para uma abordagem intercultural qualificada, livre de estigmatização e de interpretações inadequadas sobre as práticas familiares e comunitárias.

5.1.6.6. O CDC deve ser utilizado como abordagem complementar à vigilância do desenvolvimento prevista na Caderneta da Criança. A presença de alterações nos marcos do desenvolvimento deve desencadear avaliação adequada e, quando necessário, encaminhamento e acompanhamento compartilhado com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde.

5.1.7. **Eixo IV – Atenção integral às crianças com agravos prevalentes na infância e doenças crônicas:**

5.1.7.1. A APS deve garantir que a criança Warao seja atendida tanto em consultas programadas quanto diante de demandas espontâneas ou condições agudas.

5.1.7.2. A equipe deve estar preparada para reconhecer, avaliar, classificar, tratar ou encaminhar oportunamente os agravos prevalentes na infância, utilizando os protocolos e linhas de cuidado vigentes.

5.1.7.3. Nesse contexto, destaca-se a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que articula capacitação dos profissionais, reorganização dos serviços e educação em saúde para famílias e comunidades.

5.1.7.4. A AIDPI integra ações de promoção, prevenção e tratamento relacionadas ao aleitamento materno, alimentação saudável, crescimento e desenvolvimento, imunização, desnutrição, doenças diarreicas, infecções respiratórias e outros agravos frequentes na infância.

5.1.7.5. A utilização da AIDPI deve contribuir para:

Qualificar a avaliação das crianças menores de cinco anos;

Identificar sinais gerais de perigo;

Classificar adequadamente a gravidade dos quadros;

Instituir tratamento oportuno quando indicado;

Orientar a família sobre os sinais de retorno imediato;

Organizar o seguimento;

Reduzir encaminhamentos desnecessários e, simultaneamente, evitar

atrasos de encaminhamento nos casos graves;

Integrar promoção, prevenção, tratamento e acompanhamento.

5.1.7.6. Entre os sinais gerais de perigo que demandam atenção imediata estão, entre outros, incapacidade de mamar ou beber, vômitos incoercíveis, convulsões, letargia ou inconsciência e sinais de dificuldade respiratória. A avaliação deve seguir os protocolos vigentes da AIDPI e os fluxos locais de urgência e emergência.

5.1.7.7. Para recém-nascidos e crianças pequenas, a equipe deve ter atenção especial a alterações de temperatura, dificuldade para mamar, apneia, dificuldade respiratória, cianose, icterícia de aparecimento precoce ou intensa, convulsões, sinais de infecção e outras condições descritas nos protocolos de cuidado neonatal e AIDPI Neonatal.

5.1.8. **Eixo V – Atenção integral às crianças em situação de violência, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz**

5.1.8.1. A criança Warao deve ser protegida de toda forma de violência, negligência, exploração, discriminação, crueldade e opressão, em consonância com os princípios da proteção integral e da garantia de direitos da criança.

5.1.8.2. A abordagem das situações de violência deve ser realizada de forma sensível às especificidades socioculturais do povo Warao, sem pressupor que determinadas práticas ou situações de vulnerabilidade sejam decorrentes de sua cultura. É fundamental diferenciar o respeito às práticas culturais e tradicionais da identificação de situações que configurem risco, violência ou violação de direitos, evitando tanto a naturalização de situações de violência quanto a estigmatização de práticas culturais.

5.1.8.3. Durante consultas e visitas domiciliares, recomenda-se observar:

Segurança do ambiente e presença de riscos para acidentes;

Condições de alimentação e hidratação;

Presença de lesões ou outros sinais físicos que demandem investigação;

Comportamento e mudanças observadas no comportamento da criança;

Vínculo e interação entre criança e seus cuidadores;

Sinais de negligência ou de ausência de cuidados;

Exposição a substâncias que possam oferecer risco à saúde;

Riscos de acidentes no ambiente de moradia e nos espaços frequentados pela criança;

Sinais ou situações de violência física, psicológica ou sexual;

Condições sociais e familiares que demandem proteção e acompanhamento pela rede.

5.1.8.4. Diante de suspeita ou confirmação de violência, deve-se assegurar acolhimento, escuta qualificada, proteção, atendimento individual e sigiloso e articulação com a rede de cuidado e proteção, conforme os fluxos e normativas vigentes. A abordagem deve considerar as especificidades socioculturais e linguísticas da criança e de sua família, utilizando, quando necessário, recursos de comunicação e mediação intercultural que favoreçam a compreensão e a participação no cuidado.

5.1.8.5. A notificação compulsória deve ser realizada de acordo com as normas vigentes e possui finalidade sanitária e epidemiológica, não substituindo as medidas de cuidado, proteção e garantia de direitos necessárias diante da situação identificada.

6. PROTEÇÃO DA CONVIVÊNCIA FAMILIAR E COMUNITÁRIA DE CRIANÇAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

6.1. A Instrução Normativa FUNAI nº 1, de 13 de maio de 2016, estabelece normas e diretrizes para a atuação na promoção e proteção dos direitos de crianças e jovens indígenas e na efetivação do direito à convivência familiar e comunitária. O normativo orienta que a atuação da rede de proteção considere as especificidades socioculturais dos diferentes povos indígenas, assegurando a preservação dos vínculos familiares e comunitários e evitando que diferenças culturais ou situações de vulnerabilidade social, isoladamente, sejam consideradas fundamento para o afastamento da criança de sua família e comunidade.

6.2. O normativo também estabelece a necessidade de articulação entre a Funai, a rede de proteção, os serviços de saúde, a assistência social, o sistema de justiça e demais instituições envolvidas na garantia dos direitos da criança indígena.

6.3. No âmbito da atenção à saúde, a Instrução Normativa prevê que, diante de crianças e jovens indígenas em situação de iminente ou consumado afastamento do convívio familiar ou comunitário em unidades de saúde, hospitais ou Casas de Saúde Indígena (Casai), sejam obtidas informações sobre sua identificação, origem, situação e motivo da internação, bem como adotadas medidas para localização e acompanhamento da família.

6.4. O normativo determina, ainda, que a permanência da criança em unidade de saúde não implica disponibilidade para guarda ou adoção, que a criança não deve ser confiada a terceiros e que deve ser assegurada a permanência de um dos pais ou responsável durante a internação, nos termos da legislação vigente.

6.5. Nesse sentido, no cuidado às crianças Warao, recomenda-se incorporar essas orientações às práticas dos serviços de saúde, especialmente por meio do fortalecimento da identificação da criança e de sua família, da preservação dos vínculos familiares e comunitários, da comunicação intercultural e da articulação com a rede de cuidado e proteção diante de situações de vulnerabilidade, afastamento do convívio familiar ou risco de violação de direitos.

6.6. A atuação da equipe deve buscar, sempre que possível e desde que preservado o melhor interesse da criança e sua proteção integral, fortalecer a permanência da criança junto à sua família e comunidade, evitando intervenções que possam produzir rupturas desnecessárias de vínculos familiares e comunitários.

6.7. As situações de pobreza, insegurança alimentar, moradia precária, mobilidade territorial ou diferenças culturais não devem ser consideradas, isoladamente, elementos suficientes para fundamentar medidas de afastamento da criança de sua família ou comunidade. Sempre que possível e observados os princípios da proteção integral e do melhor interesse da criança, devem ser priorizadas estratégias de fortalecimento familiar, comunitário e intersetorial.

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

6.8.1. As crianças Warao podem vivenciar diferentes situações de vulnerabilidade relacionadas às condições sociais, migratórias, territoriais e familiares, além de apresentarem condições clínicas, deficiências, doenças crônicas ou necessidades específicas de cuidado.

6.8.2. A equipe deve realizar avaliação individualizada e integral, considerando as necessidades e especificidades de cada criança, e assegurar acesso oportuno às ações e aos serviços de saúde necessários, com continuidade e coordenação do cuidado na RAS.

6.8.3. Devem receber atenção prioritária e acompanhamento adequado às suas necessidades as crianças:

Prematuras;

Com baixo peso ao nascer;

Com alterações do desenvolvimento;

Com deficiência;

Com doenças crônicas;

Com histórico de internação neonatal;

Com problemas nutricionais;

Com dificuldades persistentes de alimentação;

Em situação de violência;

Em situação de insegurança alimentar;

Com perda de seguimento;

Em situação de vulnerabilidade social ou familiar;

Que necessitem de acompanhamento especializado.

6.8.4. Para as crianças com deficiência ou alterações do desenvolvimento, a equipe deve promover a identificação oportuna das necessidades de cuidado, o acompanhamento longitudinal e, quando indicado, a articulação com os serviços especializados e demais pontos da RAS, considerando as necessidades da criança e de sua família.

6.8.5. Nas situações que demandem acompanhamento especializado, a APS deve atuar na coordenação do cuidado, favorecendo a comunicação entre os diferentes pontos da rede, o acompanhamento dos encaminhamentos e a continuidade da atenção.

6.8.6. A condição de migrante ou a ausência de documentação não deve constituir barreira ao atendimento. A Nota Técnica nº 8/2024 orienta que as equipes realizem o cadastramento e o registro nos sistemas de informação disponíveis, sem estabelecer exigências documentais que impeçam ou retardem o acesso ao cuidado.

6.8.7. Nesse contexto, recomenda-se que as equipes identifiquem precocemente situações de vulnerabilidade ou necessidades específicas, estabeleçam plano de cuidado quando indicado e utilizem estratégias de busca ativa e acompanhamento para evitar a interrupção do cuidado, considerando as condições de vida, os vínculos familiares e comunitários e as especificidades socioculturais e linguísticas das crianças Warao e de suas famílias.

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

6.9.1. A vigilância do óbito infantil deve ser compreendida como parte do processo de qualificação da atenção à saúde e como estratégia para identificar situações evitáveis, barreiras de acesso e oportunidades de melhoria do cuidado.

6.9.2. No contexto das crianças e famílias Warao, as equipes devem assegurar:

- Identificação e investigação dos óbitos infantis e fetais, conforme os fluxos e normativas vigentes;
- Articulação com as instâncias responsáveis pela vigilância dos óbitos maternos, quando aplicável;
- discussão dos óbitos e eventos sentinela nos espaços previstos pelos fluxos locais;
- Identificação de fatores relacionados ao acesso, à qualificação da atenção, a partir das recomendações decorrentes da investigação;
- Acompanhamento das ações propostas e articulação com os diferentes pontos da RAS, quando necessário.
- A análise dos óbitos deve contribuir para identificar barreiras de acesso, falhas de continuidade do cuidado, dificuldades de comunicação, condições sociais e outros fatores potencialmente modificáveis.

7. ORGANIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA DESDE O NASCIMENTO

7.1. Para garantir a continuidade do cuidado, recomenda-se que a equipe organize o acompanhamento da criança desde o nascimento, considerando suas necessidades de saúde, as condições de vida e as especificidades socioculturais das famílias Warao. Esse acompanhamento deve contemplar, no mínimo:

7.2. Antes do nascimento

- Identificação das gestantes Warao no território;
- Vinculação ao pré-natal;
- Articulação com a maternidade de referência;
- Identificação de fatores de risco;
- Preparação para o nascimento;
- Orientação sobre amamentação;
- Planejamento da primeira consulta do recém-nascido;
- Organização da visita domiciliar;
- Identificação das estratégias necessárias para mediação linguística e cultural.

7.3. Primeira semana de vida

- Identificação e cadastramento do recém-nascido;
- Realização da primeira consulta, preferencialmente entre o terceiro e o quinto dia;
- Avaliação clínica;
- Avaliação da amamentação;
- Avaliação antropométrica;
- Verificação da Caderneta da Criança;
- Verificação da situação vacinal;
- Verificação das triagens neonatais;

Identificação de sinais de perigo;

Orientação aos cuidadores;

Programação do acompanhamento subsequente.

7.4. Primeiro mês

Acompanhamento clínico e nutricional;

Avaliação do crescimento;

Avaliação do desenvolvimento;

Apoio ao aleitamento materno exclusivo;

Orientação sobre cuidado responsivo e estímulos adequados;

Verificação da situação vacinal;

Identificação de dificuldades e necessidades da família;

Realização de visita domiciliar pelo ACS/TACS, preferencialmente até 30 dias de vida;

Registro adequado das ações realizadas.

7.5. De 2 a 6 meses

Acompanhamento regular da puericultura;

Avaliação do crescimento e desenvolvimento;

Acompanhamento do aleitamento materno exclusivo;

Acompanhamento da situação vacinal;

Visitas domiciliares conforme necessidade, garantindo a boa prática prevista para o indicador C2;

Orientação sobre cuidado responsivo e estímulos adequados;

Prevenção de acidentes.

7.6. A partir dos 6 meses

Manutenção do aleitamento materno;

Introdução da alimentação complementar adequada e saudável;

Avaliação do crescimento e desenvolvimento;

Acompanhamento da vacinação;

Saúde bucal;

Prevenção de acidentes;

Estímulo ao brincar, à comunicação e às interações;

Avaliação das condições familiares e sociais.

7.7. Até os 2 anos

Acompanhamento longitudinal;

Vigilância do crescimento e desenvolvimento;

Manutenção do calendário vacinal;

Promoção da alimentação adequada e saudável;

- Apoio à continuidade da amamentação;
- Promoção do cuidado responsivo;
- Estímulo ao brincar, à comunicação e às interações;
- Identificação precoce de atrasos ou alterações;
- Acompanhamento de crianças em situações específicas;
- Prevenção de violências e acidentes;
- Busca ativa das crianças que perderem seguimento.

8. COMUNICAÇÃO INTERCULTURAL NO CUIDADO À CRIANÇA WARAO

8.1. A comunicação é componente essencial da segurança e da qualidade do cuidado.

8.2. No atendimento às famílias Warao, os profissionais devem utilizar linguagem acessível e verificar se as orientações foram efetivamente compreendidas.

8.3. Quando houver barreira linguística, recomenda-se:

- Utilizar recursos visuais;
- Utilizar demonstrações práticas;
- Utilizar imagens e materiais educativos;
- Recorrer a estratégias de mediação linguística e cultural disponíveis no território;
- Evitar utilizar crianças como intérpretes;
- Preservar a confidencialidade;
- Considerar questões relacionadas a gênero e privacidade;
- Utilizar ferramentas de tradução apenas como apoio, reconhecendo suas limitações.

8.4. A Nota Técnica nº 8/2024 recomenda a construção de estratégias locais de mediação cultural e linguística e reforça que o acesso à saúde não deve depender da presença de tradutor ou familiar como condição para atendimento.

8.5. As equipes devem evitar:

- Pressupor que todas as famílias Warao possuem as mesmas práticas;
- Atribuir comportamentos exclusivamente à cultura;
- Desqualificar práticas tradicionais sem avaliação de risco;
- Utilizar linguagem discriminatória;
- Culpabilizar mães, pais ou cuidadores;
- Interpretar a dificuldade de acesso como falta de interesse da família;
- Transformar diferenças culturais em barreiras para o cuidado.

8.6. A perspectiva intercultural pressupõe diálogo entre saberes, construção compartilhada do cuidado e reconhecimento da criança e de sua família como sujeitos de direitos.

9. VISITA DOMICILIAR E AÇÕES TERRITORIAIS

9.1. A visita domiciliar constitui ferramenta fundamental para a vinculação e

continuidade do cuidado, especialmente para crianças pequenas e famílias que apresentam barreiras de acesso aos serviços.

9.2. Para o indicador C2, está prevista a realização de pelo menos duas visitas domiciliares por ACS/TACS, sendo a primeira até os 30 dias de vida e a segunda até os seis meses.

9.3. No contexto Warao, a visita domiciliar e as ações territoriais podem ser utilizadas para:

- Identificar recém-nascidos;
- Verificar condições de cuidado;
- Acompanhar amamentação;
- Verificar vacinação;
- Identificar sinais de perigo;
- Verificar a realização da triagem neonatal;
- Reforçar orientações de puericultura;
- Identificar dificuldades de acesso;
- Apoiar a continuidade do cuidado;
- Identificar situações de vulnerabilidade;
- Fortalecer o vínculo entre equipe e família.

9.4. As ações devem respeitar a privacidade, a organização familiar e os espaços comunitários, evitando abordagens invasivas, constrangedoras ou que desconsiderem as formas de organização social e cultural da comunidade.

10. **CADERNETA DA CRIANÇA COMO INSTRUMENTO DE CUIDADO** 10.1. A Caderneta da Criança deve ser utilizada como instrumento de vigilância, registro, educação em saúde e comunicação entre família e serviços. 10.2. Os profissionais devem:

- Verificar a Caderneta em todos os atendimentos;
- Registrar adequadamente peso, comprimento/altura e perímetro cefálico;
- Acompanhar as curvas de crescimento;
- Registrar e acompanhar os marcos do desenvolvimento;
- Verificar e registrar a situação vacinal;
- Registrar resultados de triagens;
- Registrar intercorrências e encaminhamentos;
- Orientar os cuidadores sobre os conteúdos da Caderneta;
- Estimular que a família leve a Caderneta a todos os atendimentos.

10.3. A Caderneta deve ser compreendida como documento de acompanhamento da trajetória de saúde da criança, e não apenas como instrumento de registro burocrático.

10.4. Ressalta-se, ainda, a importância de realizar os registros dos atendimentos no prontuário eletrônico do e-SUS APS, de forma adequada e oportuna, contribuindo para a continuidade do cuidado e para a qualificação das informações em saúde

11. EDUCAÇÃO PERMANENTE DAS EQUIPES

11.1. Recomenda-se que os municípios promovam ações de educação permanente para profissionais que atuam no cuidado às crianças Warao, contemplando, entre outros, os seguintes temas:

- Triagens neonatais;
- Cuidado neonatal;
- Primeira consulta do recém-nascido;
- Puericultura;
- Caderneta da Criança;
- Crescimento e desenvolvimento;
- Indicador C2 – Cuidado no Desenvolvimento Infantil;
- Aleitamento materno e alimentação complementar;
- Cuidados para o Desenvolvimento da Criança (CDC);
- AIDPI;
- Imunização;
- Prevenção de acidentes;
- Identificação e cuidado diante das violências;
- Deficiências;
- Comunicação intercultural;
- Direitos das crianças indígenas e migrantes;
- Registro adequado no e-SUS APS e demais sistemas de informação.

11.2. As ações de formação devem combinar conteúdos técnicos, discussão de casos, análise do território e reflexão sobre as práticas profissionais.

11.3. A qualificação das equipes deve buscar não apenas a apropriação de protocolos, mas também o desenvolvimento de competências para comunicação, escuta, vínculo, trabalho em equipe e construção compartilhada do cuidado.

12. 10. RECOMENDAÇÕES

12.1. **Orienta-se aos gestores e gestoras:**

- Organizar a APS de modo a promover acesso universal, oportuno e equânime às crianças Warao, sem barreiras relacionadas à nacionalidade, documentação ou condição migratória.
- Identificar e cadastrar as crianças Warao residentes no território, mantendo informações atualizadas e qualificadas nos sistemas de informação.
- Organizar mecanismos de identificação precoce dos recém-nascidos e busca ativa das crianças que não comparecerem às consultas.
- Adotar medidas para favorecer a realização da primeira consulta do recém-nascido na primeira semana de vida, preferencialmente entre o terceiro e o quinto dia.

Organizar estratégias que favoreçam a realização da puericultura e continuidade do cuidado ao longo do desenvolvimento infantil;

Monitorar sistematicamente o indicador C2 – Cuidado no Desenvolvimento Infantil e suas cinco boas práticas, utilizando seus resultados para subsidiar o planejamento e a qualificação das ações de cuidado, e não apenas como mecanismo de avaliação de desempenho;

Promover a disponibilidade e o uso adequado da Caderneta da Criança como instrumento de acompanhamento integral da saúde e do desenvolvimento infantil;

Fortalecer ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, considerando os contextos socioculturais e alimentares das famílias Warao;

Promover a qualificação permanente das equipes para o cuidado às crianças Warao, contemplando conteúdos relacionados ao crescimento e desenvolvimento infantil (CDC), à Atenção Integrada Às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), cuidado neonatal, à puericultura e ao aleitamento materno;

Estruturar estratégias de mediação linguística e intercultural, quando necessárias, de modo a favorecer a comunicação, a compreensão das orientações e a participação das famílias no cuidado;

Fortalecer a articulação entre APS, maternidades, serviços especializados, vigilância em saúde, assistência social, educação e demais setores envolvidos na proteção da criança;

Estabelecer fluxos para atenção às crianças com deficiência, doenças crônicas, atrasos do desenvolvimento ou outras necessidades específicas;

Organizar fluxos para identificação e proteção de crianças em situação de violência;

Monitorar sistematicamente situações de perdas de seguimento, cobertura vacinal, realização das triagens neonatais, acompanhamento nutricional e desenvolvimento infantil, adotando medidas oportunas diante das situações identificadas.

12.2. **Orienta-se aos profissionais de saúde:**

Acolher toda criança Warao e seus cuidadores de forma humanizada, respeitosa e livre de discriminação;

Não condicionar o atendimento à apresentação de documentos ou à presença de tradutor;

Utilizar estratégias de comunicação intercultural adequadas às necessidades da criança e família;

Identificar precocemente os recém-nascidos e adotar medidas para favorecer a realização da primeira consulta na primeira semana de vida;

Avaliar sistematicamente condições clínicas, crescimento, desenvolvimento, alimentação, vacinação, saúde bucal, visão, audição e condições de proteção.

Utilizar a Caderneta da Criança nos atendimentos de puericultura,

registrando adequadamente as informações e acompanhamentos realizados;

Realizar acompanhamento antropométrico regular e registrar adequadamente peso e altura;

Acompanhar as boas práticas que compõem o indicador C2, identificando situações que demandem intervenção ou apoio matricial;

Realizar visita domiciliar conforme as necessidades da criança e da família e observar as visitas previstas no indicador C2, conforme organização e possibilidades do território;

Apoiar ativamente o aleitamento materno, observando a mamada e intervindo precocemente diante de dificuldades;

Orientar a introdução da alimentação complementar a partir dos seis meses, considerando as recomendações do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos e a realidade alimentar da família;

Incorporar os princípios do CDC às consultas e visitas, valorizando afeto, comunicação, brincadeiras, interação e cuidado responsivo;

Utilizar a AIDPI para avaliação e manejo das crianças menores de cinco anos com condições agudas, conforme protocolos vigentes;

Reconhecer sinais de perigo e realizar encaminhamento oportuno nos casos que necessitem de atenção de urgência ou emergência;

Identificar crianças em situações de vulnerabilidade, violência, deficiência, doença crônica ou atraso do desenvolvimento;

Realizar busca ativa diante da perda de seguimento, conforme fluxos e estratégias estabelecidos no território;

Registrar adequadamente todas as ações realizadas, favorecendo a continuidade do cuidado;

Compartilhar informações essenciais entre os profissionais e pontos da Rede de Atenção à Saúde, observando o sigilo e a proteção de dados;

Evitar julgamentos ou generalizações sobre as práticas familiares e culturais Warao;

Construir o plano de cuidado de forma compartilhada com a família, considerando seus conhecimentos, práticas, necessidades e possibilidades.

11. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

12.3. Recomenda-se que as equipes e gestores realizem o monitoramento sistemático de informações relacionadas à atenção à saúde das crianças Warao, considerando, entre outros:

Número de recém-nascidos Warao identificados no território;

Percentual de recém-nascidos com primeira consulta na primeira semana;

Percentual com primeira consulta até 30 dias;

Acompanhamento das boas práticas que compõem o indicador C2 –

Cuidado no Desenvolvimento Infantil;

- Número de consultas de puericultura realizadas;
- Registros antropométricos;
- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- Situação vacinal;
- Realização das triagens neonatais;
- Acompanhamento do aleitamento materno;
- Situação nutricional;
- Número de visitas domiciliares;
- Identificação de crianças com perda de seguimento e respectivas estratégias de busca ativa;
- Identificação de crianças identificadas com atraso ou alteração do desenvolvimento;
- Identificação e acompanhamento de crianças com deficiência ou doenças crônicas;
- Atendimentos por condições agudas e encaminhamentos realizados, quando indicados;
- Situações de violência identificadas, notificadas e acompanhadas, conforme fluxos vigentes;
- Ocorrência de óbitos infantis e eventos sentinela, com acompanhamento dos processos de vigilâncias e investigação pertinentes.

12.4. Os dados produzidos pelo monitoramento devem subsidiar a identificação de barreiras de acesso e no processo de trabalho, bem como o planejamento e implementação de medidas corretivas, fortalecendo a integralidade, continuidade e a coordenação da atenção às crianças Warao.

Sugestão de temas:

a) introdução aos aspectos culturais básicos das populações indígenas refugiadas e migrantes no Brasil;

b) direitos dos povos indígenas em contexto migratório.

Sugestão de inclusão de recomendação:

a) Fortalecer mecanismos permanentes de diálogo e participação das comunidades Warao na construção, implementação e avaliação das ações de saúde voltadas à infância;

b) Apoiar iniciativas de promotores comunitários indígenas de saúde como estratégia de aproximação entre comunidades e serviços

13. CONCLUSÃO

13.1. O cuidado integral à saúde das crianças indígenas Warao deve ser organizado a partir do reconhecimento de que os primeiros anos de vida constituem período fundamental para a sobrevivência, o crescimento, o desenvolvimento e a construção de vínculos, demandando acompanhamento oportuno, contínuo e articulado pela APS.

13.2. A PNAISC oferece a base para essa organização ao estabelecer sete eixos estratégicos que articulam cuidado neonatal, aleitamento materno, alimentação, crescimento e desenvolvimento, atenção aos agravos prevalentes, proteção contra

violências, atenção às situações específicas de vulnerabilidade e vigilância do óbito infantil.

13.3. Nesse contexto, a puericultura deve ser compreendida como um processo contínuo de vigilância e promoção da saúde, e não apenas como uma sequência de consultas. O indicador C2 – Cuidado no Desenvolvimento Infantil pode contribuir para organizar esse processo, ao favorecer a identificação e o acompanhamento de crianças, a continuidade do cuidado, o monitoramento do crescimento e desenvolvimento, a realização de visitas domiciliares e o acompanhamento da situação vacinal.

13.4. Da mesma forma, o cuidado deve incorporar a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, a abordagem CDC, com valorização das interações entre crianças e cuidadores, e a AIDPI, como estratégias de qualificação da atenção às necessidades de saúde das crianças.

13.5. No atendimento às crianças Warao, esses componentes devem estar associados à perspectiva intercultural. Isso implica reconhecer a diversidade dos modos de vida, as formas de organização familiar e das práticas de cuidado, favorecendo uma comunicação acessível, o respeito aos saberes tradicionais e a identificação e superação de barreiras de acesso. O cuidado deve ser construído de forma compartilhada com a criança, seus cuidadores e sua comunidade, evitando estereótipos, julgamentos ou generalizações sobre a população Warao. Reafirma-se, assim, o compromisso do SUS com o direito à saúde das crianças indígenas Warao, orientado pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, com a oferta de cuidado integral, longitudinal, culturalmente sensível e fundamentado nas melhores evidências disponíveis.

13.6. A organização desse cuidado exige a atuação articulada das equipes de APS, dos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde, da vigilância em saúde, da assistência social, da educação e de outras políticas públicas, tendo como centro a criança, sua família e sua comunidade.

13.7. O cuidado oportuno desde o nascimento, associado à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, à puericultura, à vigilância do crescimento e desenvolvimento, ao cuidado responsivo, à imunização, à AIDPI, à prevenção e proteção diante de situações de violências e à coordenação do cuidado pela APS constitui um conjunto de estratégias que pode contribuir para um início de vida mais saudável e protegido e para melhores oportunidades de desenvolvimento das crianças Warao.

14. REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017. Institui a Lei de Migração. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 25 maio 2017.

BRASIL. Decreto nº 10.088, de 5 de novembro de 2019. Consolida atos normativos que dispõem sobre convenções e recomendações da Organização Internacional do Trabalho ratificadas pelo Brasil, incluindo a Convenção nº 169 sobre Povos Indígenas e Tribais. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 6 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Justiça e Cidadania. Fundação Nacional do Índio. Instrução Normativa nº 1, de 13 de maio de 2016. Estabelece normas e diretrizes para a atuação da Funai visando à promoção e proteção dos direitos das crianças e jovens indígenas e à efetivação do direito à convivência familiar e comunitária. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 17 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.397, de 7 de junho de 2017. Dispõe sobre a Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e sua implementação no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Caderneta da Criança: passaporte da cidadania. 7. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 8/2024-CAEQ/CGESCO/DESCO/SAPS/MS. Orientações e diretrizes de boas práticas para gestores e profissionais de saúde sobre o acesso à saúde de pessoas migrantes, refugiadas e apátridas no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.427, de 2 de outubro de 2024. Institui o Programa Nacional de Promoção, Proteção e Apoio à Amamentação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Nota Metodológica C2 - Cuidado no Desenvolvimento Infantil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, versão atualizada em 24 jun. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Workshop no Brasil destaca avanços e próximos passos da abordagem Cuidados para o Desenvolvimento da Criança na Atenção Primária. Brasília, DF: OPAS/OMS, 4 mar. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; UNICEF. Care for Child Development: improving the care of young children. Geneva: World Health Organization; UNICEF, 2012.

Documento assinado eletronicamente por **Priscila Olin Silva**, **Coordenador(a)-Geral de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens substituto(a)**, em 05/10/2026, às 17:03, conforme horário oficial de Brasília, com
fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020;
e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Olivia Lucena de Medeiros**, **Diretor(a) do Departamento de Gestão do Cuidado Integral**, em 05/10/2026, às 19:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no §
3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

Documento assinado eletronicamente por **Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas**, **Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 06/10/2026, às 07:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020; e art. 8º, da Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0058469449** e o código CRC **A355C7FC**.

Referência: Processo nº 25000.150316/2026-10 SEI nº 0058469449

Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens - CGCRIAJ
Esplanada dos Ministérios, Bloco O - Bairro Zona Cívico-Administrativa, Brasília/DF, CEP 70052-900
Site - saude.gov.br