

Vulnerabilidades en la salud de niños durante la pandemia del COVID-19 en Brasil y Portugal*

Ivone Evangelista Cabral^{1,2,3}

 <https://orcid.org/0000-0002-1522-9516>

Márcia Pestana-Santos^{4,5}

 <https://orcid.org/0000-0002-4093-0291>

Lia Leão Ciuffo¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2492-5791>

Yan do Rosario Nunes^{1,6}

 <https://orcid.org/0000-0002-9386-2974>

Maria de Lurdes Lopes de Freitas Lomba⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-1505-5496>

* Este artículo hace referencia a la convocatoria "COVID-19 en el Contexto Mundial de la Salud". Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital Universal 28/2018, Proceso nº 430213/2018-2, Brasil.

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Beca de Productividad en Investigación del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil.

⁴ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação em Ciências da Saúde-Enfermagem, Coimbra, Portugal.

⁵ Universidade do Porto, Porto, Portugal.

⁶ Beca del Programa Institucional de Becas de Iniciación Científica de la Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Objetivo: analizar las vulnerabilidades del niño en el acceso a los cuidados en la atención primaria, durante la pandemia del COVID-19 en Brasil y Portugal. **Método:** investigación documental basada en directrices gubernamentales brasileñas y portuguesas, expedidas entre marzo y agosto de 2020, sobre el acceso de niños a la atención primaria. El análisis temático se fundamentó en los preceptos de la vulnerabilidad en la salud. **Resultados:** fueron encontrados 13 documentos, expedidos en los dos países, sobre el acceso a la vacunación y puericultura. La restricción de circulación del SARS-CoV-2 - en los ambientes sociales, servicios de salud y de protección social - redujo la demanda de la atención. En los dos países se mantuvieron los programas de promoción de la salud del lactante. El acompañamiento de puericultura presencial, para niños de bajo riesgo, fue suspendido en los dos países. Portugal mantuvo la vacunación de rutina y Brasil la interrumpió en los primeros 15 días de la epidemia. Los países adoptaron estrategias de atención a distancia (telemonitoreo, teleconsulta y aplicativos móviles) manteniendo el vínculo del niño con los servicios de la salud. **Conclusión:** la longitudinalidad fue afectada por la reducción del acceso a la promoción de la salud del niño, determinando mayor vulnerabilidad programática. Las vulnerabilidades individuales se relacionaron a la exposición a enfermedades evitables y sensibles a la atención primaria.

Descriptorios: Continuidad de la Atención al Paciente; Atención Integral de Salud; Vulnerabilidad en Salud; Enfermería de la Familia; Enfermería de Atención Primaria; Servicios de Salud del Niño.

Cómo citar este artículo

Cabral IE, Pestana-Santos M, Ciuffo LL, Nunes YR, Lomba MLLF. Child health vulnerabilities during the COVID-19 pandemic in Brazil and Portugal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3422. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4805.3422>.

URL

Introducción

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) divulgó una agenda de acción en defensa de los niños más vulnerables al COVID-19 (Coronavirus disease 2019) causada por el coronavirus (SARS-CoV2), en el contexto de la salud global, destacando la necesidad de realizar acciones urgentes para evitar que la crisis sanitaria resulte en una crisis de los derechos del niño, en su sentido más amplio⁽¹⁾.

Por vulnerabilidad se comprende un contexto de relaciones sociales que limitan la capacidad de actuar de las personas, retirándoles soportes institucionales que les confieren seguridad social. Son situaciones que le niegan a la persona la posibilidad ejercer efectivamente sus derechos de ciudadanía. Consecuentemente, produce un sentimiento de inseguridad en el momento presente en que vive, pudiendo frustrar proyectos futuros⁽²⁾.

El COVID-19 genera un contexto de vulnerabilidades, inclusive cuando, estadísticamente, sea más bajo entre niños, si comparada con adultos y personas en la tercera edad. En diferentes países se registra, en la población infantil (1 día a 15 años), una prevalencia inferior a 5%, con un número menor de casos en la lactancia⁽³⁻⁴⁾. Entre tanto, no se sabe por qué la morbilidad causada por la COVID-19 es menos grave en ese grupo, ya que la transmisión del virus persona a persona sucede cuando alguien infectado lo transmite a otra, por medio de gotitas microscópicas de saliva o por contacto directo. Esa menor susceptibilidad está siendo explicada por la menor probabilidad que tienen los niños de aglomerarse y por viajar menos a países epidémicos. A pesar de que, las tasas de morbilidad y mortalidad sean bajas, es preciso estar atentos para la mayor vulnerabilidad a otras enfermedades no asociadas al SARS-CoV-2, que pueden aumentar la morbilidad y mortalidad indirectas.

Otra justificación se refiere a la diferencia en la distribución, maduración y funcionamiento de los receptores virales. El SARS-CoV-2 utiliza la enzima convertidora de angiotensina-2 (ACE2) como receptor celular, que en el pulmón del ratón disminuye drásticamente con la edad. Además de eso, se verificó que ella protege de lesiones pulmonares graves, inducidas en las infecciones causadas por virus respiratorios y lesiones pulmonares agudas graves desencadenadas por sepsis, aspiración ácida, síndrome agudo respiratorio grave (SARG) e infección letal del virus de influenza aviaria. Estos descubrimientos

sugieren que los niños pueden ser menos susceptibles al COVID-19⁽⁵⁾.

En un modelo matemático, aplicado en escenarios hipotéticos, se asoció el tiempo de longitudinalidad de la pandemia (3, 6 y 12 meses) con las restricciones en la oferta de servicios de salud para el niño. Se estimó una mortalidad entre menores de 5 años de edad, en 118 países, con renta media o baja; los hallazgos indicaron una mayor vulnerabilidad del grupo infantil a los efectos de la pandemia del COVID-19, provocados por la reducción del acceso y cobertura de servicios, entre ellos la vacunación. En un escenario menos grave (6 meses), la reducción del acceso entre 9,8 a 18,5% podría causar 253.500 muertes infantiles. En el escenario más grave (12 meses) con la reducción de acceso entre 39,3 a 51,9%, podría provocar más de 1.157.000 muertes. Esas muertes adicionales representarían un aumento mensual de 9,8 a 44,7% en la cantidad de muertes de niños menores de 5 años⁽⁶⁾. Concluye el estudio que los efectos prolongados de la pandemia, sobre la salud infantil, podrían causar daños graves y elevar los índices de morbilidad y mortalidad por causas evitables, en proporciones iguales o superiores al COVID-19.

Además, se observan mayores probabilidades de cronicación de condiciones que afectan a los niños, con necesidades de salud especiales, (CRIANES) debido a la especificidad y diferenciación de los cuidados, particularmente se hubiese discontinuidad de las consultas de seguimiento y de la atención de rehabilitación⁽⁷⁾. En general, las vulnerabilidades del grupo infantil implican también en que la mayor exposición puede causar daños de salud mental, como tristeza profunda y ansiedad, las que pueden ser potencializadas con el aislamiento social⁽⁸⁻¹¹⁾.

En Portugal para enfrentar estas vulnerabilidades el Plan Nacional de Salud Infantil y Juvenil (PNSIJ) recomendó proseguir con las acciones de promoción del crecimiento y del desarrollo del niño, por medio de la Consulta de Vigilancia de la Salud, por ser una oportunidad privilegiada para el triaje, evaluación, intervención y orientación de situaciones problemáticas. El PNSIJ refuerza la necesidad de identificar y proporcionar apoyo continuado a los niños (con enfermedad crónica y/o deficiencia) y a sus familias con la vacunación, los cuidados anticipados y la articulación con los varios factores que intervienen en la prestación de cuidados⁽¹²⁾. La detección precoz de situaciones corregibles incluye el acompañamiento y encaminamiento de aquellas situaciones que interfieren en la salud del niño⁽¹²⁾.

En el contexto brasileño, se ha experimentado un dilema en ese período de pandemia. Desde que la crisis sanitaria fue decretada, en el mes de marzo de 2020, el Ministerio de la Salud emitió una nota técnica⁽¹³⁾, corroborada por las Secretarías de la Salud (estaduales y municipales), con restricciones a la atención de niños en las unidades de salud. La intención fue evitar aglomeraciones en las unidades de salud; entre tanto, expuso al niño a una mayor vulnerabilidad en las internaciones, por condiciones sensibles a la atención primaria (ICSAP). Particularmente, aquellas que pueden resultar de la precaria orientación de la red de atención primaria relacionadas con el acogimiento de familias o con las dificultades de comprensión de la población, sobre el papel ampliado de ese nivel de atención, centrado en el niño, en la familia y en la comunidad, en lugar de la queja o enfermedad⁽¹⁴⁾.

En ese sentido, el objetivo del estudio fue analizar las vulnerabilidades del niño en el acceso a los cuidados en la atención primaria, durante la epidemia del COVID-19 en Brasil y Portugal.

Método

Se trata de una investigación documental, cuyas fuentes de datos fueron dispositivos regulatorios publicados sobre la atención al niño, en el período de la pandemia del COVID-19. En este tipo de investigación se toma al documento como objeto de la investigación. O sea, las fuentes de informaciones que elucidan cuestiones y sirven de pruebas para otras nuevas cuestiones, con contenido analizable, pero que no recibieron tratamiento analítico anterior. Por tanto, se constituyen en fuentes primarias para responder objetivos de la investigación⁽¹⁵⁾.

La investigación con documentos se inicia con la localización de textos pertinentes, representativos y con credibilidad para registrar los hechos investigados. Su implementación se hace en tres etapas: evaluación preliminar, análisis documental e interpretación. En la primera etapa se buscan: las dimensiones del contexto en el texto; los autores; la autenticidad y confiabilidad; la naturaleza, las expresiones clave; y, la lógica del texto. En el análisis documental se extraen significados temáticos o significaciones lexicales, buscando los elementos más simples del texto. En seguida, se sistematizan las palabras o ideas en unidades de registro que se aproximan, codificándolas en unidades temáticas para formar temas, pudiéndose aplicar el método de análisis de elección del investigador. La interpretación o inferencia se apoya en el referencial

teórico para aprehensión de los elementos significativos del conocimiento nuevo.

En la aplicación de la primera etapa, se consideró como criterio las reglamentaciones gubernamentales expedidas o en vigencia en el contexto del COVID-19. Para esto, el cuadro documental del análisis (Figura 1) incluyó ordenanzas (de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales), notas técnicas, protocolos y recomendaciones.

Geográficamente, se eligió a Brasil y Portugal como escenarios de la investigación, por el hecho de que los dos países poseen sistemas universales de salud y una amplia red de servicios y participación de la enfermería en la provisión de cuidados al niño en la atención primaria. En estos escenarios pesan las particularidades de organización de la oferta de atención entre los dos países, para responder a las dimensiones territoriales y demográficas diferenciadas, al financiamiento público del sistema de salud que crea el ambiente favorable a la implementación de directrices de la Organización Mundial de Salud para el enfrentamiento de la pandemia.

Los dos sistemas de salud tienen como base a la salud como un derecho fundamental constitucionalmente determinado y en leyes orgánicas que reglamentan el cuidado al niño con absoluta prioridad, por su condición de vulnerabilidad. Le cabe al Ministerio de la Salud la responsabilidad de formular políticas y planes nacionales de salud, con el objetivo de promover la salud, prevenir enfermedades, reducir daños y rehabilitar. Modelos de administración - centralizado, en Portugal y descentralizado, en Brasil - hacen operativas las estrategias y acciones para atender a las necesidades de salud de la población y de gobernanza en el territorio del cuidado, inclusive en contextos de bajo financiamiento de los dos sistemas⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

Fueron seleccionados documentos regulatorios publicados en los meses de marzo a agosto de 2020, correspondientes al período de organización de los servicios, para atender las demandas de los usuarios del sistema de salud en la pandemia del COVID-19.

Con la lectura preliminar y exhaustiva de los documentos (Figura 1) se extrajeron expresiones clave, aplicadas para responder a las cuestiones analíticas (Figura 2) sobre las directrices programáticas de promoción y reducción de daños a la salud infantil, en la atención primaria.

Los documentos regulatorios de dominio público son fuentes de informaciones cuyas investigaciones no fueron apreciadas por el Sistema CEP/CONEP (Resolución nº 510, de 7 de abril de 2016, del Consejo Nacional de Salud, artículo 1º, párrafo único, inciso III).

BRASIL/ CÓDIGO DEL DOCUMENTO	PORTUGAL/ CÓDIGO DEL DOCUMENTO
1. (Código)-Ordenanza MS-356, de 11/03/2020. Ordenanza Ministerio de la Salud (MS) n° 356, de 11 de marzo de 2020. Disponible en: http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346	1. (Código)-DL2A-2020, de 20/03/2020. Decreto-Ley (DL) 2A/2020 de 20 de marzo de 2020. Disponible en https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/130473161/details/normal?p_auth=e8JS0V0
2. (Código)-Ordenanza MS-430, de 19/03/2020. Ordenanza Ministerio de la Salud (MS) n° 430, de 19 de marzo de 2020. Disponible en: http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-430-de-19-de-marco-de-2020-249027837	2. (Código)-D-3331-E, de 15/03/2020. Despacho (D) n.º 3301-E/2020. Diario de la República n.º 52-B/2020, 2º Suplemento, Serie II de 2020-03-15. Disponible en https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/130277343/details/maximized?serie=II&day=2020-03-15&date=2020-03-01&drelid=130277339
3. (Código)-Ordenanza MS-454, de 20/03/2020. Ordenanza Ministerio de la Salud (MS) n° 454, de 20 de marzo de 2020. Disponible en: http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587	3. (Código)-DGS – 160_80_v1 de 25/03/2020. Dirección-General de la Salud (DGS). Comunicado 160_80_v1 de 25/03/2020 - Disponible en https://www.dgs.pt/a-direccao-geral-da-saude/comunicados-e-despachos-do-director-geral/cumprimento-do-programa-nacional-de-vacinacao-durante-a-epidemia-de-COVID-19-medidas-de-excecao-pdf.aspx . Lisboa: 2020.
4. (Código)-NT-MS_23/03/2020. Nota técnica (NT) del Ministerio de la Salud (MS), de 23 de marzo de 2020. Anexo.	4. (Código)-DGS_008/2020, de 26/03/2020. Dirección-Geral de la Salud (DGS). INFORMACIÓN - Programa Nacional de Salud Infantil y Juvenil. Disponible en https://www.dgs.pt/diretrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx . Lisboa: 2020
5. (Código)-CONASS. 04/2020. CONASS. Marzo/2020. Consejo Nacional de Secretarios de la Salud (CONASS). Marzo/2020. Disponible en: http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/04/ATENDIMENTO-DA-REDE-DE-ATENCAO-A-SAUDE-PANDEMIA.pdf	5. (Código)-DGS-004/2020 de 23/03/2020. Dirección General de la Salud (DGS). Norma- 004/2020 de 23/03/2020, actualizada 25/04/2020. Disponible en https://www.dgs.pt/diretrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042020-de-23032020-pdf.aspx . Lisboa: 2020.
6. (Código)-Protocolo COVID-19_APS_2020. Brasil. Ministerio de la Salud. Secretaría de Atención Primaria de la Salud (APS). Disponible en: https://pesquisa.bvsaude.org/portal/resource/pt/biblio-1087335	
7. (Código)-CONASEMS/ CONASS. 08/2020. Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud. – CONASEMS. Consejo Nacional de Secretarios de Salud – CONASS. COVID-19 Guía Orientadora para el enfrentamiento de la pandemia en la Red de Atención al Salud. 2ª. Edición. Brasilia (DF): Agosto de 2020. Disponible en: https://www.conass.org.br/guia-orienta-estados-e-municipios-para-o-enfrentamento-da-pandemia-de-covid-19-na-rede-de-atencao-a-saude/	6. (Código)-DGS_026/2020, de 19/05/2020. Dirección General de la Salud (DGS). Orientación - 026/2020 de 19/05/2020. Disponible en https://www.dgs.pt/diretrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0262020-de-19052020-pdf.aspx

Figura 1 - Documentos orientadores de la asistencia al niño en la atención primaria a la salud en el período de la pandemia del COVID-19. Brasil y Portugal, 2020

PREGUNTAS Durante la pandemia del COVID-19, en la atención primaria a la salud...	EXPRESSÕES-CHAVE
¿Cuáles fueron las directrices programáticas de promoción de la salud infantil?	Recién nacido Triaje/rastreo neonatal Amamantamiento, amamantamiento materno, amamantamiento en la unidad básica de salud, en la maternidad Vigilancia del crecimiento y desarrollo Vacunación Niños Atención/acompañamiento/consultas: programada, no prioritaria, espontánea, suspendida Inmunización/vacunación infantil; ampliación del horario, reordenamiento del servicio, prioridad Amamantamiento exclusivo, alimentación infantil: en la unidad básica de salud; en casa
¿Cuáles fueron las estrategias recomendadas para la promoción de la salud infantil?	Amamantamiento materno: manutención, interrupción, ordeño materno Incentivo financiero Estrategias a distancia: teleatención/telemedicina telemonitoreo/teleconsulta, videoconsulta, aplicativos Estrategias presenciales: Visita domiciliar/ consulta domiciliar
¿Cuáles fueron las estrategias recomendadas para el acompañamiento de niños con enfermedades crónicas y administración clínica del COVID-19 en la infancia?	Síndrome gripal, Síndrome de angustia respiratoria grave/SARG, COVID-19/ SARS-CoV-2. Internación hospitalaria/ encaminamiento/ referencia Vigilancia: acciones Condiciones comunes: acogimiento; acceso; administración; servicios; acciones

Figura 2 - Preguntas y expresiones claves adoptadas en la extracción de las unidades de análisis de los documentos. Brasil y Portugal, agosto de 2020

En la etapa del análisis documental, las respuestas a las preguntas fueron organizadas en cuadros analíticos. En cada uno de ellos constó la fuente documental y las expresiones clave llevaron a la extracción de textos para componer unidades de registro (UR). En seguida, las UR fueron aproximadas por convergencia de significación lexical, para formar unidades temáticas y agruparlas por sentidos comunes y singulares en temas, según las directrices previstas del análisis temático. En ese tipo de análisis temático, se determinan relaciones entre conceptos extraídos de los datos, comparándolos con diferentes situaciones, para generar posibilidades de interpretación considerando un determinado referencial teórico⁽²⁰⁾.

Con base en esas directrices, la codificación de las unidades temáticas convergentes de cada país fue reagrupada en nuevos cuadros conteniendo conceptos comunes y singulares, los que fueron sometidos a procedimientos de interpretación bajo el referencial teórico de la vulnerabilidad^(2,21).

El ser humano al experimentar situaciones que socialmente producen vulnerabilidades, se vuelve resiliente porque persiste, se afirma como persona y no deja de reconocer que la fragilidad es una condición inherente al ser vivo. La especificidad de la resiliencia se define en los límites que las circunstancias de la vida permiten, como parte de un recorrido creativo o innovador⁽²⁾.

El concepto de vulnerabilidad en el campo de la salud, en la perspectiva de los derechos humanos, trae consigo dos dimensiones colectivas (social y programática) y una individual⁽²¹⁾.

Tomando como referencia la dimensión colectiva social⁽²¹⁾ al campo de la salud infantil, se aplican normas sociales y referencias culturales de la familia: el bienestar del niño como resultado del acceso de la familia al empleo y renta; la defensa del mejor interés del niño; el acceso a condiciones que aseguren los derechos fundamentales (vida, salud, educación, cultura, ocio, deportes, etc.). También, incluye el acceso a la información, el compromiso gubernamental con la salud y el bienestar social de la familia y del niño.

En la dimensión colectiva programática, le cabe a los gobiernos comprometerse con las respuestas a la salud de las personas, definiendo políticas públicas que protejan el mejor interés del niño. En ese sentido, es necesario que exista planificación y evaluación de los cuidados, suministro de recursos materiales y humanos, que favorezcan la implantación y manutención de la política, asegurando la gobernanza, la sustentabilidad política, institucional, material y las conexiones y actividades intersectoriales. La organización del sector de la salud debe garantizar acceso y calidad de los

servicios, con equipos multidisciplinares, actuando con abordajes interdisciplinares, en la prevención e integración de los cuidados. También, incluye la sensibilización de profesionales sobre los derechos humanos, la planificación y evaluación de servicios de la salud⁽²¹⁾. En la dimensión individual se incluyen: valores, intereses, creencias, deseos, conocimiento, actitudes, comportamientos, redes sociales y de amistad, relaciones conyugales y familiares, salud mental y la constitución física⁽²¹⁾.

La interpretación de los datos apuntaron para dos temas centrales: vulnerabilidades programáticas a enfermedades evitables, al síndrome gripal y COVID-19 en la atención primaria a la salud y estrategias de enfrentamiento a las vulnerabilidades relacionadas al COVID-19.

Resultados

Los 13 documentos seleccionados presentaban directrices sobre la asistencia al niño durante la pandemia del COVID-19, siendo siete de Brasil y seis de Portugal. En el inicio de la pandemia se reglamentó la forma de actuación, en el plan nacional en los dos países, aplicándose las directrices de la Organización Mundial de la Salud de aislamiento social para reducir o interrumpir el flujo de circulación de personas en espacios públicos (escuelas, servicios de salud y centros de cuidado infantil), limitándose a las necesidades de salud más urgentes.

Al mismo tiempo en que esas medidas establecieron un cordón sanitario para evitar la propagación del SARS-CoV-2 y la contención del COVID-19, los niños fueron expuestos a contraer enfermedades por otras causas evitables y al aumento de cronicidad para las condiciones preexistentes.

Vulnerabilidades programáticas en enfermedades evitables, síndrome gripal y COVID-19 en la atención primaria a la salud

Durante la pandemia del COVID-19, los dos países desarrollaron directrices programáticas para la atención primaria relacionadas a la promoción y reducción de daños a la salud infantil. En Brasil, la vacunación de rutina, como una de las estrategias de promoción de la salud del niño, fue pospuesta por tres semanas, en todo el territorio nacional, como medida de reducción de contactos.

No buscar servicios de vacunación por padres y/o responsables de los niños durante la 1ª fase (23/03 la 15/04) de la campaña de vacunación contra la influenza. Para la reducción de contacto con sujetos de la tercera edad, por presentar mayor riesgo de complicaciones del COVID-19, y de niños por ser portadores asintomáticos y diseminadores de enfermedades

respiratorias (Brasil-NT-MS_23/03/2020 p.1 y Anexo). En carácter excepcional, para los niños que presentan *atraso en la libreta de vacunación del niño; busca por el servicio de vacunación, desconocimiento del aplazamiento y actualización del esquema de vacunación para aprovechar la oportunidad* (Brasil-NT-MS_23/03/2020 p.1 y Anexo).

Cada estado de la federación brasileña promovió la adecuación en su calendario de vacunación, para atender las especificidades epidemiológicas locales. El Consejo Nacional de Secretarios de Salud recomendó, inicialmente, que las secretarías estatales ampliasen la *cobertura de la vacunación del H1N1, en la población, de acuerdo con los grupos prioritarios y el calendario definido por el MS* (Brasil. CONASS. 04/2020). En agosto de 2020, *la Guía Orientadora para el enfrentamiento de la pandemia en la Red de Atención a la Salud* (Brasil. CONASEMS/ CONASS. 08/2020), de los Consejos de Secretarios de Salud (estatales y municipales) incluirían directrices para la atención primaria, destacando que en *el lugar de la atención, las unidades básicas de salud deberían asegurar la continuidad de la vacunación.*

En Portugal, se mantuvo la vacunación de rutina. Sin embargo, por miedo de la contaminación por el SARS-CoV-2, se constató baja procura por parte de los padres, lo que llevó a la Dirección General de la Salud a alertar a la población y profesionales sobre la continuidad de la vacunación, con recomendaciones para regularizar los esquemas de los faltantes. En ese sentido, todas las vacunas del calendario obligatorio, en Portugal, permanecerán a disposición de las familias, como parte de las acciones de protección de la salud, especialmente las que determinan mayor morbilidad y mortalidad.

(...) informa que no deben ser postergadas las vacunaciones (...) para cumplimiento del Programa Nacional de Vacunación (PNV). ...la vacunación recomendada en el primer año de vida, que confiere protección precoz contra once enfermedades (...). A los 12 meses, las vacunas contra el meningococo C, (...) sarampión, paperas y rubéola. (...) A los niños que tienen estas vacunas en atraso, se recomienda la vacunación lo más brevemente posible. (Portugal-DGS_008/2020-26/03/2020, p. 1).

En la fase epidémica de la COVID19, el CONASS buscó organizar y uniformizar la coordinación del cuidado a través de la atención primaria. En ese sentido, recomendó la gestión y control de las condiciones de la salud a través de las Redes de Atención. El acompañamiento de la vigilancia del crecimiento y desarrollo, el triaje neonatal y la consulta de enfermería de puericultura, fueron indicados para que los estados mantengan, en la unidad de salud o en el domicilio, las *consultas de puericultura para niños de alto riesgo y el triaje neonatal entre el 3º y 5º día de vida del RN; las "Acciones del 5º Día", preferencialmente en el domicilio o programados con hora determinada e intervalos; la consulta del*

Enfermero [con] enfoque en el amamantamiento y aumento de peso (Brasil-CONASS. 04/2020). Un mes después, las *acciones y actividades de atención a la salud del niño* permanecieron las mismas, con excepción de la cobertura de la consulta de puericultura para incluir *niños de Medio Riesgo con fragilidad del cuidado familiar (...)* enfoque en el desarrollo y acompañamiento *nutricional* (Brasil. CONASEMS/ CONASS. 08/2020).

En Portugal, las recomendaciones contuvieron también la indicación de no interrumpir la vigilancia neonatal y los *procedimientos previstos en el Programa Nacional del Rastreo Neonatal (Test del pie)*. Estas pruebas deberán ser realizados entre el 3º y 6º día después el nacimiento, en la *maternidad o en la 1ª consulta médica programada (...)* cuando los criterios de elegibilidad para vacunación con la BCG. (Portugal-DGS_008/2020-26/03/2020, p. 2).

Brasil y Portugal adoptaron las mismas recomendaciones para la manutención del amamantamiento, determinadas por el nivel central. En caso de infección, el deseo de la mujer y sus condiciones clínicas determinarían el no amamantamiento, recomendándose el ordeño manual de la mama y medidas de higienización.

El amamantamiento puede ser mantenido para puérperas infectadas por ese virus, de acuerdo con el Protocolo del COVID19 del Ministerio de Salud. Si el lactante se encuentra en la fase aguda de la enfermedad y el equipo se siente inseguro de liberar el contacto directo, la leche puede ser ordeñada y ofrecida al neonato. (...) Lavar las manos antes de tocar al bebé, en la hora del amamantamiento; usar máscara facial durante el amamantamiento (Brasil-CONASS. 04/2020; Brasil. CONASEMS/ CONASS. 08/2020).

La madre positiva debe amamantar con la utilización de máscara, después hacer higiene de las manos y de las mamas. (...) La extracción mecánica de leche con la utilización de máscara, después higiene cuidadosa de las manos y de las mamas. La leche puede ser administrada al RN por un cuidador saludable. (Portugal-DGS_026/2020_19/05/2020, p. 8).

En Portugal, se dio prioridad a las consultas de rutina durante la crisis sanitaria, para coincidir con los días programados para las vacunas del calendario nacional de vacunación. Las demás consultas de vigilancia presencial fueron suspendidas. En la teleconsulta, los profesionales de la salud (médico o enfermero) evaluaban el niño y la necesidad de transformar ese contacto en presencial. Se mantuvo la recomendación de realización de seis consultas, en el primero año de vida.

A pesar de la situación de excepción, la condición de vulnerabilidad del niño, no permite el aplazamiento de las consultas de vigilancia en el 1º año de vida del niño, incluyendo la de 12 meses (...) los niños que se atrasen deberán ser reconvocados de inmediato. Una consulta entre los 18 meses y los 24 meses y otra a los 5 años. (Portugal-DGS_008/2020_26/03/2020, p. 2).

Entre los niños, los más vulnerables al síndrome gripal y COVID-19 son aquellos con necesidades de salud específicas (CRIANES) y diferenciadas, debido al mayor riesgo de complicaciones.

Condiciones de riesgo para complicaciones. Niños <5 años (siendo que el mayor riesgo de hospitalización es en menores de 2 años, especialmente menores de 6 meses con mayor tasa de mortalidad) (...) que presenten neumopatías, cardiopatías, nefropatías, hepatopatías, enfermedades hematológicas, trastornos metabólicos, trastornos neurológicos y del desarrollo, que pueden comprometer la función respiratoria o aumentar el riesgo de aspiración, inmunosupresión asociada a medicamentos, neoplasias, HIV/SIDA y obesidad. (Brasil-Protocolo COVID-19_ APS_2020, p. 17).

Los niños con comorbilidades presentan más vulnerabilidades individuales a los síndromes gripales y al COVID-19, indicando la necesidad de profundizar la evaluación en el centro de referencia o de atención especializada. De parte de los enfermeros que actúan en las unidades de salud de la atención primaria se requiere prestar atención a las vulnerabilidades y vigilancia para las siguientes señales y síntomas de gravedad del síndrome gripal:

Déficit respiratorio (...) saturación de oximetría de pulso <95% en el aire ambiente; Déficit en el sistema cardiovascular; señales y síntomas de alerta adicionales como la inapetencia para amamantamiento o ingestión de líquidos; empeoramiento clínico de enfermedades de base; y, alteración del estado mental (confusión, letargo y convulsión). (Brasil-Protocolo COVID-19_ APS_2020, p. 13).

Estrategias de enfrentamiento a las vulnerabilidades relacionadas al COVID-19

El incentivo financiero repasado por el Ministerio de la Salud a las Secretarías de Salud de los Estados y Municipios brasileños se destinó al enfrentamiento del COVID-19 y gestión de las condiciones de salud más comunes en la atención primaria, objetivando la ampliación del horario, el acceso a medidas de control, a las acciones y a los servicios.

(...) para asistencia, diagnóstico, tratamiento, prevención, control del brote e interrupción de la cadena de transmisión del COVID-19; (...) acceso a las acciones y servicios esenciales ofrecidos por los equipos de Salud de la Familia y equipos de Atención Primaria para la gestión de las condiciones de salud comunes y la oferta de acciones y servicios clínicos y de vigilancia de la salud. (Brasil-Ordenanza-MS-430_19/03/2020, art 2º).

Las unidades de salud de la familia o unidades básicas de salud deberían comprometerse con la manutención de profesionales en todos los turnos de la atención, de modo a asegurar consultas médicas y de

enfermería, en todo el horario de funcionamiento de la unidad de salud de 60 o 75 horas semanales. (Brasil-Ordenanza-MS-430_19/03/2020, art. 2º/art. 4º).

En Portugal, con excepción de la vacunación y para evitar la sobrecarga de los servicios de salud, se reglamentó, en carácter excepcional, la reducción del flujo de personas enfermas. La implementación de esas medidas por las instituciones de salud, en el sentido de aplazar los servicios no urgentes. (Portugal-DGS_Comunicado_160_80_v1-25/03/2020, p. 1). Al mismo tiempo, se aumentó la capacidad de respuesta de los servicios a la creciente demanda de pacientes con COVID-19. Fue autorizada la contratación de profesionales de la salud por el período de cuatro meses (...) para el refuerzo (...) la prevención, contención, mitigación y tratamiento de la pandemia COVID-19. (Portugal-D-3331-E-15/03/2020).

Para la administración del síndrome gripal, en la atención primaria, se recomendaron medidas de higienización personal y ambiental, gestión clínica terapéutica, con medidas farmacológicas de las señales de incomodidad respiratoria y dolor. Entre tanto, los niños con enfermedad pulmonar crónica de la prematuridad deberían ser encaminados para el centro de atención especializada. El Consejo Nacional de los Secretarios de Salud recomendó estrategias de manutención de la atención de niños en las redes de atención primaria y especializada. *Los niños de alto y medio riesgo deben ser acompañados de forma presencial o por teléfono o WhatsApp (...).* (Brasil-CONASS. 04/2020; Brasil. CONASEMS/ CONASS. 08/2020).

En Portugal, se establecieron estrategias específicas para la población pediátrica debido a su mayor vulnerabilidad, con la manutención y monitorización de la salud de la población infantil durante este período de excepción. (Portugal-DGS_008/2020_26/03/2020, p.1).

Los equipos de la familia de cada unidad del servicio de salud deberían actualizar los contactos de los cuidadores, mantener la actividad que realiza el levantamiento e identificación de los niños con necesidades de salud específicas, en situación de riesgo o de mayor vulnerabilidad, en las áreas de cobertura. (DGS_008/2020, de 26/03/2020, p. 1). Siendo alertado para que fuesen objeto de especial atención, así como de medidas imprescindibles y acompañamiento impostergable de las necesidades de salud provenientes de su situación específica. (Portugal-DGS_008/2020_26/03/2020, p. 1).

Los criterios de monitorización y vigilancia de niños infectados, en situación de internación hospitalaria y de encaminamiento domiciliario, favorecerán el triaje diferenciado según las características y necesidades asistenciales del niño. Algunos de los (...) *Criterios de Habitabilidad y Asequibilidad del Aislamiento en el domicilio incluyen la existencia de Teléfono/Telemóvil accesible (...).* (Portugal-DGS_004/2020, de 23/03/2020, p. 18).

En síntesis, los sistemas de salud deben asegurar la de acceso, en la atención primaria, (Figura 3).
continuidad de los cuidados a los niños con limitaciones

Estrategias		
Áreas de intervención	Brasil	Portugal
Vacunación	Suspendida temporalmente Reinicio a partir del 16 de abril 2020. Ampliación del horario de atención. Separación de la puerta de entrada del servicio para el grupo infantil.	Mantida
Vigilancia del crecimiento y desarrollo	Suspensión de la consulta de rutina. Recomendación para teleconsultas de niños de bajo y medio riesgo.	Mantenida, en los días de la vacunación
Triaje neonatal	Mantenida por medio de recogida domiciliar	Mantenida recogida en la unidad de salud
Manutención del amamantamiento inclusive cuando la nutriz está con la COVID-19 Uso y cambio de la máscara siempre que este húmeda Lavado de las manos por 20 segundos antes de amamantar.	En los dos países: mantenida	
Acompañamiento en ambulatorio de niños con necesidades de salud específicas y diferenciadas (CRIANES)	Atención presencial suspendida	Presencial o telemonitoreo (aplicativo o teléfono)
Acompañamiento de niños infectados por el SARS-CoV-2	En los dos países: telemonitoreo (aplicativos, teléfono) Cuidado domiciliar (cama separada, uso de máscara, baño individual, higienización ambiental y de utensilios, higienización de las manos) Internación hospitalaria en los casos de síndrome de angustia respiratoria grave/COVID-19	

Figura 3 - Síntesis de las estrategias de protección al niño en la pandemia del COVID-19. Brasil y Portugal, agosto de 2020

Discusión

En Brasil, en el primer mes de la crisis sanitaria causada por la pandemia del COVID-19, numerosos niños no fueron vacunados, en medio de un período de recrudescimiento de brotes de sarampión.

Por ejemplo, en Portugal hubo la continuidad de la vacunación según el calendario previsto por el plan nacional de vacunación, pero muchos familiares no llevaron sus niños para ser vacunados, por miedo de la contaminación. Rápidamente, los órganos gubernamentales transmitieron alertas en todos los canales abiertos de la televisión portuguesa, sobre la importancia de observar el calendario de vacunas, delante del riesgo de la reaparición de enfermedades graves en la infancia, como el sarampión. También, cada unidad de salud se responsabilizó por la convocación de los niños con vacunación programada o que estaban en atraso⁽²²⁾.

La vacunación es una importante estrategia de promoción de la salud, que puede reducir los casos de enfermedades por causas evitables y las internaciones

por condiciones sensibles a la atención primaria, que pueden coexistir con otros síndromes respiratorios agudos graves como es el caso del COVID-19⁽²³⁾. En África, en un escenario de alto impacto del COVID-19, un análisis simulado basado en modelo matemático, mostró que para cada muerte causada por la infección del SARS-CoV-2, adquirido durante las vacunaciones de rutina, se evitarían 84 muertes infantiles manteniendo la inmunización de rutina. La relación riesgo beneficio para los niños vacunados es de 85.000; para sus hermanos (<20 años), 75.000; para sus padres o cuidadores (entre 20 y 60 años), 769; y para sujetos de la tercera edad, 96. En un escenario de impacto más bajo, los beneficios para la salud se aproximan de aquellas muertes infantiles evitadas cuando hay brotes de sarampión, la relación beneficio riesgo para las familias de niños vacunados es 3 (0-10); pero, si consideramos apenas el riesgo para los niños vacunados, la relación beneficio riesgo es de 3.000. Inclusive delante de restricciones logísticas, escasez de personal y reasignación de recursos financieros, durante la pandemia del COVID-19, se recomendó la vacunación infantil de rutina en aquel país⁽²⁴⁾.

Evidencias preliminares sugieren que a pesar de que los niños sean tan susceptibles como los adultos a la infección con SARS-CoV-2, es menos probable que sean sintomáticos o desarrollen casos más graves. El papel de los niños en la transmisión del virus permanece incierto. Los síntomas gastrointestinales son más comunes que los respiratorios. La mayoría de los niños con SARS-CoV-2 presenta fiebre, tiene un contacto familiar documentado, generalmente mostrando síntomas antes que ellos⁽²⁵⁾.

En ese sentido, cuando existen barreras de acceso, ellas son provocadas por directrices gubernamentales temporarias o por miedo de los familiares a la exposición del niño a la carga viral; así, existe el riesgo de aumentar las vulnerabilidades del niño a enfermedades evitables e internaciones por condiciones sensibles a la atención primaria⁽⁵⁾. En abril de 2020, con el surgimiento del COVID-19, la UNICEF alertó para el riesgo de que más de 117 millones de niños, de 37 países, pudieran dejar de ser vacunados para el sarampión⁽²⁶⁾. La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de Salud emitieron principios orientadores y programas de inmunización en el contexto de la pandemia, alertando para el riesgo existente, en el contexto de la pandemia del COVID-19, de elevar los casos de morbilidades evitables⁽²⁶⁻²⁷⁾.

En Brasil, hubo interrupción del acompañamiento de la vigilancia del crecimiento y desarrollo y de la atención presencial para las consultas de puericultura. Se dio prioridad a la manutención de los cuidados del recién nacido, particularmente a la vacunación en la maternidad, a la protección y promoción del amamantamiento materno y al triaje neonatal; para los niños con edad de más de 30 días. La vacunación de rutina fue reiniciada después de tres semanas de suspensión.

En Portugal, las directrices programáticas de promoción de la salud y reducción de daño se enfocaron en la manutención del rastreo neonatal y manutención de las consultas de seguimiento, en los días coincidentes con el programa de vacunación. Esta programación sincrónica fue provechosa para los desplazamientos a los servicios de atención primaria, ampliándose las teleconsultas durante la pandemia de COVID-19.

En lo que refiere a la puericultura, en los dos países se observaron vulnerabilidades programáticas asociadas a la restricción de acceso presencial a servicios de atención primaria, objetivando la reducción de la propagación del COVID-19. Consecuentemente, esa medida afectó la longitudinalidad de ese acompañamiento, durante una pandemia sin previsión temporal para acabar, sea por decisión de los padres (aislamiento social) o directriz programática gubernamental.

En los dos países, debido a la vulnerabilidad individual y fragilidad clínica de CRIANES, ese grupo infantil recibió atención especial en la detección y monitoreo de síndromes gripales causados por el SARS-CoV-2. Para evitar las formas más graves del COVID-19, se recomendaron: medidas de aislamiento domiciliar por 14 días; monitoreo por teléfono con revisión a cada 24 h; atención presencial con visita domiciliar; reposo; alimentación balanceada; y, buena oferta de líquidos. Para los demás niños con síndrome gripal, un intervalo de monitoreo a cada 48 h y las mismas medidas para todos los grupos infantiles.

Las recomendaciones para los cuidados de salud en la atención primaria contienen alertas para los equipos de salud de la familia de la red de atención básica, para que incorporen el telecuidado en el seguimiento, en especialmente de niños cuya dimensión de la vida social los expone a mayor vulnerabilidad y que afecta la resolución del síndrome gripal⁽²⁸⁾.

Para la monitorización de casos de síndrome gripal y COVID-19 se instituyeron programas y actividades para los equipos, con estrecha colaboración con otras entidades y organizaciones comunitarias. En ese sentido, en Brasil, se adoptó la estrategia de repasar el incentivo financiero del Ministerio de la Salud a las Secretarías de Salud (estadual y municipal) para garantizar la extensión del horario de funcionamiento de consultas médicas y de enfermería y para el reordenamiento de los espacios de la atención de la unidad. Como medida de enfrentamiento del COVID-19, algunas formas alternativas de atención fueron viabilizadas por el servicio, para evitar aglomeraciones, intensa circulación de personas en la unidad y cruzamiento de niños con grupos poblacionales más vulnerables. Por ejemplo, en Portugal, la informatización del Servicio Nacional de Salud, antes de la pandemia del COVID-19, facilitó la cooperación interinstitucional en la salud (Cuidados de Salud Primarios y Hospitalarios, Farmacias Comunitarias) maximizando la eficiencia del Sistema de Salud en una respuesta integrada y articulada. La existencia y refuerzo de servicios de atención no presencial; así como la posibilidad de acceso a la prescripción de medicación de uso continuo sin trasladarse a las unidades de salud, garantizaron la vigilancia de la salud de la población por medio de teleconsultas.

La realidad portuguesa es diferente de la brasileña, si consideramos que el sistema de atención a distancia en la salud fue creado en Brasil solamente para el monitoreo del síndrome gripal y COVID-19. El uso de teleconsulta y telecuidado para síndromes gripales y COVID-19, puericultura de niños con bajo riesgo, fueron recomendados por el CONASS/CONASEMS, pero con

limitaciones en la mayoría de los municipios brasileños, cuya reducción del streaming disminuyó la calidad de la transmisión de datos en ese período. El limitado acceso a la internet por gran parte de la población brasileña⁽²⁹⁾, cuando comparado con el portugués⁽³⁰⁾, aumenta la vulnerabilidad programática de los niños en la pandemia del COVID-19.

El análisis documental en espacios de transparencia pública de los órganos gubernamentales puede ser una limitación del desarrollo del análisis. Metodológicamente, las investigaciones documentales limitan el enfoque del análisis al contenido de los documentos accedidos por los investigadores, sin escuchar a gestores y usuarios del servicio.

Como impedimentos para el avance del conocimiento se destaca la institucionalización del telecuidado y el reordenamiento de los servicios para el reinicio de las consultas de puericultura. En el territorio en donde se realiza el cuidado, es necesario realizar visitas domiciliarias para encontrar los faltantes a las vacunaciones y de registro de nuevos niños que nacieron durante la pandemia. Experiencias bien sucedidas de telecuidado⁽³¹⁾, en otras condiciones, pueden reducir daños relacionados a las vulnerabilidades individuales y sociales provenientes de las medidas de aislamiento social.

La implantación del sistema nacional de telemonitoreo es una lección aprendida con el sistema de salud portugués que puede favorecer el acceso universal de la población infantil a los servicios de salud. En Brasil, el limitado acceso al internet de las familias con restricciones económicas aumenta las vulnerabilidades individuales de los niños, particularmente de los lactantes, niños pequeños, las CRIANES con deficiencia, con enfermedades crónicas u otras comorbilidades. La ausencia de la atención presencial en las unidades básicas de salud puede aumentar el riesgo de exposición a complicaciones de un síndrome gripal para una síndrome respiratorio agudo grave (SRAG). Consecuentemente, exige mayor agilidad en el acceso a la red de atención especializada, con la atención primaria siendo la coordinadora del cuidado, en sistemas de salud fundamentados en el bienestar social⁽³²⁾.

Conclusión

En Portugal, las instituciones de salud organizaron la atención prestada a niños, que presentaban un cuadro respiratorio, sin interrumpir la vacunación. Las medidas particulares de la realidad portuguesa fueron la consulta de puericultura combinada al día de la vacuna, uso ampliado de la capacidad instalada de teleconsultas por enfermeros y médicos. En Brasil, la vacunación fue temporariamente suspendida por tres semanas, para

reorganizar la atención a las personas con la COVID-19 o síndrome gripal. Además de eso, hubo la suspensión parcial de las consultas de puericultura, la extensión del horario de funcionamiento de las unidades, e inicio de los servicios de teleatención para monitoreo del síndrome gripal y COVID-19.

Los dos países aseguraron la universalización del acceso, en su longitudinalidad, integralidad, descentralización de la administración y participación social. Implementaron medidas para contener la diseminación del SARS-CoV-2 con abordaje de casos, manutención del triaje/rastreo neonatal y contratación de más profesionales. Sin embargo, hubo limitación en la atención integral a la salud del niño con reducción del acceso presencial a los servicios de atención primaria a la salud y a los insumos para tratamiento de enfermedades evitables y no asociadas al COVID-19. Esas medidas afectaron los planes de vulnerabilidad programática, social e individual. La vulnerabilidad social tuvo su origen en el aislamiento social, considerado como estrategia de enfrentamiento a la crisis sanitaria global del COVID-19.

Los incentivos y directrices para ampliar la cobertura y acceso de niños con síndrome gripal y COVID-19 a la unidad de salud, por otro lado, afectaron la longitudinalidad del cuidado de promoción de la salud. Además, amplió la vulnerabilidad de niños con necesidades de salud específicas y favoreció una mayor exposición a enfermedades e internaciones sensibles a la atención primaria. Durante la vigencia de las medidas sociales de aislamiento o distanciamiento, la baja oferta de servicios de salud puede afectar el acceso y la longitudinalidad de los cuidados de promoción de salud, especialmente debido a la reducida cobertura de la vacunación y vigilancia del crecimiento y desarrollo.

Referencias

1. United Nations Children's Fund (UNICEF). Protecting the most vulnerable children from the impact of coronavirus: An agenda for action. [Internet]. 2020 [cited Jul 20, 2020]. Available from: <https://www.unicef.org/coronavirus/agenda-for-action>
2. Malagón-Oviedo RA, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. Interface. 2015;19(53):237-50. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>
3. Wei M, Yuan J, Liu Y, Fu T, Yu X, Zhang ZJ. Novel Coronavirus Infection in Hospitalized Infants Under 1 Year of Age in China. JAMA. 2020;323(13):1313-4. doi: 10.1001/jama.2020.2131
4. Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than

- adults. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2020;109(6):1088-95. doi: <https://doi.org/10.1111/apa.15270>
5. Lee PI, Hu YL, Chen PY, Huang YC, Hsueh PR. Are children less susceptible to COVID-19? *J Microbiol Immunol Infect*. 2020;53(3):371-2. doi: 10.1016/j.jmii.2020.02.011
 6. Robertson T, Carter ED, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD, Tam Y, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2020;8(7):e901-8. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30229-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30229-1)
 7. Kuo DZ, Coleman C. COVID-19: Information for Families of Children and Youth with Special Health Care Needs. [Internet]. 2020 [cited Jul 20, 2020]. Available from: <https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/COVID-19/Pages/COVID-19-Youth-with-Special-Health-Care-Needs.aspx>
 8. Xie X, Xue Q, Zhou Y, Zhu K, Liu Q, Zhang H, et al. Mental health status among children in home confinement during the coronavirus disease 2019 outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatrics*. 2020;E1-E3. doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.1619
 9. Imran N, Zeshan M, Pervaiz Z. Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 Pandemic. *Pakistan J Med Sci*. 2020;36(COVID19-S4):67-72. doi: <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2759>
 10. Courtney D, Watson P, Battaglia M, Mulsant BH, Szatmari P. COVID-19 Impacts on Child and Youth Anxiety and Depression: Challenges and Opportunities. *Can J Psychiatry*. 2020; 1-4. doi: <https://doi.org/10.1177/0706743720935646>
 11. Yeasmin S, Banik R, Hossain S, Hossain N, Mahumud R, Salma N et al. Impact of COVID-19 pandemic on the mental health of children in Bangladesh: a cross-sectional study. *Children Youth Serv Rev*. 2020;117:105277. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105277>
 12. Direção-Geral da Saúde (Portugal). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. [Internet]. [Acesso 15 jul 2020]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
 13. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS nº 356, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). *Diário Oficial da União*. [Internet]. 12 mar 2020 (Acesso 10 jul 2020); Seção 1:185. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>
 14. Damasceno SS, Nóbrega VM, Coutinho SED, Reichert APDS, Toso BRGDO, Collet N. Children's Health in Brazil: orienting basic network to Primary Health Care. *Cienc Saude Coletiva*. 2016;21(9):2961-73. doi: 10.1590/1413-81232015219.25002015
 15. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev Bras Hist Cienc Soc*. [Internet]. 2009 (Acesso 10 jul 2020);I(1). Disponível em: <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/10351/pdf>
 16. Araujo GBF, Miranda LO, Nolêto IRSG, Aguiar WJL, Moreira AM, Freitas DRJ. Comparação entre o sistema de saúde brasileiro e o sistema de saúde português: análise geral. *Sanare*. [Internet]. 2017 [Acesso 22 set 2020];16(02):14-21. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1173>
 17. Pinto LF, Rocha CMF, Lapão LV, Pisco LAC. Comparative Health Systems: Primary Health Care in the cities of Lisbon and Rio de Janeiro. *Cien Saude Colet*. 2017;22(3):676-7. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.00202017>
 18. Biscaia AR, Heleno LCV. A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: portuguesa, moderna e inovadora. *Cien Saude Colet*. 2020;22(3):701-11. doi: 10.1590/1413-81232017223.33152016
 19. Massuda A, Hone T, Leles FAG, Castro MC, Atun R. The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. *BMJ Glob Health*. 2018;3:e000829. doi:10.1136/bmjgh-2018-000829
 20. Alhojailan MI. Thematic analysis: A critical review of its process and evaluation. *WEJSS*. [Internet]. 2012 [cited Aug 5, 2020];1(1):39-47. https://fac.ksu.edu.sa/sites/default/files/ta_thematic_analysis_dr_mohammed_alhojailan.pdf
 21. Ayres JRJM, Paiva V, França Jr I, Gravato N, Lacerda R, Negra DN, et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. *Am J Public Health*. 2006;96(6):1001-6. doi: 10.2105/AJPH.2004.060905
 22. Serviço Nacional de Saúde (Portugal). Covid-19: Teste do pezinho, vacinas e consultas de vigilância não devem ser adiadas. [Internet]. 2020 [Acesso 5 ago 2020]. Disponível em: <http://www.insa.min-saude.pt/covid-19-teste-do-pezinho-vacinas-e-consultas-de-vigilancia-nao-devem-ser-adiadas/>
 23. United Nations Children's Fund (UNICEF). More than 117 million children at risk of missing out on measles vaccines, as COVID-19 surges. [Internet]. New York: UNICEF; 2020 [cited Sep 22, 2020]. Available from: <https://www.unicef.org/press-releases/more-117-million--children-risk-missing-out-measles-vaccines-covid-19-surges>

24. Abbas K, Procter SR, Zandvoort KV, Clark A, Funk S, Mengistu T, et al. Routine childhood immunisation during the COVID-19 pandemic in Africa: a benefit-risk analysis of health benefits versus excess risk of SARS-CoV-2 infection. *Lancet Glob Health*. 2020. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30308-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30308-9)
25. Zimmermann P, Curtis N. Coronavirus Infections in Children Including COVID-19. An Overview of the Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Treatment and Prevention Options in Children. *Pediatric Infect Dis J*. 2020;39(5):355-68 doi: 10.1097/INF.0000000000002660
26. Organização Mundial da Saúde. Princípios orientadores para as atividades de vacinação durante a pandemia de COVID-19. [Internet]. 2020 [Acesso 4 mai 2020]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331590/WHO-2019-nCoV-immunization_services-2020.1-por.pdf
27. Organização Pan-Americana da Saúde. O programa de imunização no contexto da pandemia de COVID-19. [Internet]. 2020 [Acesso 4 mai 2020]. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51984/OPASBRACO-VID1920036_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Redefining vulnerability in the era of COVID-19. *Lancet*. 2020;395(10230):1089. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30757-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30757-1)
29. Barbosa A, Bettega E, Marin G, Pitta M, Kuester Neto P. Influência da COVID 19 na qualidade da internet no Brasil. [Internet]. 2020 [Acesso 5 ago 2020]. Disponível em https://nic.br/media/docs/publicacoes/4/20200409161230/Relatorio_Influencia_Covid-19_Qualidade_Internet_Brasil.pdf
30. Reuters Institute. Digital News Report 2020 – Portugal. [Internet]. 2020 [Acesso 5 ago 2020]. Disponível em: <http://www.digitalnewsreport.org/survey/2020/portugal-2020/>
31. Machado TMD, Santana RF, Hercules ABS. Telecare central: nursing intervention perspective. *Cogitare Enferm*. 2020;(25):e66666. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.66666>
32. Carmo ME, Guizardi FL. The concept of vulnerability and its meanings for public policies in health and social welfare. *Cad Saude Publica*. 2018;(34):3e00101417. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00101417>

Autor de correspondência:
Ivone Evangelista Cabral
E-mail: icabral444@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1522-9516>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Ivone Evangelista Cabral, Márcia Pestana-Santos, Maria de Lurdes Lopes de Freitas Lomba. **Obtención de datos:** Ivone Evangelista Cabral, Márcia Pestana-Santos, Lia Leão Ciuffo, Maria de Lurdes Lopes de Freitas Lomba. **Análisis e interpretación de los datos:** Ivone Evangelista Cabral, Márcia Pestana-Santos, Lia Leão Ciuffo, Yan do Rosario Nunes, Maria de Lurdes Lopes de Freitas Lomba. **Redacción del manuscrito:** Ivone Evangelista Cabral, Márcia Pestana-Santos, Lia Leão Ciuffo, Yan do Rosario Nunes, Maria de Lurdes Lopes de Freitas Lomba. **Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante:** Ivone Evangelista Cabral, Márcia Pestana-Santos, Lia Leão Ciuffo, Yan do Rosario Nunes, Maria de Lurdes Lopes de Freitas Lomba.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 05.08.2020
Aceptado: 27.09.2020

Editor Asociado:
Pedro Fredemir Palha

Copyright © 2021 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.