

**ANA CRISTINA SAAD LEITE COELHO LIMA**

**POLÍTICA DE ATENDIMENTO EM SAÚDE PARA A CRIANÇA DE  
0-9 ANOS NO MUNICÍPIO DE CORUMBÁ-MS NO PERÍODO DE  
2006 - 2009**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
CORUMBÁ-MS, 2012**

**ANA CRISTINA SAAD LEITE COELHO LIMA**

**POLÍTICA DE ATENDIMENTO EM SAÚDE PARA A CRIANÇA DE  
0-9 ANOS NO MUNICÍPIO DE CORUMBÁ-MS NO PERÍODO DE  
2006 - 2009**

Dissertação apresentada à Comissão Julgadora do Programa de Pós-Graduação em Educação – Curso de Mestrado da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – *Campus* do Pantanal, como exigência final para obtenção do título de Mestre em Educação, sob a orientação da professora Dr.<sup>a</sup> Anamaria Santana da Silva.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
CORUMBÁ-MS, 2012**

## AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Luís Fernando, pelo amor, apoio, carinho e força nessa trajetória.  
Às minhas filhas Ana Beatriz, Maria Fernanda e Maria Eduarda, pelos momentos roubados do nosso tempo juntas.

Aos meus pais, pelo incentivo, por me fazerem acreditar que poderia chegar ao final e por não me deixarem desistir.

A Deus, por me conceder a graça da vida e a força para enfrentar momentos difíceis de conciliação entre ser mãe, esposa, mulher e estudante.

À Professora Dr.<sup>a</sup> Anamaria Santana da Silva, pelo tempo de orientação a mim dedicado e pela rica contribuição com seu conhecimento e experiência como pesquisadora.

À tia Catarina, pelo incentivo dado para o ingresso no mestrado e pelas preciosas conversas ao longo da pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-graduação.

Aos colegas do curso de Mestrado, pelos momentos de compartilhamento de conhecimentos, de descontração e alegria, necessários a essa jornada.

À Cleide, da Secretaria do Programa de Pós-graduação em Educação, pelas informações e serviços prestados.

À Banca Examinadora da dissertação, pelas contribuições de grande relevância para o enriquecimento deste trabalho.

À professora Dr.<sup>a</sup> Ana Lúcia Gastaud, por sua contribuição na Banca de Qualificação.  
Descanse em paz nos braços de Deus.

Aos funcionários da Secretaria Municipal de Saúde, pela atenção dedicada e pela cedência de documentos.

Por fim, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

O meu sincero obrigado a todos.

## RESUMO

Este trabalho insere-se na linha de pesquisa “Políticas, Práticas Institucionais e Exclusão/Inclusão Social” do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – *Campus* do Pantanal (UFMS / CPAN). O objetivo foi analisar as Políticas Públicas de Saúde para a Criança no município de Corumbá – MS desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde, no período de 2006 a 2009. A finalidade foi entender a maneira como estão sendo planejadas e executadas no município, quais são as ações existentes e qual é o lugar da criança na agenda das políticas locais de saúde. O direito à saúde da criança é regulamentado no Brasil por duas grandes leis: a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente. A proposta de política de saúde destinada à criança aborda esse público como alvo prioritário das ações. Foi fundamental verificar como as ações em saúde se materializaram na esfera local. Para o desenvolvimento do trabalho, inicialmente foram realizados estudos teóricos relacionados a aspectos da história da assistência à saúde da criança no Brasil, da influência de documentos internacionais nas políticas nacionais, da política social e do Sistema Único de Saúde. Em seguida foi realizada a busca de documentos na Secretaria Municipal de Saúde, onde foram coletados relatórios e dados relacionados ao estudo. No município de Corumbá, foram identificadas as ações e os programas, abordados no estudo por representarem serviços de atenção à saúde da criança. Os serviços encontrados são desenvolvidos por unidades de saúde da Secretaria Executiva de Saúde do município. No entanto, as ações e os programas deveriam ser executados a partir de um planejamento em que a criança é tida como prioridade, respeitando as especificidades de seu desenvolvimento e definindo bem o papel de cada um dos programas envolvidos.

**Palavras-chave:** Política de Saúde. Saúde da Criança e Gestão Local.

## ABSTRACT

The paper is included in the research line "Policies, Institutional Practices and Social Exclusion/Inclusion", one of the lines in the Post-graduation Program in Education, at the Federal University of Mato Grosso do Sul – *Campus* Pantanal (UFMS / CPAN). The objective was to analyze the Children's Public Health Policies in the municipality of Corumbá-MS developed by the Municipal Health Secretariat, from 2006 to 2009. The purpose was to understand how they are being planned and executed in the municipality, the existing actions and the status of the children in the local health policy agenda. In Brazil, the children's right to health is regulated by two major laws: the Federal Constitution of 1988 and the Child and Adolescent Statute. The health policy proposed for children addresses this public as the priority target of the actions. It was essential to see how the health actions are materialized in the local sphere. For the development of the research, theoretical studies were conducted regarding the aspects of the history of children's health care in Brazil, the influence of international documents on the national policies, social policy and the Brazilian Health System. The relevant local documents – reports and data collected in the Municipal Health Secretariat – were then analyzed. In the municipality of Corumbá, the actions and programs specifically related to children's health assistance were identified. The services listed are developed by health units linked to the Municipal Executive Health Secretariat. However, the actions and programs should be based on a plan in which children are regarded as priority, by respecting the specifics of their development and by properly defining the role of each one of the programs involved.

**Keywords:** Health Policy. Children's Health and Local Management.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

MS	-	Ministério da Saúde
ACS	-	Agente Comunitário de Saúde
CD	-	Crescimento e Desenvolvimento
DDA	-	Doença Diarreica Aguda
DNV	-	Declaração de Nascidos Vivos
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PSF	-	Programa de Saúde da Família
SUDS	-	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UBSF	-	Unidade Básica de Saúde da Família

## Lista de Quadros

Quadro 1 - Número de crianças residentes no município de Corumbá – MS distribuídas por idade, 2000-2010.....	65
Quadro 2 - Relação da renda nominal mensal pelo número de pessoas residentes no Município.....	66
Quadro 3 - Estratégias de Saúde da Família, Corumbá, de 2006 a 2009.....	68
Quadro 4 - Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Corumbá, de 2006 a 2009.....	69
Quadro 5 - Unidades de Saúde do município de Corumbá, localização e nível de complexidade.....	69
Quadro 6 - Número de unidades odontológicas do município de Corumbá, 2006-2008.....	70
Quadro 7 - Unidades de Saúde Estaduais no município de Corumbá- MS, 2006 a 2009.....	71

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Classificação da taxa de mortalidade infantil segundo a Organização Mundial de Saúde.....	73
Tabela 2 - Produção da Estratégia de Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde do ano de 2005 a 2009 .....	74
Tabela 3 - Consultas 2004-2006.....	76
Tabela 4 - Programa de humanização no pré-natal e nascimento, Corumbá, de 2006 a 2008.....	77
Tabela 5 - % consultas de pré-natal, 2009.....	78
Tabela 6 - Teste de dedinho 2005-2009.....	78
Tabela 7 - Número de nascidos vivos dos anos 2006; 2007; 2008.....	78
Tabela 8 - Tipos de partos.....	79
Tabela 9 - Taxas de mortalidade infantil e materna, 2006, 2007, 2008.....	79
Tabela 10 - Atenção à saúde da criança do ano 2009.....	80
Tabela 11 - Teste do pezinho 2006-2008.....	80
Tabela 12 - Cobertura vacinal em crianças de 0 a 5 anos, de 2006 a 2008.....	81
Tabela 13 - Campanhas de vacinação do Ministério Saúde 2006-2008.....	81
Tabela 14 - % de crianças com esquema vacinal básico em dia, 2009.....	82
Tabela 15 - Taxa de DDA, ano de 2007.....	82
Tabela 16 - Morbidade hospitalar em pediatria 2006-2008.....	83
Tabela 17- Produção do Programa Coletivo do Escolar 2005-2008.....	83
Tabela 18 - Consolidação Anual 2007 e 2008 de Crianças de 0 a 84 meses.....	84
Tabela 19 - Consolidação Anual 2007 e 2008 de Gestantes.....	85



# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>CAPÍTULO I - ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA NO BRASIL</b> .....	16
1.1 As origens da assistência à saúde da criança no Brasil.....	17
1.2 O movimento higienista e a criança.....	23
1.3 Infância e saúde: o que dizem os documentos.....	29
1.3.1 Os documentos internacionais: a infância e a saúde.....	29
1.3.2 Os documentos e o direito à saúde para a infância brasileira.....	29
<b>CAPÍTULO II - SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS</b> .....	38
2.1 Políticas sociais públicas.....	38
2.2 A Constituição Federal de 1988 e os direitos sociais.....	42
2.2.1 SUS, uma construção social.....	42
2.2.2 A Saúde em sua complexidade.....	47
2.2.3 Conselhos e Conferências: a participação da comunidade no SUS.....	50
2.3 A criança no contexto do Sistema Único de Saúde .....	53
2.3.1 Unidade básica de saúde: a formação do elo entre criança e saúde.....	59
<b>CAPÍTULO III - A SAÚDE DA CRIANÇA NO MUNICÍPIO DE CORUMBÁ–MS</b> .....	64
3.1 Caracterização do Município de Corumbá.....	64
3.2 A rede de saúde do município.....	66
3.2.1 A estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.....	66
3.2.2 As unidades de Saúde.....	68
3.2.3 Sociedade Beneficente Corumbaense.....	71
3.3 O que dizem sobre a saúde da criança.....	71
3.3.1 O que foi planejado.....	72
3.3.2 O que foi planejado para a Saúde da Criança.....	72
3.4 O que foi feito .....	73
3.4.1 Estratégias de Saúde da Família.....	74

3.4.2 Pré-natal e nascimento.....	.
3.5 O que se pode dizer sobre os documentos.....	85
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>95</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>100</b>

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho está inscrito na Linha de Pesquisa Políticas, Práticas Institucionais e Exclusão/Inclusão Social do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – *Campus* do Pantanal (UFMS / CPAN). Seu objetivo é analisar as Políticas Públicas de Saúde para a Criança no município de Corumbá – MS no período de 2006 - 2009, a partir de documentos e de índices de saúde do município.

O direito da criança à saúde é regulamentado no Brasil por duas leis: a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente. Na Constituição de 1988, a saúde está inserida no capítulo relativo à seguridade social, juntamente com a previdência e a assistência social (Art. 194) e constitui-se como um Sistema Único que deve garantir a todos o direito à saúde (Arts. 196 / 198). À criança, especificamente, é reconhecido o direito à vida e à saúde, entre outros. Cabe ao Estado desenvolver programas de assistência integral à saúde da criança e aplicar um percentual de recursos públicos na assistência materno-infantil (Art. 227).

Outra grande lei que norteia este estudo é o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº. 8.069/1990). Essa lei define a criança como a pessoa de até 12 anos incompletos e dispõe sobre o sistema de proteção integral à criança. Reafirma a garantia à vida e à saúde, entre outros fatores como educação e lazer.

Sabemos que a criança se encontra em condição de desenvolvimento físico, psíquico e social. As condições de saúde, nesse contexto, podem ser apontadas como relevantes para seu desenvolvimento integral e ser indicadas como fator de dignidade humana. Com esse fim, o atendimento à saúde da criança busca suprir as necessidades de cada etapa da sua vida, desde a gestação, com a atenção à saúde da gestante para a garantia de nascimento saudável, estendendo-se ao longo de seu desenvolvimento.

Desse modo, o problema mostra-se complexo devido à sua amplitude e importância. Neste estudo, um dos fatores considerados é o caráter prioritário das ações voltadas para a criança a serem asseguradas pelo poder público. As prioridades englobam, dentre outras: a preferência na formulação e execução de políticas sociais públicas e o investimento de recursos públicos na proteção à infância (Art. 4º/ parágrafo único).

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil do ano de 2005 compreende todos os serviços de saúde, desde a atenção básica, a atenção especializada, o apoio diagnóstico e terapêutico, até a atenção hospitalar de maior complexidade. Mas impõe especial destaque ao papel a ser desempenhado pelas unidades básicas de saúde e estratégias de saúde da família. Assim, são previstas capacitações aos profissionais das unidades, para que melhor atendam à criança.

As unidades básicas de saúde são frequentemente as portas de entrada da criança no serviço de saúde; cada estratégia de saúde da família é responsável pelas crianças de uma determinada área do município. Essas unidades são importantes para identificar os problemas prioritários locais, bem como para a resolutividade das necessidades da criança, que vão além da assistência à saúde.

A partir da identificação das prioridades locais, as unidades de saúde e os gestores devem pactuar indicadores. A avaliação de cumprimentos de resultados e de desempenho deve ser realizada periodicamente. O estabelecimento de metas é parte do planejamento local das políticas de saúde da criança e possui interface com as diversas políticas sociais e iniciativas da comunidade.

Se a saúde é um direito da criança que deve ser assegurado por políticas sociais públicas, faz-se necessário conhecer a maneira como estão sendo planejadas e executadas no município, quais são as ações existentes e qual o lugar da criança na agenda das políticas de saúde local.

Para isso, partindo da Agenda de Compromissos para a saúde da criança como norteadora de programas de saúde para a infância, pretende-se conhecer os programas e os projetos na área da saúde destinados à criança de 0 a 9 anos de idade em execução no município nos últimos quatro anos, compreendidos entre 2006 a 2009. A idade é a definida no Programa de Saúde da Criança do Ministério da Saúde.

É sabido que o Sistema Único de Saúde compõe uma rede regionalizada e hierarquizada que tem, como uma das diretrizes, a descentralização que prevê direção única em cada esfera do governo. Para isso, será necessária a compreensão da maneira como a Secretaria Municipal de Saúde se apropria dos documentos lançados pelo Ministério da Saúde no que se refere à atenção à saúde da criança.

Por se tratar de uma análise de política pública, a pesquisa tem como base documentos relacionados às políticas de saúde da criança em níveis federal e municipal e

aos indicadores de saúde. A análise busca examinar o desenho institucional e os traços constitutivos do programa de saúde da criança.

A fase de coleta de dados empíricos teve início com a realização de visitas à Secretaria Municipal de Saúde de Corumbá, no estado de Mato Grosso do Sul, que hoje possui uma rede de atendimento à população em geral e à criança em particular com 19 Estratégias de Saúde da Família, duas Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, um Pronto Socorro e sete Unidades de Referência, onde se situam as especialidades médicas no atendimento à saúde da criança, dentre elas pediatria, dermatologia e atenção a outros fatores de adoecimento, como a tuberculose e a hanseníase.

Na primeira visita, procurei conhecer o organograma da gestão de saúde local e identificar a gerência onde está inserida a saúde da criança, uma vez que ao Secretário Executivo de Saúde estão ligadas quatro gerências: Gerência de Vigilância em Saúde, Gerência de Atenção à Saúde (atenção básica), Gerência de Gestão e Políticas de Saúde e Gerência de Saúde Bucal.

Para o levantamento de dados, foram coletados documentos na Secretaria Municipal, a partir dos quais se pauta a pesquisa documental: Relatórios anuais de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde dos anos 2006 / 2007 / 2008 / 2009, Plano Plurianual de Saúde 2006 a 2009, Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, lançada no ano de 2005. Nessas visitas, ficou clara a dificuldade dos funcionários da Secretaria em localizar documentos referentes aos anos anteriores. Outra dificuldade sentida foi a ausência de planejamento local de ações voltadas para a saúde da criança.

Além dos documentos, outra fonte de dados fundamental para este estudo foram os indicadores de saúde do município, tais como: índice de mortalidade infantil, o número de crianças nascidas vivas, os índices de morbidade e o número de crianças imunizadas. Os dados utilizados foram retirados dos documentos encontrados.

A análise dos dados foi efetuada à luz da teoria histórico-dialética, compreendendo o homem como um ser histórico-social que, à medida que produz “seus meios de existência, [...] produz indiretamente sua própria vida material” (MARX; ENGELS, 1989, p. 13). A produção do homem depende das condições que ele encontra na natureza, da relação estabelecida entre o homem e a natureza e da relação dos homens entre si. Ao longo do processo de produção dos meios de existência, o homem e a natureza são transformados mutuamente.

Para a compreensão do objeto de pesquisa em sua realidade concreta, buscou-se entender aspectos históricos que determinaram a preocupação com a saúde da criança, a relação com os ideais da sociedade dos séculos XVIII, XIX e XX e que contêm elementos ainda presentes nos dias de hoje.

A análise da política de saúde da criança visa a compreender essa política em um todo coerente e compreensível, a partir do exame da “engenharia institucional e dos traços constitutivos dos programas” (ARRETCHE, 1998, p. 30).

A análise de uma política pública permite conhecer a sua existência, bem como realizar julgamento de valor em relação ao lugar que ocupa como política social pública em relação às demais políticas sociais.

Dessa forma, pode-se afirmar que a análise de uma política social pública deve atender para fatores que, ao longo da pesquisa, possam contribuir para a sua compreensão, incluindo o dito e o não dito, ou seja, questões explicitadas em documentos e discursos, além do que fica implícito ou mesmo sob disfarce.

Os fatores apontados permitem conhecer elementos organizativos de uma política social pública. Segundo Sampaio e Araújo Jr. (2006, p. 337): “Esses determinantes podem ser de ordem política, ideológica e social, ou ainda, determinações calcadas em interesses pessoais ou em evidências, sejam epidemiológicas, sociais ou econômicas”.

Com esse fim, a análise, segundo Sampaio e Araujo Jr. (2006), apoia-se em categorias definidas como o contexto, os atores, o conteúdo e o processo. O contexto é definido como o ambiente em que se desenvolvem as políticas públicas, uma vez que surgem como respostas a problemas sociais existentes em determinados momentos históricos. O contexto inclui questões políticas, econômicas e sociais.

No contexto político foram consideradas a ideologia dominante, as políticas públicas existentes em saúde e as influências internacionais. No contexto econômico foram considerados os gastos públicos específicos para a saúde da criança. Já em relação ao contexto social, procurou-se caracterizar a qualidade de vida, as condições de pobreza e a distribuição de renda da população, o que permite definir o seu grau de dependência das políticas sociais públicas, como as de saúde.

A análise de projetos, ações e programas refere-se à categoria conteúdo que, no presente estudo, envolve objetivos, metas e os resultados alcançados pelas políticas de saúde para a criança no município. A partir da análise do conteúdo da política, abstraem-se

os significados inerentes a ações, programas e projetos, que podem assumir as mais diversas características, dentre elas, a neoliberal.

Já para a análise da categoria atores, estão envolvidas todas as pessoas, instituições e organizações sociais que possuem relação com a política, dentre as quais se destacam os formuladores e os implementadores.

A última categoria de análise a que se refere este estudo é o processo, uma vez que uma política social pública ocorre por etapas, que incluem a identificação de problemas, a formulação da política, a implementação e a avaliação. Na análise do processo, consideram-se quais são os atores envolvidos nas diferentes etapas.

Em sua totalidade, a análise implica entender o Programa de Saúde da Criança como uma política social pública numa sociedade capitalista, portanto, dividida por classes sociais, e a natureza da relação dessa sociedade com o Estado. O Estado brasileiro cedeu à política neoliberal a partir dos anos 1990, fortemente marcados pela “[...] desorganização e destruição de instituições e serviços públicos dos quais dependem grandemente as regularidades da vida social, e que converge para uma corrosão do sentido mesmo da ordem pública, de que são expressões as evidências de deteriorações dos padrões societários [...]” (SENNA, 2003, p. 3).

É nesse contexto de Estado que se inserem as políticas sociais públicas, dentre elas as políticas de saúde e todas as outras que se constituem como direitos da criança e que deveriam ser alvo de ações prioritárias do Estado. No Estado neoliberal, as políticas sociais caracterizam-se como um “[...] pêndulo de conciliação entre capital e trabalho” (SENNA, 2003 p.7).

Pretende-se, assim, compreender a saúde no contexto de uma sociedade capitalista, uma sociedade que visa, através das políticas sociais públicas, a alcançar o bem comum, quando a base da sociedade é desigual. A sociedade capitalista é dividida por classes, marcada por profundas diferenças sociais. O Estado atua como instituição implicada na manutenção da ordem social.

A pesquisa divide-se em três capítulos:

No primeiro, são abordadas as questões históricas que determinaram o surgimento dos cuidados com a saúde da criança no Brasil, relacionados com o movimento higienista na segunda metade do século XIX e início do século XX, e como essa preocupação foi se constituindo até se tornar uma política social pública.

Para essa construção, são utilizados vários autores, como Gondra (2008), Merisse (1997), Rizzini (2008), entre outros, documentos nacionais e internacionais em que as temáticas da saúde e da criança são abordadas, tais como a Carta das Nações Unidas (1945), a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), somados a documentos específicos em relação à infância e à saúde. Os documentos nacionais são os que se referem à saúde e à infância, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), a Constituição Federal de 1988 e documentos específicos do Ministério da Saúde que orientam ações e programas.

No segundo capítulo, a discussão versa sobre o Sistema Único de Saúde, desde a sua criação nas Conferências Nacionais de Saúde até sua consolidação na Constituição Federal de 1988, quando a saúde se tornou um direito universal. Nesse capítulo são discutidos também alguns conceitos inerentes ao SUS, dentre eles: descentralização, conselhos de saúde, universalidade, integralidade. Os autores citados são: Arrecht (2005), Lima, Fonseca, Hochman (2005), Escorel, Nascimento, Edler (2005), Paim (2008).

O terceiro capítulo apresenta a organização da Atenção à Saúde da Criança no município de Corumbá, as condições atuais e a análise da política proposta.



## **CAPÍTULO I**

### **ASSISTÊNCIA À INFÂNCIA NO BRASIL**

Sabe-se que a preocupação com a criança é, hoje, alvo de ações prioritárias de políticas sociais públicas que foram construídas ao longo da história, até se constituírem como direitos com a Constituição Federal de 1988 e a consolidação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990. Os direitos adquiridos pela criança englobam o direito à educação, à saúde e ao lazer, dentre outros.

Os direitos e os deveres conquistados pela criança devem ser garantidos por diferentes instituições sociais, que se complementam na tarefa de cuidar e educar: o Estado, a sociedade e a família. As ações e os programas de saúde destinados à infância são de responsabilidade do Sistema Único de Saúde; são descentralizados e executados pelos municípios.

As temáticas da infância e da saúde são constantemente discutidas tanto em nível nacional como no restante do mundo, por instituições internacionais, pelos governos ou por organizações não governamentais, expressando uma preocupação com as políticas sociais a elas destinadas.

O objetivo deste capítulo é obter uma melhor compreensão da assistência à saúde da criança no Brasil, por meio de uma análise histórica da origem do atendimento à infância, suas características e a maneira como foi se constituindo como um direito e se tornou alvo das políticas sociais públicas. Nessa trajetória, são evidenciados modelos de assistência à criança, importantes para o entendimento dessa construção histórica da atenção à saúde para essa fatia da população.

Num segundo momento, descreve-se a maneira como a infância e a saúde têm sido tratadas nos principais documentos internacionais e nacionais que passaram a nortear as diretrizes político-sociais da sociedade contemporânea. Para tanto, parto do estudo de documentos internacionais, quais sejam a Carta das Nações Unidas (1945) e a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), aos quais somo documentos mais específicos relacionados à infância e à saúde, dentre os quais a Carta de Ottawa (1986), o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) e a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989).

No que se refere aos documentos nacionais, analisa-se, inicialmente, a Constituição Federal de 1988, que estabelece os direitos da criança, introduzindo a Doutrina da Proteção Integral, onde se incumbe tanto à família, como à sociedade e ao Estado, a tarefa de assegurar os direitos da criança e do adolescente, tendo em vista a sua condição de pessoa em desenvolvimento. De acordo com essa Doutrina, crianças e jovens, em qualquer situação, devem ser protegidos e seus direitos, garantidos, além de terem reconhecidas prerrogativas idênticas às dos adultos. O outro documento a ser abordado é o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA que, em 1990, consubstanciou a Doutrina e representou uma verdadeira revolução em termos de doutrina, ideias, práxis e atitudes nacionais diante da criança. Além desses dois, examinamos também documentos específicos do Ministério da Saúde que orientam as suas ações e programas.

### 1.1 As origens da assistência à saúde da criança no Brasil

A assistência à infância no Brasil é fortemente marcada por modelos institucionais europeus, o que determina a história assistencial no país. Segundo Merisse (1997), os abrigos e asilos surgidos na Europa na Idade Média são apontados como a origem das instituições médico-assistenciais e educacionais. Esses locais, com o objetivo assistencial, serviam de recolhimento aos chamados desvalidos, população constituída por delinquentes, prostitutas, loucos, entre outros segregados socialmente. No que se refere à infância, havia instituições religiosas e filantrópicas que, mantidas pela caridade, abrigavam crianças pobres em condições bastante inadequadas (KISHIMOTO, 1988 apud MERISSE, 1997).

No Brasil, a assistência à infância, fortemente marcada por modelos das instituições asilares de origem europeia, teve início num cenário constituído por uma sociedade colonial e escravocrata. Podem-se destacar as Santas Casas de Misericórdia<sup>1</sup> que, antes de 1750, somavam 16, tendo como principais as da Bahia e do Rio de Janeiro (SÁ, 1995, apud GANDELMAN, 2001).

As Santas Casas instaladas a pedido da Corte Portuguesa pareciam representar a maneira como se respondia às questões sociais surgidas no período. Dentre as atribuições dessas instituições estavam o acolhimento de órfãs, os sepultamentos, o hospital de enfermos e a distribuição de esmolas.

---

<sup>1</sup> As Santas Casas da Misericórdia foram um marco da colonização portuguesa. Tiveram início em Portugal, com a irmandade de devoção à Nossa Senhora da Misericórdia em 1498 e organizavam-se em torno de obras de caridade (GANDELMAN, 2001).

O papel social das Santas Casas torna-se ainda mais evidente quando são mencionados os recursos a elas destinados, não somente no que se refere aos valores, mas ao número de pessoas que realizavam donativos. As instituições que se desenvolviam ao redor de uma Igreja, a exemplo da cidade do Rio de Janeiro, que representava um importante centro colonizador para o Império Português, eram construídas com recursos doados por homens para os quais essa ação representava prestígio social ou mesmo a salvação da alma (GANDELMAN, 2001). Sabe-se que a prática de donativos era estimulada pela Igreja católica como forma de se garantir um ‘bom lugar no céu’.

Podemos ressaltar, também, o papel desempenhado pelas Santas Casas na assistência à infância no Brasil Colônia, ao criarem abrigos destinados a crianças expostas e órfãs, denominados Casas dos Expostos e Recolhimento de Órfãs, onde inicialmente não havia distinção entre as crianças e o restante da população assistida pela instituição. Com o crescimento das Santas Casas da Misericórdia é que foram separadas as crianças dos demais contingentes de pessoas atendidas.

A Casa dos Expostos, Casa da Roda ou Casa dos Enjeitados marca a história de assistência à infância no Brasil e retrata a precariedade dos cuidados. Essa instituição de atendimento à criança baseava-se nos princípios da caridade cristã e não contava com a participação do Estado “[...] quer no oferecimento dos serviços, quer na sua regulamentação” (MERISSE, 1997, p. 33). Surgiram na Europa, em países de religião católica, como uma resposta ao abandono de crianças. Foram trazidas para o Brasil a pedido da corte portuguesa nos anos 1600.

A criação das Casas da Roda no Brasil surgiu da necessidade de haver um local para abrigar as crianças que eram abandonadas em espaços públicos, nas Igrejas, nas portas das casas, em terrenos baldios, em lixos e que, muitas vezes, eram devoradas por animais ou morriam pela ausência dos cuidados de que necessitavam, uma vez que o abandono de crianças havia se tornado prática frequente (MERISSE, 1997).

Os mais diversos fatores sociais, econômicos e culturais são listados como causas para o alto índice de abandono de crianças em locais públicos. Segundo Merisse (1997), no Brasil colônia era usual retirar os filhos das escravas para que amamentassem os filhos dos senhores ou fossem alugadas como amas de leite, o que muitas vezes resultava no abandono das crianças. Outro fator indicado pelo autor era a liberdade de que gozavam os homens, em detrimento do isolamento das mulheres, às quais somente era permitido sair

para ir às missas. Essa situação facilitava a promiscuidade masculina, tornando uma prática o aluguel de escravas como objetos sexuais e o uso de mulheres pobres como prostitutas.

Além de atender às mulheres oriundas da classe pobre que, por motivo social ou econômico, abandonavam os seus filhos, as casas possuíam a função de resguardar a honra das mulheres oriundas das classes de maior poderio econômico que, por motivos sociais ligados à moral cristã, eram levadas a abandonar os filhos concebidos fora do casamento.

Outra causa comumente apontada como de utilidade da Casa da Roda era o depósito de crianças já mortas ou com doenças que frequentemente levavam à morte (LEITE, M. L. 1984 In: LEITE, 1991).

A Casa da Roda do Rio de Janeiro foi estabelecida no ano de 1738, por Ramão de Mattos Duarte, que doou uma quantia em dinheiro e casas para o sustento de crianças expostas. A criação da Roda da Bahia data de 1726 e a de Recife, de 1789. Em São Paulo, a Roda foi instituída apenas no ano de 1825, quase um século depois do Rio de Janeiro (MERISSE, 1997). Os donativos dispensados pela população para sustento das crianças evidenciam o interesse que havia em manter tais casas em funcionamento.

A instituição das casas não contava com uma normatização do Estado. Seu funcionamento era regulamentado pela Igreja Católica, caracterizando-se, dessa forma, como entidades de assistência à infância apoiados na caridade cristã.

A criação das Casas da Roda estava vinculada à necessidade do Estado de reduzir os índices de mortalidade infantil. O Brasil colônia tinha que reduzir esses índices, uma vez que precisava de pessoas para o desenvolvimento do país. Segundo Gandelman (2001, p. 3), ao longo do século XVIII, “A preocupação era, sobretudo com que os contingentes de expostos fossem melhor aproveitados pelo Estado senão diretamente, nos exércitos por exemplo, ao menos no povoamento dos reinos”.

Vemos que o valor atribuído à infância estava associado aos interesses econômicos, políticos e sociais de um determinado momento histórico, uma vez que o abrigo dos filhos de escravas possuía como objetivo a sua transformação em força de trabalho.

A banalização da população em relação ao ato de abandonar crianças e à mortalidade infantil pode ser percebida na quantidade de crianças colocadas na Roda e no número de crianças que conseguiam ali sobreviver.

O depósito da criança na Roda era feito com o anonimato do depositante. Sua identidade era preservada pelo próprio dispositivo, instalado na parede externa da instituição, denominado roda. A roda era “[...] um cilindro giratório na parede que permitia

que a criança fosse colocada da rua para dentro do estabelecimento, sem que se pudesse identificar qualquer pessoa” (PILOTTI; RIZZINI, 2009, p. 19).

O anonimato do qual se cercavam as circunstâncias e a própria criança resultava de situações socialmente condenadas pela moral da época, no que se referia à concepção da criança e ao próprio ato do abandono. A garantia do anonimato aos pais que abandonavam seus filhos na roda era, muitas vezes, vista como um facilitador para os abandonos das crianças, quando na verdade a Roda surgiu como tentativa frustrada de “[...] salvar a vida de recém-nascidos cujo abandono era feito nos adros das igrejas ou no beiral das portas, muito antes de as Rodas terem sido criadas” (LEITE, 1991, p. 99).

Os motivos do abandono de crianças, além do anonimato que cercava a pessoa que ali as depositava, levavam a entidade a ser vista por muitos como uma instituição imoral. Para outros, que a consideravam uma via de salvação para a criança enjeitada, era percebida como entidade humanitária.

As crianças depositadas na instituição possuíam dois destinos possíveis. Poderiam permanecer dentro delas e ser alimentadas por amas de leite, geralmente escravas alugadas para essa finalidade, ou eram entregues para serem criadas fora da Roda, por criadeiras externas. Essas crianças deveriam retornar à instituição, caso sobrevivessem, quando atingissem a idade de frequentar a escola. Caso atingissem a idade de 12 anos, eram enviadas para aprender ofícios (ANDREWS, 1887 apud LEITE, 1991).

Ambas as situações resultavam na precariedade da assistência à criança. No caso das crianças que permaneciam no interior das casas, destacam-se as condições insalubres a que eram submetidas, aglomeradas em cômodos pouco ventilados, à razão de mais de uma por berço. Tais instalações misturavam crianças enfermas e crianças sãs. Outro fator comumente apontado é a condição das amas de leite, frequentemente mal nutridas e sem condições de higiene (LEITE, 1991).

Em relação às crianças criadas fora da Roda, Graham (1821 apud LEITE, 1991, p. 102) afirma que as pensões pagas às pessoas pobres para o sustento dos expostos eram insuficientes para a sua sobrevivência.

O sustento das crianças expostas, em ambas as situações, era de responsabilidade das Câmaras municipais, que possuíam estreita relação com as Casas dos Expostos, até que a criança completasse sete anos. Os donativos não eram garantia de uma boa assistência. Algumas estatísticas da época mostram que as casas da Roda falharam no objetivo de reduzir os índices de mortalidade infantil, mantidos altos. No ano de 1876, uma tese de

doutorado da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, de José Maria Teixeira, demonstrou que, no período de 1861 a 1874, das 8.086 crianças deixadas na Roda, morreram 3.545. Maria Graham (apud LEITE, 1991), em 1821, em visita à Roda, verificou que, em 13 anos, das 12.000 crianças que entraram, vingaram apenas 1.000 (LEITE, 1991).

A partir do século XIX, no recém-criado Império do Brasil, teve início o movimento higienista no país, que inaugurou uma preocupação com a saúde da criança e um novo conceito de família. Baseados em princípios científicos, os médicos higienistas passaram a intervir nas Casas da Roda para melhorar as condições de higiene e reduzir os índices de mortalidade. A intervenção se dava com base em descobertas científicas realizadas pela medicina na época.

Os médicos higienistas discutiam as condições encontradas na assistência à infância abandonada e as Casas da Roda tornaram-se “[...] laboratório no qual deveriam ser observados, comprovados ou mesmo adaptados os resultados das pesquisas na área da higiene [...]” (GONDRA, 2004, p. 75).

Inicialmente, houve um conflito entre a assistência filantrópica desempenhada pelos médicos e a ação caritativa, por causa dos diferentes métodos utilizados na atenção às crianças: a filantropia seguindo a ciência e a moral; a caridade seguindo a religião. Aos poucos, os conflitos foram sendo superados através da assimilação das ideias de um grupo pelo outro, o que possibilitou as intervenções nos locais. A partir dessa intervenção, muitas modificações foram apontadas nas casas, dentre elas alterações na estrutura física, mudanças de local e do próprio funcionamento, todas em busca de melhorias das condições de vida em seu interior.

As descobertas científicas apontaram a necessidade de se adotarem alguns procedimentos de higiene, como a esterilização do leite e das mamadeiras, a separação das crianças sadias das doentes para evitar contágios, a extinção das criadeiras externas à Roda, entre outros. Em consequência dessa intervenção, as casas, como aconteceu na cidade do Rio de Janeiro, começaram a mudar de lugar em busca de acomodações nas quais se pudessem gerar melhores condições de higiene física e moral.

Segundo Arantes (2009), após a intervenção dos higienistas, houve uma frequente mudança de local das Casas da Roda, em busca de espaço para acomodar melhor o crescente número de crianças. As transformações ocorridas na estrutura e no local estavam associadas à necessidade de separar as crianças das demais pessoas atendidas pelas Santas Casas, além de melhorar as condições de salubridade.

Outra novidade apontada na estrutura e no funcionamento das Casas foi a entrada das irmãs de caridade nas Santas Casas e nas Casas da Roda. Sua presença foi resultado da solicitação feita por José Clemente Pereira, em 1852, à Ordem de São Vicente de Paula de Paris, para que pudessem auxiliar os médicos no atendimento aos doentes. O papel desempenhado pelas irmãs foi de muita importância, pois aumentou a capacidade de atendimento das obras caritativas (GANDELMAN, 2001).

No final do século XIX, as Casas da Roda já haviam incorporado os princípios de higiene. Seus relatórios passaram a descrever as condições encontradas em seu interior, bem como as das amas mercenárias que ali serviam, seguindo as novas normas estabelecidas para o funcionamento (RIZZINI, 2008).

Com base em Gondra (2004), evidencia-se a preocupação com a alimentação dos recém-nascidos no interior das casas pelos médicos higienistas, uma vez que esse tema aparece em número recorrente nas teses da FMRJ – Faculdade de Medicina da Cidade do Rio de Janeiro, como principal causa da mortalidade infantil. Os estudos versam sobre o tipo de aleitamento, sobre a origem do leite, se animal ou humana, sobre as condições das amas, entre outros fatores julgados relevantes na alimentação das crianças (GONDRA, 2004).

As medidas higiênicas adotadas não foram suficientes para reduzir os índices de mortalidade e os médicos higienistas, que inicialmente defenderam as instituições de amparo à infância, como as Casas da Roda, transformaram-se em seus críticos, em consequência da baixa resolutividade.

As críticas dirigiam-se às condições sanitárias das Casas. Apesar das intervenções que sofriam, continuavam causadoras de altas taxas de mortalidade, com seu aglomerado de crianças em um ambiente sem ar e sem luz adequada, mal alimentadas e sujeitas a castigos. Outro alvo de crítica foi a questão moral, forte vertente do movimento higienista. A Roda era entendida como um estímulo à licenciosidade/promiscuidade que gerava filhos ilegítimos, nascidos fora do casamento (RIZZINI, 2008).

## 1.2 O movimento higienista e a criança

As ideias higienistas originaram-se na Europa, no século XVIII, período marcado pelo crescimento populacional. No Brasil, esse período correspondeu à exploração do ouro

pelo governo português, fator gerador do surgimento e crescimento das cidades, que passaram a atrair pessoas em busca de melhores oportunidades (GANDELMAN, 2001).

O crescimento populacional foi marcado pela desordem e foi acompanhado por problemas políticos, econômicos e sociais gerados pela nova relação capital-trabalho, que acirrava as desigualdades sociais. Dentre esses problemas estavam as precárias condições de moradia, como os cortiços. Havia ainda pessoas morando nas ruas, às quais se somavam as crianças, a fome, a ausência de saneamento e as doenças, ou seja, a pobreza, que também é fator gerador de um alto índice de criminalidade. Tais fatores sociais, físicos e morais incomodavam a classe dominante.

Com essas condições, surgiu a necessidade de intervir no meio, para melhorar a vida da população. Nesse cenário, a medicina surgiu como uma tentativa de pôr ordem no caos, apoiada nos estudos da época sobre a higiene (LIMA, 2002), o que tornava a comunidade o seu local direto de atuação e intervenção. Para os médicos, as condições de vida eram consideradas precárias, uma vez que havia um alto índice de mortalidade infantil e os adultos não contavam com boa saúde.

A população recém-instalada nas cidades começou a se opor à exploração dos recursos naturais do Brasil por Portugal. Portugal sentiu a necessidade de controlar a situação e punir o que era considerado transgressão, que feria os interesses do Estado português, com força e utilizando a justiça. Os problemas sociais gerados no século XVIII irromperam no século XIX.

Nesse contexto, surgiu a higiene como forma de intervenção social e marcou “[...] o estabelecimento de uma nova estratégia onde novos agentes de coerção foram aliciados, convertidos, manipulados ou reorientados nos seus mais diversos interesses e formas de agir” (COSTA, 2004, p. 28).

A higiene<sup>2</sup> entendia o processo de adoecimento como intimamente relacionado ao ambiente físico e social. Dessa forma, a doença poderia ser transmitida de uma pessoa a outras pelo contato direto, por meio de objetos contaminados ou através do ar. Outro fator causal para as doenças era o contágio direto do local de procedência dos miasmas<sup>3</sup>. Essa visão deu origem às práticas que tinham por meta a redução da transmissão de doenças com o isolamento de doentes, quarentenas, procedimentos de higienização de objetos e

---

<sup>2</sup> A higiene baseava-se em uma corrente denominada neo-hipocratismo, “uma concepção ambientalista da medicina baseada na hipótese da relação intrínseca entre doença, natureza e sociedade” (FERREIRA, 1996, p.57 apud LIMA, 2002, p. 30).

<sup>3</sup> Gases procedentes do solo, que eram tidos como nocivos à saúde, considerados causadores de doenças, até que se viessem a conhecer as reais causas.



intervenção direta sobre ambientes considerados insalubres como as casas, as concentrações de lixo e esgoto, ou seja, a intervenção era realizada diretamente na sociedade, fazendo surgir a ideia da necessidade de reforma urbana e sanitária (LIMA, 2002).

Pode-se ressaltar, com base em autores como Rizzini (2008), Costa (2004), Gondra (2004) e Rizzini (1993), entre outros, que os conhecimentos científicos relacionados à higiene ocasionaram profundas mudanças no modo de vida da população brasileira no século XIX. Essas alterações são consequências de intervenções, ditas educativas, no ambiente físico e social da população, com a intenção de modificar hábitos considerados prejudiciais à saúde. Dentre tais mudanças estão as relacionadas ao valor atribuído à infância e à família, e a preocupação com a saúde da criança.

Segundo Costa (2004), a educação higiênica possuía quatro vertentes: a física, a moral, a intelectual e a sexual, e deveria servir de orientação para a educação das crianças. A educação higiênica desenharia o indivíduo ideal, que deveria gozar de boa saúde, o que se traduziria em um corpo saudável, branco, “[...] robusto e harmonioso [...]” (COSTA, 2004, p. 13). Destacam-se, como exemplo, os Concursos de Robustez realizados pelo médico higienista Moncorvo Filho, em seu Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, que foram seguidos em outros locais do país. Nesse concurso, as mães candidatavam seus bebês, que deveriam ter sido amamentados por no mínimo seis meses e ter no máximo um ano de idade. Os vencedores eram crianças brancas, o que se baseava no fato de a miscigenação ser vista como um fator de degenerescência da raça (WADSWORTH, 1999).

Esse indivíduo ideal, para o higienismo, deveria ser contido, polido, bem educado, culto e movido pela moral e os bons costumes, ou seja, um indivíduo controlado, mas intolerante em relação àquilo que feria a moral (COSTA, 2004). Já a educação sexual difundida nas famílias pautava-se em preceitos que levariam à reprodução de raças puras e saudáveis e que evitassem as características vistas como de degenerescência da raça. Esse homem idealizado era compatível com a classe social de maior poderio econômico, que possuía acesso à educação e a melhores condições de vida, o indivíduo burguês.

Tal indivíduo foi sendo moldado e desempenhando papéis específicos no núcleo familiar para corresponder à família idealizada pelo movimento higienista, a família nuclear e conjugal.

Vale ressaltar que os ideais ditados pelo higienismo correspondiam aos ideais de uma classe social, a classe burguesa, o que gerou uma cisão entre o rico e o pobre e disseminou o preconceito racial, ao enobrecer características raciais de uma classe como correspondentes ao ideal de nação.

Segundo Costa (1989), as descobertas da área médica da higiene representaram avanços no controle de doenças e epidemias, que foram positivas para a vida da população. Porém, sua roupagem política de controle da população daqueles que não se enquadravam nas normas higiênicas tornou-se prejudicial, ao julgar as atitudes pela moralidade ou amoralidade. A roupagem moral tornou-se seu principal foco de atuação.

Como a higiene era tida como critério para uma vida digna, em que os indivíduos poderiam gozar de melhores condições, a infância deveria receber atenção especial, uma vez que sua existência é determinante para as fases subsequentes. Isso justifica a intervenção higiênica no período.

De acordo com Gondra (2004, p. 72),

[...] a “existência feliz” e o “lisonjeiro porvir” [...] funcionam como argumento para que a racionalidade médica se debruçasse sobre a “flor da infância”, de modo que se construísse um discurso especializado a respeito desse período, do qual se poderia extrair regras para assegurar a continuidade da vida, afastando, com isso, as crianças de práticas rudes, cujos sujeitos por eles responsáveis eram convertidos, pela lógica da ciência, em ignorantes, curiosos e indiscretos.

Dessa forma, pode-se pensar que os higienistas contribuíram para a construção dos sentidos atribuídos à infância no Brasil nos séculos XIX e XX. Segundo Gondra (2004), a infância é um tempo social construído historicamente. Assim, a infância sofreu as influências políticas, econômicas, sociais e culturais que vigoraram nesses séculos. A preocupação com a infância foi marcada por uma visão dicotômica, a infância pobre e a rica.

O conceito de criança no qual se pauta o higienismo aponta um rompimento com a visão caritativa de criança abandonada, enjeitada, ou seja, destituída de valor, para quem a morte era muitas vezes uma solução justificada pela salvação da sua alma, visão difundida pela misericórdia. A ideia de criança, no movimento higienista, estava intimamente relacionada ao projeto de desenvolvimento do país: a criança como responsável pela construção do futuro.

Esse entendimento no qual se pautavam os higienistas determinou novos modelos de atenção à infância. A noção de determinismo atribuiu à infância um valor central na vida do indivíduo, tornou-se alvo de atenções. Era preciso uma intervenção precoce para se construir uma nação sadia e civilizada.

Rizzini (1993) expõe que a pobreza representava 70% da população; as crianças eram parte dessa população e ficavam pelas ruas, sem ocupação. Nessa época, no Brasil, apesar das preocupações de alguns políticos e educadores com a educação, o acesso à escola era restrito às classes mais abastadas.

A pobreza passou a ser vista pela classe dominante como ameaça social, por estar fora dos padrões de conduta aceitáveis. Os pobres tornaram-se alvo de ações sociais preventivas, com o objetivo de transformação desses indivíduos em mão de obra a ser inserida no mercado de trabalho (RIZZINI, 1993).

Nesse contexto, as crianças pobres eram vistas como ameaças, ou seja, com o potencial para a criminalidade ou vícios, em consequência das situações de abandono moral e material a que eram submetidas (RIZZINI, 2008).

Com a finalidade de intervir nessa situação da infância, para evitar comportamentos considerados desviantes das normas de conduta estabelecidas pelo movimento higienista, os médicos passaram a intervir nas famílias para corrigir o quadro. A intervenção se dava diretamente nas famílias; as que não se enquadravam às novas normas sociais e morais eram julgadas incapazes de educar seus filhos e tinham que passar a responsabilidade para o Estado (RIZZINI, 2008).

Acreditava-se que o ambiente físico, social, cultural e econômico das classes pobres era gerador de vícios, vadiagem, crimes e doenças. O higienismo, pautado no saber médico, mais especificamente na especialidade médica, a pediatria e a puericultura, se desenvolveu como uma prática de intervenção social. Outro fator a ser destacado em relação às crianças e suas famílias eram as doenças e o comportamento vicioso, considerados pelo saber médico da época como hereditários, ou seja, acreditava-se que os filhos das famílias nas quais os pais fossem alcoólatras herdariam tais características. Através do saneamento, tentava-se afastar a criança pobre dos perigos que a pobreza representava para ela. A criança ou era vista como viciosa, criminoso ou inclinada para tal.

O trabalho, no contexto de um Brasil recém-tornado independente de Portugal, era investido de importância fundamental para o desenvolvimento do país. Qualquer pessoa era vista como imprescindível mão de obra para o crescimento da nação. Nesse cenário, o

trabalho assumiu valor moralizador, uma das vertentes difundidas pelo movimento higienista. Os médicos solicitavam do poder público medidas que corrigissem as condições em que viviam as crianças da classe pobre. Foram criados os institutos disciplinares, os preventórios e os institutos profissionalizantes, para as crianças consideradas moral ou materialmente abandonadas. Esses novos asilos forneciam educação moral e profissional, com o objetivo de prevenir e recuperar essas crianças, devolvendo-as à sociedade quando fossem julgadas prontas para esse convívio.

A preocupação não era com toda e qualquer criança, mas com a criança pobre. Segundo Rizzini (2008), a criança era carregada de um significado ambivalente; era necessário proteger a criança, para que não se desviasse do trabalho e da ordem e não viesse a se constituir uma ameaça para a sociedade. A ambivalência está relacionada aos sentimentos que a criança desperta no adulto, de cuidado e proteção e, ao mesmo tempo, de autoridade, controle e agressividade (RIZZINI, 2008).

Na ambivalência de ideias em relação ao futuro da criança, estava implícita a necessidade de corrigir tudo o que pudesse ser considerado desviante dos objetivos para o futuro da nação e de proteger a criança para que seguisse o caminho da saúde física e moral. As ações estavam apoiadas no conceito de eugenia<sup>4</sup> vista como contribuição para a melhoria da espécie humana.

A eugenia surgiu nas duas primeiras décadas do século XX, período marcado pela urbanização e industrialização. Nessa fase os políticos e os intelectuais difundiam ideias modernizadoras para o país, expressas em necessidades de mudanças sociais nas áreas de educação, saúde e formação racial da população. Representou a modernização cultural e a forma de transformar física e mentalmente a população, na tentativa de eliminar caracteres considerados degenerativos da raça humana e, portanto, responsáveis pelo atraso do país (SOUZA et al., 2009).

No Brasil, o movimento eugênico contou com a realização de Congresso de Eugenia, bem como a elaboração de artigos, revistas e livros sobre o tema. Parte dos

---

<sup>4</sup> Termo utilizado por Francis Galton em 1883 para designar a ciência do melhoramento biológico da humanidade. Galton acreditava que os caracteres mentais, físicos e morais eram transmitidos hereditariamente; os indivíduos nasciam com uma determinada característica, moral ou amoral, por exemplo. Assim, as pessoas consideradas como portadoras de caracteres positivos deveriam ser estimuladas a se unir por casamento entre si. Já as que possuíam alguma característica física, mental ou moral reprovável não deveriam procriar. Essas ações de interferência na reprodução humana possuíam como objetivo a melhoria da raça humana (CASTAÑEDA, 2003).

integrantes do Primeiro Congresso de Eugenia<sup>5</sup> realizado no Brasil acreditava que o meio ambiente exercia importante papel na constituição da hereditariedade. Nas palavras de Souza et al. (2009, p. 5): “Baseados no pressuposto neolamarckista de que a melhoria do meio levaria ao aperfeiçoamento das futuras gerações, parte dos eugenistas que participaram do congresso assumia que higienizar e educar significava, também, eugenizar”.

Dessa forma, os ideais do movimento eugênico e do movimento higienista se encontraram:

[...] os problemas sanitários e sociais eram os objetos de maior interesse de médicos, higienistas e eugenistas, nas primeiras décadas do século XX. Desse modo, acreditavam eles que combater os 'ambientes disgênicos', propagar os hábitos de higiene e empregar a profilaxia sanitária seria a maneira mais rápida e eficiente de regenerar a população (SOUZA et al., 2009, p. 6).

De acordo com esses autores, alguns trabalhos inéditos escritos na época do Primeiro Congresso de Eugenia afirmaram a existência de uma aproximação entre eugenia e higiene, ao enfatizar temas como saneamento, moralidade sexual, higiene do corpo e educação como medidas necessárias a serem utilizadas pelos eugenistas na regeneração física e mental da população.

Pode-se afirmar, portanto, que os movimentos eugênico e higienista possuíam os mesmos objetivos: a utilização do conhecimento científico como via de desenvolvimento do Brasil. Esses conhecimentos imbricavam-se na tentativa de complementaridade.

### 1.3 Infância e saúde: o que dizem os documentos

Ao longo do século XX, entidades internacionais passaram a se organizar e elaborar documentos que refletiam a preocupação com as questões sociais que eclodiram na época, principalmente no período que sucedeu a Segunda Grande Guerra, marcado pela destruição e pelos problemas sociais. Dessa forma, o momento foi caracterizado pela necessidade de consolidar a paz. Dentre os problemas sociais abordados nos documentos estão a criança e a saúde.

---

<sup>5</sup> O Congresso Brasileiro de Eugenia foi um marco do movimento eugênico. Nele foram discutidos temas como controle matrimonial, educação sexual, cuidado materno-infantil, esterilização eugênica de loucos e criminosos, educação e higiene, dentre outros (SOUZA et al., 2009).

Os documentos, contendo projetos de sociedade, foram construídos coletivamente ao longo da nossa história. Neles são expressos valores socialmente acordados, tais como a igualdade entre os povos, entre homens e mulheres, com destaque dado à infância, à educação e à saúde, fatores intimamente relacionados ao desenvolvimento econômico e social.

A escolha desses documentos obedece ao valor histórico de seu conteúdo. Alguns foram escritos na primeira metade do século XX, como é o caso da Carta das Nações (1945). Os textos sofrem alterações à medida que modificam a realidade; mantêm-se alinhados a um determinado momento histórico e determinam a direção de outros documentos das mais diversas áreas. Os documentos que aqui pretendo discutir são os relacionados à infância e à saúde.

### 1.3.1 Os documentos internacionais: a infância e a saúde

A Organização das Nações Unidas - ONU surgiu após a Segunda Grande Guerra, em 24 de outubro de 1945. É uma instituição que nasceu como resultado da necessidade de se estabelecerem regras de convivência mundial para a promoção da paz e da segurança. Sua criação foi precedida por outras tentativas de união de nações em prol desses mesmos objetivos.

Atualmente, a ONU, da qual o Brasil faz parte, é composta por 192 Estados. A Constituição Brasileira, ao definir os direitos de cidadania, inclui os direitos e as garantias oriundas dos tratados internacionais dos quais é signatária.

Os tratados internacionais são elaborados por Conferências realizadas em diferentes países, cada uma delas relacionada a um determinado tema das diferentes áreas de atuação da ONU. Subdividida em seis órgãos, a ONU atua em áreas diferenciadas, como saúde e educação. Junto a outros organismos especializados, compõe o Sistema das Nações Unidas. Dentre esses órgãos, estão a Organização Mundial de Saúde e a UNICEF.

A Carta das Nações Unidas (1945) é o documento principal e fundador da instituição. Nela estão expressos os princípios e os objetivos da ONU como um todo e as regras que norteiam cada um de seus órgãos. Ela se refere a um projeto de nação mais amplo, com o intuito de regulamentar a relação entre os diferentes povos, na qual a igualdade de direitos e a autodeterminação de cada povo e cada cultura devem ser respeitadas.

A Carta é o documento que dá o ‘tom’ e a direção à instituição e aos demais documentos posteriores e é suscetível de modificações ao longo do tempo. Recomenda que a relação entre as nações deve se basear no respeito, na solidariedade, no reconhecimento da igualdade entre os povos e em torno de compromissos estabelecidos que devem ser cumpridos. A ONU prevê ainda auxílio aos países para possibilitar o desenvolvimento econômico e social e, assim, reduzir as suas diferenças sociais (ONU, 1945).

Logo após a Segunda Guerra Mundial, julgou-se importante concretizar, para os países, uma lista de pontos específicos, que seriam os direitos de todos da família humana. O reconhecimento dos direitos fundamentais do homem é, portanto, recente e dependeu do crescimento da consciência coletiva ao longo do tempo.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos – DUDH, promulgada pela ONU no ano de 1948, teve como finalidade a concretização da plena eficácia dos direitos humanos fundamentais, por meio de normas gerais tuteladoras de bens da vida primordiais: dignidade, vida, segurança, liberdade, honra, moral, entre outros – e previsões de instrumentos políticos e jurídicos de sua implementação. Reafirma a crença dos povos das Nações Unidas nos direitos humanos fundamentais, na dignidade, no valor da pessoa e na igualdade de direitos do homem e da mulher, visando à promoção do progresso social e à melhoria das condições de vida em uma ampla liberdade.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) não é um projeto de sociedade e de relação entre as nações, como a Carta das Nações, mas sim de fatores diretamente ligados à pessoa. Portanto, são direitos universais e naturais que devem ser reconhecidos em qualquer lugar do mundo, independente da etnia, da nacionalidade, da condição social, entre outros fatores. Apoiar-se no respeito à dignidade humana e no reconhecimento da igualdade de direitos.

A igualdade implica o reconhecimento e o respeito às diferenças. Segundo Benevides (1988), a diferença é uma relação horizontal em que não há uma conotação de valor positivo ou negativo; não se pode dizer que o homem é superior à mulher – essa é uma diferença fundamental. A igualdade é o reconhecimento de que, apesar das diferenças, todos são possuidores de direitos.

Os Direitos Humanos podem ser divididos em Três Gerações. É importante ressaltar que os direitos adquiridos com uma nova geração se somam aos anteriormente existentes; não os superam, marcam a evolução histórica desses direitos. A primeira geração é a conquista das liberdades individuais, “[...] de locomoção, de propriedade de

segurança, de acesso à justiça, de opinião, de crença religiosa, de integridade física” (BENEVIDES, 1988, p. 9). São os direitos civis que já fazem parte de algumas constituições.

Os direitos sociais são os direitos que compõem a segunda geração, surgidos no século XIX e início do século XX. São os direitos de todos por saúde, educação, habitação e também os direitos ligados ao mundo do trabalho, como férias, carga horária, previdência, seguridade social, entre outros. É na segunda geração que se situa a conquista pelo direito à saúde, fruto dessa investigação (BENEVIDES, 1988).

Os direitos coletivos da humanidade são a terceira conquista, caracterizando-se como a terceira geração. Chamados de solidariedade planetária, destinam-se à preservação do meio ambiente, da ecologia, à defesa da paz, ao desenvolvimento, à partilha do patrimônio científico, cultural e tecnológico e resguardam o meio ambiente para gerações futuras (BENEVIDES, 1988).

A saúde é um direito que foi conquistado na segunda geração, expresso no artigo XXII da DUDH, onde são relacionados os direitos sociais, econômicos e culturais como condição de dignidade humana. No artigo XXV, são especificados os direitos sociais como associados a um padrão de vida que possa garantir,

[...] saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle.

Nesse mesmo artigo, a “maternidade e a infância” são abordadas como possuidoras de direitos à “assistência e cuidados especiais”.

A partir da DUDH, foram elaborados documentos resultantes de convenções e pactos, que especificam diferentes grupos de direitos, objetivando torná-los universais. Dentre eles estão o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) e a Convenção sobre os Direitos da Criança (1989) (FISCHMANN, 2009).

O Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (1966) dispõe sobre os direitos a serem respeitados pelos países signatários, sem discriminação por raça, cor e sexo, entre outros fatores discriminatórios. Em continuidade à Carta das Nações Unidas e à DUDH, o Pacto reafirma os princípios desses instrumentos e destaca a obrigação do Estado para com a promoção do respeito aos direitos e às liberdades da pessoa, bem como para a autodeterminação dos povos que assegure o desenvolvimento dos



direitos econômicos, sociais e culturais à sociedade. O texto traz uma concepção de sociedade, em que a família é definida como seu “núcleo natural e fundamental”, responsável pelo desenvolvimento de todos os membros, especialmente para o desenvolvimento das crianças, por ser um ambiente que atende às suas necessidades e onde são preparadas para a vida em sociedade. Por isso, o Estado deve dirigir ações de assistência e proteção às famílias, para que possam se desenvolver harmoniosamente e dar suporte aos seus membros, principalmente às crianças.

A Convenção sobre os direitos da criança (1989) define-a como toda pessoa menor de 18 anos de idade. Cabe ao estado assegurar as condições necessárias ao seu desenvolvimento e bem-estar, zelar por ela e atender aos seus interesses, não deixando de considerar os direitos e os deveres dos pais ou responsáveis legais.

No mesmo documento, a ideia de criança está associada a alguém que necessita ser cercada de cuidados, mas nem por isso é despida de vontades ou passiva diante das normas. Ao contrário, trata-se de uma pessoa que, desde o momento em que nasce, tem direito a uma identidade; a isso se somam todas as características necessárias ao desenvolvimento de sua personalidade, sendo-lhe asseguradas a atenção, a manifestação de suas vontades e juízos no que se refere às decisões em que esteja envolvida. A Convenção vai além de garantir o direito à vida: a criança tem o direito de ser ouvida, de expressar as suas opiniões e de manifestar as suas vontades. A criança possui liberdade de expressão, de pensamento, de consciência, de crença e de associação. Tem liberdade de comunicação para buscar informações e materiais que promovam o seu desenvolvimento físico e mental.

Ainda segundo o documento citado, o núcleo familiar é a referência para a criança, que não deve ser separada dele, salvo em situações específicas, tais como quando é vítima de maus tratos pela própria família. A separação de um dos pais deve ser associada à garantia de manter contato com ele periodicamente. Por se tratar de uma fase de desenvolvimento, cabe ao Estado zelar pela produção de informações e materiais apropriados à idade e à maturidade da criança, além de incentivar tal produção. Quanto aos pais ou responsáveis, cabe-lhes igual tarefa de educar e cuidar do desenvolvimento dos filhos. O Estado deve criar instituições, instalações e serviços para auxiliar os pais e responsáveis na educação dos filhos.

Nem toda criança possui condições propícias a um desenvolvimento integral. Como as diferenças são previstas, a Convenção dos direitos da criança afirma que o Estado se torna o responsável por ela, como nos casos em que se encontra privada temporária ou

permanentemente de seus pais, situações em que o Estado se responsabiliza por sua proteção e assistência, como também regula as normas de adoção. Aos deficientes mentais ou físicos também são resguardadas as condições que promovam uma vida digna, autônoma e que facilitem a vida na comunidade, bem como a proteção da criança de tudo o que possa expô-la a condições indignas de vida, como o trabalho infantil, a exploração sexual e o uso de drogas.

A Convenção afirma ainda que políticas sociais públicas são vias utilizadas pelo Estado para atender à criança em suas necessidades básicas, dentre elas a saúde, que inclui os cuidados assistenciais no pré-natal e pós-natal, a redução da mortalidade infantil, a prestação de assistência, o estabelecimento de medidas preventivas de agravos de doença por desnutrição, os esclarecimentos à sociedade e aos pais sobre higiene, alimentação, saúde e amamentação, entre outros fatores referentes à saúde, inclusive o seguro social destinado à garantia de necessidades e condições sociais.

De acordo com o documento, a educação é uma ferramenta de acesso às condições dignas de vida, ao fornecer valores. Assim, a educação tem a função de “[...] preparar a criança para assumir uma vida responsável numa sociedade livre, com espírito de compreensão, paz, tolerância, igualdade de sexos e amizade entre todos os povos, grupos étnicos, nacionais e religiosos e pessoas de origem indígena” (Convenção dos Direitos da Criança, 1989, Art. 29).

O direito à educação deve ser exercido em igualdade de condições. Para que não haja desigualdades, são satisfeitas as necessidades do ensino gratuito, do estímulo, inclusive financeiro, para que as crianças permaneçam na escola, do aumento do acesso ao ensino superior e da adoção de medidas que evitem a evasão escolar.

Por fim, a Convenção dos Direitos da Criança (1989) aponta outros direitos que interferem nas condições de bem-estar e que são descritos como imprescindíveis, devendo os Estados signatários regulamentá-los de acordo com suas leis: o direito ao lazer, ao descanso e à diversão. Em busca da melhoria das condições de vida, a saúde física e mental se faz essencial e é garantida por medidas que visam à redução da mortalidade infantil, das causas que levam ao adoecimento e das condições de higiene. Dessa forma, percebe-se a preocupação com a criança em seus diversos aspectos sociais, físicos, econômicos e culturais.

Foi em 1978, com a Declaração de Alma Ata, resultante da Conferência Internacional Sobre os Cuidados Primários de Saúde, que se discutiu a promoção da saúde

para todos os povos no ano 2000 e se reconheceu a desigualdade no estado de saúde dos povos. Tal declaração entende a saúde como vinculada aos setores sociais e econômicos e define cuidados primários de saúde, como os que utilizam métodos e tecnologia de baixo custo e que podem ser mantidos pela comunidade e pelos países.

A Carta de Ottawa, elaborada no ano de 1986, é uma carta de intenções onde foram expressas as ideias para que se pudesse atingir a Saúde para Todos no ano 2000. Essa Carta foi resultado da Primeira Conferência Mundial sobre Promoção de Saúde (1986), realizada na cidade de Ottawa, no Canadá.

A promoção da saúde, imprescindível para se alcançar a saúde para todos, implica criar condições favoráveis à saúde, ou seja, para que se possa “[...] atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social” (OPAS, 1996, p.1). A saúde não é isolada das demais condições de vida, mas sim influenciada por fatores políticos, econômicos, ambientais, culturais, comportamentais e biológicos, sendo um indicador de qualidade de vida.

A participação da comunidade na melhoria das condições de vida é abordada como fundamental na promoção da saúde e requer capacitação para que ela possa ser agente de mudança do meio ambiente em que está inserida, na busca de um estilo de vida saudável. Ainda segundo o mesmo documento, a política de promoção da saúde combina diversas abordagens complementares, que incluem legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. É uma ação coordenada que aponta para a equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e políticas sociais. As ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, serviços públicos saudáveis e ambientes mais limpos e desfrutáveis (OPAS, 1996).

Em síntese, a promoção de saúde exige a articulação de um amplo universo de ações: cuidar do meio ambiente como fator determinante de saúde, uma vez que sua alteração pode trazer consequências; trabalhar o empoderamento das comunidades, para que possam atuar nos processos decisórios e no planejamento de ações, usando os recursos naturais ali presentes; desenvolver habilidades pessoais através de capacitação, para que as pessoas possam fazer escolhas saudáveis; reorientar os serviços de saúde, para que possam trabalhar em conjunto com a comunidade, já que a responsabilidade pela promoção de saúde é compartilhada, envolvendo não apenas o Estado, mas toda a sociedade (OPAS, 1986).

A Carta afirma, ainda, a exigência de reorientação dos serviços de saúde, o que requer um esforço maior de pesquisa, assim como de mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área, objetivando alterar a atitude desses profissionais e a organização dos serviços de saúde, para que se focalizem as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral.

A partir dos documentos aqui abordados, pode-se apontar o caráter hegemônico de seus conteúdos, uma vez que a ideologia presente busca reproduzir os ideais ditados pelos Estados Unidos da América, à frente das Nações Unidas, portanto uma ideologia ligada ao “[...] modo de produção capitalista, ligado à reprodução das relações sociais de produção [...]” (CURY, 1986, p. 45). Nesses documentos os discursos representam interesses econômicos que dependem de relações sociais difundidas no

[...] processo de dominação, a fim de assegurar sua exploração através de meios não econômicos. Esses mecanismos indiretos objetivarão a negação da exploração e divisão de classes, através de um discurso pretensamente universal, igualitário e, portanto, falsamente idêntico e homogêneo (CURY, 1986, p. 47).

### 1.3.2 Os documentos e o direito à saúde para a infância brasileira

O Brasil é um dos membros da Organização das Nações Unidas, por isso signatário dos documentos internacionais. O cumprimento dos direitos internacionais decorrentes dos tratados estabelecidos foi garantido na Constituição, onde se somam aos direitos de cidadania. Assim, a dignidade da pessoa está intimamente relacionada à noção de cidadão. A proximidade entre os documentos fica visível nos trechos a seguir:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (BRASIL, 1988, Art. 5, Cap. I).

Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos (ONU, 1948, Art. I).

Todo ser humano tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal (ONU, 1948, Art. III).

Os dois documentos jurídicos acima citados são de grande importância no que se refere ao ser humano. O primeiro deles é a Constituição Federal do Brasil, em que são definidos os direitos de cidadania, em que é dado poder à iniciativa popular. O segundo é a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Os documentos jurídicos possuem uma marca; são consolidações de lutas por direitos anteriormente violados. A Carta das Nações surgiu após a Segunda Guerra Mundial; a Constituição Federal do Brasil marcou o fim de um violento período de ditadura militar.

A Constituição de 1988, como resultado da luta pela redemocratização do país, apoiou-se nos documentos internacionais de proteção aos direitos humanos, direitos que vinham sendo violados pelo regime político vigente. São direitos sociais: a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados. A saúde foi inscrita, no novo código, como um capítulo da seguridade social, trazendo para a cena a relação entre saúde, seguridade social e previdência. Inscrita como um direito de todos, ela se torna universal e igualitária, devendo ser mantida pelo Estado, porém com a participação da comunidade, que se faz via Conselhos de Saúde.

No que se refere à criança, o Brasil não deixa de se guiar por documentos internacionais, colocando sob a responsabilidade da família, do Estado e da Sociedade a garantia de seus direitos e a proteção de tudo o que possa ferir sua dignidade e seu desenvolvimento saudável – negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão. Assegura “[...] os direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 1990, Art. 4).

O Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 1990, p. 10) define as crianças como as pessoas de até 12 anos de idade, “[...] que gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana”. A criança está em processo de desenvolvimento, mas se constitui como sujeito de direitos garantidos nas leis. Os direitos à Vida e à Saúde são abordados conjuntamente, mostrando a imbricação existente entre eles.

As políticas sociais públicas são destacadas como meio de efetivação dessas condições via Sistema Único de Saúde – SUS, que pressupõe um novo conceito de saúde. O novo modelo visa a superar o anterior, centrado na assistência individual à doença somente a partir da procura do serviço pelo usuário. A nova proposta de saúde olha também para os problemas coletivos da população, relacionando entre si ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação. Exige do Poder Público uma atitude pró-ativa em relação à coletividade, e não somente a busca de soluções para doenças a partir da

procura individual do cidadão. Novos princípios passam a nortear as políticas de saúde: a saúde é entendida como direito de cada cidadão, de cada um – é o princípio da universalidade, ou seja, de acolhimento da diversidade do povo brasileiro (cultural, social, econômica, étnica, de opção sexual, etc.).

Os documentos aqui abordados referem-se à atenção à saúde da criança no Sistema Único de Saúde - SUS: a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (2005) e o Programa de Saúde da Família (1994)<sup>6</sup>.

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (2005) fornece diretrizes que subsidiam as políticas de atenção à saúde da criança e envolve os atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde – Unidades de Saúde da Família, a atenção especializada e a internação em unidade de média e de alta complexidade.

Os documentos existentes são elaborados para subsidiar municípios e Estados na elaboração e na organização de redes de assistência à saúde da criança, e na identificação de prioridades locais na assistência.

---

<sup>6</sup> O Programa de Saúde da Família (PSF) é um modelo de assistência à saúde que substitui o tradicional, curativo. As ações do PSF abordam a família a partir de seus condicionantes físicos e sociais. Cada equipe de saúde da família responsabiliza-se por um quantitativo de famílias, em torno de 600 a 1.000, o que corresponde de 3.000 a 4.000 habitantes, residentes em uma determinada área geográfica. No ano de 1996, a denominação mudou para Estratégia de Saúde da Família, por representar a estratégia de atenção à saúde no Brasil (CORBO; MARASINI, 2005).

## CAPÍTULO II

### SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS

Sabe-se que a política social pública é, para muitos cidadãos, a única forma de acesso a bens e serviços sociais básicos, dentre os quais se situam a educação e a saúde. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 representou um avanço na conquista por direitos sociais e na consolidação de políticas sociais públicas.

Neste capítulo o objetivo é apresentar a definição de política social pública, contextualizar a sua origem e a maneira como toca as desigualdades sociais e com qual finalidade, bem como seu papel na construção da cidadania ao buscar proporcionar ao indivíduo a possibilidade de um pensar crítico, ou seja, de que possa se emancipar política e economicamente.

Ainda sobre políticas sociais públicas e com base em autores como Campos (2003), Demo (1994) e Silva (2002), busca-se ressaltar de que forma essa política social pública, contrariando seu objetivo, é utilizada com finalidades diversas.

Tal abordagem é necessária para contextualizar a saúde como política social pública e como veio a se constituir como uma delas. Para isso, é preciso remontar às origens de sua construção como direito universal no Brasil, a partir das Conferências de Saúde ocorridas no período caracterizado como de redemocratização do Brasil, quando o acesso à saúde por todos os brasileiros de forma igualitária foi amplamente discutido.

Neste capítulo, tem destaque o modelo de atenção em saúde destinada à criança pelo Estado brasileiro, que a define como grupo prioritário, ao qual se dirigem ações e serviços.

A saúde é aqui entendida como uma construção socio-histórica do homem, por ser consequência de transformações no setor, que acontecem gradativamente e que, à medida que ocorrem, influenciam as condições de vida da sociedade. O SUS é o resultado de um processo que resultou na Reforma Sanitária Brasileira – RSB conquistada na Constituição de 1988, regulamentada pelas leis 8.080 e 8.142, em que a saúde se tornou fundamental dentre as políticas públicas definidas como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado.

## 2.1 Políticas sociais públicas

As políticas Sociais estão previstas na legislação brasileira como instrumentos de garantia de direitos sociais adquiridos na Constituição Federal de 1988. Segundo Contini (2004), as políticas sociais são aquelas destinadas a garantir os direitos básicos do indivíduo, que englobam a saúde, a educação e o transporte, entre outros.

Assim, as políticas sociais por si só evidenciam a existência de problemas sociais que se podem aqui traduzir em desigualdade, ou seja, a falta de acesso de um grupo a determinados bens e serviços sociais e à riqueza material.

Em relação às políticas sociais, pode-se afirmar, com base em Demo (1994), a existência de políticas sociais públicas, ou seja, as políticas sociais definidas pelo Estado e de políticas sociais, desenvolvidas por outras instituições como empresas, entidades religiosas ou sindicatos.

Para compreender melhor as políticas sociais, é preciso conhecer a sua origem. Segundo Machado (2004), a política social origina-se na ordem burguesa, no modo capitalista de produção, com o objetivo de garantir direitos sociais através da concretização de um sistema de proteção social que reconhece a necessidade do indivíduo de usufruir de serviços que lhe garantam a sobrevivência não alcançada com a venda de sua força de trabalho (MACHADO, 2004).

Senna (1995) explicita que as exigências por direitos sociais surgem a partir de lutas e movimentos sociais. Assim, a “[...] política social é inseparável da compreensão do desenvolvimento do capitalismo e dos processos de expansão e transformação da cidadania no mundo moderno” (SENNA, 2006, p. 7).

A conquista de direitos sociais levou alguns países desenvolvidos como a República Federal da Alemanha, a França, a Itália, a Holanda, a Bélgica, a Dinamarca, a Inglaterra e os Estados Unidos da América à concretização do Estado de Bem-Estar Social. O Estado de Bem-Estar Social é o resultado do investimento do Estado em bens e serviços sociais como educação, saúde e seguridade social. Nessa situação, o Estado tem “[...] no fundo público a garantia da continuidade da acumulação do capital e a reprodução da força de trabalho” (SENNA, 2003, p. 111). O Estado de Bem-Estar Social aliou interesses sociais e econômicos do Estado, de modo a satisfazer os interesses da classe trabalhadora e da acumulação do capital.



O Estado de Bem-Estar Social viveu seu ápice entre 1945 e os anos 1960, quando os gastos com bens e serviços sociais tornaram-se onerosos ao Estado, que acabou por retirar os investimentos de bens e serviços sociais e passou a priorizar a reprodução do capital.

Assim, a política social apresentou-se como uma conquista da classe trabalhadora que, por meio da aquisição de direitos sociais, teve o valor de sua força de trabalho ampliada. Sem essa garantia, os trabalhadores não teriam acesso aos serviços sociais básicos essenciais à sobrevivência.

Dessa forma, entende-se que a política social alia os interesses do capital aos interesses da classe trabalhadora quando mantém as condições de vida do trabalhador, uma vez que visa a atender aos interesses do Estado bem como da população envolvida, ora tendendo a um lado, ora a outro. Para Senna (2006, p. 7), as políticas sociais funcionam como um “[...] pêndulo de conciliação entre capital e trabalho”.

É nesse contexto, de uma sociedade dividida por classes sociais, onde a desigualdade social é reconhecida, que emergem as políticas sociais na tentativa de reduzir ou amenizar a situação de pobreza. Para Demo (1994, p. 10), “Não será social a política que não tocar as desigualdades ou desconcentrar renda e poder”.

Ainda de acordo com Demo (1994), a política social, apesar de indispensável ao capitalismo, possui um caráter contraditório. Ao mesmo tempo em que mantém o sistema, ou seja, as desigualdades, apresenta-se como via de superação, quando pretende viabilizar o acesso universal à educação. Para o autor, a política social só é efetiva quando acompanhada de conquista participativa do cidadão.

As políticas sociais podem ser instrumentos que viabilizam a aquisição de conhecimento de direitos e a consciência crítica em relação a eles, possibilitando a atuação na vida cotidiana, ou seja, na realidade, mediante ações concretas como o trabalho e as relações sociais, que resultam em participação social efetiva na vida comunitária.

Portanto, as políticas sociais, apesar de se realizarem de formas setorializadas, uma vez que se subdividem em políticas de saúde, de educação, de assistência, entre outras, possuem uma interdependência em face da amplitude dos objetivos que convergem para um mesmo fim, ou seja, a redução das desigualdades sociais.

Demo (1994) avalia que, para que a política social atinja esse objetivo, precisa ser uma proposta planejada de enfrentamento, porque deve ser organizada, deve reconhecer a desigualdade e a possibilidade de intervir no processo histórico.

As políticas sociais devem ser amplas, devem atuar preventivamente, pois têm que atingir a origem do problema. Precisam ser redistributivas de renda e de poder, desconcentrando-os, ser equalizadoras de oportunidades, para que todos tenham possibilidades comuns, e atuar na busca da emancipação do indivíduo, o que somaria o fator político ao econômico (DEMO, 1994). Pode-se inferir, a partir da definição de Demo (1994), que a política social atua na construção e no exercício da cidadania.

Ainda segundo o mesmo autor (1994), as políticas sociais e econômicas estão condicionadas, o que nos remete à amplitude das políticas sociais que requerem uma mudança maior para a sua efetivação.

Dessa forma, a política social é

[...] o processo social, por meio do qual o necessitado gesta consciência política de sua necessidade, e, em consequência, emerge como sujeito de seu próprio destino, aparecendo como condição essencial de enfrentamento da desigualdade sua própria atuação organizada (DEMO, 1994, p. 25).

Mas essa não é a forma como as políticas sociais se apresentam. De acordo com autores como Campos (2003), Demo (1994) e Silva (2002), muitas vezes elas são usadas como tática de controle social ou com fins eleitoreiros.

Como definido por Silva (2002, p. 10): “Trata-se de compreender em que medida as políticas sociais são instrumentos de equalização da distribuição de riquezas, são instrumentos de controle da classe dominante sobre a dominada, ou ainda, são produto da luta dos trabalhadores”.

Dessa forma, podemos pensar que as políticas sociais são utilizadas como tática de controle social porque os indivíduos não se veem como sujeitos de direitos, uma vez que são privados das condições que possibilitariam a aquisição da consciência crítica.

A redução da pobreza e das desigualdades sociais é apresentada como o fim maior das políticas sociais, pela maneira como registram documentos internacionais e nacionais. Campos (2003) entende que os projetos sociais assumem a dimensão de espetáculo; são divulgados na mídia de forma distorcida: o impacto causado na população não corresponde ao seu resultado real.

As políticas sociais de complementação de renda precisam estar associadas a políticas educacionais efetivas que se preocupem com o desempenho escolar e com a real inclusão do aluno na escola para a construção de uma sociedade democrática. Pois, segundo Campos (2003, p. 191):

A educação de qualidade proporciona um dos únicos bens que se torna indissociável da pessoa; as políticas de combate à pobreza podem ser importantes para permitir que as crianças mais pobres delas se beneficiem, mas não são capazes, por si sós, de garantir uma inclusão social verdadeira. **(FALTA NÚMERO DE PG)**

## 2.2 A Constituição Federal de 1988 e os direitos sociais

No Brasil, as políticas públicas foram efetivadas com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e representam um meio de garantir os direitos sociais nela previstos. A Constituição foi precedida por um período de transição democrática datado dos anos 1980, em que os direitos políticos, civis e sociais foram amplamente discutidos pela sociedade civil organizada.

Denominada ‘Constituição Cidadã’, ampliou a condição de cidadania<sup>7</sup> a toda a população brasileira. Segundo Contini (2004), a cidadania é a garantia de direitos civis, políticos e sociais conquistados pelo homem ao longo da história.

A Constituição de 1988 trouxe um projeto de reformulação da sociedade expressa na ampliação do conceito de cidadania, da responsabilização do Estado pelo bem-estar da população e pelo compromisso de reduzir as desigualdades por meio da integração política, social, econômica e cultural.

### 2.2.1 – SUS, uma construção social

A construção do Sistema Único de Saúde contou com a participação da sociedade, via conferências. As Conferências Nacionais de Saúde desempenharam um valioso papel na implantação, consolidação e regulamentação do SUS. O propósito das conferências teve seu momento decisivo na VIII Conferência Nacional de Saúde<sup>8</sup>, que se tornou o marco da luta pelo direito universal à saúde e constituiu-se como uma das etapas da RSB, ocorrida no ano de 1986, um ano após a realização das eleições indiretas. Nessa conferência foram elaborados os princípios norteadores do que viria a ser o Sistema Único de Saúde. Escorel e Bloch (2005, p. 83) conceituam que

---

<sup>7</sup> O conceito de cidadão era anteriormente restrito ao indivíduo que entrava no mercado formal de trabalho e, em consequência, tinha acesso ao sistema de garantia de direitos, dentre eles, à assistência médica (COHN, 2005).

<sup>8</sup> A VIII Conferência Nacional de Saúde foi realizada em Brasília no período de 17 a 21 de março de 1986 e foi presidida por Sérgio Arouca.

A 8 CNS foi um marco significativo por alterar a composição dos delegados, incorporando a participação da sociedade civil organizada, configurando uma nova institucionalidade das conferências ao se caracterizar como um fórum – o qual, mesmo sendo convocado pelo Executivo Federal e destinado a dar respostas a essa instância governamental, passou a ter vida própria[...]

A conferência foi a grande responsável por alterações no setor saúde, dentre elas: a ampliação do conceito de saúde contido no SUS, a expansão do setor público na prestação de serviços, a cisão entre saúde e Previdência Social e a consequente criação do SUS como órgão responsável pela saúde.

A VIII Conferência foi precedida por pré-conferências estaduais. Na sua realização, contou com textos técnicos e com os relatórios obtidos nas conferências estaduais, que deram suporte às discussões (SCOREL; BLOCH, 2005).

A transição para o novo sistema de saúde que viria a ser o SUS foi gradual, até que as questões de financiamento e operacionalização fossem resolvidas. O período intermediário entre esse momento e a criação do SUS caracterizou-se pela fusão entre o Instituto Nacional de Previdência Médica e Social - Inamps e o Ministério da Saúde e, em 1987, a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS.

O SUDS possuía caráter transitório e tinha como objetivo maior transferir recursos federais aos municípios e dar destaque aos Secretários Estaduais de Saúde. O SUDS foi regido pelos princípios hoje conhecidos do Sistema Único de Saúde de descentralização: universalização, equidade, hierarquização e participação da comunidade (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Pode-se perceber o viés político da discussão em torno da temática saúde e do novo sistema que viria a se constituir como política social. Derivada da VIII Conferência Nacional de Saúde, a RSB transformou-se em projeto da sociedade civil pela redemocratização da sociedade e na luta por direitos sociais, dentre eles o direito à saúde de forma integral e universal. Foi nessa conferência que se consolidou a Comissão Nacional de Reforma Sanitária<sup>9</sup>. A comissão foi a responsável pela elaboração de propostas e a redação do texto que subsidiaram a Constituinte.

A concepção de saúde da RSB foi elaborada pelas escolas de saúde pública e pelos departamentos de medicina preventiva e social, com base na Medicina Social desenvolvida

---

<sup>9</sup> A Comissão Nacional de Reforma Sanitária foi instituída pela Portaria Ministerial MEC/MS/MPAS, n. 2/86 em 22 de agosto de 1986.

na Europa no século XIX. A saúde e o processo de adoecimento eram entendidos como resultantes da interação do homem com outros homens na sociedade e com elementos do meio, a partir de dimensões físicas e psicológicas, em que as emoções geradas pelas condições de vida coletiva e individual determinam o fenômeno do adoecimento (PAIM, 2008).

Em uniformidade ao entendimento do binômio saúde/doença como resultado da interação do indivíduo com o meio social, psicológico e ecológico, tem-se a preocupação com as desigualdades das condições de vida de uma sociedade dividida em classes, bem como de fatores como gênero e idade (PAIM, 2008).

O movimento preventivista foi uma das bases teóricas da RSB e impôs desafios ao planejamento de práticas e organizações dos serviços de saúde, que deveriam se voltar para a qualidade das condições de vida e para o atendimento humanizado (PAIM, 2008).

A RSB teve como base a teoria marxista presente nas formulações teóricas dos atores do processo. O resultado final foi o capítulo relativo à saúde inscrito na Constituição Federal de 1988, elaborado pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que se baseou nas discussões e decisões da VIII Conferência Nacional de Saúde (PAIM, 2008).

A VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS foi o resultado de conferências estaduais, quando teve início a participação de setores da sociedade civil que, até aquele momento da história, estavam fora do processo de tomada de decisão e de elaboração das políticas de saúde, bem como, em sua maioria, excluídos do acesso aos serviços de saúde.

Além da sociedade civil, participaram técnicos e intelectuais que formaram mesas redondas, trazendo informações para dar suporte às discussões. Dentre os temas tratados estavam a cidadania, a reforma do sistema de saúde até aquele momento vigente e a questão do financiamento.

Segundo Paim (2008), foi abordada a relação entre cidadania e Estado, em que a cidadania está vinculada à garantia de direitos civis, políticos e sociais. Nesse contexto, a saúde é entendida como importante fator para a condição de cidadão.

As ideias contidas na Reforma Sanitária Brasileira - RSB traziam a necessidade de reformulação do Estado através da redemocratização, em que as políticas sociais seriam desenvolvidas como um conjunto de condições indispensáveis à construção da cidadania.

Enfatizava-se a diferença entre o público e o estatal; o proposto era contrário ao autoritarismo do regime militar. O público deveria ser transparente, de controle público dos serviços estatais.

A RSB apoiava-se num projeto de sociedade em que a saúde era concebida como resultante de condições de vida que já não se restringiam unicamente ao setor saúde, mas que eram parte integrante de políticas sociais públicas, como habitação, saneamento, educação, alimentação, entre outras. A responsabilidade da execução cabia ao Estado.

O processo constituinte que vinha ocorrendo e do qual a Comissão Nacional de Reforma Sanitária era parte chegou ao fim com a promulgação da Constituição Federal de 1988. “A chamada “Constituição Cidadã” foi um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado na área da saúde pública” (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 80).

Somente no ano de 1990, com a promulgação da LEI 8.142 de 28 de dezembro, é que foram formalmente instituídas as Conferências e Conselhos de Saúde. As Conferências envolveram todas as esferas do governo e passaram a contar com a participação da sociedade civil na formulação das políticas de saúde.

A IX CNS ocorreu quatro anos após a promulgação da Constituição de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde, 8.080/90 e 8.142/90. A IX Conferência foi realizada com significativo atraso e refletiu a resistência do então presidente Fernando Collor, que manteve a centralização das ações de saúde e evitou ações que avançassem na universalização do acesso à saúde e nos gastos implicados (SCOREL; BLOCH, 2005).

### 2.2.2 A saúde em sua complexidade

A saúde e a proteção à infância inscrevem-se na Constituição Federal de 1988 como direitos sociais:

São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988, Título II, cap II Art 6).

A saúde é mencionada na Constituição Federal de 1988 sob o Título Da Ordem Social. Juntamente com a assistência social e a previdência, compõe o conjunto de ações da seguridade social.

O artigo 196 da Constituição Federal define a saúde como “direito de todos e dever do Estado [...]”. Dessa forma, evidencia-se um novo conceito de saúde, estabelecida como direito fundamental do indivíduo. A saúde passa a englobar, além da recuperação, ou seja,

da assistência curativa, a promoção e a proteção. Esse conjunto de ações é denominado modelo integral de atenção à saúde (BRASIL, 1990).

Entende-se por ações de promoção e proteção à saúde aquelas que atuam preventivamente no meio, destinadas a reduzir os fatores que levam ao adoecimento. Para a promoção da saúde são desenvolvidas ações de educação em saúde, com o objetivo de substituir padrões de vida considerados nocivos, como o tabagismo e a má alimentação, para padrões considerados saudáveis (BRASIL, 1990).

As ações de proteção à saúde incluem as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, as vacinações e os exames de saúde periódicos. A vigilância sanitária tem como objetivo intervir nos espaços e produtos<sup>10</sup>, para reduzir os riscos à saúde. A vigilância epidemiológica busca identificar alterações nos fatores de adoecimento, para que se possam criar medidas preventivas e de controle. Através da vigilância epidemiológica, conhece-se a situação de saúde de uma comunidade, em que serão apoiadas as ações de prevenção e assistência à saúde (BRASIL, 1990).

O diagnóstico e o tratamento de doenças e todos os fatores que causam danos à saúde compõem as ações de recuperação. Essas ações incluem as consultas médicas e odontológicas e os exames diagnósticos, de forma a permitir a identificação precoce e o início do tratamento, que pode ser realizado via internação ou não, para impedir o agravamento do quadro (BRASIL, 1990).

A nova concepção de saúde prevê a sua interface com outras políticas sociais, uma vez que é tida não como uma política independente, mas condicionada a outros fatores sociais dos quais não pode ser desvinculada. Dentre esses fatores estão a educação, a moradia, a alimentação, o saneamento básico, o controle de agressões ao meio ambiente e a saúde do trabalhador, entre outros.

Outro fator a ser destacado é o dever do Estado de “[...] prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” se aliar ao “[...] das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (BRASIL, 1990, Art. 2).

Dessa forma, pode-se observar a complexidade da política de saúde que, apesar de se desenhar em um sistema único, possui interface com outras políticas sociais e econômicas pelas quais é condicionada.

---

4. Alimentos, cosméticos, medicamentos, entre outros, não só os já disponibilizados ao consumidor, mas também fiscaliza aqueles em fase de fabricação (BRASIL, 1990).

Os serviços de saúde são garantidos por políticas sociais e econômicas que visam à intervenção no meio, como forma de prevenir o processo de adoecimento, bem como garantir o acesso às ações e aos serviços (BRASIL, 1988, art. 196).

Dessa forma, a Constituição de 88 construiu e fundou os pilares que deram sustentação ao SUS consolidado nas Leis 8.080 e 8.142. O novo sistema pauta-se em doutrinas que regem o atendimento da população: a universalidade, a equidade e a integralidade.

A universalidade consiste no direito de todo o cidadão de ter acesso irrestrito aos serviços de saúde de forma geral, tanto o público quanto o privado, que participa do SUS em caráter complementar.

A integralidade da assistência é o reconhecimento da totalidade de cada indivíduo e deste como parte de uma sociedade. O SUS também é um todo indivisível. As ações de promoção, prevenção e proteção à saúde são indissociáveis e os serviços, em seus diferentes graus de complexidade, compõem um único sistema na assistência integral ao indivíduo e à comunidade de forma continuada.

A igualdade expressa a não diferenciação entre as pessoas no acesso às ações e aos serviços oferecidos pelo SUS. Todos são iguais e gozam dos mesmos direitos; cada indivíduo é atendido conforme as suas necessidades.

O SUS desenha-se em todo o território nacional como uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde (artigo 198, CF). Dessa forma, em cada uma das regiões, essas ações e serviços buscam atender às demandas locais, uma vez que a municipalização tem como finalidade permitir ao município gerir e adequar as ações e serviços às suas necessidades. Daí ser denominado Sistema Único,

[...] porque ele segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo federal, estadual e municipal. Assim, o SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema, referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990, p. 4).

O SUS consolida-se como um sistema único por seguir as mesmas diretrizes em todo o território nacional. Essas diretrizes expressam a forma como o sistema deve se organizar em nível nacional e em cada uma das esferas de governo. Esses princípios



organizativos são a descentralização, a regionalização e a hierarquização, a resolubilidade, a participação da sociedade e a participação do setor privado.

Na descentralização, atribui-se a cada uma das esferas de governo federal, estadual e municipal a responsabilidade no planejamento e na execução de ações e serviços de saúde.

Ao governo federal coube o papel central. Dentre as suas atividades estão o planejamento, a avaliação e o controle de políticas relacionadas às ações e serviços de saúde e políticas de controle dos demais fatores que interferem nas condições de vida, como saneamento básico e meio ambiente. O Estado deve organizar a rede de forma regionalizada e hierarquizada e acompanhar, controlar e avaliar as redes e dar apoio financeiro e técnico aos municípios. Os municípios são os executores das ações e serviços devendo planejar, programar e organizar a rede municipal em articulação com o estado.

Algumas atribuições são comuns à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, como a administração dos recursos e a organização e divulgação de indicadores que mostrem os níveis de saúde da população. No geral, as atividades do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde são integradas e complementares.

Os municípios possuem uma responsabilização maior em traçar estratégias que atendam às necessidades de sua área de abrangência e à possibilidade de obter maior sucesso no desenvolvimento dos serviços de saúde.

Com a criação do SUS, além de a responsabilização pela saúde ter sido transferida do Ministério da Previdência Social para o Ministério da Saúde, a responsabilidade pela assistência à saúde passou a ser dos municípios, obedecendo à lógica de que é o local de moradia dos indivíduos.

A descentralização da saúde para estados e municípios está relacionada à necessidade de atendimento integral, visando a reduzir as disparidades regionais (YUNES, 1999). As variações regionais estão presentes na infraestrutura e no gerenciamento das ações, o que resulta em diferenças na eficácia do atendimento à saúde.

Com a descentralização, os estados transferiram aos municípios sua rede ambulatorial e parte da rede hospitalar. Coube aos estados o papel de planejar, financiar, avaliar e controlar as ações em saúde, o que implica a redução das disparidades entre os municípios e uma efetiva gestão do SUS.

Dessa forma, a descentralização tem como finalidade a eficácia nos gastos do dinheiro público, a responsabilidade fiscal dos agentes e a qualidade do atendimento à população (YUNES, 1999).

Pode-se pensar que a descentralização implica a regionalização e a hierarquização das ações e serviços de saúde, em que os gestores locais, entendendo as necessidades de sua região, planejem a rede de saúde de acordo com as características estaduais e municipais.

A rede municipal de saúde possui, como porta de entrada do indivíduo aos serviços, o nível primário, representado pela Estratégia de Saúde da Família, onde a população deve ser atendida de forma qualificada. Quando um caso exigir um nível de complexidade tecnológica maior, o indivíduo será encaminhado a outro serviço pertinente. Os serviços são organizados em níveis crescentes de complexidade e atendem a uma determinada região, previamente estabelecida (BRASIL, 1990).

A baixa, a média e a alta complexidades constituem diferentes níveis de atenção à saúde do SUS. A Atenção Básica é um serviço definido como baixa complexidade por utilizar tecnologia de baixa densidade, composta de procedimentos simples e com baixo custo, apoiadas em estudos de alta complexidade teórica (BRASIL, 2007).

Dentre as ações de saúde que formam a baixa complexidade estão as Unidades Básicas de Saúde, entre elas as Estratégias de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde. Esses dispositivos são os que se apresentam de forma mais acessível à população, sobretudo à população de baixa renda.

A Atenção Básica deve atender à grande parte das necessidades em saúde da comunidade, mas não é suficiente para lidar com toda a demanda, visto que muitos casos requerem níveis de complexidade maiores.

Para tratar dos casos não resolvidos na atenção básica, o sistema apresenta a média e a alta complexidades. A média complexidade é a via de atenção aos casos que demandam profissionais especializados e recursos tecnológicos no diagnóstico e no tratamento (BRASIL, 2007).

Já a alta complexidade é composta por procedimentos de alta tecnologia e consequente custo elevado. Dentre as ações da alta complexidade, listam-se os tratamentos oncológicos e renais crônicos.

Dessa forma, as ações e serviços de saúde devem responder às demandas, levando-se em conta o nível de sua competência, e as necessidades individuais e coletivas de saúde

(BRASIL, 1990). Com a finalidade de atender às necessidades, as ações de saúde do SUS preveem a participação da iniciativa privada, de forma a complementar os serviços oferecidos pelo setor público, quando não são suficientes.

A participação da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde em caráter complementar efetiva-se mediante contratos ou convênios para suprir a insuficiência dos serviços assistenciais, e são regidos pelas mesmas “[...] normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes [...]” (BRASIL, 1990, art. 26) do SUS. Os critérios são estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde e a prioridade de contrato é com instituições filantrópicas ou sem fins lucrativos.

### 2.2.3 Conselhos e Conferências: a participação da comunidade no SUS

Os conselhos e as conferências de saúde são mecanismos pelos quais a população participa do SUS. O modo como a participação ocorre é organizado de duas maneiras: os conselhos de saúde e as conferências de saúde (BRASIL, 1990). Explica Yunes (1999, p. 67):

Tais órgãos dispõem de flexibilidade para aderir ou para adaptar-se às regras do SUS, segundo as possibilidades e peculiaridades sócio-econômicas, locais e regionais. A negociação substituiu a imposição vertical, trazendo como contrapartida a atribuição de responsabilidades.

Os conselhos e as conferências estão presentes nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal. Apesar de possuírem objetivos distintos, há complementaridade em suas finalidades:

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (BRASIL, 1990, Art. 1).

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (BRASIL, et. al., 1990 Art. II).

Pode-se ressaltar que, apesar da periodicidade das Conferências de Saúde, elas desempenham um importante papel para as políticas de saúde, já que é prevista a sua convocação em caráter extraordinário, pelo seu papel avaliativo e de apresentar propostas que subsidiam a formulação de estratégias das políticas de saúde pelos Conselhos de Saúde, pois lhes compete não só a formulação das políticas, mas o controle de sua execução.

As atuações dos Conselhos e das Conferências de saúde devem ser pautadas em informações e conhecimentos fornecidos pelas instituições nas quais a população se apoia para a formulação de diretrizes e o controle da execução de ações de saúde (BRASIL, 1990).

A participação da comunidade, mais especificamente dos usuários do SUS, é garantida em ambas as instâncias colegiadas de forma paritária à soma dos representantes dos demais segmentos populacionais.

Os Conselhos e as Conferências de Saúde possuem regimentos próprios, o que lhes confere características organizacionais e normativas particulares. A resolução n. 333 de 4 de novembro de 2003, elaborada e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, regulamenta as “[...] diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 2003), em complemento à lei maior n. 8.142.

Na resolução 333/2003, a participação da sociedade organizada é destacada como forma de controle social: “O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social” (BRASIL, et. al. 2003).

Apesar de a Resolução regulamentar os Conselhos de Saúde, ainda se vê o elo existente entre essa normatização e as Conferências de Saúde, uma vez que ela expressa a necessidade de que a participação da sociedade se consolide também via Conferências de Saúde.

Dentre outras atribuições, a Resolução estabelece o número de vagas destinadas a cada uma das instâncias que devem compor os conselhos de saúde. Nessa divisão, a maior parte das vagas cabe aos usuários do SUS, 25% aos representantes dos trabalhadores de saúde e 25% aos representantes de governo, prestadores de serviço privados conveniados ou sem fins lucrativos.

No que se refere à escolha dos órgãos e entidades a serem representadas nos conselhos, outro fator a ser apontado é a existência de uma preocupação do documento

com as escolhas de cada uma das instâncias sociais que compõem os conselhos em cada um de seus níveis federal, estadual e municipal. De acordo com a resolução, para a sua elegibilidade, os órgãos a serem representados devem ser relevantes socialmente, ou seja, devem representar a população e suas reais necessidades.

Ainda em relação a esse aspecto, exige-se que os conselheiros sejam pessoas que gozem de neutralidade política.

O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros ser reconduzidos, a critério das respectivas representações (BRASIL, 2003, Art. V).

A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo da substituição do conselheiro (BRASIL, et. al., 2003, Art. VI).

Dessa forma, pode-se salientar que a Resolução busca assegurar a representação da sociedade junto aos conselhos, com o objetivo de aprimorar o SUS através de um maior número de representantes de usuários, bem como a independência dos conselheiros em relação à política local, ou seja, a mandatos de governo.

De acordo com essa visão, evidencia-se ainda a autonomia dos Conselhos em relação ao governo, uma vez que é responsabilidade do governo local fornecer condições como estrutura e dotação orçamentária para o seu pleno funcionamento, condições que são geridas pelos próprios conselhos. A estrutura administrativa, por sua vez, é definida em Plenário e se baseia na NOB.

Sob essa perspectiva, os Conselhos possuem a função de realizar auditorias nas contas do Gestor do SUS das respectivas esferas de governo. A cada três meses, o gestor do SUS deve apresentar relatório fornecendo as informações sobre a agenda de saúde, a aplicação de recursos e os serviços de saúde, dentre outros tópicos (BRASIL, et. al., 2003, art. X).

Outro fator a ser indicado é a forma de manifestação dos conselhos via atos deliberativos, que devem ser homologados dentro de 30 dias pelo chefe do poder em cada esfera de governo, tornando-os públicos. O não cumprimento dessa função pelo governante e sem sua justificativa para o conselho abre requisito para que as entidades que integram o conselho recorram ao Ministério Público para a validação das resoluções.

Dessa forma, a Resolução expressa a necessidade de que os conselhos atuem de forma permanente na garantia da participação social através da mobilização e da articulação da sociedade. Dentre as competências dos conselhos para garantir a participação social, estão: elaborar regimento para os conselhos, viabilizar formas de operacionalizar as diretrizes aprovadas pelas Conferências de Saúde, participar da formulação e controle das políticas de saúde, acompanhar a gestão do SUS de forma articulada a outras políticas sociais, avaliar o funcionamento dos serviços de saúde, propor critérios para a utilização dos recursos financeiros, aprovar propostas financeiras, bem como “Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento” (BRASIL, 2003, art. XV).

A partir das funções e atribuições dos Conselhos e Conferências, infere-se que, além de se constituírem como forma efetiva de participação social e exercício da democracia, são essenciais para o funcionamento do SUS, uma vez que as ações e os serviços de saúde dependem da sua participação na elaboração, formulação, controle e execução, dentre outras atribuições e competências dos conselhos e das conferências de saúde.

### 2.3 A criança no contexto do Sistema Único de Saúde

A atenção à infância no Brasil evoluiu paralelamente às transformações sociopolíticas ocorridas ao longo da história, com a mobilização do governo e da sociedade civil pelos direitos da criança e do adolescente. Tal movimento fez parte de um processo de redemocratização do país, em que a infância e a saúde foram amplamente discutidas na busca de garantia de direitos sociais.

Nesse contexto, a criança se constitui como um segmento da população que prescinde de ações específicas não apenas da área da saúde, mas de todas as políticas sociais destinadas a essa população.

Para a garantia do acesso da população infantil à saúde, o governo e o Ministério da Saúde elegeram as crianças como um grupo prioritário nas políticas sociais. As ações de saúde destinadas à criança compõem a agenda de compromisso prioritária do Ministério da Saúde, uma vez que a redução da mortalidade infantil se impõe como um desafio para esse Ministério.

Na tentativa de fomentar ações de saúde destinadas ao público infantil, o Ministério da Saúde elaborou, no ano de 2005, uma cartilha em que exhibe as principais diretrizes a serem seguidas no desenvolvimento de políticas de atenção à saúde da criança: “O presente documento é mais uma ferramenta de trabalho para ajudar os gestores estaduais e municipais no processo de reorganização da rede de assistência à infância nos seus vários níveis” (BRASIL, 2005, p.6).

O documento pauta-se nos princípios e diretrizes do SUS e no Estatuto da Criança e do Adolescente para a promoção do bem-estar da criança. Volta-se para o desenvolvimento de ações destinadas à promoção da saúde integral da criança. Sua finalidade é possibilitar “[...] que gestores e profissionais de saúde identifiquem as ações prioritárias para a saúde da criança” (BRASIL, 2005, p.6). Para esse fim, fornece linhas de cuidado necessárias para a constituição de uma rede integrada de assistência à saúde da criança, onde estão previstas a intersectorialidade<sup>11</sup> e a Avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada<sup>12</sup>.

A cartilha traz como desafio evitar as principais causas de mortalidade infantil<sup>13</sup>: mortalidade pós-neonatal (28 dias a um ano de vida) e mortalidade neonatal (0 a 27 dias), situação caracterizada como evitável desde que se tenha acesso, em tempo hábil, a serviços de saúde resolutivos e qualificados.

Nota-se que o Ministério da Saúde formula políticas que servem como base para que estados e municípios elejam prioridades locais e tracem suas ações. Dessa maneira, estados e municípios devem desenvolver planos de ações que insiram o público infantil e que estejam integrados com outras políticas sociais.

Outro fator a ser mencionado é a subdivisão feita pelo Ministério da Saúde, através do documento, expressa em Linhas de cuidado da atenção integral à saúde da criança e redução da mortalidade infantil, apresentada como

[...] estratégia para a superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde (como distanciamento entre atenção básica e a atenção hospitalar) e garantia de continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção às de tratamento e reabilitação, com um fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção (primária, secundária e terciária),

---

<sup>11</sup> De acordo com o documento, a “[...] intersectorialidade pressupõe a definição de objetivos comuns [...]” (op. cit., 2005, p. 13). Cada setor tem uma participação específica, de acordo com sua especialidade, na execução das ações.

<sup>12</sup> Refere-se ao requisito de que as ações sejam constantemente desenvolvidas pelas unidades de saúde e pelas equipes de saúde da família, de forma a identificar problemas prioritários para a efetivação das ações. Os instrumentos são os Sistemas de Informação.

<sup>13</sup> Doenças perinatais, pneumonia e diarreia associadas à desnutrição são as principais causas de morte no primeiro ano de vida.

com referência e contra-referência responsável, até a recuperação completa do indivíduo (BRASIL, 2005, p. 19).

As linhas de cuidado são abrangentes e incluem desde a atenção à saúde da mulher antes e durante a gestação até as ações destinadas ao crescimento e desenvolvimento integral da criança, nas quais estão incluídos fatores como alimentação, desnutrição e imunização. As ações da saúde da mulher referem-se à atenção humanizada e qualificada destinada à atenção clínico-ginecológica que garanta a identificação de fatores de risco ou diagnóstico e tratamento de doenças que comprometam a saúde da mulher e do recém-nato (BRASIL, 2005).

A Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido busca integrar ações da atenção básica com as de média e alta complexidade na prevenção de mortes maternas nas internações para o parto e de mortes neonatais. Nesta linha são destacadas as necessidades de atenção às puérperas e de promoção da ação Primeira Semana Saúde Integral<sup>14</sup> de atenção à mãe e ao bebê (BRASIL, 2005).

As ações de saúde compreendem: pré-natal, parto institucional (parto domiciliar em algumas regiões do país), atenção ao puerpério, urgências e emergências maternas com acesso à UTI, atenção imediata ao recém-nascido na sala de parto, alojamento conjunto e acesso à Unidade de Cuidados Intermediários e às Unidades de Tratamento Intensivo e acompanhamento após a alta (BRASIL, 2005).

A Triagem neonatal: o teste do pezinho<sup>15</sup> é parte da Primeira Semana Saúde Integral. Cabe às unidades de saúde divulgar a importância do teste para a sua realização e encaminhamento para tratamento por equipe especializada (BRASIL, 2005).

O Incentivo ao Aleitamento Materno<sup>16</sup> é uma das linhas de atenção à saúde da criança entendida como garantia de saúde, também parte da Primeira Semana Saúde Integral. A amamentação é considerada um aspecto imprescindível para o bom desenvolvimento da criança, Por isso são programadas ações de promoção à amamentação,

---

<sup>14</sup>A Primeira Semana Saúde Integral faz parte do Programa Nacional de Triagem Neonatal instituído pela Portaria GM/MS 822/2001. A ação envolve avaliação das condições de saúde da criança, da mãe, incentivo ao aleitamento materno, aplicação de vacinas na mãe e na criança, agendamento da consulta pós-parto, planejamento familiar para a mãe e acompanhamento para a criança, bem como busca ativa dos casos suspeitos, confirmação diagnóstica, acompanhamento multidisciplinar especializado e tratamento dos pacientes detectados.

<sup>15</sup> O teste do pezinho faz o diagnóstico de doenças como hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme e fibrose cística que, com tratamento precoce, minimiza a repercussão sobre a saúde da criança. Deve ser realizado a partir do quinto dia de vida.

<sup>16</sup> A amamentação deve ser praticada até os seis meses e completada com alimentos apropriados até os dois anos, a fim de favorecer um melhor desenvolvimento.



como estimular as mães a praticarem a amamentação desde o pré-natal, na maternidade, através de equipe capacitada para iniciar a amamentação na primeira hora após o parto, além do estímulo ao aleitamento materno após a alta da maternidade (BRASIL, 2005).

A visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde, no último mês de gestação e na primeira semana de vida da criança, é uma ação **prioritária de** vigilância a saúde da mãe e do bebê e de fundamental importância para o incentivo, orientação e apoio à amamentação (BRASIL, 2005, p.23).

A mobilização social em que profissionais e gestores devem garantir o direito expresso na Convenção dos Direitos da Criança de 1989 e no ECA<sup>17</sup> quanto à orientação aos pais sobre a alimentação saudável dos seus filhos é outra ação prevista, à qual se somam a Semana Mundial da Amamentação, que acontece em outubro, e o Hospital Amigo da Criança. Ressalta-se a presença da comunidade no apelo para o valor da amamentação.

O Banco de Leite Humano é apontado como apoio às mulheres que desejam amamentar seus filhos. Os profissionais ajudam a identificar o excesso de leite, que atende a recém-nascidos prematuros ou outras crianças que, por algum motivo, necessitam de internação em Unidades Neonatais.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança é registrado no Cartão da Criança como parte da avaliação integral<sup>18</sup> da saúde da criança (0-6 anos), e compõe a linha Incentivo e Qualificação do Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento (CD).

A Alimentação saudável e a prevenção do sobrepeso e obesidade infantil destinam-se à promoção de hábitos alimentares benéficos ao processo de crescimento e desenvolvimento:

No município devem estar destacadas as ações de *Vigilância Alimentar e Nutricional*, incluindo avaliação de consumo alimentar, além da identificação e priorização do atendimento das famílias e crianças em

---

<sup>17</sup> O documento cita, ainda, os direitos garantidos à mulher para que possa amamentar seu filho, dentre eles a licença maternidade de 120 dias (na ocasião do documento), garantida pela Constituição Federal, o direito da nutriz de sair uma hora por dia para amamentar a criança de até seis meses, que pode ser dividida em duas pausas de meia hora. A Norma de Comercialização de Alimentos, Portaria MS 2.051, para lactantes e crianças da primeira infância, proíbe estratégias de marketing que incentivam a comercialização de produtos que interferem na amamentação.

<sup>18</sup> Registram-se, no Cartão da Criança, a Avaliação do peso, altura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências, o estado nutricional, orientações à mãe/ família/ cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todo o atendimento.

programas de transferência de renda ou de distribuição de alimentos disponíveis (BRASIL, 2005, p. 25).

Na sequência, está o Combate à Desnutrição e Carências Nutricionais, linha que se destina ao incentivo de ações de promoção à saúde e prevenção da desnutrição (BRASIL, 2005).

Um fator a ser destacado nas linhas em que há promoção da alimentação saudável no combate a problemas que possam ocorrer em consequência da má alimentação é a vinculação destas a outras políticas sociais, como as de transferência de renda e de distribuição de alimentos.

A Imunização tem como objetivo o controle de doenças imunopreveníveis e a premência de se atingirem metas cada vez maiores que envolvam vacinações de crianças, mulheres em idade fértil, gestantes e adolescentes de até 19 anos de idade.

Nesse contexto, é preciso conhecer o perfil das doenças imunopreveníveis para, a partir da situação, planejar medidas de prevenção e controle. Para esse fim é utilizada a notificação das doenças que podem ser preveníveis pela vacinação (BRASIL, 2005).

Deve-se evidenciar, como fator a se levar em conta para a avaliação da atenção à saúde da criança, a recomendação expressa no documento de que as Unidades de Saúde devem ter sala de vacina, “[...] sem restrição de horários, para não se perder a oportunidade de vacinar toda a população” (BRASIL, 2005, p. 27).

A nona linha refere-se à Atenção às Doenças Prevalentes, dentre as quais a diarreia, a sífilis, a rubéola congênita, o tétano neonatal, o HIV/AIDS e as doenças respiratórias/alergias. A atenção a essas doenças visa à redução da morbimortalidade em decorrência delas (BRASIL, 2005).

A Atenção à Saúde Bucal é uma linha que engloba a atenção à saúde bucal da mulher antes, durante e depois da gestação, e da criança. Nesta linha aponta-se a relevância do aleitamento materno na promoção da saúde dos dentes e o correto crescimento dos ossos da face, prevenindo problemas ortodônticos e da fala. A saúde bucal está associada ainda a hábitos alimentares, como a recomendação de que não seja introduzido o açúcar na dieta das crianças (mamadeiras, chás, sucos, etc.). De acordo com o documento, a alimentação e a higiene são os pontos chaves para a promoção da saúde bucal (BRASIL, 2005).

A Atenção à saúde mental põe em evidência os cuidados com a saúde mental da criança, que devem se iniciar com a mulher no pré-natal.

A forma como assiste à família, sua relação com o neném, a maneira como essa família se dispõe a cuidar da criança, seu percurso escolar desde os primeiros anos, enfim, como essa criança é recebida e “endereçada” ao mundo, são fatores fundamentais para a saúde mental (BRASIL, 2005, p. 31).

Nesse contexto, cabe à equipe de saúde a identificação de necessidades especiais e o encaminhamento que se fizer necessário para se atender a essas necessidades.

Dessa forma, o documento contém a indicação de se definir um fluxo de assistência capaz de fazer o acolhimento de bebês a para avaliação e o tratamento psicoterapêutico de crianças.

Os profissionais devem estar aptos a identificar e referenciar as crianças que demandam intervenção, nos casos em que há sintomas indicativos de autismo, psicose, ou neuroses mais severas. Nos demais casos, é indispensável que os profissionais da saúde mental, em parceria com as equipes de saúde da família, possam verificar em que medida os problemas apresentados pela criança podem ser resolvidos com sua inclusão em atividades de socialização, em oficinas culturais e esportivas da própria comunidade. E é por isso que se deve reconhecer a importância e o significado dos espaços de construção coletiva e de efetivo exercício da intersetorialidade, fundamentais na luta para assegurar o lugar da criança no seu território, na comunidade e na cidade (BRASIL, 2005, p. 31).

A atenção à saúde da criança inclui também a Prevenção de acidentes, maus-tratos/violência, uma vez que a violência urbana e doméstica e os acidentes domésticos e do trânsito são apontados como causas de morbidade na infância e a primeira causa de mortalidade a partir dos quatro anos. Tais problemas são enumerados como relevantes em saúde pública na atualidade e trazem aos serviços de saúde a exigência de estruturação diferenciada. Nesse item estão inclusas também outras formas de violência, tais como o abuso sexual, o abandono, a negligência e a violência psicológica (BRASIL, 2005).

A Notificação Obrigatória de Maus-Tratos contra Crianças e Adolescentes (PT/GM/MS n.º 1.968/2001) deve ser implementada por todos os gestores (municipais e estaduais) da saúde (BRASIL, 2005).

As linhas de cuidado preveem atenção às crianças com alguma deficiência física, mental ou sensorial. A atenção à criança portadora de deficiência prevê que cerca de 70 a 80% das sequelas podem ser evitadas ou minimizadas por meio de condutas e procedimentos simples, de baixo custo e de possível operacionalização. Para isso, indica-se a adoção de medidas preventivas.

As linhas de cuidado são concentradas em eixos na atenção à saúde da criança. Nesses eixos pode-se apontar a existência de uma subdivisão em três momentos diferentes da atenção à saúde da criança.

No primeiro eixo, denominado Nascimento saudável, a atenção destina-se à saúde da mulher, com ações como anticoncepção e concepção; prevenção, diagnóstico e tratamento das DSTs/AIDS; saúde dos adolescentes; atenção ao pré-natal, parto e puerpério, urgência, emergência materna e neonatal. O segundo momento expressa a preocupação com o Menor de um ano e envolve cuidados com o recém-nascido, a chamada “Primeira Semana Saúde Integral”, acompanhamento do RN de risco; triagem neonatal; aleitamento materno; saúde coletiva em instituições de educação infantil; atenção às doenças prevalentes: desnutrição, diarreias, anemias carenciais, doenças respiratórias. No terceiro momento, a atenção à saúde da criança de **1 a 6 anos / 7 a 10 anos** inclui ações de saúde coletiva em instituições de educação; atenção às doenças prevalentes: desnutrição, diarreias, anemias carenciais e doenças respiratórias (BRASIL, 2005).

### 2.3.1 Unidade básica de saúde: a formação do elo entre criança e saúde

O sistema de saúde implantado pelo SUS introduz um modelo de atenção à saúde da população pautado nas Estratégias de Saúde da Família, definida como

[...] eixo norteador para a organização da atenção básica nas unidades de saúde. Deve ser entendida como o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, desempenhadas para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, bem como para as ações de assistência aos problemas de saúde (BRASIL, 2005, p. 47).

O Programa de Saúde da Família é um dos componentes da Atenção Básica à Saúde. Cada estratégia é responsável por um número de famílias residentes em uma determinada área. A equipe é multiprofissional e atua junto à comunidade na promoção da saúde, prevenção, reabilitação de doenças e agravos, e manutenção da saúde. Representa um rompimento com o modelo assistencialista de atenção à saúde, em que a responsabilidade pelas condições de saúde é compartilhada com a comunidade. O programa é a porta de entrada da criança no serviço de saúde e é responsável pela execução de ações destinadas a essa população.

Outro papel a ressaltar no modelo instituído pelo SUS na atenção à criança é a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, pela possibilidade “[...] de abordagem da criança nos espaços de sua vida cotidiana [...]” (BRASIL, 2005, p. 50).

Por meio de ações educativas em saúde, nos domicílios e coletividade, essa equipe estende o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção da cidadania, além de participar da orientação, acompanhamento e educação específica em saúde (BRASIL, 2005, p. 50).

Note-se que as unidades básicas de saúde possuem papel central nas atividades de saúde da população, e em específico da criança, por serem elas as responsáveis por uma determinada área de cobertura e se constituírem como a ‘porta de entrada do sistema’ de saúde para a população.

A partir das unidades básicas, quando o caso demanda, a criança é referenciada a outros serviços para atenção especializada, seguindo a rede de referências estabelecidas em âmbito regional. A formação da rede de atenção à saúde implica a articulação entre os diversos serviços que a compõem e os profissionais nela inseridos, com o objetivo de proporcionar atenção integral à criança. Essa articulação pressupõe um sistema de comunicação em que o referenciamento por escrito, no qual são expressos os motivos, é seguido da contrarreferência<sup>19</sup>, que é a resposta ao atendimento solicitado. A comunicação facilita que a unidade básica de origem possa dar continuidade à assistência quando do retorno à unidade de origem.

A rede de saúde é formada por pactos realizados entre unidades de saúde, municípios e regiões e segue protocolo estabelecido para o fluxo pactuado. Na rede, a unidade básica deve atuar articulada às equipes de apoio e à rede ambulatorial especializada, aos serviços de urgência, à rede hospitalar, inclusive às maternidades, e ao programa de atenção domiciliar, quando da sua implantação (BRASIL, 2005).

Dessa forma, a atenção básica ocupa posição estratégica para ação na atenção à saúde. É ela a responsável pela **Vigilância à saúde**, realizada através de visitas domiciliares, na busca ativa das pessoas sem o acompanhamento programado, e na realização de ações consideradas eventos-sentinelas<sup>20</sup> (BRASIL, 2005). A vigilância à saúde é

---

<sup>19</sup> Na contrarreferência são registrados o relatório de atendimento e a proposta terapêutica.

<sup>20</sup> Eventos-sentinelas referem-se ao controle de situações que não deveriam ocorrer em função da disponibilidade de conhecimento, recursos técnicos e da assistência em saúde. As situações descritas são vigilância da ocorrência do tétano neonatal, da sífilis e da rubéola congênita, da transmissão vertical do HIV, onde já estão implantadas as ações de controle dessas doenças, incluindo a disponibilidade de exames e medicamentos, conforme orientações do Ministério da Saúde (Programa de Humanização do Parto e Nascimento e Projeto Nascer).

[...] entendida como a postura ativa que o serviço de saúde deve assumir em situações de maior risco e dirigida a pessoas com maior vulnerabilidade, desencadeando ações estratégicas específicas para minimizar os danos com adequado acompanhamento de saúde [...] (BRASIL, 2005, p. 41).

Outra ação estratégica da unidade básica é a **Vigilância da mortalidade materna e infantil**, o óbito materno, infantil e perinatal. A equipe de saúde deve buscar as possíveis causas que levaram à morte de uma mulher e/ou de uma criança da sua área de abrangência. Essa investigação realizada pela equipe permite que medidas sejam tomadas na prevenção de óbitos evitáveis (BRASIL, 2005).

Para a realização das ações no cuidado com a criança, a **Educação continuada das equipes de atenção à criança** é apontada como estratégia de ação: “A capacitação teórico-prática e a supervisão da educação continuada das equipes de saúde da família e de atenção básica é de fundamental importância para a plena inserção de todos os profissionais no cuidado com a criança” (BRASIL, 2005, p. 42).

A **Organização de linhas de cuidado** é a estratégia que visa a articular as ações de saúde, uma vez que se apresentam de forma desarticulada nos diversos níveis de atenção à saúde, com a finalidade de dar

[...] continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção até as de tratamento e reabilitação, com um fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção (primária, secundária e terciária), com referência e contra-referência responsável, até a recuperação completa do indivíduo (BRASIL, 2005, p. 43).

Pode-se concluir que a articulação da unidade básica com os demais níveis de complexidade que compõem o SUS, para efetivação da articulação entre as linhas de cuidado na atenção à saúde da criança, visa a aproximar a população dos serviços de saúde, na prevenção, na promoção e na assistência à saúde e possibilita a atenção à criança de forma integral.

Apesar de o documento apontar a necessidade da integralidade, ele prioriza linhas de cuidado a partir das principais causas de morbidade e mortalidade infantil no país. Se a atenção fosse integral, não haveria a necessidade de se estabelecerem prioridades.

Para que os municípios possam definir metas e planejamentos de ações, são estabelecidos **Instrumentos de gestão dos serviços de saúde para a atenção integral à saúde da criança** a partir dos quais se realizam diagnósticos sobre a população. Os instrumentos consistem em sistemas de informação alimentados pelos próprios serviços de

saúde e por instâncias municipais. Dentre os sistemas de informação da rede de atenção à criança situam-se:

O **Sistema de informação sobre nascidos vivos (SINASC)** informa o número de gestantes de uma área específica, o quantitativo de crianças nascidas vivas e a identificação de crianças com risco ao nascer; a partir desses indicadores, o município pode calcular a taxa de mortalidade da população (BRASIL, 2005).

O **Sistema de informação sobre mortalidade (SIM)** fornece informações de avaliação das ações realizadas relacionadas aos óbitos maternos e de crianças, principalmente aqueles passíveis de prevenção pela atuação do sistema de saúde (BRASIL, 2005).

O **Sistema de informação ambulatorial (SIA)** registra informações sobre os procedimentos ambulatoriais realizados de acordo com os procedimentos profissionais (consultas, exames laboratoriais, atividades e ações, etc.), bem com a faixa etária de indivíduos vacinados, atendimentos de emergência, especialidades profissionais e ações de programas especiais (tuberculose e hanseníase), o que permite conhecer e acompanhar os serviços produzidos (BRASIL, 2005).

Os dados do **Sistema de informação da atenção básica (SIAB)** são gerados pelas equipes de saúde da família e se referem à área de abrangência de uma determinada unidade. Esse sistema fornece informações sobre cadastros de famílias e pessoas, condições de moradia e saneamento, situação de saúde, com o acompanhamento de crianças, entre outras, como os indicadores sociais, o que possibilita monitorar as condições sociodemográficas das áreas cobertas (BRASIL, 2005).

O **SISPRENATAL** informa dados sobre as gestantes e o pré-natal, incluindo o número de consultas, a idade das gestantes e a identificação de puérperas e recém-nascidos (BRASIL, 2005).

No **Sistema de informações de agravos de notificação (SINAN)** é possível obter informações sobre notificações e investigações de casos de doenças e agravos que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (Portaria 1.943, de 18 de outubro de 2001), bem como sobre problemas de saúde de interesse dos estados e municípios (BRASIL, 2005). O **Sistema de informação sobre internações hospitalares (SIH)** contém dados sobre as internações (gestantes, crianças e população em geral) e permite que se identifiquem o índice de internação da população da área de abrangência da unidade e as patologias, possibilitando a assistência após a alta (BRASIL, 2005).

Na atenção à saúde da criança, destacam-se as atribuições das Estratégias de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde. Eles atuam na concretização das diretrizes do SUS e na garantia do acesso universal à saúde. Para isso devem se aproximar da comunidade a que pertencem e a que buscam atender na promoção da saúde e na prevenção de fatores que levem ao adoecimento. É no vínculo que se estabelece com a comunidade que se pauta a atuação dos agentes na identificação de fatores de risco<sup>21</sup> e na busca das crianças que se ausentam do acompanhamento nas Unidades básicas de saúde.

Assim, verifica-se que a Atenção Básica representa importante papel para a efetivação das políticas de atenção à saúde da criança em nível municipal.

---

<sup>21</sup> Os fatores de risco são definidos como casos de alcoolismo, abuso de drogas, desagregação familiar, sinais que sugiram violência nas visitas domiciliares, como lesões físicas, alterações de comportamento (agressividade, medo, timidez excessiva, apatia), negligência (criança malcuidada, internações repetidas, desnutrição crônica, etc.), entre outros (BRASIL, 2005).



## **CAPÍTULO III**

### **A SAÚDE DA CRIANÇA NO MUNICÍPIO DE CORUMBÁ – MS**

O capítulo apresenta os dados da política de atenção à saúde da criança no município de Corumbá, relativos aos anos de 2006, 2007, 2008 e 2009.

Inicialmente, é feita uma explanação sobre as características do município em relação aos aspectos econômicos, políticos, sociais e populacionais.

A partir dessa contextualização e obedecendo ao objetivo proposto neste trabalho, expõem-se os dados relacionados à Secretaria Municipal de Saúde, dentre os quais o organograma vigente e a organização da rede de serviço de saúde do município, destacando as Unidades de Saúde e a Sociedade Beneficente Corumbaense.

Em seguida, exibem-se os dados em relação à saúde da criança, ressaltando o que os documentos dizem sobre ela, o que foi planejado e o que foi feito.

É importante destacar que os dados obtidos para a consecução deste estudo são oriundos do Plano Plurianual 2006-2009 da Secretaria Municipal de Saúde (LEI N. 2.133/2009 de 23 de dezembro de 2009) e dos Relatórios de Gestão dos anos de 2006, 2007, 2008 e 2009, fornecidos pela Secretaria Executiva de Saúde.

Após a apresentação dos dados coletados nas fontes acima descritas, realiza-se uma análise com a intenção de compreender a política de Atenção à Saúde das crianças no Município de Corumbá-MS, no período de 2006 a 2009. A finalidade é obter um entendimento da “[...] engenharia institucional e dos traços constitutivos dos programas” (ARRETCHE, 1998, p. 30).

#### **3.1 Caracterização do Município de Corumbá**

O município de Corumbá situa-se no estado de Mato Grosso do Sul, na região Centro-Oeste do país. Está localizado na margem esquerda do rio Paraguai, na planície do Pantanal, com extensão territorial de 64.961 km. O município faz fronteira seca com a Bolívia.

A população residente no município, segundo o censo do IBGE do ano de 2010, está estimada em 103.703 habitantes. No ano de 2000 totalizava 99.467 habitantes (IBGE, 2000). De acordo com esses indicadores, houve um aumento no número total de habitantes.

Outro dado importante demonstrado no censo 2010 diz respeito à redução do contingente de crianças residentes no município. Pelo censo do IBGE de 2000, a população de 0-4 anos de idade representava 11,5% da população total do município; no censo 2010, o índice caiu para 8,4%, indicando uma redução de 3,1% na representatividade da faixa etária em relação à totalidade populacional. Na idade de 5-9 anos, a diferença nesse indicador foi menor, passando de 11,3% da população total para 9,2%, ou seja, uma redução de 2,1% na representatividade da faixa etária em relação ao total da população, como se observa no quadro abaixo.

**Quadro 1 – Número de crianças residentes no município de Corumbá – MS distribuídas por idade, 2000-2010**

Faixa Etária	Ano	2000		2010	
		Habitantes	%/ total da população	Habitantes	%/ total da população
0-4 anos		10.961	11,5%	8.721	8,4%
5-9 anos		10.841	11,3%	9.472	9,2%
10-14 anos		10.422	10,9%	10.588	10,2%

Fonte: IBGE, Censo 2000 / 2010.

O índice de Gini representa o padrão de distribuição de renda da população. No município de Corumbá, esse índice é de 0,49, indicando alto grau de desigualdade na distribuição dos rendimentos<sup>22</sup>. De acordo com os dados do IBGE 2002/2003, é o pior índice de distribuição do estado de Mato Grosso do Sul, evidenciando o grande contingente de pessoas que vivem abaixo da linha da pobreza.

A indigência e a pobreza representam situações em que a renda não é suficiente para a compra da cesta básica, ou seja, alimentos, e para a compra de produtos e serviços necessários à reprodução social (JANNUZZI, 2006). Em Corumbá, a incidência de pobreza é igual a 40,37%. O limite inferior da incidência de pobreza é igual a 37,10% e o limite superior da incidência de pobreza é de 43,64% (IBGE, Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2002/2003).

O quadro abaixo representa o rendimento da população, revelando que a maior parte da população não possui rendimentos ou possui rendimentos que atingem dois salários mínimos, no máximo. À medida que a renda mensal aumenta, o número de

<sup>22</sup> A medida do Índice de Gini varia de 0 a 1. O 0 (zero) representa a situação de distribuição de renda perfeita em uma sociedade; o 1 (um) representa a situação de extrema desigualdade na distribuição de renda. Já os índices de 0,5 são atingidos no Brasil e representam “[...] um grau de extrema perversidade distributiva” (JANNUZZI, 2006, p. 97).

habitantes vai diminuindo, demonstrando que a maior parte da população possui rendimentos que não ultrapassam dois salários mínimos.

**Quadro 2 – Relação da Renda Nominal Mensal pelo Número de Pessoas Residentes no Município.**

Rendimento nominal mensal/ pessoa residente	Número de pessoas	%
Até 1 salário mínimo	12.289 habitantes	12,3%
Mais de 1 a 2 salários mínimos	11.093 habitantes	11,1%
Mais de 2 a 3 salários mínimos	4.485 habitantes	4,50%
Mais de 3 a 5 salários mínimos	4.669 habitantes	4,69%
Mais de 5 a 10 salários mínimos	4.228 habitantes	4,25%
Mais de 10 a 20 salários mínimos	1.417 habitantes	1,42%
Mais de 20 salários mínimos	834 habitantes	0,83%
Pessoas sem rendimento	34.885 habitantes	35,07%

**Fonte: IBGE – Censo 2000.**

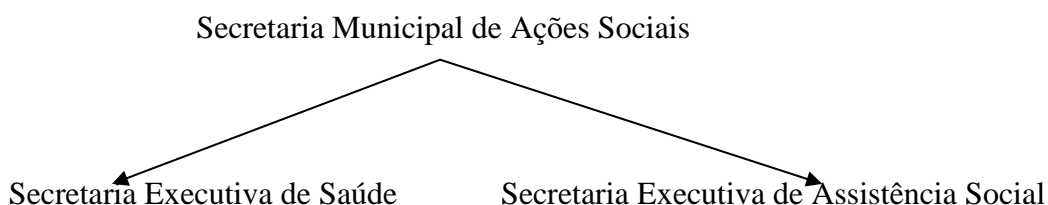
Os dados acima, referentes aos indicadores sociais do município, evidenciam uma má distribuição de renda, com a maior parte da população vivendo na linha da pobreza, sem acesso a bens e serviços.

### 3.2 A rede de saúde do município

#### 3.2.1 – A estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde

A organização das secretarias municipais do período de 2006 a 2009 foi estabelecida conforme a Lei Municipal Complementar n. 101/2006, que dispõe sobre a estrutura administrativa e funcional da Prefeitura Municipal de Corumbá - MS (RUIZ, 2009, p. 79).

Essa lei estabelece que a Secretaria Executiva de Saúde e a Secretaria Executiva de Assistência Social estão diretamente subordinadas à Secretaria Municipal de Ações Sociais, conforme demonstrado abaixo:



A partir dos Documentos pesquisados, o Plano Plurianual 2006-2009 e os Relatórios de Gestão dos anos 2006, 2007, 2008 e 2009, a estrutura organizativa da Secretaria Municipal de Saúde passou por varias modificações em sua estrutura

organizacional. Essas modificações estão relacionadas ao número de coordenações e às atribuições de cada uma delas. No período estudado foi possível visualizar três organizações distintas, mas não ficou claro em que momento ocorreram tais alterações.

Na ocasião da coleta de dados junto à Secretaria Executiva de Saúde, no ano de 2010, uma nova estrutura organizacional estava implantada, conforme descrição a seguir.

Na estrutura então vigente, ao Secretário Executivo de Saúde estavam diretamente ligadas a Assessoria Jurídica; a Superintendência ou Secretaria Especial responsável pelo Núcleo de Processamento de Informações, e as Gerências de atenção à saúde, responsáveis pelos programas e ações de saúde.

As Gerências de Atenção à Saúde estavam assim organizadas:

1. Gerência de Vigilância em Saúde, subdividida em Núcleos de: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e Ambiental e Controle de Zoonoses.

2. Gerência de Atenção à Saúde, estruturada em Núcleos de Assistência Farmacêutica, de Laboratório, de Atenção Básica, de Especialidades e Urgência. A função dessa gerência era coordenar a execução dos serviços de saúde ligados a ela como Unidade Básica de Saúde, Unidade Básica de Saúde da Família, Unidade de Urgência e Emergência, farmácias e laboratórios. Nessa gerência localizava-se a Saúde da Criança. As verbas destinadas às ações e programas ficavam sob a responsabilidade da Secretaria de Ações Sociais, a quem cabia viabilizar gastos, enquanto a gerência de Atenção à saúde solicitava e apontava as necessidades da área.

3. A Gerência de Gestão e Políticas de Saúde também se subdividia em núcleos: Regulação da Assistência, Planejamento em Saúde, Monitoramento e Avaliação das Metas (que naquele momento não possuía um responsável, indicando um serviço inexistente, na prática) e Auditoria dos Serviços em Saúde e Projetos.

Essa gerência tinha a função de planejar, coordenar e avaliar a execução de ações, programações orçamentárias, recursos disponíveis, logísticas de insumos, monitoramento de dados, entre outras.

4. A Gerência de Saúde Bucal possuía dois núcleos: Atenção Básica em Saúde Bucal e Atenção Especializada em Saúde Bucal. Sua função era coordenar os seus dois núcleos.

### 3.2.2 – As Unidades de Saúde

A rede de saúde do município de Corumbá – MS, ao longo do período estudado, esteve composta basicamente por Estratégias de Saúde da Família, Estratégias de Agente Comunitário de Saúde e Unidades de Referência.<sup>23</sup>

As Estratégias de Saúde da Família<sup>24</sup> somavam 18 equipes e as Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde<sup>25</sup> totalizavam quatro equipes. Duas das estratégias de saúde da família eram responsáveis pela assistência aos assentamentos rurais do município<sup>26</sup>, cujo funcionamento se dava em sistema de rodízio. A cada dia da semana os atendimentos eram realizados em um dos assentamentos, de maneira a atender a todos eles no período de uma semana.

As unidades de saúde que compõem a rede de saúde do município podem ser visualizadas nos quadros a seguir.

**Quadro 3 – Estratégias de Saúde da Família, Corumbá, de 2006 a 2009.**

Estratégias De Saúde Da Família <sup>27</sup>	2006	2007	2008	2009
ESF São Bartolomeu	X	X	X	X
ESF Popular Velha	X	X	X	X
ESF Fernando Moutinho I	X	X	X	X
ESF Fernando Moutinho II	X	X	X	X
ESF Nova Corumbá	X	X	X	X
ESF Kadwéus	X	X	X	X
ESF Rural Mato Grande	X	X	X	X
ESF Breno de Medeiros I	X	X	X	X
ESF Breno de Medeiros II	X	X	X	X
ESF Enio Cunha	X	X	X	X
ESF Dom Bosco	X	X	X	X
ESF Rural Taquaral	X	X	X	X
ESF Beira Rio	X	X	X	X
ESF Gastão de Oliveira I	X	X	X	X
ESF Luiz Fragelli	X	X	X	X

<sup>23</sup> Unidades de Referência é a denominação utilizada no município para as Unidades Básicas de Saúde onde estão localizadas especialidades como pediatria, cardiologia, cirurgia, dentre outras, e que servem de referência para as ESF.

<sup>24</sup> A Estratégia de Saúde da Família tem como objetivo reorientar o modelo assistencial, com a presença de equipe multiprofissional nas Unidades Básicas de Saúde, para desenvolver ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde. Cada equipe de Saúde da Família deve se responsabilizar por um determinado número de famílias residentes em uma área definida. (*site*: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)> Atenção Básica e Saúde da Família, Ministério da Saúde. Acesso em: 24 set. 2010).

<sup>25</sup> O Programa de Agente Comunitário de Saúde pode ser considerado um programa de transição para a saúde da família. Nele, a ação dos agentes é supervisionada por um enfermeiro. Os agentes comunitários de saúde podem compor uma equipe multiprofissional de ESF ou atuar vinculados a uma UBS que ainda não possui a organização da ESF. (*site*: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)> Atenção Básica e Saúde da Família, Ministério da Saúde. Acesso em: 24 set. 2010).

<sup>26</sup> O município hoje conta com sete assentamentos rurais: Tamarineiro I, Tamarineiro II, Taquaral, Mato Grande, Maria Coelho, Jacadigo, Paiolzinho e Urucum.

<sup>27</sup> As Estratégias de Saúde da Família possuem o horário de atendimento à população das 7h às 11h e das 13h às 17h. As equipes são compostas por médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de consultório dentário, auxiliar de enfermagem, agentes comunitário de saúde, recepcionista e auxiliar de serviços diversos.

ESF Gastão de Oliveira III	X	X	X	X
ESF Aeroporto	X	X	X	X
ESF Dr. Humberto Pereira	-	-	X	X

Fonte: Corumbá, 2006; 2007; 2008; 2009.

#### Quadro 4– Estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Corumbá, de 2006 a 2009.

Estratégias De Agente Comunitário De Saúde <sup>28</sup>	2006	2007	2008	2009
EACS Fernando Moutinho	X	X	X	X
ESACS Kadwéus	X	X	X	X
EACS Breno de Medeiros	X	X	-	-
EACS Ladeira	X	X	X	-

Fonte: Corumbá, 2006; 2007; 2008; 2009.

#### Quadro 5- Unidades de Saúde do município de Corumbá, localização e nível de complexidade.

UNIDADES DE SAÚDE	Localização	Nível de Complexidade
Centro de Saúde João de Britto – Programa Municipal DST/AIDS	Bairro Aeroporto	Média Complexidade
Centro de Atenção Psicossocial José Fragelli – Programa Saúde Mental	Centro	Média Complexidade
Centro de Saúde da Mulher – Programa de Saúde da Mulher	Centro	Média Complexidade
Centro Integrado de Saúde de Corumbá: referência em cardiologia, ortopedia, laboratório de análise clínica, nutrição, clínica médica, farmácia, núcleo de fisioterapia, psicologia e perícia médica	Centro	Média Complexidade
Centro de Saúde da Ladeira Cunha e Cruz: referência em oftalmologia, gastro, programa de hanseniose e tuberculose, Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Programa de agente comunitário da ladeira, programa municipal de imunização e clínica médica.	Centro	Média Complexidade
Centro de Especialidades Odontológicas	Centro	Média Complexidade
Centro de Controle de Zoonoses	Nova Corumbá	Média Complexidade
Ambulatório Municipal	Centro	Média Complexidade
Unidade Básica de Saúde: Rural Volante	Área rural	Baixa Complexidade
Unidade de Urgência e Emergência – Pronto Socorro Municipal	Centro	Média Complexidade

Fonte: Corumbá, 2006; 2007; 2008; 2009.

O Centro de Saúde João de Britto é responsável pelo atendimento às doenças sexualmente transmissíveis, HIV e AIDS. O Centro de Saúde da Mulher é referência no atendimento à mulher gestante de alto risco, planejamento familiar, Programa de Câncer de colo uterino e de mama. A unidade de saúde da mulher comporta, ainda, o serviço de ultrassonografia, que atende a toda a população, não somente a feminina. O Centro de Atenção Psicossocial José Fragelli e o Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas preveem tratamento ambulatorial para dependentes de álcool e drogas, ambos inseridos na

<sup>28</sup> As Estratégias de Agente Comunitário de Saúde são compostas por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde.

rede de saúde mental. O Centro de Saúde da Ladeira abrange as seguintes especialidades médicas: clínica geral, nefrologia, urologia, dermatologia e hanseníase, gastroenterologista, tuberculose e oftalmologia. Além das especialidades médicas, oferece atendimento fonoaudiológico, psicológico e emissão de Carteira Sanitária para trabalhadores de estabelecimentos que lidam diretamente com gêneros alimentícios. É lá que estão localizados o Serviço de Vigilância Sanitária, o Serviço de Vigilância Epidemiológica e o Programa do PACS da Ladeira. No Ambulatório Municipal estavam localizadas as seguintes especialidades médicas: pediatria, ortopedia, gastroenterologia, proctologia, urologia, traumatologia, ortopedia e cirurgia. O Centro Integrado de Saúde – CIS é o centro de especialidades com profissionais de saúde: médicos, bioquímicos, psicólogos, nutricionistas, assistente social, dentistas, fisioterapeutas e enfermeiros que atendem aos pacientes encaminhados por outras unidades de saúde. O CIS é, ainda, sede de programas como o de Diabetes, Programa de Nutrição e Atendimento Psicológico para Crianças e Adolescentes, além de oferecer serviços de laboratório municipal, farmácia, serviço social, sala de vacina, bolsa família, fisioterapia e dentista. As especialidades médicas incluem ortopedia, cardiologia, endocrinologia, pneumologia, clínica geral, neuropediatria, cirurgia bariátrica, além do exame de eletrocardiografia.

No ano de 2009 a Unidade Básica de Saúde Dr. Paulo Maissato, além de funcionar como Unidade de terceiro turno no atendimento à população, passou a oferecer serviço de radiologia e exames laboratoriais.

**Quadro 6 – Número de Unidades Odontológicas do Município de Corumbá, 2006 – 2008.**

UNIDADE / ANO	2006	2007	2008
Consultório Ambulante	01	01	01
Centro de Especialidade Odontológica – CEO	04	04	04
Centro de Atendimento Integral a Crianças – CAIC	02	02	02
Centro de Saúde João de Brito	01	01	01
Ambulatório Municipal	01	01	01
Centro Integrado de Saúde	01	01	01
Unidades Básicas de Saúde da Família (urbana + rural)	17	17	18
Centro de Saúde da Mulher	01	01	01
Total	28	28	29

**Fonte: Corumbá, 2006; 2007; 2008.**

O documento referente ao ano de 2009 relata, ainda, a existência de 28 equipamentos de odontologia, não especificando os locais onde se encontram em uso.

**Quadro 7 - Unidades de Saúde Estaduais no Município de Corumbá- MS, 2006 a 2009.**

Unidades De Saúde Estaduais	2006	2007	2008	2009
Hemonúcleo Dr. Romeo Albaneze	X	X	X	X
Renal MED	X	X	X	X
Associação Beneficente Corumbaense	X	X	X	X

Fonte: Corumbá, 2006; 2007; 2008; 2009.

### 3.2.3- Sociedade Beneficente Corumbaense

O município conta apenas com um hospital conveniado ao Sistema Único de Saúde, onde são realizadas todas as internações clínicas e cirúrgicas, além de uma maternidade, também única no município. Nesse hospital está localizado o Centro de Oncologia do município.

O Hospital de Caridade Sociedade Beneficência Corumbaense passou por alterações em sua gestão nos anos de 2006 a 2009. Em 2006 funcionava sob Gestão Compartilhada Tripartite, uma cooperação entre o estado de Mato Grosso do Sul, a Secretaria Municipal de Saúde e a própria Sociedade Beneficente.

Dentre as obrigações da Secretaria Executiva de Saúde na gestão tripartite, coube a disponibilização de recursos humanos e financeiros, a construção do Banco de Leite e a reestruturação da UTI Neonatal, estes últimos dois relacionados à saúde da criança.

Em maio do ano de 2009, a Santa Casa de Corumbá sofreu intervenção do Ministério Público Estadual, com previsão de duração de dois anos, período durante o qual foi administrado por uma junta interventora. Esse fato, segundo informações coletadas na mídia, foi decorrente de má administração, que culminou com a perda do Certificado de Filantropia e conseqüente perda do direito a isenções fiscais, o que teria ocasionando um grande prejuízo financeiro à instituição.

### 3.3 - O que os documentos dizem sobre a saúde da criança.

Neste item são apresentados os dados obtidos nos documentos da Secretaria Executiva de Saúde que possuem relação com a saúde da criança, destacando o que foi planejado com o Plano Plurianual 2006-2009 e o que foi executado, com base nas informações contidas nos Relatórios de Gestão (2006, 2007, 2008, 2009).



### 3.3.1 O que foi planejado

O Plano Plurianual de Saúde 2006 a 2009 é um documento elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde, onde são apresentados o planejamento de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. O Plano é um instrumento de gestão sujeito a alterações para melhor adequação das ações. Propõe metas e compromissos para a agenda de saúde do município. Para tanto, dispõe de recursos humanos, físicos e financeiros de acordo com a filosofia do governo do período de 2006-2009<sup>29</sup>.

O Plano Plurianual 2006 a 2009 apresenta como objetivo

Reestruturar o sistema municipal de saúde em todos os seus aspectos em sincronia com a atual filosofia do governo permitindo assim um maior controle, monitoramento e eficácia nas ações propostas, bem como uma maior resolutividade e melhoria nos indicadores pactuados (CORUMBÁ, 2005, p. 04).

Os objetivos específicos, apresentados no documento, compreendem a mensuração e o monitoramento de dados, ações integradas de saúde, a consecução das metas pactuadas, reorientação do modelo assistencial, melhoria da gestão da saúde, implantação da humanização no serviço de saúde e a contribuição para o desenvolvimento social da região.

Segundo o Documento, a participação popular da saúde foi planejada com a presença de profissionais em ações comunitárias, incluindo uma ação denominada Prefeito Presente, reuniões de bairros, sindicatos e associações. O controle social foi previsto através da implantação de conselhos gestores e comitês com a meta de difundirem os direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, a realização de conferências e plenárias de conselhos de saúde e audiência pública a cada três meses.

### 3.3.2 - O que foi planejado para a Saúde da Criança.

O Plano Plurianual de Saúde 2006 a 2009 apoiou-se em perfis de natalidade e mortalidade infantil do município, para o planejamento das ações. De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, a Mortalidade Infantil classifica-se conforme demonstrado no quadro abaixo.

---

<sup>29</sup> Os objetivos e princípios da administração do período de 2006 - 2009 estão estabelecidos na Lei Municipal Complementar n. 096/2006. A Subsecretaria Municipal de Gestão Estratégica tem o papel de promover a articulação dos gestores públicos municipais para eficiência administrativa. A integração é prevista por projetos a serem desenvolvidos de forma integrada, com execução descentralizada e desconcentrada (RUIZ, 2009, p. 79).

**Tabela 1 – Classificação da Taxa de Mortalidade Infantil segundo a Organização Mundial de Saúde.**

<b>Taxa de mortalidade infantil – OMS</b>	<b>Alta</b>	<b>Média</b>	<b>Baixa</b>	<b>Meta Brasil ano 2000</b>
Número/ 1000 nascidos vivos	50/1000	20 a 49/1000	<20/1000	30/1000

Fonte: Corumbá, 2006

As mortes em menores de sete dias são destacadas pelo documento como indicativo de falha no pré-natal. Para a redução dos índices de mortalidade nessa faixa etária, o plano propõe a “[...] implantação de UTI neonatal e incremento das ações para a saúde da mulher” (CORUMBÁ, 2005, p. 24).

Ao longo do documento encontram-se propostas relacionadas à atenção à saúde da criança, a saber:

- Ampliação no número de Estratégias de Saúde da Família, com a implantação de cinco novas equipes, para abranger toda a população de Corumbá na Humanização do atendimento à saúde;
- Fortalecimento dos serviços de referência e suporte, através do desenvolvimento de sistemas de avaliação e proteção. Para tanto, está prevista a implementação de estratégias de avaliação e monitoramento das ações de redução de mortalidade materno-infantil, aprimoramento de sistemas de informação em saúde da mulher e da criança e estruturação do comitê de mortalidade materno-infantil e de aleitamento;
- Implantação de UTI Neonatal no ano de 2008.

### 3.4 O que foi feito

Os dados apresentados foram obtidos através dos Relatórios de Gestão, documentos coletados na Secretaria Executiva de Saúde que trazem informações sobre as ações em saúde do ano a que se referem e servem como instrumento de monitoramento dos indicadores para a própria Secretaria.

Os relatórios de Gestão dos anos de 2006, 2007 e 2008 apresentaram-se como via de melhoria da rede de saúde, ao evidenciar as ações executadas ao longo desses anos. Os três Documentos trazem objetivos idênticos, em suas introduções: “[...] Relatório de Gestão de [...] buscou evidenciar as atividades executadas pela [...], bem como estudar essas atividades para que, em conjunto, pudéssemos melhorar a rede básica de saúde de nosso município” (CORUMBÁ, 2006, p. 12).

Ao se referir às dificuldades encontradas ao longo dos anos, avaliam:

O ano de [...] continuou sendo um desafio para a atual administração, pois possuímos em nosso município uma grande demanda, fruto da alta dependência da população carente que necessita, e muito, do poder público. Sendo assim, não medimos esforços em busca da satisfação dessas necessidades (CORUMBÁ, 2006, p. 12).

As atividades que obtiveram resultados satisfatórios, de acordo com os documentos, são novamente citadas da mesma forma:

As ações de Vigilância em Saúde tiveram uma atuação brilhante em relação ao combate à dengue e a leishmaniose, trabalhando de maneira sistemática e eficaz, realizando visitas domiciliares de prevenção e tratamento. Com isso, nosso município teve um dos menores índices dessas doenças no Estado (CORUMBÁ, 2006, p. 12).

E para finalizar, é ressaltada a importância do documento: “Diante disso, o Relatório de Gestão aqui apresentado, será de fundamental importância para que juntos, Poder Público e Controle Social, possamos avaliar seu conteúdo e traçar metas para os próximos anos” (CORUMBÁ, 2006, p. 12).

#### 3.4.1 Estratégias de Saúde da Família.

Este item apresenta os dados relacionados às Unidades de Saúde da Família, devido à sua importância para a promoção, prevenção e assistência à saúde da população e principalmente para a infância.

Os Relatórios de Gestão incluem dados e informações referentes às Estratégias de Saúde da Família. Esses documentos apontam falhas encontradas para o desenvolvimento das ações, mas revelam também fatores considerados positivos, conforme demonstrado a seguir.

**Tabela 2 – Produção da Estratégia de Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde do ano de 2005 a 2009<sup>30</sup>**

AÇÃO	2006	2007	2008	2009
Consulta Médica do ESF	105.160	100.943	80.493	-
Consulta Atend. Enfermeiro na Unidade (PACS/PSF)	22.601	20.800	40.114	-
Cons./Atend. Domiciliar Enfermeiro (PACS/PSF)	10.140	11.254	7.936	-
Visita Domiciliar P/Profiss. Nível Médio	9.631	8.981	9.440	-
Agente Comunitário de Saúde	176.792	150.730	177.386	-

<sup>30</sup> O relatório de 2009 tem um formato diferente dos anteriores e contém dados mais resumidos.

Médico	5.083	5207	5.264	-
Famílias cadastradas	16.984	14.263	14.606	-
Pessoas cadastradas	67.926	56.782	56.170	82.528
Proporção da população coberta pelo ESF	50,06%	58,81%	59,93%	69,8%
Proporção da população coberta por ACS	92,22%	91,31%	93,90%	13,1%
Quantidade de ACS	162	153	162	-
Quantidade de equipes	17	17	18	18

Fonte: Corumbá, 2007; 2008.

De acordo com os relatórios analisados, no ano de 2006 houve um incremento no número de consultas médicas da ESF, das mulheres que efetuaram o pré-natal. Entretanto, em relação às consultas de pediatria, foi registrada uma queda acentuada, assim justificada:

O atendimento de pediatria tem tendência a cair cada vez mais, devido às ações que estão sendo feitas nos PSF, como está registrada a queda em 2004, 2005, 2006, sendo que a tendência para 2007 é cair novamente devido às implantações de novos PSF (CORUMBÁ, 2006, p. 56).

Dentre os profissionais citados nos documentos, encontram-se os Auxiliares de Enfermagem, que, devido ao número insuficiente para o exercício da função, teriam ocasionado no ano de 2007 a redução nos indicadores de visitas domiciliares. O mesmo ocorreu em relação ao número de Agentes Comunitários de saúde, trazendo como consequência a queda na cobertura de saúde da família (CORUMBÁ, 2007).

De acordo com os relatórios, no ano de 2008, essa problemática foi atribuída à ausência de profissionais médicos, o que consequentemente determinou o decréscimo das consultas. Esse fato foi ligado ao número insuficiente de profissionais que cumprem 40 horas semanais nas Estratégias de Saúde da Família, pois muitas unidades têm médicos cumprindo uma carga horária de apenas 20 horas semanais. Esse mesmo documento relatou uma intensificação nas ações de promoção e prevenção à saúde e controle de pacientes com doenças crônicas como justificativa para a redução do número de consultas em relação ao ano anterior. O aumento no número de consultas de enfermagem e a redução nas visitas domiciliares dos enfermeiros foram explicados pela redução no número de médicos.

Alguns fatores positivos foram registrados em 2008, como o aumento no número de auxiliares de enfermagem e o preenchimento das microáreas por agentes comunitários de saúde.

O Relatório de Gestão do ano 2009 apontou a necessidade de que a Saúde da Família tenha o suporte de Unidades Básicas para um melhor funcionamento, o que

determinou a realização de projeto para a construção de uma unidade de saúde no centro da cidade. Outra dificuldade identificada foi a contratação de Agentes Comunitários de Saúde e a realização de outras atividades consideradas prioritárias pelos gestores municipais nesse ano, como o combate à dengue e o zoneamento compartilhado entre agentes de endemias e Agentes Comunitários de Saúde.

No que se refere ao monitoramento dos dados, os documentos sugeriram dificuldades para sua execução. Dentre os pontos citados, no ano de 2008, incluem-se: falta de conhecimento por parte das gerências de unidades no que se refere aos indicadores de saúde, o que teria acarretado a dificuldade no monitoramento, bem como a perda de dados ao longo de um processo de informatização das unidades de saúde e resistência por parte dos profissionais em aderir aos protocolos dos manuais do Ministério da Saúde.

Ainda de acordo com o relatório, a queda no número médio de consultas deveu-se a falhas logísticas, ausência de insumos e à desarticulação entre as unidades de saúde da família e as demais unidades, como o Centro de Saúde da Mulher e o Centro Integrado de Saúde.

O documento relatou a implantação de um núcleo no ano de 2009, para acompanhamento dos indicadores pactuados. O processo de monitoramento e avaliação foi considerado como estratégia de fortalecimento da atenção básica no município.

Essa estratégia envolveu também o planejamento de ações em saúde da criança, o combate à desnutrição em menores de cinco anos, e a melhoria do acompanhamento das condicionalidades do setor saúde do programa bolsa família, com monitoramento das famílias e crianças beneficiadas.

Alguns indicadores de programas específicos para a saúde da criança foram encontrados nos documentos pesquisados. Esses dados indicaram a existência de serviços desenvolvidos pela rede de saúde como um todo e, principalmente, pelas Estratégias de Saúde da Família que atendem, em parte, as linhas de cuidado.

Dentre os dados estão as consultas de pediatria, os indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, Programa de Triagem Neonatal, Programa de Imunização (PNI), DDA - Doenças Diarreicas Agudas, Programa Preventivo e Educativo da Saúde Bucal do Escolar e Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

**Tabela 3 - Consultas 2004-2006.**

<b>PROCEDIMENTO</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Consulta Médica do ESF	92.390	99,589	105.160
Consulta em Pediatria	10.432	9.717	9.006
Consulta Médica de pré-natal	6.219	7.167	12.177

**Fonte: CORUMBÁ, 2006.**

Apesar de não estar no período estudado, destacamos os anos de 2004 e 2005, pois evidenciaram um aumento no número total de consultas médicas, ao mesmo tempo em que apresentaram uma redução significativa no número de consultas de pediatria.

De acordo com o documento do ano de 2006, o aumento no número de consultas de pré-natal se deveu à obrigatoriedade da sua realização pelo médico. Já as consultas em pediatria sofreram redução em consequência de ações realizadas pelos PSF. O documento não mencionou quais foram as ações (CORUMBÁ, 2006).

### 3.4.2 Pré-natal e nascimento

A tabela seguinte expõe os dados do Programa de Pré-natal e Nascimento.

**Tabela 4 - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, Corumbá, de 2006 a 2008.**

<b>INFORMAÇÕES/ANO DE REALIZAÇÃO</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Nascidos vivos de acordo com o ano	2.001	1.951	2.005
Gestantes cadastradas	1.583	1.563	1.662
1.1. Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta ao nº de nascidos vivos no período	79,23%	67,07%	80,10%
1.2. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 consultas de pré-natal	11,36%	24,22%	29,41%
1.3. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 consultas de pré-natal e a consulta de puerpério	3,42%	23,95%	32,40%
1.4. Percentual de gestantes que realizaram 6 consultas de pré-natal e todos os exames básicos	5,42%	17,95%	27,94%
1.5. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos	1,14%	23,11%	32,17%
1.6. Percentual de gestantes inscritas que receberam a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose de imunizante da vacina antitetânica	44,12%	59,62%	60,75%
1.7. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, a 2ª dose ou dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica	1,14%	22,27%	31,70%

1.7. Percentual de gestantes inscritas que realizaram 6 consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a 2ª dose ou a dose de reforço ou a dose imunizante da vacina antitetânica	0,76%	21,43%	31,24%
1.8. Percentual de gestantes inscritas que realizaram o teste anti-HIV	25,89%	50,25%	81,15%
1.9. Percentual de gestantes inscritas que realizaram os dois exames VDRL	6,89%	16,10%	69,67%

**Fonte: SIS Pré Natal.**

O relatório salientou que, em 2008, houve significativa melhoria no desempenho do programa em relação aos anos anteriores e ressaltou a importância administrativa em relação à exclusividade do digitador do programa e da coordenação. Outra causa dessa melhoria foi a realização do agendamento dos exames pela Unidade de Saúde de origem da gestante.

Outro fator relevante apontado no relatório foi o registro de 34 gestantes bolivianas<sup>31</sup>, no ano de 2007. Enfatizou-se que o número pode ter sido maior, pois se refere apenas às que se registraram, uma vez que muitas não se identificam.

O documento ressaltou o bom desempenho das equipes no pré-natal no ano de 2009, conforme a tabela abaixo.

**Tabela 5 – % Consultas de Pré-Natal, 2009.**

INDICADOR DA ATENÇÃO BÁSICA	COBERTURA DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL
TOTAL	93,3%

**Fonte: Corumbá, 2009.**

O Programa de Proteção à Saúde da Gestante no município de Corumbá realiza o exame denominado Teste do Dedinho, com o objetivo de diagnosticar e prevenir a transmissão vertical. O exame é coletado nas unidades básicas de saúde. A tabela abaixo expõe o total de exames realizados entre os anos de 2006 a 2008.

**Tabela 6 - Teste de Dedinho 2005 – 2009.**

ANO	2006	2007	2008
Total de exames realizados	2.014	2.635	2.186

**Fonte: Corumbá, 2007; 2009.**

<sup>31</sup> A rede de saúde de Corumbá – MS atende à demanda de pacientes vindos da Bolívia, país com o qual o município faz fronteira.

Em 2008 foi registrada maior adesão ao exame. O fator identificado pelo documento como determinante para esse novo índice foi a descentralização do cadastramento das gestantes e também do exame, agora realizado na Unidade de Saúde de origem.

**Tabela 7 - Número de Nascidos Vivos dos anos 2006; 2007; 2008.**

Nascidos vivos				
	Masculino	Feminino	Ignorado	Total
2006	1.034	967	0	2.001
2007	1.002	949	0	1.951
2008	1002	1003	0	2.005

Fonte: Corumbá, 2006; 2007; 2008).

**Tabela 8 – Tipos de Partos**

Tipo de Parto				
	Vaginal	Cesárea	Ignorado	Total
2006	1.114	982	2	2.001
2007	993	958	0	1.951
2008	1.036	969	0	2005

Fonte: Corumbá, 2006; 2007; 2008.

O Relatório de Gestão 2007 apenas teceu comentários em relação ao número de nascidos vivos, relacionando a redução e a pouca oscilação dos indicadores ao trabalho do Planejamento Familiar. Essa mesma ressalva foi repetida no relatório do ano subsequente.

**Tabela 9 - Taxas de Mortalidade Infantil e Materna, 2006, 2007, 2008.**

Indicador / 1000 Nascidos Vivos	2006	2007	2008
Taxa de mortalidade infantil (**)	26,99/1000	24,09/1000	19,45/1000
Taxa de mortalidade neonatal	20,99/1000	10,25/1000	14,96/1000
Taxa de mortalidade pós-neonatal	6/1000	13,84/1000	3,49/1000
Taxa de mortalidade materna (números absolutos)	99,95 (2)	153,77 (3)	149,62 (3)

Fonte: Corumbá, 2006; 2007; 2008.

O Relatório de Gestão 2006 estabeleceu relação do aumento dos indicadores de mortalidade infantil e mortalidade pós-neonatal com pré-natal deficiente, prematuridade e idade biológica da mãe. O mesmo documento lançou como proposta de melhoria a implantação de novos serviços:



- Referência de pré-natal com algum risco no Centro de Saúde da Mulher, com fluxo de referência e contra referência;
- Estudo de viabilização de UTI Neonatal já contemplado no Plano Plurianual para redução da mortalidade no neonato.

O documento do ano de 2007 ressaltou a necessidade de reduzir o índice de mortalidade através de ações, uma vez que, apesar do número de mortalidade ter sofrido redução, também houve redução no número de nascidos vivos. Relatou também um surto de diarreia entre os meses de julho e agosto no município, o que acarretou a morte de duas crianças, mas não elencou outros dados ou fatores que possam ter desencadeado o surto.

Mais uma vez, os documentos apontaram a necessidade de intensificar ações relacionadas à saúde da criança e saúde da mulher, dentre elas o melhor acompanhamento das mulheres grávidas, inserindo-as cada vez mais no pré-natal, devido ao número de crianças com peso menor de 2.500kg e ao alto índice de partos cesáreas, acima do preconizado pela Organização Mundial de Saúde, que deve ser no máximo 27,50% em relação aos partos normais.

**Tabela 10 - Atenção à Saúde da Criança do Ano 2009.**

INDICADOR DA ATENÇÃO BÁSICA	RESULTADO
Taxa de mortalidade infantil por diarreia	5,1
% de crianças com aleitamento materno exclusivo	86,1%
Prevalência de desnutrição	0,8
Taxa de hospitalização por pneumonia	9,0
Taxa de hospitalização por desidratação	1,8

Fonte: Corumbá, 2009.

Foi destacado, no relatório anual de 2009, um índice alto de crianças com amamentação exclusivamente materna e o início de projeto Rede Amamenta Brasil de incentivo ao aleitamento materno. O projeto contou naquele momento com realização de oficinas de capacitação e monitoramento e com o apoio do Ministério da Saúde (CORUMBÁ, 2009).

O Programa de Triagem Neonatal é definido como linha de cuidado à saúde da criança e possui como estratégia de ação a realização do teste do pezinho para o diagnóstico precoce de algumas doenças, com o objetivo de minimizar os danos que podem causar à saúde da criança. Assim, esse teste constitui-se como importante ação da Primeira Semana Saúde Integral.

**Tabela 11 - Teste do Pezinho 2006 – 2008.**

ANO	2006	2007	2008
Total de exames realizados	1.920 (95,9%)/ 2001 nascidos	1.843 (94,4%)/ 1951	1.935 (96,5%)/ 2005

Fonte: Corumbá, 2007; 2008.

O relatório do ano de 2006 fez referência ao Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do município, cuja atribuição é informar o número de consultas puerperais por Estratégia de Saúde da Família.

Em 2008 foi registrado aumento no número de exames, que foi atribuído às ações educativas realizadas com as gestantes sobre a importância do exame para o bebê. De acordo com o relatório, o exame também é procurado por pacientes que fazem pré-natal na rede privada.

O Programa de Imunização (PNI) é responsável pelas ações de vacinação nacionais e da aquisição, conservação e distribuição dos imunobiológicos.

**Tabela 12 - Cobertura Vacinal em crianças de 0 a 5 Anos, de 2006 a 2008**

IMUNOBIOLÓGICO	2006	2007	2008
BCG	105,96%	98,74	107,65%
Hepatite B	97,17%	87,81	103,70 %
Pólio menor de 1 ano	97,22%	85,11	104,85 %
Tetraivalente (DPT + Hib)	97,26%	87,91	105,75 %
Rotavírus – VORH <sup>32</sup>	69,26%	77,55	102,65 %
Tríplice viral	97,84%	78,92	100,25 %
Febre amarela	98,01%	76,16	106,00 %

Fonte: Corumbá, 2008.

O Relatório de Gestão 2007 destacou a queda na cobertura vacinal, fator relacionado à falta de profissionais vacinadores capacitados e também à falta de estrutura em algumas salas de vacinação. Outro ponto ressaltado foi a dificuldade da Secretaria Estadual de Saúde em agendar capacitação aos profissionais do município para a função, uma vez feita a solicitação pela Secretaria Municipal de Saúde.

Já o Relatório de Gestão de 2008 apontou o aumento na cobertura vacinal, explicado pela procura do serviço pela população de fronteira e população flutuante. De acordo com observação feita no relatório, essa população não foi quantificada pela dificuldade em registrá-la – não encontraram uma forma eficaz de contabilizá-la.

<sup>32</sup> A vacina Rotavirus foi implantada no município no mês de abril de 2006.

As tabelas a seguir demonstram os dados alcançados pelo Programa de Imunização. O Programa representa uma linha de cuidado e possui como objetivo nacional garantir o esquema vacinal básico de 95% de crianças nascidas por ano para a prevenção de doenças imunopreveníveis.

**Tabela 13 - Campanhas de Vacinação do Ministério Saúde 2006 - 2008.**

Imunobiológico	Cobertura vacinal/ano		
	2006 (%)	2007 (%)	2008 (%)
Pólio em menores de 1 ano – 1ª etapa (junho)	102,10 (%)	103,10	102,20 %
Pólio em menores de 1 ano – 2ª etapa (agosto)	103,07(%)	100,32	100,33 %

**Fonte: Corumbá, 2008. (Programa Nacional de Imunização – PNI – API).**

O relatório menciona a utilização dos serviços de saúde pela população de fronteira a atribui a ultrapassagem dos dados de imunização a essa demanda, denominada pelos documentos de população flutuante.

**Tabela 14 - % de crianças com esquema vacinal básico em dia, 2009**

Indicador da atenção básica	% de crianças com esquema vacinal básico em dia
TOTAL	96,5%

**Fonte: Corumbá, 2009.**

A doença diarreica é definida pelo documento Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Prevenção da Mortalidade Infantil (2005) como um problema grave de saúde pelo risco de vida que representa para a criança, principalmente quando associada a outros fatores como a desnutrição. Portanto, está inserida na linha de cuidado Atenção às Doenças Prevalentes.

O relatório de 2007 evidenciou aumento dos índices de DDA - Doenças Diarreicas Agudas. Os documentos dos anos de 2007 e 2008 repetiram a constatação em relação à intensificação da

[...] integração entre Assistência e Vigilâncias, houve sensibilização dos profissionais de saúde, com observação ao aumento no número de casos, o atendimento imediato à criança com DDA (gravidade), com registro adequado nos prontuários, com coleta de amostras para diagnóstico laboratorial e orientação a população quanto à prevenção das Doenças Diarreicas Agudas (CORUMBÁ, 2007, p. 18).

De acordo com o documento de 2008, os casos de DDA foram identificados por análise como infecção por Rotavirus. A partir da leitura dos documentos, subentende-se que as ações acima descritas visam à redução das taxas de DDA.

**Tabela 15 – Taxa de DDA ano 2007.**

Faixa etária	Taxa de ataque	
	Surto	Ano
< de 1	5%	11%
1 a 4	7%	11%
5 a 9	1%	2%
10 e +	1%	1%

**Fonte: Corumbá, 2007.**

A tabela abaixo mostra os indicadores de morbidade hospitalar no município e indicam uma redução no número de crianças internadas nos anos de 2006 a 2008.

**Tabela 16 - Morbidade Hospitalar em Pediatria 2006 - 2008.**

CAPÍTULO CID-10	2006	2007	2008
Pediatria	1.654	1.149	848

**Fonte: Corumbá, 2008.**

A Atenção à Saúde Bucal é uma linha de cuidado que inclui a mãe e a criança, e enfatiza a necessidade de associar hábitos alimentares saudáveis à higiene bucal. Para isso recomenda-se a articulação entre as equipes de saúde e as instituições de educação infantil.

No município foi encontrado o projeto denominado Programa Preventivo e Educativo da Saúde Bucal do Escolar, ligado à gerência de Saúde Bucal. Foi desenvolvido no município e teve por objetivo desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde bucal. O público alvo eram crianças e adolescentes de 0 a 14 anos. O programa estava sendo desenvolvido em creches e escolas municipais através de palestras, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor e entrega de escovas de dente aos alunos. Contava com uma equipe específica para a realização das ações, composta por três dentistas e três auxiliares de saúde bucal. Num período de um trimestre, os profissionais percorriam todas as escolas e creches municipais desenvolvendo as ações. Essa equipe trabalhava de forma a complementar as ações das Estratégias de Saúde da Família – ESF. Quando diagnosticado algum problema que necessitasse de tratamento, as crianças e os adolescentes eram encaminhados às unidades de sua área de abrangência.

**Tabela 17 – Produção do Programa Coletivo do Escolar 2005 - 2008.**

AÇÕES	2006	2007	2008
Nº de alunos matriculados	15.774	17.400	15.000
Nº de escolas que fazem parte do PC	32	32	33
Nº de alunos que realizam o índice CPO-D	4.961	6.369	6.244
Nº de atividades no mês	5.780	6.140	6.780
Nº de alunos que participaram das atividades	56.603	69.238	98.686
Nº de alunos que participaram da escovação no mês	55.103	66.356	98.209
Nº de alunos que participaram da aplicação no mês	25.921	32.516	32.854
TOTAL	164.174	198.051	

**Fonte: Relatório de Gestão, 2007, 2008**

Segundo o Relatório de Gestão 2007, o incremento da produção do programa ocorreu devido ao aumento do número de profissionais e à disponibilização de material de apoio, educativo e didático aos alunos, em conformidade com o Estatuto da Criança e do Adolescente.

As ações de Vigilância Alimentar e Nutricional estão contidas na linha de cuidado denominada Alimentação Saudável e Prevenção do Sobrepeso e Obesidade Infantil. O cuidado e as orientações sobre hábitos alimentares saudáveis realizadas pelas equipes de saúde têm como objetivo o acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da criança. Esse componente de atenção à saúde da criança possui relação com programas de complementação de renda, como o Bolsa Família.

O Programa Nacional de Suplementação do Ferro foi implantado no município no ano de 2007 e teve como objetivo prevenir a anemia ferropriva em crianças de 6 a 18 meses. As tabelas abaixo mostram as avaliações nutricionais em crianças até sete anos de idade, realizadas pelo programa.

**Tabela 18 – Consolidação Anual 2007 e 2008 de Crianças de 0 a 84 meses.**

	Desnutrição		Risco Nutricional		Eutrófico		Sobrepeso		Total	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Numero de	801	262	1.198	754	26.177	22.281	875	562	29.051	23859

**Fonte: Relatório de Gestão, 2007, 2008.**

O relatório do ano de 2007 destacou o número de crianças desnutridas e com risco nutricional. As estratégias utilizadas, segundo o documento, para melhorar o índice de desnutrição são: o uso de suplementos, como farinhas de soja e aveia, além da promoção de reuniões com grupos de mães de crianças desnutridas, palestras em escolas e

comunidade e nas microáreas, sobre alimentação saudável, realizadas por profissionais da rede, incentivando a mudança de comportamento para a aquisição de hábitos saudáveis.

Segundo o Relatório de Gestão do ano de 2008, foram observadas resistências por parte dos profissionais das unidades na distribuição do xarope de Sulfato Ferroso, problema resolvido com a divulgação da importância da utilização do medicamento e capacitação. Em 2008 foram disponibilizados 2.687 frascos de xarope para crianças e 387 cartelas com 30 comprimidos cada de sulfato ferroso para gestantes.

A intervenção para gestantes de baixo peso é a mesma para as crianças, conforme o relatório. Já com as gestantes com sobrepeso e obesidade, as medidas de prevenção são realizadas junto às estratégias saúde da família.

De acordo com o Relatório, evidenciado no gráfico sobre estado nutricional, os índices de desnutrição e risco nutricional das amostras recebidas não apresentaram situação séria para o município. Já os de obesidade começaram a indicar uma situação importante.

**Tabela 19 - Consolidação Anual 2007 e 2008 de Gestantes.**

MÊS	BAIXO PESO		ADEQUADO		SOBREPESO		OBESO		TOTAL	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Total	384	376	3.113	2.787	1.145	905	596	412	5.238	4.480

Fonte: Corumbá, 2007; 2008.

Segundo o documento do ano de 2007, não houve repasse dos suplementos pelo Ministério da Saúde para o Município. A população foi atendida somente até abril de 2007. As gestantes atendidas somaram 518 e as crianças 1.254. O relatório não expôs o motivo da ausência de repasse.

### **3.5 O que se pode dizer sobre os documentos.**

A primeira questão a ser apontada refere-se ao planejamento das ações em saúde; percebe-se que, no Plano plurianual de 2006-2009, fica evidente a preocupação com os índices de mortalidade infantil, fato evidenciado pela associação de ações e serviços destinados à redução desses números no município.

Assim, as propostas de intervenção apresentadas vincularam-se à criação de dispositivos voltados à saúde do neonato, como a UTI neonatal, a melhoria da qualidade do atendimento no pré-natal, portanto, uma ênfase nessa fase da vida.

A proposta de ampliação do número de estratégias de Saúde da Família, com o objetivo de alcançar a cobertura total da população, foi a única ação planejada no município que possuía abrangência maior no que se refere à faixa etária da população a ser atendida.

Tal fato denota a existência de entendimento da política municipal em relação à saúde na infância circunscrita à saúde da gestante e do bebê, ou seja, as condições do parto e do primeiro ano de vida para a redução da mortalidade infantil.

De acordo com Rizzini (1993), Costa (2004) e outros autores, a mortalidade infantil tornou-se alvo de preocupação no Brasil com o Movimento Higienista, em meados do século XIX. Ainda nos dias de hoje, este é um fator que se constitui como um desafio para o Estado Brasileiro, fato apontado na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (2005).

Rizzini (1993) relaciona a esse período o início da ideia de assistência preventiva dirigida não somente à saúde física, mas também à questão moral da criança, para que pudesse vir a ser um “[...] homem forte de corpo e alma [...]” (RIZZINI, 1993, p. 16).

No Brasil, os estudos sobre a higiene atuaram como determinantes para intervenções realizadas, principalmente pelos médicos, na sociedade da época. Pode-se destacar, então, a influência de estudos e modelos assistenciais europeus na atenção à criança brasileira, conforme ressaltado por autores como Merisse (1997) e Lima (2002).

No entanto, essas determinações nos modelos assistenciais brasileiros não se restringem aos séculos XVIII e XIX. A partir do século XX, detecta-se a influência de tratados internacionais nas políticas sociais públicas, dentre as quais as políticas de assistência à criança. Este fato justifica-se por ser o Brasil signatário dos acordos oriundos das diversas conferências realizadas pela Organização das Nações Unidas – ONU.

Para Cury (1986), a ideologia remete a uma questão hegemônica, inerente ao modo de produção capitalista. Uma vez que as relações econômicas são relações sociais, o modo de produção capitalista busca reproduzir as relações sociais de produção. A reprodução das relações de produção “implica a tentativa de reproduzir o movimento do capital social como um todo” (CURY, 1986, p. 39). Ou seja, a reprodução ocorre em todas as situações da vida, dentre as quais estão a família, a arte, o dia a dia. Dessa forma, a produção e a reprodução ocorrem num processo totalizante.

Pode-se afirmar, então, que os conteúdos dos documentos constituem-se como forma de dominação em que ideais são reproduzidos nas diversas áreas, dentre elas, a criança e a saúde.

As determinações evidenciam-se na definição de família como núcleo natural e fundamental responsável pelo desenvolvimento das crianças e pela sua preparação para a vida em sociedade (ONU, 1966). Em documento elaborado posteriormente, atribui-se ao Estado a responsabilidade por assegurar condições para o desenvolvimento da criança, sem excluir as responsabilidades dos pais (ONU, 1989).

Nesse mesmo documento, do ano de 1989, a saúde da criança é definida como a assistência no pré e pós-natal e a redução da mortalidade infantil, o combate à desnutrição e a orientação aos pais sobre a higiene são enfocados como necessidades. São ideias que possuem afinidade com os ideais do movimento higienista e continuam a determinar grande parte das ações em saúde.

Nesse sentido, são evidenciadas semelhanças entre fatores e conhecimentos do movimento higienista, mas deve-se ressaltar que tais semelhanças estão inseridas em outro contexto de ação, já adequadas aos dias de hoje e aos conhecimentos atuais, uma vez que a realidade está em constante alteração, em decorrência da ação do próprio homem sobre a realidade, alterando o meio e a si mesmo.

Um fator de relevância, descrito com clareza nos documentos internacionais e que se reafirma em leis nacionais, a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, é a necessidade do entrelaçamento entre as políticas sociais. Essas políticas sociais visam à garantia dos direitos da criança. Dentre eles, estão o direito ao lazer, descanso, saúde, educação e diversão, para possibilitar o desenvolvimento integral na infância.

O segundo ponto deste estudo buscou visualizar a estrutura organizacional da Secretaria Executiva de Saúde e as atribuições de cada um dos seus núcleos. A partir da leitura dos documentos, ficaram evidentes as constantes alterações na estrutura administrativa da Secretaria Executiva de Saúde, fator que não pode deixar de ser notado no presente estudo. Tais transformações se sucederam ora com a criação de assessorias ligadas ao Secretário Executivo de Saúde, ora com a reformulação de atribuições das coordenações. As alterações ficaram nítidas, também, em relação à troca de secretários, mas não ficou claro em que momento essas mudanças ocorreram.



Pode-se ponderar: até que ponto essas mudanças facilitam ou emperram as ações de saúde? Foram evidentes os relatos nos Documentos sobre as dificuldades encontradas em monitorar dados ou mesmo a ausência de planejamentos em saúde.

Outro fator observado referente à organização da Secretaria Executiva de Saúde é sua subordinação a uma secretaria denominada Secretaria Municipal de Ações Sociais, que engloba, juntamente com a Saúde, a Secretaria Executiva de Assistência Social.

A política pública de saúde é uma política social definida como direito fundamental de todo o cidadão brasileiro. Sua execução constitui-se como dever do Estado de realizar ações de assistência, promoção e prevenção à saúde de todos (BRASIL, 1990). As políticas de saúde elegem grupos que devem ser alvos de ações prioritárias, como as crianças e os idosos, entre outros.

Já a assistência social constitui-se como política de seguridade social, destinada a garantir o atendimento das necessidades básicas, mediante ações da iniciativa pública ou da sociedade. É uma política de enfrentamento da pobreza, na promoção da universalização dos direitos sociais. Dentre os grupos alvo das ações da assistência social estão as crianças e os adolescentes carentes, pessoas com deficiência e idosos (BRASIL, 1993).

Dessa forma, fica evidente a natureza distinta das duas políticas sociais, vinculadas a uma única secretaria do governo municipal. Cabe perguntar: por que o poder público municipal adotou essa política? Este formato resultou em ações eficazes de integração entre duas políticas diversas?

Segundo Ruiz (2009, p. 78), a integração das políticas foi uma estratégia adotada como forma de racionalização das ações do Poder Executivo Municipal. Nesse sentido, pode-se afirmar a existência de uma intenção do Poder Executivo Municipal de desenvolver ações na área das políticas sociais públicas que fossem planejadas e desenvolvidas de forma articulada, como um conjunto de políticas com um objetivo único na atenção à população.

Ruiz (2009, p. 97) afirma que, apesar da proximidade entre os setores municipais e do fato de que atendem a um mesmo público, as propostas de integração de políticas sociais constituíram-se como exceção nos projetos municipais.

O terceiro ponto descrito neste capítulo refere-se à rede de saúde do município. Ao analisar os dados, ficou evidente que Corumbá possui uma extensa rede de saúde composta por Unidades Básicas representadas pelas Estratégias de Saúde da Família,

unidades de referências em saúde, assistência hospitalar, serviços de hemodiálise e um centro de oncologia, compreendendo, dessa forma, diferentes níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde - SUS.

No período estudado (2006 a 2009), houve pouca alteração na rede de saúde do município. Essas mudanças ocorreram na composição das Estratégias de Saúde da Família. No ano de 2008, foi criada uma Estratégia de Saúde da Família e extinta uma Estratégia de Agente Comunitário de Saúde, seguida, em 2009, da extinção de uma segunda Estratégia de Agente Comunitário de Saúde.

Além dessas alterações na rede de saúde, testemunhou-se a implantação de uma Unidade de Atendimento de Terceiro Turno, da Farmácia Popular do Brasil e do Centro Regional de Referência à Saúde do Trabalhador – CEREST, no ano de 2008.

No que se refere às Políticas de Atenção à Saúde da Criança, foi registrado o início da implantação da Rede Amamenta, no ano de 2009, que contou, naquele momento, com a realização de capacitações destinadas aos técnicos das Estratégias de Saúde da Família. Outra mudança percebida foi a criação do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil, no mesmo ano.

Fica evidente, conforme os dados coletados, que a rede de saúde do município executa as diversas ações e programas destinados à criança. Dentre essas ações pode-se destacar o programa Saúde da Família no município, com cobertura populacional significativa, e de Unidades de Saúde de Referência, que participam da atenção à saúde da criança com as especialidades médicas, os exames laboratoriais e as demais áreas assistenciais.

Outros programas existentes no município que se constituem como relevantes são: Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, Programa de Triagem Neonatal, Programa de Imunização (PNI), Doença Diarreica Aguda – DDA, Programa Preventivo e Educativo da Saúde Bucal do Escolar e a Vigilância Alimentar e Nutricional.

As Estratégias de Saúde da Família são responsáveis pela execução de grande parte das linhas de cuidado, apresentadas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (2005), o que confere a esse nível de assistência papel relevante na atenção à saúde da população como um todo e da infância em particular, uma vez que atuam como as responsáveis por prestar o primeiro atendimento. São também elas as responsáveis por grande parte da execução dos programas voltados para a criança.

Segundo o documento citado, as linhas de cuidado funcionam como estratégia de articulação da rede de atenção à saúde da criança e apresentam a proposta de manter uma comunicação entre esses diferentes níveis que envolvem a atenção básica e a atenção hospitalar.

Nesse sentido, fica nítido que a Estratégia de Saúde da Família desempenha papel central para a garantia da articulação da rede na atenção integral à saúde da criança. No entanto, os dados do município em relação à saúde da família evidenciaram dificuldades que comprometeram a resolutividade dos serviços. Dessa forma, a atuação dessas equipes apresentou-se como insuficiente.

Diante dos dados levantados, ficou evidente que a rede de saúde atua de forma desarticulada, fato constatado a partir de um dos relatórios, ao evidenciar o distanciamento entre as Estratégias de Saúde da Família e algumas unidades de referência, como o Centro de Saúde da Mulher. Tal desarticulação possui consequências importantes para a saúde da criança, pois o Centro de Saúde da Mulher é a referência na assistência à gestação de alto risco e o contato entre essa unidade e a saúde da família atuaria como fator essencial para o acompanhamento da mãe e do bebê. Já o distanciamento impede o acompanhamento da família pela Estratégia de Saúde da Família.

Nos documentos foram encontradas dificuldades para a execução de ações em saúde. A primeira delas foi a ausência de insumos nas unidades, o que evidencia falhas administrativas, apesar das constantes alterações na estrutura organizacional. A segunda foi a dificuldade de trabalhar indicadores de saúde, por parte das gerências das unidades, ficando subentendido que isso ocasionou a ausência do registro de dados. Pode-se inferir, a partir desses fatores, que a própria Secretaria Executiva de Saúde pouco atuou para a melhoria da qualidade do atendimento prestado à população, uma vez que não foram apresentadas ações interventivas que mudassem o quadro apresentado, como a capacitação de profissionais, a contratação de funcionários para solucionar o problema, e mais agilidade para a compra de insumos. Sabe-se, a partir dos documentos, que a qualificação profissional se apresenta como via de melhoria dos serviços prestados.

Nota-se que, no período estudado, houve a implantação de novas equipes de Saúde da Família, portanto de cobertura do programa. Não obstante, ao analisar a rede em sua totalidade, pode-se declarar que esse incremento não resultou na cobertura total no que se refere à abrangência das equipes, conforme expresso nos documentos.

Ao longo dos relatos das ações voltadas para a saúde da criança, transpareceu a preocupação sempre constante com os dados do pré-natal e nascimento e sua relação com a mortalidade infantil. A partir desses dados, são realizadas propostas de implantação de serviços. No entanto, ficou evidente que muitas dessas ações não se concretizaram ao longo desse período, como a UTI neonatal e o Banco de Leite Humano. Cabe a pergunta: por que os serviços não foram implantados? Quais foram os fatores impeditivos?

As ações planejadas são importantes para a saúde da criança, pois uma vez implantadas na rede, constituem-se como serviços que até aquele momento não eram oferecidos à população. Esse serviço destina-se ao atendimento de crianças recém-nascidas que, por apresentarem problemas de saúde, necessitam de cuidados específicos que ajudam a reduzir os índices de mortalidade infantil. Desta forma, a UTI Neonatal atua como componente da rede de atendimento à saúde da criança, caracterizando-se como serviço de média complexidade, e deve estar articulada aos demais níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde, de forma a estabelecer um fluxo de atendimento que tem início com a Estratégia de Saúde da Família.

Porém, deve-se salientar que existem diversas ações compreendidas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (2005) que envolvem não só o pré-natal.

O Teste do Pezinho possui como objetivo o diagnóstico precoce de doenças no neonato. Segundo a Agenda de Compromissos para a Atenção Integral à Saúde da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (2005), é parte da Primeira Semana Saúde Integral, em que deve ser dispensada atenção à saúde da mãe e do bebê. Nessa ação está prevista a busca ativa de crianças que não comparecem à rede de saúde.

Vale ressaltar que o Programa alcançou níveis satisfatórios de testagem, à exceção do ano de 2007, em que não se atingiu a meta de 95% das crianças testadas, conforme preconiza a Agenda de Compromissos para a Atenção Integral à Saúde da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (2005).

A Imunização, a preocupação com a redução dos casos de diarreia apontados como causa de mortalidade infantil, a saúde bucal do escolar e a vigilância alimentar e nutricional inserem-se em linhas de cuidado previstas para a criança. Entretanto, o que os documentos evidenciam no relato dessas ações é que resultam em pouca alteração dos dados, dando a impressão de que são executadas como tarefas isoladas.

Quanto ao Programa Preventivo e Educativo de Saúde Bucal do Escolar, desenvolvido pela gerência de Saúde Bucal na escola, não fica claro se é um programa articulado entre as Secretarias de Educação e de Saúde, em que cada um dos setores possui um papel específico, ou se a Secretaria de Saúde apenas utiliza o espaço escolar para ter acesso às crianças, sem capacitar os profissionais da escola na atenção à saúde bucal. Também fica evidente que apenas uma vez a cada semestre uma determinada escola é visitada pela equipe de saúde, e que a ausência de articulação com a educação confere a esse projeto a execução de uma ação pontual e isolada.

O documento cita a existência de vínculo entre o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e o programa Bolsa Família, mas não menciona parceria entre o programa e outras ações que possam atuar conjuntamente na assistência às gestantes e crianças de baixo peso. Apenas são citadas ações como o fornecimento de suplementos como farinhas de soja e aveia, distribuição do xarope de Sulfato Ferroso e palestras educativas em escolas e para as mães, com o objetivo de alterar hábitos alimentares.

Ainda em relação à alimentação, nota-se uma redução no número de crianças avaliadas do ano de 2007 para o ano de 2008. A problemática não se concentra apenas no número de crianças e gestantes com sobrepeso e obesidade, mas a desnutrição deve ser apontada como fator de preocupação. Isso porque o número absoluto de 801 crianças de um total de 29.051 avaliações no ano de 2007, e de 262 crianças de um total de 23.859 avaliações em 2008, demonstra que esse quantitativo da população é representativo em relação à totalidade de 18.193 crianças de 0-9 anos residentes no município, de acordo com o senso do IBGE 2010. Como a sua existência independente de números, implica risco à saúde e ao desenvolvimento integral da criança. Outro fator relacionado à desnutrição são as questões sociais, que podem atuar como causa desse quadro.

Dessa forma, ficam algumas questões: qual foi a assistência destinada à criança e gestante que apresentaram sobrepeso ou obesidade? A resposta ao problema foi encaminhar as gestantes e crianças às Estratégias de Saúde da Família. Sabe-se que essas unidades não possuem profissionais que trabalham com mudanças de hábitos alimentares, como os nutricionistas.

Outro questionamento se impõe: foram tomadas medidas de avaliação das famílias em que se inserem as crianças desnutridas, além do fornecimento de complementos? Existem parcerias com outras secretarias no enfrentamento da questão, que pode ser acarretada por fatores sociais? Ao declarar que a desnutrição e o risco nutricional da

criança não representam situação séria para o município, o documento evidencia a ausência de preocupação dos gestores e de ações concretas para o enfrentamento do problema.

Outro fator notado é a ausência de trabalho sistemático com os pais a respeito da alimentação saudável de seus filhos e a ausência de ações integradas entre a Secretaria Executiva de Saúde e a Secretaria de Educação, que seriam muito relevantes para o estímulo de hábitos alimentares saudáveis.

As propostas e ações citadas estão em consonância com as explicitadas no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (BRASIL, 1990.), que prevê o nascimento e o desenvolvimento sadios.

A atenção à gestante prevista na lei 8.069/1990 é mais ampla do que a assistência ao pré-natal e ao parto, pois envolve o fornecimento de alimentação à gestante e à nutriz, o que implica a necessidade de uma ação conjunta entre as diversas secretarias.

No que se refere à saúde da criança, no município não se evidencia a existência de uma política local voltada para as necessidades da infância que possam vir a garantir seu desenvolvimento integral em todos os seus aspectos, físico, mental, moral, espiritual e social.

As ações em saúde aparecem de forma isolada, como sendo de exclusividade da Secretaria Executiva de Saúde, sem articulação com outras políticas sociais como lazer, alimentação, cultura, entre outras, inclusive a educação. Nem mesmo é encontrada nos documentos menção à participação significativa de outros setores sociais como a família, a comunidade ou a sociedade em geral e, principalmente, das outras secretarias que integram o poder público municipal.

O direito à saúde é desenhado isoladamente, como um componente da rede de saúde municipal. A política, em nenhum momento, aparece como articulada à garantia de um conjunto de direitos que englobam a vida, a saúde, a alimentação, a educação, o esporte, o lazer, a profissionalização, a cultura, a dignidade, o respeito, a liberdade e a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 1990).

Dessa forma, não foram encontradas, nos documentos, ações em saúde articuladas a outras políticas sociais que destaquem a criança como prioridade no município. Isso denota, ainda, que a criança, ao longo do período, não foi, para a saúde, público alvo na formulação e execução de políticas sociais com recebimento de recursos públicos para a sua proteção.

A análise da política da saúde para a criança no município de Corumbá – MS evidenciou, também, que a ideologia contida nos documentos internacionais pode ser verificada nos nacionais e são apropriadas pelo município, sem a existência de um planejamento local.

Ao voltar a atenção para o município, no que se refere ao contexto, fica clara a manutenção das condições socioeconômicas da população, que possui uma má distribuição de renda. A soma entre a parcela que não possui rendimento e a que possui renda até dois salários mínimos fica em 58,47% do total populacional.

Constata-se, também, a manutenção das condições de saúde da população, pela ausência, nos documentos, de relatos de investimentos que fossem significativos para a atenção à saúde da população e que resultassem na melhoria dos dados levantados.

Tais constatações remetem à observação de que, para alterar as condições de saúde da criança, são necessários investimentos nas políticas sociais, com a finalidade de melhorar as condições de vida da população, dentre elas, as condições socioeconômicas.

Quanto à articulação das políticas sociais, os atores responsáveis pela sua elaboração, no município, apresentam como proposta a junção de distintas secretarias sob um único comando. Esse fator conferiu à saúde a designação de executiva.

Tal articulação não resultou em ações efetivas para o público infantil ou mesmo para a saúde como um todo, pois foram relatados, nos documentos, problemas que se referem à estrutura administrativa.

Já na análise do conteúdo, percebe-se que os atores envolvidos no processo conhecem as dificuldades em saúde, pois alguns objetivos são apresentados para a melhoria, mas não são concretizados, como o incremento da atenção básica ou a UTI Neonatal.

Por último, os documentos não mencionam o papel do Conselho Municipal de Saúde e sua participação na política de saúde municipal, uma vez que esta é a via de participação da comunidade na formulação e execução das políticas de saúde. Não há referência à forma como se dá essa relação entre Secretaria de Saúde e controle social. Fica apenas evidente a existência desse controle, mas não a sua atuação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho foi analisar as Políticas de Saúde para a Criança no município de Corumbá – MS a partir de documentos encontrados na Secretaria Executiva de Saúde que pudessem dar informações sobre como se desenharam essas políticas no período de 2006 a 2009.

O trabalho iniciou-se com uma contextualização histórica das origens das instituições de assistência à criança no Brasil e do que determinou as ações existentes naquela época.

Em seguida, buscou-se visualizar a criança e a saúde nos documentos internacionais, uma vez que o Estado Brasileiro é membro da Organização das Nações Unidas – ONU e, em consequência, os tratados internacionais acabam por influenciar políticas nacionais voltadas para a saúde e para a criança. Dessa forma, o conhecimento da história da assistência à infância contribui para a compreensão da política de saúde para a criança nos dias de hoje e de como ainda existem fatores passados que se fazem presentes nas políticas atuais, o que determina as abordagens à população.

No segundo capítulo, destacou-se a política social pública como forma de garantia de direitos sociais no Estado Brasileiro. Para esse fim, foi necessário remontar à gênese das políticas sociais em países europeus, entre outros, com a concretização do Estado de Bem Estar Social, que atingiu o ápice nos anos 1940, para então compreender o que é política social.

Esse entendimento possibilitou localizar as políticas sociais públicas no Brasil e como essa conquista se deu tardiamente em relação aos países que atingiram o Estado de Bem-Estar Social. A conquista dos direitos sociais obtida na Constituição Federal de 1988 incluiu o direito universal à saúde e direitos e garantias na área da infância.

Outro fator apontado neste estudo é a responsabilização dos municípios no planejamento local e a execução de ações em saúde desenhadas em nível federal. Como forma de nortear a análise da política de saúde da criança no município, buscou-se abordar o que o Ministério da Saúde preconiza como ações essenciais na prevenção, promoção e assistência à saúde do município.

Por fim, no terceiro capítulo, apresentou-se o levantamento dos dados realizado junto à Secretaria Executiva de Saúde do município, com a intenção de obter uma ampla visão sobre a política municipal voltada para a saúde da criança. Para essa compreensão,



alguns fatores foram destacados, com a finalidade de contextualizar as ações destinadas à infância.

Foi necessário conhecer os recursos na área de saúde existentes no município, mais especificamente as unidades de saúde que compõem a atenção ambulatorial, bem como a atenção hospitalar.

A partir de então, buscaram-se as ações específicas na área de saúde da criança, inseridas no Documento que balizou este estudo. O propósito foi entender se a criança se constitui, na política local, como alvo prioritário de ações em saúde, a existência de planejamento e ações voltadas a esse público, e de que forma o município se apropria da política nacional.

Realizar o levantamento de dados a respeito de políticas públicas de saúde da criança no município de Corumbá-MS caracterizou-se como uma difícil tarefa, devido a alguns fatores. Em primeiro lugar, pela ausência de projetos locais na área estudada que pudessem indicar ações e serviços em execução. Em segundo lugar, pelas condições dos relatórios encontrados que, apesar de conterem muitos dados, pouco informavam sobre a existência de uma política social pública no município destinada à infância, nem mesmo na área de saúde.

As dificuldades de pesquisa na área de políticas de saúde da criança, no município de Corumbá-MS, assemelham-se a problemas apontados em relação ao estudo das políticas sociais por pesquisadores desse campo.

Outras questões levantadas sobre as quais não se obtiveram dados relevantes que contribuíssem para acrescentar em termos de conhecimentos sobre ações desenvolvidas no município foram o surgimento da Coordenação de Saúde da Criança, maiores detalhes sobre a Rede Amamenta, lançada no ano de 2009, e a criação do Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materno-Infantil.

As informações sobre a Coordenação de Saúde da Criança foram coletadas em visitas à Secretaria Municipal de Saúde. Surgida no ano de 2008, teve como coordenadora uma enfermeira, com a qual tive contato algumas vezes durante o período de coleta dos dados. Ela encontrava-se em vias de afastamento para licença maternidade e não havia um substituto para assumir seu lugar.

Uma das atribuições da Coordenação era compilar dados do município em relação à saúde da criança; apresentava como diretrizes do serviço as linhas de cuidado apresentadas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade

Materna e Infantil (2005), tratada neste trabalho no capítulo anterior, sem uma proposta local das ações.

Em relação a essa coordenação, pode-se inferir a existência de significado pouco explicitado, que é a pouca valorização da saúde da criança, evidenciada pela ausência de planejamento local de uma política de saúde para esse público. Isso fez com que a coordenadora me mostrasse a política nacional como proposta, desconhecendo os condicionantes locais e a inexistência de um substituto para a coordenação que se encontrava em vias de afastamento.

A Rede Amamenta, apesar de constituir-se como importante ação para a saúde da criança, por ser a amamentação uma das linhas de cuidado na Atenção à Saúde da Criança, não se configurou como dado para análise, pela sua inacessibilidade.

O Comitê Municipal de Prevenção à Mortalidade Materno-Infantil foi criado por decreto municipal em agosto do ano de 2009, como resposta às taxas de mortalidade materno-infantil, fator atribuído ao sistema de saúde e a outros fatores.

De acordo com o documento, as ações do comitê possuem caráter educativo. Pautadas nas investigações das causas de mortalidade materna e infantil, podem resultar em melhorias da qualidade dos serviços de saúde destinados ao atendimento da criança e da mãe, bem como analisar as tendências da mortalidade e identificar os critérios de vulnerabilidade.

Sendo assim, os objetivos do Comitê envolvem a conscientização dos diversos atores sociais sobre a gravidade da mortalidade materno-infantil e sobre os níveis de mortalidade materno-infantil, para analisar as consequências das intervenções sobre a morbidade, analisar a qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança e recomendar ações que possam reduzir os indicadores de mortalidade materno-infantil.

Os membros do comitê reúnem-se mensalmente para avaliar mortes fetais, neonatais e de crianças menores de um ano. A avaliação envolve visitas às famílias, preenchimento de questionário, análise de prontuários das unidades de saúde onde foram atendidas as mães e crianças e prontuários do hospital.

O hospital onde são realizadas as internações é único no município. Segundo o relatório, o acesso aos prontuários é dificultado ou mesmo impedido, em alguns casos, o que dificulta o trabalho de análise dos óbitos.

A taxa de mortalidade infantil no município, no ano de 2009, foi de 24,7 por mil nascidos vivos. Durante as investigações realizadas pelo comitê, que atuou nos meses de

junho a dezembro de 2009, constataram-se 15 óbitos maternos e infantis, dos quais 12 foram considerados evitáveis. A partir dessa evidência, o comitê fez recomendações que incluíram: intensificação de ações de pré-natal e facilitação do acesso; capacitação de profissionais da Atenção Básica em doenças prevalentes na infância e pré-natal, atendimento à gestante e à criança nas unidades de saúde sem prévio atendimento, dentre outros fatores que em muito contribuiriam para a saúde da mãe e da criança.

Pode-se ressaltar que os próprios documentos municipais indicam falhas no funcionamento da rede de saúde, no que se refere à saúde da mãe e da criança. Essas questões foram abordadas nas considerações finais, uma vez que não foram abertas à pesquisa. A pesquisadora teve acesso a esses textos somente ao término do estudo, por estar desenvolvendo suas atividades profissionais junto à Secretaria de Saúde do Município e, durante a realização das suas tarefas, deparou-se com esses dados.

Vale afirmar que a dificuldade de acesso às informações prejudica não apenas a pesquisa, mas o entendimento das políticas e, conseqüentemente, a análise que se faz. Outro fator a ser apontado é que as pesquisas podem subsidiar a tomada de decisões e o planejamento de ações, a partir da elucidação de fatores condicionantes das políticas sociais públicas.

Dessa forma, a pesquisa evidenciou a ausência de uma política de atenção à criança no município, especificamente na área de saúde.

A saúde da criança revelou-se de forma isolada das demais políticas sociais no desenvolvimento de programas. Esses programas buscam reproduzir as propostas de ações elaboradas pela esfera federal, sem reconhecimento dos condicionantes locais.

Com base nessa compreensão, pode-se afirmar que as políticas de saúde para a criança contrariaram as propostas de desenvolvimento de ações integradas entre as diversas secretarias que compõem o poder executivo municipal, conforme objetivo constante na Lei Municipal Complementar n. 101/2006, que dispõe sobre a estrutura administrativa e funcional da prefeitura Municipal de Corumbá – MS (RUIZ, 2009, p. 79).

Ressalta-se aqui outro fator evidenciado: as ações desenvolvidas pela Secretaria Executiva de Saúde para a criança também demonstraram a inexistência de articulação entre as políticas de saúde para a criança e as demais políticas sociais. Quando articuladas a outras políticas sociais, fica nítida a execução como cumprimento de uma meta.

## BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, R. S. A. As Políticas Públicas Sociais. In: MEZA, E. R. (Org.). **Políticas públicas de trabalho e renda:** Caminhos para a gestão social. Fundação de Apoio ao Desenvolvimento da Educação de Mato Grosso do Sul Escola de Conselhos – Departamento de Jornalismo/UFMS. Campo Grande, 2004.
- ARANTES, E. M. M. “Rostos de crianças no Brasil”. In: PILOTTI, F. & RIZZINI, I. **A arte de governar crianças:** a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. 2. Ed. Ver. – São Paulo: Cortez, 2008. **FALTA NÚMERO DE PG DO CAPÍTULO UTILIZADO.**
- ARRETCHE, M. T. S. A Política da Política de Saúde no Brasil. In: Lima, N.T. **Saúde e democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- \_\_\_\_\_. Tendências no estudo sobre avaliação. In: Rico, Elizabeth (Org.). **Avaliação de políticas sociais:** Uma questão em debate. São Paulo: Cortez, 1998. p. 29-41.
- BAPTISTA, T. W. F. O Direito à Saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: **Textos de apoio em políticas de saúde.** Organizado por Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. **240p NESSE CASO NÃO SE COLOCA O TOTAL DE PAGINAS, APENAS O Nº DE PG DO CAPÍTULO OU ARTIGO UTILIZADO, COMO NA REFERENCIA ACIMA.** (Série Trabalho e Formação em Saúde).
- BENEVIDES, M. V. **Cidadania e direitos humanos.** Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 1988. Disponível em: [www.iea.usp.br/artigos](http://www.iea.usp.br/artigos).
- BRANDÃO, Z. Entre questionários e entrevistas. In: NOGUEIRA, M. A., ROMANELLI, G., ZAGO, N. (Orgs.) **Família e escola.** Petrópolis: Vozes, 2003. p. 173-183.
- BRASIL. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil** /Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. **ABC do SUS** - Doutrinas e princípios/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde – Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família.** Departamento de Atenção Básica – DAB. – Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.dab.saude.gov.br.atencaobasica.php>>. Acesso em: 15 mar. 2010.
- BRASIL. **Constituição (1988).** Seção II DA SAÚDE. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br> Acesso em: 18 de setembro de 2009.
- BRASIL. **Lei n. 8.069/1990 ECA** (Estatuto da Criança e do Adolescente) Título I; Título II Capítulo I. Corumbá; CREIA- Centro de Referência de Estudos da Infância e Adolescência/ UFMS/ Campus do Pantanal, 2006.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br> Acesso em: 09 de março de 2010.

BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br> Acesso em: 22 de agosto de 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 333 de 4 de novembro de 2003.  
CAMPOS, M. M. Educação e políticas de combate à pobreza. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro/Campinas, n. 24, p. 183-191, 2003.

\_\_\_\_\_. **Para entender a gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003. Disponível em: [http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvpublicacoes/para\\_entender\\_gestao.pdf](http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvpublicacoes/para_entender_gestao.pdf) Acesso em: 08 jan.2012.

CASTANEDA, L. A. **Eugenia e casamento**. Hist. ciênc. saúde-Manguinhos [online]. 2003, vol.10, n.3, pp. 901-930. ISSN 0104-5970. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702003000300006>. Acesso em: 24 de maio de 2010.

COHN, A. O SUS e o Direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N.T. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

CONTINI, M. L. J. Direitos Humanos e Direitos Sociais: desafios e perspectivas. In: **Políticas públicas de trabalho e renda: Caminhos para a gestão social**. Org. Meza, E. R. Fundação de Apoio ao Desenvolvimento da Educação de Mato Grosso do Sul Escola de Conselhos – Departamento de Jornalismo/UFMS. Campo Grande, 2004.

CORUMBÁ (Município). **Plano Plurianual 2006 a 2009**. Secretaria Municipal de Saúde.

CORUMBÁ (Município). **Relatório de Gestão 2006**. Jun. 2007. Secretaria Municipal de Ações Sociais - Secretaria Executiva de Saúde Pública.

CORUMBÁ (Município). **Relatório de Gestão 2007**. Secretaria Municipal de Ações Sociais - Secretaria Executiva de Saúde Pública.

CORUMBÁ (Município). **Relatório de Gestão 2008**. Secretaria Municipal de Ações Sociais - Secretaria Executiva de Saúde Pública.

CORUMBÁ (Município). **Relatório Anual de Gestão 2009**. Secretaria Municipal de Ações Sociais - Secretaria Executiva de Saúde Pública.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. São Paulo: Graal, 1989.

CURY, C. R. J. As categorias. In: **Educação e contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1986.

DEMO, Pedro. Política Social e Participação. In: DEMO, Pedro **Participação é conquista:** noções de política social participativa. São Paulo, Ed. Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. **Política social, educação e cidadania.** Campinas SP: Papirus, 1994.

ESCOREL, S. ; BLOCH, R. A. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: Lima, N. T., Gerchman, S., Edler, F. C., Suárez, J. M. **Saúde e democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

ESCOREL, S., NASCIMENTO, D. R., EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima, N.T. et. al. **Saúde e democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FISCHMANN, R. Constituição Brasileira, direitos humanos e educação. **Revista brasileira de educação.** Rio de Janeiro/Campinas v. 14 n. 40 jan./abr. 2009.

GANDELMAN, L. M. A Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro nos séculos XVI e XIX. **História, ciências, saúde-Manguinhos.** Rio de Janeiro, v. 8 n. 3 set-dez. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 10 out. 2009.

GATTI, B. A. Estudos quantitativos em educação. **Educação e pesquisa,** São Paulo, v.30, n.1, p. 11-30, jan./abr. 2004.

GONDRA, José ; GARCIA, Inara. A arte de endurecer “miolos moles e cérebros brandos”: a racionalidade médico-higiênica e a construção social da infância. **Revista Brasileira de Educação,** n. 26, maio/ago. p. 69-83. Campinas: Autores Associados, 2004.

GONDRA, José. A emergência da infância. I Seminário de Grupos de Pesquisa sobre crianças e infâncias. Tendências e Desafios Contemporâneos. UFJF, 2008.

KONDER, L. Origens da dialética. In: **O que é dialética.** São Paulo: Brasiliense, 2000. Coleção Primeiros Passos.

KOSÍK, K. **Dialética do concreto.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LEITE, M. L. M. O óbvio e o contraditório da Roda. In: Priore, M. del. (org.). **História da criança no Brasil.** São Paulo: Contexto, 1991.

LESSA, S, & TONET I. **Introdução à filosofia de Marx.** São Paulo: Expressão Popular, 2008.

LIMA, N. T.; FONSECA, C.M. O; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma sanitária em perspectiva histórica. In: LIMA, N.T. **Saúde e Democracia:** história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LIMA, N. T., O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 25-116.

MACHADO, E. M. Política social e desigualdade social. **Revista eletrônica – UNESP**. Franca – SP, v. 1 p. 1-4, 2004.

MACHADO, N. J. Anotações para a Elaboração de uma Idéia de Cidadania. Instituto de Estudos Avançados da Universidade de São Paulo, 1988. Disponível em: [www.iea.usp.br/artigos](http://www.iea.usp.br/artigos). Acesso em: 03 de mar. de 2010.

MARX, K. **A ideologia alemã**. Karl Marx e Friedrich Engels. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

MERCADANTE, O. A. Evolução das políticas e do sistema no Brasil. In: FINKELMAN, J. (org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MERISSE, Antonio. Origens das Instituições de Atendimento à Criança: O caso das Creches. In: Merisse, A. et. al. **Lugares da Infância**: reflexões sobre a história da criança na fábrica, creche e orfanato. São Paulo: Arte e Ciência, 1997. p. 25-51.

MONCORVO FILHO, A. **A gota de leite de assistência à infância do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 1905. Disponível em: <http://www.dbd.puc-rio.br/>> Acesso em: 05 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. **Breves considerações sobre um programa de proteção à infância**. Rio de Janeiro, 1922. Disponível em: <http://www.dbd.puc-rio.br/>> Acesso em: 10 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. **Curso popular de higiene infantil**. Arquivos de Assistência à Infância. Rio de Janeiro, 1917. Disponível em: <http://www.dbd.puc-rio.br/>> Acesso em: 10 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. **Em torno do berço**. Conferência médico-social realizada no Cinema Odeon. Rio de Janeiro, 1914. Disponível em: <http://www.dbd.puc-rio.br/>> Acesso em: 10 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. **Histórico de proteção à infância no Brasil 1500-1922**. Rio de Janeiro, 1927. Disponível em: <http://www.dbd.puc-rio.br/>> Acesso em: 12 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. **Obra da proteção à infância**. Discurso proferido em 1920, Disponível em: <http://www.dbd.puc-rio.br/>> Acesso em: 11 nov. 2009.

\_\_\_\_\_. **Carta das Nações Unidas**. São Francisco 1945. Disponível em: <[http://www.onu-brasil.org.br/documentos\\_carta.php](http://www.onu-brasil.org.br/documentos_carta.php)>. Acesso em: 22 fev.2010.

\_\_\_\_\_. **Convenção sobre os direitos da criança**. 1989. Disponível em: <[http://www.onu-brasil.org.br/doc\\_crianca.php](http://www.onu-brasil.org.br/doc_crianca.php)>. Acesso em: 22 fev. 2010.

\_\_\_\_\_. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Disponível em: <[http://www.onu-brasil.org.br/documentos\\_direitoshumanos.php](http://www.onu-brasil.org.br/documentos_direitoshumanos.php)>. Acesso em: 22 fev. 2010.

ONU - **Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais** 1966. Disponível em : < [http://www.aids.gov.br/legislacao/vol1\\_3.htm](http://www.aids.gov.br/legislacao/vol1_3.htm)> . Acesso em: 10 mar. 2010.

OPAS – BRASIL. **Carta de Ottawa**. 1986. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2010.

\_\_\_\_\_. **Declaração de Alma Ata**. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 12dez. 2011.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

RIZZINI, I. **Assistência à infância no Brasil**: uma análise de sua construção. Rio de Janeiro: Ed. Universitária Santa Úrsula, 1993.

RIZZINI, I. **O século perdido**: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil – 2. ed. Ver. – São Paulo: Cortez, 2008.

RIZZINI, Irene & PILOTTI, Francisco (orgs.). A infância sem disfarces: uma leitura histórica. In: Rizzini, I., Pilotti, F. **A arte de governar crianças**: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. São Paulo: Cortez, 2009.

RUIZ, J. S. **Políticas Sociais Integradas e a Educação Infantil na Creche: limites e possibilidades da gestão local**. Dissertação de Mestrado – Campo Grande, MS, 2009.

SAMPAIO, Juliana & ARAÚJO, José Luis. Análise das Políticas Públicas : uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em aids. **Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil**. Recife, 6 (3): 335-346;jul./set., 2006.

SENN, E. FERNANDES, M. D. E. **Política educacional e outras políticas sociais do estado de Mato Grosso do Sul nos anos 1990**: construindo as categorias de análise: Estado, Políticas Sociais e Política Educacional. Trabalho apresentado no VIII Encontro de Pesquisa em Educação da Região Centro-Oeste, realizado em Cuiabá – MT, de 13/16/2006, na Sessão Especial Políticas Públicas e Gestão Educacional.

SENN, E. Direito e políticas públicas para a infância e adolescência. **Re-criação: revista do CREIA** / Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. – v. 1, n. 1, (1995). Campo Grande- MS.

\_\_\_\_\_. “Welfare State” e Capitalismo: Os problemas da política econômica e da política social. In: SENNA, E. (Org.) **Trabalho, educação e política pública**. Campo Grande: **Suponho que seja Editora UFMS**, 2003. **FALTA AS PG DO CAPITULO UTILIZADO.**

SILVA, A. S. Estado, Política Social e atendimento à infância no Brasil. **Re-criação: revista do CREIA** / Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. v. 1, n. 1, (1995). Campo Grande MS.



SOUZA, V. S. et. al. Arquivo de Antropologia Física do Museu Nacional: fontes para a história da eugenia no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, set. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702009000300012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000300012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 25 maio 2010.

VAN ZANTEN, A. Pesquisa qualitativa em educação: pertinência, validade e generalização. In: **Perspectiva**, Florianópolis, v. 22, n. 01, p. 24-45, jan. / jun.2004.

WADSWORTH, J. E. Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. **Revista Brasileira de História**. v.19 n.37 São Paulo, 1999.

YUNES, J. O SUS na lógica da descentralização. **Estudos avançados**. São Paulo, v. 13, n. 35, p. 65-70, abr. 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40141999000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141999000100006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 26 maio 2010.