

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

JANINI KARLA DE ALMEIDA

**PROGRAMA MUNICIPAL DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS IMPOSSIBILITADAS
DE ALEITAMENTO MATERNO (PROCIAM)**

VITÓRIA

2013

JANINI KARLA DE ALMEIDA

**PROGRAMA MUNICIPAL DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS IMPOSSIBILITADAS
DE ALEITAMENTO MATERNO (PROCIAM)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, com requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof.^a Camila Lopes Taquetti

VITÓRIA

2013

JANINI KARLA DE ALMEIDA

**PROGRAMA MUNICIPAL DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS IMPOSSIBILITADAS
DE ALEITAMENTO MATERNO (PROCIAM)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em 13 de dezembro de 2012, por:

Prof.^a. Ms. Camila Lopes Taquetti
(Orientadora)

Prof.^a. Ms. Alaísa Siqueira
Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo
(Examinadora)

Renilsa Silveira Amorim Souza Assistente Social e Chefe de Equipe da Área Técnica da Saúde da Criança
Prefeitura Municipal de Vitória/ Secretaria Municipal de Saúde (Semus)
(Examinadora)

Para minha rainha Maria de Lourdes Almeida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em especial ao meu Deus amado e querido, que nunca me abandonou nesses quatro anos de Graduação, mesmo nos momentos difíceis, com vários obstáculos ele me fez superá-los.

Agradeço também a minha rainha, princesa e magnífica mãe Maria de Lourdes Almeida, a quem me apoiou e me dedicou suas orações e louvações, Te Amo Mãe você é única em minha vida.

A minha amiga Cirlânia Busato a quem me acompanhou intensamente nesse trabalho me apoiando e incentivando.

Ao meu noivo e futuro marido Mario Henrique Pollez Ribeiro, a quem nunca me deixou desistir dos meus sonhos e sempre acreditou na minha vitória.

A minha Sogra Rita Pollez a quem sempre orou por mim, e acreditou nesse trabalho.

A minha prima amada Stephany de Almeida Majeovski, para os mais íntimos “Pepão”, a quem me deu toda a sua atenção e motivação para prosseguir.

A todos da Família Almeida que sempre acreditaram nessa Vitória.

A todos da família Saúde da Criança, Prefeitura Municipal de Vitória, Secretaria Municipal de Saúde.

A uma excelente e brilhante profissional que tive o prazer de conhecer e conviver durante 2 anos, a minha supervisora de Estágio e Assistente Social, Renilsa Silveira Amorim Souza, que contribuiu para minha formação profissional. Obrigada por tudo, da minha prática de estágio que saiu a motivação desse TCC.

Aos colegas do curso de Serviço Social matutino, em especial Bruna Salvador, Lorena Torres, Marciele Vieira, Sarize Zanotelli Mili, e Leda Constantino.

Aos Mestres, e Doutores, da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo.

A todos os funcionários da Biblioteca da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, em especial a Funcionária Samilly Neves a quem me dedicou sua atenção para todas as horas que precisei na biblioteca da Católica.

A minha Orientadora de TCC Camila Lopes Taquetti a quem me dedicou seu tempo e suas orientações e abraçou meu TCC de um modo especial, o meu muito obrigado Camila.

Aos convidados da banca, Enfim a todos que participaram direta ou indiretamente para a construção da minha graduação em Serviço Social.

A persistência é o menor caminho do êxito.

Charles Chaplin

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo descrever o Programa Municipal de Atendimento a Crianças Impossibilitadas de Aleitamento Materno (Prociam), e tendo como objetivos específicos: caracterizar a proposta do prociam, identificar o perfil dos usuários do prociam atendidos em 2012 e identificar a evolução de atendimentos do prociam entre 2010 à 2012. O programa é exclusivo do Município de Vitória- ES e para realizá-lo, foi desenvolvido um estudo exploratório documental nas pastas e fichas cadastrais do prociam. Observou-se que o Programa Municipal de Atendimento a Crianças Impossibilitadas de Aleitamento Materno da Área Técnica da Saúde da Criança beneficia e constrói com as Unidades de Saúde um trabalho multiprofissional para o enfrentamento da droga ou outra substância psicoativa, o programa tem como eficácia combater a mortalidade infantil no Município de Vitória. Os limites se relacionam ao gráfico aonde o estudo mostra que a causa maior de inclusão das crianças no programa é a dependência de drogas. No ano de 2010, quando iniciou o programa 37 crianças foram cadastradas no programa, em 2011, quando os profissionais de saúde começaram a descobrir o programa teve 43 crianças cadastradas no programa e em 2012 teve 34 crianças cadastradas. No gráfico das crianças cadastradas por regional mostra que a região de Maruípe em 2011 teve 9 crianças cadastradas sendo assim mostrando uma região de vulnerabilidade maior que as regiões de Centro, Santo Antônio, Bento Ferreira, Praia do Canto, Continental e São Pedro. Sendo o Prociam um programa relativamente novo sua implantação foi em 2010, considera-se que a inserção do Assistente Social juntamente com a equipe multiprofissional que atendem o programa fundamental, para avaliar os casos sociais dessas crianças com risco sociais, para que assim o trabalho seja com excelência e podendo diminuir a mortalidade infantil.

Palavras-chave: Saúde da Criança, Prociam, Área Técnica Saúde da Criança, Mortalidade Infantil.

ABSTRACT

This study aimed to describe the Municipal Program to Assist Children Unable Breastfeeding (Prociam) , and having the following objectives : to characterize the proposed prociam , identify the profile of users prociam met in 2012 and identify the evolution of the calls prociam between 2010 to 2012. The program is unique in the city of Vitória - ES and to carry it out , we developed an exploratory document folders and registry forms the prociam . It was observed that the Municipal Service Program for Children Unable Breastfeeding Technical Area of Child Health benefits and builds with Health Units work for multi coping drug or other psychoactive substance , the program is effectively combat Infant mortality in the city of Vitoria. The limits relate to the graph where the study shows that the biggest cause of inclusion of children in the program is drug addiction . In 2010 , when the program began 37 children were enrolled in the program in 2011 , when health professionals have begun to discover the program had 43 children enrolled in the program in 2012 and had 34 children enrolled . In the chart of the children registered by regional shows that the region Maruípe in 2011 had 9 children enrolled thus showing a region of increased vulnerability to the regions Center San Antonio, Bento Ferreira, Praia do Canto , Continental and St. Peter . Being a relatively new Prociam their deployment was in 2010 , it is considered that the inclusion of the social worker with the multidisciplinary team to meet the basic program to assess social cases these children with social risk so that the work is with excellence and can reduce infant mortality .

Keywords: Children's Health, Prociam, Technical Area Child Health, Infant Mortality

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| GRÁFICO 1 – CRIANÇAS CADASTRADAS POR ANO NO PROCIAM..... | 57 |
| GRÁFICO 2 – QUANTIDADE DE CRIANÇAS CADASTRADAS POR REGIÃO..... | 57 |
| GRÁFICO 3 – QUANTIDADE DE CRIANÇAS CADASTRADAS POR GRUPO DE CAUSAS..... | 61 |

LISTA DE SIGLAS

AM- Aleitamento Materno

CAP - Caixa de Aposentadoria e Pensão

CSC- Caderneta da Saúde da Criança

CNS - Conferência Nacional de Saúde

DATAPREV - Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social

ESF - Estratégia da Saúde da Família

FMI - Fundo Monetário Internacional

FUNABEM - Fundação Nacional do Bem- Estar do Menor

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão

IAPAS- Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LBA - Legião Brasileira de Assistência

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

PROCIAM – Programa Municipal de Atendimento a Crianças Impossibilitadas de Aleitamento Materno

RAS - Rede de Atendimento em Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 15 |
| 2.1 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL..... | 15 |
| 2.1.1 O sistema único de saúde..... | 24 |
| 2.1.1.1 A política da saúde da criança..... | 33 |
| 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 46 |
| 4 RESULTADO DA PESQUISA | 50 |
| 4.1 PROGRAMA MUNICIPAL DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS IMPOSSIBILITADAS DE ALEITAMENTO MATERNO..... | 50 |
| 4.2 OS PROGRAMAS DA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA CRIANÇA E O PROCIAM..... | 54 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 64 |
| 6 REFERÊNCIAS | 66 |
| APÊNDICE A | 74 |
| APÊNDICE B | 75 |
| ANEXO A | 77 |
| ANEXO B | 78 |

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso busca abordar o Programa Municipal de Atendimento a Crianças Impossibilitadas de Aleitamento Materno (PROCIAM), tema que surgiu através da vivência do campo de estágio na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória, mais especificamente na Gerência de Atenção à Saúde (GAS) na Área Técnica da Saúde da Criança.

A experiência do estágio curricular em Serviço Social proporcionou e motivou a realização dessa pesquisa, por se tratar de um programa recente que, desde 2010 assegura a alimentação das crianças através do fornecimento de leite em pó que contém uma fórmula infantil modificada¹ para as crianças menores de um ano, colocando-se a saúde como ação imprescindível para a garantia da vida do recém-nascido em condição especial, ou seja, o Prociam é um benefício voltado às crianças em período de aleitamento, filhos de mães usuárias de substâncias psicoativas que não podem ser amamentadas devido ao uso da droga pela mãe. Trata-se de um programa criado pelo município de Vitória (ES).

Segundo Souza (2010):

O recém-nascido, através da ingestão da droga pela via do aleitamento, pode desenvolver a síndrome de dependência em função da concentração da droga presente no leite materno. A simples interrupção da amamentação materna, sem os devidos cuidados necessários com a saúde da criança, não resolve o problema uma vez que ao se tratar de bebês de risco, fragilizados em suas condições de saúde, muitas vezes apresentam sequelas e necessitam de atenção integral das equipes de saúde juntamente com a rede de serviços do território de saúde de Vitória

Nesse sentido, apesquisa objetiva descrever o Programa Municipal de Atendimento a Crianças Impossibilitadas de Aleitamento Materno do Município de Vitória, caracterizando sua proposta, identificando o perfil dos usuários do Prociam atendidos em 2012 por causas de cadastro, território e região de saúde. Esta pesquisa objetiva ainda identificar a evolução de atendimentos entre 2010 e 2012.

Tendo em vista a necessidade de realizar análises e avaliações de políticas públicas e sociais, Silva (2001), aponta que no Brasil os estudos ainda são incipientes, uma vez que este processo historicamente tem atendido mais a interesses pessoais que

¹ A Fórmula infantil modificada garante a alimentação dos bebês, uma vez que sua ausência pode resultar em graves comprometimentos à saúde, uma vez que a mães estejam incapacitadas de amamentar por serem portadoras de doenças graves ou expor o bebê à situação de risco (SOUZA, 2010).

públicos, devido, principalmente a pouca participação social na cobrança de melhoria na execução das políticas.

É necessário, portanto, repensar as opções políticas já que as políticas sociais são resultantes de um compromisso político presente desde a proposição até a sua execução dos programas, e que os critérios técnicos de decisão têm seu devido papel secundário onde os aspectos políticos da avaliação implicam em concebê-la para além de um processo burocrático, através de uma abordagem do ponto de vista da defesa da sociedade (SILVA, 2001).

Dessa maneira, justifica-se a realização do TCC, pois o Prociam trata-se de uma política social recente, de intervenção exclusiva do município de Vitória, em resposta ao crescente número de recém nascidos que estão impossibilitados de receber o leite materno, devido ao uso de drogas pela mãe.

A pesquisa possibilitará a socialização deste conhecimento junto à academia e acarretará maior discussão sobre o tema, pois se trata de um tema novo, e será uma nova forma de publicização do programa. O estudo busca contribuir para a implementação do Prociam, e através da divulgação dos resultados deste estudo, contribuir para o aprimoramento do programa.

O estudo ainda possibilitará a produção de conhecimento, acerca dos fluxos e rotinas do programa, possibilitará troca de experiências e conhecimento para a academia. Para o Serviço Social, esta pesquisa possibilitará a discussão de mais uma forma de intervenção do profissional assistente social, possibilitando assim a socialização do conhecimento para a prática profissional.

O Presente TCC foi estruturado por uma introdução, discussão teórica que contemplou a construção da história da Política de Saúde no Brasil, os resultados e as considerações finais.

No trabalho foi exposto a partir de uma revisão bibliográfica abordada uma discussão geral sobre a política de saúde no Brasil fazendo um percurso histórico até chegar aos dias atuais através do Sistema Único de Saúde o (SUS).

Apresentou-se a Política da Saúde da Criança, a importância da Criança com ênfase no Aleitamento Materno que é uma prática para redução da mortalidade infantil no país.

Abordou-se o Programa Municipal de Atendimento a Crianças Impossibilitadas de Aleitamento Materno que é o tema desse presente Trabalho de Conclusão de Curso, Como ele surgiu, e quais seus aspectos, foi descrito também os programas da Área Técnica da Saúde da Criança.

Por fim, irei apresentar as considerações finais resultantes dos estudos, resultado dessa pesquisa observações e reflexões em relação às possibilidades e os limites do programa. O presente trabalho abre uma discussão sobre os desafios postos para ampliar o debate sobre o Programa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

Neste capítulo será abordada a contextualização da política de saúde no Brasil fazendo um resgate histórico da saúde e ressaltando como essa se concretizou no país, além de descrever como a saúde se configura atualmente através do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde que foi um marco na história da política de saúde para o Brasil, onde se propôs a criação do SUS através de lutas, reivindicações e mobilizações populares.

A evolução da saúde ocorre juntamente com a evolução dos direitos sociais. No Brasil a atenção médica está interligada e associada à previdência social, a previdência social e a saúde ambas têm uma questão em comum a busca pela equidade no direito dos cidadãos (COHN, 2010).

Segundo (Cohn, 2010, p.13):

Não é só esse fato que remete ao direito à saúde marcada pela distinção original de inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho, como convive com as medidas implementadas pela saúde pública, que antecedem a própria instituição da previdência social no país. Caracterizada pela responsabilidade das ações de caráter coletivo de natureza preventiva no controle de endemias e programáticas na atenção a grupos selecionados da população materno - infantil, tuberculosos, hansenianos e outros, a saúde pública no decorrer do tempo convive de forma tensamente complementar com a assistência médica individual filantrópica e previdenciária, e posteriormente da rede pública, sendo crescentemente pressionada a buscar nova identidade sem perder a sua especificidade.

A saúde pública no início do século XVIII era vista como uma prática filantrópica, a população carente só tinha direito a atendimento em hospitais filantrópicos mantidos pela igreja. Conforme ressalta Bravo (2009), no século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal, sem uma organização prática do Estado no sentido de oferecer assistência integral à população. As epidemias se alastravam, principalmente, pelas grandes cidades devido à falta de prática de ações sanitárias. A população era acometida pela varíola, malária, febre amarela e peste, gerando inclusive consequências econômicas, visto que sequer os navios atracavam no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária do país (POLIGNANO, p.4).

Oswaldo Cruz, indicado pelo então presidente Rodrigues Alves para o cargo de Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, se propôs a erradicar a epidemia de febre amarela que atingia a cidade do Rio de Janeiro. Para tanto, utilizando o modelo de intervenção militar conhecido como campanhista, no qual a força da autoridade militar era considerada como uma forte potência daquela época assim, iniciou um processo de vacinação forçado da população, inclusive com queima de colchões e roupas de pessoas contaminadas. A aprovação da Lei Federal nº 1261, de 31 de Outubro de 1904 instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória para todo o território nacional, isso foi o estopim para a insatisfação da população que se rebelou na revolta histórica conhecida como Revolta das Vacinas (POLIGNANO,p.5).

Em 1916, Belisário Pena e Artur Neiva, do Instituto Oswaldo Cruz², publicaram um Relatório Médico-Científico chamando atenção para o abandono e isolamento das populações do meio rural com relação a situação sanitária em que estavam envolvidos, no entanto, esse relatório não foi suficiente para reformar a então situação da saúde pública no país (ROCHA).

No período 1918-1919 a Gripe Espanhola assolou o país gerando milhares de mortes, e por não ter distinção de classes sociais ricos ou pobres a gripe espanhola ficou conhecida como “gripe democrática”, gerando inclusive a morte do então presidente eleito Rodrigues Alves em 1918. No Rio de Janeiro foram registradas cerca de 14.348 mortes de gripe espanhola. Em São Paulo, outras 2.000 pessoas morreram e estima-se que 85% da população brasileira adoeceram (ROCHA, NETO e PEREIRA, 2006). Essa situação chamou atenção do governo para criar as ações sanitárias necessárias para extirpar as epidemias do país, culminando, em 1919 com a criação do, Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), o qual permitiu maior controle e expansão da influência do governo sobre as ações de saúde no país.

O período pós 1ª Guerra Mundial foi marcado pelo êxodo rural, no qual parte da população partia do interior para as cidades, aumentando consideravelmente a

² O Instituto Oswaldo Cruz é uma instituição ligada ao Governo e que atua nas áreas de pesquisa, desenvolvimento tecnológico e inovação e na prestação de serviços de referência para diagnóstico de doenças infecciosas e genéticas e controle de vetores, amparado pela ação de comissões internas responsáveis por garantir os padrões de biossegurança, de qualidade e de gestão ambiental. Mantém ainda coleções biológicas de importância nacional e internacional e forma certa e técnicos através da atuação na educação profissional e de pós-graduação. (ROCHA).

massa de trabalhadores, funcionários públicos, operários, comerciantes e militares. Essa massa de trabalhadores, embora numerosa, era desprovida de poderes políticos, ou seja não tinha poderes, pois a política social do Brasil ainda tinha como base a estrutura agrária, que começava a se configurar no Brasil (ARAÚJO, 2010).

“Nesse contexto, a saúde pública no Brasil na década de 1920 adquiriu um novo relevo no discurso do poder do Estado, uma vez que houve tentativas através do nascente movimento operário de extensão dos serviços de saúde por todo país (BRAVO, 2009, p.90)”. A reforma Carlos Chagas de 1923³ tentou ampliar o atendimento à saúde por parte do governo, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes⁴. A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), marcou a transição da saúde pública como questão política para uma questão de cunho social, passando a ser difundida como necessária à população através de campanhas educativas e deixada de ser tratada de forma imposta pelo Estado (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Bravo (2009,p.91) discorre sobre a Lei Eloy Chaves:

Em 24 de janeiro de 1923 foi aprovado pelo Congresso Nacional a Lei Eloy Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), que previam benefícios proporcionais às contribuições: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Segundo Polignano (p. 8): a criação das CAPs deve ser entendida “como resposta do empresariado e do Estado à crescente importância da questão social”. No entanto, apesar da Lei Eloy Chaves não prever diretamente a criação de um tributo para custear os serviços, foi o que aconteceu através do desenvolvimento progressivo de novas Caixas e Institutos que “veio afinal fazer o ônus recair sobre o público em geral e assim, a se constituir efetivamente em contribuição da União” (MARTINS, 2002). Em 1934 o mecanismo de contribuição tríplice (em partes iguais)

³ A Reforma Carlos Chagas, implementada em 1923 pelo então responsável pelas ações de saúde no Brasil, Carlos Chagas, reorganizou os serviços de saúde através da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, Órgão que, durante anos, exerceu ação normativa e executiva das atividades de Saúde Pública no Brasil. Essa reforma introduziu as ações de propaganda e a educação sanitária, inovando o modelo anterior, puramente fiscal e policial. (POLIGNANO).

⁴ No início da década de 20 surgiu no Brasil um movimento denominado tenentismo que foi marcado por uma série de rebeliões militares que lutava pelo fim do voto de cabresto, reforma na educação pública, voto secreto e pelo fim das velhas tradições da República Velha (ARAÚJO, 2010).

pelos empregados, empregadores e União foi obrigatoriamente instituído através da alínea h, § 1º, art. 21 da Constituição Federal de 1934.

Polignano (p.7), faz algumas considerações sobre as CAPs, instituídas pela Conhecida Lei Eloy Chaves:

- A Lei Eloy Chaves era para ser adaptada aos operários urbanos, para que assim o Congresso Nacional aprova-se a mesma, os benefícios da Lei não poderiam ser estendidos para os trabalhadores rurais.
- Outra especificidade da Lei Eloy Chaves e que as caixas tinham que ser orientadas adaptadas por empresas e não por categorias de trabalho sendo a dos ferroviários a primeira delas e consecutivamente a mais importante.
- Para se criar a CAPs dependia do poder de manifestação dos trabalhadores e assim se organizavam com suas empresas para lutar pela sua criação. A Reforma Carlos Chagas, implementada em 1923 pelo então responsável pelas ações de saúde no Brasil, Carlos Chagas, reorganizou os serviços de saúde através da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, Órgão que, durante anos, exerceu ação normativa e executiva das atividades de Saúde Pública no Brasil. Essa reforma introduziu as ações de propaganda e a educação sanitária, inovando o modelo anterior, puramente fiscal e policial de determinada empresa para reivindicar a sua criação.
- Os ferroviários tinha grande importância para a economia do país, isso refletiu para a criação da primeira CAP a ser criada foi então a dos ferroviários.

Os trabalhadores vinculados ao setor urbano do complexo exportador foram os mais combativos politicamente e que primeiro lutaram pela organização das CAPs em suas empresas (os ferroviários em 1923, os estivadores e os marítimos em 1926) e os demais trabalhadores como bancários e comerciantes só o conseguiram após 1930 (BRAVO, 2009).

Ao assumir a presidência do país em 1930 Getúlio Vargas iniciou um processo de modernização do país. Entre as ações desenvolvidas para esse fim, criou novos ministérios, entre eles o Ministério da Educação e Saúde (DELPHINO, 2010) a partir da desintegração das atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública (vinculado ao Ministério da Justiça) (POLIGNANO,p.11). Ainda na Era Vargas compreendida entre os anos de 1930 a 1945 ocorreu a pulverização de ações de saúde a outros diversos setores, dentre elas a fiscalização de produtos de origem animal que passou para o Ministério da Agricultura (1934), e as ações voltadas para higiene e segurança do trabalho (1942), que passou a vincular-se ao Ministério do Trabalho (POLIGNANO, p.11).

As Conferências Nacionais em Saúde (CNS), instituídas em 1941, foram passos importantes em direção a discussão global dos assuntos relacionados a saúde. Com

o objetivo de analisar os avanços e retrocessos do sistema de saúde e a propor diretrizes para a formulação das políticas na área da saúde pública (MINISTÉRIO DA SAÚDE). Essas passaram a ser realizadas a cada 4 anos que, inicialmente não contavam com a participação popular, o que só veio ocorrer na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986.

A 1ª Conferência Nacional em Saúde, realizada em 1941, pretendeu estudar as bases da organização de um programa nacional de saúde e de um programa nacional de proteção da infância, além de planejar a implantação de um sistema de organização e de administração sanitárias e assistenciais. Ainda assim, as discussões realizadas na 1ª CNS continuavam a possuir um caráter para uma saúde curativa e não preventiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Segundo (Polignano, p.11) diz: nesse ano ainda ocorreu a Reforma Barros Barreto, em que se destacam as seguintes ações na área de saúde.

- Instituição de órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar;
- Criação de órgãos executivos de ação direta contra as endemias mais importantes (malária, febre amarela, peste);
- Fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz, como referência nacional;
- Descentralização das atividades normativas e executivas por 8 regiões sanitárias;
- Destaque aos programas de abastecimento de água e construção de esgotos, no âmbito da saúde pública;
- Atenção aos problemas das doenças degenerativas e mentais com a criação de serviços especializados de âmbito nacional (Instituto Nacional do Câncer).

A política de saúde formulada no período Vargas era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária, sendo que o enfoque na saúde pública, com a criação de condições sanitárias mínimas para as populações, principalmente urbana, era maior. O incentivo ao desenvolvimento da saúde previdenciária só ocorreu com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) (BRAVO, 2009), que pretendeu estender a um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de “antecipar” as reivindicações destas categorias e então proceder a uma cobertura mais ampla. Enquanto as CAPs eram organizadas por empresas de porte, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) eram organizados por categoria profissional. A

união de todos os IAPs em 1966 culminou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (PERES, s/d).

De acordo com Bravo (2011, p. 58),

[...] as principais medidas referentes à política assistencial foram: o processo de unificação das instituições previdenciárias, com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS); o Sistema Financeiro de Habitação (SFH), para a aquisição de casa própria, que serviu para estimular o mercado imobiliário e incentivar a especulação; os novos mecanismos de poupança compulsória, como o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e, posteriormente, o PIS/PASEP. Esses mecanismos tentaram resolver a contradição entre a tendência abrangente da concessão de benefícios e a estreiteza do regime de capitalização, sendo uma importante fonte de captação de recursos para investimentos na área econômica.

A 2ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1950 na cidade do Rio de Janeiro, com foco em fortalecer os estudos e ter uma definição de normas para se obter soluções aos problemas de saúde no Brasil não gerou grandes mudanças no cenário da saúde pública nacional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Em 1953 o governo criou o atual Ministério da Saúde, através do desdobramento do então Ministério da Saúde e Educação, assumindo assim as funções que cabiam ao antigo Departamento Nacional de Saúde (DNS). Porém, esse novo Ministério segundo (Ministério da Saúde, p.5):

[...] limitava-se a ação legal e a mera divisão das atividades de saúde e educação, antes incorporadas num só ministério. Mesmo sendo a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do Governo, essa função continuava, ainda, distribuída por vários ministérios e autarquias, com pulverização de recursos financeiros e dispersão do pessoal técnico, ficando alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros às autarquias e fundações.

Ou seja, esse ministério apresentava uma estrutura de caráter extremamente frágil, cabendo-lhe a menor fração do orçamento do antigo Ministério da Educação e Saúde, ou seja, um terço do imposto sobre a Educação e Saúde (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Em 1961 Jânio da Silva Quadros assume a Presidência da República em um mandato que durou apenas 7 meses. Em seu breve governo foi gerado uma crise política que depois ocasionaria o golpe militar de 1964. A economia do país no governo de Jânio Quadros era de caráter conservador, adotando as medidas do Fundo Monetário Internacional (FMI)⁵, congelando os salários dos trabalhadores,

⁵ FMI que é um Fundo Monetário Internacional que tem o objetivo de regular e atuar diretamente no funcionamento do sistema financeiro mundial. (DELPHINO,2010).

restringindo créditos e desvalorizando a moeda nacional. Mesmo o governo tomando essas medidas, a inflação permaneceu em alta no Brasil (DELPHINO, 2010).

Então, em 25 de Agosto de 1961 o Presidente da República Jânio Quadros renunciou ao seu cargo. Após então a renúncia de Jânio Quadros, os militares tentaram cancelar a chegada do vice-presidente João Goulart ao posto presidencial. As forças armadas temiam que a passagem do cargo para João Goulart colocasse em risco a segurança nacional do país. Grupos políticos conservadores acreditavam na associação do Presidente ao comunismo no país (SOUSA).

Entre 1961 e 1964 o Presidente João Goulart assume a presidência do Brasil, tendo como objetivo em seu governo combater a inflação e incentivar a economia no país, mas no decorrer de seu governo gerou-se muita insatisfação na sociedade e em diversos setores sociais (SOUSA), A instalação do Parlamentarismo fez com que João Goulart não anunciasse suas propostas, mas não o intimidou e em 1964, em um comício na Central do Brasil, no Rio de Janeiro, “Jango” como era conhecido pela população brasileira, anunciou várias propostas dentre elas o desenvolvimento econômico, o combate à inflação e a diminuição do déficit público. O Sistema Parlamentarista não teve sucesso tendo que assim, acontecer um plebiscito que iria decidir qual sistema político seria adotado no Brasil. Em 1963 o sistema presidencialista foi eleito pela população (SOUSA).

Em 31 de março de 1964 as forças armadas brasileiras comandaram e executaram um golpe militar, e assim o Brasil foi tomado pelos militares, tendo então a chamada era da ditadura Militar.

Como afirma Bravo (2009, p.93), a ditadura significou, “para totalidade da sociedade brasileira, a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico- social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados”, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática. Os gastos com a saúde da população brasileira no período de 1945 a 1964 foram positivas, havendo também uma melhora no quadro sanitário, mas não conseguindo amortizar as altas taxas de morbidade e mortalidade infantil. Nessa época em 1964 também foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (BRAVO, 2009).

O processo de unificação das CAPs para os IAPs só avança com movimentos revolucionários, com o regime militar a presidência em 1964. Neste ano o governo promoveu uma intervenção geral entre todos os IAPs, sendo os conselhos administrativos substituídos por juntas interventoras, a unificação dos IAPs vai se consolidar só em 1966 (POLIGNANO,s/d).

A transformação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) ocorreu em 1966 durante o governo de Castelo Branco. Neste ano ocorreu também a 3ª CNS, atendendo a duas demandas fundamentais: o crescente papel interventivo do Estado na sociedade e o alijamento dos trabalhadores do jogo político, com sua exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel de financiadores (BRAVO, 2009). A partir desse momento os trabalhadores deixam de ser financiadores exclusivos da saúde, voltada somente para empregados e empregadores e passam a receber apoio através de financiamento do governo, estendendo o atendimento a toda população, não só para os assalariados. Desta forma a instituição do IAPS constitui-se na modernização da máquina estatal, aumentando o seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas no período “populista”. Trata-se, portanto, de uma reorientação das relações entre Estado e classes trabalhadoras, favorecendo a evolução do quadro da saúde pública. (BRAVO, 2009).

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que passou a ser Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi fruto da união dos IAPs, de categorias profissionais organizadas bancários, comerciantes, industriários, que posteriormente divide-se em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS). A assistência de saúde desenvolvida pelo INAMPS era de caráter excludente, o benefício só era para os trabalhadores da economia formal, ou seja, a carteira de trabalho tinha que estar devidamente assinada e não tinha o caráter universal que passou a ser um dos princípios que norteia a política de saúde do SUS (POLIGNANO).

Segundo discorre Bravo (2011,p.75), o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) tinha por intencionalidade demonstrar o interesse do governo pela Previdência Social, contudo, não apresentou um plano global consistente, constituindo-se numa junção de órgãos, incluindo duas fundações de caráter

nacional: Legião Brasileira de Assistência (LBA) e Fundação Nacional do Bem- Estar do Menor (Funabem), antes vinculadas à presidência da República (BRAVO, 2011), ao qual também estava atrelado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), órgão responsável pelo atendimento médico da população em geral. Em 1978, o processo de institucionalidade que teve o começo com o MPAS, foi criado também o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), composto por novas autarquias: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), para a prestação de assistência médica, e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) (BRAVO,2011).

Em 1977, no governo de Ernesto Geisel, foi aprovada a lei N° 6.439 de 1° de Setembro, onde institui-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social diz:

Art. 3° Ficam criadas as seguintes autarquias vinculadas ao MPAS:

I – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS;

II – Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social-IAPAS.

Art 4° - Integram o SINPAS as seguintes entidades:

I - Instituto Nacional de Previdência Social - INPS;

II - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social INAMPS;

III - Fundação Legião Brasileira de Assistência - LBA;

IV - Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor FUNABEM;

V - Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social DATAPREV;

VI - Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social - IAPAS (BRASIL, 1988).

Em 1980 a sociedade brasileira, no mesmo período em que passou por um processo de democratização política no país, no regime militar, que teve início em 1964, após o governo de João Goulart, passou por uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias de hoje. As decepções da sociedade brasileira com a política no país ocorreram principalmente após 1988, pois não se tinha ganhos ou benefícios para população brasileira (BRAVO, 2009).

Na década de 80, a saúde pública contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas em cada setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil. A saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos

para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia (BRAVO, 2009).

Em 1980 em Brasília ocorreu a 7ª Conferência Nacional de Saúde em pleno regime militar onde os principais temas debatidos eram relacionados à implantação e desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde Prev-Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE).

Seis anos depois, em 1986, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, tendo como marco histórico a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), do qual falaremos a seguir.

2.1.1 O Sistema Único de Saúde

A 8ª Conferência Nacional de Saúde marcou o histórico das conferências de saúde no Brasil, marco da participação social em torno na política de saúde em prol da reconfiguração da sua configuração. Foi a primeira vez que a população participou das discussões sobre saúde pública no Brasil, suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal de 1988, como nas Leis Orgânicas da Saúde (LOS), Lei nº.8.080/90 e Lei nº 8142/90 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s/d).

Participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados impulsionados pelo Movimento da Reforma Sanitária que propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde que envolve: promoção, proteção e recuperação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s/d).

Conforme Bertolozzi e Grego, (1996, p.392) afirma:

Além disso, a 8ª Conferência representou um avanço técnico e um pacto político, ao propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes: a universalidade, a integralidade das ações e a participação social, além de ampliar o conceito de saúde, colocando-o como um direito dos cidadãos e um dever do Estado. Entretanto, cabe explicitar que o Estado se antecipou a implementação do SUS, criado por decreto o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que incluía a redução da máquina previdenciária do nível estadual, a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios e o estabelecimento de um gestor único da saúde em cada esfera de governo, também a implementação do SUDS dependia do grau de compromisso dos governantes.

Portanto, a saúde ganha um novo caráter, incentivada principalmente pelas Conferências Nacionais em Saúde e pela promulgação da Constituição de 1988, em que a promoção da saúde passa a ser definida como um dever do Estado e um direito de todo cidadão (BRAVO, 2009; 2011).

Atualmente, o que se tem na área da saúde no Brasil é a aplicação da universalidade excludente, o setor privado abarca o atendimento decerca de $\frac{1}{3}$ da população brasileira e, de fato, não há um sistema único, uma vez que coexiste o setor privado e o setor público, sendo que a qualidade da assistência para a população é diferenciada (BERTOLOZZI; GREGO, 1996). O sucateamento do setor público é evidente, com uma desastrosa e acelerada acumulação de pacientes, esperando vagas para internações, exames, operações, o que acaba expulsando os pacientes para setores privados, pois o SUS não consegue atender a todas as demandas existentes na saúde pública no Brasil.

De acordo com Polignano (p. 1),

A crise de saúde no Brasil está presente no dia a dia podendo ser deparadas pelos seguintes fatores: filas frequentes de pacientes nos serviços de saúde; falta de leitos hospitalares para atender a demanda da população; escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência; atraso no repasse dos pagamentos do Ministério da Saúde para os serviços conveniados; baixos valores pagos pelo SUS aos diversos procedimentos médicos- hospitalares; aumento de incidência e o ressurgimento de diversas doenças transmissíveis; denúncias de abusos cometidos pelos planos privados e pelos seguros de saúde.

Conforme destaca Bertolozzi e Grego (1996, p.396):

Nesse contexto, o que se coloca na realidade são projetos de cunho ideológico, político e técnico distintos: o projeto neoliberal e o projeto da reforma sanitária, que ainda busca sobreviver, reagindo contra o primeiro, ao tentar resgatar os pressupostos contidos na Constituição Brasileira de 1988, de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Nesse sentido, cabe aos cidadãos optarem pela defesa de um dos projetos acima mencionados, não sem antes ter claro de que a exclusão social, que vem tomando conta da sociedade brasileira, é fruto inegável do projeto econômico do neoliberalismo. Assim, é fundamental que se tenha clareza de que é impossível superar a crise sem a presença de um Estado forte que aponte para a eficiência, a eficácia e para a equidade.

Atualmente, segundo a Agência Brasil (2009), “os governos federal, estaduais e municipais são responsáveis por apenas 42% dos gastos com saúde no país, enquanto as famílias e instituições sem fins lucrativos respondem pelos 58% restantes”. Segundo dados de 2009, os mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os gastos públicos em saúde representaram 3,6% do

Produto Interno Bruto (PIB), enquanto os gastos privados alcançaram 4,9%, (AGÊNCIA BRASIL, s/d).

No Brasil não alcançamos uma universalidade no Sistema Único de Saúde (SUS), que apesar de ter possibilitando melhorias para o acesso, não criou melhorias suficientes para cobrir todas as demandas na saúde pública no Brasil, uma vez que mais da metade dos gastos totais em saúde são gastos privados.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é formado pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais e da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada é permitida participar desse Sistema de maneira complementar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s/d).

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988. Seus princípios apontam para a democratização das ações e dos serviços de saúde que deixam de ser restritos aos que podiam pagar por serviços de saúde privados ou aos que tinham direito à saúde pública por serem segurados pela previdência social (trabalhadores com carteira assinada). Dessa forma o direito à saúde passa a ser universal, e, da mesma forma, deixa de ser centralizado e passa a nortear-se pela descentralização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s/d), uma vez que deixa de ser responsabilidade exclusiva do Governo Federal e passa a ser administrada também pelos Estados e municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s/d).

Instituído pela Constituição Federal (1988), o Sistema Único de Saúde, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, Lei 8.080, de 19 de Setembro de 1990 e Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990 estabelece a saúde como um direito fundamental do cidadão brasileiro, devendo o Estado prover as condições necessárias ao seu pleno exercício. O dever do Estado, segundo a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196 diz que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988, p.33).

Cohn (2010, p. 25), diz que:

[...] constituir, portanto, a saúde “como um direito de todos e dever do Estado” implica em enfrentar as questões tais como a população buscar a

utilização dos serviços públicos de saúde tendo por referência a sua proximidade, enquanto para os serviços privados a referência a sua proximidade, enquanto para os serviços privados a referência principal consiste em “ter direito”. Da mesma forma, e exatamente porque essas questões remetem à tradição brasileira de direitos sociais vinculados a um contrato compulsório de caráter contributivo, contrapostos a medidas assistencialistas aos carentes, a equidade na universalização do direito à saúde está estreitamente vinculado às mudanças das políticas de saúde no interior de um processo de alteração da relação do Estado com a sociedade, o que vale dizer, da alteração do sistema de poder no país.

Como mencionamos acima, o SUS é, por definição constitucional, um sistema para todos de quem dele necessitar, ou seja, um sistema público de saúde baseado na concepção de saúde como direito de cidadania, na noção da universalidade e ao mesmo tempo com diretrizes organizativas (SOUZA, 2002).

Conforme relata Souza (2002, p. 9), “O Brasil se organiza em um sistema político federativo constituído por três esferas de governo: união, estados e municípios todas consideradas pela Constituição da República de 1988 com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica”. São 26 Estados e o Distrito Federal e 5.560 municípios.

Em relação às políticas de saúde no Brasil a um nível de complexidade que diz respeito a essa área com vários fatores dentre eles: múltiplas determinações sobre o Estado de saúde da população e os indivíduos; a população brasileira e suas diversidades na área da saúde; diferentes tipos de ações e serviços que demanda, para dar conta das diferentes necessidades da população; capacitação dos profissionais da área de saúde e recursos tecnológicos para atender a população (SOUZA, 2002).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema voltado para todos os cidadãos, ou seja, ele é um sistema público universal, organizado e orientado no sentido de atender as demandas de toda a população, independente de raça, etnia, situação de emprego, classe social, local de moradia, a todo o cidadão que tem o direito de usufruir desse sistema de saúde. As diferentes situações de vida dos grupos populacionais geram problemas de saúde específicos, cada cidadão com sua demanda, cabendo assim realizar ações da gestão do sistema de saúde para que elas sejam orientadas e especializadas para atender as especificidades das demandas. Com isso, cabe ao SUS oferecer o atendimento igual a todas as pessoas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

É um grande desafio, muito tem que ser feito para que todos tenham saúde, o governo federal deve considerar os esforços e os investimentos na saúde onde há maiores carências. O SUS tem o papel de cuidar de todos e cuidar da saúde não é apenas medicar os pacientes ou apenas realizar cirurgias, é necessário garantir as vacinas à população, dar atenção às doenças das mulheres, idosos, crianças combatendo todas as doenças que respectivamente as mesmas tiverem. Este é o princípio de integralidade, realizar as ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde de toda a população (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2006).

A população, porém para ter uma boa saúde é preciso ter uma boa alimentação, possuir uma moradia digna com saneamento básico, ter luz e água, trabalhar, ter meios de transporte acessíveis para a população, assim, para que a população tenha uma vida saudável, não depende apenas da área da saúde. Compreende-se que a saúde da população se expressam na organização social e econômica do Brasil, e que todas as políticas devem ser interlaçadas e interligadas. O Sistema Único de Saúde tem seus serviços organizados pelos governos federais, Estaduais e Municipais e com objetivos de garantir a prestação dos serviços gratuitos de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2006).

O sistema de saúde no Brasil é um sistema hierarquizado possui várias unidades interligadas através da Rede de Atendimento em Saúde (RAS), onde cada ente da federação e cada nível de atendimento em saúde tem sua competência específica.

O Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Promoção da Saúde visto a necessidade do enfrentamento dos desafios de produção para a saúde em um cenário complexo que exige cada vez mais reflexão e qualificação dos profissionais nas práticas sanitárias e do sistema de saúde no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE,2006, p.15).

Segundo o Ministério da Saúde (2006, p.23), “Cada esfera de gestão tem suas responsabilidades com a Política de Saúde a esfera Federal, Estadual e Municipal. Cabe ao gestor Federal, Municipal e Estadual a divulgação e a articulação da política de saúde em seus territórios, bem como a responsabilidade nas esferas de gestão”.

A organização da assistência em saúde do SUS é baseada em dois princípios fundamentais para seus serviços: a regionalização e a hierarquização. O SUS além

desses dois princípios trabalha também com as ações de saúde sendo a atenção primária e as ações de média e alta complexidade (BRASILIA, 2011).

O Sistema de Saúde no Brasil é dividido em níveis de atenção à saúde, são elas a 1) atenção primária ou de baixa complexidade, 2) a secundária ou de média complexidade e 3) a atenção terciária ou de alta complexidade, cada demanda tem sua necessidade de atendimento, de acordo com sua complexidade o usuário será atendido por profissionais de saúde, em equipe multiprofissional.

A atenção primária ou a de baixa complexidade compreende que a saúde é a porta de entrada do usuário para com o serviço de saúde o SUS, os usuários tem acesso a especialidades básicas que são: clínica médica (clínica geral), pediatria, obstetrícia e ginecologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A atenção secundária ou a de média complexidade atende os usuários com agravos de saúde com procedimentos especializados, como consultas hospitalares e ambulatoriais, exames e procedimentos cirúrgicos(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A atenção terciária ou a de alta complexidade que envolvem tratamentos para os usuários de alto custo, dentre eles traumatologia, cardiologia, terapia renal substitutiva e oncologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os serviços de saúde estão organizados em redes de atenção à saúde por região e os serviços são hierarquizados de forma que o usuário tenha um melhor atendimento possível na rede de saúde. O acesso dos usuários ocorre principalmente pela rede de atenção básica de saúde. As demandas com maior complexidade são encaminhadas aos serviços especializados de saúde, Esses serviços podem ser organizados de forma municipal ou regional, dependendo da urgência e da demanda do município. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

É de responsabilidade do SUS a gestão desses serviços especializados em todo território nacional, estabelecendo parcerias com Estados e Municípios para garantir o atendimento da saúde para a população, com máximo de eficácia e agilidade.

Tendo em vista que neste estudo discutiremos sobre o Prociam enquanto uma política municipal de saúde, será tratada mais detalhadamente da Atenção Básica (primária) em saúde, sendo este nível de gestão do SUS de responsabilidade do município.

A Atenção básica é um conjunto de ações de saúde voltada para atender toda a população, é a porta de entrada juntamente com a estratégia da saúde da família, busca fazer o atendimento com agilidade e prioridade para os usuários, pautando-se nos princípios do Sistema Único de Saúde. A atenção básica a qual visa atender todos os usuários tem uma política de saúde visando à proteção, como também estar pautado no SUS, o Prociam é um programa que visa também à proteção da saúde da criança como também promover o seu bem-estar social, físico e mental.

A Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, que aprovou a Política Nacional de Atenção básica, dos princípios gerais estabelece:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território.

É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

A Atenção Básica é o nível de atenção em saúde considerado atenção primária ou de baixa complexidade, é a porta de entrada para o usuário no Sistema Único de Saúde. A atenção básica tem a Estratégia da Saúde da Família como um ponto focal para a organização dos serviços de saúde nos municípios.

“Segundo o Ministério de Saúde, Estratégia da Saúde da Família significa a estratégia prioritária adotada pelo Ministério da Saúde para organização da atenção básica, no âmbito do SUS, dispondo de recursos específicos para seu custeio” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 22).

Segundo Araújo e Rocha (apud PAIM, 2007, p.456), o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994:

[...] nos seus primeiros anos de existência foi marcado por inquietações e críticas à sua proposta. Posteriormente, num sucessivo acréscimo de novas proposições, normatizações modalidades de incentivo (financiamento) e consolidação de práticas inovadoras e exitosas em vários municípios brasileiros, passou a ser considerado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, a partir da Atenção Básica. Tem como pressupostos a implementação dos princípios do SUS (entre os quais a integralidade, que nos interessa mais de perto no presente artigo), e, portanto caráter substitutivo ao buscar um novo modelo de atenção, baseado na promoção da saúde. Tem como elementos centrais o trabalho com adscrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada para as Unidades de Saúde da Família, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) visa o atendimento das famílias com foco para suas ações em serviços de saúde e como estratégia para que seu usuário seja melhor atendido nesse programa, os profissionais tem como foco a visita nas casas e diretamente o envolvimento com a família para um melhor engajamento na saúde destes usuários (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

As autoras Santana e Carmagnani (2001, p.39) explicam a importância desse programa voltada ao atendimento das famílias, pois visa:

Conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, através do cadastramento destas e do diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença; prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, na USF, na comunidade, no domicílio e no acompanhamento ao atendimento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar, desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde identificados, são ações para as quais as equipes devem estar preparadas.

As autoras Santana e Carmagnani (2001, p. 39) comentam do objetivo do programa saúde da família:

É dessa forma que o PSF constitui-se em uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Seu objetivo é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

O fator de dificuldade na implementação da ESF é a escassez de recursos profissionais, há poucos profissionais habilitados para exercer essa função, então faz-se necessário um processo de desenvolvimento e formação dos profissionais da

saúde para atender a demanda da estratégia saúde da família (ARAÚJO; ROCHA 2007).

Através desse programa saúde da família é que várias famílias vem se beneficiando com os atendimentos específicos e detalhado para a família, o trabalho multiprofissional possui a forma de interligar ao trabalho do outro, para que o serviço seja o mais especializado possível para intervenção na realidade do usuário que utiliza esse serviço.

É de extrema importância esse programa para o tema desse estudo que é o Prociam, pois para saber dos casos das mães envolvidas com drogas e ter que amamentar seus filhos ou outras substâncias psicoativas, é preciso que esses profissionais identifiquem os casos e traga-os para a ciência das Unidades de Saúde e assim poder apresentar o caso a Área Técnica da Saúde da Criança para discussão do mesmo, e assim, se estiver nos critérios do programa, ser inscrito no mesmo.

Dentro da política de saúde pública, há instâncias de controle social, sendo os conselhos nacional, estadual e municipal de saúde. Espaços de discussão e definição da política de saúde partilhado entre o Estado e sociedade civil.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) tem como função manter a organização das políticas públicas de saúde no Brasil. Segundo o (Ministério da Saúde,2006, p.20) diz:

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) tem uma instância máxima de deliberação do Sistema Único de Saúde de caráter permanente e deliberativo, tem como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde. O Conselho Nacional de Saúde é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde composto por representantes de entidades e movimentos representativos de usuários, entidades representativas de trabalhadores da área da saúde, governo e prestadores de serviços de saúde, sendo o seu presidente eleito entre os membros do Conselho.

É de responsabilidade de o Conselho Nacional aprovar o orçamento de saúde acompanhando assim a execução dos serviços de saúde, também é função desse conselho constituir o Plano Nacional de Saúde e aprovar o mesmo em quatro em quatro anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006, p.19) o conselho deve ser

[...] constituído por usuários, trabalhadores de saúde e representantes do governo e prestadores de serviço, tem a função deliberativa, consultiva e fiscalizadora das ações e serviços de saúde do município.

Os conselhos de saúde são órgãos deliberativos, ou seja a população deve participar e expor suas opiniões e têm como objetivo discutir as propostas das políticas de saúde que a população sinalizada através das demandas que surgem, é um espaço democrático para discussões das políticas de saúde, os conselhos são os principais espaços de participação popular na política de saúde.

De acordo com Brasil (2010,p.17), por meio dos conselhos a população representa:

- a) fiscaliza a aplicação do dinheiro público na saúde;
- b) verifica se a assistência à saúde prestada no estado ou no município está atendendo às necessidades da população;
- c) verifica se as políticas de saúde orientam o governo a agir de acordo com a demanda da população;

É de responsabilidade dos conselhos, segundo Brasil (2010, p. 17):

Os conselhos têm como responsabilidade, juntamente com os gestores da saúde, contribuir para a formação de conselheiros comprometidos com a saúde, baseada nos direitos de cidadania de toda a população. Os conselheiros têm que estar a favor da vida e da saúde, defendendo o acesso aos serviços de saúde de qualidade.

Nesse sentido, o Prociam se configura como uma política municipal de saúde, muito solicitada pelas equipes de saúde das Unidades de Saúde que compõem a Atenção Básica a qual visa atender a crianças menores de 1 ano que estão impossibilitadas de receber o aleitamento materno, pois suas mães são usuárias de drogas ou outras substâncias psicoativas.

2.1.1.1 A política da saúde da criança

A Política de atendimento à Criança teve um marco em sua história que foi o Estatuto da Criança e do Adolescente, a criança de hoje será nosso futuro de amanhã, devemos cuidar e acompanhar o seu crescimento, proporcionando uma vida segura e saudável, através da política de saúde, voltada à criança e ao adolescentea Lei Federal nº 8.069 de 13 de Julho de 1990, estabeleceos direitos à saúde e a vida.

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

[...]

Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

§ 1º A criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado.

§ 2º Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente àqueles que necessitarem os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

[...]

Art. 14. O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos.

Parágrafo único. É obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias.

De acordo com Figueiredo e Mello (2007):

A atenção à saúde da criança, no Brasil, vem sofrendo transformações, tendo influências de cada período histórico, dos avanços do conhecimento técnico-científico, das diretrizes das políticas sociais e do envolvimento de vários agentes e segmentos da sociedade. A área de conhecimento de epidemiologia trouxe entendimentos que os diferenciais de saúde e doença da população são fundamentais para investigações em qualquer sociedade. Na área materno-infantil, os estudos epidemiológicos sobre problemas perinatal e neonatal têm sido frequentes, demonstrando a associação entre processo saúde-doença, saneamento, nutrição, renda, assistência médica entre outros e que esses aspectos estão correlacionados entre si.

É necessário que a política de saúde esteja envolvida, engajada, interlaçada com outras políticas, como a de saneamento básico, moradia, alimentação, educação e assistência social para que a saúde integral da criança sejabem promovida.

Ao falarmos sobre atenção à saúde e o papel do Estado, a reconstrução de ações de saúde que visam cada vez mais suprir as necessidades da população materno-infantil para assim ter mais justiça e igualdade. As diretrizes e as ações feitas pelo Estado são as políticas sociais e dentre elas cabe destacar as políticas de saúde que através de programas e projetos visam atender a saúde da criança (FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

Segundo Figueiredo e Mello (2007):

Os programas de saúde materno-infantil das décadas de 70 e 80 tinham caráter vertical, pelo fato de suas metas e normas serem decididas em nível central e por critérios técnicos, em consonância com o modelo tecnocrata

de administração brasileira daquela época. Na década de 80, baseado na análise epidemiológicas da população brasileira, foi elaborado o Programa Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). O objetivo central era assegurar a assistência integral à saúde da criança, através das ações básicas como resposta do setor de saúde aos agravos mais frequentes e de maior peso na mortalidade de crianças de 0 a 5 anos de idade. Com foco a assistência integral à saúde da criança, foi de grande importância cinco ações básicas propostas: promoção do aleitamento materno e orientação alimentar no primeiro ano de vida, controle da diarreia, controle de doenças respiratórias na infância, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento feitas com enfoque para organizar a assistência nessa faixa de idade.

Figueiredo e Mello (2003, p.545) dizem “que a ação era coordenada entre o governo federal, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e o Ministério da Saúde”.

A discussão em torno da questão saúde-doença em torno da política voltada à saúde da criança nos anos 1970 e 1980 estava ligada à desnutrição-infecção na estrutura morbimortalidade infantil. Os programas voltados à saúde da criança dos anos 70 e 80 apresentaram ambiguidade, amplitude e interpretação dos conceitos da atenção primária à saúde e da educação em saúde de forma equivocada, gerando dificuldades operacionais e um modelo de atenção à saúde que nem sempre correspondiam as condições de vida da população (FIGUEREDO; MELLO, 2007, p.3).

Como relata Rocha, Lima e Scochi (1997, p. 34):

[...] os países de desenvolvimento capitalista originário haviam combinado em seus respectivos processos de declínio de mortalidade, os avanços na tecnologia e assistência médico-sanitária com os progressos no campo social e na melhoria das condições de renda, educação, alimentação moradia e participação social. A redução da mortalidade infantil, fundamentada no incremento de políticas públicas, tem limites nas desigualdades sociais que dificultam o acesso aos serviços, informações e meios materiais (mais disponíveis para as classes com maior poder aquisitivo), para os contingentes populacionais mais pobres. As desigualdades de distribuição e acesso a esses serviços dá-se, também, em relação a diferentes regiões brasileiras e a áreas rurais e cidades menores, com menores chances de serem cobertas por eles.

O perfil da mortalidade infantil para o Brasil não é homogêneo para todas as regiões do país. Nas literaturas sobre a saúde da criança observa-se que as taxas de mortalidade infantil no Nordeste são as mais elevadas e o Sul do país com menores índices de mortalidade infantil. Essas diferenças de taxas nas regiões Nordeste e no Sul do país aponta que cada localidade possui sua especificidade e demanda, os programas de assistência à saúde da criança devem ser então descentralizados, para que assim todos possam ser atendidos dentro de suas características (ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997).

Entre os fatores sociais de mais relevância que ocasionam a mortalidade infantil, estão as condições ambientais, a oferta de serviços de saúde, a educação da mãe, a renda familiar, as deficiências nutricionais das crianças e o baixo peso ao nascer. Em relação a educação a preparação da mãe para com o cuidado ao recém-nascido (ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997).

Rocha, Lima e Scochi (1997, p.36)descrevem sobre as causas de óbito de crianças na década de 80:

[...] verificou-se, no Brasil, uma clara mudança no padrão de mortalidade infantil. No início da década, as doenças infecciosas intestinais constituíam a principal causa de morte, enquanto que, ao seu final, igualam-se às infecções respiratórias agudas. A mortalidade por diarreia experimentou a queda mais acelerada ao longo destes anos. Entretanto, as altas taxas de mortalidade infantil encontradas em diversas áreas do país ainda são, em grande escala, efeito direto da diarreia e da infecção respiratória aguda, doenças facilmente preveníveis e fortemente associadas a fatores de risco de caráter sócio- econômico e ambiental. A mortalidade proporcional, por desnutrição, septicemia e prematuridade, como também por doenças imunopreveníveis, apresenta para o conjunto do Brasil, uma discreta tendência de queda.

A mortalidade infantil tem sido combatida por meio de um conjunto de ações básicas de saúde, tais como: controle médico sanitário; tratamento e rede de água e esgoto; através da implantação do programa de reidratação oral; o aumento da cobertura vacinal. Com esses fatores teve um melhor acesso à assistência da saúde da criança. Soma-se a isso, a melhora na instrução de escolaridade da mãe, a partir do aumento da escolaridade (ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997).

Conforme destaca Rocha, Lima e Scochi (1997, p 37):

Nas crianças de 1 a 4 anos de idade, o perfil de mortalidade é diferente: as infecções respiratórias agudas e as causas externas aparecem como as principais causas de morte. Nessa faixa etária nota-se, mais claramente, o impacto da expansão da cobertura de vacinação, pela redução das mortes devidas a doenças imunopreveníveis, de 12,9% para 2,4%, nos anos 70 e 80. Nesse período, o modelo médico – assistencial privatista dominante foi substituído por um projeto que incorporou o ideal da chamada Reforma Sanitária Brasileira, consolidando-se na Constituição de 1988 o atendimento à saúde como um direito social, universal, derivado de uma concepção de cidadania plena.

As conquistas na área social, na área da saúde vem através da Constituição Federal de 1988, Constituição Estaduais, Leis Orgânicas da Saúde Municipais e as Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, capazes de transformar a assistência de saúde (ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997).

Nos anos 90, através da democratização e participação popular da sociedade, foi promulgada o Estatuto da Criança e do Adolescente em 13 de julho de 1990, na lei federal nº 8.069. (ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997).

Conforme diz Figueiredo e Mello (2007):

Os anos 90 trouxeram para o setor saúde a revalorização do tema família, culminando, em 1994, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF). O Ministério da Saúde, na tentativa de reorganizar a atenção básica em saúde, assumiu o desafio da estratégia de saúde da família, embasada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência. O Programa de Saúde da Família vem se apresentando como campo propício à incorporação da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Essa estratégia, adotada no Brasil, em 1996, de acordo com proposição da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância, tem como objetivos: a redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade, diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doença infecciosas, especialmente pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculose, malária, sarampo e, também distúrbios nutricionais, garantia de adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de 5 anos, tanto nos serviços de saúde como no domicílio e na comunidade, o fortalecimento da promoção a saúde e de ações preventivas na infância.

A epidemiologia na Estratégia da Saúde da Família (ESF) está ligada ao perfil de saúde da criança do país, destacando proporção relativa de óbitos por afecções originadas no período neonatal, consideradas de difícil intervenção (FIGUEREDO; MELLO 2007). O aumento da morbimortalidade⁶ por causas externas chamou atenção para as causas vulneráveis de adolescentes e uma atenção específica ao grande número de crianças marginalizadas, exposta à violência, pelo abandono do seio familiar e da sociedade (ROCHA; LIMA; SCOCHI,1997).

Segundo Figueiredo e Mello (2007, p.3):

No âmbito da atenção básica à saúde, o Ministério da Saúde lançou, em 2002, o Caderno de Atenção básica, Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. O documento expressa a adoção de medidas para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, enfocando a garantia de direito da população e cumprimento de dever do Estado. Essas medidas não anulam e sim integram aquelas recomendadas pela estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).

As diretrizes da política da saúde da criança reafirmam que o crescimento e desenvolvimento infantil são referências para toda ação de atenção à saúde da criança e ao adolescente em vários aspectos dentre eles o biológico, afetivo, psíquico e social. Oacompanhamento ao crescimento e desenvolvimento foram adequadas e incorporadas no programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e

⁶Morbimortalidade são as doenças levadas ao óbito que permeiam em uma população (FIGUEREDO e MELLO, 2007).

do Programa de Saúde da Família (PSF), aonde os profissionais de saúde fazem visitar domiciliar e têm um olhar diferente para com a saúde da criança. (FIGUEIREDO E MELLO, 2007).

Segundo Figueiredo e Mello (2007, p.3), A Agenda de Compromisso para a Saúde Integral à Criança de 2004 diz que:

Em 2004, O Ministério da Saúde lançou a Agenda de Compromisso para saúde Integral da criança e Redução da Mortalidade Infantil. Nesse documento, os cuidados com a saúde infantil são colocados entre as ações essenciais do Ministério da Saúde, enfatizando o cuidado integral e multiprofissional que responde pela compreensão, das necessidades e direito da criança como indivíduo, ressaltando a responsabilidade de disponibilizar assistência à saúde qualificada e humanizada.

A saúde da criança é de extrema importância considerando que o combate à mortalidade infantil é um grande desafio para nosso país. Como princípios com o cuidado da saúde da criança, a agenda de compromisso de 2004, descrita acima destaca a importância do planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, do acesso para todas as crianças, do acolhimento que faz parte da saúde primária, a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, a responsabilidade dos profissionais de saúde com a saúde da criança, assistência integral para, a partir daí ter um olhar total da criança, promover assistência resolutiva e equidade que é uns dos princípios do SUS (FIGUEREDO; MELLO, 2007)

A atuação em equipe no âmbito da Atenção Básica desenvolve ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde e participação familiar. É de extrema importância a participação da família para a saúde integral a criança, controle social na gestão local e a avaliação permanente e sistematizada da assistência integral prestada à criança. Ao longo do tempo essas diretrizes apesar dos avanços e direcionamentos, os indicadores da saúde da criança mostram que têm um caminho grande pela frente com direções ao direito integral à saúde da criança, identificando nas leis brasileiras. (FIGUEREDO E MELLO, 2007).

O acompanhamento, o desenvolvimento e o crescimento da criança fazem parte da saúde integral de toda a criança do país, faz-se necessário cuidar e acompanhar a criança com vacinação, prevenções de doenças e a todos os agravos que venha prejudicar a saúde, garantindo assim o direito à saúde da criança com prioridade. A caderneta da saúde da criança é um acompanhamento que os profissionais têm,

como forma de mecanismo da saúde integral de toda a criança, podendo assim acompanhar a sua vida e sua história de saúde(MINISTÉRIO DA SAÚDE, s/d).

Como destaca: Lara; Guareschi e Hüning, (s/d).

A proposta do Ministério da Saúde de tornar a Caderneta um documento de identificação da criança não deve ser entendida apenas como um documento que colhe as informações das crianças, mas como um documento que também produz as informações da criança e, portanto, produz os modos de ser criança. A caderneta identifica a criança trazendo desde dados como o nome, a data de nascimento, o local de nascimento, o nome do pai, o nome da mãe, o endereço, a unidade básica de saúde de referência da criança e sua raça/cor, e a descrição de práticas de saúde que lhes são direcionadas, práticas que constituem e transformam o modo como os pais ou cuidadores vão cuidar das crianças, o modo de dirigir-se a elas e também como as demais pessoas vão interpretar e produzir a infância. Práticas como incentivo ao aleitamento materno, vacinação, instruções para manusear a criança nos primeiros dias de vida, exames, e procedimentos de saúde. Criam um arsenal de técnicas que, ao longo do desenvolvimento da criança, conformarão o modo como esse sujeito se constituirá, se conhecerá e se cuidará. A saúde, dessa forma, organiza uma série de saberes que ditam os modos como os pais e os profissionais de saúde, mas também os adultos, de um modo geral, e as próprias crianças, devem agir entre si e em relação à infância.

A Caderneta da Saúde da Criança(CSC) é um“passaporte da cidadania”, com ela a criança tem seu acompanhamento de saúde, crescimento e desenvolvimento, acompanhado pela equipe Multiprofissional de saúde, em qualquer território nacional que ela esteja a mesma irá receber através de sua unidade de saúde de origem. O Ministério da Saúde, juntamente com o Sistema Único de Saúde (SUS), é responsável pela distribuição da caderneta da saúde da criança em todo território nacional(CUNHA E GOULART, 2013).

Como afirma Lara; Guareschi e Hüning (s/d).

A caderneta concebida como passaporte, também pode ser entendida nesse sentido, pois, ao mesmo tempo em que confere a criança uma identidade que lhes permite transitar pelo país, confere-lhes o título de cidadãos. É o que dá legitimidade para que as crianças possam sentir-se inseridas como habitantes da cidade e como indivíduos no gozo dos direitos do Estado, pelo menos no que diz respeito aos direitos concernentes a saúde, ao “cidadão da saúde” ou ao cidadão das políticas públicas de saúde. Isso pressupõe que os procedimentos e as prescrições de saúde, colocados ao longo da caderneta, conduziram a criança à posição de cidadã, podendo ser até mesmo compreendidos como uma garantia de cidadania.

A Caderneta da Saúde da criança foi implantada pelo Ministério da Saúde para todos os recém-nascidos do território brasileiro, e faz parte da estratégia para reduzir a mortalidade infantil no país (CUNHA E GOULART, 2013).

Segundo Cunha e Goulart (2013, p.1):

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) foi implantada pelo Ministério da Saúde a partir de 2005 para substituir o Cartão da Criança, e reúne o registro dos mais importantes eventos relacionados à saúde infantil. Além do cartão de vacina, a Caderneta apresenta o registro da história obstétrica e neonatal; indicadores de crescimento e desenvolvimento; aspectos importantes da alimentação como aleitamento materno e uso de sulfato ferroso e vitamina A; dados sobre a saúde bucal, auditiva e visual; intercorrências clínicas; além de orientações para a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de acidentes e violência doméstica.

As autoras Lara; Guareschi e Hüning (s/d), destacam a importância que a Caderneta da Saúde da Criança tem para o acompanhamento da saúde da criança:

Este documento foi produzido pelo Ministério da Saúde, SUS. É utilizado como manual de orientação dos cuidados que devem ser dirigidos às crianças de zero a dez anos pelos profissionais de saúde e, principalmente, pelos pais. Muitos dos discursos produzidos pela Caderneta são incorporados não só pelos pais e profissionais, como também por pessoas que não estão diretamente envolvidas com o cuidado de crianças, mas que os tomam como referências do que seja uma atenção adequada para elas. A Caderneta está disponível no portal do Ministério da Saúde como um documento inserido nas práticas de saúde direcionadas à criança, mais especificamente na “Atenção à Saúde”, como uma ação programática estratégica – “Saúde da Criança”.

O Aleitamento Materno (AM) é a estratégia principal de saúde para prevenir a mortalidade infantil, além de dar força física, mental e psíquica a criança e sua mãe que amamenta. Recomenda-se o aleitamento materno por dois anos da criança ou mais, sendo exclusivo sem papinha de bebê ou quaisquer outros alimentos em geral. O aleitamento materno exclusivo, ou seja, somente com o leite materno é indicado até os 6 meses de vida do bebê, até os 2 anos de idade, caso contrário a saúde da criança estará prejudicada, pois a introdução de outros alimentos estará associada com o risco da vida do Bebê.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Segundo Ministério da Saúde (2009, p.12), as doenças associadas ao uso de alimento precoce no bebê podem causar:

- 1-Maior número de diarreia;
- 2-Maior número de hospitalizações por doença respiratória;
- 3-Risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno, como por exemplo, quando os alimentos são muito diluídos;
- 4-Menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como ferro e o zinco;
- 5-Menor eficácia da lactação como método anticoncepcional;
- 6-Menor duração do aleitamento materno;

Como ressalta o Ministério da Saúde (2009, p. 9):

O Aleitamento Materno, (AM) é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil.

Permite ainda um grandioso impacto na promoção da saúde integral da dupla mãe/bebê e regozijo de toda a sociedade. Se a manutenção do aleitamento materno é vital, a introdução de alimentos seguros, acessíveis e culturalmente aceitos na dieta da criança, em época oportuna e de forma adequada, é de notória importância para o desenvolvimento sustentável e equitativo de uma nação, para a promoção da alimentação saudável em consonância com os direitos humanos fundamentais e para prevenção de distúrbios nutricionais de grande impacto em Saúde Pública. Porém, a implementação das ações de proteção e promoção do aleitamento materno e da adequada alimentação complementar depende de esforços coletivos intersetoriais e constitui enorme desafio para o sistema de saúde, numa perspectiva de abordagem integral e humanizada.

Os profissionais de saúde, a maioria deles são favoráveis ao aleitamento materno, mas muitas mulheres mostram-se insatisfeitas ao tipo de atendimento recebido pelos profissionais. As mães que estão em seu período de amamentação querem o suporte necessário, informações detalhadas e precisas para que possam se sentir seguras ao amamentar seu bebê. Se o profissional de saúde é favorável ao aleitamento materno e deseja apoiar o mesmo, precisa então entender e saber os tipos de aleitamento materno (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2009).

O Ministério da Saúde (2009, p.12) orienta que o aleitamento materno pode ser classificado em:

Aleitamento Materno Exclusivo: quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento Materno Predominante: quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluídos rituais.

Aleitamento Materno: quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

Aleitamento Materno Completado: quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.

Aleitamento Materno Misto ou Parcial: Quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

A Rede Amamenta Brasil é uma estratégia de apoio e incentivo ao Aleitamento Materno, as Unidades Básicas de Saúde fazem um trabalho interdisciplinar e com os profissionais da área de saúde, incentivando essa prática do aleitamento materno, apresentando para as respectivas mães a importância desta ação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O Ministério da Saúde (2011, p.6), aponta sobre a importância da Rede Amamenta Brasil:

A Rede Amamenta Brasil é uma estratégia de promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno(AM), coordenada pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, com o Departamento de Atenção Básica, ambos vinculados à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. A Rede se propõe a aumentar os índices de amamentação no País a partir da circulação e troca de informações entre os diversos atores, capacitando os profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde(UBS), para que se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do AM e para uma prática integralizadora. A estratégia interliga UBS, Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, o governo federal e a sociedade com o propósito de revisar e atualizar o trabalho interdisciplinar nas UBS, apoiando-se nos princípios da educação permanente, no respeito à visão de mundo dos profissionais e nas especificidades locais e regionais.

A Rede Amamenta Brasil surgiu para suprir a necessidade de incentivar o Aleitamento Materno (AM), por todo território brasileiro os profissionais de saúde juntamente com toda a população tem essa responsabilidade de promover, apoiar e incentivar o AM.

Segundo o Ministério da Saúde (2011, p.6), “Em 1º de agosto de 2008, durante a abertura da Semana Mundial da Amamentação, o Ministro da Saúde lançou a Rede Amamenta Brasil”.

Em 18 de Novembro de 2008 foi instituída a portaria MS/GM nº 2.799 que dispõe no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Amamenta Brasil que diz:

Considerando a necessidade de fomentar as ações de promoção do aleitamento materno nas unidades básicas de saúde, postos de saúde, centros de saúde e unidades de saúde da família, resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS -, a Rede Amamenta Brasil, com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade materna e infantil através do aumento dos índices de aleitamento materno no Brasil.

Parágrafo único. A Rede Amamenta Brasil se constitui numa estratégia de promoção, proteção e apoio à prática do aleitamento materno na Atenção Básica, por meio de revisão e supervisão do processo de trabalho interdisciplinar nas unidades básicas de saúde.

Art. 2º A Rede Amamenta Brasil será formada pelo conjunto das unidades básicas de saúde que cumprirem os critérios de inclusão definidos no Caderno de Tutores a ser publicados pela Rede.

Art. 3º A Rede Amamenta Brasil será desenvolvida de forma articulada com a Rede de Bancos de Leite Humano, a Rede Norte-Nordeste de Saúde Perinatal e com o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e contará com a participação de um representante de cada uma dessas instituições.

Art. 4º A Rede, ora instituída, será coordenada, em âmbito nacional, pelo Departamento de Ações Programáticas Estratégicas em conjunto com o

Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, e, em âmbito estadual e municipal, pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

§ 1º À coordenação nacional compete dar apoio técnico aos Estados e Municípios na consecução da Rede, acompanhar as atividades das Redes Estaduais e certificar as Unidades Básicas de Saúde que cumprirem os critérios de inclusão, de acordo com critérios definidos em ato específico a ser editado.

§ 2º À coordenação estadual compete dar apoio técnico aos Municípios na consecução da Rede e acompanhar as atividades das Redes Municipais.

§ 3º À coordenação municipal compete dar apoio técnico às Unidades Básicas de Saúde para sua inclusão na Rede, acompanhar e avaliar as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno das unidades básicas de saúde certificadas.

Art. 5º Para fins de monitoramento e avaliação dos indicadores de aleitamento materno, nas unidades básicas de saúde, pela Rede Amamenta Brasil, será utilizado o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN.

Art. 6º O Regimento Interno, para o funcionamento articulado da Rede Amamenta Brasil, será publicado em portaria específica da Secretaria de Atenção à Saúde, no prazo de 30 dias, a contar da data de publicação desta Portaria.

Cabe aqui ressaltar quem é beneficiado com a Rede Amamenta Brasil uma ação para a política da infância. O Ministério da Saúde (2011, p.8), diz a respeito dos beneficiadores da Rede:

A Criança: mamando exclusivamente nos primeiros seis meses e mantendo o Aleitamento Materno(AM), por dois anos ou mais, tem melhor qualidade de vida e menor risco de adoecer e morrer, ao mesmo tempo em que tem a oportunidade de estreitar o vínculo afetivo com a mãe.

A Mulher: amamentando mais, ela tem menos riscos de ter complicações após o parto, câncer de mama e ovários e de desenvolver diabetes.

A Família: quando a criança é alimentada ao seio, a família economiza com a compra de alimentos e de remédios e seus laços afetivos são reforçados.

Os Profissionais: a inserção das Unidades Básicas de Saúde(UBS), na Rede Amamenta Brasil implica em aumento das competências dos profissionais de saúde em Aleitamento Materno(AM), e também em estímulo pela busca por mais conhecimento.

O Sistema Único de Saúde (SUS): Com o aumento das taxas de Aleitamento Materno (AM), há redução de agravos à saúde de crianças e mulheres. O País terá como consequência, cidadãos mais saudáveis e evitará gastos com remédios e internações hospitalares.

Os profissionais de saúde que trabalham na rede amamenta Brasil, tem que ter técnicas, conhecimentos teóricos e específicos, para assim transmitir para o usuário a importância de todo esse processo da amamentação. Em sua formação para rede amamenta Brasil, os profissionais de saúde adquirem conhecimentos sobre o aleitamento materno e também conhecimentos do senso comum para favorecer um elo entre o saber específico do profissional de saúde e o saber popular para

entender as diferentes linguagens populares para haver uma troca de saberes, durante o processo de amamentação da criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 9).

Apoiando os profissionais de saúde nessa estratégia da rede amamenta Brasil têm os Tutores que são espécies de coordenadores na rede amamenta brasil, eles têm o compromisso de selar pela amamentação e visitar as Unidade de Saúde(UBS), para apoiar e incentivar a promoção do aleitamento materno, e segundo o Ministério da Saúde (2011, p.11), o tutor deve ter também: “Ele deve conhecer em profundidade a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), compreendendo os princípios da Atenção Básica, o processo de trabalho das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e as competências de cada profissional preconizadas na PNAB”.

As Unidades Básicas de Saúde poderão ser certificadas pelo Ministério da Saúde desde que cumpra os seguintes critérios, de acordo com Ministério da Saúde (2011, p. 15):

- 1-Garantir a participação de no mínimo 80% da equipe na Oficina de Trabalho em Aleitamento Materno (AM).
- 2-Monitorar os indicadores de Aleitamento Materno da sua área de abrangência.
- 3-Concretizar pelo menos uma ação pactuada
- 4-Construir e implementar fluxograma de atendimento à dupla mãe- bebê no período da amamentação.

A Rede Amamenta Brasil é de grande importância para o Aleitamento Materno sua vivência, com a articulação dos profissionais da área da saúde em cada Unidade Básica de Saúde (UBS) fortalece os usuários da rede e apoia cada um deles. A amamentação é uma proteção para os bebês no que diz respeito às doenças e evita posteriormente também doenças para a mãe (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O Ministério da Saúde (2011, p.8), aponta como objetivos da Rede Amamenta Brasil:

- Contribuir para o aumento dos índices de Aleitamento Materno no País.
- Contribuir para o desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde para que se tornem agentes de mudança no ensino e aprendizagem do aleitamento materno e para uma prática integralizadora.
- Discutir a prática de Aleitamento Materno(AM), no contexto do processo de trabalho das unidades básicas de saúde (UBS).
- Pactuar ações de promoção, proteção e apoio ao Aleitamento Materno(AM), a partir da realidade das Unidades Básicas de Saúde(UBS).

Monitorar os índices de Aleitamento Materno das populações atendidas pelas Unidades Básicas de Saúde certificadas.

Com esses objetivos descritos acima cabe os profissionais da área de saúde pactuar as ações de promoção ao incentivo ao aleitamento materno, os tutores da rede amamenta Brasil administrar e coordenar esse pacto de aleitamento materno e os usuários que fazem parte das oficinas da rede amamenta brasil, levar a grande importância que a ação nos traz além de promoção, proteção o incentivo ao Aleitamento Materno(AM) em todo território brasileiro.

As ações de Aleitamento Materno(AM), Caderneta da Saúde da Criança (CSC), Rede Amamenta Brasil fazem parte da política da saúde da criança, e todas essas ações do Ministério da Saúde são em prol da redução da mortalidade infantil em todo território brasileiro. O Programa Municipal de Atendimento a Crianças Impossibilitadas de Aleitamento Materno o qual é tema desse Trabalho de Conclusão de Curso está vinculado diretamente à política da saúde da criança, e cabe ressaltar aqui que esse programa é exclusivo do Município de Vitória, e as verbas para sustentação do mesmo é apenas do Município, mas esse programa social está em consonância com a política de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, atendendo assim ao direito da criança à alimentação adequada, principalmente aos mais necessitados (impossibilitados de serem amamentados) e seguindo as diretrizes e princípios do SUS, da política de saúde da criança, do Aleitamento Materno que faz interface a todos os níveis de complexidade do SUS, mas vem atendendo e construindo uma estreita articulação com a Atenção Básica do município de Vitória.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo, quanto a sua finalidade, classificou-se como uma pesquisa exploratória, tendo em vista aprofundar e obter maior conhecimento a respeito do PROCIAM, uma política nova em saúde, proposta do município de Vitória.

Trata-se de uma pesquisa exploratória que Segundo Andrade (2010, s/p), “a principal finalidade de uma pesquisa exploratória é desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos”, pois o Prociam é um programa novo que demanda ser mais conhecido e revisado de forma a possibilitar sistematização dos resultados e alcance da intervenção social desse programa.

A pesquisa exploratória pode ser realizada através de diversas técnicas, geralmente com uma pequena amostra, permite ao pesquisador definir o problema de pesquisa e formular sua suposição com mais precisão, ela também lhe permite escolher as técnicas mais adequadas para suas pesquisas e decidir sobre as questões que mais necessitam de atenção e investigação detalhada, e pode alertá-lo devido a potenciais dificuldades, as sensibilidades e as áreas de resistência (THEODORSON, 1995).

Tendo em vista que o objeto de pesquisa refere-se à análise de uma política social voltada à criança, faz-se opção pela pesquisa qualitativa, considerando o interesse direcionado à busca das características essenciais do Prociam com pretensão de obtenção de dados cuja ênfase recai na profundidade do fenômeno e não na precisão dos mesmos.

A busca de conhecimentos do Prociam, neste caso, é feita pelo desejo de obtenção de dados não mensuráveis quantitativamente, embora dados quantitativos sejam explorados neste estudo, são apenas demonstrativos que contribuem para a problematização do tema, que participam das características do objeto tomado para estudo.

O método qualitativo na pesquisa é aplicado ao estudo da história da qualidade em que é posta, de acordo com as suas crenças, representações, interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem a sociedade. (MINAYO, 2006).

Foi realizada análise qualitativa dos dados onde as categorias não são definidas à priori. As categorias vão sendo criadas, à medida que surgem nas respostas, para depois serem interpretadas à luz de teorias explicativas, conforme descreve (GIL, 2009).

A pesquisa foi realizada na Prefeitura Municipal de Vitória, na Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), na Área Técnica da Saúde da Criança. A Área Técnica da Saúde da Criança é responsável pela articulação de políticas que objetivam acolher a todas as crianças de 0 a 10 anos, residentes em Vitória, prestando assistência à saúde de forma integrada, acompanhando o processo de crescimento e desenvolvimento e as doenças prevalentes na infância, monitorando os fatores de risco, a fim de garantir um atendimento de excelência (VITÓRIA, 2009).

A Coleta de dados foi realizada através de consulta em documentos institucionais da Área Técnica Saúde da Criança, entre fichas cadastrais e relatórios de acompanhamento das crianças inscritas no programa contendo dados pessoais, como idade, bairro aonde morra, qual ano foi inscrito no programa, a causa de inclusão no Programa Municipal de Atendimento a Crianças Impossibilitadas de Aleitamento Materno (PROCIAM).

Considera-se que este estudo é fruto de uma pesquisa documental. Para Gil (2002, p. 46):

A pesquisa documental apresenta uma série de vantagens. Primeiramente, há que se considerar que os documentos constituem fonte rica e estável de dado. Como os documentos subsistem ao longo do tempo, torna-se a mais importante fonte de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica.

A pesquisa documental é uma pesquisa feita em documentos seja eles em revistas, jornais, fichas cadastrais, ou em qualquer tipo de documento valioso para a pesquisa, A pesquisa em documentos é de extrema importância pois relata no estudo informações que é descrito em documentos que só com esse tipo de pesquisa que é a documental que vai se identificar os dados, valiosos e de grande importância para o pesquisador.

Segundo Gil (1999, p.66):

A pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

[...]

Apenas há que se considerar que o primeiro passo consiste na exploração das fontes documentais, que são em grande número. Existem, de uma lado, os documentos de primeira mão, que não receberam qualquer tratamento analítico, tais como: documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos, diários, filmes, fotografias, gravações. De outro lado, existem os documentos de segunda mão, que de alguma forma já foram analisados, tais como: relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas.

Os documentos do Prociam utilizados para essa pesquisa foram às Pastas do ano de 2010 a 2012 do programa, Fichas Cadastrais das crianças inscritas no programa, Pareceres Sociais das Unidades de Saúde, o Protocolo da Saúde da Criança, Folheto informativo apresentando o que é o programa e seus objetivos e um caderno do relato do programa, Por se tratar de um programa recente que sua implantação foi em 2010 à escolha desses documentos foi preciso para inserir no seguinte trabalho de conclusão de curso com precisão todas as informações contidas nesses documentos. A quantidade de fichas analisadas foram 114 fichas cadastrais do ano de 2010 aonde se início o programa á 2012.

4 RESULTADO DA PESQUISA

Será apresentado o resultado da pesquisa documental realizada no Programa Municipal de Atendimento a Crianças Impossibilitadas de Aleitamento Materno situado no Município de Vitória.

Através dos dados coletados através de documentos disponibilizados na Área Técnica da Saúde da Criança como as fichas cadastrais e o documento do próprio Prociam, foi possível descrever o perfil das crianças atendidas pelo programa cadastradas no ano de 2012.

Foi possível ainda identificar a quantidade de crianças cadastradas entre 2010 e 2012, a quantidade de crianças cadastradas por região e a quantidade de crianças cadastradas por motivo de inclusão no Programa.

O objetivo do trabalho foi descrever o Programa Municipal de Atendimento a Crianças Impossibilitadas de Aleitamento Materno do Município de Vitória através da sua caracterização e da descrição da, além de identificar o perfil dos usuários do Prociam atendidos em 2012 e também identificar a evolução de atendimentos do Prociam entre 2010 e 2012.

Nesse sentido, os resultados dessa pesquisa serão apresentados primeiro com uma descrição e discussão do Prociam, apresentando sua proposição, suas características, sua forma de gestão e desenvolvimento dentro da Secretaria Municipal de Saúde.

Posteriormente, analisaremos as categorias a partir de gráficos demonstrativos que possibilitaram identificar o perfil dos usuários e dos atendimentos feitos.

4.1 PROGRAMA MUNICIPAL DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS IMPOSSIBILITADAS DE ALEITAMENTO MATERNO

O Programa Municipal de Atendimento a Crianças Impossibilitadas de Aleitamento Materno propõe o fornecimento de fórmula infantil enriquecida para lactentes menores de 1 ano que estão impossibilitadas de receber o leite materno por causas maternas, devido ao uso de drogas de dependência, abuso ou drogas contra-

indicadas no período da amamentação. O programa objetiva reduzir a morbimortalidade infantil por meio de fornecimento de suporte nutricional adequado as crianças incapazes de receber o leite materno onde é realizados atendimento e acompanhamento das crianças beneficiadas, através das unidades de saúde (SOUZA, 2010).

A ausência do aleitamento materno para recém-nascidos ocasionado pelas razões tratadas anteriormente tem sido um problema enfrentado institucionalmente pelo município de Vitória desde 2010. Nesse período foi criado o Programa Municipal de Atendimento a Crianças Impossibilitadas de Aleitamento Materno (Prociam) que visa assegurar a alimentação do recém-nascido através do fornecimento de leite em pó (fórmula infantil modificada⁷) (SOUZA, 2010).

Esse se configura como um programa de saúde pública municipal direcionado à garantia da alimentação e da vida a recém-nascido de Vitória. Trata-se de um benefício voltado às crianças em período de aleitamento, filhos de mães usuárias de substâncias psicoativas e que por esse motivo não podem ser amamentadas (SOUZA, 2010).

A criação do programa foi uma iniciativa da Área Técnica da Saúde da Criança vinculada à Gerência de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), que, ao receber essas demandas das equipes das Unidades Básicas de Saúde, dos Hospitais e dos Pronto Atendimentos e da própria comunidade de Vitória perceberam a necessidade de criar um serviço para atendimento dessa crescente demanda.

Esse benefício fornece uma alimentação adequada à faixa etária das crianças, pois não havia disponível no município de Vitória uma política voltada à reposição de alimentação adequada para atendimento dessa demanda.

Os profissionais da Área Técnica da Saúde da Criança e de Saúde Mental do município, diante dessa situação, se reuniram para debater o assunto e encaminhar propostas quanto à necessidade de garantia à alimentação para essas crianças (SOUZA, 2010).

⁷Fórmula infantil modificada garante a alimentação dos bebês, uma vez que sua ausência pode resultar em graves comprometimentos à saúde, uma vez que a mães estejam incapacitadas de amamentar por serem portadoras de doenças graves ou expor o bebê à situação de risco (SOUZA, 2010).

Dessa forma, após reuniões envolvendo gestores e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e de Assistência Social ocorrida nos anos de 2008 e 2009, foi efetivada em 2010 a implantação do Programa Municipal de Atendimento a Crianças Impossibilitadas de Aleitamento Materno. Este programa visa ofertar acesso à fórmula infantil modificada para crianças menores de um ano que estejam dentro dos critérios. Sendo assim, os critérios para inclusão de crianças no Programa são (SOUZA, 2010).

Segundo Souza (2010, s/p) os critérios para inclusão do programa são:

- Crianças menores de 1 ano residentes no município de Vitória acompanhadas pela rede municipal de saúde, filhos de mães usuárias de drogas, dependência e abuso;
- Lactentes cujas mães estejam fazendo uso de medicamentos contraindicados na fase da amamentação como, medicamentos citotóxicos ou radioativos, pelas evidências de efeitos colaterais importantes para estas crianças; ou seja, qualquer medicamento capaz de desencadear efeitos adversos no lactente e/ou na lactação, após avaliação risco/benefício.
- Lactentes cujas mães estejam incapacitadas de amamentar por serem portadoras de doenças graves ou por exporem o bebê à situação de risco.
- Bebês com malformações que dificultem ou impeçam a amamentação.

Assim, a equipe multidisciplinar da Área Técnica da Saúde da Criança, composta por médico, enfermeiro, assistente social, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem, é responsável por analisar cada caso encaminhado a este setor pelos equipamentos de saúde que apontam a necessidade de inclusão no Prociam. Cabe a equipe da Área Técnica encaminhar para as Unidades de Saúde um parecer favorável ou não à inclusão no programa, pois, o acompanhamento das crianças contempladas pelo benefício será feito pelas equipes de saúde das Unidades Básicas de Saúde.

As equipes das Unidades de Saúde devem realizar o acompanhamento à família e à criança cadastrada e beneficiada pelo programa, gerando um relatório trimestral que deve ser encaminhado à Área Técnica da Saúde da Criança até que esta complete um ano de idade, quando deve ser desligada do programa (SOUZA, 2010). Cabe

destacar que, em situações de vulnerabilidade para a saúde da criança, apontadas pelas equipes das unidades de saúde, o benefício pode ser estendido até dezoito meses.

As crianças atendidas pelo Prociam, até que completem 10 anos, são acompanhadas pela equipe das Unidades Básicas de Saúde, formadas por médicos, enfermeiros e assistentes sociais que avaliam a evolução da criança e qual será o intervalo entre as consultas, para assim realizar o monitoramento de sua saúde (SOUZA, 2010)⁸.

Conforme fluxograma do programa, a criança elegível ao programa é avaliada na Unidade Básica de Saúde por equipe multidisciplinar. Conforme indicação, o serviço social realiza o cadastro em formulário específico e juntamente com prescrição médica, envia documentação para Área Técnica Saúde da Criança. Após aprovação do cadastro, o assistente social e farmacêutico da unidade recebem ciência do mesmo para seguimento do fluxo de acompanhamento de beneficiário e liberação da fórmula infantil (VITÓRIA, 2012).

O serviço social da unidade em parceria com outros profissionais da equipe de saúde realiza acompanhamento sistemático da família e criança cadastrada e também informa aos responsáveis de beneficiários o período de inclusão e desligamento no programa (VITÓRIA, 2012).

As famílias são acompanhadas na Unidade de Saúde visando garantir os cuidados necessários à saúde integral da criança. O serviço social participa de todo o processo e se articula com outros serviços, seguimentos sociais e rede de proteção social existente no território para a melhoria da qualidade de vida familiar e para a saúde e desenvolvimento da criança atendida (VITÓRIA, 2012).

A discussão teórica construída, a coleta de dados realizada na Área Técnica da Saúde da Criança e a vivência durante dois anos como acadêmica de serviço social

⁸Em caso de mudança da família para outro bairro dentro do município de Vitória, os responsáveis pela criança informam à Área Técnica da Saúde da Criança para que se realize a transferência de unidade de saúde de referência. E em casos referente ao uso indevido ou venda do leite por mães que permanecem amamentando, a Área Técnica faz o desligamento da criança no programa (SOUZA, 2010). Em casos relacionados ao uso indevido do benefício, constatado pela equipe de saúde, este poderá ser interrompido (SOUZA, 2010).

neste setor possibilitaram uma ampla compreensão sobre o Prociam, o que nos permite tecer algumas análises sobre essa política.

O Prociam tem grande importância para a sociedade e se trata de um programa social que beneficia e transforma a vida dos bebês no município de Vitória. Esse benefício é único e exclusivo desse município, o programa que está em consonância com a Política de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde possui caráter inovador. O programa ganhou a 1ª edição do Vitória Inovando⁹. O prêmio foi de inovação de gestão pública no município de Vitória.

A demanda por programas como o Prociam parte da necessidade enorme da sociedade, pois as drogas no município são uma questão problemática no município. Os dados da pesquisa demonstram que a demanda pelo Prociam advém muito mais das mães usuárias de drogas. O programa que começou em 2010 cresceu muito com avanços na área social e é certo que esse programa tende a ter mais estudos pois se trata de um programa que, além de ser recente é inovador para gestão pública.

4.2 OS PROGRAMAS DA ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA CRIANÇA E O PROCIAM

Além do Prociam, a Área Técnica da saúde da Criança desenvolve outros programas que visam a garantia do direito em saúde de segmento infanto-juvenil. Esses serão descritos neste item, e todos eles visam a redução da mortalidade infantil no Município de Vitória.

O Programa Municipal de Fórmulas Especiais na Primeira Infância (Promafe), propõe o fornecimento de fórmulas alimentares especiais de alto custo (hidrolisado proteico) para crianças de 0 a 2 anos munícipes de Vitória que apresentem alterações do sistema digestório decorrentes de morbidades, que causem reações adversas a determinados alimentos. É realizado o atendimento e acompanhamento das crianças

⁹ Segundo (Vitória, 2010, s/p), Este Prêmio definirá a forma pela qual as iniciativas inscritas, desenvolvidas no âmbito da Administração Municipal, poderão ser utilizadas, testadas e validadas, para obter informações e integrá-las aos serviços públicos, incentivando a excelência da gestão pública no sentido de propugnar a implementação de novas estratégias.

beneficiadas através das Unidades de Saúde e ambulatório de referência em gastropediatria do Hospital Universitário Cassiano Moraes (SOUZA, 2010).

O *Monitoramento de Nascidos Vivos* é uma ação que visa melhorar a assistência ao recém-nascido, através da busca ativa, de todos os nascidos vivos de Vitória até o 10º dia de vida, pelas unidades de saúde; da garantia da continuidade da assistência, conforme calendário de puericultura para o primeiro ano de vida; da garantia de aplicação das vacinas do esquema básico de imunização e do estímulo ao aleitamento materno (SOUZA, 2010).

O *Atendimento a Bebês de Risco* é um estímulo ao desenvolvimento psicomotor de bebês em situação de risco de evoluir com atraso ou alguma deficiência e acompanhar o desenvolvimento com avaliações multidisciplinares, além de prevenir e minimizar sequelas que venham a comprometer o desenvolvimento da criança. O atendimento é realizado no Centro Clínico Dr. Anselmo Frizera, anexo à Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais, em parceria com as unidades de saúde (SOUZA 2010).

O *Monitoramento das Crianças Menores de 5 Anos Em Alta Hospitalar* visa monitorar crianças do município de Vitória menores de 5 anos, em alta hospitalar, dos hospitais públicos, filantrópicos e/ou conveniados ao SUS, através da busca ativa pelas unidades de saúde do município, até o 7º dia após a alta e consulta médica até 10º dia, objetivando reduzir as reinternações hospitalares. Monitora ainda, recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal públicas e particulares do município, através de visita domiciliar e acompanhamento pós-alta (SOUZA, 2010).

O *Protocolo Vitória Da Vida* visao acompanhamento de crianças de 0 a 10 anos, onde propõe um conjunto de ações, e procedimentos técnicos, para reorganização do processo de trabalho das unidades de saúde na atenção à saúde infantil. É uma importante ferramenta para o manejo clínico das patologias e da coordenação do cuidado. Implantado em 100% das unidades de saúde e passa por revisão a cada 3 anos. Periodicamente são realizados treinamentos sobre o Protocolo para os profissionais de saúde do município (SOUZA, 2010).

Já a *Rede Amamenta Brasil* é uma ação de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno através da mobilização das unidades básicas de saúde previsto

pelo Ministério da Saúde. Essa iniciativa representa um importante papel de suporte para as equipes das unidades de saúde, a fim de tornar o aleitamento materno uma prática universal, contribuindo para a saúde e bem estar dos bebês de Vitória. A metodologia está apoiada nos princípios da educação permanente em saúde, respeitando a visão de mundo dos profissionais e considerando as especificidades locais e regionais (SOUZA, 2010).

O *Programa Municipal de Saúde do Ferro* objetiva controlar, prevenir e combater as formas moderadas e graves da anemia ferropriva entre recém-nascido de baixo peso, prematuros e crianças de 6 a 24 meses, gestantes e mulheres pós-parto e pós-aborto no município de Vitória, além de organizar fluxos e rotinas para distribuição e acompanhamento da suplementação do ferro (SOUZA, 2010).

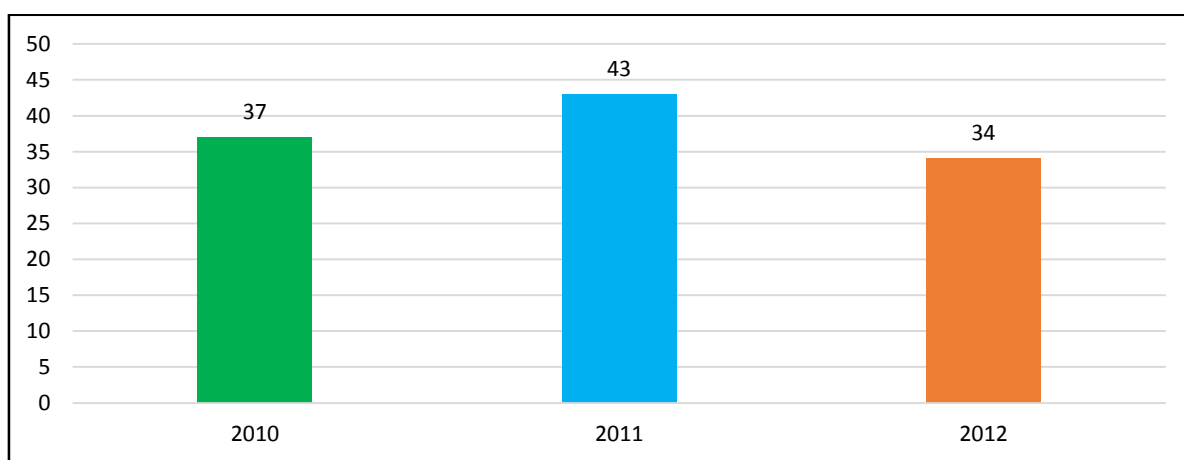
Administração de Vitamina Para Crianças Desnutridas propõe a redução e controle da deficiência nutricional de vitamina A em crianças desnutridas de 06 a 59 meses de idade monitoradas através do sistema de segurança alimentar e nutricional e identificadas pelos agentes comunitários de saúde (SOUZA, 2010).

O *Screening Neonatal* propõe o rastreamento precoce de doenças para os recém-nascidos municipais de Vitória, através da Triagem Neonatal Teste do Pezinho para diagnóstico precoce de hipotireoidismo, fenilcetonúria e anemia falciforme, coletado nas unidades de saúde e realizado no laboratório da APAE. A Triagem Auditiva “Teste da Orelhinha”, para detecção precoce da perda de audição, é realizada até os três meses de vida, no Centro Clínico Dr. Anselmo Frizera, anexo à APAE, em parceria com as unidades de saúde. A Triagem Oftalmológica “Teste do Olhinho ou do Reflexo Vermelho” na consulta de puericultura (em fase de implantação nas unidades de saúde) que objetiva detectar precocemente, doenças oculares como a retinopatia da prematuridade, catarata congênita, glaucoma, retinoblastoma, infecções, traumas de parto e a cegueira (SOUZA, 2010).

Todas as ações e programas citados objetivam reduzir a mortalidade infantil no município de Vitória. As unidades de saúde realizam o acompanhamento das crianças nos territórios. Todos os programas fazem parte do projeto Vitória da Vida da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória inseridos na Área Técnica Saúde da Criança.

Podemos observar no gráfico 1 que foram analisados os prontuários de cadastros das crianças referente a 2010 até 2012 onde obteve um crescimento de crianças cadastradas entre o ano de 2010 a 2011. Esse dado demonstra o problema crescente de mães usuárias de drogas ou outras substâncias psicoativas no município de Vitória, porém mostra a absorção da demanda identificada nas unidades de saúde.

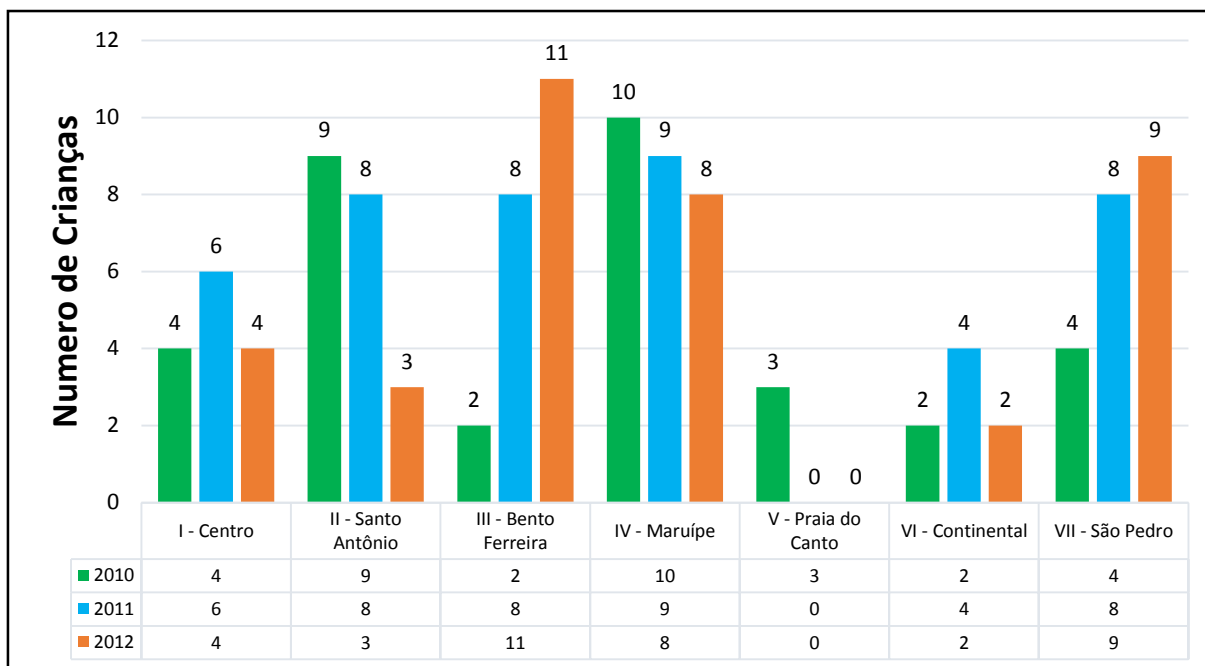
Gráfico 1- Quantidade de crianças cadastradas por ano



Fonte: semus/gas/saúde da criança/prociam (2013).

O aumento de crianças cadastradas no programa torna-se um indicativo para implementação de ações de acolhimento e monitoramento desses beneficiários visando à redução da mortalidade infantil entre esse grupo de risco. No ano de 2012, foram cadastradas 34 crianças no programa.

Gráfico 2- Quantidade de crianças cadastradas por regionais

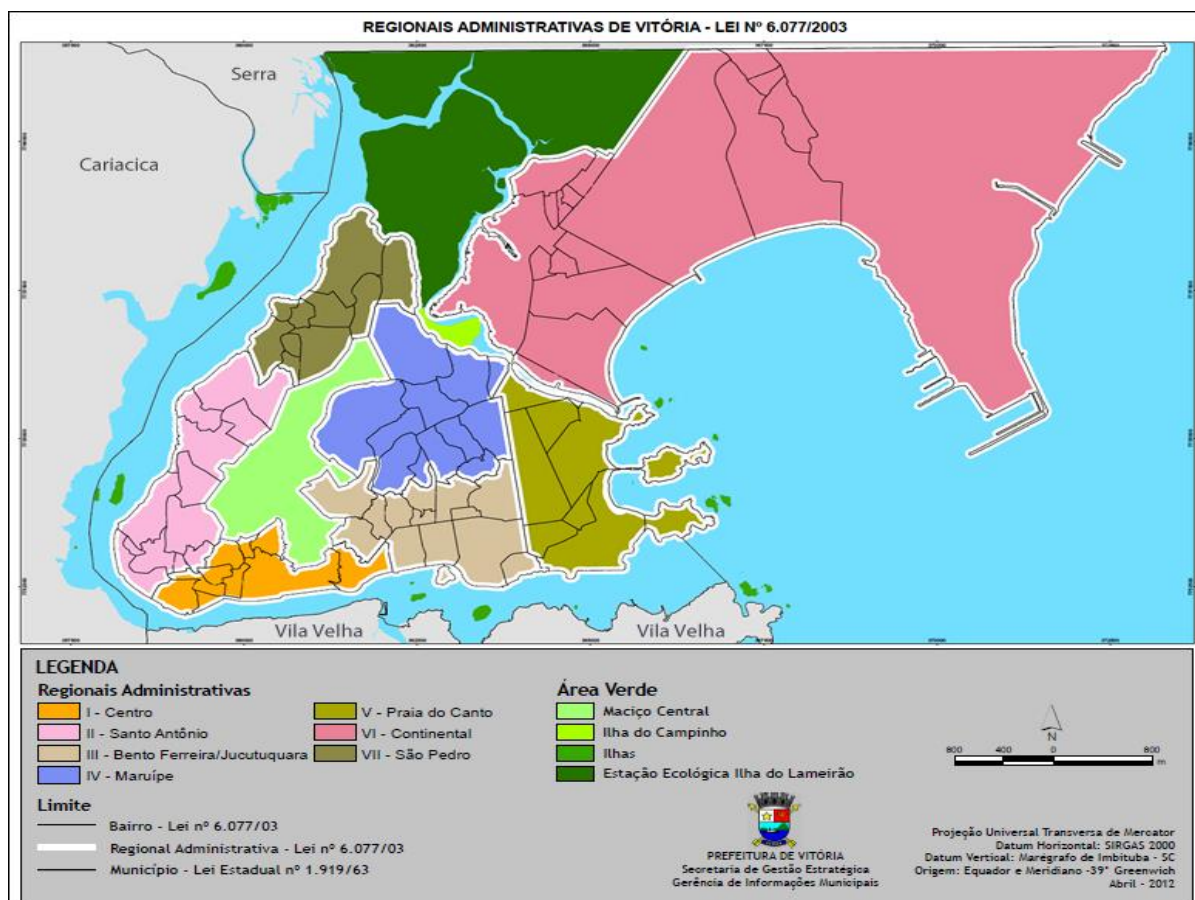


Fonte: semus /gas /saúde da criança/prociam (2013).

Podemos observar no Gráfico 2, com base nos dados coletados, que as regiões Bento Ferreira, Maruípe e São Pedro, onde reúnem os bairros com maior vulnerabilidade do município, são onde predominam maior número de crianças cadastradas no programa. Observa-se então a importância do serviço social atuar junto com a equipe multiprofissional realizando ações com os usuários dessas determinadas regiões, diante da realidade social dos mesmos.

A Política de Saúde no Município de Vitória é organizada conforme preconizado pelo SUS e, no âmbito da Atenção Básica encontram-se as Unidades de Saúde, ou sejam, a porta de entrada para o serviço de saúde, instância que mais demanda atendimento do Prociam. As Unidades de Saúde estão alocadas em diversos bairros do município, sua organização administrativa segue um modelo de gestão territorial, por aglomerado de bairros, sendo 7 regionais administrativas, de acordo com a lei nº 6.077/2003, como podemos ver no mapa abaixo os territórios de saúde de Vitória.

Figura1- Regionais Administrativas de Vitória - LEI Nº 6.077/2003



Fonte: Prefeitura de Vitória/Secretaria de Gestão Estratégica/ Gerência de informações municipais (2013).

O quadro abaixo especifica os bairros que compreendem as regiões administrativas demonstradas no mapa acima através de cores. Nesse sentido, acredita-se ser fundamental especificá-los, uma vez que busca-se nesta pesquisa uma descrição precisa e detalhada do programa na sua forma de gestão e a amplitude do seu atendimento no município de Vitória.

Quadro 1- Regionais Administrativas de Vitória

| Regionais | Bairros | | |
|----------------------------------|--|---|---|
| Regional I (Centro) | <ul style="list-style-type: none"> · Centro · Cidade Alta · Esplanada · Fonte Grande · Forte São João (parte) | <ul style="list-style-type: none"> · Ilha do Príncipe · Morro da Capixaba · Morro da Piedade · Morro do Moscoso · Morro da Fonte Grande | <ul style="list-style-type: none"> · Santa Clara · Vila Rubim |
| Regional II (Santo Antônio) | <ul style="list-style-type: none"> · Alagoano · Alto Caratoira · Aparecida · Bela Vista · Caratoíra · Estrelinha · Favalessa | <ul style="list-style-type: none"> · Grande Vitória · Ihangueté · Mário Cypreste · Morro do Cabral · Morro do Martelo · Morro do Pinto · Morro do Quadro | <ul style="list-style-type: none"> · Obras Pavonianas · Pedra do Bode · Santa Tereza · Santo Antônio · Universitário |
| Regional III (Bento Ferreira) | <ul style="list-style-type: none"> · Bairro de Lourdes · Bento Ferreira · Consolação · Constantino · Cruzamento · Forte São João (parte) | <ul style="list-style-type: none"> · Fradinhos · Gurigica · Horto · Ilha de Monte Belo · Ilha de Santa Maria · Jesus de Nazaré | <ul style="list-style-type: none"> · Jucutuquara · Morro do Jaburu · Nazareth · Romão |
| Regional IV (Maruípe) | <ul style="list-style-type: none"> · Andorinhas (parte) · Bairro da Penha · Bonfim · Engenharia · Eucalipto | <ul style="list-style-type: none"> · Itararé · Joana D'Arc · Maruípe · Morro São Benedito · Santa Cecília | <ul style="list-style-type: none"> · Santa Marta · Santos Dumont · São Cristóvão · Tabuazeiro · Vila Maria |
| Regional V (Praia do Canto) | <ul style="list-style-type: none"> · Andorinhas (parte) · Barro Vermelho · Bomba · Enseada do Suá | <ul style="list-style-type: none"> · Ilha Bela · Ilha do Boi · Ilha do Frade · Praia do Canto | <ul style="list-style-type: none"> · Praia do Suá · Santa Helena · Santa Lúcia · Santa Luzia |
| Regional VI (Continental) | <ul style="list-style-type: none"> · Antônio Honório · Bairro República · Goiabeiras Velha · Jabour | <ul style="list-style-type: none"> · Jardim da Penha · Maria Ortiz · Mata da Praia · Morada de Camburi | <ul style="list-style-type: none"> · Morro Boa Vista · Portal de Camburi · Segurança do Lar · Sólon Borges |
| Regional VII (São Pedro) | <ul style="list-style-type: none"> · Condusa · Conquista · Ilha das Caieiras · Nova Palestina | <ul style="list-style-type: none"> · Redenção · Resistência · São José · Santo André | <ul style="list-style-type: none"> · São Pedro · Santos Reis |

Fonte: PREFEITURA DE VITÓRIA/SECRETARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA/ GERÊNCIAS DE INFORMAÇÕES MUNICIPAIS.

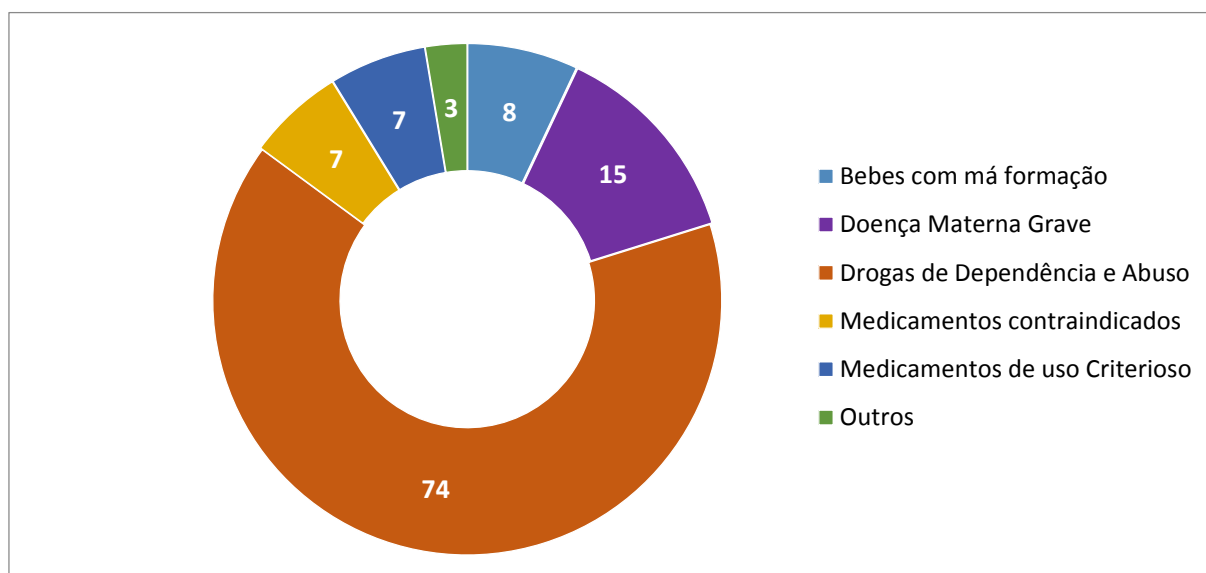
Observa-se a necessidade de maior entrosamento entre a Área Técnica da Saúde da Criança com as Unidades Básicas de Saúde, tendo em vista a importância que têm esse programa para os usuários, aonde as demandas que chegam a Área Técnica da Saúde da Criança que analisam se a crianças se enquadra aos critérios

de inclusão do programa. Muitas vezes tais demandas chegam a este setor incompletas e inconsistentes e isso dificulta o trabalho dos técnicos.

Na coleta de dados foram observadas algumas fragilidades na documentação enviada pelas Unidades de Saúde de Vitória para o programa. Na maioria das vezes são incompletos, os relatórios que são feitos muitas vezes pelos assistentes sociais das Unidades falta detalhar a situação social da criança, pois é a partir desse fator que é de extrema importância para o programa que irá ser compreendido pela equipe multiprofissional a situação do usuário para a concessão do benefício, também vem faltando à unidade de saúde de referência, idade esses fatores não pode faltar, pois para entendimento da equipe de saúde para avaliar o caso são dados essenciais.

O trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional na Área Técnica da Saúde da Criança lida com as várias expressões das questões sociais onde as ações desenvolvidas pela equipe são de suma importância e significativas para os usuários. No programa prociam é de suma importância os profissionais da área da saúde intervir e auxiliar o encaminhamento as mães para tratamento.

Gráfico 3- Quantidade de crianças por grupo de causa



Fonte: semus/gas/saúde da criança/prociam (2013).

Podemos observar no Gráfico 3 que o grupo de causa *drogas de dependência e abuso* são os que mais predominam no programa, e que assim possui mais cadastros no Prociam, sendo 74% do total dos usuários inscritos no programa, esse

dado deixa claro que a questão das drogas é o que mais predominam nesse programa, deixando assim os profissionais da área da saúde que atendem a essa demanda uma responsabilização em relação a avaliação de cada cadastro, pois o que esta em pauta é a vida de cada bebê recém- nascido no Município de Vitória.

Atualmente, a política de redução de danos, prevista pela Lei 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, é descrita pela Organização Mundial de Saúde como estratégia de saúde que visa prevenir ou reduzir às consequências negativas associadas a certos comportamentos e, ainda, pelo Ministério da Saúde, como ações para a prevenção das consequências à saúde, decorrentes do uso de drogas.

A estratégia de Redução de Danos se insere nos espaços institucionais através das políticas centrais de saúde do SUS, como a Política Nacional da Atenção Básica, a Política Nacional de Saúde Mental e a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas.

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, regulamentado pelo Decreto nº. 5.912, de 27 de setembro de 2006, tem os seguintes objetivos:

- I) Contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados;
- II) promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;
- III) promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas;
- IV) reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas;
- V) promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios.

Segundo Souza (2013, s/p), é essencial capacitar as equipes de saúde da família e promover subsídios necessários para o desenvolvimento de ações de prevenção primária do uso prejudicial do álcool e outras drogas, para o diagnóstico precoce, desenvolvimento de ações de redução de danos, tratamento de casos não complicados e referenciamento para a rede de assistência dos quadros moderados e grave. Esse tipo de ação de caráter permanente, ao invés de iniciativas como campanhas e ações de curta duração voltadas para a multiplicação da atuação imediatista.

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), segundo Souza, (2013, s/p), tem como objetivo oferecer atendimento à população com dependência química, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando:

1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos;
2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados;
3. Oferecer atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento;
4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados;
5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços;
6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte, cultura, lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas;
7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo;
8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo.

Acredita-se que ações com esse viés poderiam reduzir a demanda pelo atendimento do Prociam. Tem-se uma realidade grave com relação ao uso e abuso de álcool e outras drogas e uma frágil rede de atendimento que dê suporte aos cidadãos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos realizados para a execução deste Trabalho de Conclusão de Curso, constata-se que foi possível atender ao objetivo geral onde foi Descrever o programa prociam, onde a proposta do mesmo é fornecer a fórmula infantil enriquecida para lactentes menores de 1 ano que estão impossibilitadas de receber o leite materno, devido ao uso de drogas, abuso ou drogas contraindicadas no período da amamentação.

Na coleta de dados e análise de documentos e relatórios foram observadas algumas fragilidades, pois as documentações que chegam na Área Técnica da Saúde da Criança, contém apenas informações básicas de cadastro para inclusão no programa, não contendo informações referentes a situação atual da criança, à faixa etária das mães, perfil socio-econômico para futuros encaminhamentos. O trabalho desenvolvido pelo serviço social lida com as várias expressões das questões sociais onde as ações desenvolvidas pelo serviço social são de suma importância e significativas para os usuários. No programa prociam é de suma importância os profissionais da área da saúde intervir e auxiliar o encaminhamento as mães para tratamento.

Porém na coleta de dados ao ser analisados os prontuários das crianças os dados não tinha informações completas, para afins de alguma intervenção. Neste caso cabe aos assistentes sociais, e aos demais profissionais de saúde envolvidos nesse programa, potencializar a rede de proteção, visando a garantia dos direitos sociais, civis e políticos.

Construir métodos de entrevista com usuários de drogas são pontos fortes para a elaboração de um plano de intervenção, pois as decorrências vivenciadas pelos usuários estão interligadas com a sua história de vida .

Cabe ao profissional intervir nas diversas manifestações e expressões da questão social, aplicando mecanismos técnicos operativos e éticos políticos com a finalidade de garantir direitos e proporcionar melhoria na qualidade de vida das pessoas que são afetadas pelas variáveis situações problemáticas.

Ao profissional em sua atuação faz se necessário a obtenção de conhecimento teóricos sobre drogadição, conhecer a realidade propriamente dita e vivenciada pelo usuários, ainda precisa conhecer a rede de ações, serviços, programas e projetos executados no município de Vitória e ainda buscar mecanismos de inserção social para usuários atendidos.

O profissional deve ter claro que a demanda a ser trabalhado se relaciona com as múltiplas expressões da questão social, decorrente das desigualdades sociais, o enfrentamento para estas demandas será através das políticas sociais, instrumento privilegiado para atuação profissional em qualquer lugar que o mesmo esteja desenvolvendo ou aplicando seu trabalho, buscando assim que os usuários tenham acesso aos direitos sociais vigentes, acesso este que pode significar o produto do assistente social (IAMAMOTO,2004).

Espera que este estudo possa se configurar um material de consulta para futuras pesquisas, uma vez que se trata da primeira produção acadêmica sobre essa política.

Por fim gostaria de registrar que esta pesquisa proporcionou uma maior discussão sobre o tema, pois se trata de um o programa recente onde é necessário que discutam mais formas de intervenção, possibilitando assim a socialização do conhecimento sobre a prática profissional, além de permitir a troca de experiência de profissionais de outras áreas e envolvidos no encaminhamento das mães para tratamento.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros; **Trabalho em Equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família**, Secretaria Municipal de Saúde de Natal Rio Grande do Norte, Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Revista de Ciências e Saúde Coletiva, v12, n2, p.455-464. Rio Grande do Norte,2007.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a22v12n2.pdf>>

Acesso em: 04 de nov. de 2013.

ARAÚJO, Felipe. **Tenentismo**,2010.

Disponível em: <<http://www.historiabrasileira.com/brasil-republica/tenentismo/>>

Acesso em: 18 de set. de 2013.

BERTOLOZZI, Maria Rita; Grego, Maria Rosângela; **As Políticas de Saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**, Universidade de São Paulo, Revista da Escola de Enfermagem, v 30, n 3, p.98-380, São Paulo, Dez.1996.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a04.pdf>>

Acesso em:18 de ago.2013.

BRASIL, Tribunal de Contas da União, **Orientações para Conselheiros de Saúde**,4º Secretaria de Controle Externo,127p, Brasília, 2010.

Disponível em: <<http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2057626.PDF>>

Acesso em: 04 de nov.2013.

BRASIL, Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990.**

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>

Acesso em: 19 de out. 2013.

BRASIL, **Conferências Nacionais de Saúde**, Esplanada dos Ministérios,Ministério da Saúde, Portal da Saúde. Brasília, s/d.

Disponível em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id-area =1041>>

Acesso em: 21 de ago.2013.

BRASIL, **Conferências Nacionais de Saúde**, Ministério da Saúde, Esplanada dos Ministérios, Portal da Saúde. Brasília, s/d.

Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=126>

Acesso em: 19 de set. 2013.

BRASIL, **Lei nº 6.439 de 1º de Setembro de 1977**. Institui o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, Brasília ,1977.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6439.htm>
Acesso em: 21 de ago. 2013.

BRASIL, **Portaria nº 2.799, de 18 de novembro de 2008**. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Amamenta Brasil. Brasília, 2008.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt2799_18_11_2008.html>
Acesso em: 31 de out. de 2013.

BRASIL, Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**.

Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>,
Acesso em: 28 de ago. 2013.

BRASIL, Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm>
Acesso em: 12 de set. 2013.

BRASIL, **Agência Brasil**, Empresa Brasil de Comunicação.

Disponível em:

<<http://agenciabrasil.ebc.com.br/noticia/2013-06-29/setor-publico-responde-por- apenas-42-dos-gastos-com-saude-no-pais>>

Acesso em: 12 de set. 2013.

BRASIL, **Ministério da Saúde**, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Promoção da Saúde, Brasília 3ed, p.15-23. 2006.

Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed_.pd>

Acesso em: 22 de set. de 2013.

BRASIL, Portal da Saúde, Área Técnica da Promoção da Saúde. **Conheça a História e como Funciona o Sus**.

Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=497>

Acesso em: 22 de set. de 2013.

BRASIL, **Cartilha Entendendo O Sus, Ministério da Saúde, Governo Federal.**

Brasília, 28p,2006.

Disponível em:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_entendendo_o_sus_2007.pdf>

Acesso em: 09 de out de 2013.

BRASIL, Portaria nº 648/GM de 28 de Março de 2006, estabelece a **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília, 2006.

Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>> Acesso em: 09 de out de 2013.

BRASIL, Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos, outorgado pelo **Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006**. Regulamenta a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD, e dá outras providências.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/Decreto/D5912.htm>

Acesso em: 19 de out de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, s/d, **Conselho Nacional de Saúde**, Efetivando o Controle Social, Brasília.

Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/apresentacao.htm>>

Acesso em 11 de out de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, s/d, Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, **Saúde da Criança, Materiais Informativo**, Brasília p.28.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_materiais_infomativos.pdf>

Acesso em: 18 de set. de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Saúde da Criança: **Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**, Caderno de Atenção Básica, nº 23, Brasília-Distrito Federal, p.111, Brasília,2009.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>

Acesso em: 17 de set. de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007-2010)**, Brasília, 2011.

Disponível

em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_amamenta_brasil_primeiros_passos.pdf>

Acesso em: 30 de out. de 2013

BRASIL, **Assistência de Alta e Média Complexidade**, coleção para entender a gestão do sus, conselho nacional de secretários de saúde(CONASS), v.4,1ed, Brasília 2011.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.4.pdf>

Acesso em 10 de out de 2013.

BRAVO, Maria Inês de Souza; [et al.], (orgs). **Serviço Social e Saúde**. Ministério da Saúde. 4 ed. São Paulo: Cortez, Brasília: OPAS, OMS, Ministério da Saúde,p.88-108,2009.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e práticas profissionais** 4 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CARMAGNANI, Maria Isabel; SANTANA, Milena Lopes; **Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos operacionalização e vantagens**, revista saúde e sociedade, v.10, n1,2001.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf>>

Acesso em:03 de nov. de 2013.

COHN, Amélia; Nunes, Edilson; Jacobi, Pedro.R; Karsch Úrsula; S. **A Saúde como Direito e Como Serviço**. 6 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CUNHA, Keyla Christy Christina Mendes S.; GOULART, Lúcia Maria Horta de Figueiredo. **Observatório da Saúde da Criança e do Adolescente**, p.1-8,2013.

Disponível em:

<<http://www.medicina.ufmg.br/observaped/index.php/caderneta-da-saude.pdf>>

Acesso em: 29 de out. de 2013.

DELPHINO, Cristiane. **HB, História Brasileira**.

Disponível em: <<http://www.historiabrasileira.com/brasil-republica/era-vargas>>

Acesso em: 18 de set. de 2013.

DELPHINO, Cristiane. **HB, História Brasileira.**

Disponível em: <<http://www.historiabrasileira.com/brasil-republica/governo-de-janio-quadros/>>

Acesso em :19 de set. de 2013.

Figueiredo, Glória Lúcia Alves; Mello Débora Falleiros de. **Atenção à saúde da Criança no Brasil: aspecto da vulnerabilidade programática e dos direitos Humanos**, Artigo de Revisão, Revista Latino- am Enfermagem, nov. dez. 2007.

Disponível em :<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_17.pdf>

Acesso em: 19 de set. de 2013.

Figueiredo, Glória Lúcia Alves; Mello Débora Falleiros de. **A Prática de Enfermagem na Atenção à Saúde da Criança em Unidade Básica de Saúde**, Artigo de Atualização, Revista Latino- am Enfermagem, jul. ago. 2003.

Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a19.pdf>>

Acesso em: 23 de set. de 2013.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo:Atlas,2009.

GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; HUNING, Simone Maria; DE LARA, Lutiane; **Políticas Públicas de Saúde da Criança e Cidadania**, (s/d).

Disponível em:

<http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/34.%20pol%CDticas%20p%DAblicas%20de%20sa%DAde%20da%20crian%C7a%20e%20cidania.pdf>

Acesso em: 29 de out. de 2013.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 7ed, 326p. Cortez. São Paulo, 2004.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Doutrinas, Uma Forma de Extrair Interpretações que Aperfeiçoam o Sistema Jurídico, A Previdência Social e o Decreto- Lei Nº 4.682/23.**

Disponível em:

<<http://www.jurisite.com.br/doutrinas/Previdenciaria/doutprevid29.html>>

Acesso em: 18 de set. de 2013.

MONTEIRO, Akemi Iwata; Ferriani Maria das Graças de Carvalho, **Atenção à Saúde da Criança: perspectiva da prática de enfermagem comunitária**, Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto- v.8, n.1, p. 99-106, janeiro 2000.
Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12440.pdf>>
Acesso em: 17 de set. de 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

NETO, Leandro Carvalho Damacena; PEREIRA, Mendonça Robson. **IV Seminário de Iniciação Científica: a gripe espanhola de 1918 no município de São Paulo**, 2006.

Disponível em:

<http://www.prp.ueg.br/06v1/conteudo/pesquisa/inicciem/eventos/sic2006/arquivos/humanas/a_gripe_espanhola.pdf>

Acesso em: 02 de out. de 2013.

PERES, Laerte A. **Breve história das políticas de saúde deste século no Brasil**.

Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/polsaude.html>>

Acesso em :17 de set. de 2013.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Rita apud THEODORSON, G. A. & THEODORSON, A.G. **Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública** 1995.

POLIGNAMO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão** s/d.

Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/16/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>>

Acesso em: 05 de set. 2013.

QUADROS, Erick. **A Saúde Pública no Brasil: uma visão histórica**.

Disponível em: <<http://alimentoocerebro.com/saude-publica-no-brasil-pt-2/>>

Acesso em: 17 de set. de 2013.

ROCHA, Juliana. s/d. **Pandemia de Gripe de 1918**. Disponível em:

<<http://www.invivo.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=815&sid=7>>

Acesso em: 17 de set. de 2013.

ROCHA, Semiramis Melani Mello; LIMA, Regina Aparecida Garcia; SCOCHI, Carmem Gracinda Silva. **Assistência Integral à Saúde da Criança no Brasil:**

Implicações para o Ensino e a Prática da Enfermagem Pediátrica, Saúde e Sociedade. 1997.

Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v6n1/04.pdf>>

Acesso em: 21 de out. de 2013.

SILVA, Maria Ozanira da Silva. Avaliação de políticas e programas Sociais: aspectos conceituais e metodológicos. In: autor. **Avaliação de Políticas e Programas Sociais: teoria e prática.** São Paulo: Veras Editora, p.173,2001.

SOUSA, Rainer, s/d, **João Goulart, Brasil Escola.**

Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/historiab/joao-goulart.htm>>

Acesso em: 19 de set. de 2013.

SOUZA, Renilson Rehem. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro.** Secretário de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde,2002.

Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0149_M.pdf>

Acesso em: 20 de set. de 2013.

SOUZA, Renilsa Silveira Amorim. **Documentos da Área Técnica da Saúde da Criança,** 2010.

SOUZA, Natalícia Espindola de. Alcoolismo na Família: **Uma Análise Sobre o Impacto Social na Vida de Crianças e Adolescentes,**2013.

Disponível em: <<http://monografias.brasilecola.com/direito/alcoolismo-na-familia-uma-analise-sobre-impacto-social.htm>>

Acesso em: 20 de out. de 2013.

VITÓRIA (ES), **Protocolo Vitória da Vida- Atenção à Saúde da Criança,** Secretaria Municipal de Saúde, Vitória, 2009.

VITÓRIA (ES), Prefeitura Vitória, **Prêmio Vitória Inovando,** Subsecretaria de Tecnologia da Informação, Vitória, 2010.

APÊNDICE

APÊNDICE A-DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro ter conhecimento do projeto de pesquisa intitulado “Avaliação do Programa Municipal de Atendimento a crianças Impossibilitadas de Aleitamento Materno (Prociam)” a ser desenvolvido pela pesquisadora responsável, a Camila Lopes Taquetti e pela estudante “Janini Almeida” na Prefeitura Municipal de Vitória, Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), Gerência Atenção á Saúde (GAS), Área Técnica da Saúde da Criança. De ter ciência da aprovação do parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Preponente: Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa no que tange a autorização para que as estudantes da “Pesquisa Qualitativa, Documental do Prociam” e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar do(s) sujeito(s) de pesquisa nela indicado, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA

Assinatura e Carimbo do responsável

APÊNDICE B– DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR

Eu Janini Karla de Almeida responsável pela pesquisa denominada Avaliação do Programa Municipal de Atendimento a crianças Impossibilitadas de Aleitamento Materno (Prociam) declaro que:

- Assumo o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados para se atingir o objetivo previsto na pesquisa.
- Não há qualquer acordo restritivo à divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa poderão ser tornados públicos através de publicação em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa;
- O CEP da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa, por meio de relatório apresentado na ocasião da suspensão do trabalho, com a devida justificativa.
- Assumo que a pesquisa será iniciada somente após aprovação do CEP da Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo.

Vitória (ES), ____ de _____ de 2013.

Pesquisadora: Janini Karla de Almeida

ANEXOS

ANEXO A



PREFEITURA DE VITÓRIA
Secretaria Municipal de Saúde
 Gerência de Atenção à Saúde
 Área Técnica Saúde da Criança

**PROGRAMA MUNICIPAL DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS IMPOSSIBILITADAS
 DE ALEITAMENTO MATERNO (PROCIAM)**

FICHA CADASTRAL

| | | | |
|--|-------------------|-----------------------|----------|
| UBS DE REFERÊNCIA: | | REGIAO: | |
| NOME DA CRIANÇA: | | | IDADE: |
| NOME DO RESPONSÁVEL: | | | |
| DATA DE NASCIMENTO: | DATA DA INCLUSÃO: | DATA DO DESLIGAMENTO: | |
| ENDEREÇO: | | | |
| PRONT. US: | EQUIPE: | MICROÁREA: | FAMÍLIA: |
| AVALIAÇÃO CLÍNICA/PRESCRIÇÃO MÉDICA: | | | |
| INDICAÇÃO DO USO DA FORMULA: | | | |
| <input type="checkbox"/> Uso de drogas de dependência e abuso. Quais? _____ <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos contraindicados durante a amamentação* Quais? _____ <input type="checkbox"/> Uso de medicamentos de uso criterioso durante a amamentação* Quais? _____ <input type="checkbox"/> Doença materna grave/Exposição do bebê a situação de risco Qual? _____ <input type="checkbox"/> Bebês com malformações que dificultem ou impeçam a amamentação. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Outra indicação Qual? _____ | | | |
| PARECER SOCIAL / EQUIPE: | | | |
| OBSERVAÇÕES: | | | |

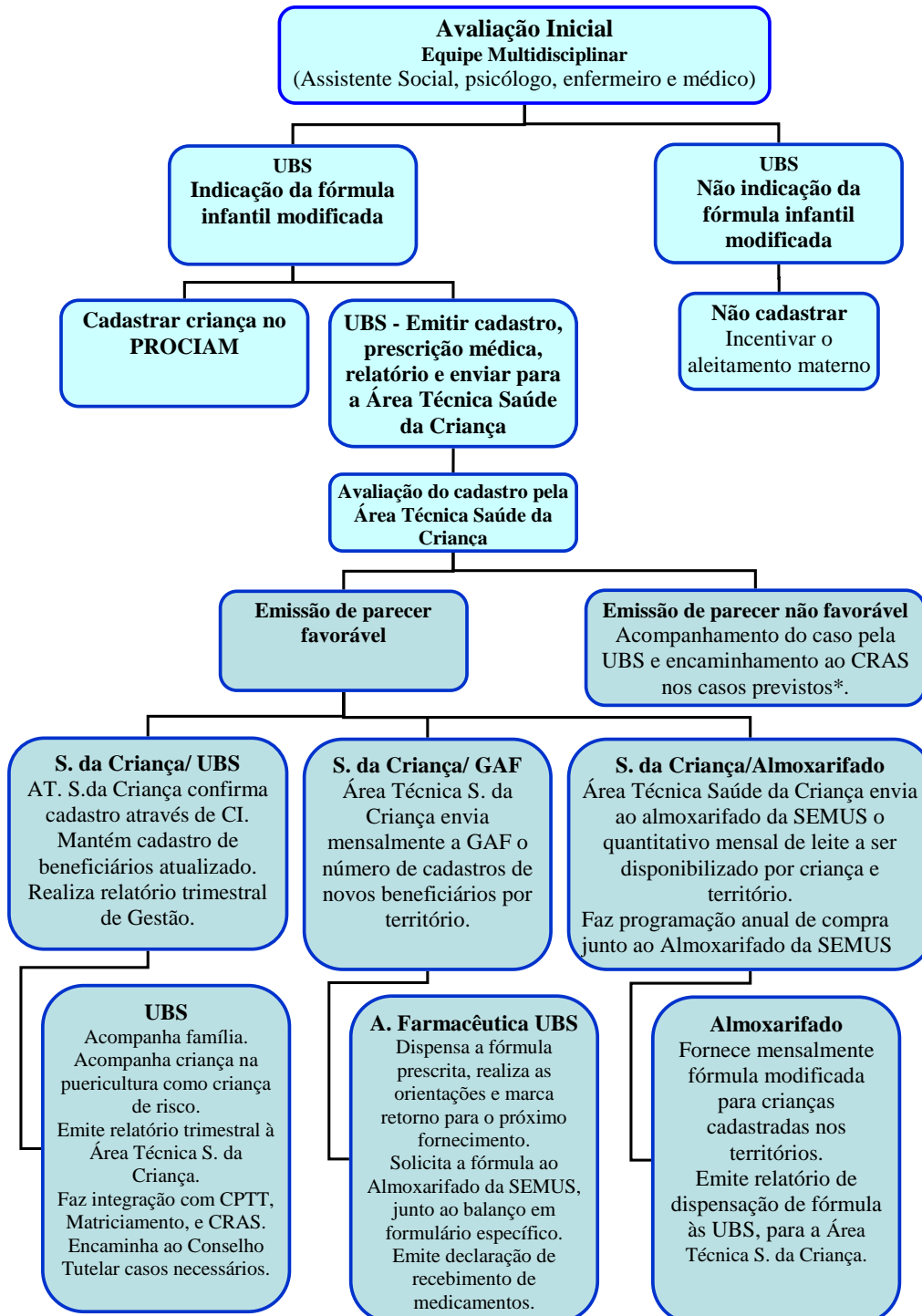
* Medicamentos contraindicados e de uso criterioso na fase da amamentação: Ver Protocolo de Atenção a Criança de 0 a 10 anos - anexo 2 – pág 203 e Manual "Amamentação e Uso de Medicamentos e outras substâncias" - MS -2010.

OBS: O cadastro deverá ser assinado pelos profissionais da equipe assistente.

ANEXO B

**PROCIAM - PROGRAMA MUNICIPAL DE ATENDIMENTO A CRIANÇAS IMPOSSIBILITADAS
DE ALEITAMENTO MATERNO**

Fluxo para dispensação e aquisição da fórmula modificada



* Ver Fluxograma de encaminhamento ao CRAS para casos não previstos no PROCIAM.