



UM BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOCIAIS BRASILEIRAS E SEUS PROGRAMAS, DIRECIONADOS À SAÚDE DA CRIANÇA¹

Adriana Moro Wieczorkiewicz²
Maria Luiza Milani³

RESUMO: Hoje, século XXI, o Brasil tem como um dos principais objetivos de desenvolvimento desse Milênio cuidar de suas crianças em todos os âmbitos, principalmente no que diz respeito à Redução da Mortalidade Infantil. Para isso a área Técnica de Saúde da Criança no Ministério da Saúde tem o compromisso de desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de agravos à criança. Este artigo teve por objetivo revisar a história das políticas públicas sociais brasileiras e programas direcionados à saúde da criança. Pode-se concluir que o governo, de certa forma tenta resolver as questões próprias da criança e sua vulnerabilidade. Planeja suas ações a fim de entender e atender as necessidades infantis de maneira individual.

Palavras Chave: Políticas Públicas Sociais; Criança; Saúde.

A BRIEF HISTORIC ABOUT BRAZILIAN SOCIAL PUBLIC POLITICS AND ITS PROGRAMS TO THE CHILD HEALTH

ABSTRACT: Today, twenty-first century, Brazil has as a major millennium development goals that take care of their children in all areas, especially with regard to the reduction of infant mortality. For this technique the area of Child Health in the Ministry of Health is committed to develop actions to promote health and disease prevention for children. This article aims to review the history of Brazilian social public policies and programs directed to children's health. It can be concluded that the government somehow tries to address the issues of children and their own

¹ Artigo proveniente das discussões na disciplina de Gestão, Políticas Públicas e Desenvolvimento do Programa de Mestrado em Desenvolvimento Regional da Universidade do Contestado – Campus de Canoinhas, 2011 e da revisão de literatura para a dissertação de mestrado deste mesmo programa, intitulada “Indicadores de mortalidade infantil pós neonatal por causas evitáveis e sua relação com o Desenvolvimento social e econômico na 25ª SDR de SC: vulnerabilidade social, territorial e de acesso”.

² Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento Regional e Políticas Públicas pela Universidade do Contestado, Campus Canoinhas. Especialista em Pediatria com Ênfase em Cuidados Intensivos Neonatais e Acupuntura. Docente da UnC, Campus Mafra no Curso de Enfermagem. Colaboradora da SMS Mafra-SC. Membro Do Grupo de pesquisa NUPESC da UnC-Mafra. E-mail: adri.moro@gmail.com. Endereço para correspondência: Rufino Mendes, lote 50. Condomínio Jardim América Mafra, SC. 89300-000.

³ Assistente Social. Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Mestrado em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria. Graduação em Serviço Social. E-mail: mestrado@cni.unc.br

vulnerability. Plan their actions in order to understand and meet the children's needs individually.

Keywords: Public Policy Social; Child; Health.

INTRODUÇÃO

Na Idade Média não existia referência à infância. A criança era assimilada no mundo adulto aos 7 anos. A maioria não frequentava a escola (a criança era considerada um adulto em miniatura). A precariedade desta época era tanta que chegavam a colocar 8 crianças num leito adulto nos hospitais, havendo uma alta taxa de mortalidade entre elas. Este fato sempre interferiu na relação dos adultos com as crianças. A expectativa de vida das crianças portuguesas, incluindo aquelas vindas ao Brasil entre os séculos XIV e XVIII era de aproximadamente 14 anos, enquanto metade dos nascidos vivos morria antes de completar sete anos (SERRÃO apud RAMOS, 2000). A criança era vista como substituível, como ser produtivo que tinha uma função utilitária para a sociedade, pois a partir dos sete anos de idade era inserida na vida adulta e tornava-se útil na economia familiar, realizando tarefas, imitando seus pais e suas mães, acompanhado-os em seus ofícios, cumprindo, assim, seu papel perante a coletividade (ROCHA, 2002).

Vale salientar que no Brasil, durante o processo de colonização por volta dos anos 1500, mais precisamente no ano 1530, na relação dos adultos com as crianças não havia afetividade, já que estas eram utilizadas como mão de obra enquanto estivessem vivas. Outras, principalmente as órfãs virgens eram guardadas e vigiadas para servirem sexualmente aos súditos da coroa. Nas embarcações que vinham ao Brasil havia muito homens e escassas mulheres, a pedofilia era prática comum (RAMOS, 2000). Áries (1981) destaca que os séculos XIII, XIV e XV, foram séculos de altos índices de mortalidade e de práticas de infanticídio.

A diferenciação do cuidado com as crianças tem seu início por volta do século XIV, mas teve maior ênfase nos últimos 100 anos (ROCHA, 2002). Assim, este artigo tem o intuito de fazer um breve histórico das políticas públicas sociais e seus programas, direcionados à saúde da criança, inicialmente relatando as iniciativas mundiais, até o retrato dessas no Brasil, até o início do século XXI.

PRIMEIROS APONTAMENTOS

As mudanças mundiais mais precisamente na Europa com relação ao cuidado com a criança, no século XVII tiveram a interferência dos poderes públicos e, principalmente a preocupação da igreja em não aceitar passivamente o infanticídio. Surgem então, medidas para tentar salvar as crianças de seu próprio destino. Nasce

à figura criada pela igreja da criança como “anjo”, numa imagem relacionada ao menino Jesus (ARIÈS, 1981).

Na história brasileira, o acompanhamento à saúde infantil demorou a ser visualizado e/ou conquistado. A saúde nunca ocupou lugar central na política do estado brasileiro (PASSETTI, 2000). As ações de saúde propostas pelo estado sempre procuraram incorporar os problemas de saúde que atingem grupos sociais importantes de regiões socioeconômicas igualmente importantes na estrutura social vigente. Isto fez com que os cuidados a saúde chegassem quase sempre, somente em regiões com condições favoráveis.

Mesmo com o início da intervenção do Estado nos modelos de atendimento na década de 1920, mais precisamente com a vigoração do Código de Menores⁴ no ano de 1927 não houve nenhum avanço. O que se pretendia naquela época era racionalização da assistência, criminalização e medicalização da pobreza, principalmente no que diz respeito a institucionalizar as crianças consideradas problemas. Vigorando este código estava-se longe de ocorrer mudanças nas condições concretas de vida da criança, como a redução da morbi-mortalidade infantil (FROTA et al, 2010). O modelo de atenção à saúde da criança expressa no código de menores, vigente até meados da década de 1980, fracassou, mas foram revitalizados após a implantação da Constituição de 1988 e do Código de Menores (*open cit.*).

O modelo de cuidado à criança por meio do voluntariado tomou o espaço que não era ocupado por nenhuma outra esfera estatal. Dentro deste modelo podemos citar as ações da Legião Brasileira de Assistência (LBA) e da pastoral da criança.

Durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), houve uma tentativa de assegurar medidas de proteção a saúde das crianças implementando políticas assistenciais marcadas por ações paternalistas e de auxílio emergencial, com a criação da LBA no ano de 1942; esta intimamente ligada à participação do Brasil na Segunda Guerra Mundial, por inspiração da primeira Dama do país Darcy Raramanho Vargas. Foi extinta no ano de 1995 (OLIVEIRA, 2001).

Outras ações em prol da saúde da criança no Estado Brasileiro que deve ser citada, foi a partir da fundação Pastoral da Criança, um organismo de ação social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), fundada em 1983, no Paraná, sob a iniciativa de James Grant (diretor executivo do UNICEF), Cardeal Dom Paulo Evaristo Arns (Arcebispo de São Paulo), Dom Geraldo Majella Agnelo (Arcebispo de Londrina) e da pediatra e Sanitarista Zilda Arns Neumann (NEUMANN, 1998).

A criação da Pastoral da Criança foi ressonância da nova estratégia da Igreja Católica Brasileira em lançar, a partir dos anos 1960, estratégias para alcançar as

⁴O Código de Menores, tinha um caráter discriminatório, associando pobreza à “delinqüência”, encobrendo as reais causas das dificuldades vividas pelas crianças e adolescente daquela época (desigualdade de renda e a falta de alternativas de vida). As crianças de baixa renda eram consideradas inferiores. Existia a idéia de que as crianças mais pobres tivessem um comportamento desviante e uma certa “tendência natural à desordem”, tendo dificuldades de se adaptar à vida em sociedade. As crianças que pertenciam à esse segmento da população, eram considerados “carentes, infratores ou abandonados” (PASSETI, 2000).

bases populares. Entre os diversos programas executados nas comunidades, destacam-se: apoio integral da gestante, incentivo ao aleitamento materno, vigilância nutricional, alternativas alimentares, controle das doenças diarreicas; estimulação para a vacinação da criança e da gestante, prevenção de doenças respiratórias, medicina caseira, entre outros que ainda fazem parte das ações da Pastoral nos dias atuais (NEUMANN, 1998).

Essas ações de prevenção e cuidados às crianças citadas anteriormente foram fortalecidas com a implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), criado em 1990 pela lei 8069 e atualizado em 2003. O ECA passou a tratar a criança e o adolescente sob a ótica pessoal e social, outorgando-lhes vez e voz diante das decisões políticas (FROTA et al., 2010).

POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS EM PROL DA SAÚDE INFANTIL

No século XXI, o Brasil tem como um dos principais objetivos de seu desenvolvimento cuidar de suas crianças em todos os âmbitos, principalmente no que diz respeito à redução da mortalidade infantil. Por isso, a área Técnica de Saúde da Criança do Ministério da Saúde tem o compromisso de desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de agravos à criança.

No que concerne a principal meta, quando se trata da saúde infantil, a redução da mortalidade infantil, uma importante estratégia foi a adoção das políticas públicas de saúde que comprovadamente podem reduzir o risco de morte, principalmente por: diarreia, pneumonia e desnutrição; metas prioritárias do Pacto pela Vida (Portaria GM/Ministério da Saúde, nº 325, de 21 de fevereiro de 2008).

Uma das Políticas Públicas sociais para redução da mortalidade infantil foi a implantação dos Comitês de Mortalidade Infantil, implantada desde o ano de 2004 (VENÂNCIO; PAIVA, 2010).

A investigação da mortalidade infantil é uma importante estratégia de sua redução, dando visibilidade às elevadas taxas no País, que contribui para melhorar o registro dos óbitos e possibilitam a adoção de medidas para a prevenção daquelas consideradas evitáveis. Também, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), quando alimentados de forma adequada, são importantes fontes de informação do Ministério da Saúde Brasileiro, que possibilitam o monitoramento dos eventos vitais no Brasil e permitem a construção de indicadores de saúde de forma contínua para todo o país (BRASIL, 2009).

Para Frias et al. (2011), o reconhecimento da importância de monitoramento das informações sobre óbitos e nascimentos junto à facilidade de acesso aos dados, têm resultado no aumento substancial na cobertura e na qualidade das informações de ambos os sistemas. Entretanto, ainda persistem precariedades dos dados em estados de regiões menos desenvolvidas do país (como no Norte e Nordeste), não

permitindo o cálculo direto da mortalidade infantil, em âmbito nacional, resultando na utilização de estimativas elaboradas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Apenas sete estados do Brasil e no Distrito Federal, recomenda-se o uso do método direto para o cálculo da mortalidade infantil.

Outra importante política é o programa de acompanhamento nutricional da criança. As primeiras políticas voltadas para resolver as questões da má alimentação da população, principalmente de crianças e gestantes implantado por volta dos anos 1940. Ações voltadas aos trabalhadores atendidos pela previdência social, no Serviço de Alimentação da previdência Social (SAPS) (CAVALCANTE; RIBEIRO, 2003).

Segundo Cavalcante e Ribeiro (2003) por volta do ano 1975 foi criado o Plano de Nutrição e Saúde (PNS), no qual a ideia era suplementar a alimentação de gestantes, nutrízes e crianças, todavia somente para aquelas famílias com renda abaixo de 2 salários mínimos. O atendimento efetivo a esses grupos específicos da população (gestante, nutrízes e pré-escolares) de famílias de baixa renda, não somente com suplementação, mas com distribuição de alimentos começou a ser desenvolvido pelo programa nacional de Alimentação (PRONAN) por volta dos anos 1979. No decorrer da efetivação desses programas foram distribuídos leite em pó, azeite, assim como enriquecimento da produção farinácea nacional com ferro e ácido fólico, segundo recomendações da resolução de Diretoria Colegiada (RDC) número 344, isto já no ano de 2002.

Cavalcante e Ribeiro (2003) referem-se à desnutrição como uma condição *sine qua non* para a maioria das causas de óbitos infantis. A desnutrição é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como causa básica de morte (a que realmente leva a morte). As suas causas associadas contribuem para o falecimento.

Uma prática adotada pelos governos para evitar os óbitos por desnutrição, a qual está diretamente ligada às condições de vida da população, tem sido o fortalecimento de alimentos (CAVALCANTE; RIBEIRO, 2003).

Outra estratégia na década de noventa foi o desenvolvimento pelo Ministério da Saúde, da Política Nacional de Nutrição (PNAN), e por esta política instituiu-se o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que tem como um de seus objetivos o Programa Bolsa Alimentação, priorizando o acompanhamento de crianças suscetíveis aos agravos nutricionais. O Programa SISVAN na saúde é um instrumento para obtenção de dados de monitoramento do estado Nutricional e do consumo alimentar das pessoas que frequentam as Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no que diz respeito às crianças, gestante e nutriz.

Com o SISVAN foi fortalecida a estratégia do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, utilizando-se os gráficos de acompanhamento do percentil da criança.

Também podemos citar como importante política pública social relacionada à atenção infantil, o Programa Nacional de Imunização (PNI), considerando a vacina

um método eficaz na prevenção de determinadas doenças infecciosas, este programa assegura um adequado grau de proteção imunitária à população, agindo contra importantes enfermidades transmissíveis. Como, por exemplo, pode-se citar a tuberculose, difteria, tétano, coqueluche, poliomielite, sarampo, influenza, meningite e, o rotavírus. Isso faz com que no decorrer das décadas muitas dessas doenças, como o sarampo fosse extinta no Brasil (KAWAMOTO, 1995).

No que diz respeito à saúde neonatal, podemos citar como importantes programas, a implantação do Sistema de Alojamento Conjunto nas Maternidades na década de 1970, das Unidades de Terapia Intensiva Neonatais, mas efetivamente na década de 1980. Também o Método Canguru foi trazido ao Brasil por médicos colombianos na década de 1990 (FONSECA *et al.*, 2002).

Segundo Escuder *et al.* (2003) as mortes precoces no período neonatal podem ser consideradas evitáveis, em sua maioria, desde que seja garantido o acesso em tempo oportuno, à serviços qualificados de saúde. São redutíveis por: adequado controle na gravidez, adequada atenção ao parto, ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces e, redutíveis pelas parcerias com outros setores (MALTA *et al.*, 2010).

Outra política pública social importante no Brasil, que serve de modelo para outros países é o aleitamento materno (SANTO, 2010). Segundo Venancio *et al.* (2010) o aleitamento materno (AM) é a estratégia que mais previne mortes infantis. O autor relata que, além de promover a saúde física, mental e psíquica da criança, estima-se que a amamentação tem o potencial de reduzir em 13% as mortes em crianças com menos de 5 anos. Também em 19% a 22% as mortes neonatais, se praticada na primeira hora de vida, naquelas crianças que não tenham outros riscos inevitáveis de morte. Sendo assim, a promoção do AM, deve ser incluído entre as ações prioritárias pela saúde pública.

O Brasil vem investindo no incentivo ao AM desde 1981, com a instituição do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, com o intuito de reduzir as mortes por causas evitáveis. Este programa é considerado modelo pela diversidade de ações e pesquisas nacionais, sendo possível constatar que os índices de AM no Brasil vêm aumentando gradativamente (VENANCIO *et al.*, 2010).

Para Escuder *et al.* (2003) o aumento do tempo de aleitamento materno pode reduzir significativamente o risco de crianças morrerem por causa evitáveis, por isso esta estratégia tem sido mantida e estimulada, seja nas esferas da saúde pública como ainda na maternidade com ações de promoção, prevenção e apoio ao aleitamento materno exclusivo até seis meses e continuado até dois anos ou mais.

Historicamente as políticas públicas adotadas para aumentar os índices de aleitamento materno e, conseqüentemente, a redução da mortalidade infantil foi marcada na década de 1980, pela preocupação do estado em desenvolver diretrizes e estratégias para recuperação da prática da amamentação (BARBOSA; OLIVEIRA; CAMARINHA *apud* SANTO, 2010).

Em 1981 foi instituído o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, mais conhecido como PNIAM. No PNIAM estavam representantes de todas

as áreas, como a Previdência e Assistência Social, Educação, Cultura e do Trabalho, além do Ministério da Saúde e outras Sociedades organizadas (Nutrição, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia), também o UNICEF. As mortes no período pós-neonatal, as intervenções dirigidas à sua redução dependem, portanto, de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida, como o abastecimento de água e esgoto que tem sido importante para o declínio da mortalidade por diarreia (ESCUDEK et al., 2003). Estas ainda são consideradas as principais causas de morbimortalidade de crianças com menos de cinco anos de idade em países em desenvolvimento, isto se dá porque envolve uma complexa rede de fatores de ordem ambiental, nutricional e socioeconômico-cultural (KOSEK, GUERRANT apud OLIVEIRA; LATORRE, 2010).

Outras iniciativas em relação à proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno e ações de humanização no atendimento pediátrico que podem ser citadas são: o Prêmio Professor Fernando Figueira, instituído para dar reconhecimento às experiências bem sucedidas de humanização no atendimento pediátrico e na terapia intensiva neonatal e pediátrica instituídos em 2004 e o Prêmio Bíbi Vogel com início em 2005, mas direcionado ao estímulo a amamentação (CARVALHO; TAVARES, 2010).

Podemos citar que a legislação brasileira de apoio à mãe trabalhadora, reflete-se significativamente na qualidade de vida e saúde das crianças em geral, pois atua pelo aumento da licença maternidade (lei 11.770 de 2008); licença paternidade de 5 dias; direito a creche nos estabelecimentos empregatícios com mais de 30 mulheres (consolidado no artigo 389 das leis do trabalho) entre outros (CARVALHO; TAVARES, 2010).

Já as ações governamentais em relação à proteção da criança maior e do adolescente, a principal política pública é certamente a de extinção do trabalho infantil, sendo que historicamente o término da escravatura foi um divisor no que diz respeito a este debate.

Foi a partir da abolição da escravatura que se multiplicaram as iniciativas privadas e públicas dirigidas à erradicação do trabalho infantil, mesmo que muitas linhas, principalmente na década de 20 e 30 acreditassem que o trabalho seria uma solução para o problema dos menores abandonados, considerados neste momento como “delinquentes” (RIZZINI, 2000).

Segundo o IBGE (1999) por volta do ano de 1995, o Brasil tinha em torno de oito milhões de crianças trabalhando. Rizzinni (2000) relata que Santa Catarina era a região que mais crianças se ocupavam com o trabalho agrícola no país, não recebendo qualquer tipo de remuneração, pois trabalham principalmente auxiliando seus pais a aumentar a produtividade.

Em outras regiões, como no Norte e Nordeste, as atividades principais executadas pelas crianças são as domésticas e na colheita do fumo, a maioria do sexo feminino. Já no Rio de Janeiro o principal problema em relação ao trabalho infantil está nas crianças cooptadas pelo tráfico de drogas para exercer funções de olheiros (RIZZINI, 2000).

Em 1997 uma das ações do governo brasileiro foi à criação de um programa para tirar crianças do trabalho em estados onde há maior exploração, como Mato Grosso do Sul, Pernambuco e Bahia. O programa era chamado de “Brasil criança Cidadã”, que se concedia uma bolsa de cinquenta reais mensais por crianças retiradas do trabalho e mantidas na escola até 14 anos.

Mais tarde este programa foi denominado de bolsa escola, no governo Lula (2002-2010) passou a ser chamado de Programa Bolsa Família. Trata-se de um programa de transferência de renda, no qual os beneficiados devem ser famílias em situação de pobreza extrema.

No ano de 2006 os acidentes e as violências (causas externas: transporte, afogamento, entre outros) colocaram o País em estado de alerta. Estes foram responsáveis pelo maior número de morte em crianças de 1 a 9 anos. Assim, a Área Técnica de Saúde da Criança elegeu como uma de suas prioridades o fortalecimento da linha de cuidado de prevenção de violências e promoção da cultura de paz. O objetivo dessa linha de cuidado é atuar na formulação de diretrizes, parâmetros e metodologia de atenção integral à saúde da criança em situação de violência (BRASIL, 2010a).

Já em relação à criança maior podemos citar a criação do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), que é uma política pública social de implementação do atendimento das medidas socioeducativas previstas nos artigos 55 e 112 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (MOURA, 2010). Em 2007 foi criado o Programa “Saúde na Escola”, tendo como objetivo principal oferecer atenção integral de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público (MOURA, 2010).

Em 2009 foi aprovado pelo Ministro da Saúde José Gomes Temporão, para ser instituída a “Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis”; cujo objetivo é o de construir novas ofertas de cuidado humanizado à saúde e fortalecer outras que já são oferecidas dirigidas a mulheres e crianças, na perspectiva do vínculo, crescimento e desenvolvimento integral da criança de zero a cinco anos. Esta estratégia terá sua funcionalidade apoiado na portaria MS/GM número 2.395/2009 partindo de projetos pilotos os Estados de Rio Branco, Recife, Campo grande, Rio de Janeiro e Florianópolis (BRASIL, 2010b).

Recentemente (2010) o governo retomou uma estratégia antiga que obteve sucesso nos anos de 1990, chamado de Programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Anteriormente relacionado a todas as crianças e neste novo modelo aplicado ao período de zero a dois meses de idade. O AIDPI Neonatal é uma estratégia que permite aos profissionais de saúde detectar e classificar precocemente as principais doenças e fatores de risco que afetam esta faixa etária. O Ministério da Saúde realizou no ano de 2010 oficinas para capacitar 510 profissionais de saúde da região Nordeste e Amazônia Legal, que atuam como facilitadores do processo de multiplicação da estratégia em seus estados (PORTAL SAUDE, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo que a Área Técnica da Saúde da criança do Ministério da Saúde trabalhe fortemente para melhorar as condições de saúde e vida da população infantil, ela ainda depara-se com muitos obstáculos, principalmente de ordem social, relacionados à vulnerabilidade, informação e acesso.

Infelizmente, em relação às mortes no período pós-neonatal (termo usado para designar os óbitos de crianças acima de 28 dias, todavia, menores de um ano de idade por causas evitáveis, ocorridos em determinado local e período) mesmo em declínio no Brasil, as intervenções dirigidas à sua redução dependem muito de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, como o abastecimento de água e esgoto, que tem sido importante para o declínio da mortalidade por diarreia, assim como nas doenças respiratórias e a sua relação com as questões ambientais, de maneira mais impactante nos grandes centros urbanos (ESCUDEK et al., 2003).

Todas as políticas e seus programas têm objetivos na saúde da criança, todavia nem todos atingem suas metas, principalmente no que diz respeito à transferência de renda. As políticas sociais que garantem uma renda mínima, segundo Rizzini (2000, p.404) são necessárias para que os pais mantenham suas crianças na escola “a criança que não estuda não tem alternativa: ela irá perpetuar a sua condição de miséria [...]”.

Pode-se concluir que o governo, de certa forma tenta resolver as questões próprias da criança e sua vulnerabilidade. Planeja suas ações a fim de entender e atender as necessidades infantis de maneira individual, mais ainda não efetivamente e/ou de maneira abrangente em todos os seus aspectos e regiões do país.

REFERÊNCIAS

ARIES, Philippe. **Historia social da criança e da família**. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Saúde da Criança e Aleitamento Materno**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. 3.ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Impacto da Violência na saúde das crianças e adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. **O futuro hoje: estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis, primeiros passos para o desenvolvimento nacional**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010,b.

CARVALHO, Marcus Renato de.; TAVARES, Luís Alberto Mussa. **Amamentação: bases científicas**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

CAVALCANTI, Nicanor Ferreira; RIBEIRO, Helena. Condições socioeconômicas, programas de complementação alimentar e mortalidade infantil no Estado de São Paulo (1950 a 2000). **Rev. Saude soc.**, São Paulo, v. 12, n. 1, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902003000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2011.

ESCUDE, Maria Mercedes Loureiro; VENANCIO, Sonia Ioyama; PEREIRA, Julio César Rodrigues. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Rev. Saúde Pública** [online], v. 37, n. 3, p. 319-325, 2003.

FONSECA, Luciana Mara Monti; SCOCHI, Carmem Gracilda Silvan.; MELLO, Débora Falleiros. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 166-171, mar./abr. 2002.

Artigo recebido em: 01/05/2013

Artigo aprovado em: 26/06/2013