

# POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A CRIANÇA EM SANTA MARIA-RS

## *Child health public policies in Santa Maria-RS*

Artigo Original

### RESUMO

**Objetivo:** Identificar as políticas públicas de saúde (PPS), voltadas para a criança, encontradas nos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) de Santa Maria, Rio Grande do Sul, e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) próximas. **Métodos:** Pesquisa descritiva exploratória, com amostra consistindo de sete diretores dos CMEI e cinco coordenadores das UBS. A coleta de dados ocorreu entre julho e agosto de 2007, utilizando-se um questionário semiestruturado, com perguntas fechadas. O tratamento estatístico foi efetuado através de estatística descritiva dos dados do questionário. **Resultados:** Identificaram-se nove PPS voltadas para a criança aplicadas nos CMEI. Como principal benefício da sua implantação, os diretores consideravam a maior integração entre unidades de ensino e de saúde, assim promovendo a saúde infantil. Todos os CMEI contavam com a assistência de voluntários, e sugeriram, a fim de melhorar a qualidade de vida das crianças, a implementação de projetos envolvendo cursos da saúde. Nas UBS, foram identificadas treze PPS destinadas às crianças. O principal benefício relatado pelos coordenadores foi promover o controle da incidência de doenças, diminuindo a mortalidade infantil. Apenas uma UBS apresentava auxílio de voluntário, o qual sugeriu como ação de saúde em prol das crianças, a criação de políticas visando à psicologia infantil. **Conclusões:** As políticas públicas de saúde voltadas ao público infantil implantadas nas UBS não estão totalmente presentes nos CMEI, mostrando que ainda é insipiente a inclusão do ambiente educacional infantil nas políticas públicas de promoção da saúde.

**Descritores:** Políticas Públicas; Saúde; Criança; Promoção da Saúde.

### ABSTRACT

**Objective:** To identify health public policies (HPP), directed to children, found in Municipal Centers for Early Childhood Education (MCECE) from Santa Maria, Rio Grande do Sul, and in Basic Health Units (BHU) nearby. **Methods:** A descriptive and exploratory study with a sample consisting of seven directors of MCECE and five coordinators of BHU. Data collection occurred between July and August 2007, using a semi-structured questionnaire with closed questions. Statistical analysis was performed using descriptive statistics of the questionnaire data. **Results:** We identified nine HPP directed to children applied in MCECE. As the main benefit of their deployment, the directors considered the further integration between schools and health units, thus promoting child health. All MCECE counted on the assistance of volunteers, and suggested, in order to improve the quality of life of children, the implementation of projects involving health graduation programs. At BHU, we identified thirteen HPP for children. The main benefit reported by the coordinators was to control the incidence of diseases, reducing infant mortality. Only one BHU had a volunteer aid, who suggested, as a health action for children, the creation of policies aimed at child psychology. **Conclusions:** The health public policies directed to children applied at BHU are not fully present in MCECE, showing that is still incipient the inclusion of children's educational environment in public policies for health promotion.

**Descriptors:** Public Policies; Health; Child; Health Promotion

Danize Aparecida Rizzetti<sup>(1)</sup>  
Ana Paula Alves Fabbrin<sup>(1)</sup>  
Claudia Moraes Trevisan<sup>(1)</sup>

1) Universidade Federal de Santa Maria  
(UFSM) – Santa Maria - RS – Brasil

Recebido em: 08/12/2008  
Revisado em: 29/04/2009  
Aceito em: 11/09/2009

## INTRODUÇÃO

O tema “Promoção da Saúde”, definido como um campo conceitual, político e metodológico para analisar e atuar sobre as condições sociais que são críticas para melhorar a situação de saúde e a qualidade de vida das pessoas, vem sendo abordado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e outras organizações há muito tempo e oficializado através de inúmeras conferências e documentos ao longo dos anos<sup>(1-3)</sup>. Como exemplos, destacam-se a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma Ata no ano de 1978, e a Carta de Ottawa, documento oficial da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, escrita em 1986<sup>(4,5)</sup>.

Ambos os eventos reafirmam a saúde como um direito do homem e uma responsabilidade dos governos, os quais devem promover a sua integração como parte de políticas públicas saudáveis. Os documentos também afirmam que as ações de Promoção da Saúde devem se concretizar em diversos espaços, em órgãos definidores de políticas, nas universidades e, sobretudo, nos espaços sociais onde vivem as pessoas. As cidades, os ambientes de trabalho e os centros de ensino são os locais onde essas ações devem ser propostas, incentivando a intersetorialidade e a participação social<sup>(4,6,7)</sup>. Com base nesses conceitos, ao longo das décadas, a saúde coletiva sofreu um reposicionamento em torno do compromisso de saúde para todos, o que proporcionou sucessivos movimentos de recomposição das práticas e políticas existentes nessa área como resposta às necessidades e aos problemas de saúde da sociedade, em cada segmento social<sup>(2,4,8)</sup>.

Nesse contexto de mudanças políticas visando os direitos dos mais variados grupos, surge a criança, principalmente a compreendida na Primeira Infância, com idade entre zero e seis anos, também detentora de direitos à saúde, educação e cidadania garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA – (1990) e pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB – (1996), que permitiram a criação de condições favoráveis para a criação de políticas públicas visando à saúde e educação da população infantil<sup>(9-13)</sup>.

Com relação ao desenvolvimento infantil, a sua qualidade nos primeiros anos de vida influencia e determina a vida adulta do sujeito. Dessa forma, a promoção do desenvolvimento da criança e de sua saúde, adquiridos através da implementação de políticas públicas eficientes, durante a etapa fetal e a infância, contribui para uma maturidade mais saudável<sup>(14-18)</sup>.

Tanto o ambiente familiar quanto o escolar podem ser um determinante fundamental no desenvolvimento da criança. Devido ao ritmo, intensidade e vulnerabilidade desse processo, as crianças podem ser afetadas por qualquer

alteração que ocorra em seu cotidiano, tornando-se mais susceptíveis a problemas de saúde, que, conseqüentemente, irão afetar os desenvolvimentos físico e emocional<sup>(19,20)</sup>. Nos países em desenvolvimento, morrem, anualmente, 12,5 milhões de crianças vítimas de pobreza, de doenças imunopreveníveis e infecciosas, que poderiam ter sido evitadas mediante a adoção de estratégias de baixo custo<sup>(21)</sup>.

Sendo assim, o centro municipal de educação infantil pode ser considerado um local propício à atuação de Políticas Públicas de Saúde (PPS)<sup>(17,19,22)</sup>. Pelo fato de ser um ambiente onde crianças – com idades entre zero e seis anos – são mantidas juntas por um longo período, pode ser considerado tanto um veículo disseminador de certas patologias, como também um meio facilitador para se fazer a prevenção de doenças e a promoção da saúde da população infantil<sup>(19,23-25)</sup>.

Diante da importância do ambiente escolar na determinação da qualidade de vida da criança no futuro, e do fundamento teórico que embasa o surgimento e implantação de políticas públicas que têm a promoção da saúde como eixo, há a necessidade iminente de identificação das ações em saúde realizadas nos ambientes escolares e nas unidades de saúde próximas a eles. Os resultados poderão contribuir para o estabelecimento de estratégias governamentais locais de promoção da equidade em saúde a médio e longo prazo e a identificação de áreas carentes de políticas e ações nesse setor para o público infantil. Assim, o objetivo do estudo foi realizar um levantamento sobre as Políticas Públicas de Saúde (PPS) voltadas para a criança, encontradas nos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) de Santa Maria, Rio Grande do Sul, e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) próximas.

## MÉTODOS

A pesquisa constituiu-se de um estudo descritivo de caráter exploratório<sup>(26)</sup>, sendo a amostra composta pelos diretores de todos os CMEI do município de Santa Maria, RS – os quais atendem crianças com idades entre zero e seis anos –, totalizando sete pessoas, e pelos coordenadores de todas as UBS próximas a tais centros, totalizando cinco pessoas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM (CAEE nº 0067.0.243.000-07), os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A coleta de dados ocorreu no período de julho a agosto de 2007, através da utilização de um questionário semiestruturado, com perguntas fechadas, elaborado e aplicado pelas autoras da pesquisa, o qual foi validado por pesquisadores da área de saúde e educação. Previamente

à aplicação do questionário, foi realizado o contato com os participantes por telefone, os quais, após uma prévia explicação da pesquisa, agendaram um horário específico para o comparecimento das pesquisadoras até o local. As visitas a cada CMEI e UBS foram realizadas em diferentes dias e duraram em torno de uma hora. Durante este período era realizada a apresentação do estudo, entrega e assinatura dos termos de consentimento e aplicação do questionário verbal e individualmente<sup>(6)</sup>.

As variáveis em estudo presentes no questionário foram a presença de PPS voltadas para a criança nos CMEI e nas UBS próximas a eles; o tempo de execução das políticas; suas formas de divulgação para a participação das instituições; os principais benefícios da realização das PPS para as crianças e a execução, nesses locais, de ações de saúde voltadas para a população infantil por voluntários. Efetuou-se o tratamento estatístico através de uma análise descritiva dos dados referentes ao questionário, a qual se realizou conforme a distribuição dos mesmos.

## RESULTADOS

### Para os CMEI do Município de Santa Maria, RS:

As PPS relacionadas no município de Santa Maria foram: A: Atenção à Saúde Ocular; B: Programa de Controle da Qualidade da Água Consumida nas Escolas Estaduais, Creches e Aldeias Indígenas; C: Projeto Escola e Saúde; D: Programa Fome Zero – Distribuição de Leite e Hortifrutigranjeiros; E: Programa Caderneta da Criança; F: Programa de Notificação Compulsória de Maus Tratos contra Crianças e Adolescentes; G: Programa Acolher; H: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; I: Programa de Capacitação de Educadores

Em um dos CMEI verificados estão implantadas as políticas Atenção à Saúde Ocular, Notificação Compulsória de Maus Tratos contra Crianças e Adolescentes, Programa Acolher, Programa Caderneta da Criança e Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

O Programa de Controle da Qualidade da Água Consumida nas Escolas Estaduais, Creches e Aldeias Indígenas e o Projeto Escola e Saúde foram encontrados em dois dos CMEI.

Em quatro desses locais é executado o Programa Fome Zero – Distribuição de Leite e Hortifrutigranjeiros e em cinco se observa a presença do Programa de Capacitação de Educadores (figura 1).

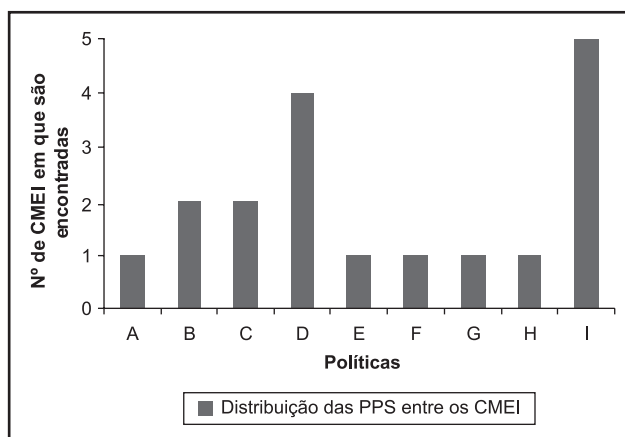


Figura 1 - Distribuição das Políticas Públicas de Saúde (PPS) segundo o número de CMEI onde foram encontradas no município de Santa Maria no ano de 2007

#### Legenda

- A: Atenção à Saúde Ocular
- B: Programa de Controle da Qualidade da Água Consumida nas Escolas Estaduais, Creches e Aldeias Indígenas
- C: Projeto Escola e Saúde
- D: Programa Fome Zero – Distribuição de Leite e Hortifrutigranjeiros
- E: Programa Caderneta da Criança
- F: Programa de Notificação Compulsória de Maus Tratos contra Crianças e Adolescentes
- G: Programa Acolher
- H: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
- I: Programa de Capacitação de Educadores

Quanto ao meio de divulgação das PPS para a posterior adesão e participação da instituição educacional, todos os CMEI recebem estas informações por meio impresso, e um referiu que a divulgação de PPS também se faz por meio de reuniões com representantes do governo.

O principal motivo para a limitada presença de PPS no ambiente educacional infantil é, para um dos participantes, a falta de divulgação dos programas lançados pelo governo, enquanto que para seis dos entrevistados constitui a falta de incentivo financeiro.

Sobre a existência de profissional da saúde atuando permanentemente na instituição, seis CMEI não apresentam profissionais contratados para trabalhar no local. Apenas um desses centros possui um profissional da saúde contratado. O profissional em questão é um cirurgião-dentista, o qual possui um consultório dentro da instituição.

A tabela I mostra o tempo de início das PPS dirigidas às crianças nos diferentes CMEI, em andamento no momento

Tabela I - Distribuição das políticas Públicas de Saúde (PPS) entre os CMEI do município de Santa Maria no ano de 2007, segundo tempo de execução, presença de voluntariado, benefícios e sugestões de cada uma

<b>Políticas Públicas de Saúde (PPS) nos CMEI</b>			
<b>Variáveis relacionadas às PPS</b>	<b>CMEI</b>		<b>Fatos relevantes</b>
	<b>Nº</b>	<b>(%)</b>	
<b>Tempo de execução (anos)</b>			
Menos de 2 anos	0	-	
Entre 2 e 4 anos	4	57,1	
Mais de 4 anos	3	42,8	
<b>Presença de voluntários</b>			
Sim	7	100,0	85,71% (n=6) por extensão universitária e 14,28% (n=1) por de ONG's
Não	0	-	
<b>Principais benefícios</b>			
Erradicação, controle ou diminuição de doenças	0	-	
Estimulo à criação de hábitos saudáveis para a criança	1	14,3	
Correção de distúrbios de saúde (auditivos, visuais, nutricionais)	2	28,6	
Aumento da integração saúde-educação	4	57,1	
<b>Sugestões propostas</b>			
Implantação de outros programas	3	42,8	14,3% (n=1) - Prog. Acolher e 28,5% (n=2) - Prog. 1ª Infância Melhor
Maior atuação de voluntários	4	57,1	

do estudo, a presença de voluntários realizando projetos e ações em saúde nesses locais, os benefícios, segundo a concepção dos diretores, atingidos pela execução das PPS às crianças e as sugestões de ações e políticas que poderiam ser realizadas nesse ambiente a fim de melhorar a qualidade de vida da população infantil.

#### **Para as UBS do município de Santa Maria, RS:**

Foram identificadas 13 PPS voltadas para a criança atuantes nesses locais: A: Projeto Escola e Saúde; B: Programa Nacional de Imunizações; C: Programa de Assistência ao Recém-Nascido; D: Programa Nacional de Triagem Neonatal; E: Programa Caderneta da Criança; F: Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno; G: Programa de Combate às Carências Nutricionais; H: Política Estadual de Triagem Neonatal; I: Programa de Notificação Compulsória de Maus Tratos contra Crianças e Adolescentes; J: Programa Acolher; K: Programa de Combate à Diarréia; L: Serviço de Pós-Alta Hospitalar; M: Programa Acolhe Bebê.

Em apenas uma das UBS verificadas está implantada a política Projeto Escola e Saúde. O Programa Notificação Compulsória de Maus Tratos contra Crianças e Adolescentes

foi encontrado em duas das UBS, e em três desses locais é executado o Programa Acolher. Observa-se a presença do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno e do Programa de combate às Carências Nutricionais em quatro das unidades. Nas cinco UBS ocorre a presença do Programa Acolhe Bebê, Programa de Assistência ao Recém-Nascido, Programa Caderneta da Criança, Programa de Combate à Diarréia, Programa Estadual de Triagem Neonatal, Programa Nacional de Imunizações, Programa Nacional de Triagem Neonatal e Serviço de Pós-Alta Hospitalar (figura2).

Quanto ao meio de divulgação das PPS para a posterior adesão e participação da instituição, duas das UBS recebem estas informações por meio de reuniões com representantes do governo e três delas referiram que a divulgação de PPS também se faz por meio impresso. Quanto ao principal motivo para a limitada presença de PPS nas UBS, apenas uma delas respondeu a essa questão, afirmando ser a falta de espaço físico, material e pessoal capacitado o principal fator.

A tabela II mostra o tempo de início das PPS dirigidas às crianças nas diferentes UBS, em andamento no momento do estudo, a presença de voluntários realizando projetos

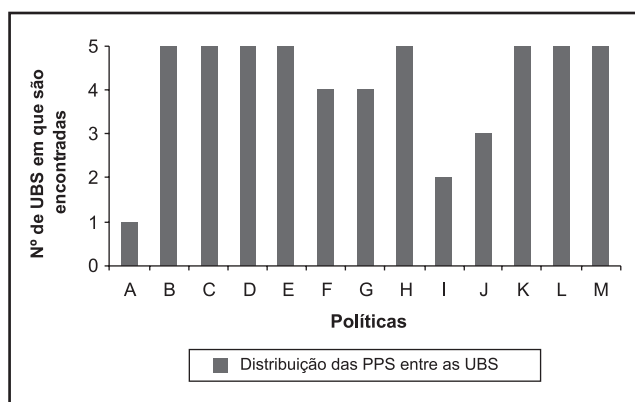


Figura 2 - Distribuição das Políticas Públicas de Saúde (PPS) segundo o número de UBS onde foram encontradas no município de Santa Maria no ano de 2007

#### Legenda

- A: Projeto Escola e Saúde
- B: Programa Nacional de Imunizações
- C: Programa de Assistência ao Recém-Nascido
- D: Programa Nacional de Triagem Neonatal
- E: Programa Caderneta da Criança
- F: Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno
- G: Programa de Combate às Carências Nutricionais
- H: Política Estadual de Triagem Neonatal
- I: Programa de Notificação Compulsória de Maus Tratos contra Crianças e Adolescentes
- J: Programa Acolher
- K: Programa de Combate à Diarréia
- L: Serviço de Pós-Alta Hospitalar
- M: Programa Acolhe Bebê

e ações em saúde nesses locais, os benefícios, segundo a concepção dos coordenadores, atingidos pela execução das PPS às crianças e as sugestões de ações e políticas que poderiam ser realizadas nesse ambiente a fim de melhorar a qualidade de vida da população infantil.

## DISCUSSÃO

Os resultados dessa pesquisa fornecem informações sobre as PPS destinadas à população infantil encontrada nos CMEI do município de SM, RS e nas UBS próximas a tais centros, mostrando que, no ano de 2007, nove políticas estavam implantadas nos centros educacionais e 13 nas unidades de saúde. Comparando estes achados com os encontrados em estudo anterior<sup>(27)</sup>, que verificou a existência de 30 políticas de saúde destinadas às crianças no município de Santa Maria no ano de 2006, observa-se que nem todas as políticas existentes neste município estavam implantadas nos CMEI e UBS investigados.

Com relação às PPS voltadas para a criança encontradas nos CMEI, observou-se que sua distribuição não se fez de forma homogênea e equivalente entre esses locais, estando algumas políticas presentes em apenas um dos centros, como por exemplo, a Atenção à Saúde Ocular, Caderneta da Criança, Notificação Compulsória de Maus Tratos contra Crianças e Adolescentes, Programa Acolher, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; enquanto outra, o Programa de Capacitação de Educadores, encontrou-se em cinco CMEI, sugerindo que os programas destinados à educação infantil ainda são predominantes aos destinados à saúde nos centros educacionais.

Ao investigar os programas elaborados pela esfera Federal para crianças e adolescentes entre os anos de 1995 e 2002, encontraram-se 33 programas incidindo sobre esse público, criados por diferentes Ministérios, sendo que apenas um estava localizado no Ministério da Saúde<sup>(11)</sup>.

Tabela II - Distribuição das políticas Públicas de Saúde (PPS) entre as UBS do município de Santa Maria no ano de 2007, segundo tempo de execução, presença de voluntariado, benefícios e sugestões de cada uma.

Políticas Públicas de Saúde (PPS) nas UBS			
Variáveis relacionadas às PPS	Nº de UBS	(%)	Fatos relevantes
<b>Tempo de execução (anos)</b>			
Menos de 2 anos	0	-	
Entre 2 e 4 anos	2	40	
Mais de 4 anos	3	60	
<b>Presença de voluntários</b>			
Sim	1	20	Extensão universitária
Não	4	80	
<b>Principais benefícios</b>			
Correção de distúrbios de saúde (auditivos, visuais, nutricionais)	0	-	
Aumento da integração saúde-educação	1	20	
Estimulo à criação de hábitos saudáveis para a criança	1	20	
Erradicação, controle ou diminuição de doenças	3	60	
<b>Sugestões propostas</b>			
Implantação de outros programas	1	20	Psicologia Infantil
Sem resposta	4	80	

Os demais programas dividiram-se entre os Ministérios da Educação, de Esporte e Turismo, da Justiça, de Desenvolvimento Agrário, de Trabalho e Emprego, de Previdência e Assistência Social e de Ciência e Tecnologia<sup>(11)</sup>. Estes dados vão ao encontro dos resultados do presente estudo, no qual se verifica a presença limitada de políticas e ações governamentais voltadas à saúde da população infantil.

Nas UBS pesquisadas, pôde-se observar a implantação de um número maior de PPS em relação aos CMEI. Contudo, a política Projeto Escola e Saúde foi encontrada em apenas uma UBS, evidenciando a possível dificuldade de integração entre os setores saúde-educação no município de SM. Este achado contraria um estudo<sup>(3)</sup>, o qual, ao relatar a experiência de políticas públicas para a criança que tenham como eixo a promoção da saúde na cidade de Curitiba, Paraná, demonstrou os bons resultados da implantação da política municipal “Escola Saudável”. Estruturada a partir de uma parceria entre Secretarias de Município de Educação e de Saúde, a execução desta política evidenciou resultados positivos para a comunidade, com a construção de estilos de vida mais saudáveis, e maior conhecimento sobre saúde e prevenção de doenças por parte das crianças e de seus familiares<sup>(3)</sup>.

A implantação desta política em Curitiba foi baseada no conceito de que os centros educacionais são espaços sociais adequados para a promoção da saúde de crianças e adolescentes uma vez que podem, com eficácia, promover sua saúde, autoestima e comportamentos. Além disso, constituem um espaço onde a saúde de todos os membros de sua comunidade, sejam professores, funcionários e familiares, além dos próprios estudantes, pode ser promovida<sup>(28,29)</sup>. Tal relato revela a importância da integração entre saúde e educação na construção e presença de PPS em ambientes escolares para melhor qualidade de vida da criança.

O conceito de “Escolas Promotoras de Saúde” emergiu durante as últimas décadas do século 20, com o apoio da OMS, como um mecanismo de integração de diferentes elementos, incluindo o currículo, o ambiente escolar, parcerias com a comunidade e as políticas escolares de suporte à saúde que, combinados, poderiam favorecer o máximo sucesso na obtenção de resultados educacionais e de saúde<sup>(30)</sup>. O elemento-chave para que o centro educacional se torne um ambiente de suporte para uma vida saudável parece estar na construção coletiva de um espaço social voltado para o bem-estar físico, emocional e social de alunos, além de seu desempenho acadêmico, exigindo, para isso, a parceria e integração entre os mais diversos setores da sociedade, principalmente o setor saúde<sup>(3)</sup>.

A tarefa do setor saúde não está mais dirigida somente para a construção de um sistema de boa qualidade com

acesso universal e com integralidade, capaz de atuar na promoção, proteção e recuperação, mas amplia-se na direção de um papel articulador e integrador com outros setores, também determinantes das condições de vida e de saúde<sup>(3)</sup>. A concepção ampliada de saúde exige que profissionais e instituições, com campo de ação ou de interesses ligados à saúde, assumam a responsabilidade de atuar como mediadores entre estes diversos interesses que atravessam a produção da saúde. Assim, a intersetorialidade surge como proposta de uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida<sup>(8)</sup>.

A respeito da presença de voluntariado nos CMEI, todos contavam com a assistência frequente e efetiva de voluntários, através de ONG's ou projetos de extensão universitária, diferentemente do que se observou nas UBS, onde apenas uma referiu a presença de assistência voluntária. Tal fato sugere que, através destas parcerias, há a tentativa, por parte dos CMEI, de suprir as necessidades oriundas da falta de implantação de PPS. Os achados concordam com outro estudo, cujos resultados indicaram que o desenvolvimento de programas de promoção de saúde por universidades foi uma alternativa intersetorial viável e que resultou na melhoria da qualidade de vida de uma importante parcela da população dos centros educacionais analisados<sup>(31)</sup>.

O Diagnóstico de Extensão Universitária divulgado pelo Plano Nacional de Extensão Universitária – FOR-PROEX<sup>(32)</sup>, em outubro de 2006, verificou que as principais clientela atendidas pelo sistema universitário brasileiro são as instituições públicas de ensino, seguidas de grupos comunitários, empresas privadas e ONG's. O documento também revelou que a extensão universitária tem atuação destacada principalmente no trabalho com crianças e adolescentes, seguido de mulheres e idosos, atuando com maior ênfase nas áreas temáticas da educação e da saúde.

Com relação aos principais benefícios advindos da execução das PPS para as crianças nos centros educacionais infantis pesquisados, a maioria deles afirmou ser o aumento da integração entre unidades de ensino e UBS, promovendo a saúde da população infantil e disseminando informações sobre nutrição, sexualidade, violência doméstica, saúde e doenças, respostas que enfatizaram a importância dirigida à promoção da saúde no ambiente escolar. Em comparação, para a mesma questão, as UBS referiram ser o principal benefício à erradicação, controle ou diminuição da incidência de doenças, para a redução da mortalidade. Embora demonstrando ainda um caráter assistencialista por parte das unidades, este achado vai ao encontro a estudos que afirmam ser a mortalidade infantil um indicador clássico de saúde de uma população, considerada um evento traçador da qualidade dos serviços prestados<sup>(16)</sup>, e que as

precárias condições socioeconômicas e ambientais, aliadas à dificuldade de acesso às políticas públicas e aos serviços de saúde constituem os principais fatores condicionantes e/ou determinantes dos óbitos infantis. Dessa forma, é de extrema importância a presença de políticas com o objetivo de controlar e reduzir o índice de patologias, e, assim, de mortalidade das crianças.

A respeito de sugestões de ações em saúde que poderiam ser realizadas para um atendimento mais integral às crianças, os CMEI relataram no presente estudo que o desenvolvimento de projetos na área da saúde por um número maior de voluntários através de extensão universitária seria uma solução para aumentar a qualidade de vida dessas crianças. Este dado sugere que estes centros parecem estar satisfeitos com os resultados dos projetos voluntários realizados no ambiente escolar.

Quando a mesma questão foi dirigida às UBS, uma delas respondeu que seria necessária a implantação de PPS que visassem a psicologia infantil. Refere-se que o planejamento de políticas públicas deve levar em conta as mudanças atuais que estão acontecendo na instituição familiar no Brasil<sup>(33)</sup>. Entre essas, a redução no tamanho da unidade familiar; a diminuição ou o adiamento de uniões conjugais formais; o aumento da maternidade precoce, principalmente nas camadas sociais mais baixas; o aumento das uniões consensuais, dos rompimentos matrimoniais, do número de famílias monoparentais e também de outras configurações familiares, fatos que podem desencadear alterações psicológicas e comportamentais, principalmente em crianças e jovens.

Este estudo teve como objetivo realizar um levantamento sobre as Políticas Públicas de Saúde voltadas para as crianças encontradas nos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) do município de Santa Maria, localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul, e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) próximas a eles. Observa-se que as PPS voltadas ao público infantil encontradas nas UBS não estão totalmente presentes nos CMEI, mostrando que ainda não há abrangência do ambiente educacional infantil pelas políticas públicas que têm como eixo a promoção da saúde.

## CONCLUSÃO

Mesmo diante da existência de inúmeros documentos e eventos que oficializam o conceito de Promoção da Saúde baseado na articulação entre os vários setores da sociedade, principalmente entre saúde e educação, nos CMEI e UBS do município em questão ainda não se observa tal integração. Fica evidente a necessidade de uma reorientação

das PPS para que atinjam seus objetivos na população infantil. Sugere-se para estudos futuros a investigação da implementação e eficácia de PPS nos CMEI e UBS como também em escolas públicas, para que se verifique o acesso de crianças maiores de seis anos às ações governamentais.

## REFERÊNCIAS

1. Rizzini I. O Século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil. Rio de Janeiro: Petrobrás; 1997.
2. Drachler ML, Côrtes SMV, Castro JD, Leite JCC. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(2):461-70;
3. Moysés SJ, Moysés ST, Krempel MC. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2004; 9(3):627-41.
4. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública*. 1998;32(4):299-316.
5. Mendonça MHM. O Desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(Supl):113-20.
6. Conill EM. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(Supl):191-202.
7. Westphal MF, Mendes R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *RAP*. 2000; 34(6):47-62;
8. Ministério da Saúde (BR). O Sistema Público de Saúde Brasileiro. Brasília; 2002.
9. Casate JC, Corrêa AK. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(1):105-11.
10. Rossetti-Ferreira MC, Ramon F, Silva APS. Políticas de atendimento à criança pequena nos países em desenvolvimento. *Cad Pesquisa*. 2002;115:65-100.
11. Sposito MP, Carrano PCR. Juventude e políticas públicas no Brasil. *Rev Bras Educ*. 2003; 24:16-39.

12. Cruz L, Hillesheim B, Guareschi NMF. Infância e políticas públicas: um olhar sobre as práticas PSI. *Psicol Soc.* 2005;17(3):42-9.
13. Barreto AMRF. A educação infantil no contexto das políticas públicas. *Rev Bras Educ.* 2003; 24:53-65.
14. Engstrom EM, Anjos LA. Déficit estatural nas crianças brasileiras: relação com condições sócio-ambientais e estado nutricional materno. *Cad Saúde Pública.* 1999;15(3):559-67.
15. Fernandes IT, Gallo PR, Advíncula AO. Avaliação antropométrica de pré-escolares do município de Mogi-Guaçu, São Paulo: subsídio para políticas públicas de saúde. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2006;6(2):217-22.
16. Vidal SA, Frias PG, Barreto FMP, Vanderlei LCM, Felisberto E. Óbitos infantis evitáveis em hospital de referência estadual do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2003;3(3):281-9.
17. Traverso-Yépez MA, Pinheiro VS. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicol Soc.* 2002;14(2):133-47.
18. Burak SD. Marco epidemiológico conceptual de la salud integral y el desarrollo humano de los adolescents. In: Burak SD. *Adolescencia y juventud en América Latina.* LUR Libro Universidad Regional. 2001. p.469-87.
19. Ximenes LB, Pinheiro AKB, Lima KM, Nery HB. A Influência dos fatores familiares e escolares no processo saúde-doença da criança na primeira infância. *Maringá.* 2004; 26(1):223-30;
20. Whaley LF, Wong DL. *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva.* 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
21. Fundo das Nações Unidas para Infância. *Situação mundial da infância 1997.* Brasília; 1997.
22. Silva MV, Ometto AMH, Furtuoso MCO, Pipitone MAP, Sturion GL. Acesso à creche e estado nutricional das crianças brasileiras: diferenças regionais, por faixa etária e classes de renda. *Rev Nutr.* 2000;13(3):193-9.
23. Barros MDA, Ximenes R, Lima MLC. Mortalidade por causas externas em crianças e adolescentes: tendências de 1979 a 1995. *Rev Saúde Pública.* 2001;35(2):142-9.
24. Caetano JRM, Bordin IAS, Puccini RF, Peres CA. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(3):285-91.
25. Vico ESR, Laurenti R. Mortalidade de crianças usuárias de creches no Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(1):38-44.
26. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa.* São Paulo: Atlas; 1991.
27. Trevisan CM, Rizzetti DA. Rastreamento dos programas de saúde voltados para a criança elaborados pelas três esferas de governo. *Saúde.* 2008;34(1-2):27-31.
28. Hamilton K, Saunders L. The health promoting school: a summary of the ENHPS evaluation project in England. Health Education Authority; 1997.
29. WHO. Unesco & EDC. Local action: creating health promoting schools. Disponível em: <<http://www.who.int/hpr/archive/gshi/docs/index.html>>. Acesso em:
30. St Leger L & Nutbean D. Effective health promotion in schools. *Shaping public health in Europe.* 1999. p. 110-22;
31. Tsouros AD, Dowding G, Thompson J, Dooris M. Health promoting universities: concepts, experience and framework for action. 1998. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen;
32. Universidade Federal de Santa Maria. Política de Extensão da UFSM. Santa Maria, 2007. Disponível em: <http://www.ufsm.br>;
33. Arriagada I. Familias latinoamericanas: convergencias y divergencias de modelos y políticas. *Rev Cepal.* 1998;65:85-103.

**Endereço para correspondência:**

Danize Aparecida Rizzetti  
Rodovia RST 509, Km 06, nº 4511  
Bairro Pé de Plátano  
CEP: 97110 – 620 – Santa Maria - RS – Brasil  
E-mail: danize\_rizzetti@hotmail.com