

ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO EN BRASIL: ASPECTOS DE LA VULNERABILIDAD PROGRAMÁTICA Y DE LOS DERECHOS HUMANOS

Glória Lúcia Alves Figueiredo¹

Débora Falleiros de Mello²

La finalidad de este estudio es investigar la aproximación epidemiológica en los programas de salud del niño en Brasil, con vistas a la reflexión de las directivas actuales en la perspectiva de la vulnerabilidad programática y de los derechos humanos. Realizamos un estudio descriptivo, basado en el análisis de documentos oficiales elaborados por el Ministerio de la Salud, en Brasil. Verificamos que los objetivos de la ampliación y reorganización de las prácticas de salud de la familia y de la atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia son las de promover la salud y calidad de vida de niños y familias. Los profesionales deben ser agentes públicos imbuidos de observación e intervención para respetar, proteger y efectuar derechos humanos.

DESCRITORES: niño; vulnerabilidad; derechos humanos

CHILD HEALTH CARE IN BRAZIL: ASPECTS OF PROGRAM VULNERABILITY AND HUMAN RIGHTS

This study aimed to examine the epidemiological approach in Brazilian child health programs, towards the reflection on current guidelines from the perspective of program vulnerability and human rights. A descriptive study was carried out, based on the analysis of official documents elaborated by the Brazilian Ministry of Health. The expansion and reorganization of family health practices and integrated care for prevailing childhood diseases are aimed at promoting health and quality of life to children and families. Health professionals, imbued with observation and intervention, can be considered agents to respect, protect and implement human rights.

DESCRIPTORS: child; vulnerability; human rights

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL: ASPECTOS DA VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA E DOS DIREITOS HUMANOS

Este estudo tem como objetivo examinar a abordagem epidemiológica nos programas brasileiros de saúde da criança, com vistas à reflexão das atuais diretrizes na perspectiva da vulnerabilidade e dos direitos humanos. Trata-se de estudo descritivo, alicerçado na análise de documentos oficiais veiculados pelo Ministério da Saúde, Brasil. Verificou-se que a ampliação e reorganização das práticas de saúde da família e da atenção integrada às doenças prevalentes na infância preconizam a promoção da saúde e qualidade de vida de crianças e famílias. Os profissionais de saúde, imbuídos de observação e intervenção, podem ser considerados agentes para respeitar, proteger e efetivar direitos humanos.

DESCRITORES: criança; vulnerabilidade; direitos humanos

¹ Enfermera, Doctoranda; ² Profesor Doctor, e-mail: defmello@eerp.usp.br. Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil

INTRODUCCIÓN

La atención a la salud del niño en el Brasil, viene sufriendo transformaciones, influenciadas por cada periodo histórico, en cuanto avances de conocimiento técnico-científico, directrices de políticas sociales y el compromiso de los diversos agentes y segmentos de la sociedad.

El área de conocimiento en epidemiología brindó la comprensión diferenciada de los conceptos de salud y enfermedad de la población, los cuales son fundamentales para investigaciones en cualquier sociedad⁽¹⁻³⁾. En el área materno-infantil han sido frecuentes los estudios epidemiológicos sobre problemas de salud perinatal y neonatal, demostrando la asociación entre el proceso salud-enfermedad, saneamiento, nutrición, salario, asistencia médica, entre otros; sendo que estos aspectos están correlacionados entre si. La disponibilidad de alimentos, la calidad de vivienda y el acceso a los servicios esenciales como saneamiento y asistencia de salud, son considerados como dependientes del poder adquisitivo de las familias, la escolaridad de los miembros (especial la materna), la distribución del salario y los servicios públicos⁽⁴⁾.

La epidemiología moderna se fundamenta con el concepto y enfoque de riesgo, siendo colocado como un enfoque importante para la atención primaria de salud, especialmente con respecto a las prioridades de los servicios de salud y a las estimativas de necesidades de asistencia promotora y preventiva. La aplicación de enfoque de riesgo en salud materno-infantil se encuentra vinculada a la concepción de que madres y niños son mas susceptibles y con mayores probabilidades de ser afectados en su salud⁽⁵⁾.

Al detenernos en la atención de salud y el rol del Estado, observamos que fue colocado el desafío de reconstrucción de los modelos de atención a la salud, capaces de detectar necesidades a mediano y largo plazo, garantizando el desarrollo de la nación con mayor igualdad y justicia⁽⁶⁾. Las directrices y acciones implementadas por el Estado son las políticas sociales, entre ellas se destacan las políticas de salud, a través de programas y oferta de servicios para atender a grupos poblacionales.

Las directrices políticas conformadas por programas de salud despiertan aspectos importantes sobre necesidades de salud, vulnerabilidad, ciudadanía y derechos humanos. De esta forma, este estudio tuvo por objetivo presentar aspectos del

enfoque epidemiológico en los programas brasileiros de salud al niño, con la intención de reflexionar sobre las actuales directrices en una perspectiva de vulnerabilidad programáticas y de derechos humanos.

EL ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO EN LAS DIRECTRICES DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO EN EL BRASIL

Para examinar las actuales directrices de las políticas públicas de atención a la salud del niño en el Brasil, este estudio retoma algunos aspectos y principios del sistema de salud brasileiros, construidos en el transcurso de los últimos veinticinco años.

Los programas de salud materno-infantil de las décadas 70 y 80 tenían un carácter vertical, por el hecho de que sus metas y normas fueron elaboradas a nivel central y por criterios técnicos, en concordancia con el modelo tecnócrata de la administración brasileira de la época⁽⁷⁾.

En la década del 80 basado en el análisis de las condiciones sanitarias y epidemiológicas de la población brasileira, fue elaborado el Programa Asistencia Integral a la Salud del Niño (PAISC). El objetivo central fue asegurar una asistencial integral al niño a través de acciones básicas como respuestas del sector salud a los daños mas frecuentes y de mayor peso en la mortalidad de niños de 0 a 5 años de edad⁽⁸⁾. Con enfoque en la asistencia integral a la salud del niño, cinco acciones básicas fueron propuestas: promoción de la lactancia materna y orientación alimenticia en el primer año de vida, control de la diarrea, control de las enfermedades respiratorias en la infancia, inmunizaciones y seguimiento en el crecimiento y desarrollo; como una metodología para organizar la asistencia en este grupo etéreo.

El enfoque epidemiológico en ese programa estaba vinculado a la explicación del binomio desnutrición-infección en su estructura de morbimortalidad infantil, por ser extremadamente compleja, así como por la definición de sus múltiples factores determinantes. La comprensión era que existía una larga y ramificada cadena de factores que podrían preceder a las altas prevalencias de desnutrición e infección. Así mismo fue considerado que todos los caminos podrían conducir a las

condiciones adversas de vida en la cual crecían y se desarrollaba la gran parte de población infantil.

Los programas de salud en los años 70 y 80 presentaron ambigüedad, amplitud e interpretación en los conceptos de atención primaria a la salud y educación en salud de forma equivocada⁽⁷⁾, generando dificultades operacionales y un modelo de atención a la salud que no siempre correspondía a las condiciones de vida de la población.

En los años 90 se produjo en el sector salud una revaloración del tema Familia, culminando en 1994 con la creación del Programa de Salud de la Familia (PSF). El Ministerio de Salud con la intención de organizar la atención básica en salud, asumió este reto, basado en los principios de universalidad, equidad e atención integral⁽⁹⁾. El PSF viene siendo un campo propicio para la incorporación de estrategias de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIDPI). Esta estrategia adoptada en el Brasil en 1996, de acuerdo con la propuesta de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, tiene como objetivos: la reducción de la mortalidad en niños menores de 5 años, disminución en la incidencia y/o gravedad de casos de enfermedades infecciosas, especialmente neumonía, diarrea, parasitosis intestinal, meningitis, tuberculosis, malaria, sarampión y disturbios nutricionales; garantía de una adecuada calidad de atención a la salud en los menores de 5 años, tanto en los servicios de salud como en el domicilio y en la comunidad, fortaleciendo la promoción de salud y acciones preventivas en la infancia⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

El enfoque epidemiológico de estas estrategias está relacionada al perfil de salud infantil del país, siendo destacado el número relativo de muertes por afecciones durante el período neonatal, consideradas de fácil intervención. Por otro lado la convivencia con una morbilidad elevada de las llamadas enfermedades de subdesarrollo como las neumonías, diarreas, desnutrición y en especial la malaria en el norte.

En el ámbito de la atención básica, el Ministerio de Salud lanzó en 2002 el Cuaderno de Atención Básica del Niño: seguimiento del crecimiento y desarrollo infantil. El documento expresa la adopción de medidas para el crecimiento y desarrollo saludables, enfocando la garantía del derecho de la población y el cumplimiento del deber del Estado⁽¹²⁾. Estas medidas no anulan, pero si integran las recomendaciones de la estrategia AIDPI. Las directrices políticas reafirman

que el crecimiento y desarrollo infantil son referenciales para todas las actividades de atención al niño y al adolescentes en sus aspectos biológico, afectivo, psíquico y social. Las normas de control del crecimiento y desarrollo fueron gradualmente incorporadas a las actividades del Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) y al PSF⁽¹²⁾.

El enfoque epidemiológico de este documento está relacionado a la identificación de uno o mas factores de riesgo tales como: bajo peso al nacer, baja escolaridad materna, edad materna extrema (<19 años y >35 años), gemelos, intervalo gestacional corto (inferior a dos años), niños indeseados, destete precoz, mortalidad en niños menores de 5 años dentro de la familia, condiciones inadecuadas de vivienda, bajo salario y desmembramiento familiar. Todos estos factores son considerados como condiciones que exigen vigilancia de salud con control sistemático del crecimiento del niño, debido al incremento probable de enfermedad perinatal e infantil. Se da especial énfasis a la evolución, control y seguimiento del desarrollo infantil, identificando los factores de riesgo, tanto desde el punto de vista orgánico como los aspectos relacionados con la familia.

En 2004, el Ministerio de Salud lanzó una Agenda de Compromisos para la Salud Integral del Niño y Reducción de la Mortalidad Infantil⁽¹³⁾. En este documento, los cuidados con la salud infantil son considerados como acciones esenciales del Ministerio de Salud, enfatizando un cuidado integral y multiprofesional que permita comprender las necesidades y derechos del niño como individuo, resaltando la responsabilidad de brindar una asistencia de salud calificada y humanizada, siendo la mortalidad infantil un gran reto para el país. Como principios que guían el cuidado a la salud del niño, se destaca la planificación y desarrollo de acciones intersectoriales; el acceso universal; la acogida; la responsabilidad; la asistencia integral; la asistencia resolutoria; la equidad; el trabajo en equipo; el desarrollo de acciones colectivas con énfasis en las acciones de promoción de la salud; la participación de la familia; el control social en la gestión local; y la evaluación permanente y sistemática de la asistencia brindada.

Durante los cambios de estas directrices existe un reconocimiento de que a pesar de los avances alcanzados, los indicadores de salud revelan un largo camino a ser recorrido, con enfoque en el derecho a la salud integral considerado en las leyes brasileñas.

LOS PROGRAMAS DE SALUD DEL NIÑO, LA VULNERABILIDAD PROGRAMÁTICA Y LOS DERECHOS HUMANOS

Al analizar los programas de salud del niño y reflexionar sobre la situación actual, se busca con este ensayo, aprender sobre los aspectos de la vulnerabilidad programática y social e indicar algunos aspectos sobre los derechos humanos.

La noción de vulnerabilidad es relativamente reciente y es tratada como una gran contribución para renovar las prácticas de salud en general, particularmente las de prevención y promoción. Siendo originada por la defensa de los Derechos Universales del Hombre y dirigida para grupos o individuos frágiles en cuanto sus derechos de ciudadanía. En salud viene siendo estudiada, primeramente a través de investigaciones de HIV/SIDA, con discusiones y respuestas, con la necesidad de avanzar mas allá del enfoque de reducción de riesgos⁽¹⁴⁾.

Con respecto a la vulnerabilidad programática, se resalta que está ligada a los siguientes aspectos: expresión de compromiso, transformación del compromiso en acción, desarrollo de coalición, planificación y coordinación, gerencia, respuesta a las necesidades de prevención y tratamiento, obtención de recursos financieros, mantenimiento de esfuerzos, evaluación del progreso e impacto⁽¹⁵⁾.

En relación al compromiso se observa un esfuerzo del gobierno por elaborar y mantener programas de atención a la salud del niño desde los años 70. En los años 90 hubo el reconocimiento de la necesidad de cambiar el modelo asistencial, así como el compromiso de desarrollar la atención primaria de salud. También fueron desprendidas iniciativas de transformación del compromiso en acción al adoptar medidas que son incorporadas en la asistencia al niño, adaptadas a la estructura técnico-administrativa, estableciendo normas técnicas, definiendo instrumentos operacionales y promoviendo la capacitación de recursos humanos y educación para la salud.

El desarrollo de la coalición desde los años 70, puede ser considerado cuando los documentos expresan una interrelación con la estrategia global de desarrollo del país, a través de una política de expansión y consolidación de la red de servicios básicos, cuyas actividades prioritarias se

caracterizaban por la resolución de problemas específicos de salud, a bajo costo y con una compleja tecnológica adecuada dentro de los diversos niveles de atención. La integración interinstitucional contribuye para la implementación de acciones integradas de salud, en donde el gobierno apoya a las comisiones estatales y regionales. Es también resaltada la intersectorialidad en la salud y entre los sectores sociales.

En términos de planificación y coordinación, a nivel de todos los programas estudiados, se han definidos objetivos y estrategias. Con respecto a la gerencia y obtención de recursos financieros, se considera que las acciones son propuestas de acuerdo con la oferta de servicios concentración y prioridad de recursos, dimensionados para la solución de problemas de salud mas urgentes y de mayor prevalencia en la población de niños menores de 5 años de edad.

En relación a las respuestas frente a las necesidades de prevención y tratamiento, el conjunto de acciones tiene por objetivo la atención integral brindada por los servicios de salud, trasladando el enfoque basado en una asistencia dirigida a la patología para una modalidad de atención que contempla al niño dentro del proceso de desarrollo y crecimiento. Propone la garantía de cobertura en la atención básica de salud, con el aumento de su capacidad resolutive. El enfoque anterior enfatiza el control individual de la enfermedad, pasando ahora para la atención integral de tratamiento y prevención de enfermedades prevalentes en la infancia. Existe una amplia noción del desarrollo infantil, enfatizando la calidad de vida y el bienestar del niño y sus familias.

Con respecto a los esfuerzos, podemos mencionar que el gobierno viene empeñándose para brindar garantías y estrategias de continuidad a través del programa PSF y AIDPI, con énfasis en el control del crecimiento y desarrollo infantil. La adaptación de estrategias AIDPI para atender a las necesidades de las diversas regiones del país, a través de capacitaciones de los trabajadores de salud, incentivo a la incorporación de la AIDPI en la enseñanza de pre-grado, fortalecimiento de la participación comunitaria en el cuidado al niño, mayor alcance al acceso de la asistencia en acciones básicas de salud del niño, y ampliación del número de equipos de salud de la familia, todas estas medidas vienen siendo de gran importancia.

Con respecto a la evolución del progreso y evaluación del impacto, tales especificaciones no son muy detalladas, lo que viene observándose es la producción de estudios externos al programa. Al considerar la noción de evaluación, esta debe iniciarse cuando se establece el que hacer, es decir un horizonte guía, que se desdobra en criterios y métodos pormenorizados, que tienen flexibilidad suficiente para absorber la dinámica de desarrollo del proyecto y transformarse cuando sea necesario⁽¹⁶⁾. La racionalidad de un proyecto de intervención debe ser expresada a través de medios y fines claramente definidos y objetivamente verificables. Por lo tanto un protocolo de evaluación debe ser capaz de expresar y retroalimentar constantemente esta racionalidad. Objetivos, metas, estrategias y algunos criterios de evaluación como la racionalidad económica, principalmente la eficacia en general y otros resultados, fueron verificados durante la elaboración de los programas analizados. Sin embargo, la evaluación de resultados de las acciones programáticas, no fueron viabilizados desde el inicio, impidiendo la retroalimentación de las racionalidades programáticas, con la finalidad de brindar oportunidades para un trabajo de intervención de mejor calidad, que garantice un proceso de evaluación sólida, es decir realista, fecunda y operacional⁽¹⁶⁾.

En términos de derechos humanos, los derechos sociales están presentes en las directrices políticas de atención a la salud del niño. Los derechos sociales son derechos fundamentales del ciudadano, llamados de positivos o de segunda generación, entre ellos se encuentran los derechos a la educación, al trabajo y a la salud, considerando las iniciativas concretas del Estado para su garantía⁽¹⁷⁾.

En el Brasil, el derecho a la salud ganó fuerzas en las últimas décadas del siglo XX. Inicialmente a mediados de los 60, en la 3ª Conferencia Nacional de Salud, se definió el derecho de todos a la salud y las discusiones propusieron la municipalización como un camino para implantarlo⁽¹⁸⁾. Los años 80 con la propuesta de la Reforma Sanitaria y el Sistema Único de Salud, la salud fue destacada como un derecho, con énfasis en los principios de universalidad, equidad, integralidad de acciones y promoción de la salud. La Constitución de 1988 y la creación del SUS hicieron resurgir las discusiones sobre salud como un derecho humano fundamental. En este proceso también se destacaron los principios de Atención Primaria a la Salud (APS), que fue retomada y ampliada en la

década de los 90. Las ideas de la APS resaltan que los cuidados primarios a la salud son los primeros pasos para concretizar el derecho a la salud, estando vinculados directamente a los derechos humanos, implicando en la equidad, solidaridad, intersectorialidad, participación comunitaria, control social, universalidad de acceso a los servicios de salud y reorientación del modelo asistencial. La salud es reafirmada como un derecho humano inviolable, inalienable, irrenunciables, indivisible y universal⁽¹⁸⁾.

De esta forma, los programas de salud del niño están amparados en las directrices políticas, que de cierta forma, consideran el derecho a la salud. Políticas y programas de salud pública pueden promover o violar derechos humanos, provocando en los investigadores y profesionales aspectos difíciles para reflexión⁽¹⁷⁾.

La garantía al acceso, la buena calidad de atención, la atención integral a la salud, los cuidados preventivos y los esquemas de tratamiento postulados en los programas de salud tienen efecto positivo sobre los derechos humanos, como parte de las acciones de salud pública. El niño tiene derechos referidos principalmente a la autonomía pública, es decir, a los derechos sociales tales como el derecho a un adecuado crecimiento y desarrollo, lactancia materna, nutrición, vacunación, higiene, saneamiento ambiente, medidas de protección, prevención de accidentes, acceso a la educación, cuidados de salud, en fin derecho a la vida. Vinculado a estos aspectos, también se considera importante el garantizar que los padres conozcan los principios básicos de salud, recibiendo apoyo para aplicar los conocimientos en el cuidado, de acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989⁽¹⁹⁾.

Sin embargo, considerar apenas los derechos exclusivos de los niños puede crear situaciones delicadas y potencialmente perjudiciales si vemos a los padres y familias como simples cumplidores de deberes. Siendo así, tendremos perspectivas de desarrollo de las prácticas públicas autoritarias en salud⁽¹⁷⁾. Por otro lado, los documentos aquí estudiados expresan un compromiso no solo con la supervivencia, sino también con la calidad de vida de los niños, considerándolos como un todo en relación al ambiente, padres y familia.

De acuerdo con la Convención de los Derechos del Niño, los derechos a la vida, a la supervivencia, al máximo desarrollo, al acceso a la salud y a los servicios de salud, no deben ser solo

considerados como necesidades de los niños y adolescentes, sino también como derechos humanos fundamentales. A pesar que la protección y el cumplimiento de estos derechos fundamentales dependen del cumplimiento de los derechos a seguir: a la no discriminación, a la educación y al acceso a información apropiada, privacidad, protección en todas sus formas de violencia, descanso, distracción y diversión, adecuado estándar de vida, no explotación, y a la participación como derecho de ser escuchado⁽¹⁹⁾. El estado de acuerdo con las convenciones, declaraciones y pactos internacionales, debe respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos de sus ciudadanos. Por tanto, tienen el deber de elaborar planes de responsabilidad, con la intención de evitar la falta de respeto y de protección, no considerando un derecho válido.

El Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA) es una de las mayores conquistas de la sociedad civil organizada en la década del 90. El ECA fue capaz de introducir cambios significativos con respecto a la legislación anterior, llamado de Código de Menores, instituido en 1979. Con el ECA, niños y adolescentes pasan a ser considerados ciudadanos con derechos personales y sociales garantizados, ocasionando que el poder público implemente políticas públicas especialmente dirigidas a este sector. Por otro lado, este documento también establece la responsabilidad de la sociedad y de los padres en la atención al niño y al adolescente. Lo que rige el ECA es la doctrina de protección integral al niño y al adolescente creada por la Organización de las Naciones Unidas, por tanto no solo está dirigida a los niños abandonados e infractores. Colocar esta situación en práctica es un gran reto por parte de la sociedad brasileira. La

evaluación de diez años del ECA⁽²⁰⁾ en 2000, muestra que es posible perfeccionar el tratamiento de nuestros niños y adolescentes con mayor involucramiento y responsabilidad de todos los sectores, garantizando que se transformen en ciudadanos capaces de construir un país justo y democrático.

CONSIDERACIONES FINALES

Es de gran importancia que los profesionales de salud busquen articular las directrices políticas y las prácticas de salud, buscando ampliarlas a través de investigaciones y creación de tecnologías que permitan la reorganización de prácticas de salud de la familia y la atención integral a las enfermedades prevalentes en la infancia (AIDPI), promoviendo la salud y la calidad de vida de niños y familias. Los profesionales deben ser agentes públicos que tengan como perfil la observación e intervención, para que de esta forma respeten, protejan y practiquen los derechos humanos.

En este sentido, es necesario repensar sobre la actividad profesional, considerando la importancia de su rol transformador, pues lo que se espera es que las transformaciones de sí mismo y de la realidad, posterior a la interacción con otras personas, encuentren espacios de cuidado en salud. Como se ha observado, las dificultades en el cotidiano son innumerables, considerando que muchas lagunas persisten, dificultando las transformaciones y la ejecución de un trabajo con calidad, el cual es conocer y trabajar los derechos del niño. Es en este contexto que la población aprende a utilizar los servicios de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barros MBA. Saúde e classe social: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos. [tese] Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP; 1983.
2. Breilh J, Granda E, Campaña A, Betancourt O. Clase social y desigualdad ante la muerte en Quito. In: Breilh J, Granda E, Campaña A, Betancourt O. Ciudad y muerte infantil. Quito: CEAS; 1983.
3. Barbieri MA. Saúde materno-infantil e classe social: alguns aspectos do período perinatal da mãe e do recém-nascido. [tese]. Ribeirão Preto(SP): Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP; 1985.
4. Monteiro CA, Freitas ICM. Evolução de condicionantes socioeconômicas da saúde na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). Rev Saúde Pública 2002; 34(6):8-12.
5. Backett EM, Davies AM, Petros-Barvazian A. O enfoque de risco na assistência à saúde: com especial referência à saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar. Washington-DC: OPAS/OMS; 1985. Publicação Científica nº491.
6. Cohn A. Políticas sociais e pobreza no Brasil. Planejamento e Políticas Públicas, 1995; 2(12):1-18.
7. Tyrrel MARB. Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto social e inserção da enfermagem. Rev Bras Enfermagem 1997;1(1):119-34.
8. Ministério da Saúde (BR). Assistência integral à saúde da criança: ações básicas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1984.
9. Ministério da Saúde (BR). Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2ªed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.

10. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [Acesso em 2004 maio 31]. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: internações e custos proporcionais por grupos de patologias de crianças menores de 5 anos, SUS, Brasil [3 telas]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>
11. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Melhorando a saúde das crianças. ICPCD: o enfoque integrado. Brasília (DF): OPAS/ICPCD; 2000.
12. Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Cadernos de Atenção Básica, n.11, série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
13. Ministério da Saúde (BR). Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
14. Ayres JRCM, França-Júnior I, Calazans GJ, Saletti-Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro (RJ): Ed.Fiocruz; 2003. p.117-39.
15. Mann JM, Tarantola DJM, Netler TW (edts.). Aids in the world. Cambridge (ENG): Harvard University Press; 1992.
16. Ayres JRCM. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser (...). Série Idéias 1996; (29):15-24.
17. França-Júnior I, Ayres JRCM. Saúde pública e direitos humanos. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. Bioética e saúde pública. São Paulo (SP): Edições Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2003. p.63-9.
18. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde: um direito fundamental. Radis-Comunicação em saúde 2003;5(13):16-8.
19. Unicef. World declaration on the survival, protection and development of children. New York: Unicef; 1990.
20. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (SP). Direitos da criança e do adolescente. São Paulo (SP): Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social; 2000.