

ESTRUTURA DO ATENDIMENTO À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL

STRUCTURE D'ACCUEIL POUR LES SOINS DE SANTÉ DE L'ENFANT AU BRÉSIL

*Corina Bontempo Duca de Freitas **

FREITAS, C.B.D. Estrutura do Atendimento à Saúde da Criança no Brasil. Rev. Bras. Cresc. Des. Hum. III (1): São Paulo, 1993.

RESUMO

O atendimento à saúde da criança no Brasil se caracteriza pelo enfoque no atendimento por intercorrências, centrado no médico. Há pouca participação de outros profissionais, principalmente de enfermeiros. A força de trabalho está polarizada entre médicos e atendentes de baixo nível de escolaridade. Os recursos humanos se concentram nas regiões mais desenvolvidas, em prejuízo das populações rurais e periféricas que ainda enfrentam dificuldade de acesso. É pequena a oferta de consultórios de pediatria pelo setor privado lucrativo, que investe mais no atendimento hospitalar. O grande prestador de assistência pediátrica são as entidades filantrópicas, sem fins lucrativos. A oferta total de consultas para crianças de 0 a 14 anos está em média em 1,3 consultas/criança/ano, sendo muito insuficiente para acompanhamento da saúde.

O atendimento domiciliar por agentes de saúde tem sido uma via alternativa para melhoria da cobertura das ações de promoção e prevenção.

Considerando a capacidade instalada total evidencia-se uma baixa produtividade dos consultórios públicos de pediatria, que poderia ser até triplicada se houvesse adequação de recursos humanos.

RÉSUMÉ

Le système d'accueil pour les soins de santé de l'enfant au Brésil est entravé par le manque de professionnels de niveau universitaire tels que infirmiers, nutritionnistes, psychologues et assistentes sociales. La force de travail est polarisée entre médecins et aides-soignantes ayant un bas niveau de scolarité. Les professionnels se concentrent dans les régions les plus développées, au détriment des populations rurales et périphériques, qui sont confrontées en outre à des difficultés d'accès.

Le secteur privé offre un nombre réduit de cabinets de pédiatrie et préfère investir dans les unités hospitalières plus rentables, au détriment des cabinets de consultation. L'assistance pédiatrique étant essentiellement assurée par les organismes philanthropiques, sans but lucratif, tels que la "Associação da Criança" qui détient près de la moitié des lits et des admissions hospitalières en pédiatrie.

* Médica Pediatra Sanitarista da Coordenadoria de Saúde Materno Infantil - Ministério da Saúde - Brasil.
End.: SEPN 510 - Bloco A - Edifício INAM - 2º andar - sala 218 Brasília/DF - CEP 70750-530.

** Mouvement de l'église catholique brésilienne vouée à la cause des enfants (NdT).

Situação atual

As condições de vida das crianças e adolescentes refletem o estado de carência em que vive grande parte da população. O Brasil começa a década de 90 com um dos piores desempenhos entre os países do Terceiro Mundo em relação à distribuição de renda (Tolosa, H.C., 1991). Em 1990, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 38,2% das crianças e adolescentes viviam em famílias com renda mensal per capita de até 1/2 salário mínimo, correspondendo a 35 milhões de indivíduos.

A situação social dessas famílias, principalmente o grau de escolaridade da mulher influencia diretamente nas condições de saúde da criança. O círculo vicioso desnutrição-infecção aumenta as probabilidades de morte das crianças pequenas (um terço das crianças até 5 anos apresenta algum grau de desnutrição (5)). Em 1990, 15,5% de menores de 1 ano em regiões carentes atendidos em serviços de saúde tinham peso abaixo do percentil dez.

Usando a ficha de acompanhamento do desenvolvimento do Ministério da Saúde encontrou-se que 7,3% de crianças de 0-1 ano e 14,3% de 1-4 anos que procuraram serviços de saúde apresentavam atraso no desenvolvimento psicomotor (3). A taxa de mortalidade infantil estimada para 1990 apontava para cerca de 53 óbitos de menores de 1 ano por mil nascidos vivos, prevalecendo as causas perinatais, a diarreia, a desnutrição e prematuridade. As principais causas de morte das crianças de 1-4 anos continuam sendo as infecciosas dentre elas a diarreia e a, doenças do aparelho respiratório (11).

Gastos públicos

O gasto público nas áreas sociais significa o esforço que o governa despense na proteção dos segmentos mais carentes e vulneráveis; social. A evolução do gasto social fiacre per capita Na década dá 80 revela um crescimento nos primeiros 15 anos, atingindo o maior valor em 1982. Ocorre que acentuada em 1983 e 1984, iniciando-se a partir do ano seguinte outro período de crescimento.

Em 1990, dos gastos sociais foram destinados 50,7% de recursos à previdência e assistência social, 19,9% à saúde, 12,2% à educação e cultura e 8,3% ao trabalho. Alimentação e nutrição, habitação e saneamento básico participaram no total com 9% dos gastos. Os gastos da União, Estados e Municípios refletem uma forte expansão de 1976 a 1986, passando de 24,5 para 40 bilhões de dólares no ano (4).

O gasto social das três esferas de governo passou de 13,2% para 14,8% do PIB entre 1976 e 1986. Em relação à Educação, o Estado responde pela menor parcela de inversão, correspondendo a 60% em 1980 e 71% em 1986. Na saúde ainda preponderam os gastos federais, com ligeiro aumento dos municipais e estaduais, o que mostra que a descentralização vem ocorrendo muito lentamente (gráfico 1). (4)

Recursos humanos

Para entender o atendimento à saúde no País é importante verificar as características dos recursos humanos responsáveis por este atendimento. Em 1987, segundo a pesquisa de Assistência Médico Sautária (AMS) do Instituto Bra-

TABELA 1
DISTRIBUIÇÃO DE POSTOS DE TRABALHO EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, SEGUNDO NÍVEL DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS, E REGIÃO GEO-POLÍTICA. BRASIL, 1987.

NÍVEIS DE FORMAÇÃO	REGIÕES					BRASIL
	N	NE	SE	S	CO	
Superior	8.628	59.675	167.902	36.022	18.493	290.720
Médio	8.555	38.204	99.029	22.692	15.167	183.647
Elementar	10.817	58.626	113.899	39.050	12.185	234.577
Total	28.000	156.505	380.830	97.764	45.845	708.944

Fonte: IBGE/AMS, Sistema de Informação em Recursos Humanos - MS.

TABELA 2**DISTRIBUIÇÃO DE POSTOS DE TRABALHO EM ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, SEGUNDO CATEGORIA PROFISSIONAL COM FORMAÇÃO DE NÍVEL SUPERIOR. BRASIL, 1987**

CATEGORIA PROFISSIONAL	N	%
Médico	206.379	71
Odontólogo	28.769	10
Enfermeiro	29.081	10
Farmacêutico	6.093	2
Nutricionista	3.412	1
Psicólogo	3.836	1
Assistente Social	7.708	3
Outros de nível superior	5.442	2
Total	290.720	100

Fonte: IBGE/AMS, Sistema de Informação em Recursos Humanos - MS.

sileiro de Geografia e Estatística (BGE), haviam 708.944 postos de trabalho na área de saúde. Desse total 41% correspondiam a postos de profissionais de nível superior, 26% de nível médio e 33% de nível elementar.

Nos postos de profissionais de nível superior 206.379 (71 %) eram médicos, 29.081 (10%) enfermeiros e 19% outras categorias (10). A desproporção entre o número de médicos e o de enfermeiros constitui uma anomalia, porque o atendimento fica centrado no primeiro. É mínima também a participação de outros profissionais, como nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais. A força de trabalho está polarizada em duas categorias - médicos e atendentes de baixo nível de escolaridade.

Em 1990, a taxa de médicos e enfermeiros por 10 mil habitante no Brasil era estimada em 10,7 e 2,5, prospectivamente. Não se observa tendências de mudanças nos próximos anos. Para comparação, há 1 médico, para dez mil habitantes, na Argentina, 17 no Canadá, 22,8 em Cuba e 20 nos Estados Unidos. No Brasil, verifica-se a concentração dos recursos humanos em saúde nas regiões mais desenvolvidas. O Nordeste tem cerca de 30% da população do País, 22% da força de trabalho em saúde e menos de 20% dos profissionais de nível superior (8).

Tabela 3: Taxa de médicos por 10.000 habitantes, ao redor de 1985

Para	Taxa
Argentina	17,0
Canadá	17,0
Colômbia	6,5
Cuba	22,8
EUA	20,0
México	12,9

Fonte: Ed. Méd. Salud 20(3), 1986

Quando se analisa o índice de médicos empregados, segundo a entidade mantenedora, verifica-se que em 1987 estavam no serviço público 53,5% desses profissionais, 20,5% no setor privado não lucrativo e 26% no privado lucrativo. Há um grande predomínio do setor público no atendimento hospitalar sem internação (68,2%), contra 43,3% com internação. Nas unidades de saúde sem internação, 91,4% dos enfermeiros são funcionários públicos, demonstrando que a rede privada não tem usado esse profissional para atendimento ambulatorial. Situação semelhante ocorre com os agentes de saúde: 99,6% atuam no setor público.

Linhas políticas de saúde da criança

Para analisar as políticas de assistência de saúde à criança, ROBERTO PASSOS NO-GUEIRA propõe uma tipologia que as divide em três linhas principais. A primeira é baseada em estruturas permanentes, que visam à integração das ações do governo e da sociedade para satisfazer às necessidades de saúde e psico-sociais da criança.

A segunda preconiza ações eficazes a curto prazo, mobilizando os serviços de saúde, governamentais e não-governamentais. Põe mais ênfase no processo de mobilização eficiente e rápida do que no papel das estruturas assistenciais permanentes. A terceira linha se preocupa com essas estruturas, buscando melhoria da qualidade e tenta atrair investimentos para o setor (8).

Essa classificação suscita o seguinte dilema: o cuidado da saúde deve ser parte de um conjunto de serviços e bens mínimos garantidos permanentemente a cada cidadão ou apenas pode ser prestado, proporcional e seletivamente, para minorar as necessidades dos pobres? Uma das características das políticas de saúde no Brasil tem sido a ambiguidade e a mescla de iniciativas conflitantes. Isto tem feito com que o Estado jogue com as três opções referidas, segundo as conveniências do momento.

A primeira opção pode ser percebida no projeto dos Centros Integrados de Assistência à Criança (CIACs), com elementos programáticos de educação, saúde, assistência e promoção social voltados para a criança e o adolescente. As iniciativas neste sentido devem ser de uma ação integrada das instituições e comunidades.

A linha de sobrevivência infantil ou ações emergenciais é liderada pelo UNICEF como forma de superar as deficiências na estrutura de serviços de saúde. Esta política utiliza os meios de comunicação de massa e entidades não governamentais, como a Pastoral da Criança, defende o treinamento de auxiliares de escolaridade elementar, recrutados na própria comunidade.

A crítica que os analistas fazem à linha de sobrevivência infantil é que ela não se preocupa com o aperfeiçoamento e a extensão dos serviços de saúde instalados no País. Uma solução seria a adaptação desta conduta emergencial às circunstâncias e metas do sistema de saúde do Brasil, cuja população se espalha por um imenso território. O governo tem produzido uma "versão institucional" da linha de sobrevivência, executando ações emergenciais ou básicas dentro de um programa mais amplo de atendimento à criança.

Ações básicas

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança, do Ministério da Saúde, define como

"ações básicas" o aleitamento materno e a orientação alimentar para o desmame, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, as imunizações, a assistência e o controle das doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas.

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, controlado pelo calendário de visitas aos serviços de saúde, procura deslocar o eixo da assistência centrado na procura por intercorrência patológica, para o controle sistemático de saúde. Isso facilita as atividades de promoção da saúde, a identificação de grupos de risco, a prevenção e o diagnóstico precoce das doenças.

A maior promoção de um trabalho de equipe com os vários profissionais de saúde é outra preocupação: a idéia é procurar maior participação do enfermeiro no atendimento à criança, assim como dos profissionais de nível médio na pré e pós-consulta. Em 1991, o Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (FNS) incentivou a assistência domiciliar criando o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. A meta é treinar até 1995 cerca de 100.000 agentes, para atendimento principalmente em periferia das grandes cidades e zonas rurais, começando pelo Norte e Nordeste.

Os agentes têm nível escolar elementar e são contratados para prestar serviços na própria comunidade onde vivem, constituindo-se um elo entre a comunidade e as unidades de saúde. Segundo a Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil, do Ministério da Saúde, o Brasil apresenta "condições razoáveis de eficiência" nos seus estabelecimentos de saúde, mas é "deficiente" a participação comunitária (13).

Capacidade de atendimento e acesso

A capacidade instalada de atendimento à criança foi analisada a partir dos dados do inquérito da Assistência Médico-Sanitária (AMS), de 1987, feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (15). Em 1987, o Brasil contava com 1,5 leitos pediátricos por 1.000 hab. de 0-14 anos (74 mil leitos no total). Os leitos estavam distribuídos em proporcionalidade direta com o desenvolvimento sócio-econômico da região (no Sul, 2,1; no Nordeste, 1,1). Menos de 20% desses leitos pertenciam à rede pública e apenas 4,7% no município. Paradoxalmente, o setor privado lucrativo tem maior presença nas regiões mais pobres do País, arcando com 51,6% dos leitos na Região Nordeste, 55,3% no Centro-Oeste e 37,1% no Sul.

Outro aspecto importante é que o setor de estabelecimentos sem fins lucrativos (entidades filantrópicas, beneficentes, sindicais e fundações

privadas) detém cerca de metade da capacidade instalada e da produção de serviços de internação em pediatria. O número total de altas hospitalares em 1987 foi de 2.516.117, o que daria um total de 5,0 internações por 100 crianças de 0 a 14 anos no ano. No Nordeste ocorreu a menor taxa de internação, 4/100, contra 7/100 no Sul. A causa disso provavelmente deve ter sido a possibilidade de acesso.

O setor público é responsável por 58% do total de consultórios de atendimento à criança mas responde apenas por 36% da produção de consultas, principalmente por meio das secretarias estaduais e municipais de saúde. A análise desses quadros confirma a tendência universal de a empresa privada lucrativa atuar mais no atendimento hospitalar, em detrimento do serviço ambulatorial.

É pequena a oferta de consultórios e consultas de pediatria proporcionada pelo setor privado lucrativo: ele participa com 24% do número de consultórios e 18% das consultas, contrastando com os 40% na oferta de leitos e 43% das altas hospitalares. Os estabelecimentos de finalidade lucrativa também não se ocupam das rotinas de acompanhamento pediátrico, ao contrário do setor público, que é responsável pelos dois tipos de atendimento, de emergência e ambulatorial propriamente dito.

O grande prestador de assistência pediátrica no Brasil são os estabelecimentos filantrópicos e beneficentes: esse actor privado não lucrativo contribui com 45% das consultas, repetindo a atuação na oferta de leitos e altas hospitalares. Grande parte da cobertura das ações básicas de atendimento à criança se deve à iniciativa religiosa, comunitária e mutualista (8).

Registra-se no País uma média de 1,3 consultas por habitante de 0-14 anos, variando de 0,8 a 1,8.

TABELA 4
CONSULTAS DE PEDIATRIA - BRASIL E GRANDES REGIÕES - 1987

Região	Pop. 0-14anos	Consultas	Cons./habit.
N	1.857.411	2.458.859	1,3
NE	16.835.654	12.906.439	0,8
SE	20.115.364	35.851.284	1,8
S	7.213.591	7.865.326	1,1
CO	3.662.211	3.902.679	1,1
Brasil	49.684.261	62.984.587	1,3

A utilização dos serviços de saúde indica a dificuldade de acesso pelos diferentes grupos populacionais. Onde a riqueza for maior ou hou-

ver uma política social voltada para a saúde, o acesso deixa de ser uma dificuldade (Gráfico 02). O tipo de serviço procurado também apresenta variações importantes. Em todo o País, as farmácias foram mais procuradas na zona rural (28,8%) que na urbana (14,1%). As populações rurais também recorreram seis vezes mais ao "atendimento" de benzedeiras e curandeiras (2). A população urbana pobre procurou mais os serviços de urgência (38,2%) que os ambulatoriais das unidades básicas de saúde (33%) (5); os de maior poder aquisitivo recorreram ao médico particular ou clínica (54,8%). As farmácias tiveram uma procura de 18,8% e, outros serviços 1,6% (2).

TABELA 5
TIPO DE SERVIÇO PROCURADO, SEGUNDO ESTRATO SÓCIO-ECONÔMICO EM PERCENTUAL - BRASÍLIA, 1987

Serviço procurado	Estrato sócio-econômico					sem infor.	Total
	I	II	III	IV	V		
Centro de Saúde, ambulatório e outros	76,6	78,6	53,3	53,3	64,7	80,0	68,1
Pronto-socorro	23,3	21,4	46,7	46,4	35,3	20,0	39,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	(n-73)	(n-42)	(n-45)	(n-28)	(n-17)	(n-5)	(n-210)

Outros: n = 5

Fonte: Inquérito de Mortalidade e Tratamento de Doenças Diarréicas • IRA, SES/DF - Brasília - 1988.

Começa a ser relevante a assistência domiciliar à criança feita pelos agentes de saúde. Até junho de 1992, havia 22.500 agentes comunitários de saúde na Região Norte e Nordeste (exceto o Ceará, que tem um programa próprio com 6 mil agentes). Como organização não governamental destaca-se a Pastoral da Criança, ligada à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). Até o final de 1991, a Pastoral atendia a 1.365.602 crianças menores de seis anos e 74.835 gestantes de 868.589 famílias. Este trabalho é realizado em 26 Estados e 1.559 municípios.

Além da renda, outros fatores influem nas condições de vida e das enfermidades a ela ligadas. É importante analisar o acesso aos serviços públicos essenciais, como o abastecimento de água. O percentual de crianças com acesso à água tratada da rede pública, com canalização interna, é de 50% no Norte e Nordeste e 60% no Centro-Oeste, alcançando níveis satisfatórios apenas no Sul e Sudeste (gráfico 03). Quanto à rede de esgotos, menos da metade dos municípios brasileiros tem rede coletora (4).

Conclusões e comentários

A maioria das crianças vive em famílias de muito baixa renda, o que se reflete no seu nível de vida e saúde, com persistência de condições desfavoráveis para o seu desenvolvimento. Os contrastes sociais são evidentes inclusive nas regiões mais desenvolvidas do país e nas grandes cidades, em vista da má distribuição da renda. Quase a metade das mulheres, dentre elas as mães dessas crianças, têm menos de 4 anos de escolaridade e cerca de 40% trabalham em empregos formais, sendo grande também o número de subempregadas ou participantes do mercado informal. O setor de saúde deve se pautar por melhorar o nível de conhecimento e informações da população sobre saúde e basear sua orientação em modos de vida reais e não idealizados. Maior equidade na distribuição de rendas e maior investimento em educação serão fatores indispensáveis para a melhoria da saúde.

O investimento do governo no setor social tem apresentado flutuações, tendo-se observado expansão significativa do setor saúde, às custas do aumento da participação da União, sem maiores investimentos estaduais ou municipais até 1986. A consolidação do Sistema Unico de Saúde e da descentralização, com planejamento local e maior responsabilidade dos municípios deverão também provocar maior investimento de verbas municipais em saúde. A Constituição de 1988 não fixa percentuais para aplicação orçamentária na saúde, porém decreta que os estados fixem percentuais para aplicação na área materno-infantil.

A disponibilidade de recursos humanos no atendimento à saúde está polarizada entre profissionais médicos e de nível elementar, sendo muito pequena a participação do enfermeiro e outros profissionais de nível superior (nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, etc.). E também desproporcionalmente pequena a força de trabalho de nível médio.

O atendimento à saúde é centrado no atendimento médico, quase não havendo a participação de outros profissionais de nível superior, inclusive do enfermeiro. É oportunizado quase exclusivamente pelas intercorrências patológicas, muitas vezes em serviços de pronto-socorro ou na procura pontual de consulta médica.

Parece-nos urgente o estabelecimento de diretrizes para uma mudança no perfil de atendimento à saúde da criança, procurando-se estabelecer uma prática de acompanhamento e controle da saúde infantil e definição de grupos de risco. Isto tomará mais eficiente uma ação técnica dos profissionais de saúde e oportunizará maior troca de informações entre estes profissionais e as fa-

mílias, no sentido de melhor compreensão da saúde da criança e maior adequação nos cuidados necessários. Acapacitação e maior envolvimento de profissionais de nível médio, tanto para atendimento em unidades de saúde, quanto para acompanhamento domiciliar poderá ser a chave para aumento da cobertura e mudança no perfil do atendimento.

A capacidade instalada de serviços de saúde não parece ser ponto de estrangulamento, sendo porém pequena a oferta de consultas pediátricas, menor que a média nacional para toda a população, em torno de 2 consultas/habitante/ano. O calendário mínimo de consultas para acompanhamento da criança do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC-MS) propõe: 7 consultas no 1º ano, 4 no segundo, 2 no terceiro e 1 no quarto e quinto anos (15 consultas até 5 anos). Com base nesta proposta seria necessária uma média de 3 consultas/criança < 5 anos/ano, acrescida ainda da necessidade de atendimento por intercorrências, sendo portanto a oferta de 0,8 a 1,8 consultas/crianças 0-14 anos/ano, muito insuficiente.

Considerando, porém, a capacidade instalada de consultórios pediátricos, houve uma produtividade média de menos de 20 consultas por consultório, o que poderia até ser triplicado se houvesse adequação de recursos humanos e funcionamento em 3 turnos. O acesso aos serviços está relacionado à distribuição geográfica das unidades e ao nível sócioeconômico e de informações da família que influenciam a procura dos serviços, sendo que nos locais de maior frequência de morbidade há menos atendimentos tanto no que diz respeito à atenção hospitalar quanto ambulatorial, o que privilegia grupos de menor risco. Isto se reflete também na estrutura do atendimento ambulatorial, que se organiza em propostas estanques de atendimento pediátrico ou de puericultura.

Esta flutua modalidade, que provê acompanhamento e integralidade no atendimento, não alcança cobertura significativa nos grupos mais necessitados, de maior risco, influenciando negativamente a eficácia da assistência à saúde. O atendimento domiciliar por agentes de saúde tem sido uma visão alternativa para a melhoria da cobertura das ações de promoção e prevenção, além de poder ser motivador de maior participação da comunidade nos cuidados à criança e na própria estruturação do atendimento.

Os esforços de municipalização da assistência à saúde, consolidando os Conselhos Municipais poderão fortalecer o processo de participação comunitária e das várias entidades governamentais e não governamentais nos projetos de assistência à

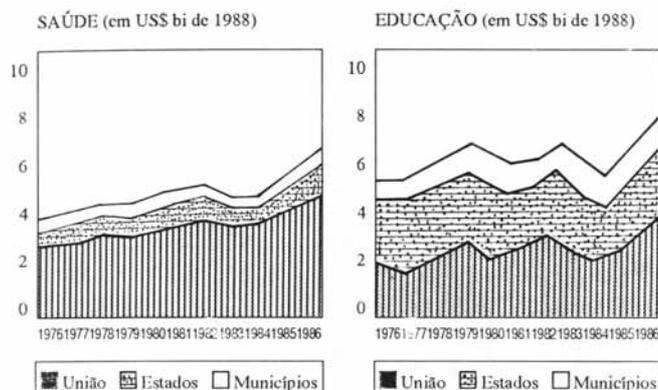
criança . Facilitarão também maior envolvimento de entidades privadas não lucrativas, principais prestadoras de serviços de assistência à criança nas áreas hospitalar e ambulatorial, muitas vezes à

margem dos processos de planejamento e capacitação que se dão geralmente entre níveis governamentais federal e estadual (Ministérios da Saúde - Secretarias Estaduais de Saúde).

Bibliografia

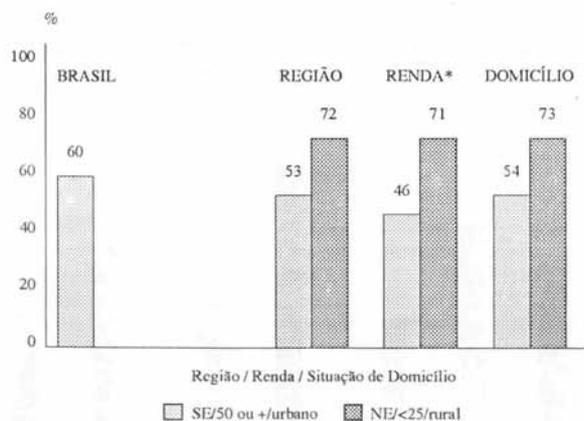
01. BECKER, R.A.; LEC~IG, A. Brasil: Evolução da Mortalidade Infantil no Período 1977 - 1984. Ministro da Saúde, Divisão Nacional de Epidemiologia, Brasília, 1986.
02. BENICIO, M.H.A.; CESAR, C.L.G.; GOUVEIA, N.C. Perfis de Morbidade e Padrão de Utilização - de Serviços de Saúde de Crianças Brasileiras Menores de Cinco Anos - 1989. Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil, 79-95, 1992.
03. CORSAMI/MS. Diretrizes para Implantação da Ação de Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento, 1990. (Mimeo).
04. IBGE. Crianças e Adolescentes, Indicadores Sociais. Vol.4, 1992.
05. FREITAS, C.B.D.; CORDOVA, C.M.; CARVALHO, L.F. Inquérito de Morbidade e Tratamento de Doenças Diarréicas e Infecções Respiratórias Agudas e Utilização de Serviços de Pré-Natal e Planejamento Familiar no Distrito Federal. GDF/SES, Brasília, 1988 (Mimeo).
06. INAN. Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição - Relatórios Preliminares, 1990.
07. INAN/UNICEF. Perfil Estatístico de Crianças e Mães no Brasil - Aspectos de Saúde e Nutrição de Crianças no Brasil, 1989/1992.
08. NOGUEIRA, R. P. Políticas de Assistência de Saúde à Criança e Estrutura de Serviços. Trabalho apresentado para a FCBIA, como parte de consultoria realizada pelo NUPES/ENSP, 1992.
09. NOGUEIRA, R. Dinâmica do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil, 1970-1983. *Educ. Med. Salud.* 20(3): 335-349, 1986.
10. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informação de Recursos Humanos.
11. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informação de Mortalidade.
12. MADEDE, M.M.; CORREA, M.E.G.; MELLO, C.B.; PASQUALI, I.H. Aplicação do Cartão da Criança no D.F. I Encontro de Educação e Desenvolvimento Infantil; IPHEM-UNICEF, Rio de Janeiro, 1989 (Mimeo).
13. OPS/OMS. Análisis de las Condiciones de Eficiencia de Servicios de Salud Materno Infantil. Brasil. 1986-1989.
14. PASTORAL DA CRIANÇA- CNBB . Avaliação Trimestral - Ações Básicas de Saúde e Educação na Comunidade, 4º Trimestre de 1991 (Mimeo).
15. ENSP/FIOCRUZ. Dados da AMS - 1987. IBGE, reprocessados por Miguel Murat.

GRÁFICO 01- GASTOS COM SAÚDE E EDUCAÇÃO – UNIÃO, ESTADOS E MUNICÍPIOS -1976 A 1986



Fonte: IBGE - IBRE/FGV

GRÁFICO 02 - CRIANÇAS COM INDICAÇÃO DE MORBIDADE QUE NÃO PROCURAM ATENDIMENTO POR ALGUMAS CARACTERÍSTICAS – BRASIL - 1989



Fonte: IBGE/INAN/IPEA - PNSN, 1989
 Nota: estimativas extraídas do IBGE/UNICEF/INAN, 1992, cap. 5
 (*) renda familiar per capita (dólares)

GRÁFICO 03 - FREQUÊNCIA DE CRIANÇAS COM ABASTECIMENTO DE ÁGUA DA REDE PÚBLICA COM CÂNALIZAÇÃO INTERNA SEGUNDO REGIÃO E RENDA DOMICILIAR PER CAPTA EM DÓLARES – BRASIL – 1989

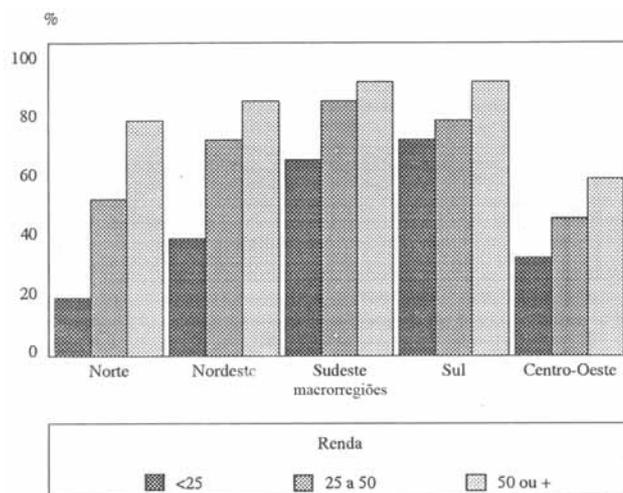
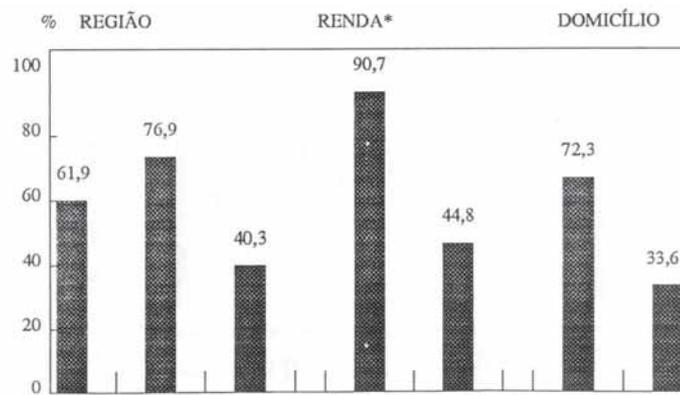


GRÁFICO 04 - MULHERES GRÁVIDAS QUE HAVÍAM RECEBIDO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL POR ALGUMAS CACTERÍSTICAS - BRASIL - 1989



Fonte: IBG/INAN/IPEA - PNSN, 1989
(* Renda média familiar per capita em salário mínimo)