

RELATÓRIO FINAL:

**“1.º ENCONTRO NACIONAL
SOBRE A SITUAÇÃO DA
CRIANÇA BRASILEIRA”.**



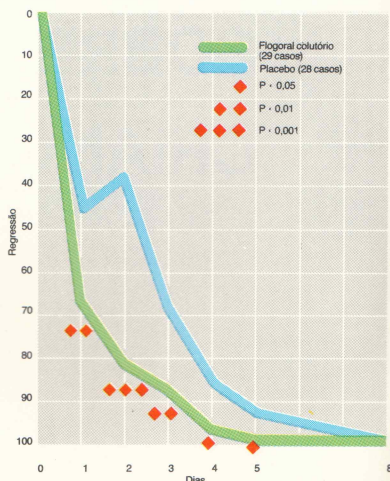
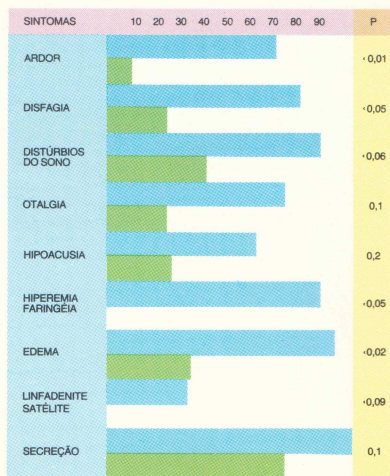
PATROCÍNIO:

Labofarma

O tópico que supera a terapia sistêmica.

FLOGORAL[®]

colutório



Regressão percentual média da sintomatologia em pacientes submetidos a tonsilectomia tratados com Flogoral - colutório ou placebo (Giacominelli *et al.*, Gazz. Med. It., 1983).

Reduz o processo inflamatório, age localmente e tem efeito instantâneo

Regressão percentual média dos sintomas da faringite crônica de tonsilectomizados após 7 dias de tratamento com Flogoral - colutório ou placebo.

Indicações:

Angina, faringite, laringite, amigdalites e mucosites da cavidade oral induzidas por agentes físicos (intubação, radiação, etc.).

Durante nossa gestão, sempre nos preocupamos com os aspectos sócio-políticos da pediatria, sem descuidar do lado científico, já que realizamos 25 congressos.

Como preocupação desde a nossa posse, estava a feitura de um documento abrangente, que mostrasse a situação da criança e do adolescente no Brasil.

O presente trabalho é o resultado do aludido estudo.

Essas conclusões foram enviadas ao Sr. Presidente da República e agora aos ministros, como também ao Sr. Afonso Arinos de Mello Franco, para servir como subsídio à constituinte.

Na oportunidade, agradecemos a todos os participantes e ao Laboratório Labofarma pelo patrocínio do evento e pela presente divulgação. Esperamos que estas conclusões possam ser úteis a todos os interessados na área da saúde.

Dezembro de 1985.

Fernando José de Nóbrega

PREFÁCIO

“Como pessoa, cada um de nós recebe uma herança genética que, pelo contato permanente com o ambiente de vida de cada um, determina nosso modo de ser, com todas as características individuais.

Em nossa formação, ultrapassando o crescimento e desenvolvimento no útero materno - nosso primeiro ambiente - e após o nascimento, encontramos no grande mundo da vida.

Se a oferta adequada de nutrientes é importante para a formação do homem-animal, a necessidade psicossocial do outro, do tu, e da comunidade é essencial para a formação do homem-pessoa.

É, através desse processo de interação homem-mundo, basicamente pelos contatos sociais com a mãe, com a família, com amigos, com colegas de escola, de trabalho, etc, que se desenvolve todo o processo educacional, a começar pelo andar e pelo falar.

De passagem, convém lembrar, por outro lado, que é nesse mesmo nível de relação homem-mundo que, concomitantemente com o desenvolvimento da vida, se dá, também, o dinâmico processo de saúde de cada um.

A relação entre saúde e vida é de tal ordem que serve para a conceituação de saúde:

O ótimo em saúde - o completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença - confunde-se com a vida plena, isto é, com o ótimo viver.

E não é só isso: a luta pelo melhor viver confunde-se, necessariamente, com a luta por melhor saúde e vice-versa.

A partir desses fatos, talvez não deveríamos nos preocupar tanto em distinguir tão abstratamente as diferenças entre saúde, educação e vida.

De qualquer forma, todos nós reconhecemos o papel fortemente influente do ambiente de vida na saúde e na educação de cada um.

Preocupada com a criança que escapou do controle da natalidade, do aborto espontâneo, do aborto provocado, da mortalidade perinatal, da mortalidade infantil e da mortalidade dos menores de cinco anos, a Sociedade institucionaliza a Escola com a finalidade de realizar estímulos adequados para o melhor crescimento e desenvolvimento da criança”.

José Augusto Nigro Conceição

ÍNDICE

- A Ofício
- B Prefácio
- C Documento "Situação da Criança Brasileira"
 - 1. INTRODUÇÃO
 - 2. ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO
 - 2.1. Levantamento de Dados
 - 2.2. Grupos de Trabalho
 - 2.3. Lista de Participantes do I Encontro Nacional sobre a Situação da Criança Brasileira
 - 2.4. Comissão para Elaboração Final do Documento
 - 2.5. Análise dos Questionários - Conclusões e Recomendações dos Grupos de Trabalho
 - 2.5.1. Saúde
 - 2.5.1.1. Secretarias Estaduais de Saúde
 - 2.5.1.2. Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS
 - 2.5.1.3. Fundação Legião Brasileira de Assistência - LBA
 - 2.5.1.4. Fundação Serviços de Saúde Pública F. SESP
 - 2.5.2. Secretarias Estaduais de Educação
 - 2.5.2.1. Política Educacional
 - 2.5.3. Secretarias Estaduais do Trabalho
 - 2.5.4. Secretarias Estaduais da Justiça
 - 2.5.5. FUNABEM/FEBEM
 - 2.5.6. Secretarias Estaduais dos Transportes
 - 2.5.7. Secretarias Estaduais de Obras e Saneamento
 - 2.5.8. Secretarias Estaduais da Agricultura
 - 2.6. Temas Abrangentes
 - 2.6.1. Desnutrição
 - 2.6.2. Criança e Adolescente Carentes
 - 2.6.3. Adolescência
 - 2.6.3.1. Conselho de Atenção à Juventude
 - 2.7. Recomendações Finais

DOCUMENTO: "A SITUAÇÃO DA CRIANÇA BRASILEIRA"

1. INTRODUÇÃO

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), filiada à Associação Médica Brasileira, fundada em 27/07/1910 com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro, tem dentre suas finalidades:

- a) - "estudar e incrementar pesquisas relativas à saúde, ao desenvolvimento somato-psíquico da criança e ao seu bem-estar social,
- b) - pugnar pelo levantamento do nível da assistência à infância através da divulgação de conhecimentos da especialidade em congressos, cursos, reuniões pediátricas, locais, regionais e internacionais,
- c) - colaborar na organização de serviços de pediatria e puericultura e na elaboração de leis ou regulamentos que digam respeito à criança, mantendo permanente intercâmbio com entidades federais, autárquicas, estaduais, municipais e particulares, com as mesmas finalidades".

Sua atuação tem sido marcadamente dirigida às atividades científicas, com pouca presença nas discussões e elaboração de políticas nacionais de saúde. A fim de eliminar essa dicotomia passou a ter uma participação mais efetiva, visando a mudança das atuais condições de saúde do País. Por isso, a SBP resolveu promover o "I Encontro Nacional sobre a Situação da Criança Brasileira", em São Paulo, no período de 26 a 28 de Setembro do corrente ano, do qual participaram autoridades e especialistas do Brasil inteiro. O encontro marcou um momento importante na história da Sociedade Brasileira de Pediatria, a qual, redefinindo novos rumos, deu início a uma nova postura diante da problemática da saúde da criança e do

adolescente, pretendendo, a partir de agora, participar com a maior intensidade possível, das decisões ligadas a estas áreas, em qualquer nível de atuação. O evento foi realizado sob o patrocínio da DEGUSSA, Divisão Labofarma.

2. ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO

2.1. Levantamento de Dados

Para uma análise de situação da criança brasileira a SBP enviou questionários específicos, de acordo com as características e competências dos órgãos estaduais e federais das 26 Unidades Federativas do Brasil, perfazendo um total de 340 setores públicos. Destes, apenas 46% responderam os questionários remetidos, após várias reiterações do preenchimento dos mesmos, pelos Presidentes das Regionais da SBP e da própria Sociedade. Estes questionários tinham como objetivo reforçar o encontro de soluções dentro de cada realidade brasileira, evitando-se, desta forma, medidas de cunho generalizado que não atenderiam as diferenças regionais do País.

Os questionários e os resultados obtidos através de levantamento dos dados enviados pelos órgãos mencionados, estarão à disposição dos interessados na Sociedade Brasileira de Pediatria.

2.2. Grupos de Trabalho

No Encontro, já referido, adotou-se como estratégia, a formação de grupos de trabalho, nos quais formularam-se conclusões e recomendações para a elaboração do presente documento, a partir da:

- 1) análise dos questionários enviados, pelos diversos órgãos governamentais:

- Grupo FUNABEM/FEBEM/LBA
- Grupo Secretarias de Saúde/Fundação SESP
- Grupo INAMPS
- Grupo Secretarias de Educação e Esportes
- Grupo Secretarias de Trabalho e Justiça
- Grupo Secretarias de Transportes, Obras, Saneamento e Agricultura.

2) discussão de temas abrangentes, importantes para o aprofundamento das discussões dos grupos, tais como:

- Ações Básicas de Saúde
- Desnutrição
- Criança e Adolescente Carentes
- Adolescência
- Saúde da Mulher
- Política de Saúde
- Política Educacional
- Saúde Mental

2.3. Lista de Participantes do I Encontro Nacional sobre a Situação da Criança Brasileira

COORDENADOR

Presidente da SBP: Fernando José de Nóbrega

PARTICIPANTES

Adelson Maia Mendonça Filho
 Alvaro Machado Neto
 Ana Helena Krisam Rodrigues Matielli
 Ana Maria Aratangy Pluciennik
 Anamaria Cavalcante e Silva
 André Francisco Pilon
 Anita S. Colli
 Anna Volochko
 Antonio dos Santos Rocha Filho
 Antonio Gonçalves dos Santos
 Antonio Spolidoro
 Antonio Vladoir Iazzetti
 Aurea A. Eleutério Pascalicchio
 Benedito da Costa Mavés
 Celina Guerra e Silva
 Cláudio Leone

Cláudio Torres de Miranda
 Clovis Eduardo Tadeu Gomes
 Cornélio P. Rosenburg
 Dieter H. Garbers
 Dolly Mendes
 Domingos Palma
 Eduardo Marcondes
 Efigenia Lucia Caldeira Campos
 Eleuse M. de Brito Guimarães
 Eliana Maria Dourado Mattos
 Eliezer Audíface de Carvalho Freire
 Epiácio Pinto Vidal
 Eric Yehuda Schussel
 Ernesto Mekler
 Evelyn Eisenstein
 Fabio Ancona Lopez
 Fabio Antonio Adamo
 Fernando José de Nóbrega
 Gabriel Wolf Oselka
 Gilberto Petty da Silva
 Gilson de Cássia Marques de Carvalho
 Hélio Maciel
 Hilário Mario Souza da Costa
 Hildegard Bromberg Richter
 Iracema Souza da Costa
 Jairo Idel Goldeberg
 Jayme Vaisman
 Jefferson Guimarães de Resende
 João Gonçalves Barbosa Neto
 José Augusto Nigro Conceição
 Julio Dickstein
 Júlio Toporovski
 Karen Giffin
 Lauro Machado Alvim
 Liliane Guglielmetti de Carvalho
 Lívia Penna Cavalcanti
 Lúcia Osório Nogueira
 Luiza H. Milan Lise Ferreira
 Marco Antonio de Almeida Torres
 Maria Augusta Scardelatto
 Maria da Conceição Carvalho Noronha
 Maria da Graça Leles Luiz
 Maria Dalva Araujo Moreira
 Mariado Carmo Dias dos Santos Batista
 Maria Ignez Saito
 Maria Lúcia Araújo Monteleone
 Maria Pia Cutolo Conceição
 Martha Maria Ferraz M. Castro

Mary Lise M. Silveira
Mauro Brasil Lambert dos Santos
Mauro Fisberg
Mercedes de Oliveira
Nicola Albano
Norberto Antonio Freddi
Odalice Gerotto
Orlando Araújo
Oswaldo Milton Dante Di Loreto
Patrícia Marin Spring
Pio Pereira dos Santos
Roberto H. Cooper
Rosana Fiorini Puccini
Rubens Trombini Garcia
Rudolf Wechsler
Sandra de Paula Ferrari
Suzana Londero D. Barreto
Talmon da Silva Fonseca
Valdemar Pereira de Pinho
Vania de Lara Crelier
Verônica Coates
Wagner Sérgio Silvestrini

2.4. Comissão para Elaboração Final do Documento

Foi formada, após o Evento em pauta, Comissão composta de Coordenadores e Secretários dos Grupos de Trabalho, para elaboração final do documento, a partir das conclusões e recomendações feitas no referido Encontro.

COORDENADOR DA COMISSÃO

Presidente da SBP: Fernando José de Nóbrega

PARTICIPANTES

Anita S. Colli
Clóvis Eduardo Tadeu Gomes
Fábio Ancona Lopez
Gilberto Petty da Silva
Iracema Souza da Costa
João Gonçalves Barbosa Neto
Julio Dickstein
Lúcia Osório Nogueira
Luiza H. Milan Lise Ferreira
Maria Arlete Meil Schimith Escrivão

Mauro Brasil Lambert dos Santos
Mauro Fisberg
Roberto H. Cooper
Rudolf Wechsler
Wagner Sérgio Silvestrini

2.5. Análise dos Questionários - Conclusões e Recomendações dos Grupos de Trabalho

2.5.1. Saúde

As precárias condições de vida de grandes contingentes de nossa população, resultam em aumento significativo de moléstias potencialmente evitáveis, altas taxas de mortalidade infantil, elevados gastos em atividades curativas, superposições de ações que aliados aos baixos índices de cobertura atingidos, põe em destaque a necessidade de se atuar de forma a transformar esta realidade.

As ações, até o presente momento desenvolvidas, assistencialistas e paliativas, não atingem as verdadeiras causas de misérias e desacertos sociais, geradas por um modelo econômico concentrador de riquezas. Ao contrário, estas ações propiciam e mantêm o sistema e suas deformações.

Portanto, necessário se faz a criação de um espaço democrático de discussão e atuação, a fim de modificar os determinantes desta situação. Tal tarefa implica no envolvimento de diversos setores, extrapolando o âmbito específico da saúde.

As justas aspirações por melhores condições de vida e saúde só serão atingidas, através de um conjunto de medidas tais como: reforma agrária e urbana justas, reforma tributária que assegure aos municípios os recursos necessários à implementação de programas na área social e a reforma de ensino, sem o que será impossível modificar a atual situação. A participação popular é condição indispensável para

real efetivação da mudança que se faz necessária.

A saúde é um direito do cidadão e deve ser garantida pelo Estado e prevista na Constituição.

Atualmente, vários órgãos de saúde municipais, estaduais e federais executam as mesmas ações de atendimento para uma mesma população. Além desta duplicação, essas atividades são centralizadas, não levando em conta as peculiaridades regionais.

A criação de um quadro de cargos e salários na área da saúde, obedecendo o princípio da isonomia, se insere no rol de medidas necessárias ao bom desenvolvimento deste Setor.

A correção destas distorções, far-se-á com a criação de um Sistema Unificado de Saúde, hierarquizado, regionalizado, descentralizado e democrático.

A Sociedade Brasileira de Pediatria entende que as Ações Integradas de Saúde (AIS) representam uma perspectiva de melhoria do sistema de atenção à saúde, podendo se constituir em uma estratégia para a criação do Sistema Unificado de Saúde.

A implantação imediata das ações básicas de saúde como o incentivo ao aleitamento materno, imunizações, vigilância de crescimento e desenvolvimento, terapia de reidratação oral e controle das infecções respiratórias agudas, reconhecidamente reduziu a mortalidade infantil. Isto as coloca, em destaque, como medidas emergenciais e de fundamental importância.

Neste sentido, os recursos destinados à saúde deverão ser aplicados no setor público, priorizando a implantação de uma rede de cuidados básicos de saúde, dotando-a de condições adequadas ao trabalho.

As entidades privadas que tem um papel a cumprir dentro do Sistema Integrado de Saúde, terão suas atividades

fiscalizadas pelos órgãos públicos competentes.

As instituições de saúde deverão atender ao fato de que promover a saúde implica em ação educativa coordenada, centrada, também, na interação entre equipe de saúde e população. Ambos os grupos deverão exercer o papel de sujeito deste processo, garantindo mecanismos democráticos de representação da comunidade, junto aos órgãos de decisão sobre a política de saúde. O sistema deve estar aberto à participação do setor não formal, contribuindo para a formação de agentes de saúde, identificados com a própria comunidade, respeitando suas características sócio-culturais, a fim de aumentar a extensão de cobertura das Ações Básicas de Saúde, racionalizando o uso dos serviços de assistência médica.

A saúde da mulher apresenta inúmeros pontos de intersecção com a saúde da criança, desde o direito de gestar ou não, passando pela assistência a seu filho, com todos níveis e idades. Deve-se assegurar a qualidade de atendimento ao pré-natal, parto e puerpério.

A Sociedade Brasileira de Pediatria reafirma a importância do alojamento conjunto e sugere sua ampla implantação na rede hospitalar, pública, universitária e particular conveniada, fazendo obedecer a legislação já existente.

A garantia de adequado estado nutricional da mulher tem singular importância por interferir não só em sua saúde, como no desenvolvimento de suas gestações e conceitos, transcendendo, portanto, o setor saúde e exigindo do governo medidas concretas de redistribuição de renda, através de uma política econômica independente e voltada aos interesses da população.

Para garantir o direito de amamentação, a Sociedade Brasileira de Pediatria sugere a reformulação das leis traba-

lhistas. A nova Constituição Brasileira deverá observar a necessidade e o direito às creches próximas ao local de trabalho ou residência, mantidas por órgãos públicos ou privados, normatizadas, através de leis pertinentes e fiscalizadas, periodicamente, por órgãos competentes.

Quanto a questão do planejamento familiar, considera-se um direito da mulher e do casal a decisão sobre o número e espaçamento de seus filhos. O planejamento familiar deve ser encarado como uma das atividades de um programa de assistência integral à saúde, não podendo ser visto como solução dos problemas sociais e econômicos da Nação.

2.5.1.1. Secretarias Estaduais de Saúde

Conclusão

A Sociedade Brasileira de Pediatria entende que as funções das Secretarias só poderão ser inteiramente cumpridas no contexto de um Sistema Nacional de Saúde unificado, hierarquizado, efetivamente descentralizado e democraticamente gerido.

Recomendações

Valorizar e motivar os profissionais que executam os programas de saúde, mantendo-os adequadamente informados, oferecendo retro-informação sistemática, condições adequadas de trabalho e salários compatíveis com as funções e/ou cargos.

2.5.1.2. INAMPS

Conclusões

Pela responsabilidade que cabe ao INAMPS, de nível regional, no planejamento e execução de atividades de saúde, na maior rede de prestação de serviços das UF's, é de importância vital, para a prevenção de distorções, o conheci-

mento da destinação de seus recursos em relação a:

- prevenção de doenças, inclusive, com imunizações;
- internação, e
- atendimento ambulatorial das patologias infantis mais comuns.

Tal constatação foi feita, devido à falta de capacidade no fornecimento de dados inqueridos nos questionários remetidos pela SBP. Das 23 Superintendências Regionais do INAMPS, apenas 9 remeteram as informações solicitadas.

Em relação à Terapia de Reidratação Oral (TRO), ao Alojamento Conjunto (já regulamentados) e aos Programas de Estímulo ao Aleitamento Materno, muito pouco tem sido feito.

Recomendações

- Destinar recursos adequados para a implantação e implementação das Ações Básicas de Saúde.
- Igualar o pagamento do Procedimento TRO (Terapia de Reidratação Oral) à média do pagamento da hidratação EV (Endovenosa)
- Criar Coordenadorias Regionais responsáveis pelo planejamento e execução de programas especiais voltados à população materno-infantil
- CUMPRIR as normas de hospitalização do INAMPS
- Fazer cumprir a determinação que permite a internação da criança junto com sua mãe ou responsável
- Assegurar o pagamento do salário integral da mãe durante os dias em que acompanha seu filho durante a internação
- Estabelecer um prazo de implantação das sugestões no setor próprio e conveniado, após, o qual, haveria penalidade com descredenciamento
- Criar licença, de até 7 meses, para amamentação natural.

2.5.1.3. LBA

Conclusão

Considerou-se que as atividades médicas desenvolvidas pela LBA deveriam ser absorvidas pelos órgãos públicos competentes, sempre levando-se em conta as peculiaridades de cada local.

2.5.1.4. FUNDAÇÃO SESP

Conclusão

A Sociedade Brasileira de Pediatria - supõe que, do ponto de vista técnico, a FSESP presta serviços de boa qualidade. No entanto, considerando-se a amplitude de suas atividades ligadas não só à atenção materno-infantil, mas também à área de saneamento básico e habitação, fica evidente que a existência, desta Fundação, constitui atualmente mais uma das situações de duplicação de recursos e atividades que devem ser colocadas dentro de um sistema unificado de saúde, particularmente considerando que a FSESP é entidade privilegiada no que diz respeito às verbas e pessoal, em relação aos outros órgãos ligados à saúde. Assim sendo, fica difícil justificar a existência desta estrutura, dissociada do conjunto de estruturas públicas prestadoras de serviços de saúde.

2.5.2. Secretarias Estaduais de Educação

A situação educacional em nosso país é crítica e a resolução ou atenuação de seus problemas deve, necessariamente, partir de uma garantia de prioridade governamental para o setor. Não podemos esquecer que esta situação decorre de fatores múltiplos e que, por isso, as soluções não se restringem somente à área Educacional, mas envolvem outras e será uma decorrência de transformação da Política Econômica e Social do país.

Recomendações

- Envolvimento e participação da comunidade no desenvolvimento do processo educacional, através das Associações de Pais e Mestres (APMs), Grêmios Estudantis, Conselhos de Escola e outros grupos da comunidade.
- Centralização normativa dos programas de Educação e Saúde, com descentralização programática e executiva, preservando-se o espaço de adaptação às várias realidades locais.
- Inclusão em currículos de formação de professores de conhecimentos essenciais para o ensino da saúde, bem como para observação da evolução do crescimento e desenvolvimento dos alunos das diferentes faixas etárias e também de atuação frente aos problemas, particularmente, de aprendizagem e de comportamento.
- Enfatizamos a necessidade de elaboração e execução de currículos de ensino de saúde, para as escolas de 1.º e 2.º graus, a nível Estadual, com adequação de sua execução a nível local, de acordo com suas características peculiares.
- O trabalho em saúde escolar implica na integração de várias áreas, ressaltando-se a importância das áreas de Educação e Saúde, a nível Federal, Estadual e Municipal.
- Reconhecendo a multicausalidade das altas taxas de evasão e repetência escolares, considera-se essencial a institucionalização da pré-escola como uma das prioridades e de **um mínimo** de 4 horas para o período escolar, bem como a adequação dos programas de ensino às realidades locais em que vivem as famílias, e de melhoria de recursos humanos, com melhores condições salariais, de trabalho, de formação e de ingresso na carreira.
- Estabelecimento de exame clínico

pediátrico (anamnese e exame físico) de todos os ingressantes no sistema escolar com controle de saúde desde a pré-escola, bem como atendimento dos escolares com problemas de saúde, através de programas integrados com os órgãos assistenciais existentes na área.

- A Educação Física deve estar ligada programaticamente à Saúde Escolar, a fim de facilitar o acompanhamento e avaliação da população escolar em geral e em particular de escolares com problemas específicos.

A avaliação de alunos com problemas de aprendizagem e/ou de comportamento, por equipe multiprofissional ou, pelo menos, por médico e assistente social, evitando-se que a responsabilidade recaia sobre o professor, exclusivamente.

Que nenhum aluno seja encaminhado à classe especial sem avaliação prévia adequada.

2.5.2.1. Política Educacional

Quando falamos em "Política Educacional" estamos, necessariamente, nos referindo a pessoas.

Como pessoa, cada um de nós recebe uma herança genética, pelo contato permanente com o ambiente de vida de cada um, determina nosso modo de ser, com todas as características individuais.

Na nossa formação, ultrapassando o crescimento e desenvolvimento no útero materno - nosso primeiro ambiente - e após o nascimento, encontramos-nos no grande mundo da vida.

Se a oferta adequada de nutrientes é importante para a formação do homem-animal, a necessidade psicossocial do outro, do tu e da comunidade é essencial para a formação do homem-pessoa.

É, através desse processo de interação homem-mundo, basicamente pelos contatos sociais com a mãe, com a família, com amigos, com colegas de escola, de trabalho etc, que se desenvolve todo o processo educacional, a começar pelo andar e pelo falar.

De passagem, convém, lembrar, por outro lado, que é nesse mesmo nível de relação homem-mundo que, concomitantemente com o desenvolvimento da vida, se dá, também, o dinâmico processo de saúde de cada um.

A relação entre saúde e vida é de tal ordem que serve para a conceituação de saúde:

O ótimo em saúde - o completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença - confunde-se com a vida plena, isto é, com o ótimo viver.

E não é só isso: a luta pelo melhor viver confunde-se, necessariamente, com a luta por melhor saúde e vice-versa.

A partir desses fatos, talvez não deveríamos nos preocupar tanto em distinguir tão abstratamente as diferenças entre saúde, educação e vida.

De qualquer forma, todos nós reconhecemos o papel fortemente influente do ambiente de vida na saúde e na educação de cada um.

Preocupada com a criança que escapou do controle da natalidade, do aborto espontâneo, do aborto provocado, da mortalidade perinatal, da mortalidade infantil e da mortalidade dos menores de 5 anos, a Sociedade institucionaliza a Escola com a finalidade de realizar estímulos adequados para o melhor crescimento e desenvolvimento da criança.

Recomendações

I - A concretização da promessa constitucional do ensino obrigatório e de boa qualidade.

Para tanto faz-se necessário:

1. Descentralização de:
 - recursos financeiros;
 - planejamento das atividades do programa escolar, e
 - concretização integral da “Emenda Calmon”.
2. Prioridade na utilização dos recursos financeiros para pré-escolas e escolas do 1º grau.
3. Que a ampliação da rede física escolar corresponda a real demanda escolar na região, envolvendo não só a construção adequada de prédios, mas todo o equipamento: mobiliário, material pedagógico escolar, biblioteca e laboratório.
4. Acompanhamento a expansão da rede física equipada, deve-se ampliar os recursos humanos necessários: professores e funcionários administrativos.
5. Valorização do professor através de:
 - cursos de aperfeiçoamento e reciclagem;
 - salário adequado ao desempenho;
 - carga horária que permita ao docente maior participação na vida comunitária da escola, e
 - revisão dos cursos de formação de professores I, II e III.

II - Assistência ao escolar através de um programa integrado de saúde na escola.

1. Avaliação de saúde do escolar ingressante e garantia de sua continuidade.
2. Atendimento e controle dos possíveis problemas detectados e acidentes ocorridos na escola, através do Sistema Integrado da Rede Básica de Saúde, existente na região e/ou município.
3. Atendimento odontológico extensivo a todos os alunos da pré-escola e 1º grau.

4. Descentralização dos recursos para a merenda escolar, a fim de uma melhor adequação às peculiaridades regionais.

III - Assistência ao escolar através de fornecimento de material didático e livros escolares.

IV - Recomendamos que a pré-escola seja considerada como prioritária e incluída como curso regular, fase preparatória ao ingresso do 1º grau.

Após análise do documento “Educação para Todos - Caminho para Mudança”, do Ministério da Educação, concordamos com seu conteúdo e ressaltamos a importância que se pratique a sua execução.

Lembramos que no documento do MEC não há citação de um programa de saúde escolar, integrado às áreas de Educação e Saúde.

Alertamos para que o aperfeiçoamento e intensificação das atividades de teleducação e informática, no processo de ensino e aprendizagem, não sejam feitas em detrimento das aplicações voltadas às grandes prioridades na educação - pré-escolar e 1º grau - bem como para os perigos da utilização indevida nos aspectos comerciais e industriais e para a possibilidade de manipulação ideológica desses meios.

A Sociedade Brasileira de Pediatria, está alerta para a real execução e concretização, na prática, do proposto no plano “Educação para Todos - Caminho para Mudança”.

2.5.3. Secretarias Estaduais do Trabalho

Conclusões

A ausência de respostas da maioria dos questionários enviados à SBP demonstraram a falta de interesse e/ou de programas e, até, de conhecimento que

as Secretarias de Trabalho têm em relação ao trabalho do menor.

Pelo que entendemos alguns subsídios poderiam ser obtidos em relação ao menor trabalhador cadastrado através de órgãos como: SENAC, SENAI, SINE, Juizado de Menores e outros.

A grande maioria de menores, economicamente ativa foge do cadastramento formal e para esta deveriam ser achadas outras fontes de informação tais como: instituições comunitárias ligadas à promoção social, e outros órgãos públicos que treinam menores para colocá-los no mercado de trabalho.

Na realidade a Secretaria do Trabalho, órgão efetor da relação do trabalho, desconhece o que ocorre com o trabalho do menor, não podendo, com isto, fornecer subsídios e, por consequência, elaborar programas que visem solucionar esta problemática.

Há menores admitidos em empresas, a título de colaboração, não tendo vínculo empregatício, sendo considerados em estágio, não aparecendo, portanto, em folha de pagamento.

A maior facilidade de admissão em empresas ocorre quando, alí, trabalha seus pais ou parentes.

Observa-se um grande número de menores, sendo explorados no meio urbano, sem qualquer vinculação empregatícia por empresas do "comércio livre", tais como vendedores de guloseimas e outros.

Na área rural, encontra-se a maior parcela de trabalhadores menores, cujo pagamento é feito através de refeições pelos chamados "padrinhos".

Em ambas as áreas, existe a exploração do menor nas tarefas domésticas, não só em suas próprias casas, como em outras, motivada pela saída de mães para o "trabalho fora do lar".

Recomendações

- que órgãos efetores da Secretaria do Trabalho conheçam a problemática do trabalho do menor em toda sua amplitude;
- que se elaborem objetivos programas nas aludidas Secretarias, respeitadas as características regionais;
- que se aproveite os programas já existentes, elaborados por entidades comunitárias, após análise cuidadosa dos mesmos;
- que se divulgue as leis que regulamentam o trabalho do menor, visando esclarecer os empregadores, entidades públicas e privadas, profissionais de saúde, educadores, família do menor trabalhador e a comunidade em geral;
- que se supervisione o trabalho do menor, nos locais de trabalho, para se garantir assistência biopsicossocial, objetivando sua segurança;
- que se exija que o menor que trabalha possa ser mantido na escola, sem excluir a possibilidade de emprego, quando fora do sistema educacional. Os menores que estão no mercado informal do trabalho, e que são a maioria, tais como engraxates, lavadores de carros, vendedores ambulantes, devem receber os mesmos benefícios dos menores que trabalham no mercado formal, através de órgãos diretamente vinculados à Secretaria do Trabalho, bem como, outros relacionados à Promoção Social. Esses órgãos relacionados no setor trabalho devem procurar integrar-se numa política única de ação, evitando-se a dispersão de recursos financeiros, humanos e materiais. Essa integração, ressalta-se, deverá ocorrer em todos os níveis da administração pública, Federal, Estadual e Municipal, assim como, em todas as entidades não governamentais;

- que sejam elaborados programas mistos trabalho/escola com a intenção de proporcionar uma escolaridade básica ao menor trabalhador, na tentativa de diminuir o analfabetismo;
- que sejam fornecidos incentivos tributários e/ou outros privilégios aos empregadores para aprendizado e posterior aproveitamento do menor. Ressalte-se que, com isto, não queremos incorrer em qualquer prejuízo do trabalho do adulto;
- que as atenções que são propostas ao menor (criança e adolescente) não sejam temporárias, vinculadas a momentos como Ano Internacional da Criança, Ano Internacional da Juventude, ou momentos políticos, entre outros.

2.5.4. Secretarias Estaduais da Justiça

Conclusões

Os profissionais de saúde, educação e demais, deste grupo, de maneira geral, estão preocupados com a inexistência ou falta de atenção específica da Justiça em relação ao **menor não infrator**:

- É sentida, por parte dos profissionais de saúde, a falta de vínculos maiores e esclarecedores com a área de Justiça (legislação) principalmente no que se refere:
 - ao atendimento médico a menores desacompanhados;
 - as situações em que o menor necessita de procedimentos médicos, que necessariamente deveriam acompanhar-se da autorização dos pais ou responsáveis, tais como: transfusão de sangue, atos cirúrgicos, administração de medicamentos, alta a pedido;
 - a dinâmica surgida quando se detecta uma situação de criança espancada;
 - a atenção a saúde da criança e do

adolescente é prejudicada pela falta de integração existente entre as áreas da Saúde, Justiça, Promoção Social, Trabalho e Educação;

- a Justiça, atualmente, no Brasil dá atenção terciária à problemática do menor no campo da reabilitação do indivíduo. Propõe-se que o atendimento do menor se faça, também, nos níveis primário e secundário, abordando-se especificamente aspectos de **prevenção e promoção**.

2.5.5. FUNABEM/FEBEM

Conclusões

A FEBEM é incapaz de atender no Estado de São Paulo cerca de 4 milhões de crianças em precárias condições de sobrevivência. Assim, a FEBEM, hoje, com todos os seus programas, atende 110 mil crianças (84). Fica claro que, dessa forma, além de não adequada, dificilmente alcança suas metas. Foram ressaltados alguns pontos sobre as atividades da FEBEM:

- priorizando a internação, priva a criança de seu meio social, familiar e cultural;
- o sistema de internato propicia a separação de irmãos, a quebra do processo educacional, condicionado à faixa etária, e o rompimento dos laços familiares;
- o sistema atual de tratamento, nas Fundações Estaduais de Bem-Estar do Menor, agride a criança, impondo-lhe um sistema de valores que não são os de sua classe social, e
- dentro deste sistema autoritário, encontra-se o problema do judiciário, já que os Juizes das Varas de Família não têm, em sua maioria, formação adequada para o exercício da função.

Recomendações

- Propõe a extinção gradual da FEBEM.
- A FEBEM deve voltar, de imediato, pa-

ra a execução das funções para as quais foi criada e não agir como simples repassadora de recursos.

- Deste órgão central deveria emanar a política de atendimento à criança, dando plenas condições aos municípios para que os mesmos criem e viabilizem todos os projetos necessários para o cumprimento da mesma. A municipalização deve ser entendida como trabalho conjunto dos órgãos federais, estaduais e municipais, com a participação da comunidade e com poder de planejar e executar as ações na área social. É necessário acabar, de vez, com as exigências burocráticas, que dificultam a existência das iniciativas comunitárias.
- Para as crianças absolutamente abandonadas, duas proposições são destacadas:
 - colocação em lar substituto, dentro do País;
 - pequenos internatos, com um máximo de 30 crianças, que garantam a manutenção conjunta de irmãos de ambos os sexos, independente de faixa etária e respeitando-se as características regionais.
- Priorização do atendimento à família nas questões sociais.

2.5.6. Secretarias Estaduais dos Transportes

Recomendações

- Nas regiões carentes estabelecer um transporte específico para escolares, partindo de núcleos pré-determinados próximos às escolas da área.
- Aos pais ou responsáveis pelos escolares caberiam conduzir as crianças, a esses pontos pré-determinados, assim como buscá-las no final do período de aula.
- A regulamentação do transporte de escolares, tais como limitação de velocidade, cursos de primeiros socorros

aos condutores, vistoria dos equipamentos dos veículos, caberia aos órgãos competentes, existentes na maioria dos Estados brasileiros. Inclua-se também adaptações que facilitem o acesso de crianças, assim como limitem o número de usuários por veículo de transporte.

- Ressalte-se que o cumprimento de normas, já elaboradas, atenderia em grande parte as preocupações com o transporte da criança ou sua segurança nas vias públicas.

2.5.7. Secretarias de Obras e Saneamento

- Frente a realidade da situação habitacional da população carente, vivendo em favelas e cortiços irremovíveis, torna-se necessária a melhoria das condições de vida no local, através de um processo de urbanização com intensa participação da comunidade. Deve-se evitar, contudo, a especulação imobiliária que, possivelmente ocorrerá com a urbanização do local, o que acarretaria a expulsão de seus moradores.
- Alteração da política habitacional, privilegiando as construções de baixo custo para populações de baixa renda, prevenindo-se assim o aparecimento de novos núcleos de favelas.
- O grupo propõe, como projeto de melhoria das condições sanitárias, redes de água de abastecimento público, para atendimento de uma maior proporção de pessoas. No entanto, necessário se faz que, uma maior atenção seja dada, à rede de esgoto e ao destino adequado do lixo urbano e industrial, pelas autoridades públicas.
- É necessário, também, que o poder público fiscalize e oriente adequadamente a construção de novos centros urbanos.

2.5.8. Secretarias Estaduais da Agricultura

Conclusões

Na análise dos questionários enviados pelas Secretarias da Agricultura, o grupo concluiu quanto à impossibilidade de se fazer um diagnóstico, em relação à produção, armazenamento e comercialização interna, ou para exportação, de produtos agrícolas.

Recomendações

Houve consenso nas respostas das questões quanto:

- a retirada do ICM dos produtos agrícolas, e
- inclusão de subsídios governamentais nos produtos básicos, agrícolas, favorecendo com esta medida as populações carentes.

2.6. Temas Abrangentes

2.6.1. Desnutrição

Conclusões

As causas da desnutrição são múltiplas e envolvem diversos fatores complexos que atingem vários setores da sociedade tais como: economia, saúde, produção agrícola, educação, etc.

Salientam-se, dentre as causas da desnutrição, as condições sócio-econômicas da população, submetida a uma política agrária inadequada, uma política salarial de empobrecimento progressivo, culminando com uma má distribuição de terras e rendas.

A modificação desta situação depende de uma organização social democrática, em que os direitos fundamentais do cidadão estejam assegurados e garantidos pela Constituição. Uma política econômica independente e voltada às reais necessidades da população, é um dos fatores principais de modificação de seu atual estado de pobreza.

Magnitude do Problema e Recomendações

Para analisar a magnitude da desnutrição no país, existe a necessidade de utilização de métodos uniformes, simples, adequados, confiáveis, aplicáveis em larga escala e de custo acessível, que permita avaliar sua prevalência e incidência.

Preconiza-se a utilização da antropometria e normas elaboradas pelo Grupo de Estudos da Desnutrição da SBP, com o registro do peso e altura em gráfico de crescimento e desenvolvimento.

Sugere-se a distribuição generalizada dos resultados do Inquérito Nacional de recém-nascidos patrocinados pela ABP. Este estudo permite a análise de condições associadas, prevenção do Baixo Peso ao Nascer e implementação de Pré-Natal adequado.

Não existem dados reais de incidência e prevalência da desnutrição no país e desconhece-se a verdadeira repercussão desta patologia sobre o indivíduo e a sociedade como um todo. No entanto, reconhece-se que, a desnutrição traz conseqüências graves sobre o desenvolvimento físico e psíquico, repercutindo na inserção social do indivíduo.

Verifica-se que, no atual sistema formal de educação, são mínimas as possibilidades de um indivíduo desnutrido adaptar-se, permanecendo temporariamente como marginal ao sistema até ser excluído do mesmo, tornando-se, então, um marginal social.

A estimulação é de responsabilidade da comunidade e do Estado, fazendo valer as legislações pertinentes, através do reforço ao direito ao Alojamento Conjunto. Os profissionais de saúde devem favorecer e incentivar a estimulação de crianças internadas, por suas mães ou familiares, não se justificando, em hipótese alguma, a separação absoluta mãe-filho.

O estado deve assumir a educação pré-escolar da população e oferecer centros de recuperação, além de garantir o estabelecimento de creches no local de trabalho da mulher.

Os sistemas de saúde e educação devem estar aptos para realizar intervenções precoces nos casos de desnutrição e procurar a recuperação global, oferecendo novamente possibilidades de competirem em condições de igualdade com os restante da população por uma vida digna.

Deve-se assegurar o acesso das populações às estruturas prestadoras de serviços em saúde, a fim de se obter uma maior cobertura das Ações Básicas de Saúde.

Acesso à Alimentação

O acesso à alimentação é um direito de cada cidadão e deve ser assegurado pelo Estado. Os programas, que propiciem este acesso, devem estar ligados à produção, armazenamento e distribuição de alimentos produzidos a nível local. Priorizando o pequeno produtor, garante-se alimentos mais baratos e adequados e favorece-se o desenvolvimento da própria comunidade.

Em todos os níveis de saúde pública, a alimentação é, prevenção, tratamento e recuperação da desnutrição.

Educação Alimentar

Deve ser voltada à realidade regional, divulgando a utilização de alimentos de consumo local.

No programa de educação em saúde alimentar o "marketing" destes alimentos, de consumo local, deve ser tão competitivo e agressivo quanto o empregado pelas grandes indústrias produtoras de alimentos. A mesma estratégia deve ser seguida a nível nacional com relação ao aleitamento materno.

2.6.2. Criança e Adolescente Carentes

A criança e o adolescente carentes,

são conseqüência de situação prévia, não existindo solução que não passe pela reestruturação do poder político e econômico no país.

Entretanto, algumas proposições podem ser sugeridas:

- Negação das instituições reparadoras e fechadas e sua substituição por alternativas comunitárias a nível local. Assim, recolher compulsoriamente crianças e adolescentes significa manter os níveis da situação atual.
- O menino de rua é uma denúncia positiva. O incentivo ao trabalho educativo, em espaço aberto, é uma possibilidade que deve ser desenvolvida. Nesta perspectiva, o técnico deve fazer parte da comunidade, assessorando-a, democratizando o conhecimento e procurando extrair da prática alguns princípios, usando-os como força de transformação.
- Facilitação de acesso aos recursos financeiros destinados a essa área, diminuindo-se as exigências burocráticas.
- Redefinição dos critérios de convênio, com a finalidade de estabelecer bilateralidade entre a agência e órgão conveniado.
- Valorização do trabalho do menino de rua.
- Submeter todas as instituições ao controle da comunidade, através de órgãos da sociedade civil, em processo democrático.
- Tornar o ensino nas escolas, mais real às necessidades da comunidade (especialmente nas Universidades).
- Em relação a sociedade pediátrica, sugere-se que prossigam a efetiva participação nas soluções da criança e do adolescente carentes e que a nível específico, atinja também os médicos a respeito da síndrome da criança espancada.
- Em relação aos menores infratores, sugere-se que haja melhor definição do perfil social e psíquico, através de

estudos, e que se observe a dinamização dos mecanismos de tratamento.

2.6.3. Adolescência

Conclusões

A adolescência, por sua multiplicidade de características e problemas, leva a considerações variadas no contexto das Políticas de Assistência à Saúde, de Educação, de Trabalho, de Justiça, de Promoção Social e de Cultura.

Muitos aspectos ligados a diagnósticos e propostas para estas áreas (Saúde, Escola, Trabalho, Justiça) já foram debatidos, em diversos foros, ao nível de Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde, Sociedade Brasileira de Pediatria e outras instituições regionais e locais. O ponto básico e fundamental, observado nessas discussões, é a inadequação dos programas e estruturas que servem às políticas acima mencionadas, para a maioria dos adolescentes brasileiros. O adolescente representa, aproximadamente, 1/4 da população brasileira. Na sua maior proporção não está sendo assistido satisfatoriamente nos serviços de saúde, escolas e empregos, lembrando-se ainda que muitos adolescentes sequer chegam a essas instituições.

Deve-se reconhecer que parte importante, da inadequação mencionada, se relaciona à pequena ou ausente integração de trabalho das diferentes áreas. Há atuações superpostas ou duplicadas envolvendo, por exemplo, estruturas de assistência à saúde e cujo resultado deixa muito a desejar.

É importante frisar que o adolescente não é algo novo, ele sempre existiu. O que é novo, é o reconhecimento por parte de muitos profissionais (estamos nos referindo principalmente aos da área de saúde) de sua importância biológica, numérica, política e econômica. Tal importância refletir-se-á na formação das futuras gerações.

Há necessidade de estabelecer programas integrados de assistência à saúde, saúde escolar, assistência comunitária, projetos culturais, educação física, formação profissional, assistência ao adolescente carente - envolvendo - vertical e horizontalmente os níveis, com os quais o adolescente entra em contato.

Não se trata, no momento, de fazer diagnóstico minucioso, pois já sabemos quais são as necessidades básicas e problemas de saúde mais frequentes na adolescência. Deveríamos agora propor atuações concretas, onde o atendimento do adolescente seja explícito, operacionalizado e divulgado nas áreas municipais, estaduais e federais. Sempre que possível, essa atuação deveria envolver toda a família, a instituição ou a própria comunidade, às quais o adolescente está vinculado, estimulando-se ações que venham aumentar a abrangência dos adolescentes.

Os programas de assistência à saúde já existentes, ambulatoriais e hospitalares, deveriam criar condições adequadas ao atendimento de adolescentes, envolvendo, principalmente, o preparo de profissionais para lidar com suas características normais e patológicas.

Deveriam ser definidas ao nível das comunidades as ações básicas para garantir ao adolescente condições favoráveis ao seu crescimento e desenvolvimento (nutrição, esporte, educação, lazer, preparo profissional, educação em saúde, etc.) e para a prevenção de agravos como os acidentes, a gravidez precoce, marginalização educacional e profissional, o uso de drogas e a delinquência.

Temos que tomar como base, que o adolescente não é a priori, um indivíduo complicado, ao qual se associam sem-

pre os estereótipos de sexo, drogas e violência. Deveríamos sempre encará-lo como um indivíduo em crescimento e desenvolvimento com todo um potencial para atuar como adulto íntegro e consciente. Devemos destacar a necessidade do adolescente participar ativamente de todo o processo que envolve ações e programas de saúde, evitando torná-lo um simples receptor passivo.

No plano jurídico, torna-se necessário rever e remover as possíveis barreiras de acesso do adolescente aos sistemas de saúde, bem como as dinâmicas das relações do médico e de outros profissionais de saúde com o adolescente e a sua família, principalmente nos aspectos do consentimento para procedimentos e tratamentos quando envolve o segredo médico.

Recomendações

1. Que programas de atenção ao jovem devem envolver na sua elaboração os vários Ministérios e Secretarias, como: Educação, Previdência, Cultura, Saúde, Justiça, Promoção Social e Trabalho.
2. Que os órgãos governamentais desempenhem ação facilitadora de integração entre as diferentes áreas.
3. Em relação à saúde do adolescente:
 - 3.1. Que sejam desenvolvidas pesquisas epidemiológicas para caracterização biopsicossocial do adolescente, podendo-se, através do conhecimento de suas demandas, efetivar programas adequados.
 - 3.2. Que conste no plano assistencial:
 - atendimento primário, secundário e terciário, a nível municipal, estadual e federal;
 - a formação e reciclagem de profissionais;
 - aproveitamento e adequação de recursos existentes;
 - reformulação de recursos humanos, e
 - integração entre rede básica de saúde, escola e família, eliminando a divisão entre saúde física e mental do jovem.
 - 3.3. Que em nível de prevenção, im- plante-se atividades educativas, tais como seminários, palestras e discussões em grupo, envolvendo pais, professores, jovens, membros da comunidade, mostrando ser a saúde direito e responsabilidade de todos.
 - 3.4. Que se estimule trabalho voluntário do jovem, o qual exerce reconhecido e importante papel de multiplicador de saúde na comunidade, a fim de promover sua participação, facilitando-lhe a apropriação de conhecimentos, informações, atitudes, habilidades e práticas, referentes ao seu desenvolvimento e integração biopsicossocial.
 - 3.5. Que sejam criadas equipes de referência à disposição de pais, educadores e jovens, para integração do indivíduo no binômio saúde-escola.
4. Criação do Conselho de Atenção à Juventude com o pensamento de que este Conselho deve estar subordinado diretamente a Casa Civil da Presidência da República, dada a importância da população a que ele se refere.

2.6.3.1. Conselho de Atenção a Juventude

Organismo interministerial, descentralizado, com personalidade jurídica e patrimônios próprios, tendo os seguintes propósitos:

1. Fomentar o desenvolvimento integral do jovem preparando-o para assumir plenamente suas responsabili-

dades e se incorporar aos processos sociais como fator de mudança na justiça e na liberdade.

2. Programar as ações do Governo Federal orientadas a promoção dos jovens com respeito a sua personalidade e conforme objetivos democráticos da sociedade brasileira.

3. Estabelecer, apoiar e coordenar planos que favoreçam o desenvolvimento e a expressão dos jovens, com as seguintes - **funções:**

1 - Assessorar ao Executivo da União para determinação, execução e avaliação da política nacional em relação com a juventude.

2 - Promover e coordenar os programas em favor da juventude, que realizem as diversas dependências e organismos da administração Pública Federal.

3 - Realizar, sistematizar e difundir estudos sobre a juventude.

4 - Estimular a criação de serviços que promovam o desenvolvimento dos jovens, estimulem sua participação nos processos sociais e favoreçam a identificação e o mútuo conhecimento entre os jovens.

5 - Propiciar a congruência dos planos e a coordenação das ações que, em favor dos jovens, realizem os organismos públicos e privados, destinados a esse fim.

6 - Formular e propor as instituições correspondentes, planos e iniciativas tendentes a resolver os problemas dos jovens e realizá-los em suas áreas.

7 - Orientar recursos em favor de programas que fomentem o desenvolvimento da juventude e apoiem os dos próprios jovens, de acordo com os objetivos propostos.

2.7. Recomendações Finais

- Maximização da assistência à criança, ao adolescente e à mulher, de forma integral, reformulando-se ou criando-se condições de aplicação das políticas das áreas sociais, principalmente, aquelas diretamente ligadas aos grupos populacionais, em pauta, quais sejam: as políticas de saúde, educacional, do trabalho, da justiça e da agricultura.

- Criação dos Conselhos Municipais de Desenvolvimento Social (CMDS) os quais teriam como função:

- manter arquivo dos recursos sociais disponíveis para a comunidade;

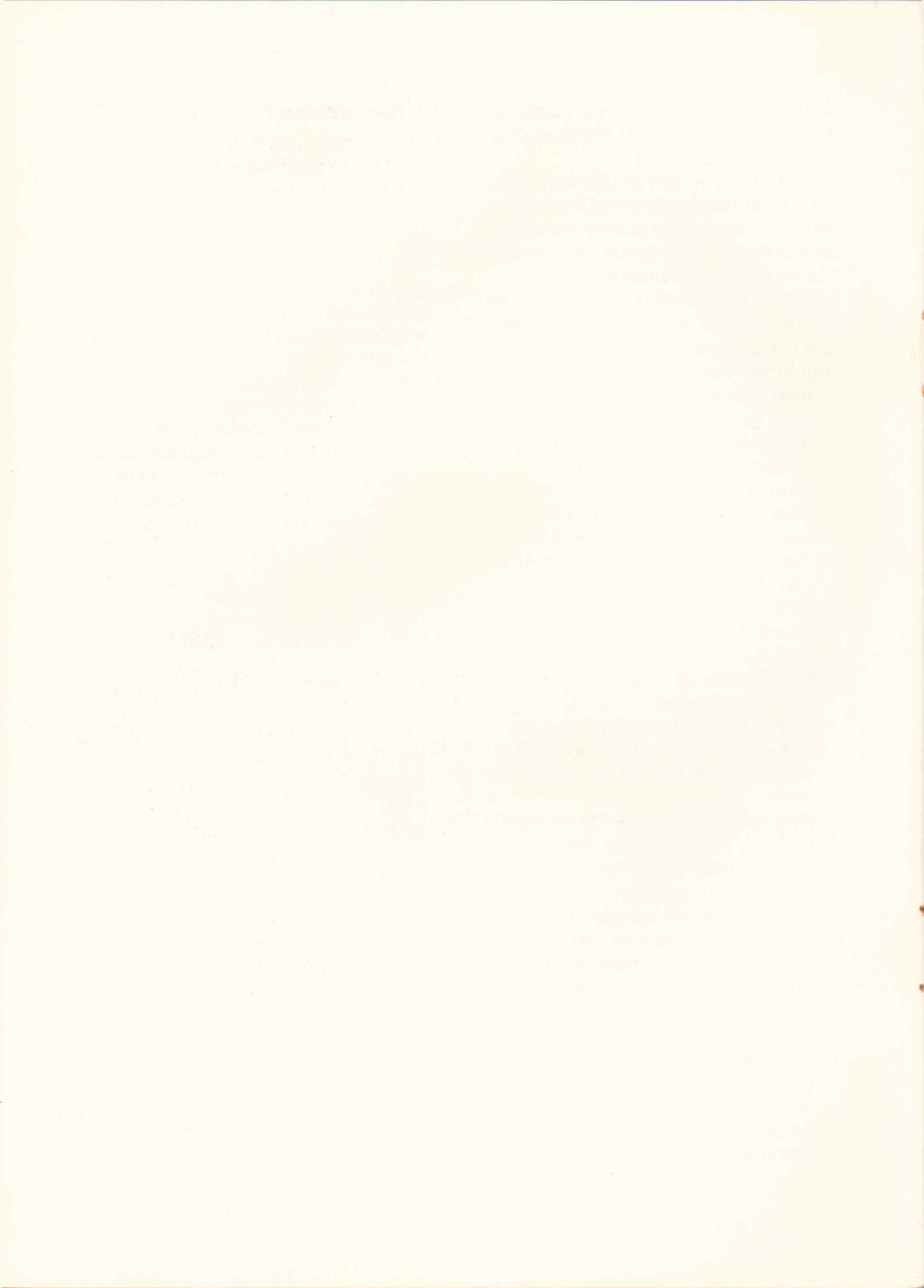
- servir de fórum de discussão do planejamento da compatibilidade e da destinação de recursos para os diferentes setores públicos e privados, e

- facilitar a realização e implementação das demandas sociais.

- Participação da Sociedade Brasileira de Pediatria, não só como suporte técnico-normativo de programas específicos da área materno-infantil a serem desenvolvidos pelos órgãos federais, estaduais e municipais, mas também, com a finalidade de harmonizar as condutas pediátricas em seus diferentes níveis.

- Atuação da SBP nas atividades promovidas pelas Secretarias de Saúde e pelos órgãos regionalizados em relação às Ações Básicas de Saúde, já que, pelos questionários e documentos enviados à referida Sociedade, constatou-se que inúmeros projetos ou programas, extremamente válidos, ou não são executados ou o são de forma tecnicamente incorreta.

- Utilização, deste documento, como subsídio para a Assembléia Nacional Constituinte e a VIII Conferência Nacional de Saúde.



IgG IgA

Nos estados infecciosos recidivantes ou crônicos das vias respiratórias.

■ **Multigen® estimula as defesas naturais do organismo, aumentando a sua capacidade de resistir a agressões infecciosas repetidas.**

■ O aumento constante das defesas naturais impede as reagudizações das doenças infecciosas das vias aéreas.

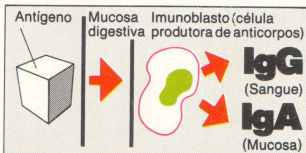
■ Rigorosa seleção antigênica, a partir das bactérias patogênicas mais freqüentemente causadoras das infecções das vias respiratórias.

■ Aumento progressivo dos anticorpos secretórios, desde a primeira semana.

■ Extraordinária simplicidade posológica.

■ Multigen® é insípido e muito bem tolerado.

■ Multigen® é administrado diretamente sobre as mucosas sublingual e/ou nasal.



MULTIGEN®

TERAPÊUTICA ANTIGÊNICA ORAL

FÓRMULA MULTIGEN:

Cada ml contém:	
<i>Pneumococcus</i> (I, II, III, V e VIII)	1 bilhão
<i>Streptococcus pyogenes</i> (A, C e G)	1 bilhão
<i>Neisseria catarrhalis</i>	1 bilhão
<i>Staphylococcus aureus</i>	1 bilhão
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	500 milhões
<i>Haemophilus influenzae</i>	1 bilhão
Diacetato de clorofenina	0,05 mg
Tomersal (Timerosal)	100 mcg
Veículo q.s.p.	1 ml

APRESENTAÇÃO:

Frasco com 18 ml.
OBSERVAÇÕES:
Multigen é absolutamente inócua e não apresenta nenhuma contra-indicação. É igualmente eficiente em pacientes de qualquer idade. Em sinusites, otites e infecções das fossas nasais, é recomendável a instilação de uma ou duas gotas em cada narina, ao deitar. Guardar ao abrigo da luz.

PRECAUÇÕES:

No início do tratamento pode haver aumento temporário dos sintomas. Isto é bom sinal. Entretanto, às vezes, a dose inicial tem de ser diminuída, aumentando-se aos poucos, de acordo com a orientação médica.

INDICAÇÕES

Prevenção da bronquite asmática; rinites hipertroóficas e catarrais; sinusites bacterianas; otites crônicas serosas e purulentas. Prevenção de faringites recidivantes. Bronquites catarrais não asmáticas. Prevenção dos surtos de amigdalite na infância. Amigdalites recidivantes em adultos.

POSOLOGIA

Tratamento de 30 a 60 dias
Crianças até 7 anos: 2 gotas por ano de idade/dia. As gotas devem ser administradas pela manhã, em jejum, sob a língua e gradualmente dispersas na boca. Não devem ser engolidas imediatamente.
Crianças acima de 7 anos e adultos: 15 gotas sob a língua, pela manhã, em jejum.

Repetir a dose à noite, ao deitar-se. A via nasal deve ser considerada.
Crianças: 2 a 3 gotas em cada narina, 3 vezes ao dia. **Adultos:** em média 5 gotas em cada narina, 2 a 3 vezes ao dia.

FÓRMULA MULTIGEN AL:

Cada ml contém:	
<i>Pneumococcus</i> (I, II, III, V e VIII)	500 milhões
<i>Neisseria catarrhalis</i>	500 milhões
<i>Streptococcus pyogenes</i> (A, C e G)	500 milhões
<i>Haemophilus influenzae</i>	500 milhões
<i>Staphylococcus aureus</i>	1 bilhão
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	500 milhões
Alérgenos de poeira doméstica	0,04 mg
Nitrato de naltrexona	0,5 mg
Alérgenos de pólen de gramíneas	0,9 mg
Diacetato de clorofenina	0,05 mg
Tomersal (Timerosal)	100 mcg
Veículo q.s.p.	1 ml

APRESENTAÇÃO:

Frasco com 18 ml.

PRECAUÇÕES:

Em alguns casos pode haver leve aumento temporário dos sintomas alérgicos na fase inicial do tratamento. Tais reações são improváveis com Multigen-AL, devido à presença de descongestionantes na sua fórmula. As reações são consideradas um bom sinal para o tratamento.

O QUE É BOM, FICOU MAIS GOSTOSO!



Benflogin gotas sabor Tutti-Frutti é bom e eu gosto.



Como resultado de anos de cuidadosos estudos, agora BENFLOGIN GOTAS possui novo sabor: Tutti-Frutti.

O antiinflamatório de uso pediátrico mais prescrito no Brasil*.

* Fonte: Close-up/Out-85.

- A mesma pureza química.
- A mesma eficácia.
- A mesma tolerabilidade.

Benflogin[®]

SABOR GOTAS

TUTTI-FRUTTI

Labofarma

NOS ESTAMOS NO D.E.F. (SABE)
DICCIONÁRIO DE ESPECIALIDADES
MÉDICAS E COMPÊNDIO MÉDICO.