

"TER SAÚDE CUSTA": A PRIVATIZAÇÃO DO RISCO E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE EM UMA CRECHE PÚBLICA

"BEING HEALTHY COMES AT A COST": THE PRIVATIZATION OF RISK AND THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH IN A PUBLIC EARLY CHILDHOOD EDUCATION CENTER

Denise Ana Augusta dos Santos Oliveira², Laila Ayoub¹, Fábio Júnior Henriques Lira¹

1. Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade Afya UNIGRANRIO; fabiojrhl@gmail.com

2. Professor do PPGECS da Faculdade Afya UNIGRANRIO;

Eixo Temático: Sociedade, Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável

RESUMO

Introdução: Desigualdades socioambientais e descontinuidades assistenciais podem transferir a famílias e instituições educativas encargos de proteção diante de riscos coletivamente produzidos. **Objetivo:** Analisar como os determinantes sociais da saúde e lacunas na resolatividade do Sistema Único de Saúde influenciam o cuidado de crianças de um a três anos em uma creche pública, bem como as estratégias mobilizadas por familiares e profissionais da educação. **Método:** Estudo qualitativo interpretativo realizado na Baixada Fluminense, no Rio de Janeiro, com dois encontros grupais semiestruturados: um com 12 profissionais da educação e outro com 15 familiares. As transcrições e os formulários foram submetidos à análise temática de conteúdo. **Resultados:** Emergiram três eixos: exposição socioambiental e familiaridade com o risco; acesso aos serviços sem continuidade do cuidado; e redistribuição do trabalho de proteção entre famílias e creche. Os participantes relacionaram adoecimentos infantis a água de segurança incerta, esgoto a céu aberto e inundações, e descreveram itinerários assistenciais marcados por variabilidade, gastos diretos e sobrecarga. A creche recebeu crianças sintomáticas sem fluxo intersetorial definido e, simultaneamente, fortaleceu hábitos de higiene e alimentação. **Discussão:** Os achados indicam privatização do risco, com deslocamento de custos, decisões e trabalho de proteção para famílias e profissionais da educação. **Conclusão:** O cuidado integral requer continuidade na atenção primária, saneamento seguro, proteção financeira e articulação entre saúde, educação e assistência social.

Palavras-chave: Saúde da criança. Determinantes sociais da saúde. Assistência integral à saúde. Creches. Atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Introduction: Socioenvironmental inequalities and discontinuities in health care may transfer protective burdens to families and educational institutions when risks are collectively produced. **Objective:** To analyze how social determinants of health and gaps in the responsiveness of the Brazilian Unified Health System influence the care of children aged one to three years at a public daycare center, as well as the strategies mobilized by family members and education professionals. **Method:** An interpretive qualitative study was conducted in Baixada Fluminense, Rio de Janeiro, through two semistructured group meetings: one with 12 education professionals and another with 15 family members. Transcripts and forms underwent thematic content analysis. **Results:** Three themes emerged: socioenvironmental exposure and familiarity with risk; access to services without continuity of care; and redistribution of protective work between families and the daycare center. Participants associated childhood illnesses with water of uncertain safety, open sewage, and flooding and described care pathways marked by variability, direct expenses, and burden. The daycare center received symptomatic children without a defined intersectoral pathway while strengthening hygiene and eating habits. **Discussion:** The findings indicate privatization of risk, with costs, decisions, and protective work shifted to families and education professionals. **Conclusion:** Comprehensive care requires continuity in primary health care, safe sanitation, financial protection, and coordination among health, education, and social assistance.

Keywords: Child health. Social determinants of health. Comprehensive health care. Child day care centers. Primary health care.

INTRODUÇÃO

Os primeiros anos de vida são particularmente sensíveis às condições materiais, ambientais e relacionais em que o cuidado se realiza. O marco do cuidado responsivo reúne saúde, nutrição, segurança, responsividade e oportunidades de aprendizagem como dimensões interdependentes, sustentadas por políticas coordenadas, serviços acessíveis e apoio às pessoas que cuidam.¹ Essa perspectiva converge com a abordagem dos determinantes sociais da saúde, segundo a qual as iniquidades decorrem das condições de vida e da distribuição desigual de poder, dinheiro e recursos.² No Brasil, embora a mortalidade de menores de cinco anos tenha diminuído, em 2022 a mortalidade entre um e quatro anos foi 93% maior nos municípios do menor decil de desenvolvimento humano do que naqueles do maior decil.³

A resposta pública brasileira reconhece essa determinação social. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança incorpora vulnerabilidades, determinantes sociais e a necessidade de ambientes favoráveis à vida.⁴ Nessa perspectiva, risco e vulnerabilidade não são sinônimos: o risco se refere à probabilidade de ocorrência de um evento, enquanto a vulnerabilidade examina condições individuais, sociais e programáticas que ampliam exposições, restringem recursos protetivos e limitam respostas institucionais.⁵ A noção de privatização do risco permite observar como consequências e encargos coletivamente produzidos são deslocados para indivíduos e famílias quando os mecanismos públicos de proteção e partilha são insuficientes.⁶

Esse processo assume expressão concreta em territórios nos quais precariedades ambientais e descontinuidades assistenciais se sobrepõem. Em 2024, apenas 20% da população de Duque de Caxias era atendida por serviço de esgotamento sanitário, e 6,2% do volume estimado de esgoto gerado era coletado e tratado.⁷ Ao mesmo tempo, a creche pública integra a rede cotidiana de proteção à primeira infância: observa sintomas, ausências e dificuldades familiares, promove hábitos e precisa responder a demandas de saúde sem exercer atribuições clínicas. Embora políticas intersetoriais prevejam articulação entre educação e atenção primária, persistem cobertura parcial, ações pontuais e fragilidades de coordenação.⁸

Estudos brasileiros documentaram a distribuição socialmente desigual de problemas de saúde nos primeiros anos de vida e dificuldades na continuidade do cuidado infantil na atenção primária.^{9,10} Permanece menos explorado, contudo, como exposições territoriais, experiências de uso dos serviços e práticas de uma instituição de educação infantil se articulam no cotidiano para produzir proteção ou sobrecarga. Compreender esse mecanismo é relevante para deslocar a interpretação de uma suposta negligência familiar para as condições que limitam escolhas, recursos e respostas institucionais.

O objetivo deste estudo foi analisar como os determinantes sociais da saúde e as lacunas na resolutividade do Sistema Único de Saúde, em contexto de vulnerabilidade social, influenciam as dinâmicas de cuidado desenvolvidas por familiares e profissionais da educação de crianças de um a três anos de uma creche pública, bem como compreender as estratégias mobilizadas por esses sujeitos para assegurar o acesso ao cuidado e a efetivação do direito à saúde.

MÉTODO

Realizou-se estudo qualitativo de orientação interpretativa, adequado à análise de sentidos, experiências, contradições e práticas produzidos no contexto social dos participantes.¹¹ O campo foi uma unidade pública de educação infantil da Baixada Fluminense, no Rio de Janeiro, que atendia 257 crianças; 120 delas tinham entre um e três anos e estavam distribuídas em seis turmas de período integral.

Participaram 12 dos 18 profissionais da educação que atuavam diretamente com crianças dessa faixa etária e 15 familiares de crianças matriculadas. A seleção ocorreu por conveniência, segundo disponibilidade e concordância voluntária. Foram elegíveis profissionais com atuação direta junto às crianças, vínculo com a creche havia pelo menos seis meses e consentimento para participar. No grupo de familiares, foram incluídos responsáveis por crianças matriculadas que concordaram voluntariamente. Não houve recusas entre as pessoas convidadas; seis profissionais não estiveram presentes no dia da coleta.

O material empírico foi produzido em dois encontros grupais semiestruturados, realizados em sala reservada da creche. O encontro com profissionais ocorreu em 25 de agosto de 2025, com duração aproximada de 90 minutos; o encontro com familiares foi realizado em 15 de setembro de 2025 e durou cerca de 120 minutos. Um roteiro abordou concepções de saúde e adoecimento, problemas percebidos entre as crianças, moradia e saneamento, acesso aos serviços, estratégias familiares, relações entre famílias e creche, limites profissionais e protocolos institucionais. Os participantes também preencheram formulário para registrar informações adicionais. Os encontros foram gravados, transcritos e complementados por notas de campo.

As transcrições e os formulários foram submetidos à análise temática de conteúdo.¹² Três codificadores realizaram leitura integral, identificação de unidades de sentido, codificação, comparação entre os grupos e agrupamento por proximidade temática. Os temas foram derivados indutivamente; determinantes sociais da saúde, vulnerabilidade, continuidade do cuidado e organização social do cuidado foram mobilizados na interpretação. Relatos divergentes foram preservados, e a redação foi orientada pelos Critérios Consolidados para Relatos de Pesquisa Qualitativa.¹³ Por se tratar de investigação qualitativa, não foram estimadas frequências populacionais nem realizada análise estatística inferencial.

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 7.605.175 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética nº 88995025.1.0000.5283, em conformidade com as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e nº 510/2016.^{14,15} Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que autorizou a gravação e a reprodução anonimizada dos depoimentos.

RESULTADOS

A análise temática organizou o material em três eixos encadeados: exposição socioambiental e familiaridade com o risco; acesso aos serviços sem continuidade do cuidado; e redistribuição do trabalho de proteção entre famílias e creche. Em todos eles, a saúde infantil apareceu em episódios relatados de diarreia, febre, pneumonia, alterações cutâneas, sintomas respiratórios e necessidades de acompanhamento.

No primeiro eixo, familiares descreveram o uso de poços domésticos ou particulares e caracterizaram a água como alaranjada, turva, oleosa ou com ferrugem. Parte comprava galões para beber e preparar alimentos; outra havia improvisado filtro com pedra, areia e carvão, sem conseguir avaliar sua efetividade. O esgoto foi descrito como lançado em valas a céu aberto e nas ruas, com agravamento durante inundações. Os participantes aproximaram essas condições de episódios de infecção intestinal, diarreia prolongada, alterações cutâneas e infecções fúngicas. Essas associações representaram interpretações sobre suas experiências, sem confirmação clínica ou ambiental de causalidade.

No segundo eixo, a proximidade física dos serviços não correspondeu à percepção de acesso efetivo. Foram relatados dificuldade para marcar consultas, troca de profissionais, acesso limitado a especialistas e atendimentos considerados pouco resolutivos, ao lado de experiências positivas. A expressão “tem que ter sorte” sintetizou a percepção de

variabilidade e imprevisibilidade. Interrupções do seguimento foram descritas em necessidades como asma, alergia, cardiopatia, atraso do neurodesenvolvimento, infecções respiratórias e otites.

Para contornar esperas ou discontinuidades, as famílias combinaram consultas particulares, planos de saúde, farmácias, contatos com profissionais conhecidos, compra de medicamentos e cuidados domésticos. Essas estratégias exigiam deslocamentos, gastos, faltas ao trabalho e reorganização de quem permaneceria com a criança. O cuidado era sustentado, portanto, por recursos monetários e por trabalho familiar nem sempre visível.

No terceiro eixo, a presença de crianças sintomáticas gerou tensão entre familiares e profissionais. Estes relataram receio diante de febre, diarreia e outros sintomas porque não podiam administrar medicamentos e não percebiam protocolos claros de afastamento, retorno ou articulação com a saúde. Para familiares, as ligações da creche geravam urgência quando não era possível buscar imediatamente a criança. Paralelamente, atribuíram às atividades pedagógicas mudanças nos hábitos infantis de lavagem das mãos e consumo de frutas e verduras.

Em conjunto, os eixos mostraram uma redistribuição assimétrica do trabalho de proteção. Limitações da infraestrutura e da assistência ampliaram tarefas familiares, enquanto a ausência de fluxos intersetoriais deixou a creche responsável por situações para as quais não possuía atribuições clínicas. A privatização do risco foi reconhecida na passagem entre perigos coletivamente produzidos e encargos privados: comprar água, pagar consultas, faltar ao trabalho, encontrar cuidadores e decidir como manejar o adoecimento.

DISCUSSÃO

Os achados indicam que exposições socioambientais, discontinuidades assistenciais e organização cotidiana do cuidado não atuam de forma isolada. A precariedade do abastecimento de água e do esgotamento sanitário condicionava decisões domésticas de compra, fervura ou filtragem e ampliava preocupações com adoecimentos potencialmente preveníveis. Em outro território fluminense, episódios de diarreia em menores de cinco anos estiveram associados a inundações, esgoto a céu aberto, tratamento doméstico da água e baixa renda.¹⁶ Água segura, saneamento e higiene permanecem centrais à prevenção de doenças diarreicas, especialmente em crianças pequenas.¹⁷ A convergência sustenta a plausibilidade territorial dos relatos, sem autorizar inferência causal a partir deste estudo.

A variabilidade do atendimento e a interrupção de acompanhamentos evidenciaram que acesso geográfico não equivale à continuidade do cuidado. A longitudinalidade pressupõe vínculo estável, circulação de informações e reconhecimento da história da criança ao longo do tempo.^{10,18} Na primeira infância, essa continuidade é especialmente relevante porque desenvolvimento, recorrências de adoecimento e particularidades familiares precisam ser reconhecidos entre diferentes contatos assistenciais. Assim, o problema relatado não se restringiu a obter uma consulta, mas a sustentar trajetórias responsivas às necessidades de cada criança.

Quando a resposta pública era percebida como imprevisível, as famílias mobilizavam dinheiro, tempo e redes pessoais para produzir continuidade por conta própria. Embora renda e despesas não tenham sido mensuradas, os relatos revelaram mecanismos pelos quais lacunas assistenciais geram custos adicionais. Evidências com cuidadores no Rio de Janeiro mostram que menor renda, empréstimos, planos de saúde e circulação por vários serviços podem se associar a gasto catastrófico no cuidado infantil.¹⁹ A privatização do risco ajuda a explicar esse deslocamento de custos, decisões e trabalho sem reduzir as práticas domésticas a desconhecimento ou descuido.⁶

A creche ocupou posição ambivalente. Por um lado, recebeu crianças sintomáticas sem protocolos e fluxos sanitários pactuados; por outro, ampliou hábitos de higiene e alimentação. A literatura documenta circulação frequente de agentes respiratórios em creches, redução de gastroenterites após programas de higiene das mãos e desafios institucionais no manejo de doenças transmissíveis e problemas nutricionais.²⁰⁻²² A articulação intersetorial pode ampliar o cuidado integral quando estabelece responsabilidades, referência sanitária e comunicação regular, e não quando apenas transfere novas tarefas à educação.^{8,23}

A principal contribuição analítica do estudo está em mostrar o percurso entre perigo coletivamente produzido e trabalho privado de proteção. A categoria de privatização do risco tornou visíveis tarefas frequentemente naturalizadas, como comprar água, pagar consultas, reorganizar jornadas e manejar sintomas diante de orientações incertas. O referencial da vulnerabilidade acrescenta que a capacidade de responder a esses encargos é socialmente desigual, pois depende de recursos familiares, redes de apoio e respostas programáticas.⁵

A interpretação deve considerar que o estudo foi realizado em uma única instituição, com dois encontros grupais e seleção por conveniência. Não houve triangulação com prontuários, profissionais de saúde, dados ambientais ou mensuração de gastos; portanto, não foi possível estimar frequência de doenças, aferir a qualidade da água ou estabelecer causalidade. A presença de uma gestora na apresentação do estudo aos profissionais, ainda que sua participação tenha sido limitada, pode ter influenciado falas. Esses limites restringem a transferência dos achados, mas não anulam a consistência interna dos três eixos nem sua utilidade para formular hipóteses e orientar respostas intersetoriais.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou que a saúde de crianças pequenas era produzida na interseção entre condições socioambientais, continuidade dos serviços e trabalho cotidiano de cuidado. A privatização do risco permitiu explicar como perigos e descontinuidades de origem coletiva eram convertidos em gastos, decisões e tarefas assumidos por famílias e profissionais da educação. A creche ocupou posição dupla: absorveu demandas para as quais não dispunha de fluxo sanitário pactuado e, simultaneamente, promoveu práticas infantis de higiene e alimentação.

Os achados sustentam a necessidade de atenção primária de referência, fluxos pactuados para crianças sintomáticas, atuação intersetorial regular em territórios vulnerabilizados, acesso seguro à água e proteção financeira. Estudos futuros devem incluir serviços de saúde, dados ambientais e informações sobre custos, além de acompanhar longitudinalmente como a coordenação entre saúde, educação e assistência social modifica os encargos de cuidado e os desfechos infantis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization; United Nations Children's Fund. Nurturing care framework progress report 2018-2023: reflections and looking forward. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. World Health Organization. World report on social determinants of health equity. Geneva: World Health Organization; 2025.
3. Boing AF, Boing AC. Modestos avanços, persistentes desigualdades: mortalidade de crianças no Brasil de 2010 a 2022. *Rev Saude Publica*. 2025;59:e18. doi:10.11606/s1518-8787.2025059006452.
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. 6 ago 2015.
5. 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*. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p. 117-39.
6. Calhoun C. The privatization of risk. *Public Culture*. 2006;18(2):257-63. doi:10.1215/08992363-2006-001.

7. Instituto Água e Saneamento. O saneamento em Duque de Caxias (RJ): dados do SINISA 2024 e do Censo 2022 [Internet]. São Paulo: IAS; 2026 [citado 7 ago 2026]. Disponível em: <https://www.aguaesaneamento.org.br/municipios-e-saneamento/rj/duque-de-caxias>.
8. Rumor PCF, Heidemann ITSB, Souza JB, Manfrini GC, Souza JM. Programa Saúde na Escola: potencialidades e limites da articulação intersetorial para promoção da saúde infantil. *Saude Debate*. 2022;46(n esp 3):116-28. doi:10.1590/0103-11042022E308.
9. Nunes BP, Flores TR, Miranda VIA, Lutz BH, Guttier MC, Silveira M, et al. Socioeconomic inequalities in health problems in the first two years of life: Pelotas (Brazil) birth cohort, 2015. *Cad Saude Publica*. 2024;40(10):e00208022. doi:10.1590/0102-311XEN208022.
10. Hirano AR, Picco TM, Pimenta RA, Baggio MA. Continuidade do cuidado da criança na Atenção Primária à Saúde em região de fronteira. *Interface (Botucatu)*. 2023;27:e220697. doi:10.1590/interface.220697.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-57. doi:10.1093/intqhc/mzm042.
14. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CNS; 2012.
15. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília, DF: CNS; 2016.
16. Aguiar KCG, Cohen SC, Maciel EMGS, Kligerman DC. Fatores de risco para ocorrência de diarreia em crianças residentes na Ilha de Guaratiba (RJ). *Saude Debate*. 2020;44(124):205-20. doi:10.1590/0103-1104202012415.
17. World Health Organization. Drinking-water [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [citado 7 ago 2026]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water>.
18. Maciel AMM, Lettiere-Viana A, Mishima SM, Fermino TZ, Matumoto S. A longitudinalidade do cuidado sob a perspectiva dos usuários da Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2024;58:e20240051. doi:10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0051pt.
19. Barros LBP, Zin A, Moreira MCN, Santos MS, Costa ACC, Campos DS, et al. Gasto catastrófico em crianças com deficiência visual: estudo transversal com cuidadores no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2024;40(9):e00167723. doi:10.1590/0102-311XPT167723.
20. Bonfim CM, Nogueira ML, Simas PVM, Gardinassi LGA, Durigon EL, Rahal P, et al. Frequent respiratory pathogens of respiratory tract infections in children attending daycare centers. *J Pediatr (Rio J)*. 2011;87(5):439-44. doi:10.2223/JPED.2126.
21. Azor-Martínez E, García-Fernández L, Strizzi JM, Cantarero-Vallejo MD, Jiménez-Lorente CP, Balaguer-Martínez JV, et al. Effectiveness of a hand hygiene program to reduce acute gastroenteritis at child care centers: a cluster randomized trial. *Am J Infect Control*. 2020;48(11):1315-21. doi:10.1016/j.ajic.2020.03.011.
22. Konstantyner T, Konstantyner TCRO, Toloni MHA, Longo-Silva G, Taddei JAAC. Challenges in the management of nutritional disorders and communicable diseases in child day care centers: a quantitative and qualitative approach. *Glob Health Promot*. 2017;24(1):34-42. doi:10.1177/1757975915590576.
23. Moura CS, Grossi-Milani R, Mendonça FF, Loch MR. Estratégias de promoção da saúde na primeira infância: tecendo redes locais. *Saude Debate*. 2022;46(n esp 5):45-56. doi:10.1590/0103-11042022E504.