

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

ANA PAULA GARBUIO CAVALHEIRO

**O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE E SUA
REPERCUSSÃO NA MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE PONTA
GROSSA - PR**

PONTA GROSSA
2017

ANA PAULA GARBUIO CAVALHEIRO

**O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE E SUA
REPERCUSSÃO NA MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE PONTA
GROSSA**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Ponta Grossa como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais Aplicadas.

Orientadora: Profª Drª Jussara Ayres Bourguignon.

Coorientadora: Profª Drª Marcia Helena Baldani Pinto.

PONTA GROSSA
2017

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Setor de Tratamento da Informação BICEN/UEPG

C376 Cavalleheiro, Ana Paula Garbuio
O processo de implementação da rede mãe paranaense e sua repercussão na mortalidade infantil no município de Ponta Grossa/ Ana Paula Garbuio Cavalleheiro. Ponta Grossa, 2017. 229f.

Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas - Área de Concentração: Cidadania e Políticas Públicas), Universidade Estadual de Ponta Grossa.

Orientadora: Prof^a Dr^a Jussara Ayres Bourguignon.

Coorientadora: Prof^a Dr^a Marcia Helena Baldani Pinto.

1.Mortalidade infantil. 2.Política de saúde. 3.Redes Mãe Paranaense. 4.Redes Cegonha. I.Bourguignon, Jussara Ayres. II. Pinto, Marcia Helena Baldani. III. Universidade Estadual de Ponta Grossa. Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas. IV. T.

CDD: 362.7

TERMO DE APROVAÇÃO

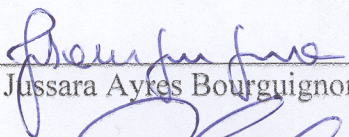
ANA PAULA GARBUIO CAVALHEIRO

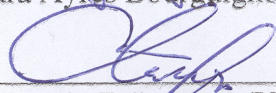
O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE E SUA REPERCUSSÃO NA MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA - PR

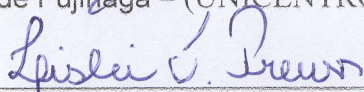
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, pela seguinte banca examinadora:

Ponta Grossa, 21 de março de 2017.

Assinatura pelos Membros da Banca:


Dra. Jussara Ayres Bourguignon - (UEPG) – Presidente


Dra. Cristina Ide Fujinaga – (UNICENTRO)


Dra. Lislei Teresinha Preuss – (UEPG)


Dra. Danuta Estrufica Cantóia Luiz – (UEPG) - Suplente

Dedico este trabalho aos inúmeros recém-nascidos que foram à óbito e que compuseram as estatísticas vitais desta pesquisa. Eles apresentam-se como vítimas das desigualdade sociais, tão fortemente presente no mundo, sobretudo no Brasil, que culminaram nas dificuldades de acesso a serviços de saúde na medida e na qualidade que necessitavam. Dedico a eles, que pagaram com a vida as fragilidades estruturais, organizacionais e de gestão de políticas públicas de enfrentamento à esta problemática, em níveis nacionais e internacionais.

AGRADECIMENTOS

À Deus, que tudo proveu.

Ao meu esposo César, pela paciência e amor.

À meus filhos Leonardo e Diego, por entenderem minhas ausências e me darem forças renovadas a cada dia.

À minha mãe Iara, pelo apoio e cuidado com meus filhos, durante minhas ausências para a realização deste.

Ao meu pai, Mário Jorge, por sempre acreditar em mim.

Às minhas irmãs Karen, Maiara e Maria Vitória pela parceria de sempre.

À minha cunhada Mariane e minha sogra Salete, pelo apoio e incentivo.

À Jussara Ayres Bourguignon, minha orientadora, pela disposição e encorajamento.

À todos, que de forma direta ou indireta, contribuíram para realização desta pesquisa.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”
Charles Chaplin

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo descrever o processo de implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa, para verificar sua repercussão na mortalidade infantil. Trata-se de uma pesquisa interdisciplinar em ciências sociais aplicadas, cuja abordagem é qualiquantitativa do tipo exploratória e descritiva. Esta foi estruturada a partir de pesquisa bibliográfica, pesquisa documental, com recorte temporal entre os anos de 2012 a 2014, e pesquisa de campo, por meio de entrevistas semi-estruturadas junto a cinco participantes, que foram eleitos a partir da função que exerciam na gestão e implementação de ações da Rede Mãe Paranaense, nos meses de julho e agosto de 2016. O conteúdo das entrevistas, bem como os resumos e relatos dos óbitos, foram analisados pelo modelo da análise de conteúdo. Para fins organizacionais o trabalho foi dividido em quatro capítulos, sendo o primeiro intitulado “Concepções contemporâneas acerca do Estado, direitos e políticas públicas para o entendimento das políticas de enfrentamento à mortalidade infantil brasileiras”, que teve como objetivo trazer ao debate a origem do Estado Moderno e Contemporâneo, bem como a formação do Estado no Brasil. Esta abordagem antecedeu o debate sobre a origem e a efetivação dos direitos por meio das políticas públicas. O capítulo avança para o debate sobre a Política Social, a Política de Saúde e as Políticas de enfrentamento à mortalidade infantil brasileiras. O segundo capítulo, denominado “Mortalidade na Infância e Mortalidade Infantil” objetiva apresentar os conceitos de mortalidade infantil e mortalidade na infância, bem como apontar os perfis destes indicadores na realidade nacional e internacional. O terceiro capítulo, que tem como título “Redes de Atenção Materno Infantil” apresenta a conceituação, caracterização e operacionalização das Redes de Atenção à Saúde – RAS, bem como o marco conceitual da Rede Cegonha, em âmbito nacional, e da Rede Mãe Paranaense, em âmbito estadual. O quarto capítulo referenciado como “Percepções referentes à implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa e sua repercussão na mortalidade infantil sob a óticas dos participantes da pesquisa” objetiva apresentar a análise dos materiais coletados a partir de sua categorização. O que se evidencia na pesquisa realizada é que em função da fragmentação do processo de implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa, não se observaram reduções da mortalidade infantil no primeiro triênio após sua implantação, sobretudo entre os óbitos em menores de 06 dias de vida. Evidenciou-se ainda que fatores socioeconômicos e demográficos maternos são decisivos na ocorrência do óbito infantil no referido município.

Palavras-chave: Mortalidade Infantil, Política de Saúde, Rede Mãe Paranaense, Rede Cegonha.

ABSTRACT

The present work aims to describe the process of implementation of the Mãe Paranaense Network in the city of Ponta Grossa, to verify its repercussion on infant mortality. This is an interdisciplinary research in applied social sciences, whose approach is qualitative quantitative exploratory and descriptive. This study was structured based on bibliographic research, documentary research, with a temporal cut between the years of 2012 to 2014, and field research, through semi-structured interviews with five participants, who were elected based on their role in the Management and implementation of actions of Rede Mãe Paranaense in July and August 2016. The content of the interviews, as well as the summaries and reports of deaths, were analyzed by the content analysis model. For organizational purposes, the study was divided into four chapters, the first one entitled "Contemporary conceptions about the State, rights and public policies for the understanding of Brazilian child mortality coping policies", which aimed to bring the State's origin to the debate Modern and Contemporary, as well as the formation of the State in Brazil. This approach preceded the debate on the origin and realization of rights through public policies. The chapter advances to the debate on the Brazilian Social Policy, Health Policy and Policies to combat infant mortality. The second chapter, entitled "Mortality in Childhood and Infant Mortality", aims to present the concepts of infant mortality and infant mortality, as well as to indicate the profiles of these indicators in national and international reality. In the third chapter, which has the title "Networks of Maternal and Child Care" will be presented the conceptualization, characterization and operationalization of Health Care Networks - RAS, as well as the conceptual framework of the Stork Network, at the national level, and the Mãe Paranaense Network, At the state level. The fourth chapter referred to as "Perceptions regarding the implementation of the Mãe Paranaense Network in the city of Ponta Grossa and its repercussion on infant mortality from the perspective of the research participants" aims to present the analysis of the materials collected from their categorization. What is evidenced in the research carried out is that due to the fragmentation of the process of implementation of the Mãe Paranaense Network in the city of Ponta Grossa, there were no reductions in infant mortality in the first triennium after its implantation, especially among deaths in children under 06 days Of life. It was also evidenced that maternal socioeconomic and demographic factors are decisive in the occurrence of infant death in said municipality.

Key words: Infant Mortality, Health Policy, Mãe Paranaense Network, Stork Net.

LISTA DE SIGLAS

Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS – Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
Cebes – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CIB – Comissão Intergestora Bipartite
CIR – Comissão Intergestora Regional
CIT – Comissão Intergestora Tripartite
CNDSS – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CPMMI – Comitê de Prevenção de Mortalidade Materna e Infantil
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema único de Saúde
DO – Declaração de Óbito
DN – Declaração de Nascimento
ESF – Estratégia Saúde da Família
GTA - Grupo Técnico de Atenção
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDB – Indicadores Básicos para a Saúde
IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
Ipea – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODM – Objetivos Desenvolvimento do Milênio
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
PAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PPA – Plano Plurianual
PSF – Programa Saúde da Família
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RC – Rede Cegonha

RIPSA - Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RNBP – Recém-nascidos de Baixo Peso

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

SIMI – Sistema Informação Mortalidade Infantil do Paraná

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SPB – Sociedade Brasileira de Pediatria

SUS – Sistema Único de Saúde

TMI – Taxa de Mortalidade Infantil

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Série histórica da Mortalidade Infantil brasileira no século XX	82
Quadro 2 – Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa	105
Quadro 3 – Mortes Infantis Evitáveis por região brasileira no ano de 2014	126
Quadro 4 – As diferenças entre as condições agudas e crônicas	132
Quadro 5 – Fundamentos Organizacionais das Redes da Atenção à Saúde	136
Quadro 6 – Elementos Constitutivos das Redes de Atenção à Saúde	137
Quadro 7 – Sistema Manchester de classificação de risco	144
Quadro 8 – Desafios e soluções para a agudização das Condições Crônicas	145
Quadro 9 – Modelo de Atenção Crônica	146
Quadro 10 – Componentes da Rede Cegonha	151
Quadro 11 – Estrutura Operacional da Rede Cegonha	153
Quadro 12 – Elementos Constitutivos da Rede Mãe Paranaense	159
Quadro 13 – Modelo de Atenção à Saúde - Estratificação do Risco Gestacional ...	160
Quadro 14 – Modelo de Atenção à Saúde - Estratificação do Risco Infantil	161
Quadro 15 – Participantes da pesquisa e suas características	174
Quadro 16 – Eixos de Análise qualiquantitativos	174
Quadro 17 – Categorias de análise qualiquantitativas	178

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Under-five mortality rate by region, 1990 and 2011, and percentage decline over this period	92
Gráfico 2 – Several populous middle-income countries have posted rapid declines in under-five mortality in recent decades.....	94
Gráfico 3 – Taxa de Mortalidade na Infância – 1990 a 2011	95
Gráfico 4 – Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos).....	97
Gráfico 5 – Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos) segundo componentes.....	98
Gráfico 6 – Série histórica da mortalidade infantil perinatal, neonatal precoce, neonatal tardia, pós-neonatal, Paraná, 2001 a 2011	103
Gráfico 7 – Coeficiente de Mortalidade Infantil/1000 Nascidos Vivos Brasil, Paraná e Ponta Grossa - 1996 a 2016	107
Gráfico 8 – Mortalidade Infantil segundo seus componentes	108
Gráfico 9 – Série Histórica da Mortalidade Infantil Paranaense entre os anos de 2001 a 2011	155
Gráfico 10 – Coeficiente da Mortalidade Infantil Brasil, Paraná e Ponta Grossa 1996 a 2016	182
Gráfico 11 – Componentes da Mortalidade Infantil no município de Ponta Grossa 1996 a 2016	183
Gráfico 12 – Renda Média Familiar	191
Gráfico 13 – Escolaridade Materna	194
Gráfico 14 – Situação Conjugal Materna.....	195
Gráfico 15 – Local de Residência.....	198
Gráfico 16 – Condições de Moradia	199
Gráfico 17 – Análise da implementação da Rede Mãe Paranaense sob o enfoque dos participantes da pesquisa	207
Gráfico 18 – Relatos dos familiares dos recém-nascidos em óbito do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do município de Ponta Grossa dos anos de 2012 a 2014, 2016	211

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Explicativo para a Mortalidade Infantil	111
Figura 2 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.....	129
Figura 3 – A estrutura operacional das redes de atenção à saúde	142

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1 - CONCEPÇÕES CONTEMPORÂNEAS ACERCA DO ESTADO, DIREITOS E POLITICAS PÚBLICAS PARA O ENTENDIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO À MORTALIDADE INFANTIL BRASILEIRA..	25
1.1 O DEBATE SOBRE ESTADO COMO SUBSÍDIO NECESSÁRIO PARA A COMPREENÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	25
1.1.1 O Estado Moderno	27
1.1.2 O Estado Contemporâneo.....	31
1.1.3 O Estado Brasileiro.....	33
1.1.4 Os Direitos Sociais	42
1.1.5 Políticas Públicas: efetivação dos direitos sociais	48
1.2 A POLÍTICA SOCIAL	53
1.3 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA	59
1.3.1 Aspectos históricos da política de saúde brasileira	62
1.4 POLÍTICAS DE SAÚDE DE ENFRENTAMENTO À MORTALIDADE INFANTIL BRASILEIRA	80
1.4.1 Políticas e Programas de Saúde Materno-infantis de enfrentamento à Mortalidade Infantil no Brasil	83
CAPÍTULO 2 - MORTALIDADE NA INFÂNCIA E MORTALIDADE INFANTIL	88
2.1 DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA MORTE INFANTIL NA REALIDADE NACIONAL E INTERNACIONAL.....	88
2.2 A MORTALIDADE INFANTIL NO ESTADO DO PARANÁ E NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA – PR.....	100
2.3 FATORES ASSOCIADOS À MORTALIDADE INFANTIL.....	109
2.4 SISTEMAS NACIONAIS DE INFORMAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL	118
2.5 VIGILÂNCIA DO ÓBITO INFANTIL	121
2.6 MORTES EVITÁVEIS.....	125
CAPÍTULO 3 - REDES DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL.....	128
3.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS.....	128
3.1.1 Conceituação e Caracterização das RAS	128

3.1.2 Histórico das RAS	133
3.1.3 Fundamentos Organizacionais e Elementos Constitutivos das RAS.....	135
3.2 REDE CEGONHA	147
3.3 REDE MÃE PARANAENSE	155
3.3.1 A Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa	162
CAPÍTULO 4 - PERCEPÇÕES REFERENTES À IMPLEMENTAÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA E SUA REPERCUSSÃO NA MORTALIDADE INFANTIL SOB A ÓTICAS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	166
4.1 MORTALIDADE INFANTIL E REDE MÃE PARANAENSE NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA.....	178
4.2 FATORES DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS ASSOCIADOS À MORTALIDADE INFANTIL	186
4.2.1 Renda Média Familiar	190
4.2.2 Escolaridade Materna.....	192
4.2.3 Situação Conjugal Materna	195
4.2.4 Local de residência e condições de moradia.....	196
4.3 IMPLEMENTAÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE	200
4.4 PERCEPÇÕES DA MORTALIDADE INFANTIL PARA OS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	204
CONCLUSÃO	213
REFERÊNCIAS.....	216
APÊNDICES - ROTEIRO DE ENTREVISTAS	230

INTRODUÇÃO

O processo de implementação, entendido como uma das etapas do “*policy cycle*”¹ (JANUZZI, 2016, p. 32) faz referência a um “conjunto de ações realizadas, por grupos ou atores de natureza pública ou privada, para a consecução de objetivos definidos” (JANUZZI, 2016, p. 36) no processo de formação das políticas públicas.

As políticas públicas por sua vez, são entendidas como ações governamentais que se estruturam a partir de interesses sociais organizados oriundos de problemas sociais que se materializam em programas, projetos e serviços (SILVA, 2008) direcionados à sociedade.

Desta forma, os programas públicos² devem estar voltados para o enfrentamento de problemas socialmente identificados e seus objetivos e modelos de intervenção devem atender à solução de tais problemas sociais (GARCIA, 2001; JANUZZI, 2016).

Inúmeros são os problemas sociais que carecem de intervenções públicas em âmbito nacional. Neste trabalho, focar-se-á a problemática da mortalidade infantil e todas as suas causas e consequências, por este se apresentar como um problema social incompatível com o nível de desenvolvimento econômico do Brasil. (BRASIL, 2009)

A renda *per capita*, a escolaridade, as condições de habitação, a mortalidade infantil e as morbidades representam indicadores socioeconômico³ e de saúde⁴ de

¹ Policy Cycle: termo usado nas Ciências Políticas que refere-se a um ciclo composto por etapas sucessivas (definição da agenda, formulação de políticas e programas, tomada de decisão, implementação e avaliação) que estruturam as políticas públicas. (JANUZZI, 2016)

² Programas públicos: constituem-se “de um conjunto sistêmico de ações programadas e articuladas entre si, formulado para atender uma demanda pública específica, encampada na agenda de prioridades de políticas do Estado ou do governo vigente.” (JANUZZI, 2016, p. 15)

³ Indicadores Socioeconômicos: apontam o nível de desenvolvimento de um país a partir da compilação dos seguintes indicadores: Produto Interno Bruto (PIB) (soma de bens e serviços produzidos por uma nação no decorrer de um ano. Ajuda a medir a capacidade de produção de um país: quanto maior o PIB, mais rica é a nação); Renda *per capita* (é o PIB de um país dividido pelo número de seus habitantes. Não configura a realidade porque é uma estimativa média da renda anual de cada habitante); Mortalidade infantil (indica o número de crianças que morrem antes de completar um ano de idade, para cada grupo de 1 000 crianças que nasceram vivas. Quanto maior o índice de mortalidade infantil, pior as condições sociais do país); expectativa de vida (é a estimativa do tempo de vida que os habitantes de um país deverão ter. Quanto melhores as condições sociais, maior a

grande relevância para se definir o grau de desenvolvimento de um país. Todos estes indicadores são importantes, porém, nenhum expressa tão bem o perfil de socioeconômico e de saúde de uma sociedade como a mortalidade infantil (BERGAMO, 1996).

A morte de crianças, sobretudo em seu primeiro ano de vida, merece destaque por refletir a sensibilidade que estas apresentam às condições ambientais às quais estão expostas, bem como seus ascendentes e descendentes. Além disso, os indicadores de mortalidade infantil, sintetizam as condições de bem-estar social, político e ético de dada sociedade ao demonstrar o compromisso desta com sua produção social, ou seja, “em que medida esta sociedade protege sua renovação geracional” (TOME, 1999 p. 82).

Em níveis mundiais, a mortalidade infantil têm apresentado queda expressiva nos séculos XX e XXI, caindo de 87 óbitos, em menores de cinco anos de vida a cada mil nascidos vivos no ano de 1990, para 51 óbitos, em menores de cinco anos de vida a cada mil nascidos vivos no ano de 2011, perfazendo um total de queda de 41% no período compreendido (UNICEF, 2012). Porém tais quedas não se apresentam uniformemente distribuídas pelo globo terrestre.

Constata-se a partir de estudos realizados pela Unicef (2012) que a região do planeta que menos apresentou queda na mortalidade infantil, entre os anos de 1990 a 2011, foi a África sub-sahariana, correspondendo com 39% de queda dos óbitos infantis no período analisado. Em contrapartida, a região mundial que mais se destacou no que tange a queda dos óbitos infantis no mesmo período analisado, foi a que compreende a América Latina e Caribe, que juntas apresentaram 64% de redução dos óbitos infantis mundiais.

esperança ou expectativa de vida); escolaridade (mede o grau de instrução da população. Quanto mais tempo de estudo, melhores os indicadores sociais do país) e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (é considerado o indicador socioeconômico mais amplo e mais completo porque leva em conta três aspectos: a expectativa de vida, o grau de escolaridade e a renda per capita. O IDH é uma média dos valores que correspondem ao conjunto desses três aspectos e varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, melhor o IDH de uma nação). <http://cidinhacoinete.blogspot.com.br/2011/05/indicadores-socioeconomicos-para.html> acesso: 16/12/2016.

⁴ Indicadores de Saúde: “em termos gerais, os indicadores de saúde são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde.” (RIPSA, 2008, p. 13)

Assim, como no mundo, a mortalidade infantil brasileira têm apresentado queda expressiva nos séculos XX e XXI, caindo de 168 óbitos em menores de um ano de vida a cada mil nascidos vivos no ano de 1920 (IBGE, 1999), para 15 óbitos a cada mil nascidos vivos no ano de 2011. (IPEA, 2014). Observa-se que tal queda foi possível graças à ampliação de direitos sociais no país, que propiciou a incorporação de redes de proteção social à mulher, à gestante, à gestação, ao parto e ao recém-nascido, bem como à implantação e implementação de políticas públicas, sociais e de saúde, direcionadas ao enfrentamento dessa problemática em níveis nacionais.

Contudo, o Brasil ainda apresenta desigualdades regionais quanto à mortalidade infantil. A região norte e nordeste concentra o maior número de óbitos infantis, quando comparado à região sul brasileira, que apresenta o menor índice de mortalidade infantil do país. Acredita-se que os fatores socioeconômicos, políticos e de organização social tenham contribuído decisivamente para tais discrepâncias (BRASIL, 2012).

Além desta constatação, evidencia-se em material editado pelo IBGE (1999) que grande parte dos óbitos infantis poderiam ser evitados com medidas sócio-políticas e de saúde, estabelecidas pelas políticas públicas, tais como:

- educação em saúde,
- escolaridade materna,
- fatores socioeconômicos (habitação, renda familiar),
- saneamento básico,
- nutrição materna e infantil adequadas,
- acesso à rede de imunobiológicos,
- acesso à serviços de saúde e
- qualidade na atenção à saúde.

Diante disso, justifica-se a importância do estabelecimento de um Estado brasileiro interventor nas questões referentes à elaboração, implantação e implementação de políticas públicas direcionadas a resolver os problemas advindos da sociedade brasileira, donde o qual cita-se a mortalidade infantil.

A partir de tais identificações, acredita-se que as questões que envolvem a mortalidade infantil e todas as causas e consequências a ela relacionadas, não podem ser analisadas sob a ótica isolada das ciências da saúde. Devem ser

complementadas com as ciências sociais e humanas, em um intercâmbio de saberes próprios, de cada área do conhecimento, que juntos elucidam o objeto desta pesquisa, que pretende focar o “Processo de Implementação da Rede Mãe Paranaense e sua repercussão na Mortalidade Infantil no município de Ponta Grossa- PR.”

Desta forma, imbuída da perspectiva interdisciplinar como possibilitadora do desenvolvimento integral desta pesquisa, procurou-se o Programa Interdisciplinar de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, no Estado do Paraná, para desvendar sua problemática.

O desejo em pesquisar sobre o tema referido, deu-se a partir da inquietação subjetiva da referida acadêmica diante da problemática da mortalidade infantil no município de Ponta Grossa. Este desejo foi aumentado pela atuação profissional, da mesma, como enfermeira do Ambulatório do Recém-nascido de Risco e membro do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do Município de Ponta Grossa, de setembro de 2009 a maio de 2016.

A pergunta de partida que gerou os demais itens da pesquisa se concentrou em identificar como se apresenta o perfil da mortalidade infantil no município de Ponta Grossa após a implantação e implementação das ações da Rede Mãe Paranaense? A partir desta, outros questionamentos se fizeram tais como:

- que grupos socioeconômicos estão mais vulneráveis à Mortalidade Infantil no município de Ponta Grossa?
- como os gestores municipais avaliam a problemática da Mortalidade Infantil no Município de Ponta Grossa?
- como as equipes de saúde avaliam a problemática da Mortalidade Infantil no Município de Ponta Grossa?
- como as famílias envolvidas no processo da mortalidade infantil avaliam a problemática?
- como se dá o processo de avaliação do Programa Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa?

Diante de tais questionamentos, a presente pesquisa teve como objetivo geral descrever o processo de implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa para verificar sua repercussão na mortalidade infantil.

Em referência ao objetivo geral, a pesquisa aponta os objetivos específicos, que buscam analisar o perfil socioeconômico dos grupos mais vulneráveis a Mortalidade Infantil, no município de Ponta Grossa, a partir dos casos de morte infantil; compreender como os gestores em saúde, envolvidos com o Programa Rede Mãe Paranaense, avaliam a implementação da Rede Mãe Paranaense e a problemática da mortalidade infantil no município de Ponta Grossa; identificar o significado atribuído à mortalidade infantil a partir dos familiares dos recém-nascidos que foram a óbito no referido período.

Para o desenvolvimento da pesquisa foi eleita a abordagem quali quantitativa que segundo Minayo (1993) estabelece-se pela relação das abordagens quantitativas e qualitativas cujos resultados não se reduzem a idéia de oposição ou contradição, mas ao contrário, pela relação de complementaridade. Neste tipo de estudo, as relações sociais podem ser analisadas em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos” e aprofundados em seus significados mais essenciais. Desta forma, “o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa” (MINAYO, 1993, p. 247).

Após a escolha da abordagem, definiu-se que a pesquisa seria do tipo exploratória e descritiva. A pesquisa exploratória foi eleita por possibilitar a aproximação da pesquisadora à realidade que se pretendia conhecer para o domínio teórico necessário ao desenvolvimento da mesma (BOURGUIGNON, OLIVEIRA, SGARBIERO, 2012). Quanto à pesquisa descritiva, que tem como premissa conhecer a comunidade, seus traços característicos, suas gentes e seus problemas, (TRIVIÑOS, 1987) foi eleita por possibilitar a pesquisadora descrever sobre o objeto da pesquisa, bem como sobre seus objetivos.

O processo de construção científica foi arquitetado em quatro momentos donde o primeiro foi a pesquisa bibliográfica em livros, revistas e artigos científicos nacionais e internacionais sobre questões referentes ao Estado, direitos, políticas públicas, política social, política de saúde, políticas de enfrentamento à mortalidade infantil, mortalidade infantil, mortalidade na infância e Redes de Atenção materno-infantis - Rede Cegonha e Rede Mãe Paranaense. Para contemplar os referidos temas, foram utilizando autores como Bobbio (1998), Teixeira (2007), Bravo (1991), Paim (2010), Fleury (2008), Unicef (2012; 2014), Mendes (2011) entre outros que

proporcionaram o desenvolvimento do referencial teórico necessário ao estabelecimento deste trabalho.

Esta pesquisa possibilitou a identificação de que a redução da mortalidade infantil é diretriz primordial de muitos países do planeta, em especial os países em desenvolvimento. O reconhecimento da magnitude deste indicador como índice de desenvolvimento de uma nação fez com que a Organização das Nações Unidas (ONU) elegesse a redução mortalidade infantil como um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM a ser alcançado. Nesta perspectiva, pactuaram 189 países, incluindo o Brasil, com a meta de reduzir a Taxa de Mortalidade Infantil em dois terços entre 1990 a 2015 (ONU, UNICEF, OMS, BRASIL, 2009, p. 6)⁵.

Imbuído de tal meta, o Brasil, representado pelo Ministério da Saúde, lançou nas últimas três décadas algumas Políticas e Programas de enfrentamento à mortalidade infantil. Dentre eles o mais atual, a Rede Cegonha, instituída sob a Portaria Nº 1.459 de 24 de junho de 2011, que objetiva entre outros, “reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal” (BRASIL, 2011) em todo território nacional a partir da reorganização da rede materno-infantil.

A implantação da Rede Cegonha no Estado do Paraná ganha contornos peculiares locais, baseados na experiência exitosa do programa Mãe Curitibana⁶ (PARANÁ, 2011) e se estrutura na Rede Mãe Paranaense, que tem por objetivo “garantir a todas as gestantes paranaenses assistência no pré-natal com qualidade (consultas e exames), encaminhamento para o atendimento às gestações de risco e monitoramento das crianças até 24 meses de vida” (PARANÁ, 2011). Como estratégia de ação, a Rede Mãe Paranaense foi implantada, concomitantemente, entre os 399 municípios do Estado do Paraná no ano de 2012 e implementada desde então.

⁵ Em 1990 a Taxa de Mortalidade infantil era de 58 óbitos entre crianças menores de cinco anos de vida a cada mil que nasciam viva. (UNICEF, 2012)

⁶ O Programa Mãe Curitibana, implantado em março de 1999, tem como propósito a melhoria da qualidade do pré-natal, a garantia do acesso ao parto, com a complexidade e qualidade necessários, a consulta puerperal precoce, com vistas à detecção e manejo das possíveis complicações, bem como o reforço do estímulo ao aleitamento materno. O objetivo do Programa Mãe Curitibana é humanizar o atendimento, aumentar a segurança e melhorar a qualidade do atendimento às gestantes e crianças de Curitiba. MÃE CURITIBANA. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/mae-curitibana>>. Acesso em: 28 jun. 2016.

Aproximando-se ao campo da pesquisa, chega-se a um dos 399 municípios paranaenses, o município de Ponta Grossa. Segundo o organograma municipal, a Secretaria Municipal de Saúde subdivide-se em:

- Atenção Básica (02 Unidades Básicas de Saúde, 48 Unidades de Saúde da Família, 80 Equipes de Saúde da Família, 05 Núcleos de Atenção à Saúde da Família e 01 Melhor em Casa)
- Atenção Especializada (Ambulatório de Pediatria de Alto Risco, Centro Municipal da Mulher, Saúde do Escolar, Centro Municipal de Especialidades, Órteses e Próteses, Central de Consultas e Fisioterapia),
- Atenção Hospitalar (Hospital Municipal Dr. Amadeu Puppi e Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira),
- Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental e Vigilância em Saúde do Trabalhador),
- Atenção Psicosocial (CAPS AD, CAPS TM, CAPS I e Ambulatório Saúde Mental)⁷ (PONTA GROSSA, 2013).

A Atenção Básica, por representar o maior volume de ações e informações em saúde, é dividida em seis distritos sanitários, sendo eles:

- Oficinas,
- Uvaranas I e II,
- Santa Paula,
- Nova Rússia e
- Esplanada.

Cada distrito é representado por um quantitativo específico de Unidades Básicas de Saúde e/ou Unidades de Saúde da Família sendo estas as responsáveis pela execução dos procedimentos operacionais básicos, instituídos na Linha Guia Mãe Paranaense, diretamente para as gestantes, puérperas e recém-nascidos adscritos à suas áreas de abrangência. Os demais pontos de atenção à saúde (especializada, hospitalares e vigilância) atuam como sistemas de apoio terapêutico, diagnóstico e de vigilância das ações em saúde materno-infantis.

⁷ CAPS AD – Centro de Atenção Psicosocial Alcool e Drogas; CAPS TM – Centro de Atenção Psicosocial Transtornos Mentais; CAPS I – Centro de Atenção Psicosocial Infantil.

Ao final da pesquisa bibliográfica, iniciou-se o segundo momento do trabalho, a pesquisa documental (abordagem quantitativa). Foi realizada com intenção de buscar dados epidemiológicos e estatísticos em manuais, leis, portarias e decretos sobre série histórica dos óbitos infantis nacionais e internacionais dos séculos XX e XXI com ênfase para as décadas de 1990 a 2010. Para o desenvolvimento desta pesquisa foram utilizados os bancos de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do DATASUS, do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc), do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), da Vigilância em Saúde do Município de Ponta Grossa e dos resumos dos óbitos infantis e relatos dos familiares dos recém-nascidos que foram à óbito entre os anos de 2012 a 2014 no município de Ponta Grossa contidos nos documentos de análise de óbitos infantis do Comitê Municipal Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil do município de Ponta Grossa.

Concluindo-se o segundo momento do trabalho, passou-se ao início do terceiro, que dedicou-se a execução da pesquisa de campo (abordagem qualitativa). Esta etapa do trabalho foi realizada no município de Ponta Grossa entre os meses de agosto e setembro de 2016. Os instrumentos de coleta de dados que subsidiaram esta pesquisa foram entrevistas semi-estruturadas com perguntas abertas, as quais possibilitaram aos entrevistados “discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (CAVALCANTI; MINAYO, 2009).

Especificamente nesta pesquisa, este método de coleta de dados tinha como objetivo “coletar informações detalhadas quanto à experiência social dos sujeitos participantes da pesquisa” (BOURGUIGNON, FERREIRA, SCHIMANSKI, 2012), no tocante à mortalidade infantil no município de Ponta Grossa.

O roteiro de entrevista compreendeu 04 (quatro) questões orientadas a cinco participantes da pesquisa, este estava direcionado a contemplar os seguintes questionamentos: quais os grupos socioeconômicos mais vulneráveis à Mortalidade Infantil no município de Ponta Grossa; quais as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde para enfrentamento da Mortalidade Infantil no município de Ponta Grossa; como se dá a avaliação da implementação das ações do programa Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa e quais as dificuldades para a redução da Mortalidade Infantil no município de Ponta Grossa.

A pesquisa foi submetida ao Sistema CEP-CONEP da Plataforma Brasil em 09 de dezembro de 2015. Foram incluídos no mesmo Sistema a Folha de rosto, o roteiro das entrevistas e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE em 22 de fevereiro de 2016. Após estas etapas, a pesquisa foi aprovada pelo Parecer Consubstanciado do CEP da Universidade Estadual de Ponta Grossa n.: 1.696.891 em 26 de agosto de 2016.

Realizados os trâmites éticos, deu-se início ao agendamento das entrevistas junto aos participantes da pesquisa, os quais foram eleitos em decorrência da função que eles ocupavam no processo de implantação, implementação e decisão das ações do programa Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa, a saber:

- P1 – Gerente de Atenção Primária do município de Ponta Grossa;
- P2 – Gerente de Atenção Secundária do município de Ponta Grossa;
- P3 – Gerente de Epidemiologia do município de Ponta Grossa;
- P4 – Coordenadora do Comitê Regional de Mortalidade Materna e Infantil da Terceira Regional de Saúde;
- P5 – Coordenador de Atenção Terciária vinculada aos partos do município de Ponta Grossa.

As entrevistas foram agendadas conforme disponibilidade dos participantes da pesquisa e realizadas em seus locais de trabalho.

Antes do início de cada entrevista, cada participante obteve orientações sobre o trabalho de pesquisa e assinou o TCLE, cujos moldes já haviam sido aprovados pelo CEP-CONEP. Todas as entrevistas foram gravadas pela pesquisadora em equipamento eletrônico, posteriormente foram transcritas, sistematizadas na íntegra e salvas em documentos no Microsoft Word 2010.

Findado este, iniciou-se o quarto e último momento do trabalho de pesquisa, que dedicou-se à organização, categorização e análise dos conteúdos expressos nas entrevistas e nos relatos dos óbitos do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do município de Ponta Grossa entre os anos de 2012 a 2014. Esta metodologia de pesquisa foi eleita pela capacidade que apresenta em “estudar materiais do tipo qualitativo, os quais não se podem aplicar técnicas aritméticas” (BARDIN, 2004, p. 83) e analisá-los segundo seus significados e sentidos.

Sob orientação de Bardin (2004) e Franco (2008) o conteúdo das entrevistas e dos relatos foram agrupados em cinco eixos de análise, sendo eles:

- “A implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa e sua repercussão na mortalidade infantil”;
- “Grupos socioeconômicos vulneráveis à mortalidade infantil no município de Ponta Grossa”;
- “Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa”;
- “Valor atribuído à morte infantil a partir dos relatos dos familiares” e
- “Dificuldades para a redução da mortalidade infantil no município de Ponta Grossa”.

Como desdobramentos dos eixos de análise, surgiram as categorias de análise, dentre as quais:

- “Mortalidade Infantil e Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa”;
- “Fatores socioeconômicos e demográficos associados à Mortalidade Infantil”;
- “Implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa” e
- “Percepções da mortalidade infantil para os participantes da pesquisa”.

Definidas as categorias, partiu-se para as interpretações inferenciais, usando para isso uma abordagem crítico-reflexiva (BARDIN, 2004), baseada e sustentada pelo referencial teórico adotado anteriormente no trabalho.

Desta forma, objetivando expor todos os conceitos necessários ao entendimento deste trabalho de pesquisa, o material foi dividido em quatro capítulos, donde o primeiro, intitulado “Concepções contemporâneas acerca do Estado, direitos e políticas públicas para o entendimento das políticas de enfrentamento à mortalidade infantil brasileiras” teve como objetivo trazer ao debate a origem do Estado Moderno e Contemporâneo sob a égide de pensadores clássicos, bem como a formação do Estado Democrático de Direito no Brasil.

Esta abordagem antecedeu o debate sobre a origem e a efetivação dos direitos (sociais, políticos e civis), garantidos constitucionalmente e materializados por meio das políticas públicas. Posto estes conceitos, o capítulo avança para o debate sobre a Política Social, a Política de Saúde e as Políticas de enfrentamento à mortalidade infantil brasileiras.

O segundo capítulo, denominado “Mortalidade na Infância e Mortalidade Infantil” concentra-se em apresentar os conceitos de mortalidade infantil e mortalidade na infância, bem como apontar os perfis destes indicadores na realidade nacional e internacional. O capítulo também traz ao debate os fatores que estão intimamente associados à morte infantil, os Sistemas de Informações Nacionais sobre os nascimentos e óbitos infantis, os Sistemas de Vigilância dos óbitos infantis e por fim as mortes evitáveis no contexto nacional.

No terceiro capítulo, o qual tem como título “Redes de Atenção Materno Infantil” apresenta-se a conceituação, caracterização e operacionalização das Redes de Atenção à Saúde – RAS, bem como o marco conceitual da Rede Cegonha, em âmbito nacional, e da Rede Mãe Paranaense, em âmbito estadual.

No quarto e último capítulo, “Percepções referentes à implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa e sua repercussão na mortalidade infantil sob a ótica dos participantes da pesquisa”, discorre sobre a metodologia que fundamentou este trabalho de pesquisa, bem como a apresentação dos resultados encontrados e as análises qualitativas por categorias inferenciais.

CAPÍTULO 1

CONCEPÇÕES CONTEMPORÂNEAS ACERCA DO ESTADO, DIREITOS E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENTENDIMENTO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ENFRENTAMENTO À MORTALIDADE INFANTIL BRASILEIRA

Este capítulo foi elaborado com a intenção de apresentar as políticas e programas públicos brasileiros de enfrentamento à mortalidade infantil brasileira. Para se chegar ao entendimento de tais programas e políticas na realidade nacional, será necessário abordar anteriormente questões relativas às concepções modernas e contemporâneas de Estado, sob a ótica de pensadores clássicos, para então traçar o perfil do Estado brasileiro e suas peculiaridades.

Nos itens subsequentes serão abordados os direitos sociais, as políticas públicas, a política social e a política pública de saúde. Ao final deste capítulo apresenta-se reflexão sobre o modelo de Estado brasileiro adotado pelo país e a partir deste entendimento, que compreenda a direção das políticas e programas públicos sociais e de saúde definidos pela nação para o enfrentamento da mortalidade infantil brasileira.

1.1 O DEBATE SOBRE ESTADO COMO SUBSÍDIO NECESSÁRIO PARA A COMPREENÇÃO DOS DIREITOS SOCIAIS E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O termo Estado se originou do latim – *status* no século XIII e sua designação faz referência ao modo de estar, condição (HOUAISS, 2001).

Bobbio (1998) contextualiza que o Estado representa uma

forma de ordenamento político surgida na Europa a partir do século XIII até os fins do século XVIII ou inícios do XIX, na base de pressupostos e motivos específicos da história europeia e que após esse período se estendeu —libertando-se, de certa maneira, das suas condições originais e concretas de nascimento —a todo o mundo civilizado. (BOBBIO, 1998, p. 425)

Em geral, os conceitos de Estado são amplos e indicam a

condição do país, tanto em seus dados sociais como políticos, na sua constituição material, nos traços que constituem seu ordenamento: a condição do príncipe e de seus auxiliares, das camadas que representavam a organização do poder que delas derivava. O Estado em conclusão, de

tudo o que diz respeito à esfera da vida humana organizada, não diretamente voltada para fins espirituais. A distinção entre o espiritual e o mundano, inicialmente introduzida pelos Papas para fundamentar o primado da Igreja, desencadeou agora sua força na direção do primado e da supremacia da política.” (BOBBIO, 1998, p. 427)

De forma geral, os conceitos de Estado podem se relacionar aos aspectos políticos, sociológicos e constitucionais. De acordo com a evolução histórica, os Estados foram segmentados em:

- Estados Antigos Orientais,
- Estado Helênico,
- Estado Romano,
- Estado da Idade Média,
- Estado Moderno e
- Estado Contemporâneo.

Porém, foi nos Estados Moderno e Contemporâneo, foco deste estudo, que pôde-se observar os arranjos governamentais que deram origem aos direitos sociais e as políticas públicas.

Giovanni (2009), ao estudar sobre a relação do Estado com os direitos e as políticas públicas, constata que o século XX pode ser considerado o centenário da consolidação dos direitos civis, políticos e sociais em sua plenitude. Considera ainda que, esta consolidação, levou ao longo dos anos à inúmeras transformações socio-político-ideológicas e culturais que originaram a “revolução das expectativas”, causando a manifestação política de diversos “autores sociais na perspectiva do binômio direito/demanda o qual pressupõe sempre a ação do Estado” (GIOVANNI, 2009, p. 17).

Ao longo dos anos, tais manifestações foram se transformando em regras e padrões que modificaram os processos decisórios tradicionais dando forma às políticas públicas. Tendo o mesmo eixo norteador de Giovanni (2009), iniciar-se-á reflexão com a abordagem do Estado Moderno e Estado Contemporâneo, após abordar-se-á os direitos sociais conquistados nestas formas de Estados e por fim tratar-se-á à discussão às políticas públicas como forma de materialização de tais direitos dentro do Estado.

1.1.1 O Estado Moderno

O nascimento do Estado Moderno aconteceu nos séculos XVI e XVII, sob a decadência da sociedade feudal. Este período “assinala o início da era moderna, marca a passagem de idade primitiva da humanidade para a idade madura (civilizada)” (SCHONS, 2003, p. 103).

Bobbio (1998) aponta que o

Estado moderno nos aparece como uma forma de organização do poder historicamente determinada e, enquanto tal, caracterizada por conotações que a tornam peculiar e diversa de outras formas, historicamente também determinadas e interiormente homogêneas, de organização do poder. (BOBBIO, 1998, p. 426)

Schons (2003) contextualiza que o Estado Moderno divide-se em duas fases, fase absolutista e fase constitucional ou de direito, as quais foram rompidas pela Revolução Francesa (1789 a 1799).

A fase absolutista inicia-se com os conceitos de Estado em Thomas Hobbes (1558 a 1679), John Locke (1632 a 1704) e Jean-Jacques Rousseau (1712 a 1778). Todos os três são pensadores clássicos, que fizeram parte de um movimento teórico e político conhecido como contratualismo. Para eles o “Estado surge a partir da formação de um contrato no qual os súditos abdicam da vida em liberdade a fim de viver sob o comando do Estado para terem a garantia de uma vida de segurança e paz” (SILVESTRE, 2013, p. 26).

Para Hobbes, o Estado é um espaço de permanente conflito entre os homens com predominância de violência e insegurança (SANTANA, OLIVEIRA, MEIRA, 2013).

Objetivando regular tais conflitos, geralmente provenientes da propriedade privada, o teórico defende o contrato social e as leis. Neste sentido, o homem troca sua liberdade voluntariamente em busca da segurança garantida pelo Estado-Leviatã. Em suma, ele confere conscientemente ao soberano, o poder pleno de legislar em seu nome a partir de um contrato de submissão (SANTANA, OLIVEIRA, MEIRA, 2013).

Locke também parte da idéia de contrato social, porém ele defende a ideologia da liberdade e igualdade entre os homens. Para Locke, “a liberdade natural é algo inerente à própria natureza humana, não é outorgada por nenhum tipo de

governo. Ela é expressa na forma do direito à vida, à liberdade individual e o direito à propriedade” (SANTANA, OLIVEIRA, MEIRA, 2013).

Na concepção de Locke, o Estado deve ser limitado e regulado pelos indivíduos que pactuam o contrato. “A comunidade tem o direito de resistência caso interesse da maioria não esteja sendo expresso pelo governante” (SANTANA, OLIVEIRA, MEIRA, 2013, p. 01).

O contratualista Rousseau, respondendo às tensões entre liberdade e autoridade, considera o povo como o verdadeiro soberano e o governante representante da soberania popular. Na sua visão, “para que um governo consiga manter sua legitimidade é necessário que responda aos anseios do povo” (SANTANA, OLIVEIRA, MEIRA, 2013, p. 01).

Para Rousseau, o Estado tem o papel de manter o interesse geral e de garantir condições para que os indivíduos busquem seus direitos à propriedade. Na concepção do filósofo, o Estado era criado a partir da vontade geral, que era o consenso possível quando vontades chegavam a um ponto de acordo, um contrato social que resultava na vida em sociedade (SILVESTRE, 2013, p. 29).

Ainda para Rousseau, o Estado tem função de reduzir as desigualdades socioeconômicas de uma sociedade por meio da educação pública, que seria para ele meio decisivo para a livre escolha (SANTANA, OLIVEIRA, MEIRA, 2013).

Fazendo crítica aos contratualistas, Hegel (1770-1831) defende que a *lei* provê a pedra angular do estado moderno. O teórico alemão, que viveu as influências do Iluminismo (1650 a 1700) e da Revolução Francesa (1789 a 1799) marca o início da fase constitucional do Estado Moderno. Para ele o Estado é formado a partir da

construção de uma vida ética, que se daria pela articulação dos interesses particulares e parciais presentes na sociedade civil em uma instância universalizadora. Essa instância universalizadora seria o Estado que é concebido pelo pensador alemão como o momento superior da vida social, o ideal da vida ética a ser atingida – a esfera dos interesses políticos e universais, onde superar-se-iam as contradições dos interesses individuais da sociedade civil (DURIGUETTO, MONTANO, 2010, p. 31).

Para Hegel, a esfera estatal é o local de expressão dos interesses públicos e universais constituídos na sociedade civil. De modo resumido, para Hegel “caberia ao Estado garantir o bem público ao mesmo tempo que preservar a sociedade civil e

seus fundamentos, dentre os quais a propriedade privada” (DURIGUETTO, MONTANO, 2010, p. 33).

Importante destacar que até este momento o debate sobre a relação do Estado com a sociedade civil se centrou nas consequências políticas dos interesses, em especial do clero, aristocracia e burguesia (TEIXEIRA, 2007).

A partir do ápice dos reflexos da Revolução Francesa, que ocorreu inicialmente na Inglaterra e logo se difundiu para a Europa ocidental e Estados Unidos da América, se incorporam a este debate as questões econômicas e políticas oriundas da ascensão do capitalismo⁸ e do liberalismo⁹ nas sociedades ocidentais modernas.

Nesta ideologia, os indivíduos são conduzidos pelo mercado (capital) e ao Estado cabe a função mínima de “defesa contra inimigos, a proteção de todo o indivíduo de ofensas dirigidas por outros indivíduos e o provimento de obras públicas” (TEIXEIRA, 2007, p. 17).

A crítica ao capitalismo, a este sistema se personificou nas clássicas obras de Karl Marx (1818 a 1883) e Friedrich Engels (1820 a 1895) *O Manifesto Comunista* (1848) e *O Capital* (1867 - 1894). Para os filósofos, o Estado “é produto, é consequência, é uma construção que se vale uma dada sociedade para se organizar como tal” (DURIGUETTO, MONTANO, 2010, p. 35).

Longe de ser o momento de universalização, o Estado para Marx e Engels emerge das relações de produção e expressa os interesses da estrutura de classe inerente às relações sociais de produção. Assim, a burguesia, ao ter o controle dos meios de produção e ao ter o controle sobre o trabalho no processo de produção passa a constituir a classe dominante, estendendo seu poder ao Estado, que passa a expressar os seus interesses em normas e leis (DURIGUETTO, MONTANO, 2010, p. 36).

⁸ Capitalismo: sistema econômico da maioria das sociedades ocidentais, defende que os meios de produção, distribuição, decisões sobre oferta, demanda, preço e investimentos são em grande parte ou totalmente definidos pela iniciativa privada. Este modelo econômico tem fins lucrativos e predominância do trabalho assalariado. Teixeira (2007) parafraseando Bobbio (1998) aponta que se para os pensadores do período de fundação do Estado moderno o capitalismo era um mediador civilizatório, para os liberais (adeptos ao liberalismo) da época, era um mal necessário.

⁹ O liberalismo se constitui como um modo de organização social, que nasceu no início do século XIX, como proposta da sociedade burguesa, que possuía hegemonia econômica, mas não política, de se libertar das amarras do clero e da aristocracia. (TEIXEIRA, 2007) Trata-se de um modelo de sociedade fundada no mérito individual de potencializar suas “capacidades supostamente naturais” (TEIXEIRA, 2007, p. 18) em prol do bem estar coletivo

De acordo com o exposto, Marx e Engels consideram que as condições materiais de uma sociedade (modo de produção, distribuição e relações sociais que permeiam) estabelecem suas estruturas sociais. Neste sentido entende-se que não é o Estado que molda a sociedade, mas a sociedade que molda o Estado.

Se opondo em muitos pontos da teoria dialética de Marx e Engels, Max Weber (1864 a 1920), intelectual que nasceu em família liberal e protestante alemã, define que o Estado “é uma forma moderna do agrupamento político, caracterizado pelo fato de deter o monopólio da violência e do constrangimento físico legítimo sobre um determinado território” (CAMPOS, 2001, p. 12).

Para o filósofo, “se só existissem estruturas sociais de que a violência estivesse ausente, o conceito de Estado teria também desaparecido.” (WEBER, 1996, p. 56) De forma sintética, Campos (2001) explica que o Estado para Weber

consiste na relação de dominação do homem sobre o homem, dominação esta baseada no uso da violência legítima que garante a existência do Estado, sob a condição de que os homens dominados se submetam à dominação. Na aplicação do constrangimento legítimo sobre um território, o Estado apoia-se nas leis, na força militar e numa administração racional, que lhe permite intervir em domínios diversos. As leis, por sua vez, só existem quando existe a probabilidade de que a ordem seja mantida pelo uso da força, com a intenção de obter conformidade com a ordem ou de impor sanções pela sua violação (CAMPOS, 2001, p. 13).

Além do exposto, Weber acredita que o Estado é também uma instituição econômica com função de gerir as finanças públicas ou as empresas nacionalizadas, e intervir em diversos setores fundamentais como, educação, saúde, economia e cultura (CAMPOS, 2001).

As concepções liberais identificadas no filósofo foram ganhando contornos mais democráticos após viagem realizada aos Estados Unidos da América no início do século XX. Neste momento o autor fixa conceitos de racionalidade e burocracia. A racionalidade faz referencia a um crescente processo de racionalização da vida, com vistas à maior eficácia e rendimento. Quanto a burocracia, Weber acredita que sua gênese aparece como resposta às crescentes exigências da sociedade, habituada à pacificação alcançada por meio da aplicação das leis (CAMPOS, 2001).

Quanto às características econômicas, Weber acredita que o “capitalismo moderno é racional, suas instituições são a materialização da racionalidade, nele a grande empresa só encontra rival na burocracia estatal” (CAMPOS, 2001, p. 15).

1.1.2 O Estado Contemporâneo

O Estado Contemporâneo nasce no final do século XIX e início do século XX e é identificado por Schons (2003) como sendo o período onde o “homem-mercado de trabalho se transforma em classe trabalhadora” (SCHONS, 2003, p. 102). Como tal, se reconhece como uma nova sociedade, formatada a partir da organização industrial, e que por meio da conscientização política e lutas sociais reivindica direitos sociais fundando o Estado de Direito.

Schons (2003) esclarece que o Estado de Direito subdivide-se em duas fases, sendo primeira o Estado Liberal de Direito (iniciado após a Revolução Francesa) e a segunda o Estado Social (iniciado o século XX com apogeu após a segunda Guerra Mundial). O Estado Liberal caracteriza-se pela “liberdade econômica na configuração do liberalismo clássico” (SCHONS, 2003, p. 105) em detrimento aos direitos naturais ou humanos.

Já o Estado Social se caracteriza por ser um tipo de estado intervencionista e ativo cuja pretensão é revisar o Estado liberal no que tange as questões sociais, políticas e econômicas tendo como alicerce os direitos sociais (SCHONS, 2003).

Historicamente, o processo de formação do Estado Social foi a crise do liberalismo. As massas operárias iniciaram reivindicações contra o Estado Liberal afirmando que ele “acabava por garantir à burguesia um domínio quase total dos bens de produção e das riquezas em geral, ao mesmo tempo em que deixava o proletariado com mínimo necessário para uma magra subsistência (MORAES, 2014, p. 273).

O fato decisivo para a implantação do Estado Social europeu foi a elaboração das Leis alemãs de 1883 e 1889 que “representaram a primeira intervenção orgânica do Estado em prol do proletariado ao instituir o seguro obrigatório contra os infortúnios do trabalho” (MORAES, 2014, 274).

Para Moraes (2014), tais leis tiveram duplo sentido, sendo o primeiro de apaziguar o proletariado contra o Estado e o liberalismo e o segundo de cooptação por parte da elite interessada em tirar a atenção do povo das mazelas sociais existentes.

Em síntese, o Estado Social, nascido no século XX como consequência do “clamor das massas e dos desafios econômicos” (MORAES, 2014, p. 275) é o

Estado que veio para superar o neutralismo e o formalismo do Estado liberal pela afirmação dos Direitos Sociais (MORAES, 2014). Esta superação alavancou o Estado à concepções mais coletivas dando origem a instauração do Estado de Bem-Estar Social ou Welfare State.

Welfare States ou Estado do bem-estar, ou Estado assistencial, pode ser definido, à primeira análise, como Estado que garante "tipos mínimos de renda, alimentação, saúde, habitação, educação, assegurados a todo o cidadão, não como caridade mas como direito político" (BOBBIO, 1998, p. 416).

Ele se relaciona às políticas intervencionistas na economia e na distribuição social de oportunidade aos cidadãos cujo objetivo é alcançar patamares mais seguros e igualitários entre os cidadãos que compõem uma mesma sociedade.

Em geral, os Welfare States neutralizam as características destrutivas da modernização, e sua essência está na manutenção da seguridade e da igualdade social. Os mecanismos de aplicação e manutenção de tais condições são dados pela implantação e implementação de políticas públicas que retratam "a intervenção estatal nas mais diferentes dimensões da vida social" (AUGUSTO, 1989, p. 107).

Concorda-se com Nogueira (2001) ao afirmar que, o Welfare State apenas foi possível em países que apresentaram crescimento econômico de destaque após a 2ª Guerra Mundial. Sua ampliação se reprimiu em função ao Estado Social não ter se libertado efetivamente das amarras liberais do Estado Liberal. Neste sentido, o que se percebe em muitos países não é a existência de um Estado de Bem-estar social, mas um

Estado Social de Direito como segunda fase do constitucionalismo moderno, que incorpora a primeira e a ela adiciona um componente social. Dentro desse esquema, o cerne da questão é articular os direitos e liberdades individuais com os direitos sociais de modo a articular igualdade jurídica com igualdade social e segurança jurídica com segurança social. (MIRANDA, 1997, p. 96 apud MORAES, 2014, p. 277)

Diante desta co-existencia de interesses dentro do mesmo Estado, nasce um novo modelo de Estado cuja estrutura se molda com a "junção do Estado liberal e Estado Social" (MORAES, 2014, p. 277). É o chamado Estado Democrático de Direito.

Trata-se, segundo Nogueira (2001) das democracias liberais capitalistas. O autor aponta que os riscos de instalação destas democracias, em sociedades pouco

democráticas ou pouco mobilizadas em prol de questões democráticas como é o caso do Brasil, é a existência de uma política econômica em detrimento a uma política social além de forte autoritarismo na prática política e cultural do país.

De toda forma, a principal função do Estado Democrático de Direito é “superar a atual contradição do Estado contemporâneo” (MORAES, 2014, p. 280) se apropriando para isso das leis e dos princípios de igualdade. Sua fundamentação está na justiça política e a tomada de decisões deste modelo de Estado deve se basear na política redistributiva e na limitação de poderes cânones do Estado de Direito e da democracia (MORAES, 2014).

1.1.3 O Estado Brasileiro

Historicamente o Estado no Brasil se construiu de forma nada democrática. Em 1.500 as grandes embarcação portuguesas que aqui chegaram tinha um único objetivo: dominação e exploração.

Neste período os ideias marxistas sobre a relação de dominação da sociedade burguesa sobre o Estado já haviam se difundido na europa, porém, o que se predominou no Brasil foi a teoria Hegeliana de que o Estado fundava a sociedade. Diante deste contexto, a sociedade foi sendo formada com ideais de dominação dos europeus sobre os indígenas num processo de escravidão e exploração humana e natural (COSTA, 2006).

Intencionados à ampliar a exploração, os portugueses trouxeram para a colônia negros escravizados, degredados e imigrantes empobrecidos, os quais ficaram sob a responsabilidade de senhores rurais (COSTA, 2006).

Estes senhores eram portugueses que, como forma estratégica de dominação, recebiam área de terras para dominar e explorar gerando o latifúndio e a concentração de rendas. Estes elementos ao longo do tempo foram delineando a base política do Estado no Brasil além de representarem as causas das desigualdades sociais brasileiras, visíveis até os dias atuais (COSTA, 2006).

Os primeiros recursos naturais de interesse comercial dos português no Brasil foram as madeiras brasileiras. Porém, a extração do ouro representou um dos principais símbolos de exploração natural e humana exercida pelos portugueses ao

Brasil e à sua população. Foi em nome desta exploração que Lisboa se tornou o centro administrador e econômico das ações do Brasil colônia até sua independência.

Em 1815, o Rei de Portugal chega ao Brasil foragido da Guerra e implanta o ideário de nação. Ele organizou a administração local da colônia, que até então estava atrelada à Lisboa e iniciou a construção de estradas e portos, promoveu a emissão de moedas entre outras obras estruturais que ocasionaram as iniciais dívidas brasileiras com a Inglaterra.

O ideário de nação fomentado pelo Rei português foi tão expressivo que em 1822 D. Pedro I proclamou Independência do Brasil configurando assim a origem do Estado brasileiro (COSTA, 2006). Para Cunha (1963) a independência do Brasil “abriu uma nova época para o Governo brasileiro: a queda do Governo aristocrata e a ascensão de um governo burguês e oligárquico” (CUNHA, 1963, p.15 apud COSTA, 2006, p. 117).

Neste contexto, o Estado brasileiro foi se moldando de acordo com os interesses das elites rurais e sob dependência do capital inglês. No tocante aos aspectos sociais, o Estado nacional “não alterou as condições de vida da população trabalhadora. A permanência do regime escravocrata e a concentração das rendas e riquezas na elite rural inibiram o potencial de transformações sociais, construindo um Estado moderno sem universalizar a cidadania” (COSTA, 2006, p. 113).

Com a instituição da primeira Constituição Brasileira em 1824, se imaginava que a cidadania brasileira fosse reformada. Porém, o caráter absolutista e moderador da constituição, que permitia que o imperador definisse sobre os processos administrativos do império, possibilitou que a administração pública ficasse a cargo dos clãs regionais enquanto que a administração das cidades ficasse subordinada à burguesia mercantil (COSTA, 2006). Esta condição motivou inúmeros conflitos sociais reivindicando independências regionais e a instituição da república (COSTA, 2006).

Os conflitos sociais ganharam robustez das massas escravas que paulatinamente se tornavam livres pela inviabilidade econômica dos senhores rurais

em mantê-los¹⁰ gerando movimentos que favoreceram à Proclamação dos Estados Unidos do Brasil em 1.889 e a promulgação da primeira Constituição Republicana brasileira em 1.891 (COSTA, 2006).

Este momento histórico, de 1889 a 1891, marca o advento da Primeira República brasileira ou República Velha, que foi dividida em duas fases, sendo a primeira a República da Espada (1889 a 1894), dominada pelos setores mobilizados do exército e a segunda República Oligárquica (1894 a 1930), dominada pelas elites regionais em especial às do sul e sudeste brasileiro¹¹.

Foi na República Oligarquica que se instituiu a Constituição de 1.891. Ela tinha a função de separar os poderes e limitar o executivo. No tocante às questões político-ideológicas, objetivava separar a Igreja do Estado. Quanto às questões sociais pouco foi feito, ao contrário, foram fortalecidas as estruturas organizacionais do Estado brasileiro republicano sob a égide das “elites políticas apoiadas pelas elites econômicas” (COSTA, 2006, p. 115).

Este fato fez com que se reafirmassem as condições de dominação socioeconômicas das elites econômicas e políticas sobre a grande massa de trabalhadores até meados de 1930, quando o país começou a sentir as influências negativas no setor econômico, político e social oriundas da queda da bolsa de valores de Nova Iorque que ocorreu em 1929.

Com o propósito da reconstrução financeira do Estado brasileiro após a crise, ascende ao poder Getúlio Vargas usando para isso a ordem, novas bases fiscais e a resolução de impasses políticos internos do país. (COSTA, 2006). Iniciava-se no Brasil a Segunda República ou a Era Vargas (1930 a 1937).

O governo Vargas instaurou a Constituição de 1.934, cuja intenção foi reformar o Estado no que tange a “ordem econômica, a função social da propriedade e a legislação trabalhista” (COSTA, 2006, p. 120). Porém o mesmo governo

¹⁰ Para se ter um escravo, diferente de um trabalhador assalariado, o senhor rural deveria adiantar seu capital com a compra do escravo, enquanto que um trabalhador assalariado não necessitava disso.

¹¹ Foi neste período que o Brasil começou a experimentar os processos de modernização econômica (capitalismo e neoliberalismo) que já estavam difundidos pela Europa e Estados Unidos. Esta experimentação exigiu do país equivalente modernização administrativa a qual deu origem aos Estados Federados Brasileiros e as políticas públicas, especificamente no setor social, de saúde pública e educação (COSTA, 2006).

invalidou-a com a promulgação da Constituição de 1.937¹² alegando a necessidade de estabelecer um Estado Novo.

O Estado Novo foi formatado no governo de Vargas em 1.937 e se estendeu até 1.945. A implantação do Estado Novo foi justificada pelo governante como necessidade em defender o país da expansão do comunismo, que se ampliava na Europa, em especial na Itália. A base econômica do Estado Novo foi estabelecida a partir da estruturação de um modelo urbano-industrial fundamentado no nacionalismo onde o Estado seria interventor de infra-estrutura necessária para a promoção do crescimento econômico do país (COSTA, 2006).

Para o alcance deste objetivo, Vargas se utilizou da política de cunho regulatória e assistencialista (COUTO, 2010). Com isso, estabeleceu um aspecto populista de governar, dando sustentação às suas ações.

O fim do Estado Novo se deu com a destituição de Vargas do poder em 1945. Fortes influências norte-americanas, com ideias neoliberais e contrárias ao nacionalismo proposto por Vargas representaram o empurrão necessário para a manobra da população brasileira reivindicar a instauração da democracia no Brasil e consequente saída do governante do poder (COSTA, 2006).

Neste sentido, a redemocratização do Estado brasileiro se deu com o apoio norte americano no governo de Eurico Gaspar Dutra no ano de 1.946. Este processo se fundamentou a partir dos ideais liberais, que defendiam a atuação suplementar do Estado nas intervenções econômicas do país, além do aniquilamento das possíveis propostas comunistas (COSTA, 2006).

Da impopularidade de Dutra com os trabalhadores culminaram às eleições diretas, as quais trouxeram novamente Vargas ao poder no ano de 1951. Esta conquista se deve em partes à uma parcela da população brasileira e aos partidos conservadores, que queriam novamente o “Pai dos Pobres” (COUTO, 2010, p. 139) no poder. Em oposição ao poder de Vargas estavam os militares, os anticomunistas e os antivanguardistas.

¹² Diferente da Constituição de 1.891 e da de 1934, a Constituição de 1937, centralizava o poder ditatorial no Executivo, que exercia suas ações baseadas no Decreto de 1.202 desrespeitando assim as constituições anteriores.

Vargas tentou implantar novamente um Estado repressivo e autoritário com objetivo de controlar os trabalhadores, porém inúmeras manifestações contrárias ocorreram e Vargas não suportando o tensionamento se suicida no ano de 1954.

No ano de 1955 Juscelino Kubitschek ascende ao poder por eleições populares. Ele propõe um Plano de Metas com enfoque político, econômico e social rumo ao desenvolvimento¹³, inicia-se então o Estado Desenvolvimentista. A tônica do Plano foi a industrialização e a abertura econômica para o investimento externo. (COUTO, 2010) “Na proposta desenvolvimentista o Estado seria o agente coordenador e planejador do processo de crescimento econômico” (COSTA, 2006, p. 133).

A experiência do processo desenvolvimentista no Brasil gerou uma diferenciação do sistema produtivo, com níveis de distribuição da renda nos setores mais dinâmicos da economia, sem resolver os problemas das desigualdades regionais e do quadro social. Porém, não criou bases efetivas de autonomia para o Estado nacional, mas agravou o processo de dependência (COSTA, 2006, p. 135).

Findado o mandato de Juscelino, ocupa o poder, por meio de eleições, Jânio Quadros, que renuncia sete meses mais tarde. João Goulart, seu sucessor assume o cargo e reforma a CLT, que havia sido criada no governo Vargas, implanta o décimo terceiro salário e o salário família aos trabalhadores formais urbanos.

As decisões democráticas e socialistas possibilitadas por Goulart começaram a inflamar os interesses norte-americanos, os interesses de partidos conservadores nacionais e interesses militares. Somado a esta massa de descontentes unem-se os trabalhadores rurais, que ainda aguardavam direitos sociais. Estas forças reunidas, somadas a um forte movimento popular anticomunismo levaram o país ao golpe de 1964 (COUTO, 2010).

Os militares assumem o poder justificando “defesa da ordem e das instituições contra o comunismo” e tendo como pretensão “acabar com o governo

¹³ “A primeira questão a considerar é que por “desenvolvimento” se concebia industrialização. A proposta de desenvolver o país veio consolidar a tese de que por meio da industrialização, com o processo de substituição de importação, mudar-se-ia a dependência do Brasil frente aos países centrais. Ao colocar-se a tarefa do desenvolvimento, a questão da soberania nacional era vista por meio da capacidade de implementar políticas públicas capazes de gerar dinamismo econômico interno, atrair investimentos externos e alterar a inserção do país no mercado mundial, modificando a pauta de importações/exportações” (COSTA, 2006, p. 132).

populista, erradicar o comunismo e transformar o Brasil em grande potência internacional” (COUTO, 2010, p. 119).

As estratégias usadas por este governo para expandir a economia nacional se concentravam na força e na repressão contra a população. De início o regime militar instituiu nova constituição, a Constituição de 1967. Nesta, mantinham-se os direitos sociais da Constituição de 64, porém, ficava claro que só seriam contemplados com tais direitos àqueles que se submetessem às regras governamentais.

Como forma de conter ainda mais a população o regime militar institui nova constituição no ano 1969. Nesta ficou definido a “pena de morte, banimento de sujeitos que transgrediam a ordem, o confisco de bens e a prisão perpétua” (COUTO, 2010, p. 123).

O fim do regime militar se deu na década de 1980, quando massas populares ganham força contra as formas repressivas do governo, contra as desigualdades de acesso aos direitos instituídos e contra as visíveis desigualdades sociais que o sistema havia gerado em nome da expansão do capitalismo e do neoliberalismo.

Diante desta condição assume por eleições indiretas Tancredo Neves, que apoiado por partidos contrários ao regime militar inaugura uma nova fase política brasileira, a democracia.

Em função a um quadro de diverticulite aguda Tancredo falece e então José Sarney, seu vice, assume o cargo e administra o país de 1985 a 1990. Sarney representou o político de transição do regime militar para o regime democrático. Seu plano de governo pautou-se na “democracia de recorte assistencialista e neoliberal” (COUTO, 2010, p. 142).

As grandes contribuições presentes em sua gestão foram a implantação do Plano Cruzado, que congelou a inflação e o processo constituinte, que promoveu a elaboração e aprovação da Constituição de 1988.

A Constituição de 1.988, fruto da queda do regime ditatorial, traduz a tomada de consciência e o desejo da população excluída por mudanças sociais (MORAES, 2014).

Ela foi promulgada na efervescência de acordos econômicos entre o Brasil, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), que galgados em orientações neoliberais, defendiam a “desestruturação dos sistemas de proteção social vinculados às estruturas estatais e indicavam que os mesmos deveriam ser gestados pela iniciativa privada” (COUTO, 2010, p. 145).

Contudo, explicita nos seus artigos 1º¹⁴ e 3º¹⁵ o modelo de Estado adotado pelo país - Estado Democrático de Direito - que tem entre outras funções a erradicação das desigualdades sociais existentes em seu território por meio da garantia dos direitos sociais e individuais.

A oposição entre o que foi definido na Constituição de 88 e as indicações econômicas adotadas pelo governo Sarney, trouxeram ao palco eleitoral Fernando Collor de Mello que, com discurso moralista de “caça aos marajás”, foi eleito de forma direta no ano de 1990.

No discurso de Collor identificava-se um projeto de Estado social democrata, porém após eleito, suas iniciativas mostraram-se neoliberais tendo caráter populista, clientelista e assistencialista dos programas sociais além de desmonte do sistema de proteção social (COUTO, 2010).

Por escândalos sobre corrupção, e por consequências nefastas do neoliberalismo e globalização propiciado por Collor, o país reivindica em 1992 o primeiro *Impeachment* da história do Brasil. Para concluir sua gestão presidencial, assume seu vice Itamar Franco que centrou sua atenção em projeto econômico de contenção de déficit público e a inflação (COUTO, 2010).

Com o objetivo de estabilizar a inflação, modernizar a economia nacional e integrar o Brasil no modelo globalizado (COUTO, 2010), Fernando Henrique Cardoso (FHC), ministro da Fazenda do governo Itamar, lança em 1992 o Plano Real. O sucesso do Plano Real levou FHC à presidência no ano de 1994.

¹⁴ Art. 1º Constituição Federal: A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: I - a soberania; II - a cidadania; III - a dignidade da pessoa humana; IV - os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V - o pluralismo político (BRASIL, 1988).

¹⁵ Art. 3º Constituição Federal: Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

Seu primeiro mandato centrou-se no controle da inflação e na estabilidade da moeda (COUTO, 2010). Seu projeto de governo era claramente neoliberal, sustentado por um bloco de centro-direita (COUTO, 2010). Segundo seu discurso, sua plataforma de governo se organizaria e cinco eixos, sendo: saúde, educação, emprego, agricultura e segurança.

Essa definição política poderia ter levado o governo a privilegiar as reformas sociais tão prementes no país, indicando o cumprimento do texto constitucional de 1988. Mas ao contrário, suas ações encaminharam-se mais uma vez, para se centrar no plano de estabilidade econômica, meta que poderia ser apontada como característica dos governos democráticos pós 1985 (COUTO, 2010, p. 149).

Em síntese, os governos do pós ditadura (Sarney, Collor, Itamar e Cardoso) estruturaram-se na estabilização econômica, em detrimento a reforma social e no desejo constante de reformar a Constituição de 1988, entendida por eles como um peso para a nação, para promover o crescimento brasileiro. As tendências neoliberais adotadas por estes governos levaram o Brasil ao caos econômico, político e social.

No último ano do “Estado predatório”, assim denominado por Márcio Pochmann, economista da Universidade de Campinas (UNICAMP) e presidente do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o país apresentava o maior índice de privatizações da história brasileira. “As privatizações dos anos 1990 representaram a transferência de cerca de 15% do PIB nacional para o setor privado” (FARIA, 2010, p. 15).

Somado a isso, pode ser observado um drástico déficit econômico no país ocasionado pelo aumento da dívida externa (gastos gerados nas décadas de 1970 e 1980) e da dívida interna (gerados com o encolhimento da produção e exportação). Como proposta de controle econômico FHC impõem aumento significativo da carga tributária imposta à população passando de 28% do PIB em 1996 para 48,9% do PIB em 2003 onerando ainda mais o país e sua população (FARIA, 2010).

As eleições de 2003 ascenderam o sindicalista Luiz Inácio Lula da Silva à presidência da república. Lula, liderando o Partido dos Trabalhadores (PT), induz o desenvolvimento e crescimento nacional a partir do estabelecimento de “programas de distribuição de renda e de uma nova política do salário mínimo” (FARIA, 2010, p. 05).

Sob este pilar de sustentação, milhões de brasileiros puderam sair da situação de miséria e pobreza em que se encontravam, atingindo níveis de vida e de consumo que os colocam hoje como membros da classe média (FARIA, 2010).

Lula manteve a mesma indicação neoliberal proposta pelo seu antecessor, porém ele redefiniu o papel do Estado “com resgate do planejamento de longo prazo e maior participação do Estado em todas as áreas de atividades, algo fundamental para o desenvolvimento econômico e social do país” (FARIA, 2010, p. 07).

Além disso, Lula possibilitou uma maior participação da sociedade sobre as ações do Estado, tanto que em seu governo percebe-se a estruturação de inúmeras políticas públicas formuladas com a participação de conselhos e por meio do processo de conferências. Em 2011, findado seus dois mandatos o governo Lula apresentava aprovação recorde da população, com número superior a 80% de avaliação positiva, principalmente no que tange a manutenção da estabilidade econômica, a retomada do crescimento do País e a redução da pobreza e da desigualdade social (FARIA, 2010).

Findo seu mandato em 2010, assume a presidência da República do Brasil Dilma Vana Rousseff, também do Partido dos Trabalhadores. Para Pereira (2013) embora

ambos sejam políticos de esquerda moderada, social-desenvolvimentista e nacionalistas comprometidos com a construção de um capitalismo social menos injusto, Lula é antes um político carismático voltado para os trabalhadores ou os pobres, enquanto Dilma é uma política e uma economista desenvolvimentista dotada de forte capacidade administrativa. (PEREIRA, 2013).

Para o autor, Dilma herdou, em 2011, do governo anterior um país com redução do crescimento de desigualdades econômicas, porém com desequilíbrio macroeconômico que envolvia elevadas taxa de juros e uma taxa de câmbio altamente sobreapreciada e altos impostos (PEREIRA, 2013).

Dilma entendeu que precisaria enfrentar estas amarras para prosperar o Brasil, mesmo que encontrasse pela frente desafios políticos e econômicos que lhes custassem seu posto como presidente da república.

Foi neste sentido que no ano de 2016 o então presidente da Câmara de deputados Eduardo Cunha, realizou pedido de impeachment da presidente em ação para controlar as ações da mesma no exercício da presidência. Dilma foi afastada em agosto de 2016 e no mesmo mês assume seu cargo o vice-presidente Michel

Temer que inicia seu governo com fortes traços liberais e inúmeras reformas sociais na previdência (idade para aposentadoria), na seguridade - saúde e educação (PEC 241) e na assistência

Chegado ao final deste debate sobre a relação do Estado com a sociedade em termos nacionais e internacionais conclui-se que os diferentes tipos de governo, adotados nas plataformas políticas, definem os diferentes tipos de atuação do Estado sobre as sociedades.

Para que esta atuação tenha limites éticos, sociais, humanos e coletivos é necessário o estabelecimento dos direitos sociais, os quais garante sob a forma da lei, de proteção social às adversidades socioeconômicas oriundas da expansão do capitalismo e do neoliberalismo contemporâneo.

1.1.4 Os Direitos Sociais

Araújo (2010) conceitua direitos sociais como sendo: “os direitos fundamentais de segunda geração¹⁶, que reclamam do Estado um papel prestacional, de minorização das desigualdades sociais” (ARAÚJO, 2010, p. 218).

Silva (2006) conceitua que os direitos sociais são

prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais. São, portanto, direitos que se ligam ao direito de igualdade” (SILVA, 2006, p. 88).

Historicamente os direitos sociais foram conquistado no mundo ocidental no século XX, após a conquista dos direitos civis e políticos (séculos XVIII e XIX

¹⁶ Direitos Fundamentais de primeira, segunda e terceira geração: Couto (2010) considera os direitos fundamentais de “primeira geração os direitos civis e políticos, que são conquistas ocorridas nos séculos XVIII e XIX. Estes direitos são exercidos pelos homens, individualmente, e têm como princípio opor-se à presença da intermediação do Estado para seu exercício, pois é o homem, fundado na idéia da liberdade, que deve ser o titular dos direitos civis, exercendo-os contra o Estado, ou, no caso dos direitos políticos, exercê-los na esfera de intervenção no Estado. Já os direitos de segunda geração – direitos sociais – são exercidos pelos homens por meio da intervenção do Estado, que é quem deve provê-los. É no âmbito do Estado que os homens buscam o cumprimento dos direitos sociais, embora ainda o façam de forma individual. Esses direitos vêm se constituindo desde o século XIX, mas ganharam evidência no século XX. Ancoram-se na idéia de igualdade, que se constitui numa meta a ser alcançada, buscando enfrentar as desigualdades sociais. Os direitos de terceira geração são frutos da evolução das relações entre povos e principalmente como respostas a conflitos beligerantes e gerados por opressão política e /ou econômica, que trazem consequências que devem ser assumidas coletivamente” (COUTO, 2010, p. 35).

respectivamente), e foram “fundamentados pela idéia de igualdade, uma vez que decorrem de do reconhecimento das desigualdades sociais gestadas na sociedade capitalista” (COUTO, 2010, p. 48).

A principal característica dos direitos sociais é a redistribuição de bens socialmente produzidos a fim de promover a igualdade e o equilíbrio social (COUTO, 2010). Sua concretização depende da intervenção estatal e sua implementação se dá por meio de políticas sociais públicas as quais devem ser fundamentadas, custeadas e implantadas pelo Estado com ou sem apoio institucional exteno.

A função dos direitos sociais está relacionada à prestação de serviços ou de créditos aos cidadãos com o objetivo de salvaguardar o bem-estar social quanto à “educação, trabalho, salário suficiente, acesso a cultura, moradia, seguridade social, proteção do meio ambiente, da infância e adolescência, da família, da velhice dentre outras” (COUTO, 2010, p. 48).

Os direitos sociais são, em geral, de natureza coletiva, porém de titularidade individual, ou seja objetivam atuar coletivamente nas sociedades, mas “não deixam de atuar nas necessidades básicas, objetivas, individuais e históricas dos cidadãos” (COUTO, 2010, p. 50).

Partindo deste princípio, entende-se, com ajuda de Schons (2003) que os direitos sociais exigem do Estado uma postura protetora, fortemente ancorada em leis e constituições específicas além de instrumentos normativos que garantam sua implementação. Isso é necessário, pois diferente dos direitos fundamentais, que são garantidos mesmo sem a intervenção estatal, os direitos sociais, necessitam de tal intervenção para se efetivarem, modificarem e/ou ampliarem.

Ambas as autoras, Couto (2010) e Schons (2003) concordam que as maiores ameaças levantadas contra os direitos sociais, são representadas pela ampliação dos ideais neoliberais, instaladas mais fortemente na década de 1980 por todo mundo. Tais ideais estão estruturados em “projeto ideológico, político e econômico que exalta a liberdade dos mercados” (COUTO, 2010, p. 70), desregulamentando as transações econômicas, promovendo o livre fluxo de produtos e capital entre as nações (globalização) e minimizando a atuação do Estado nestes processos (COUTO, 2010; SCHONS, 2003).

Neste contexto, as políticas sociais, responsáveis pela materialização dos direitos sociais, retomam seu caráter liberal dos séculos XVIII e XIX. “A garantia dos direitos volta a ser pensada na órbita dos direitos civis e políticos, deixando os sociais para a caridade da sociedade e para a ação focalizada do Estado” (COUTO, 2010, p. 70).

Concorda-se com Couto (2010) e Schons (2010) que a saída para o novo dilema é o fortalecimento de uma sociedade solidária, de um Estado protetor e de um sistema de segurança social que co-habite em sociedades altamente industrializadas e com sistemas políticos do tipo liberal-democrático (SCHONS, 2003).

Estas características se relacionam ao Welfare State, anteriormente conceituado, e cuja hierarquização se daria pelo predomínio da administração sobre a política e da técnica sobre a ideologia. (SCHONS, 2003).

Em países não desenvolvidos, com pouca universalização de direitos e com excasso controle do capital, Diaz (1972) sugere a instauração do Estado Democrático de Direito como uma proposta de bem-estar real, onde se alcance a plenitude de produção e emprego a partir da democratização econômica, política e social.

Gestada no Estado Social, a primeira materialização dos direitos sociais em níveis mundiais foi a partir da Constituição Mexicana de 1917. Por meio dela, os cidadãos mexicanos tiveram direito à propriedade privada, pública e social, ao trabalho, ao salário, à folga, à sindicalização e aos direitos das mulheres e jovens (COUTO, 2010). Depois desta, emergiram as declarações alemã e russa em 1919, a soviética em 1936 e a americana em 1948 intitulada como Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU.

No Brasil, segundo Couto (2010), os primeiros a falarem sobre direitos sociais foram os imigrantes europeus do século XVIII, que aqui se instalaram e foram paulatinamente substituindo a mão de obra escrava e tensionando as estruturas de mando social para efetivação e ampliação de direitos. Tais tensionamento eram resolvidos pelas elites nacionais com concessões ou favores, fato este que marca a história dos direitos brasileiros até os dias atuais.

A elaboração da Constituição de 1891 marca um importante momento de materialização de movimentos populares, que reivindicam contra as imposições de

ordem estabelecidas pelo Estado, lutando pela conquista de direitos civis, políticos e sociais. Porém, mesmo com a implementação desta constituinte as relações estabelecidas entre o povo, a elite e os governos ficava sob a ótica da dívida e do compadrinamento (COUTO, 2010).

Vargas, em 1930, tonifica a relação entre trabalho e capital (próprias de um modelo liberal) e regulamenta um Estado Social estabelecendo direitos sociais, políticos e civis de cunho regulatório e assistencialista (COUTO, 2010).

As condições de trabalho (formal ou informal) passaram a ser critérios de inclusão ou exclusão dos benefícios sociais neste governo. O estímulo à formalidade do trabalho se deu pela instituição das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), que eram mantidas pela contribuição obrigatória de empregados e empregadores e asseguravam aos cidadãos o direito à aposentadoria (velhice e invalidez), ao atendimento médico (do trabalhador e sua família), ao recebimento de pensão e a compra de medicamentos com valor reduzido. Estas medida propiciaram o êxodo rural brasileiro (COUTO, 2010).

Em 1933, em substituição às CAP's, começam a ser criados os Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's), que foram instituídos por categorias profissionais específicas (IAP's dos marinheiros, dos ferroviários, dos comerciários, entre outras) e eram presididos por representantes, que na maioria das vezes estava relacionado ao Estado. Couto (2010) aponta que a formação dos IAP's teve como consequência a fragmentação da classe trabalhadora, que ao invés de reivindicar direitos sociais universais passou a fazê-lo de forma isolada a cada categoria funcional.

A ampliação e a garantia de direitos aos cidadãos brasileiros na era Vargas foi apresentada na Constituição de 1934. Esta constituição definiu os direitos civis de acordo com o ideário liberal. Quanto aos direitos políticos, ampliou o direito do voto às mulheres, e quanto aos direitos sociais, foram definidos entre outros a jornada de 8 horas de trabalho, férias remunerada e direito à educação integral gratuita (COUTO, 2010).

A Constituição de 1934 vigorou até 1937, quando Vargas implantou o Estado Novo e propôs autoritariamente uma nova constituição, a Constituição de 1937. Nesta nova constituição os direitos sociais enunciados continuavam a tender para as questões trabalhistas.

A novidade foi a intervenção do Estado na organização dos trabalhadores (regulamentando horas/trabalho, salários, férias entre outros) e na educação profissionalizante, voltada à industrialização do país. Quanto aos direitos políticos, se excluía do sufrágio universal os analfabetos e mendigos e no tocante aos direitos civis, continuavam definidos pelos ideais liberais.

Em 1940, Vargas regulamenta o salário mínimo, que baseado individualmente no trabalhador não supriu a subsistência familiar. Como correção a esta situação é regulamentada em 1942 a Lei Brasileira da Assistência (LBA), cujo objetivo era “assistir inicialmente as famílias dos pracinhas que foram para a guerra, e logo depois estender seu trabalho à população pobre, principalmente em programas na área materno-infantil” (COUTO, 200, p. 103).

Em 1943 foi criada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) que reúne em seu aparato legal a carteira de trabalho, a jornada de trabalho, as férias remuneradas, o salário maternidade e a segurança do trabalho (COUTO, 2010). Todas estas medidas, implantadas pelo Estado Novo, com traços autoritários, mas também paternalistas (uma política estatal que se desenvolveu com forte apelo à população empobrecida) se constituíram nos elementos necessários para destituir Vargas do poder em 1945 (COUTO, 2010).

O período de 1945 a 1950 foi governado por Eurico Gaspar Dutra, que possibilitou a redemocratização do país e elaborou a Constituição de 1946. No que tange aos direitos sociais, esta nova constituição aboliu os instrumentos que impediam a liberdade dos cidadãos, implementou o direito à Previdência Social e o direito à greve. Quanto aos direitos políticos, estavam impedidos de votar os analfabetos e os não falavam a língua portuguesa com fluência – imigrantes - pois poderiam a partir deste processo de decisão difundir ideias de reformas trabalhistas que estava em apogeu na Europa.

Em 1948 Dutra instituiu o primeiro plano governamental com enfoque às políticas socioeconômicas que abordaram as questões de saúde, alimentação, energia e transporte. Este plano denominava-se Plano Salte e se justificava pelo restabelecimento vital do homem para o trabalho e consumo. O plano não obteve avanços significativos em função aos baixos investimentos financeiros (COUTO, 2010).

Após Dutra, Vargas é eleito democraticamente em 1951 e atua até 1954 quando suicida-se. Não foram identificadas reformas sociais profundas neste período.

Em 1955 Juscelino Kubitschek aposta na tônica: “cinquenta anos em cinco.” Com este intuito expande a industrialização e a abertura econômica para o mercado externo. Neste governo não houveram grandes preocupações com as questões sociais, destaque apenas se dá para a unificação da Previdência em termos de benefício a todos os trabalhadores formalizados (COUTO, 2010).

No governo Jânio Quadros – João Goulart (1961 a 1964) acontece a reforma a CLT. Institui-se o direito ao décimo terceiro salário e o salário família aos trabalhadores formais urbanos. As condutas mais democráticas e socialistas do governante levam o país ao golpe militar de 1964.

O governo militar se utilizou da repressão e força para conter um país com características populistas instituindo as Constituições de 1969 e 1967. Os direitos sociais, políticos e civis neste governo eram restritos à repressão, contudo foi neste período que se instituíram o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) em substituição às CAP's e IAP's, a ampliação dos direitos aos trabalhadores rurais, a instituição do Banco Nacional de Habitação (BNH), a Fundação Nacional do Bem Estar do menor (FUNABEM/FEBEM) com caráter repressivo e agressivo de contenção e moldagem de menores (COUTO, 2010).

Quanto à saúde foram priorizadas as Campanhas de controle da malária, Doença de Chagas, tuberculose, varíola e febre amarela. Foram também ampliado o saneamento básico. Na educação o governo se concentrou na formação profissional para a atuação na indústria.

Em 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social e em 1979, subordinado a este ministério, foi instituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social que congregou todos os programas com enfoque social tais como o INPS, a FUNABEM, a LBA e a Central de Medicamentos (COUTO, 2010).

Findo o regime militar, na década de 1980, ascende ao poder Tancredo Neves e por motivos de saúde não conclui seu governo, passando ao então vice

presidente José Sarney que implantou o Plano Cruzado e instituiu a Constituição de 1988.

No preâmbulo da Constituição de 88 está assegurado a instituição um “Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais”, (BRASIL,1988) que fazem referência “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, ,1988).

Esta definição legal nos remete a identificação de que os direitos sociais brasileiros, representam diretrizes positivas, instituídas constitucionalmente, que devem ser proporcionadas pelo Estado com o objetivo de melhorar as condições de vida dos mais fracos tendendo a equalização de desigualdades sociais. Eles são materializados pelas políticas públicas e são garantidos no Título II da CF intitulado “Dos Direitos e Garantias Fundamentais” (BRASIL, 1988).

1.1.5 Políticas Públicas: efetivação dos direitos sociais

Para que os direitos humanos não sejam infringidos, é necessário a adoção de medidas concretas, planejadas e bem definidas para a efetivação desses direitos. A relação existente entre políticas públicas e a realização de direitos, de maneira especial dos direitos sociais, é por isso direta, assim como demanda prestações positivas por parte do Estado. As políticas públicas funcionam como instrumentos de união e empenho, em torno de objetivos comuns, que passam a estruturar uma coletividade de interesses, se tornando um instrumento de planejamento, racionalização e participação popular (ZANETTI, 2011, p. 08).

Estudos realizados por Souza (2006) revelam que o estudo científico das políticas públicas teve origem nos Estados Unidos da América no início do século XX como subárea das ciências políticas. Sua ênfase ocorreu pela reflexão sobre a ação dos governos no Estado, ou seja, como um grupo eleito democraticamente age dentro do Estado.

Conceitualmente os primeiros a estudarem sobre as políticas públicas foram: Laswell (1936), Simon (1957), Lindblom (1959) e Easton (1965) (SOUZA, 2006). Laswell introduziu a expressão – *policy analysis* (análise da política pública) como forma de equacionar conhecimentos científicos com a produção empírica dos governos (SOUZA, 2006).

Simon introduziu o conceito de racionalidade limitada dos decisores políticos. Para ele a limitação na elaboração de políticas públicas era oriunda de “informações incompletas ou imperfeitas, tempo insuficiente para a tomada de decisão, auto-interesse dos decisores, etc” (SOUZA, 2006. p. 23). Esta limitação seria reversível pela ótica de Simon pela criação de regras que enquadrassem e moldassem o comportamento dos atores políticos.

Lindblom, questionando a teoria de Simon, aponta que para o avanço das políticas públicas seria necessário a incorporação do “papel das eleições, da burocracia, dos partidos políticos e dos grupos de interesse” (SOUZA, 2006, p. 24).

Por fim, Easton conceituou que as políticas públicas compreendiam um sistema integrado de formulação de políticas, da mensuração dos seus resultados e dos ambientes em que ela havia sido implantada (SOUZA, 2006).

Todos estes conceitos contribuíram sobremaneira para efetiva operacionalização das políticas públicas estadunidenses que ocorreu em 1948 por Robert McNamara. Ele criou a RAND Corporation, organização não-governamental financiada por recursos públicos cujo objetivo era influenciar transformações sociais, políticas, econômicas ou científicas a partir de movimentos políticos-ideológicos. A inserção da ONG funcionou como ferramenta de decisão governamental às consequências da Guerra Fria (SOUZA, 2006).

Neste contexto, a proposta foi de aplicação de métodos científicos às formulações e às decisões do governo sobre problemas públicos do pós guerra. Mais tarde estes métodos se difundiram para outras áreas governamentais, inclusive para a política social (SOUZA, 2006).

Desde sua origem até os dias atuais o conceito mais conhecido e difundido das políticas públicas segundo Souza (2006) é o proposto por Laswell (1936) que aponta que as definições e análises das políticas públicas devem contemplar os questionamentos: quem ganha o quê, por quê e que diferença faz.

Baseando-se em autores como Mead (1995), Lynn (1980), Peters (1986), Dye (1984) e o próprio Laswell (1936), Souza (2006) resume que as políticas públicas são entendidas como o:

campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, “colocar o governo em ação” e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável

dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006, p. 26).

Na busca por outras literaturas que corroborassem com Souza (2006), encontrou-se em Teixeira (2002) para quem as políticas públicas são:

diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. Nem sempre porém, há compatibilidade entre as intervenções e declarações de vontade e as ações desenvolvidas. Devem ser consideradas também as “não-ações”, as omissões, como formas de manifestação de políticas, pois representam opções e orientações dos que ocupam cargos (TEIXEIRA, 2002, p. 02).

Para Trotta (2010) as políticas públicas são:

determinações estratégicas de curto ou longo alcance que podem ser econômicas, sociais, militares, científicas, ambientais, educacionais etc. As condições que as envolvem são: “reflexão”, “escolha” e “decisão”, que por sua vez se desdobram em formulação, planejamento, execução e avaliação. Importa saber, a despeito de algumas opiniões divergentes, que toda política pública é uma ação estatal, uma vez que sua formulação, incentivo e recursos são patrocinados pelo Estado (TROTТА, 2010, p. 82).

Neste contexto acredita-se que as políticas públicas são ações governamentais que se estruturam, se organizam e se concretizam a partir de interesses sociais organizados e produzidos socialmente e se expressam por movimentos articulados e interdependentes oriundos de “problemas sociais que se materializam em programas, projetos e serviços” (SILVA, 2008, p. 90).

Elas definem as tendências e as relações de poder estabelecidas no modelo de Estado adotado em função às eleições e podem pender para características mais democráticas ou centralizadoras, eletista ou populares conforme as plataformas eleitorais adotadas pelo Estado.

Existem na literatura pelo menos sete modelos de formulação e análise de políticas públicas. A mais conhecida e difundida mundialmente, conceituada por Theodor Lowi (1964) e descrita por Souza (2006) aponta que a política pública faz a política” (SOUZA, 2006, p. 28). Em outras palavras significa dizer que “cada tipo de

política pública vai encontrar diferentes formas de apoio e de rejeição e que disputas em torno de sua decisão passam por arenas diferenciadas” (SOUZA, 2006. P. 28).

Para Souza (2006), que se baseia em Lowi (1964) as políticas públicas podem ser:

- distributivas: tipo de política pública que objetiva distribuir benefícios individuais ao privilegiar certos grupos sociais ou regiões, em detrimento do todo;
- regulatórias: políticas públicas que objetivam definir regras e procedimentos que regulem comportamento dos atores para atender interesses gerais da sociedade;
- redistributivas: políticas públicas que objetivam redistribuir recursos entre os grupos sociais atingindo o maior número de pessoas, porém impõe perdas concretas e no curto prazo para certos grupos sociais, e ganhos incertos e futuro para outros;
- constitutivas: políticas públicas que lidam com procedimentos (SOUZA, 2006; TEIXEIRA, 2002).

Quanto aos aspectos estruturais das políticas públicas Giovanni (2009) esclarece que se constituem a partir da:

- estrutura formal, composta pelos elementos: teoria, práticas e resultados;
- estrutura substantiva, composta pelos elementos: atores, interesses e regras;
- estrutura material, composta pelos elementos: financiamento, suportes, custos;
- estrutura simbólica, composta pelos elementos: valores, saberes e linguagens” (GIOVANNI, 2009, p. 20).

Todas as estruturas se inter-relacionam, porém cada uma delas tem suas peculiaridades. A estrutura formal, como o nome sugere, se baseia na elaboração teórica de uma política com detalhamento de sua metodologia de ação e posterior avaliação de resultados. Nesta estrutura se descrevem as etapas sucessivas da política (policy cycle) que são definidas a partir dos objetivos propostos.

A primeira etapa corresponde a definição da agenda política (Agenda-Setting). Nesta são identificadas as necessidades de ação governamental frente à problemas sociais existentes (JANUZZI, 2016).

A segunda etapa refere-se a formulação de políticas e programa (policy formulation). Nesta, são descritas as “possíveis soluções, encaminhamentos e programas para lidar com a questão recém-legitimada na agenda e aos custos e implicações operacionais para a implementação de cada uma delas” (JANUZZI, 2016, p. 32). Esta etapa propulsiona à terceira etapa do policy cycle, a tomada de decisões.(decision making).

A terceira etapa portanto, influencia a quarta que denomina-se implementação de políticas e programas (policy implementation). Nesta, são canalizados os “esforços de implantação e execução da ação governamental, na alocação de recursos e desenvolvimento dos processos previstos nas alternativas e programas escolhidos anteriormente” (JANUZZI, 2016, p. 32).

Por fim, se estabelece a última etapa do policy cycle, a avaliação das políticas e programas (policy evalution). Esta, se destina a “analisar se os esforços empreendidos estão atuando no sentido esperado de solucionar o problema original” (JANUZZI, 2016, p. 32).

Sob orientação desta etapa é possível avaliar a manutenção ou mudanças nos programas implementados para garantir sua efetividade. Com isso os programas podem ser descontinuados, caso não façam mais parte da agenda social, mudados ou adaptados para contemplar os objetivos inicialmente definidos (JANUZZI, 2016).

A estrutura substantiva de uma política pública por se formar a partir de interesses de atores sociais (grupos, pessoas, instituições) tendem a levar em consideração três aspectos: “a lógica da acumulação do capital, a lógica da acumulação do poder e a lógica da acumulação de recursos e bem estar” (GIOVANNI, 2009, p. 24-25). Neste sentido os atores participam direta ou indiretamente na formulação e na implementação de uma determinada política definindo leis e regras que pautam o comportamento de cada um e do conjunto dos atores envolvidos na política (GIOVANNI, 2009).

Em amplo sentido, a estrutura material se relaciona aos aspectos econômicos que subsidiam uma política. Em geral garantem a “exeqüibilidade e sustentação material: financiamento, custos e suportes” (GIOVANNI, 2009, p. 26) que pautará a implementação da mesma.

A quarta e última estrutura constituinte de uma política pública definida por Giovanni (2009) é a estrutura simbólica que é representada pela relação entre as “culturas nacionais e a produção científica na área, demonstrando os vínculos entre essa produção e as situações sociais e políticas vivenciadas” (GIOVANNI, 2009, p. 28). Os elementos desta estrutura revelam, do ponto de vista analítico, os graus de amplitude de uma política (particularismo/universalismo e isolamento/integração) bem como as tendências ideológicas que pautam a mesma (GIOVANNI, 2009).

Expostos a todos os conceitos anteriores avançaremos à Política Social e à Política de Saúde na realidade brasileira.

1.2 A POLÍTICA SOCIAL

A Política Social é um fenômeno contemporâneo associado ao advento do capitalismo e da constituição da sociedade burguesa. Sua consolidação se deu no final do século XIX, sobretudo na Inglaterra e Alemanha, com a criação e multiplicação de leis e medidas de proteção social, de seguridade social contra as adversidades do capitalismo e seus modos de produção e reprodução, das forças sociais dos segmentos de classe e também das condições econômicas gerais que interferiram política e economicamente nos governos (TEIXEIRA, 2007).

Conceitualmente Hass (2004), parafraseando Santos (1987), define que a política social é

toda política que ordene escolhas trágicas segundo um princípio de justiça consistente e coerente. A política social não é uma política entre outras, dotada de um atributo que a diferencia das demais, mas da mesma ordem lógica. Ela é, na realidade, uma política de ordem superior, metapolítica, que justifica o ordenamento de quaisquer outras políticas o que equivale a dizer que justifica o ordenamento de escolhas trágicas” (SANTOS, 1987, p. 88 apud Hass, 2004, p 113).

Vista sob olhar econômico, a política social

reflete a direção política das relações econômicas. A combinação específica, imposta pela correlação efetiva de forças, de incentivos à acumulação e ao crescimento, recursos para a provisão de meios de subsistência aos mais carentes e ações redistributivas visando a alcançar um certo patamar de equidade (ABRANCHES, 1987, p. 110 apud HASS, 2004, p. 114).

Behring e Boschetti (2011) identificam que a introdução da política social no mundo ocidental ocorreu junto a elaboração de leis trabalhistas inglesas (Estatuto dos Trabalhadores – 1349, Estatuto dos Artesãos – 1563, Lei dos pobres – 1531 entre outras) que além de “estabelecer o imperativo do trabalho a todos que dependiam de sua força de trabalho para sobreviver (obrigavam o pobre a aceitar qualquer tipo de trabalho, regular a remuneração do trabalho e proibir a mendicância dos pobres válidos)” (BEHRING;BOSCHETTI, 2011, p. 48) estabeleciam a distinção entre pobres merecedores e pobres não-merecedores.

Os pobres merecedores representavam os cidadãos comprovadamente incapazes de trabalhar e alguns nobres empobrecidos. Já os não merecedores eram representados por todos os cidadãos que possuíam capacidades para o trabalho e portanto não poderiam se apropriar de auxílios. O “auxílio” era destinado aos merecedores e tinha caráter caritativo e filantrópico, sem sustentação legal.

Este cenário, extremamente repressor para os cidadãos, teve novas perspectivas com a elaboração da Lei inglesa Speenhamlan em 1795. A Lei estabelecia “o pagamento de um abono financeiro, em complementação aos salários, cujo valor se baseava no preço do pão” (BEHRING;BOSCHETTI, 2011, p. 50). Era previsto na Lei a assistência social a empregados e desempregados que recebessem abaixo de determinado valor. Esta ação representava uma inovação social e econômica que se centrava no direito de vida.

Esta Lei possibilitou aos trabalhadores negociações, mesmo que mínimas, no valor de sua força de trabalho além do impedimento, pelo menos no período em que ela se efetivou, da expansão dos resultados sociais advinhos do capitalismo e do liberalismo.

Em 1834, com a ampliação e difusão os ideias do capitalismo e do liberalismo a Lei dos Pobres ficou a cargo da filantropia. Inúmeros inválidos se exilaram em albergues e massas de miseráveis foram expostas à exploração do capital sobre o trabalho (BEHRING;BOSCHETTI, 2011).

Diante deste contexto, as massas operárias inglesas iniciaram reivindicações pela criação de Sistemas de Proteção Social que as salvaguardassem das consequências adversas do capitalismo e do neoliberalismo. Tais sistemas possuíam a função de “redistribuição de renda em favor dos doentes,

inválidos, de famílias com filhos dependentes, aos desempregados e dos pobres, a proteção social é inegavelmente um fator de justiça social e, nesse sentido é também um fator de paz” (SPOSATI, 2004, p. 11).

Para Fleury (2008) os Sistemas de Proteção Social surgiram para

regular as condições de trabalho e minorar os sofrimentos decorrentes da situação de miséria, isto é, a emergência da pobreza como problema social está associada ao fenômeno da industrialização e ao conseqüente rompimento das relações tradicionais do feudalismo. Instaura-se, nesse momento, a necessidade de desenvolver tanto formas compensatórias de integração e coesão social quanto mecanismos e instrumentos de reprodução eficaz da força de trabalho necessária à expansão da produção capitalista (FLEURY, 2008, p. 06).

Como atividade coletiva, os sistemas de proteção social desenvolveram-se na forma de direitos (civis, políticos e sociais) garantidores da condição de cidadania¹⁷ e foram responsáveis pelas “transformações do Estado, ampliando, concomitantemente, as instituições e políticas públicas relativas ao funcionamento da Justiça, do sistema eleitoral e da provisão dos benefícios sociais” (FLEURY, 2008, p. 07).

Os Sistemas de Proteção Social são segmentados segundo o *status* atribuído na concessão do benefício em: assistência social, seguro social e seguridade social. A Assistência Social é o modelo de proteção social cuja característica se sustenta na assistência social à interesses individuais e na capacidade que tem cada indivíduo de adquirir os bens e serviços que necessite (direitos invertidos) (FLEURY, 2008).

O Seguro social é caracterizado por representar o modelo de proteção social cujo benefício é concedido à grupos ocupacionais que se vinculam ao Estado por meio de uma relação contratual (direitos regulados). O objetivo desta forma de proteção é a “manutenção das condições socioeconômicas dos beneficiários, em situações de risco, como a perda da capacidade de trabalho por idade, enfermidade ou acidente. Visa a assegurar àquele que já tenha contribuído durante um

¹⁷ Cidadania: “é a dimensão pública dos indivíduos, vistos como autônomos, isolados e competitivos na dimensão privada, mas integrados e cooperativos na comunidade política. Neste sentido, a cidadania pressupõe um modelo de integração e sociabilidade, que surge como resposta social às transformações socioeconômicas e políticas ocorridas com o advento da Revolução Industrial e os correspondentes processos históricos de desagregação dos vínculos tradicionais de solidariedade da sociedade feudal. Conceitos como liberdade, igualdade e solidariedade estão na raiz da evolução da cidadania, embora muitas vezes de forma conflituosa” (FLEURY, 2008, p. 02).

determinado período condições de vida semelhantes àsquelas de um trabalhador ativo” (FLEURY, 2008, p. 12).

A Seguridade Social é o modelo de proteção social que garante *a todos os cidadãos* o direito à benefícios socialmente estabelecidos como vitais tais como educação e saúde (direitos universais). Seu mecanismo de implementação se dá por meio de um conjunto de políticas públicas de enfrentamento à demandas sociais galgadas na Política Social. Sua garantia é estabelecida pelo Estado, que “desempenha um papel central tanto na administração como no financiamento do sistema” (FLEURY, 2008, p. 13).

No Brasil, a preocupação com as questões sociais tiveram início no regime autoritário de 1930 por dois motivos, sendo o primeiro as influencias internacionais de expansão dos Welfare State e o segundo pela proliferação de cidadãos desprovidos de direitos sociais, garantidos apenas os trabalhadores formalizados, que buscaram atendimento no campo da assistência social (COUTO, 2010).

O período que vai de 1930 a 1964 é marcado pelo crescente aumento dos mecanismos garantidores da efetivação dos direitos sociais brasileiros tais como a criação do Ministério do Trabalho (1930), instituição do salário mínimo (1940) e a reestruturação dos Ministérios da saúde e da educação (1940) dentre outros, porém foi no regime militar (1964 a 1985) que o termo política social foi efetivamente introduzido e conceituado no país.

Mesmo que a política social tenha sido introduzida no país neste período sua legitimação sempre esteve restrita à expansão do capital em detrimento à proteção social da população. Com o fim do regime ditatorial e início da democracia liberal instaura-se no Brasil a Constituição de 1988 e com ela a garantia do sistema de seguridade social, compreendido por um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, art. 194).

De acordo com o texto constitucional, a seguridade social deve ser organizada com base nos seguintes objetivos:

I - universalidade da cobertura e do atendimento; II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV - irredutibilidade do valor dos benefícios; V - equidade na forma de participação no custeio; VI - diversidade da base de financiamento; VII -

caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (BRASIL, 1988, art. 194).

Quanto ao custeio das ações da seguridade social a Constituição de 1988 define no art. 195 que será

financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício b) a receita ou o faturamento; c) o lucro; II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201; III - sobre a receita de concursos de prognósticos; IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar (BRASIL, 1988, art. 195).

É dentro desta condição que se insere no artigo 203 da mesma Constituição que:

a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes; III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei (BRASIL, 1988, art. 203).

No que tange à previdência, o artigo constitucional 201 garante que:

a previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998) (Vide Emenda Constitucional nº 20, de 1998) I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada; II - proteção à maternidade, especialmente à gestante; III - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário; IV - salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda; V - pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes (BRASIL, 1988, Art. 201).

E nos artigos constitucionais 196, 197 e 198 fica definido o terceiro componente da seguridade social que faz referência à saúde. Neste contexto tem-se que:

Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Art. 197: São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988).

Art. 198: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Estes artigos constitucionais rompem com a lógica fragmentada, anteriormente apresentada nas constituições brasileiras, e buscam, por meio da seguridade social dar sentido amplo à área social, ampliando a garantia dos direitos sociais e responsabilizando o Estado brasileiro com o cumprimento destas garantias (COUTO, 2010).

No que tange especificamente à política saúde, eixo da seguridade social que será enfocado a partir de agora neste estudo, Fleury (2008) afirma tratar-se de uma política social, pois a garantia universal à saúde é uma atividade de proteção social (FLEURY, 2008). E,

como atividade de proteção social, a política de saúde se coloca na fronteira de diversas formas de relação social, como a relação entre gestores e atores políticos de unidades governamentais e empresas, entre indivíduos e grupos sociais (famílias, grupos ocupacionais, religiosos, entre outros), entre cidadãos e os poderes públicos, entre consumidores e provedores de bens e serviços etc. A ação da política de saúde sobre essas formas de relação é diferente em cada caso e envolve estratégias, planos, instrumentos e processos mediados por instituições e significados culturais (FLEURY, 2008, p.17).

Para dar sequencia ao capítulo abordar-se-á neste momento a Política de Saúde brasileira, desde suas primeiras e incipientes ações até os desdobramentos que deram origem ao Sistema Único de Saúde e as suas conquistas atuais.

1.3 A POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

A Política de Saúde é conceituada nacional e internacionalmente como sendo

um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, que definem as prioridades e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas. A política de saúde é freqüentemente estabelecida por meio de leis e outras formas de normatização que definem as regras e incentivos que orientam a provisão de serviços e programas de saúde, assim como o acesso a esses. (...). Como a maioria das políticas públicas, as políticas de saúde emergem a partir de um processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis (WHO, 1998 p. 10 apud FLEURY, 2008, p. 19).

Para o Ministério da Saúde (1998), a política de saúde é responsável pelas “decisões de caráter geral que apontam os rumos e as linhas estratégicas de atuação de uma determinada gestão” (BRASIL, 1998). Elas devem ser explícitas ao ponto de

tornarem públicas e expressas as intenções do Governo; permitir o acesso da população em geral e dos formadores de opinião em particular à discussão das propostas de Governo; orientar o planejamento governamental no detalhamento de programas, projetos e atividades; funcionar como orientadoras da ação do Governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis (BRASIL, 1998).

Segundo o Ministério da Saúde (1998) o estabelecimento de uma política de saúde é dado por um processo metodológico desencadeado pela coleta e sistematização de subsídios básicos, interna e externamente ao Ministério, que de forma participativa, compõem matérias-primas para a elaboração de estratégias e projetos.

Tais projetos, avaliados e discutidos entre o Ministério da Saúde, os gestores do Sistema Único de Saúde, os segmentos organizados da sociedade civil e a população geral, representada pelo Conselho Nacional de Saúde, geram opiniões e sugestões acerca da política em construção que posteriormente deve ser submetida à avaliação e aprovação do Ministro da Saúde.

Para todo este processo há de se levar em conta elementos fundantes e aplicáveis sobre tal política. Em geral, devem primar pelos critérios de relevância

social, econômica e política e pelos impactos positivos a serem gerados sobre os condicionantes da saúde e sobre os sistemas de proteção social (FLEURY, 2008)

Para a construção da política de saúde, Fleury (2008) e Giovanni (2009) consideram necessário o estabelecimento de suas estruturas elementares, a saber:

- estrutura formal: composta pelos objetivos e estratégias de ação e possíveis resultados da política de saúde;
- estrutura substantiva: composta pelos atores, interesses, regras e arenas políticas, econômicas e sociais que definem a política de saúde;
- estrutura material: composta pelos elementos de custeio, financiamento e sustentação econômica e legal da política e
- estrutura simbólica: composta pelos valores éticos, morais, culturais e comportamentais advindos com a implementação da política (GIOVANNI, 2009; FLEURY, 2008).

Na estrutura formal, se definem os objetivos, as estratégias de ação e seus resultados. Em geral os objetivos da política de saúde buscam garantir padrões mínimos de proteção contra riscos sociais e garantia do bem estar (FLEURY, 2008). Eles devem responder aos anseios da população e devem possibilitar processos avaliativos. Quanto às estratégias de ação, se relacionam a programas ou projetos que devem ser executados para se alcançar os objetivos propostos. A implementação das estratégias de ações bem como a checagem do alcance dos objetivos geram os resultados obtidos com a política.

A estrutura substantiva se relaciona aos canais e rotinas decisórias da política de saúde representados pelas arenas e atores sociais envolvidos. Os atores sociais são representados pelas instituições, pelo Estado e pela sociedade civil. A relação estabelecida entre tais atores obedece às vontades políticas e econômicas que fluem entre as arenas decisórias da política (FLEURY, 2008).

As arenas se relacionam a espaços específicos onde ocorrem as relações de poder, entre atores sociais, que podem moldar o formato geral de uma política de saúde. Estas relações em geral são tensas haja vista que envolvem questões econômicas e políticas cujos interesses na maioria das vezes são diversos (FLEURY, 2008).

Definido os atores e arenas que fundamentam a política de saúde, Fleury (2008) aponta os três canais decisórios das tomadas de decisão:

- a) Conselhos de Saúde (locais, municipais, regionais, estaduais e nacional) que representam a participação e o controle social;
- b) Conferências de Saúde que representam os mecanismos de formação da vontade política de estruturação da política de saúde e
- c) Consórcios de Saúde, Comissões Intergestoras Bipartites e Comissões Intergestoras Tripartites reconhecidas como as arenas de negociação e pactuação entre os entes governamentais envolvidos no sistema de saúde.

A Estrutura material é composta pelas estruturas econômicas e de recursos materiais, humanos e de insumos e serviços que sustentam a política de saúde. Estas estruturas e recursos são fundamentados nos marcos institucionais (leis e decretos) que orientam, regulam e limitam as ações e decisões políticas e econômicas dos atores sociais nas arenas políticas. As Leis Orgânicas da Saúde 8.080/1990 e 8.142/1990 se estruturam na Constituição Federal de 1988 e se identificam como os marcos institucionais de maior valor sobre as questões de saúde.

A quarta e última estrutura elementar da política de saúde faz referencia à formação de valores éticos e de vida social que “afetam o padrão das relações sociais” (FLEURY, 2008, p. 40) e comportamentais dos cidadãos a ela expostos.

Neste caso, é essencial termos em mente que o estabelecimento de uma política de saúde “impulsiona um processo de apropriação, redefinição e produção de significados sociais, na medida em que ela tanto assimila, emprega e redefine significados sociais quanto gera novos conceitos e formas de percepção socioculturais que produzem impactos reais na estrutura social” (FLEURY, 2008, p. 37).

A organização estrutural da política de saúde brasileira, tão bem abordada pelos autores referenciados, é muito jovem e representa o produto de contínuas e arduas lutas sociopolíticas e socioeconômicas desde o Brasil colônia até os dias atuais. A análise da política de saúde brasileira levou Polignano (2010) a constatar que:

- a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira;
- a política de saúde sempre obedeceu a lógica da expansão do capitalismo em especial o capitalismo internacional;
- a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do Estado brasileiro, tanto na resolução de grandes problemas de saúde como no financiamento de suas ações;
- as ações em saúde são focalizadas em grupos ou regiões socioeconomicamente dominantes no país e
- a dualidade entre medicina preventiva e curativa sempre foi constante na política de saúde dos vários governos que geriram o país.

Para a verificação de tais constatações convida-se o leitor a participar dos aspectos históricos da política de saúde brasileira.

1.3.1 Aspectos históricos da política de saúde brasileira

O período compreendido entre 1500 a 1889 é identificado pela história como o período colonial. A população deste período não dispunha de um modelo de atenção à saúde. O que se constatava nas questões de saúde eram atividades empíricas geralmente realizadas por curandeiros a partir da utilização de ervas e plantas medicinais e mais tarde pelos jesuítas que além de catequizar realizavam a sangria, operavam doentes e realizavam partos (PONTE; FALLEIROS, 2010).

A carência de profissionais de saúde na colônia portuguesa fomentou a proliferação de boticários (donos de boticas – farmácias) que manipulavam, prescreviam e administravam medicamentos à população. A partir da chegada da família real portuguesa, em 1808 começaram a aparecer no cenário curativo também os físicos e os cirurgiões.

Os físicos eram graduados em Portugal e se responsabilizavam “por exames, diagnósticos e receituários para os pacientes” (PONTE; FALLEIROS, 2010, p. 43). Geralmente atendiam as demandas de saúde da Coroa Portuguesa.

Aos cirurgiões “cabiam os ofícios manuais, considerados socialmente inferiores, que exigiam o uso de ferros, lancetas, tesouras, escalpelos, cautérios e agulhas” (PONTE; FALLEIROS, 2010, p. 43). O acesso aos físicos, aos cirurgiões e aos boticários estava restrito à burguesia colonial. A grande maioria da população ainda estava subordinada às práticas empíricas dos curandeiros.

Foi neste período também que iniciaram-se inúmeras mudanças administrativas no setor público de saúde da colônia portuguesa, especialmente no controle sanitário de doenças transmissíveis.

Estas mudanças culminaram na fundação de duas escolas médicas, uma na Bahia denominada 1º Colégio Médico e outra no Rio de Janeiro, denominada Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, ambas fundadas por Dom João VI no ano de 1808. Estas duas escolas médico-cirúrgicas foram transformadas em faculdades de medicina no ano de 1932 (MACHADO, 2012) e passaram a controlar a emissão de diplomas para o exercício da medicina.

Como consequência, os sangradores e curandeiros foram definitivamente postos na ilegalidade (PONTE ; FALLEIROS, 2010).

A perseguição aos curandeiros, antes tolerados, recrudescceu a partir de 1870, quando o poder público ampliou o cerco contra as práticas e concepções populares de cura nos principais centros urbanos. Esse processo interpretou num contexto mais amplo o dismantelamento e a crise das políticas de dominação senhorial. O novo despotismo sanitário combinava a crise da ideologia senhorial – baseada na escravidão, no paternalismo e na dependência pessoal – com a emergência de políticas de contenção das “classes perigosas” e de naturalização das diferenças sociais, agora sancionadas pelo racismo científico e pelo darwinismo social (PONTE; FALLEIROS, 2010, p. 88).

Como consequência do banimento da prática curativa dos curandeiros, milhares de brasileiros ficaram à mercê da sorte e da caridade haja vista que o acesso à medicamentos, a médicos e a tratamentos eram em geral destinados a nobres e fidalgos.

Neste contexto de desigualdades sociais e de acesso aos serviços de saúde no Brasil chega-se ao final do século XIX e início do século XX com fortes resquícios coloniais dos séculos anteriores e poucos avanços no setor da saúde pública.

Com a Proclamação da República dos Estados Unidos do Brasil em 1889 institui-se a denominada República Velha que se estende até 1930. Neste período a

saúde estava basicamente organizada na atenção liberal, influenciada pelas correntes internacionais, e na filantropia, (BRAVO, 1991) representada principalmente pelas Santas Casas de Misericórdia. Somado a isso, grande parte dos cidadãos encontravam-se expostos a vulnerabilidades sociais, econômicas e sanitárias, sobretudo no interior do país.

As doenças infecciosas e as endemias persistiam entre os principais problemas de saúde pública, sendo responsáveis por elevadas taxas de mortalidade infantil e pela baixa expectativa de vida da populações. As diarreias, a varíola, a peste, o cólera e a tuberculose representavam as maiores causas da mortalidade geral e infantil no início do século XX (BUCHALLA; WALDMAN; LAURENTI, 2003).

Diante do contexto caótico da saúde pública brasileira o então Presidente do Brasil Rodrigues Alves, nomeou o médico sanitarista Oswaldo Cruz como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública em 1904, com o objetivo de erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro e controlar o número de óbitos. Para a concretização de tal objetivo Cruz se utilizou um modelo de intervenção autoritário e repressivo como justificativa de ação. Este modelo ficou conhecido como Campanhista (PONTE ; FALLEIROS, 2010).

Mesmo diante de arbitrariedades e abusos cometidos (obrigar a população a tomar vacina contra varíola, queimar colchões e roupas de doentes de febre-amarela), o modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro (PONTE; FALLEIROS, 2010). Esta concretização tornou este modelo hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas.

Além desta conquista, Oswaldo Cruz organizou a diretoria geral de saúde pública, criando uma seção demográfica, um laboratório bacteriológico, um serviço de engenharia sanitária e de profilaxia da febre-amarela, a inspetoria de isolamento e desinfecção, e o instituto soroterápico federal, posteriormente transformado no Instituto Oswaldo Cruz.

Na década de 1910, Carlos Chagas e Belisario Penna, sucessores de Oswaldo Cruz, convencidos de que as precárias condições de saneamento, escolaridade, habitação e trabalho, sobretudo entre a população rural, tinham íntima

relação com as doenças infecciosas e parasitárias e consequentemente com as mortes entre a população, saem em estudo no interior do país. Concluem que as endemias rurais sobrepostas à produtividade no trabalho e o descaso do Estado com as populações do interior representavam as maiores causas de morte entre a população geral, incluindo a morte infantil (PONTE, FALLEIROS, 2010).

Diante disso, Carlos Chagas encabeça um processo radical de combate à fômites e vetores por meio das Campanhas Sanitárias, que tinham como objetivo “o controle, e até mesmo a eliminação, de doenças específicas – capazes de comprometer o desenvolvimento econômico do país” (PONTE; FALLEIROS, 2010, p. 105).

Suas ações propulsionaram a Reforma Carlos Chagas (1920), que diferentemente do modelo autoritário adotado por Oswaldo Cruz defendia a propaganda e a educação sanitária como técnica cotidiana de ação (PONTE; FALLEIROS, 2010).

Todos os movimentos de controle de endemias e doenças transmissíveis estavam subordinados ao desenvolvimento econômico do país, sobretudo entre os trabalhadores da produção cafeeira, que adoeciam e/ou morriam comprometendo o desenvolvimento agroexportador brasileiro (PONTE; FALLEIROS, 2010).

Como forma de salvaguardar a saúde dos trabalhadores para o trabalho foi criada em 1923 a Lei Elói Chaves que regulamentou a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's) possibilitando o acesso aos serviços de saúde apenas aos trabalhadores de grandes empresas, que contribuíam financeiramente com as CAP's em troca destes serviços (MACHADO, 2012).

No ano de 1929 o Brasil sente o enfraquecimento das ondas liberais ocasionadas pela queda da bolsa de valores de Nova Iorque. Vargas ascende ao poder em 1930 com o objetivo de recuperar a economia brasileira e alavancar o desenvolvimento industrial. Foi na Era Vargas (1930 a 1945) se estendendo até 1964 que “aconteceu toda a criação do arcabouço jurídico e material do sistema de proteção social no Brasil” (MACHADO, 2012, p. 96).

Neste período foram instituídos o Ministério da Educação e Saúde Pública e o Ministério do Trabalho, que regulamentava a medicina previdenciária e ocupacional.

As campanhas sanitárias representavam a tônica de ação em saúde no combate à doenças.

Em 1933 Vargas institui a Previdência Social que atuando por meio dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's) concedia aos trabalhadores formais o direito à saúde, nascendo assim, ao lado da saúde pública, a medicina previdenciária. O setor da saúde pública contemplaria inicialmente as ações sanitárias em nível nacional de enfrentamento às doenças infecto-contagiosas, o atendimento emergencial e os procedimentos de alto custo que não interessavam, a princípio, ao setor privado da medicina (PONTE; FALLEIROS, 2003, p. 120).

Já à medicina previdenciária¹⁸, caberiam ações individualizadas, especializadas, hospitalocêntricas e custeadas pelas relações de trabalho (PONTE; FALLEIROS, 2010). Estas duas subseções da saúde trilharam caminhos bastante diferentes até serem criadas as bases que atualmente conformam o Sistema Único de Saúde em nosso país (PONTE; FALLEIROS, 2010).

Tal dualidade evidencia-se ainda mais na década de 1950, quando no país se intensificam os ideias de “desenvolvimento capitalista, tendo como objetivo principal a plena realização da lógica de eficiência da produção de bens e serviços” (MACHADO, 2012, p. 97). Neste sentido, o hospital, que detinha maior disponibilidade tecnológica quando comparado à saúde pública, passou a ocupar posição central na prestação dos serviços de saúde tanto que ao final desta década os hospitais eram responsáveis por todos os serviços de saúde dispensados à população.

A Era Varga finda em 1964, coincidindo com o início de um novo modelo de Estado, o Autoritário. Este modelo foi instituído pelos militares por meio de um golpe de Estado e consistia no binômio repressão-assistência para manter a regulação da sociedade e na capitalização pesada de bens e serviços médico-hospitalares, fortalecendo a medicina previdenciária em detrimento à saúde pública (BRAVO, 1991).

¹⁸ A medicina previdenciária caracterizava-se como essencialmente hospitalar, curativa e empresarial. Somado a isso, observou-se no período a celebração de convênios entre a Previdência e a iniciativa privada, fato este que conferiu forte impulso ao setor médico empresarial, ao mesmo tempo em que se verificou uma drástica redução dos investimentos estatais na rede pública, tornando-a, cada vez mais, ineficiente e distante dos serviços relacionados à assistência médica individualizada (PONTE; FALLEIROS, 2003, p. 120).

Neste contexto político o modelo de saúde adotado é hospitalocêntrico. Em todos os países elevam-se extraordinariamente os custos da assistência à saúde, em consequência das próprias transformações científicas e tecnológicas por que passava o ato médico neste período. Ocorria, então, uma profunda mudança no saber e no ato médico, diversificando-se as especialidades, diferenciando-se a mão de obra empregada e uma maior presença do capital aprofundava a divisão técnica do trabalho (MACHADO, 2012, p. 97).

Concorda-se com Bravo (1991) quando afirma que neste período os problemas de saúde do país não foram resolvidos, mas aprofundados tornando-se mais complexos, amplos e dramáticos. Os custos com saúde cresciam violentamente impossibilitando o acesso da maioria das pessoas aos serviços de saúde. Paralelamente acontecia a predominância da atenção à saúde privada e hospitalocêntrica em detrimento à saúde pública.

Estas condições foram potencializadas com a unificação dos IAP's e estruturação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que favoreceu o mercado para as empresas vendedoras de serviços médicos se fortalecerem no setor da saúde (MACHADO, 2012).

No ano de 1977 foi criado o “Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS), e, dentro dele, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que passa a ser o grande órgão governamental prestador da assistência médica – basicamente à custa de compra de serviços médico-hospitalares e especializados do setor privado.”

Todos estes movimentos sócio-políticos e econômicos culminaram na aceleração do crescimento da atenção médica previdenciária e no encolhimento das ações de saúde pública acarretando no esgotamento do modelo público e na “busca de alternativas racionalizadoras de extensão de cobertura a um custo suportável pelo sistema” (MACHADO, 2010, p. 98). Este cenário, desfavorável à saúde pública e consequentemente a grande parte da população brasileira fomentou pressões e reivindicações populares e sindicais entre os anos de 1974 a 1979 cujo objetivo era o fim do militarismo e a melhoria nas condições de trabalho, renda, saúde e educação (PONTE; FALLEIROS, 2010).

Ao fim da ditadura militar, no ano de 1984, o país apresentava seu pior resultado econômico, social, político e de saúde. Ponte e Falleiros (2010) apontam que os problemas de saúde pública ao final da década de 1980 se relacionavam à

degradação das condições de vida da população colocada à margem dos benefícios da industrialização e do crescimento econômico. A natureza da modernização alcançada e o grau de marginalização do processo de desenvolvimento a que fora submetidos grandes contingentes populacionais, mesmo nos grandes centros e nas áreas mais desenvolvidas do país, podem ser vislumbrados pelo sensível índice de mortalidade infantil (PONTE; FALLEIROS, 2010, p. 193).

Contudo, a saúde brasileira avançou na intensificação dos incrementos tecnológicos na área da saúde, na utilização dos antibióticos, nas campanhas de imunizações, no controle da malária e de outras doenças infecto-contagiosas, na suplementação alimentar e na clorificação da água (IBGE, 1999). Todas estas ações contribuíram decisivamente para o avanço de novas e modernas práticas de saúde.

Estas novas práticas foram sistematizadas no Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), no ano de 1982. O PAIS objetivava a

ênfase na atenção primária, sendo a rede ambulatorial pensada como a “porta de entrada” do sistema. Visava a integração das instituições públicas da saúde mantidas pelas diferentes esferas de governo, em rede regionalizada e hierarquizada. Propunha a criação de sistemas de referência e contra-referência e a atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada, após sua plena utilização; previa a descentralização da administração dos recursos; simplificação dos mecanismos de pagamento dos serviços prestados por terceiros e seu efetivo controle; racionalização do uso de procedimentos de custo elevado; e estabelecimento de critérios racionais para todos os procedimentos. Viabilizou a realização de convênios trilaterais entre o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Secretarias de Estado de Saúde, com o objetivo de racionalizar recursos utilizando capacidade pública ociosa.

As ações do PAIS foram amplamente incentivadas pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) que fomentaram o debate em torno do binômio saúde-democracia elaborando propostas de reestruturação do setor e universalização de acesso. Os temas em questão foram levados para a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) que teve três eixos de debate, sendo eles:

- A saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania;
- Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e
- Financiamento setorial.

As ações oriundas desta conferência culminaram na Reforma Sanitária¹⁹ cujo ideário era a estruturação de um sistema descentralizado de saúde (JUNQUEIRA, 1997) que promovesse uma reforma democrática profunda no Estado, a ponto de causar avanços impactantes na saúde brasileira. Tais avanços promoveram a unificação das Ações Integradas em Saúde - AIS e a estruturação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) no ano de 1987.

O SUDS tinham como principais diretrizes: “universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários.” Ele apresentou-se como precursor dos Sistema Único de Saúde – SUS e marcou o início do repasse financeiro do Governo Federal para os estados e municípios federados com o propósito da descentralização político administrativa das ações em saúde e da municipalização.

Mesmo que as bases ideológicas e organizacionais do SUS tenham se constituído na 8ª Conferência de Saúde, ele apenas teve sua efetivação e formalização em 1990 após a promulgação da Constituição Federal da República de 1988, também denominada Constituição Cidadã.

No artigo constitucional 196 evidencia-se que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

No artigo constitucional 198 fica definido que

as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

¹⁹ “Reforma Sanitária” é a designação que se dá à plataforma política defendida pelo “Movimento Sanitário Brasileiro”, que representou uma ampla articulação de atores sociais, incluindo membros dos departamentos de medicina preventiva de várias universidades, entidades como o Centro Brasileiro de Estudos (CEBES), fundado em 1978, movimentos sociais de luta por melhores condições de saúde, autores e pesquisadores, militantes do movimento pela redemocratização do país nos anos 1970 e 1980 e parlamentares que faziam a crítica às políticas de saúde existentes no Brasil. A “Reforma Sanitária” incluía em sua pauta uma nova organização do sistema de saúde no país – com várias características que o SUS afinal adotou –, em particular uma concepção ampliada dos determinantes sociais do processo saúde-doença e a criação de um sistema público de assistência à saúde, gratuito com garantia de acesso universal do cuidado para todos os brasileiros.

Quanto às formas de financiamento dos Sistema, a Constituição de 88 define nos incisos 1º e 2º do artigo 197 que

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195²⁰, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. § 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento); II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b (BRASIL, 1988).

Constitucionalmente as competências do SUS estão expressas no artigo art. 200, e devem estar organizadas para:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação; VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988).

Estes artigos do texto constitucional propulsionaram a criação, no ano de 1990, das Leis Orgânicas da Saúde: Lei 8080/1990 e a Lei 8142/1990. Elas

²⁰ Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: I - do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre: a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados, a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; b) a receita ou o faturamento; c) o lucro; II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201; III - sobre a receita de concursos de prognósticos; IV - do importador de bens ou serviços do exterior, ou de quem a lei a ele equiparar (BRASIL, 1988).

estabelecem “os marcos legais básicos que fixam os fundamentos tanto valorativos quanto políticos e organizacionais da política de saúde” (FLEURY, 2008, p. 34).

No art. 2º da Lei 8080/1990 fica definido que

a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. § 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (BRASIL, 1990).

No art. 3º da mesma Lei instaura-se a questão social como determinante das condições de saúde dos brasileiros. De acordo com o texto legal

a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

E finalmente no art. 4º da Lei 8080/1990 fica definido que a estruturação legal das ações e serviços de saúde em âmbito nacional devem ser

prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS). § 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde. § 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (BRASIL, 1990).

Seguida da criação da Lei 8080/1990, foi criada a Lei 8142/1990 que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros” (BRASIL, 1990).

De acordo com a Lei 8142/1990

o Sistema Único de Saúde (SUS), contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: I - a Conferência de Saúde; e II - o Conselho de Saúde. § 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis

correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde. § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. § 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde. § 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. § 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho (BRASIL, 1990).

No ano seguinte, são criadas a Comissão Intergestora Bipartite²¹ (CIB) e a Comissão Intergestora Tripartite²² (CIT). Ambas representam

espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões se dão por consenso, e não por votação fato este que estimula o debate e a negociação entre as partes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Biblioteca Virtual em Saúde, 2009).

Além da CIT e CIB, é criada no ano de 1991 a primeira Norma Operacional Padrão (NOB-SUS 91) cujo objetivo era fornecer instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme estabelece a Lei 8.080/90 além de definir as formas de repasse de recursos para os estados e municípios brasileiros.

Na lógica da NOB 91, os

Estados e municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo de atenção à saúde voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos

²¹ CIB: é constituída (em nível estadual) paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Incluem, obrigatoriamente, o Secretário de Saúde da capital do estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Biblioteca Virtual em Saúde, 2009).

²² CIT: é constituída (em nível federal) paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Na CIT, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. Tem composição formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo MS, cinco Conass e cinco pelo Conasems. A representação de estados e municípios é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do País (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Biblioteca Virtual em Saúde, 2009).

executados, independentemente da qualidade e dos resultados alcançados (POLIGNANO, 2010, p. 26).

Esta condição propulsionou o Ministério da Saúde a instituir uma nova NOB-SUS no ano de 1993, a NOB-SUS/93, cuja pretensão foi implantar o que efetivamente estava definido na Constituição de 88 usando para isso critérios e categorias diferenciadas de gestão para a habilitação dos municípios em incipiente, parcial e semi-plena. De acordo com cada tipo de gestão existiam diferentes formas de repasses financeiros (POLIGNANO, 2010).

As formas de repasses financeiros definidos na NOB/93 não se efetivaram em função à grave crise econômica, política, e social instalada no país pelo governo Collor. Esta condição dificultou grandemente as ações do SUS as quais foram ainda mais penalizadas no ano de 1994 quando o então Ministro de Previdência Antonio Brito vetou totalmente os repasses à saúde, mesmo os garantidos em Constituição.

No ano de 1995, FHC assume o governo e imbuído de um projeto neoliberal e de globalização reduz o tamanho do Estado restringindo ainda mais recursos e repasses à saúde acarretando a agonia do SUS (POLIGNANO, 2010).

O leve suspiro se daria com a instituição da contribuição provisória sobre movimentação financeira – CPMF proposta por Jatene, porém com a aquisição deste financiamento, o governo federal cortou repasses obrigatórios ocasionando o “trocar seis por meia dúzia” além de usar este recurso para cobrir outros gastos governamentais que não os de saúde (PONTE; FALLEIROS, 2010).

Era evidente a proposta da União de descentralização político-administrativa do SUS e da municipalização das ações em saúde. Imbuído deste objetivo o Ministério da Saúde cria a NOB-SUS /96 que revoga os modelos anteriores de gestão propostos nas NOB anteriores, e propõe que os municípios se enquadrem em dois novos modelos de gestão: a) Gestão Plena de Atenção Básica ou b) Gestão Plena do Sistema Municipal. De acordo com a NOB/96 estes modelos definiriam a transferência financeira para os municípios conforme a gestão (POLIGNANO, 2010).

Para se efetivar o que estava definido na NOB/96 o governo se utilizou de dois movimentos concomitantes, a saber: a) desfinanciamento das ações do SUS que estavam centradas num modelo hospitalocentrico e b) implantação de um programa de Atenção Básica à Saúde, o Programa Saúde da Família – PSF.

Diante do caos financeiro imposto à saúde pública, inúmeras instituições hospitalares criam, por indução do Estado, seus planos de saúde privados. As Santas Casas e os Hospitais Universitários, refúgios dos mais carentes, se veem obrigados a diminuir o número de leitos e os serviços prestados em decorrência à insuficiência financeira e à demora de repasse financeiro da União.

Somado a isso,

houve a criação das entidades de direito privado, paralelas aos hospitais, como as fundações privadas de apoio, com ampla autonomia para captação e gerenciamento de recursos financeiros; a terceirização da gerência de unidades hospitalares públicas, mediante a transferência da gerência dos hospitais estatais para entes privados, lucrativos ou não lucrativos; a terceirização das atividades assistenciais e/ou serviços especializados do hospital, substituindo o servidor público por prestadores privados organizados em cooperativas de profissionais de saúde; a terceirização nas áreas de limpeza, manutenção, segurança e setores como hemoterapia e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; a terceirização da mão de obra por meio de cooperativas, fundações e organizações não governamentais, como estratégia de contratação, flexibilização e gestão de pessoal, como aconteceu no Programa de Agentes Comunitários de Saúde e no Programa Saúde da Família, sendo que muitas delas se apoderam dos direitos trabalhistas e sociais; e, por último, a implantação de consórcios intermunicipais organizados sob a forma de pessoa jurídica de caráter privado (PONTE; FALLEIROS, 2010, p. 301).

Com a NOB/96 fica definido que os repasses financeiros da União para os municípios passaram a ser realizados pelo Piso Assistencial Básico – PAB calculado a partir da “multiplicação de um valor per capita nacional (atualmente) pela população de cada município (fornecida pelo IBGE) e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios” (POLIGNANO, 2010, p. 24).

As ações de saúde que definem incentivos financeiros são:

- Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- Programa de Saúde da Família (PSF);
- Assistência Farmacêutica básica;
- Programa de combate as Carências Nutricionais;
- Ações básicas de vigilância sanitária;
- Ações básicas de vigilância epidemiológica e ambiental.

Mesmo que a NOB/96 tenha sido instituída no ano de 1996, sua efetiva implementação ocorreu no ano de 1998, em meio a fortes ondas neoliberais que

culminaram no declínio das despesas nacionais com a saúde e na regulamentação da lei 9656/98 que institui em âmbito nacional os planos e seguros de saúde (POLIGNANO, 2010).

De acordo com Polignano (2010), a saúde suplementar se organizaria em quatro modelos, sendo:

- Plano ambulatorial – cobertura de consultas ilimitadas, exames complementares e outros procedimentos, em nível ambulatorial além de atendimentos de urgência e emergência até as primeiras 12 horas;
- Plano Hospitalar sem obstetrícia - compreende atendimento em unidade hospitalar com número ilimitado de diárias, inclusive UTI, transfusões, quimioterapia e radioterapia.
- Plano Hospitalar com obstetrícia - acresce ao Plano Hospitalar sem obstetrícia, a cobertura de consultas, exames e procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao recém-nascido durante os primeiros 30 dias de vida;
- Plano odontológico - cobertura de procedimentos odontológicos realizados em consultórios;
- Plano referência - representa a somatória dos quatro tipos de plano anteriores (POLIGNANO, 2010).

Estes fatos clarificam três evidências apontadas por Polignano (2010). A primeira diz respeito à subordinação das ações em saúde sobre a expansão do capital, a segunda faz referência à despreocupação central com a saúde dos cidadãos e a terceira se relaciona à exclusão de procedimentos e ações em saúde entendidas como básicas.

Somado a isso, estava a complexidade de execução e regulação das ações político-administrativas estabelecida pela Constituição Federal de 1988, uma vez que os três níveis de governo são autônomos e sem vinculação hierárquica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

É com vistas à organizar estes fatores que o Ministério da Saúde institui em 2001 as Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS/01 que tem como objetivo promover a equidade na alocação de recursos e no acesso da população nas ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção a partir do “processo

de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, NOAS, 2001).

Imbuída de tal objetivo, a NOAS/01 instituiu o Plano Diretor de Regionalização²³ e definiu que as atuações mínimas do Ministério da Saúde devem estar direcionadas a contemplar:

assistência pré-natal, parto e puerpério; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; tratamento das intercorrências mais comuns na infância; atendimento de afecções agudas de maior incidência; acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência; tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais; tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes; controle das doenças bucais mais comuns; suprimento / dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, NOAS, 2001).

Além destas, a NOAS/01 ainda define os conceitos-chaves para a organização da assistência à saúde em âmbito estadual em: A – Região de saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde baseada em características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras; B - Módulo assistencial – espaço territorial que dispõe de resolubilidade ambulatorial, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar e C - Município-pólo – aquele que dentro da região apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

²³ “ instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, NOAS, 2001).

Com a operacionalização das ações em saúde sob a definição da NOAS/01 foram identificados entraves decorrentes das dificuldades para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços ao SUS além de fragilidades para explicitação dos mecanismos necessários à efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, NOAS, 2002).

Como forma de adequar tais entraves o Ministério da Saúde instituiu no ano de 2002 a NOAS/02 cujas mudanças, relativas à NOAS/01, se fundamentaram na mudança político-administrativa do município-sede e na definição de que caberia a cada Estado da federação à gerência de Hemocentros/Hemonúcleos, Laboratórios de Saúde Pública, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Mesmo que a implementação das diretrizes definidas nas NOBs e NOASs tenham sido fundamentais para a organização das ações em saúde no Brasil, inúmeros problemas foram identificados. Dentre eles, a dificuldade de imporem-se normas gerais a um país tão grande e desigual e a fixação dos conteúdos em normativos de caráter técnico-processual muito complexos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Estes problemas propulsionaram os gestores do SUS a assumirem

o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que será anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicará o exercício simultâneo de definição de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PACTO PELA SAÚDE, 2006).

O primeiro componente do Pacto pela Saúde (2006), o Pacto pela Vida, compreende um conjunto de “compromissos sanitários, expressos em objetivos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PACTO PELA SAÚDE, 2006).

Ele deve estar direcionado a atender os seguintes eixos:

SAÚDE DO IDOSO: Implantar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, buscando a atenção integral.

CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA: Contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama.

MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA: Reduzir a mortalidade materna, infantil neonatal, infantil por doença diarreica e por pneumonias.

DOENÇAS EMERGENTES E ENDEMIAS, COM ÊNFASE NA DENGUE, HANSENÍASE, TUBERCULOSE, MALÁRIA E INFLUENZA: Fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde às doenças emergentes e endemias.

PROMOÇÃO DA SAÚDE: Elaborar e implantar a Política Nacional de Promoção da Saúde, com ênfase na adoção de hábitos saudáveis por parte da população brasileira, de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação saudável e combate ao tabagismo.

ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: Consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PACTO PELA SAÚDE, 2006).

Quanto ao componente Pacto em Defesa do SUS, o Ministério da Saúde (2006) define que “envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PACTO PELA SAÚDE, 2006).

O Pacto em Defesa do Sus deve estar direcionado à

mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional; garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde. aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PACTO PELA SAÚDE, 2006).

Em se tratando do terceiro componente do Pacto pela Saúde, o Pacto de Gestão do SUS, o Ministério da Saúde (2006) define ser a descrição de um conjunto de responsabilidades de cada ente federado cujo objetivo é reduzir as competências concorrentes com vistas a facilitar a gestão compartilhada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O Pacto de Gestão do SUS radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os Estados e Municípios e promove a desburocratização de processos normativos. Além disso, reforça a territorialização da saúde, reitera a importância da participação e controle social e define as diretrizes para o financiamento público tripartite (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A materialização das definições estabelecidas no Pacto pela Saúde foram compiladas na Política Nacional de Atenção Básica (2006) e instituídas pela Portaria 648 de março de 2006.

A partir da Portaria 648/06 fica definido que a operacionalização das ações em saúde serão detalhadas em Manuais e Guias de orientação específicos a estratégia Saúde da Família e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

A portaria define ainda que os orçamentos serão detalhados a partir de Programas de Trabalho, a saber: “I - Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do Piso de Atenção Básica; II - Atendimento Assistencial Básico nos Municípios Brasileiros; e III - Estruturação da Rede de Serviços de Atenção Básica de Saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PORTARIA 648, 2006).

Com a instituição da Portaria 648/2006 fica definido que o modelo de atenção à saúde brasileiro atual se direciona ao atendimento das necessidades de saúde em âmbito individual e coletivo, que abrangem a “promoção e a proteção à saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2007).

Para a efetivação deste modelo de atenção à saúde são desenvolvidas práticas gerenciais e sanitárias a partir de um trabalho em equipe em territórios sanitários definidos.

Utilizam-se para tais práticas tecnologias de alta e baixa densidade as quais são orientadas pelos princípios “da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, 2007).

É imbuída desta perspectiva que a partir deste momento, convida-se o leitor para a reflexão de um dos eixos de enfrentamento estabelecido no Pacto pela Vida, a Mortalidade Infantil.

1.4 POLÍTICAS DE SAÚDE DE ENFRENTAMENTO À MORTALIDADE INFANTIL BRASILEIRA

Estatisticamente a mortalidade infantil brasileira vem apresentando queda expressiva nos anos séculos XX e XXI, sobretudo após a 2ª Guerra Mundial, caindo de 162 óbitos em menores de um ano de vida na década de 1930 para 15 óbitos em menores de um ano de vida na década de 2000 (IBGE, 1999; IPEA, 2012).

A tendência declinante da mortalidade infantil ao longo deste período histórico pode ser atribuída, segundo IBGE (1999), à revolução da saúde pública que, mesmo não sendo o foco de atenção das políticas no Brasil, promoveu a melhoria nos padrões de saúde e de vida da população, refletindo na transição demográfica do país.

Além deste fator, a redução da mortalidade infantil no Brasil ainda pode ser atribuída às facilidades de importação de “técnicas e meios eficazes de controle das doenças endêmicas” (IBGE, 1999, p. 09), principalmente na década de 1940.

Esta constatação evidencia que a redução da mortalidade infantil neste caso se deu muito mais pelo desenvolvimento tecnológico na saúde do que necessariamente pelas melhorias sociais tais como educação, renda e saúde pública (saneamento básico) que compõe a tríade do bem estar social.

Na década de 1960, em função ao momento político pelo qual o país passou – Ditadura Militar, percebe-se o início do enfraquecimento do ritmos de queda da mortalidade infantil brasileira (IBGE, 1999).

Possivelmente isso se deve à descontinuidade das políticas de enfrentamento à problemática, que vinham sendo sistematicamente enfrentados nas décadas anteriores, atribuída ao modelo de Estado adotado pelo governo militar, o Desenvolvimentista.

Os reflexos sociais, econômicos políticos e de saúde, especialmente a mortalidade infantil, deste governo puderam ser sentidos pela sociedade brasileira ao final da década de 1980. IBGE (1999) aponta que neste período observava-se no Brasil evidente distribuição desigual de renda e acesso diferenciado da população à serviços de saúde, saneamento, educação e outros componentes do padrão e vida

da população. Tais características influenciaram o enfrentamento da mortalidade infantil nos distintos estratos sociais que foram se estabelecendo (IBGE, 1999).

A má distribuição de renda brasileira, que culmina na estratificação social, é identificada pelo IBGE (1999) como sendo o grande obstáculo para a redução da mortalidade infantil no país.

Porém, algumas discretas intervenções do Estado brasileiro no patrocínio de algumas medidas de ação compensatórias de saúde como saneamento básico, programas de saúde materno-infantis, imunizações e a ampliação de serviços médico-assistenciais tem contribuído muito, tanto para a redução da mortalidade infantil quanto para a redução da taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida (IBGE, 1999).

Contudo, o IBGE (1999) destaca que tais contribuições puderam e podem ser observadas ao longo do século XX com certo predomínio nas regiões centro-sul brasileiras em oposição às regiões norte e nordeste do país (IBGE, 1999). Estas diferenças são explicadas historicamente pelo monopólio econômico que a região centro-sul do Brasil tem em relação à região norte e nordeste e ao país como um todo.

O rápido crescimento econômico da região centro-sul do Brasil, orientada pela expansão do capitalismo neoliberal, promoveu evidente conjunto de desigualdades regionais, étnico-raciais, culturais e de gênero levando o país a ser identificado internacionalmente como uma das sociedades mais desiguais do planeta (IBGE, 1999).

Estas desigualdades podem ser identificadas em dois estudos diferentes que se relacionam pelos indicadores de pobreza e de mortalidade infantil brasileiros. O estudo sobre pobreza, realizado pela ONU (2016) no Brasil identifica que

entre 2004 e 2013, os índices de pobreza no país caíram de 20% para 9% da população e de 7% para 4% no caso da pobreza extrema. No entanto, os principais aspectos ou perfis da pobreza continuam os mesmos: ela está mais presente no meio rural e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil (ONU, 2017).

Quanto ao estudo realizado pelo Ipea (2014), que se refere à concentração de óbitos infantis entre as diferentes regiões brasileiras, identificou que, mesmo com tendência decrescente, a maior concentração de

óbitos infantis no Brasil tanto da década de 1990 como na década de 2000 ainda está localizado nas regiões norte e nordeste (IPEA, 2014).

Com intenção de ilustrar a trajetória quantitativa da mortalidade infantil ao longo do século XX, traz-se o quadro a seguir que foi extraído do IBGE (1999).

**Tabela 1 - Taxa de mortalidade infantil, segundo as Grandes Regiões
Brasil - 1930/1990**

Ano	Taxa de mortalidade infantil (%)					
	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
1930	162,4	193,3	193,2	153,0	121,0	146,0
1935	152,7	170,0	188,0	145,0	120,0	133,0
1940	150,0	166,0	187,0	140,0	118,0	133,0
1945	144,0	156,0	185,0	130,0	113,0	123,0
1950	135,0	145,4	175,0	122,0	109,0	119,0
1955	128,2	127,5	169,6	108,0	94,7	114,0
1960	124,0	122,9	164,1	110,0	96,0	115,0
1965	116,0	111,3	153,5	96,0	84,0	99,0
1970	115,0	104,3	146,4	96,2	81,9	89,7
1975	100,0	94,0	128,0	86,0	72,0	77,0
1980	82,8	79,4	117,6	57,0	58,9	69,6
1985	62,9	60,8	93,6	42,6	39,5	47,1
1990	48,3	44,6	74,3	33,6	27,4	31,2

Fontes: Censo demográfico 1940-1991. Rio de Janeiro: IBGE, 1950-1997; Pesquisa nacional por amostra de domicílios 1992-1993, 1995. Rio de Janeiro: IBGE, v. 15-17, 1997.

Quadro 1 – Série histórica da Mortalidade Infantil brasileira no século XX. FONTE: IBGE, 1999, p. 20

É importante observar na análise do quadro ilustrado que a evolução quantitativa da mortalidade infantil ao longo do período se apresenta como um reflexo das políticas públicas (sociais, econômicas e de saúde) definidas em cada forma de governo. Feita esta análise, conclui-se que a mortalidade infantil, bem como suas causas e consequências, dependem do estabelecimento de políticas públicas de enfrentamento, definidas em cada tipo de governo, para apresentarem respostas sociais desejadas.

1.4.1 Políticas e Programas de Saúde Materno-infantis de enfrentamento à Mortalidade Infantil no Brasil

Nas últimas três décadas, sobretudo após a promulgação da Constituição de 1988, muito se avançou na implantação e implementação de Programas e Políticas Públicas de enfrentamento às adversidades de saúde no Brasil. A Portaria MOG nº 42, de 14 de abril de 1999 define que os Programas são “instrumentos de organização da ação governamental que visam à concretização dos objetivos pretendidos” (GARCIA, 2001, p. 18). Eles devem estar voltados para o enfrentamento de um problema precisamente identificado.

Eles são compostos pelas estratégias de ação, representados pelos projetos e pelas atividades orçamentárias, pelas operações especiais (despesas que não se destinam a bens e serviços) e pelas outras ações (ações que contribuem para a realização dos objetivos do programa, mas não exigem recursos) (GARCIA, 2001).

Em geral os programas são coordenados por gerentes, designados pelos ministros e descentralizados entre as esferas intergovernamentais.

A materialização da política de saúde em um programa de enfrentamento à mortalidade infantil esteve desde o início do século XX interligada às questões da saúde materna. O Ministério da Saúde elucida que alguns programas de atenção à saúde da mulher, que foram implementados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, se focavam basicamente na atenção materna. Tais programas estabeleciam estratégias de proteção aos grupos de risco em situação de maior vulnerabilidade como era o caso das gestantes e crianças (BRASIL, 2004b). Na verdade não se falava sobre a saúde da criança especificamente, mas da atenção à saúde da mulher em seus estados gravídicos e do parto e conseqüentemente, da criança (BRASIL, 2004b).

No ano de 1984, influenciados pela intensificação dos movimentos sociais feministas para a melhoria da qualidade e acesso à saúde da mulher em todos os seus ciclos de vida, ocorre o lançamento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM, cujo objetivo era desenvolver “ações voltadas à integralidade, equidade e abordagem global em todas as fases do ciclo vital da mulher” (BRASIL, 2012, p. 14 apud CARDOSO, 2008, p. 147), incluindo a gestação, o parto e o puerpério.

No mesmo ano, o Ministério da Saúde, pensando em priorizar também a atenção à saúde da criança propõe a implantação e implementação de cinco ações básicas de saúde com comprovada eficácia: “promoção do aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunizações, prevenção e controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas” (BRASIL, 2002, p. 03).

Ambos os programas ganham força e notoriedade na década de 1990 com a consolidação do SUS, com o processo de municipalização das ações propostas pelos programas e com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente que define o “direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 1990).

As políticas públicas sociais apontados no ECA asseguram a todas as mulheres:

o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde. § 1º O atendimento pré-natal será realizado por profissionais da atenção primária. § 2º Os profissionais de saúde de referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher. § 3º Os serviços de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária, bem como o acesso a outros serviços e a grupos de apoio à amamentação. § 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal. § 5º A assistência referida no § 4º deste artigo deverá ser prestada também a gestantes e mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção, bem como a gestantes e mães que se encontrem em situação de privação de liberdade. § 6º A gestante e a parturiente têm direito a 1 (um) acompanhante de sua preferência durante o período do pré-natal, do trabalho de parto e do pós-parto imediato. § 7º- A gestante deverá receber orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável e crescimento e desenvolvimento infantil, bem como sobre formas de favorecer a criação de vínculos afetivos e de estimular o desenvolvimento integral da criança. § 8º A gestante tem direito a acompanhamento saudável durante toda a gestação e a parto natural cuidadoso, estabelecendo-se a aplicação de cesariana e outras intervenções cirúrgicas por motivos médicos. § 9º A atenção primária à saúde fará a busca ativa da gestante que não iniciar ou que abandonar as consultas de pré-natal, bem como da puérpera que não comparecer às consultas pós-parto. § 10. Incumbe ao poder público garantir, à gestante e à mulher com filho na primeira infância que se encontrem sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiência que atenda às normas sanitárias e assistenciais do Sistema Único de Saúde

para o acolhimento do filho, em articulação com o sistema de ensino competente, visando ao desenvolvimento integral da criança (BRASIL, 1990).

Outra condição que favoreceu os programas de atenção à criança foi a reestruturação da atenção básica a partir de 1990 do o advento do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2004) e Programa Agentes Comunitários de Saúde em 1994.

Em setembro de 2000, mediante a declaração da ONU referente aos oito objetivos do milênio, donde a redução da mortalidade infantil ocupava um dos eixos, o Ministério da Saúde lança o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que objetivava, principalmente, “reorganizar a assistência e vincular formalmente o pré-natal ao parto e ao puerpério, ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde e garantir a qualidade da assistência” (BRASIL, 2012 p. 14 apud SERRUYA, 2003).

No mesmo ano, o Ministério da Saúde lança também o Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004a) cujo objetivo era de analisar a situação da mortalidade materna e infantil para o dado ano e como estratégia de ação, o Pacto previa a discussão em diferentes instituições e setores sociais para reverter o quadro (BRASIL, 2004a).

No ano seguinte o Ministério da Saúde lança o Programa Bolsa-Alimentação, com ideais de complementação da renda familiar para melhoria da alimentação e nutrição de 3,58 milhões de pessoas sendo 2,77 milhões de crianças de seis meses a seis anos e onze meses de idade e 803,0 mil mulheres gestantes e nutrizes (BRASIL, 2002).

O Programa englobou um manual que é considerado o mais importante instrumento técnico para os profissionais que realizam o diagnóstico e fazem o acompanhamento dessas crianças no âmbito da atenção básica de saúde (BRASIL, 2004a).

Com a intenção de ampliar e qualificar a atenção à saúde da mulher em todos os seus ciclos de vida e objetivando implementar ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis (BRASIL, 2012), o Ministérios da Saúde lança em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM)

corroborando neste sentido com a atenção à saúde da criança enquanto feto e recém-nascido.

Paralelamente à implantação de programas direcionados à gestante e o recém-nascido é lançado em 2007 o Programa Saúde na Escola que visando a “integração e articulação permanente da educação e da saúde, objetiva contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino (BRASIL, 2016).

As experiências acumuladas frente a implementação dos programas e políticas de saúde de atenção materno-infantil levam o Ministério da Saúde a organizar em 2011 uma grande estratégia nacional de qualificação das Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o país.

O objetivo principal desta estratégia é “reduzir as taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil no Brasil. Trata-se da “Rede Cegonha” (BRASIL, 2011) que terá foco detalhado no 3º capítulo deste trabalho.

A sustentação infantil da Rede Cegonha veio por meio do Programa Nacional de proteção à criança de 0 a seis anos de vida, o Brasil Carinhoso. Este programa foi lançado no ano de 2012 e visa “expandir a quantidade de matrículas de crianças entre 0 e 48 meses, cujas famílias fossem beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) em creches públicas ou conveniadas” (BRASIL, Fundo Nacional de Desenvolvimento de Educação, 2016).

O Brasil Carinhoso transfere automaticamente “recursos financeiros para custear despesas com manutenção e desenvolvimento da educação infantil, contribuir com as ações de cuidado integral, segurança alimentar e nutricional, garantir o acesso e a permanência da criança na educação infantil” (BRASIL, Fundo Nacional de Desenvolvimento de Educação, 2016).

A grande conquista no que tange a atenção à saúde da criança veio com a promulgação da Portaria nº 1.130 de 05 de agosto de 2015 que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Segundo a portaria, os sete eixos de atenção à criança de 0 a 72 meses de vida (primeira infância) correspondem a:

I) atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; II) aleitamento materno e alimentação complementar saudável; III) promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; IV) atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; V) atenção à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; VI) atenção à saúde de crianças em situação de vulnerabilidades ou com deficiências e VII) vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015).

Os sete eixos descritos nesta Portaria encontram-se alinhados à Constituição de 1988, Lei 8.080/1990 e ao Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990) com vistas a proporcionar à criança e ao adolescente condições básicas de alimentação, saúde, educação e moradia que sustentaram sua sobrevivência e condições favoráveis para sua saudável evolução (FUERTES, 1990).

Tangenciando todos estes programas, existe um Sistema de Vigilância do óbito infantil, fetal e materno, ligado às Secretarias de Vigilância em Saúde, presente nos Estados e municípios, que monitora através de Sistemas de Informação e notificação a ocorrência dos óbitos bem como sua análise e possíveis medidas intervencionista para que não ocorram novamente.

Estas ações se materializam nos Comitês de Mortalidade Materna e Infantil, existentes também nas Secretarias municipais e Estaduais de Saúde, e representam as instâncias sociais, políticas e técnicas de gestão, controle, informação, diagnóstico e intervenção sobre a mortalidade infantil.

CAPÍTULO 2

MORTALIDADE NA INFÂNCIA E MORTALIDADE INFANTIL

O objetivo geral deste capítulo é apresentar a contextualização da Mortalidade Infantil em âmbito nacional e internacional. Para contemplar tal objetivo será indispensável inicialmente definir a Taxa de Mortalidade na Infância e a Taxa de Mortalidade Infantil para posteriormente traçar o perfil epidemiológico destes eventos entre as regiões do globo terrestre e do Brasil com especificidades ao estado do Paraná e município de Ponta Grossa.

Estes fundamentos darão estrutura teórica necessária para a leitura e interpretação dos inúmeros gráficos presentes no capítulo bem como para a análise dos resultados ao final deste trabalho.

Como parte integrante deste capítulo também serão abordados os Sistemas de Informação que geram os dados sobre os nascimentos e os óbitos infantis, os critérios de evitabilidade dos óbitos e seus mecanismos de vigilância.

21 DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA MORTE INFANTIL NA REALIDADE NACIONAL E INTERNACIONAL

Iniciaremos o capítulo conceituando a Taxa de Mortalidade na Infância, que é definida como sendo o “número de óbitos de menores de cinco anos de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado” (RIPSA, 2008, p. 118). Esta estima o risco de morte dos nascidos vivos durante os cinco primeiros anos de vida e é influenciada pela mortalidade infantil (RIPSA, 2008).

Já a Taxa de Mortalidade Infantil – TMI segundo a Ripsa²⁴ (2008) refere-se ao “número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na

²⁴ Rede Interagencial de Informações para a Saúde – (Ripsa) - Formalizada em 1996, por Portaria Ministerial e Termo de Cooperação com a Opas/OMS, a Ripsa contribui para aperfeiçoar a capacidade nacional de produção e uso de informações para políticas de saúde. Tais informações estão estruturadas em indicadores específicos, que se referem ao estado de saúde da população e aos aspectos sociais, econômicos e organizacionais que influenciam e determinam a situação de saúde (BRASIL, 2008, p. 14).

população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado” (RIPSA, 2008, p. 107). Esta “estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida” (RIPSA, 2008, p. 107) e costuma ser baseada nos valores padronizados mundialmente como TMI alta: 50 ou mais óbitos de menores de um ano de vida a cada mil nascidos vivos. TMI média: número de óbitos em menores de um ano de vida variando entre 20 a 49 por mil nascidos vivos. E TMI baixa: menos de 20 óbitos em menores de um ano de vida a cada mil nascidos vivos (RIPSA, 2008).

A mortalidade infantil costuma ser dividida em três componentes, definidos conforme o momento cronológico que ocorre o óbito em:

- *Mortalidade Neonatal Precoce* que se refere ao “número de óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos” (BRASIL, 2009, p. 18) e estima o risco de um nascido vivo morrer durante a primeira semana de vida, refletindo de maneira geral, as condições socioeconômicas e de saúde da mãe, bem como a inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido;
- *Mortalidade Neonatal Tardia* que se refere ao “número de óbitos de crianças entre 7 a 27 dias de vida completos” (BRASIL, 2009, p. 20) e
- *Mortalidade Pós-neonatal* que se refere ao “número de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos” (BRASIL, 2009, p. 21)

e estima o risco de um nascido vivo morrer dos 28 aos 364 dias de vida.

Ambas as taxas são internacionalmente referenciadas como sendo importantes indicadores de saúde e de desenvolvimento de uma sociedade (SARDINHA, 2014).

Partindo deste pressuposto a Organização das Nações Unidas (ONU) adotou em setembro de 2000; após inúmeras conferências e encontros com líderes mundiais; a Declaração do Milênio da ONU que propôs uma série de oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)²⁵ na tentativa de reduzir a pobreza extrema e

²⁵ OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILENIO (ODM): 1 – Redução da Pobreza; 2 – Atingir o ensino básico universal; 3 – igualdade entre os sexos e autonomia da mulher; 4 – Reduzir a mortalidade na infância; 5 – Melhorar a saúde materna; 6 – Combater o HIV/AIDS, malária e outras doenças; 7 – Garantir a sustentabilidade ambiental; 8 – Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento (PNUD-BRASIL, 2016). Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/odm.aspx>>. Acesso em: 03 jul. 2016.

outros males da sociedade com o apoio global até dezembro de 2015 (BRASIL, 2012).

Em setembro de 2010, após análise da primeira década da pactuação dos ODM, o mundo renovou o compromisso para acelerar o progresso em direção ao cumprimento desses objetivos. Como resposta a esta necessidade, e se focando especificamente no item 4, que define a redução de dois terços das Taxas mundiais de Mortalidade na Infância entre os anos de 1990 a 2015, inicia-se em junho 2012 um movimento global baseado no "Child Survival Call to Action" ("Chamada à Ação para a Sobrevivência Infantil") (UNICEF, 2014) cujas ações levaram a criação de um fórum de alto nível convocado pelos Estados Unidos da América, Etiópia e Índia com a colaboração da Unicef.

Este fórum teve como meta encontrar formas de estimular avanços na sobrevivência infantil e como resultados, a “convicção de que a sobrevivência infantil é uma responsabilidade partilhada e que os governos, sociedade civil, setores privados e indivíduos tem contribuição vital a fazer” (UNICEF, 2014).

Com isso, 178 governos e muitas organizações se comprometeram em redobrar esforços e transformar esses compromissos pactuados em ações e instrumentos de sensibilização.

Os resultados de tais ações são anualmente editados em versão inglês pela Unicef com o título: “Compromisso com a Sobrevivência Infantil: Uma Promessa Renovada”²⁶. A síntese deste material originou os Relatórios do Progresso (2012, 2013, 2014 e 2015). No Brasil, as informações destes materiais estão disponíveis em português na página virtual da UNICEF-Brasil²⁷.

A primeira edição da Promessa Renovada, ainda em 2012, que gerou o Relatório do Progresso 2012 dedicou-se a apresentar a série histórica da mortalidade na infância mundial entre os anos de 1990 a 2011, além de projetar cenários futuros e propor medidas de enfrentamento da problemática em níveis mundiais (UNICEF, 2012).

²⁶ Compromisso com a Sobrevivência Infantil: Uma Promessa Renovada: disponível em: <<http://www.slideshare.net/redacaojornaldocommercio/relatrio-de-progresso-2012>>; acesso em: 13 jan. 2017.

²⁷Unicef-Brasil: disponível em: < <https://www.unicef.org/brazil/pt/activities.html>>; acesso: 13 jan. 2017.

De acordo com o resumo do material, em português, evidenciaram-se tendências decrescentes de Mortalidade na Infância em níveis mundiais, caindo de 63 óbitos em menores de cinco anos de vida a cada mil nascidos vivos em 1990, para 35 óbitos por mil nascidos vivos em 2012, representando queda de 5,1 milhões de óbitos no período (UNICEF, 2012).

Segundo o Relatório, tal tendência se deve principalmente ao declínio das taxas de fecundidade, combinada com a redução das taxas de mortalidade de menores de cinco anos de vida (UNICEF, 2012), além de medidas sanitárias, vacinas e políticas públicas de enfrentamento à mortalidade infantil.

O Relatório identificou ainda que, 80% de todas as mortes mundiais de crianças, abaixo de cinco anos de vida em 2011, se concentravam na África subsaariana e sul da Ásia. Nestas condições, equivale dizer que uma a cada nove crianças morre nestas regiões antes de completar cinco anos de vida.

Dentre as causas mais comuns apontadas pelo relatório, estão as pneumonias e as diarreias, correspondendo 30% do total de óbitos. Os locais de ocorrência mais identificados são Índia, Nigéria, Paquistão e República Democrática do Congo (UNICEF, 2012).

Para corroborar a análise, traz-se o gráfico 01 que foi extraído do Relatório do Progresso (2012), onde se apresenta o perfil decrescente da mortalidade na infância mundial e nas regiões mundiais entre os anos de 1990 a 2011.

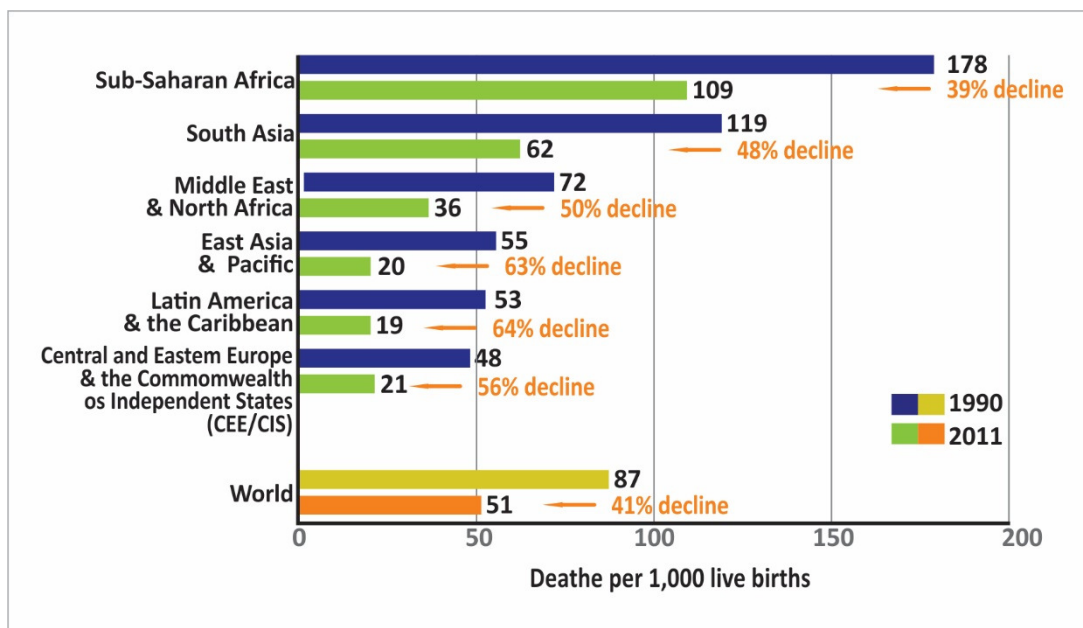


Gráfico 1 - Under-five mortality rate by region, 1990 and 2011, and percentage decline over this period. FONTE: UNICEF, Committing to Child Survival: a promise renewed. New York, 2012

A leitura do gráfico aponta que, embora todas as regiões do globo terrestre apresentassem reduções significativas das taxas de mortalidade na infância, a região que menos se destacou foi a África subsaariana. Esta região, segundo a edição de setembro de 2013 da Unicef- Brasil, representou o

mais baixo nível de progresso na sobrevivência infantil, em comparação com outras áreas ao redor do mundo. A região também possui a mais alta taxa de mortalidade, em que quase uma em cada oito crianças morre antes de completar 5 anos. Desde 1990, não houve virtualmente nenhuma redução no número anual de mortes na infância na região específica da África Ocidental e Central (UNICEF, 2013).

Em geral, a principal causa da morte na infância, em termos mundiais, é a desnutrição severa ocasionada principalmente pelas pneumonias, pelas diarreias e pela malária (UNICEF, 2013).

Quanto à faixa etária dos óbitos infantis, apresenta-se distribuída de maneira desigual, sendo mais crucial durante o primeiro mês de vida. Dados da Unicef (2013) apontam que em 2012 cerca de três milhões de bebês morreram durante o primeiro mês de vida, quase sempre devido a causas facilmente evitáveis.

Excetuando esta constatação, todas as demais regiões globais apresentaram resultados decrescentes quanto à redução da mortalidade infantil e

alcançaram as metas propostas pela ONU nos ODM para o ano de 2015. Dentre os principais motivos que levaram a estas reduções estão os

esforços coletivos realizados por governos, sociedade civil e setor privado, bem como ao aumento das intervenções de baixo custo e baseadas em evidências, tais como mosquiteiros impregnados com inseticidas, remédios, vacinas, aleitamento materno adequado, suplementos nutricionais e terapia alimentar, reidratação oral para os casos de diarreia e maior acesso a água potável e saneamento (UNICEF, 2013).

Porém ainda muito se tem a fazer, haja vista que sabidamente

milhões de crianças menores de cinco anos de vida ainda morrem a cada ano de causas evitáveis para os quais existem intervenções comprovadas e acessíveis. Essas vidas poderiam ser salvas por meio de vacinas, nutrição adequada e cuidados básicos e de saúde materna. O mundo tem a tecnologia e o conhecimento para fazer isso. O desafio é torná-los disponíveis para todas as crianças (LAKE, 2013 apud UNICEF, 2013).

Ao contrário da região mundial que menos reduziu a morte na infância, temos a região do planeta que mais se destacou neste quesito. Ela é representada pela América Latina e Caribe, que juntas, totalizaram 64% de queda dos óbitos infantis mundiais entre os anos de 1990 e 2011.

Neste contexto, o Brasil que é o país mais populoso e com a maior extensão territorial da região representou expressiva contribuição para as médias regionais globais. O país apresentou redução de 77% da mortalidade na infância entre os anos de 1990 e 2011, porcentagens bem maiores do que a média global, que foi de pouco mais de 40% (UNICEF, 2013).

Dados do Relatório do Progresso (2012) apontam que em 1990, o Brasil registrava 58 óbitos entre crianças de 0 a 5 anos de vida a cada mil crianças nascidas vivas, em 2011 este indicador caiu para 16 óbitos a cada mil crianças nascidas vivas.

Esta constatação pode ser visualizada no gráfico 02, retirado do mesmo relatório, que aponta o perfil da mortalidade na infância nas diferentes regiões do globo com destaque aos países que apresentaram maiores índices anuais de redução da mortalidade na infância entre os anos de 1990 a 2011.

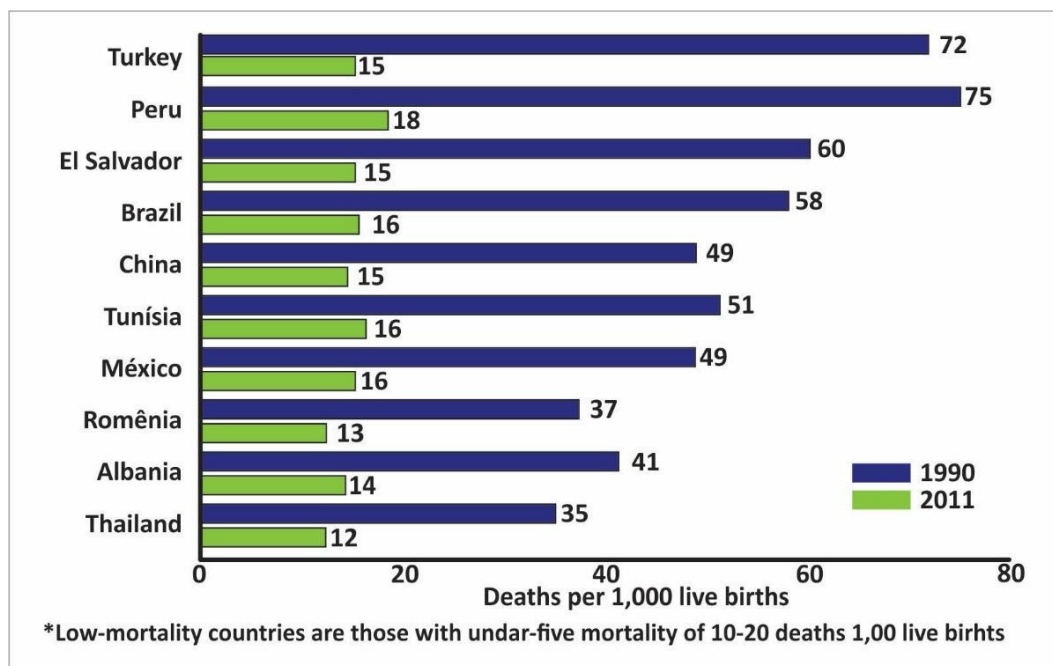


Gráfico 2 – Several populous middle-income countries have posted rapid declines in under-five mortality in recent decades. FONTE: UNICEF, Committing to Child Survival: a promise renewed. New York, 2012

Conforme apontado no gráfico, o Brasil conquistou a quarta posição mundial na redução da mortalidade na infância no período compreendido entre 1990 e 2011.

Tais resultados foram alcançados pela parceria entre o país e as Nações Unidas para o Desenvolvimento dos Objetivos do Milênio, além de uma combinação de estratégias tais como a criação e consolidação do Sistema Único de Saúde, as Políticas Públicas de atenção materno-infantil, a melhoria das condições sanitárias, o aumento da instrução materna, a promoção do aleitamento materno, a expansão da imunização e a criação de redes de proteção social, como o programa de transferência de renda, Bolsa Família (UNICEF, 2013).

Também se destacam neste contexto a redução da taxa de fecundidade e melhorias nutricionais e alimentares (BRASIL, 2009).

O monitoramento e a evolução das metas brasileiras, quanto ao cumprimento dos Objetivos do Milênio, ao longo dos anos, foram detalhados nos Relatórios Nacionais de Acompanhamento dos ODM, editados pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea e publicado nos anos de 2004, 2005, 2007, 2010 e 2014.

De acordo com o Relatório de 2014, a evidente redução da Taxa de Mortalidade na Infância brasileira garantiu ao país, já em 2011, o cumprimento da

meta imposta pela ONU no quarto item dos ODM. A taxa passou de 53,7 óbitos em menores de cinco anos de vida a cada mil nascidos vivos em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011 (BRASIL, 2014).

Para ilustrar tal redução, traz-se o gráfico 03, que aponta a série histórica da mortalidade na infância brasileira, destacando o perfil de redução de cada região do país entre os anos de 1990 a 2011.

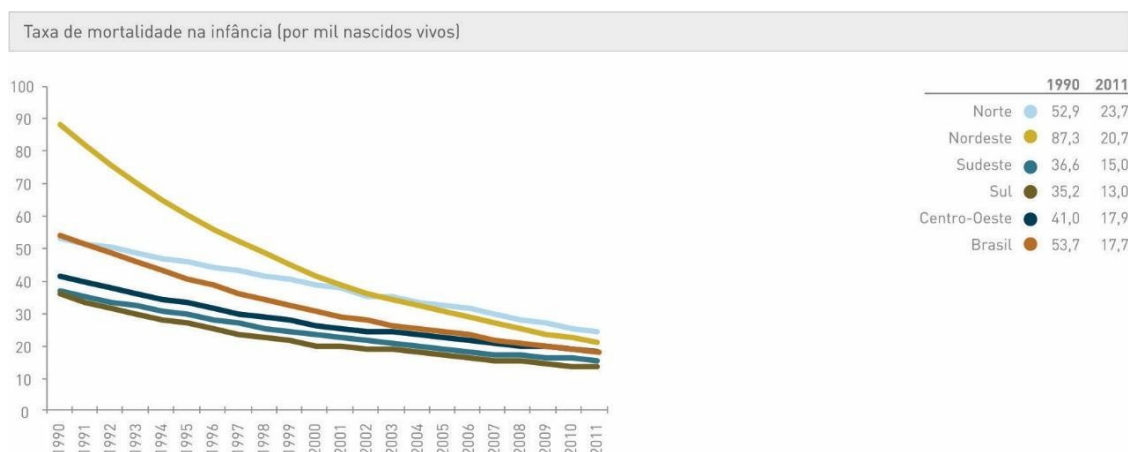


Gráfico 3 – Taxa de Mortalidade na Infância – 1990 a 2011. FONTE: BRASIL, Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM. IPEA, 2014

Certamente o declínio da Mortalidade na Infância é uma conquista significativa e a prova de um longo trabalho intersetorial nacional e internacional. Contudo, o Brasil ainda apresenta Taxas de Mortalidade Infantil (óbitos ocorridos no primeiro ano de vida) marcadamente acima das observadas em vários países desenvolvidos.

Os índices atuais são considerados elevados e incompatíveis com o desenvolvimento do país, havendo sérios problemas a superar, como as persistentes e notórias desigualdades regionais e intra-urbanas, com concentração dos óbitos na população mais pobre, além das iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos (BRASIL, 2009, p. 8).

A atual TMI brasileira é “semelhante a dos países desenvolvidos no final da década de 60, e cerca de três a seis vezes maior do que a de países como o Japão, Canadá, Cuba, Chile e Costa Rica, que apresentam TMI entre 3 e 10 óbitos por mil nascidos vivos” (BRASIL, 2009, p. 07).

Constata-se que esta condição brasileira está intimamente condicionada à falhas no sistema de saúde oferecida à mulher no período gravídico-puerperal e ao recém-nascido (UNICEF, 2013), também, a “falta de reconhecimento destes eventos como um problema social e político, ao desconhecimento da sua verdadeira magnitude” (BRASIL, 2004a, p. 03) e a diferenças no acesso e na qualidade dos serviços de saúde prestados entre ricos e pobres (UNICEF, 2013).

Porém, mesmo com as taxas de mortalidade infantil não condizentes com o desenvolvimento do país, o Brasil atingiu em 2011 a meta estabelecida pela ONU. A TMI brasileira caiu de 47,1 óbitos em menores de um ano de vida por mil nascidas vivas em 1990 para 15,3 óbitos em menores de um ano de vida por mil nascidos vivos em 2011, superando a expectativa de 15,7 óbitos que havia sido estimada pela ONU para o ano de 2015 (BRASIL, 2014a).

Isto pode ser confirmado no gráfico a seguir:

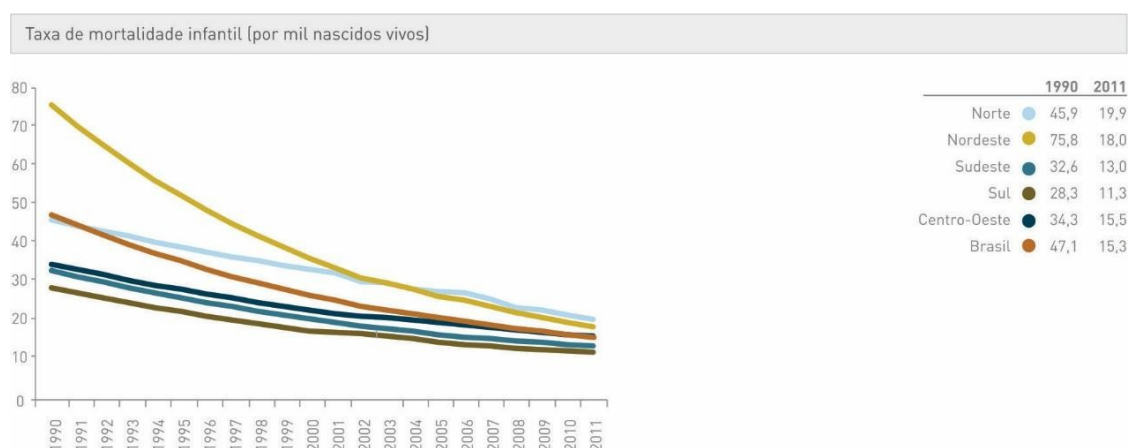


Gráfico 4 Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos). FONTE: BRASIL. Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM Ipea, 2014.

Outro problema importante encontrado no país e referenciado nos gráficos 3 e 4 diz respeito à distribuição regional dos óbitos. Tanto para a Taxa de Mortalidade na Infância quanto para a Taxa de Mortalidade Infantil, a maior concentração de óbitos encontra-se nas regiões Norte e Nordeste do país, na década de 1990 e na década de 2011, quando comparadas com as demais regiões brasileiras.

As comparações se tornam mais discrepantes quando feitas entre os indicadores das regiões Norte e Nordeste com a região Sul, que apresenta taxas relativamente mais próximas daquelas encontradas em países desenvolvidos.

Porém, mesmo com que tais discrepâncias as taxas de mortalidade infantil entre estas regiões vêm gradativamente se reduzindo ao longo dos anos. “Em 1990, a mortalidade na região Nordeste era 2,7 vezes maior que na Sul; em 2008 reduziu-se para 2,1 vezes” (BRASIL, 2007, p. 69).

Vista sob o prisma de seus componentes, (mortalidade neonatal precoce, mortalidade neonatal tardia e mortalidade pós-neonatal) a mortalidade infantil brasileira passa a ter destaque especial desde a década de 1990, quando as políticas de enfrentamento e identificação do alcance dos ODM apontaram que houve uma mudança interna na composição das mortalidades na infância e infantil. Diferente de décadas anteriores, “os óbitos em menores de cinco anos se concentram nos menores de um ano e por sua vez, os óbitos em menores de um ano se concentram cada vez mais no período neonatal precoce” (BRASIL, 2010a, p. 76).

O Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM (2010) constata que:

no ano de 1990 a maioria dos óbitos se encontrava no componente pós-neonatal (51%), seguido pelo neonatal precoce (38%) e neonatal tardio (11%). No entanto, em 2008, os óbitos se concentraram no componente neonatal precoce (53%), seguido pelo pós-neonatal (32%) e neonatal tardio (15%) (BRASIL, 2010a, p. 76).

Para corroborar com as análises encontradas na literatura, traz-se o gráfico 05, que ilustra a variação dos componentes da mortalidade na infância no período de 1990 a 2011.

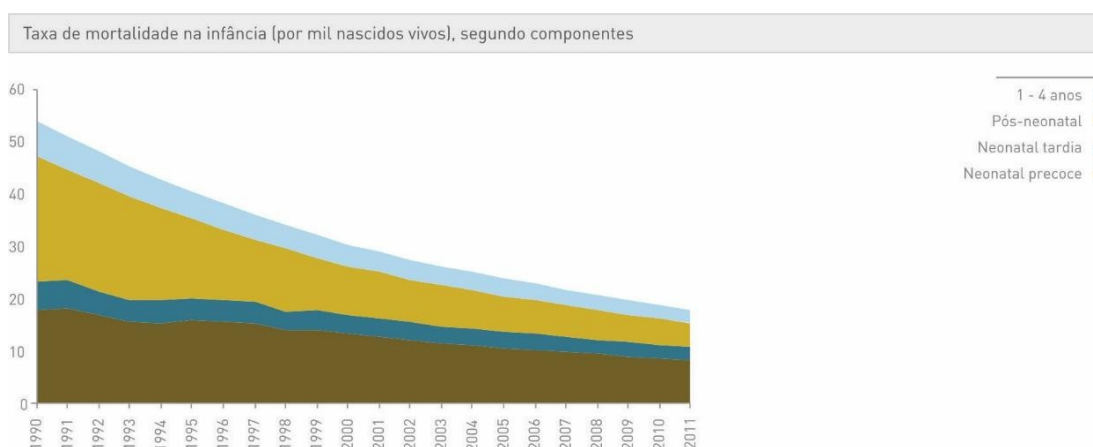


Gráfico 5 Taxa de Mortalidade Infantil (por mil nascidos vivos) segundo componentes. FONTE: BRASIL. Relatório Nacional de Acompanhamento dos ODM. Ipea, 2014.

Ao analisar as proporções gráficas entre os anos de 1990 a 2011, se identifica a queda das taxas de mortalidade do componente pós-neonatal em oposição ao aumento absoluto das taxas do componente neonatal precoce.

Esta inversão ocorreu porque houve a melhoria nas condições de “saneamento, o aumento dos anos de estudo das mães, à melhoria da qualidade da atenção, particularmente da atenção básica após a introdução do programa Saúde da Família, às ações de imunização, de vigilância sanitária e epidemiológica” (BRASIL, 2010a, p. 80) que ocorreram nas ultimas três décadas favoreceram a saúde das crianças sobretudo após os 28 dias de vida.

Quanto ao componente neonatal precoce, observa-se expressivo aumento da taxa no período analisado, chegando à identificação que em 2011 no Brasil, “um em cada dois óbitos em menores de um ano aconteciam nos primeiros seis dias de vida” (BRASIL, 2014, p. 71).

Tal constatação é explicada porque quanto maior a participação dos óbitos no período neonatal precoce, mais relacionados ao pré-natal, ao parto e ao puerpério o óbito está (BRASIL, 2014). Neste sentido, quanto mais precoce é o óbito infantil, mais complexa será a atuação dos segmentos da saúde sobre as causas das mortes.

Quanto as principais causas da mortalidade infantil brasileira o Relatório Nacional dos ODM (2010) aponta que, são respectivamente as afecções maternas²⁸, as malformações e as doenças infecciosas.

Em 1990, 40% dos óbitos infantis eram oriundos de afecções perinatais, 6,7% de malformações e 14,6% de doenças infecciosas (BRASIL, 2010a, p. 76).

Em 2011 os óbitos infantis por afecções perinatais aumentaram para 60%, os por malformações aumentaram para 18,3% e os óbitos infantis por doenças infecciosas reduziram para 5,3%. Identificando com esta redução as ações positivas do programa de imunizações sobre a saúde das crianças, em oposição a efetividade das ações de planejamento familiar e pré-natal entre as mulheres.

²⁸ Afecções maternas: O Código Internacional de Doenças (CID 10) aponta com o código P01 - Feto e recém-nascido afetados por complicações maternas da gravidez - todos os casos de recém-nascidos que foram afetados por doenças ou infecções maternas e que de certa forma refletem no feto, na gestação e no recém-nascido. Neste campo são englobadas por exemplo a sífilis, a citomegalovirose, HIV, infecção do trato urinário dentre outras infecções.

Todavia, esta distribuição das causas dos óbitos acima mencionada não é homogenia entre as crianças brasileiras.

Em 2011, 65% dos óbitos de crianças brancas foi em função à “malformações congênitas, a prematuridade, as infecções perinatais, a asfixia/hipóxia e os fatores maternos” (BRASIL, 2014, p. 72).

Já entre as crianças pretas, os fatores maternos foram substituídos pelas infecções da criança somando-se 65% do total.

Quanto aos óbitos nacionais das crianças indígenas, 25% são representadas pelas doenças do aparelho respiratório, doenças infecciosas e parasitárias. 40% se referem à malformações e 35% são identificadas como mal definidas (BRASIL, 2014).

Todas estas causas podem ser explicadas pelo “acesso restrito a ações de atenção primária nas aldeias, a baixa cobertura vacinal, a atenção pré-natal insuficiente, a baixa cobertura de saneamento básico, entre outros fatores” (BRASIL, 2014, p. 72).

22 A MORTALIDADE INFANTIL NO ESTADO DO PARANÁ E NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA – PR

O estado do Paraná é uma das 27 unidades federativas do Brasil e localiza-se ao norte da região sul. É o único estado sulista que faz fronteira com outros estados do país além da Argentina e Paraguai. É composto por 399 municípios, sendo Curitiba a capital do estado.

Apresenta área territorial de 199.307,985 Km (IBGE, 2016) e população total de 10.439.601 habitantes (IBGE, 2010), sendo responsável por 5,48% da população total do país e 38,14% da região sul.

Desta forma, representa o sexto estado mais populoso do Brasil com 5.128.503 homens, 5 311 098 mulheres, (IBGE, 2010) 714.037 crianças de 0 a 4 anos de vida (PARANÁ, 2013) e 151.582 crianças abaixo de um ano de vida no ano de 2014 (DATASUS, 2016).

A taxa de fecundidade do estado atingiu em 2008, 1,67 filhos por mulher ficando, portanto acima dos valores médios da região sul (1,62 filhos por mulher) e abaixo dos valores brasileiros (1,84 filhos por mulher) (PARANÁ, 2013).

Quanto a taxa de alfabetização, o estado apresentou segundo o censo 2010, 94,2% de alfabetização, sendo Curitiba o município com melhor resultado, 98% e Curumbataí do Sul o pior, com 83% (PARANÁ, 2015).

No que tange aos rendimentos domiciliares e taxa de pobreza, o Plano Estadual de Saúde do Paraná (2013) identificou que 7,2% dos paranaenses tinham rendas *per capita* de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo em 2010. Para fins de comparação, a região sul apresentou 6,4% e o Brasil de 14,7% (PARANÁ, 2013).

Quanto às questões de saúde, em 2008, 86,1% dos paranaenses possuíam acesso à rede de água e 68,5% à rede de esgoto sanitário sendo que 0,36% destes não possuíam banheiro sanitário nas residências, porcentagens inferiores à região sul (0,47%) e ao país (2,64%) (PARANÁ, 2015).

Ainda em 2008, 52,2% da população paranaense declararam necessitar sempre do Programa de Saúde da Família – PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – ACS e 27% deles tinham plano de saúde privado (IBGE, 2008).

A Estratégia Saúde da Família – ESF, que segundo Brasil (2016a) visa a “expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica”, (BRASIL, 2016a) apresenta importância vital para reorganização das ações em saúde no Paraná e para a geração de indicadores de saúde mais compatíveis com o desenvolvimento do estado.

Dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde apontam que em dezembro de 2000 a cobertura de Estratégia da Saúde da Família paranaense era de 22,63% em 2010 esta cobertura subiu para 54,42% e em dezembro de 2015 chegou a 68,44% (BRASIL, 2016b) representando relevante adesão da população aos serviços e programas públicos de atenção à saúde prestada.

As Políticas e os Programas de atenção à saúde implementadas pela ESF e outros pontos de atenção á saúde no Paraná encontram-se em consonância com os programas e diretrizes nacionais e estão dedicadas ao enfrentamento de problemas existente.

Porém, cada estado da federação tem autonomia, junto com seus municípios componentes de traçar metas a serem alcançadas. Nesta perspectiva o Estado do Paraná elaborou em 2011 o Mapa Estratégico da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná onde define a missão, visão, valores e resultados para a sociedade paranaense entre os anos de 2011 a 2014.

Segundo o Mapa as prioridades por ordem de importância a serem enfrentadas pelo Estado são:

1 - Reduzir a Mortalidade Materno-infantil; 2. Reduzir a Mortalidade por Causas Externas; 3. Reduzir a morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas com enfoque no Risco Cardiovascular Global; 4. Ampliar a longevidade, reduzindo incapacidades (PARANÁ, 2011, p. 70).

Tendo como meta o enfrentamento de tais condições de saúde o estado edita em 2013 o Plano Estadual de Saúde 2012–2015 contendo informações estatísticas relevantes para avançar rumo a melhoria nos indicadores estaduais prioritários. De acordo com estudos contidos no Plano o Paraná, assim como no mundo e no Brasil, as taxas de mortalidade infantil vem apresentando tendência decrescente entre os anos de 2001 e 2011 (PARANÁ, 2013).

Dados revelam que em 2002 a TMI no estado era 16,4 óbitos em menores de um ano de vida a cada mil nascidas vivas (PARANÁ, 2011), em 2010 esta taxa caiu para 12,15, em 2011 este indicador caiu ainda mais para 11,65 (PARANÁ, 2013) e em 2015 totalizou 10,90 óbitos em menores de um ano de vida a cada mil nascidas vivas, representando uma queda de 10,3% em relação à 2010 (PARANÁ, 2016).

Neste contexto, duas evidencias foram encontradas no ano de 2011. A primeira aponta que a distribuição dos óbitos pelo estado não era uniforme, se concentrando mais na 5ª Regional Estadual de Saúde com sede em Guarapuava totalizando 17,98 óbitos em menores de um ano de vida a cada mil nascidas vivas. Em oposição, percebeu-se que a menor concentração de óbitos em menores de um

ano de vida do estado se deu na 21ª Regional Estadual de Saúde com sede em Pato Branco que totalizou 8,47 óbitos (PARANÁ, 2013).

A segunda evidencia se refere à concentração dos óbitos por tempo de vida da criança no ano de 2011. Neste sentido, identifica-se que a maior concentração de óbitos em menores de um ano de vida estava no período perinatal (22 semanas gestacionais até o 6º dia de vida), seguida do período neonatal precoce (de 0 ao 6º dia de vida) (PARANÁ, 2013) revelando íntima relação deste evento com a qualidade do pré-natal, parto e cuidados ao recém-nascido.

Para elucidar os achados expõe-se o gráfico abaixo, extraído do Plano Estadual de Saúde (2013) que evidencia a série histórica da mortalidade infantil no estado do Paraná entre 2001 a 2011 bem como a concentração de óbitos entre seus componentes.

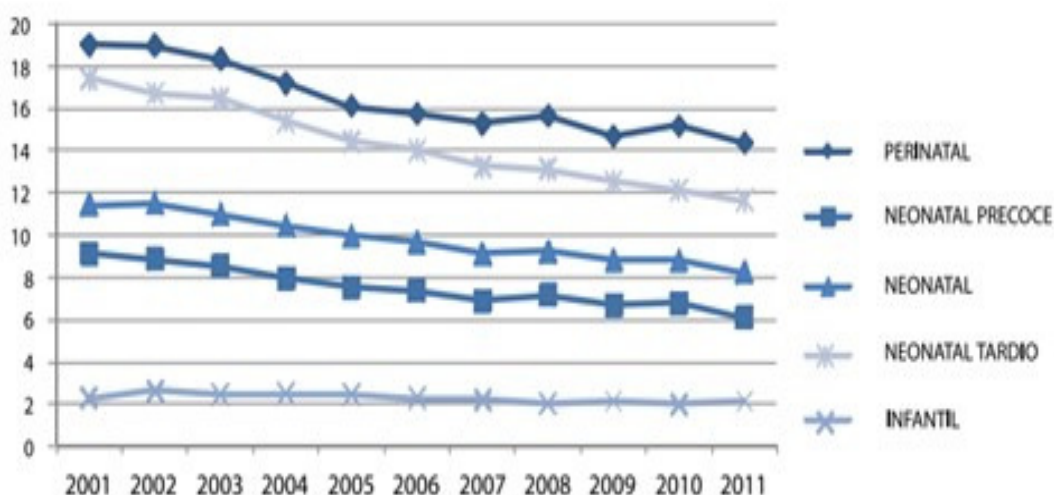


Gráfico 6 Série histórica da mortalidade infantil perinatal, neonatal precoce, neonatal tardia, pós-neonatal, Paraná, 2001 a 2011. FONTE: PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do paraná. Pano Estadual de Saúde, 2013.

Quanto às principais causas dos óbitos infantis (femininos e masculinos) no Paraná o Plano revela que em 2011, 57,77% eram decorrentes de afecções do período perinatal, 25,66% pelas malformações congênitas, 4,43% causas externas, 3,8% doenças respiratórias e 3,08% causas mal definidas (PARANÁ, 2013).

No que se refere a evitabilidade dos óbitos infantis de acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, 60,53% dos óbitos em 2011 foram considerados evitáveis (PARANÁ, 2013). Em geral por ineficiência

no acesso a serviços em tempo oportuno ou pela baixa qualidade dos serviços prestados.

Para que todas estas informações estatísticas gerem dados e indicadores, o estado do Paraná conta com o trabalho articulado de 22 regiões sanitárias denominadas Regionais Estaduais de Saúde. Cada uma destas unidades sanitárias estaduais é co-responsável, junto com seus municípios adscritos, pelas ações em saúde, pactuações, informações entre outras atividades em saúde de um grupo de municípios.

Então, tomaremos como base a partir daqui a 3ª Regional de Saúde do estado do Paraná que é composta por 12 municípios sendo Ponta Grossa sua sede e o campo empírico desta pesquisa.

O município de Ponta Grossa, fundado em 15 de setembro de 1823, representa um “importante vetor de desenvolvimento para uma das regiões mais populosas do Estado, denominada Campos Gerais do Paraná” (PONTA GROSSA, 2013, p. 15). Apresenta área territorial de 2.054,732 Km² (IBGE, 2010) distribuídos em cinco distritos administrativos sendo eles: Ponta Grossa, Guaragi, Itaiacoca, Piquitos e Uvaia (IPARDES, 2016).

Apresenta população estimada pelo IBGE (2015) de 337.865 habitantes, sendo 51,4% do sexo feminino e 48,6% do sexo masculino (PONTA GROSSA, 2013) e é representado por 232.965 eleitores.

Deste total populacional, 97,9% reside em área urbana e possuem domicílios com água encanada, rede de esgoto, luz elétrica e coleta de lixo distribuídos da seguinte maneira:

- 94.345 domicílios com rede de água encanada,
- 94.365 domicílios com banheiro sanitário,
- 94.416 domicílios com luz elétrica e
- 93.070 domicílios com coleta de lixo (IPARDES, 2016).

Em 2013, 10,7% da população do município se encontrava regularmente matriculado em creche, pré-escola, ensino fundamental, ensino médio ou ensino superior (PONTA GROSSA, 2013). Em contrapartida, a taxa de analfabetismo do município representou no mesmo ano, 20,19% (PONTA GROSSA, 2013).

O município “possui o maior parque industrial do interior do estado, a 4ª maior população do Paraná e a 76ª do Brasil” (PONTA GROSSA, 2013, p. 16). Encontra-se distante da capital do estado, Curitiba, em 117,70 km e faz limites com os municípios de Campo Largo, Palmeira, Teixeira Soares, Ipiranga, Tibagi, Carambeí e Castro (IPARDES, 2016).

Quanto às questões de saúde, o município é representado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa – SMS - PG, que tem como atribuições:

planejar, desenvolver, orientar, coordenar e executar a política de saúde do município, compreendendo tanto o cuidado ambulatorial quanto o hospitalar, e é também de sua responsabilidade planejar, desenvolver e executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica afetas à sua competência (PONTA GROSSA, 2013, p. 42).

A estrutura organizacional da SMS-PG segue o quadro abaixo:

ATENÇÃO BÁSICA	02 Unidades Básicas de Saúde; 48 Unidades de Saúde da Família; 80 Equipes de Saúde da Família; 05 Núcleos de Atenção à Saúde da Família; 01 Melhor em Casa.
ATENÇÃO ESPECIALIZADA	01 Centro Municipal da Mulher; 01 Centro Municipal de Especialidades (Ambulatório de Especialidades, Central de Marcação de Consultas e Exames/Tratamento Fora de Domicílio); 01 Central de Agendamentos (Fisioterapia, Cartão SUS, Agendamento de transporte Via TFD) Laboratório Geral; 01 Centro Municipal de Órtese e Prótese (Bolsas de ostomias, alimentação enteral, fraldas, oxigênio); 01 Ambulatório de Pediatria de Alto Risco; 01 Programa Saúde Escolar.
ATENÇÃO PSICOSOCIAL	01 Centro Atenção Psicosocial Álcool e Drogas - CAPS AD; 01 Centro Atenção Psicosocial Transtornos Mentais – CAPS TM 01 Centro Atenção Psicosocial Infantil - CAPSi 01 Ambulatório de Saúde Mental.
ASSISTENCIA FARMACEUTICA	01 Central de Abastecimento Farmacêutico; 01 Farmácia Central; Farmácia Popular; 1 Farmácia Especializada; 2 Farmácias Hospitalares – Hospital Amadeu Puppi e Hospital João Vargas de Oliveira; Farmácias Básicas: UBS Egon Roskamp e Lauro Muller; Farmácias da Família: Adilson Baggio, Nilton Luiz de Castro, Parteira Caetana e Roberto Jesus Portela.
ATENÇÃO HOSPITALAR	Hospital Municipal Amadeu Puppi; Hospital da Criança Prefeito João Vargas de Oliveira.
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Vigilância Sanitária; Vigilância Epidemiológica; Vigilância Ambiental; Vigilância em Saúde do Trabalhador.

Quadro 2 Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. FONTE: Plano Municipal de Saúde, 2013. Dados trabalhados pela autora.

Quanto à organização sanitária, o município está dividido em cinco distritos sanitários, sendo eles: Esplanada, Uvaranas I, Uvaranas II, Nova Rússia, Oficinas e Santa Paula (PONTA GROSSA, 2016).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde (2013), o município possui como missão “formular, implantar e regular a política municipal de saúde, conforme princípios do SUS, com ações e serviços de saúde resolutivos e de qualidade para toda a população” (PONTA GROSSA, 2013, p. 42).

No que tange a visão, o município espera ser até 2023 uma referência em gestão municipal de saúde no Paraná, em especial na Região dos Campos Gerais (PONTA GROSSA, 2013).

Como forma de se atingir tais perspectivas, a Secretaria Municipal de Saúde de Ponta Grossa instituiu quatro metas a serem trabalhadas ao longo da gestão 2014-2017.

1- Reduzir a Mortalidade Materno-Infantil por causas evitáveis; 2- Reduzir a Mortalidade por Causas Externas; 3- Reduzir a morbimortalidade por doenças crônicas degenerativas; 4- Reduzir o impacto decorrente dos transtornos mentais e do uso abusivo de álcool e outras drogas (PONTA GROSSA, 2013, p. 43).

Sendo a redução da mortalidade infantil a meta de número um do município, faz-se necessário expor a situação municipal frente a problemática tangenciando seus resultados com os dados mundiais, nacionais e estaduais.

Assim como no Brasil e Paraná, as TMI ponta-grosenses vêm apresentando tendências decrescentes nas últimas décadas, porém com pontos de elevação deste indicador nos anos de 1999, 2006, 2009 e 2014.

No gráfico a seguir, confeccionado pela Vigilância Epidemiológica Municipal, observa-se o perfil da mortalidade infantil no município de Ponta Grossa, entre os anos de 1996 a 2015, traçando paralelo com a nação brasileira e com o estado do Paraná no mesmo período.

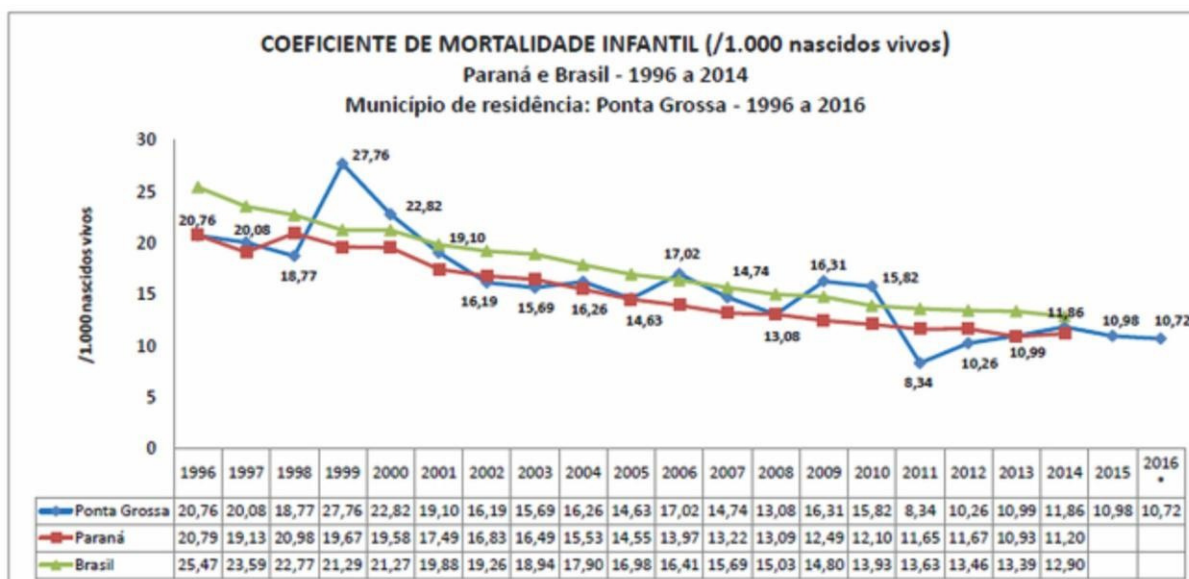


Gráfico 7 Coeficiente de Mortalidade Infantil/1000 Nascidos Vivos Brasil, Paraná e Ponta Grossa - 1996 a 2016 FONTE: PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde. Ponta Grossa, 2017.

A análise do gráfico levou Stocco et al. (2014) a constatar que, de 1996 a 2013, a TMI no município apresentou queda de 50,24%, caindo de 20,76 óbitos em menores de um ano de vida em 1996 para 11,06 óbitos em 2015.

No ano de 2011, percebeu-se importante queda da TMI, a mais expressiva durante as duas décadas analisadas, porém não foram encontradas bibliografias municipais que evidenciam as causas desta expressiva queda no ano.

No que diz respeito aos óbitos infantis por seus componentes, evidencia-se no gráfico a seguir que, no componente neonatal precoce encontra-se a maior frequência dos óbitos infantis, desde o ano de 1996 até 2016.

Percebe-se também que, gradativamente, no decorrer das duas décadas, foram invertendo-se as taxas de mortalidade neonatal, que foram aumentando no período, até chegar seu pico máximo de óbitos nos anos de 1999 e 2000, em comparação com as taxas de mortalidade pós neonatal, que foram diminuindo durante o período, porém com súbita alta, no ano de 2006.

Este dado revela que, assim como no mundo, no Brasil e no Paraná, no município de Ponta Grossa foram melhoradas e fortalecidas as medidas de atenção à saúde direcionadas às crianças sobretudo aquelas após o período pós neonatal (entre o 28º dia de vida até 01 ano de idade).

Da mesma forma, chega-se a pensar que as ações de atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido não tiveram o mesmo fortalecimento que tivera a criança na atenção no período pós neonatal, haja vista que, quanto mais próximo é o óbito do período gestacional, mais ligado à ineficiências de atenção à gestação, parto e recém-nascido este está (PARANÁ, 2013).

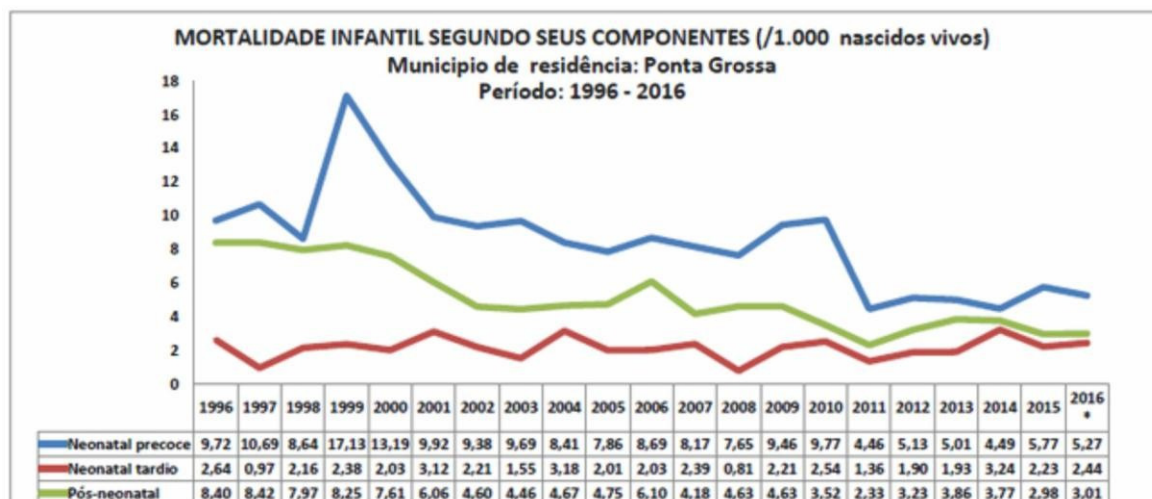


Gráfico 8 Mortalidade Infantil segundo seus componentes. FONTE: PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal Secretaria Municipal de saúde. Vigilância em saúde. Ponta Grossa, 2017.

Quanto à distribuição dos óbitos infantis por distrito sanitário, no município de Ponta Grossa, entre os anos 2008 a 2012, Stocco et al. (2014) apontam que 20,12% dos óbitos infantis concentravam-se no Distrito de Oficinas, seguido do Distrito Esplanada, com 19,50% dos óbitos municipais. Os autores esclarecem que, neste período, a cobertura de ESF no município era 65%. Nestes distritos sanitários tal cobertura era baixa, quando comparada a demais distritos sanitários do município.

Ao final deste item questiona-se sobre os motivos das diferentes frequências de óbito infantil entre grupos étnico raciais e socioeconômicos, bem como a variação de mortalidade infantil por idades maternas, localizações geográficas entre outros fatores.

Para esclarecer tais questionamentos, elaborou-se o item a seguir que tratará dos fatores associados ao óbito infantil.

2.3 FATORES ASSOCIADOS À MORTALIDADE INFANTIL

Nas últimas décadas muito se avançou na redução da mortalidade na infância e mortalidade infantil em níveis mundiais. Dados da Unicef (2012) apontam que, em 1990 a taxa de mortalidade na infância mundial era representada por 87 óbitos em menores de cinco anos de vida a cada mil que nasciam vivas.

Em 2011, esta taxa caiu para 51 óbitos, representando uma queda de 41% no período. No Brasil, assim como mundo, a taxa de mortalidade na infância e taxa de mortalidade infantil apresentaram redução nos seus indicadores, caindo de 53,4 óbitos em menores de cinco anos de vida a cada mil nascidas vivas em 1990, para 17,7 em 2011 e 47,1 óbitos em menores de um ano de vida a cada mil nascidas vivas em 1990 para 15,3 em 2011 respectivamente (BRASIL, 2014).

O mesmo ocorreu com as TMI paranaenses e ponta-grossenses que apresentaram importantes reduções dos índices de mortalidade infantil desde a década de 1990. Porém, estes importantes avanços não foram distribuídos de maneira uniforme nas dimensões mundiais, (representando maior concentração dos óbitos na África) nacionais (se concentrando mais nas regiões norte e nordeste) estaduais (com concentração na região centro-sul) e municipais (se concentrando no distrito sanitário de Oficinas), conforme demonstrado no item anterior deste trabalho.

Esta constatação leva-nos ao entendimento de que existem “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (BUSS; PELLEGRINE FILHO, 2007, p. 78).

Estes fatores são definidos pela Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), homônima da Organização Mundial de Saúde (OMS), como Determinantes Sociais da Saúde (DSS), os quais são responsáveis pelas iniquidades em saúde.

As iniquidades em saúde causam sofrimento desnecessário e são fruto de condições sociais adversas ou de políticas públicas que não estão dando certo. Essas iniquidades indicam a presença dos mesmos fatores que prejudicam o desenvolvimento, a sustentabilidade ambiental, o bem-estar das sociedades e a capacidade dessas de oferecer condições iguais para todos. As iniquidades em saúde são um problema em todos os países e refletem não só as disparidades de renda e riqueza, como também diferenças nas oportunidades dadas aos indivíduos com base em fatores como etnia, e raça, classe, gênero, nível educacional, deficiências, orientação sexual e localização geográfica. (OMS, 2011, p. 07).

A OMS (2011) aponta que os DSS mais importantes são aqueles que geram estratificação social. Neste sentido, destacam-se os *determinantes estruturais*, que estratificam a sociedade ao se relacionar aos aspectos de renda, gênero, classe, etnia, deficiência e orientação sexual (OMS, 2011, p. 07).

Tais estratificações, oriundas dos determinantes estruturais, são retroalimentadas pelas iniquidades relativas ao poder econômico presente na maioria dos países do mundo, pelas estruturas políticas e pelos sistemas de governança (OMS, 2011). Em geral os mecanismos de estratificação social se personificam nas:

estruturas de governança formais e informais; sistemas de educação, estruturas de mercado ligadas ao trabalho e aos produtos; sistemas financeiros, o nível de atenção dado a considerações distributivas no processo de formulação de políticas; e a extensão e a natureza de políticas redistributivas, de seguridade social e de proteção social (OMS, 2011, p. 07).

As estratificações sociais, geradas por este sistema e perpetuadas entre as gerações são consideradas pela OMS (2011) como sendo a causa mais profunda das iniquidades em saúde. Os determinantes estruturais em aliança com os determinantes intermediários, que expressam as condições de vida, de trabalho, disponibilidade de alimentos, comportamentos, estilos de vida e o próprio sistema de saúde (GEIB, 2010), constituem “às condições de saúde dos indivíduos” (OMS, 2011, p. 07).

A influência dos DSS na sobrevivência infantil foi estudada por Mosley e Chen (1984). Os autores analisaram o óbito infantil em países em desenvolvimento e desenvolveram o Modelo Teórico Hierarquizado para elucidar a associação deste evento com fatores que o determinavam.

De acordo com o modelo, os fatores associados à mortalidade infantil se dividem em: fatores proximais, aqueles fatores diretamente relacionados à morte infantil, os fatores intermediários, aqueles relacionados aos cuidados maternos e assistenciais e os fatores distais, aqueles relacionados aos elementos socioeconômicos e demográficos da mãe, família e criança.

Barbosa et al. (2014), baseando-se no marco conceitual proposto por Mosley e Chen (1984), constroem o Modelo Explicativo para a Mortalidade Infantil (2014) apresentado a seguir:

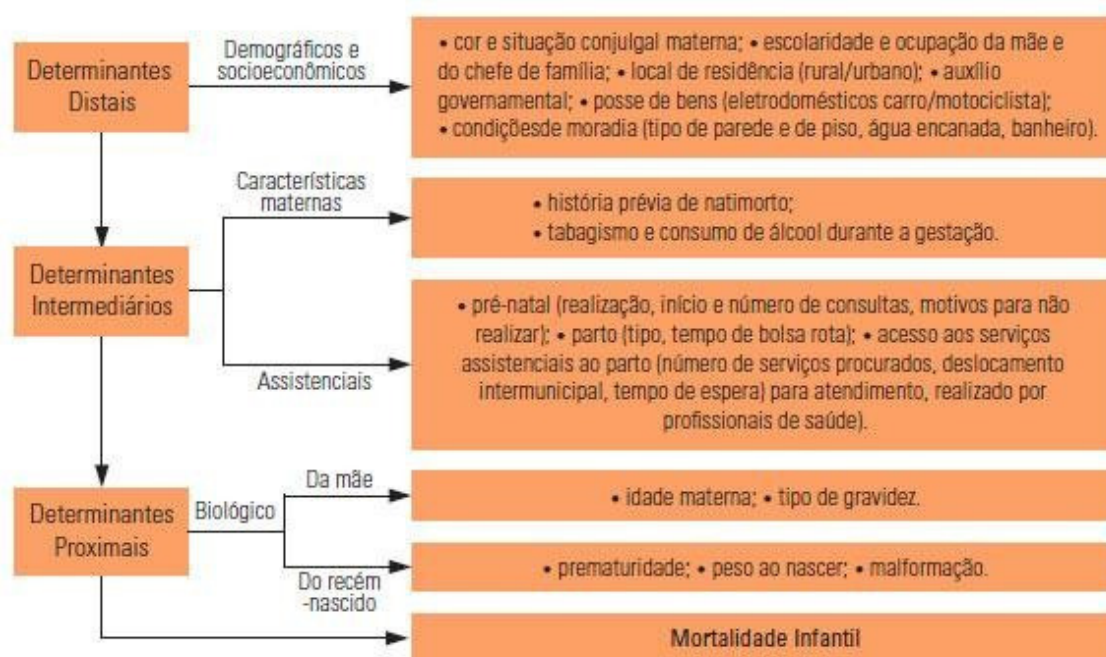


Figura 1 Modelo Explicativo para a Mortalidade Infantil. FONTE: (BARBOSA et al, 2014).

Pela análise do modelo explicativo e baseando-se na literatura, conclui-se que os

principais fatores associados à mortalidade infantil são a assistência pré-natal e assistência hospitalar à mulher e ao recém nascido, características maternas (escolaridade, idade, patologias), da gravidez e do recém nascido (peso ao nascer, idade gestacional) e fatores relacionados às políticas e ações de serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Os fatores distais, como o nome sugere, apresentam-se mais distantes do óbito infantil, porém atuam como elementos que contribuem para o evento. Concorda-se com Barbosa et al. (2014) que sistematicamente, os óbitos infantis são mais incidentes entre os grupos sociais menos favorecidos, pois nestes contextos há maior “privação de bens essenciais, como falta de acesso à água encanada e esgotamento sanitário”, (BARBOSA, et al, 2014) alimentação adequada, trabalho, renda moradia entre outros gerando vulnerabilidades à saúde e consequentemente o óbito infantil.

No Brasil, evidencia-se a partir de estudos do Ipea (2010) que, no ano de 2008, 26,4% do total da população brasileira era socioeconomicamente vulnerável. Segundo o mesmo estudo, esta população estava concentrada nas regiões Norte e

Nordeste do país, onde existem predominantemente (71%) cidadãos afro-brasileiros (UNICEF, 2012).

Não coincidentemente, estas regiões concentram a maior parte dos óbitos infantis do país (19,9 e 18 óbitos em menores de 1 ano de vida a cada mil nascidas vivas respectivamente no ano de 2011).

Desta forma, conclui-se que a população brasileira mais exposta ao óbito infantil, é a socioeconomicamente vulnerável. Atualmente no Brasil, esta população está concentrada nas regiões norte e nordeste cuja composição populacional é predominantemente afro-brasileira.

Para corroborar com o achado bibliográfico, apresentam-se os resultados da pesquisa realizada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, que identifica que as mães brasileiras das raças indígenas, pardas e pretas são mais jovens quando comparadas às mães brancas e amarelas. Em geral, 28% dos nascimentos do primeiro grupo ocorrem antes da mãe completar 20 anos de vida (BRASIL, 2014).

Diante disso, entende-se que, se as mães das raças pretas, pardas e indígenas são mais vulneráveis à gestação na adolescência, logo seus descendentes se tornam mais vulneráveis ao óbito infantil, haja vista que gravidez na adolescência é característica de risco ao evento.

Outro estudo, realizado pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, no ano de 2011, com o total de nascimentos e óbitos infantis ocorridos entre os anos de 2006 a 2010 do estado, identificou que a

mortalidade infantil de mães negras e indígenas foi de 25,17 óbitos por mil nascidos vivos enquanto nas mães brancas foi de 12,35 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo de morte de 2,03 vezes maior para negros e indígenas quando comparado ao risco das mães brancas (PARANÁ, 2011, p. 11).

Ambos os estudos apontam como causas desta distribuição entre cor/raça as falhas no acesso e na assistência à serviços públicos de saúde, bem como na educação, saneamento e proteção social.

No que diz respeito ao estado civil materno, a literatura aponta que “filhos de mulheres solteiras têm mais chances de morrer no primeiro ano de vida”. Esta associação pode ser explicada entre outros fatores, pelas condições de exclusão social e de baixo nível socioeconômico, ou seja, a “presença de companheiro,

parece refletir em melhor desfecho da gravidez e sobrevida infantil, possivelmente devido à contribuição financeira e ao apoio psicossocial familiar” (SARDINHA, 2014, p. 26).

Em relação à escolaridade materna, estudos nacionais têm apontado que quanto maior o número de anos de estudo materno, menor é a probabilidade do óbito infantil. Dentre estes estudos, destaca-se o realizado pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná entre os anos de 2006 a 2010 com dados de nascimento e óbitos infantis do estado. Identificou-se que:

a mortalidade infantil para crianças cujas mães eram analfabetas ou tinham menos de 3 anos de estudo foi de 22,64 óbitos por mil nascidos vivos enquanto que nas mães com mais de 12 anos de estudo foi de 9,05 óbitos por mil nascidos vivos, representando um risco relativo de morte de 2,5 vezes maior para filhos com mães de baixa escolaridade (PARANÁ, 2011, p. 11).

A observância destes indicadores levou o Estado do Paraná a incluir as mães analfabetas e com baixa escolaridade em grupos prioritários de acompanhamento e desenvolvimento tanto do pré-natal quanto da atenção à criança de 0 a 24 meses.

Outro estudo relevante, realizado pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), evidencia na relação entre óbito infantil e escolaridade que quanto menor a escolaridade materna (0 a 03 anos de estudo), maior a frequência dos óbitos infantis (35,8% dos óbitos nacionais) no período pós-neonatal.

Este achado faz sentido quando se entende que mães com menos anos de estudo tem mais dificuldades, pelas suas vulnerabilidades educacionais, de acesso e assistência a serviços de saúde relacionados à atenção a criança, sobretudo no que tange às ações do acompanhamento e desenvolvimento infantil quando comparadas à mães com 12 ou mais anos de estudo.

Já na análise das mães com mais anos de estudo (12 anos ou mais de estudo), a mortalidade infantil esteve mais frequente no componente neonatal precoce, totalizando 33,6% dos óbitos nacionais (BRASIL, 2014) evidenciando que estas, pelas melhores possibilidades educacionais, têm mais oportunidades de acesso e assistência a bens e serviços de saúde e nutricionais para seus filhos (maiores de 28 dias) do que as mães com 0 ou 3 anos de estudo, porém seus

descendentes são mais vulneráveis à assistência relacionadas ao parto e atenção ao recém-nascido.

Quando se analisam os fatores intermediários, que se relacionam com as características materna de história prévia de natimorto, encontram-se em estudos paranaenses que o risco relativo de óbito infantil entre os descendentes de mães que tiveram pelo menos um filho anterior morto foi de 2,2 vezes maior para aquelas que não tiveram filho morto (PARANÁ, 2011).

Neste mesmo estudo identificou-se que a “mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham pelo menos um filho anterior morto foi de 26,25 óbitos infantis a cada mil nascidos vivos enquanto que naquelas que não tiveram nenhum filho morto foi de 11,91 óbitos” (PARANÁ, 2011, p. 11).

Barbosa et al. (2014) também evidenciaram esta condição em seus resultados. Eles afirmam que a “história prévia de natimorto mostrou-se importante determinante para a morte infantil” nos dados analisados pelos autores.

Em ambos os trabalhos não foram identificadas as causas dos natimortos prévios, mas sim a observância de sua frequência na gestação posterior.

O segundo item dos fatores intermediários da mortalidade infantil faz referencia à atenção no acesso e assistência materno-infantil, principalmente no que tange ao pré-natal e parto. Diretrizes nacionais referentes ao pré-natal e parto são editadas pelo Ministério da Saúde desde a década de 1980 com o objetivo de serem implementadas de forma descentralizada nos estados e municípios.

O pré-natal tem como objetivo “assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas” (BRASIL, 2012, p. 33).

As ações pré-natalistas são consideradas essenciais ao bom prognóstico do nascimento e dos cuidados maternos. Ele é dividido em três trimestres e sua precocidade é vital à adequada assistência.

O número de consultas de pré-natal recomendadas pelo Ministério da Saúde (2012) é igual ou superior a seis consultas, porém mais importante que o número de consultas é a qualidade delas. “As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais até o nascimento. Não existe alta do

pré-natal” (BRASIL, 2012, p. 33). Porém, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) recomenda a indução do parto às gestações de 41 ou mais semanas gestacionais.

Com a intenção de qualificar o pré-natal e reduzir a mortalidade infantil no país, Ministério da Saúde, através do Art. 7º, Cap. I, Portaria 1.459 de 24 de Julho de 2011, tornou obrigatório:

a) a realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno; d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; f) qualificação do sistema e da gestão da informação; g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites e i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico (BRASIL, 2011).

Mesmo com as definições e diretrizes nacionais referentes ao pré-natal, o que observa-se que, no país ainda é a forte relação do óbito infantil com a baixa adesão às consultas de pré-natal. Estudos de corte realizados por Carvalho et al. (2007), identificaram que a insuficiência de consultas de pré-natal esteve fortemente relacionada ao óbito neonatal e que intervenções simples nas consultas, como detecção e tratamento de infecção urinária assintomática, podem reduzir a incidência de prematuridade, baixo peso do recém-nascido e consequentemente o óbito infantil.

Ainda para Carvalho (2007) “a insuficiência de consultas, bem como de qualidade da atenção pré-natal, tem se mostrado fortemente associada ao óbito neonatal, o que reforça a necessidade de um melhor atendimento à gestante” (CARVALHO, 2007).

Quanto à atenção ao parto e puerpério, a Portaria 1.459/2011 aponta a obrigatoriedade de se

garantir leitos obstétricos e neonatais; implantar as *Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento*, instituído pela OMS em 1996; garantir o acompanhante à gestante no trabalho de parto, parto e pós-parto; acolher a gestante nos serviços de atenção obstétrica e neonatal e garantir a humanização em todo processo (BRASIL, 2011).

Todas as ações em saúde materno-infantil devem obrigatoriamente respeitar tais diretrizes, a fim de diminuir a relação do parto ao óbito infantil. Porém, o que se observa na maior parte dos serviços hospitalares que realizam partos no Brasil é a ineficiência e/ou inadequada assistência à gestante ou ao recém-nascido ocasionando o óbito infantil.

Dados coletados no Datasus (2016), referentes aos óbitos infantis, suas causas e suas evitabilidades, no ano de 2014, pode-se verificar que morreram no Brasil no referido ano 38.432 crianças menores de um ano de vida (DATASUS, 2016). Deste total, 26.201 óbitos foram considerados evitáveis. 10.504 óbitos infantis poderiam ser evitados pela adequada atenção à gestação, 3.795 óbitos poderiam ter sido evitados pela adequada assistência ao parto e 7.014 óbitos infantis poderiam ser evitados pela adequada atenção ao recém-nascido (DATASUS, 2016).

O terceiro eixo do modelo explicativo da mortalidade infantil apresenta os fatores proximais da mortalidade infantil. Ele faz referencia aos fatores biológicos maternos (idade materna e tipo de gravidez) e do recém-nascido (prematuridade, peso ao nascer e mal formações) que influenciam decisivamente no óbito infantil.

A idade materna é considerada um dos determinantes do óbito infantil. Mães com idade inferior a 15 anos ou com menarca há menos de dois anos e mães com idade igual ou superior a 35 anos, concentram maior probabilidade de óbito de seus filhos antes deles completarem o primeiro ano de vida (RIBEIRO et al., 2014, p. 2).

Mães adolescentes podem apresentar imaturidade fisiológica, principalmente uterina, que levam à restrição do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e prematuridade além de condições socioeconômicas desfavoráveis e fragilidade psicológica. Mães com mais de 35 anos possuem maior risco de morbidades durante a gestação, como diabetes mellitus, hipertensão arterial, maior incidência de afecções de origem genética e abortos espontâneos (RIBEIRO et al., 2014, p. 2).

Dados estatísticos brasileiros editados pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde afirmam que

as maiores proporções de mães brasileiras com idades inferiores a 20 anos encontram-se nas regiões Norte e Nordeste. Por outro lado, nas regiões Sul e Sudeste, a ocorrência de nascidos vivos em mulheres com 30 anos ou mais de idade é mais frequente, representando pouco mais de 30% dos nascimentos (BRASIL, 2014, p. 28).

Dados paranaenses, baseados em estudo realizados entre 2006 e 2010, apontam que

a mortalidade infantil para crianças cujas mães tinham idade abaixo de 20 anos e maior de 40 anos foi de 20,75, enquanto para o grupo entre 20 a 40 anos foi 10,52, representando um risco relativo de 1,97 vezes maior para menores de 20 anos e acima de 40 anos (PARANÁ, 2011, p. 11).

Quanto aos fatores proximais relativos especificamente ao recém-nascido, encontra-se na literatura que o “baixo peso ao nascer e prematuridade são considerados importantes fatores de risco para a saúde da criança, implicando decisivamente na mortalidade infantil, especialmente a neonatal” (BRASIL, 2014, p. 34).

O parto pré-termo ou prematuro é definido como aquele cuja “idade gestacional - IG é inferior a 37 semanas” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2007, p. 1316). A prematuridade se caracteriza como fator de risco para imaturidade pulmonar, asfixias neonatais, retinopatias, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor entre outros.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2007) define dois subtipos da prematuridade:

- 1) prematuridade extrema: IG inferior a 28 semanas de gestação e
- 2) recém-nascido prematuro: recém-nascidos de 28 a 36 semanas de gestação.

Estudos realizados no sul do Brasil por Tadielo et al. (2013), cuja amostra foi de 368 recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva, identificou que 243 deles (66%) estavam internados por serem prematuros. Os autores concluíram que a TMI deste estudo foi de 10,3% e a principal causa do óbito foi a prematuridade representada por 42,4% (TADIELO et al., 2013).

Outro importante fator relacionado ao óbito infantil é o Peso de Nascimento do recém-nascido. Este constitui-se como fator de grande importância para morbimortalidade infantil. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2007) o peso deve ser mensurado ainda na primeira hora de vida, antes que ocorra significativa perda de peso pós-natal. São considerados recém-nascidos de baixo peso ao nascer (RNBP) àqueles que apresentam peso igual ou inferior a 2.500g, independente da Idade Gestacional.

Em pesquisa realizada sobre a relação do óbito infantil com o peso ao nascer, foi identificado que, recém-nascidos com baixo peso ao nascer apresentam 44,1 vezes mais chances de morrer, quando comparados a recém-nascido com peso igual ou superior a 2.500g (TADIELO et al., 2013).

A atenção demandada a recém-nascidos de baixo peso é em geral muito especializada e requer algumas tecnologias. Do ponto de vista financeiro, é geralmente onerosa aos serviços de saúde e do ponto de vista emocional é desgastante para a família.

2.4 SISTEMAS NACIONAIS DE INFORMAÇÃO DO ÓBITO INFANTIL

Os Sistemas de Informação em Saúde brasileiros surgiram na década de 1980 influenciados pelas pesquisas na área da saúde pública, principalmente as realizadas pela Abrasco, Cebes. Tais pesquisas levaram o Ministério da Saúde à criação dos sistemas nacionais de informação sobre “nascimentos, óbitos, doenças de notificação, atenção hospitalar, ambulatorial e básica, orçamento público em saúde e outros” (RIPSA, 2008, p. 14).

Tais sistemas, juntamente com os censos e pesquisas de base populacional do IBGE e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea (RIPSA, 2008) tornaram-se fundamentais na identificação de dados sobre “morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais, entre outros” (RIPSA, 2008, p. 13), formando o fio condutor da criação dos Indicadores e Dados Básicos para a Saúde – IDB no Brasil.

Os IDB são entendidos como

medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer (RIPSA, 2008, 13).

De acordo com Ripsa (2008) os IDB são divididos em 6 subconjuntos temáticos, sendo: A - IDB demográficos; B – IDB socioeconômicos; C – IDB

mortalidade; D – IDB morbidade e fatores de risco; E – IDB recursos e F - IDB cobertura. Em conjunto, produzem evidências sanitárias e epidemiológicas importantes para a identificação de áreas críticas em saúde. Quando gerados e manejados dinamicamente se tornam instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis de atenção (RIPSA, 2008).

Os indicadores de mortalidade infantil, que terão peso nesta pesquisa, são quantificados a partir da Taxa de Mortalidade Infantil (número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado) (RIPSA, 2008, p. 107) e da Taxa de mortalidade de seus componentes (mortalidade neonatal precoce, neonatal tardia e pós neonatal).

A garantia e a fidedignidade dos indicadores e das TMI no Brasil é estabelecida pelos corretos preenchimentos e alimentações dos Sistemas de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Ambos criados, coordenados e gerenciados pelo Ministério da Saúde em parceria com a Ripsa e disponibilizados ao público na base de dados do Datasus.

O Sinasc foi implantado especificamente na década de 1990, de forma gradual por todo território brasileiro. O objetivo geral do sistema é “coletar dados sobre os nascimentos informados em todo território nacional e fornecer dados sobre natalidade para todos os níveis do Sistema de Saúde” (BRASIL, 2016c).

Os objetivos específicos referem-se a:

- a) subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS);
- b) auxiliar nas ações de atenção à gestante e ao recém-nascido;
- c) traçar séries históricas de nascimentos para a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria do sistema (DATASUS, 2016). Tudo isso, para a construção de indicadores importantes para o planejamento e gestão dos serviços de saúde.

O sistema é coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde e já “vem apresentando em muitos municípios, desde o ano de 1994, um número maior de registros do que o publicado pelo IBGE com base nos dados de Cartório de Registro Civil” (BRASIL, 2016c).

O instrumento de coleta de dados é a Declaração de Nascido Vivo - DN, padronizada em todo o país.

A DN é impressa em três vias previamente numeradas, pelo Ministério da Saúde, através da CGIAE/DASIS/SVS/MS. É distribuída gratuitamente às Secretarias Estaduais de Saúde que as fornecem às Secretarias Municipais de Saúde. Essas Secretarias, por sua vez, repassam aos estabelecimentos de saúde e cartórios (BRASIL, 2016c).

Os benefícios do Sinasc se relacionam a informatização das Declarações de Nascidos Vivos; a geração de arquivos de dados; retroalimentação das informações ocorridas em municípios diferentes da residência do usuário; controle de distribuição das declarações de nascimento (Municipal, Regional, Estadual e Federal); transmissão de dados entre as esferas governamentais (DATASUS, 2016).

O SIM foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 1975 e tem como objetivo “reunir dados quantitativos e qualitativos sobre óbitos ocorridos no Brasil” (BRASIL, 2016d).

O sistema é resultado de mais de 40 modelos de instrumento utilizados ao longo dos anos, para coletar dados sobre mortalidade no país com o objetivo de subsidiar as diversas esferas na gestão da saúde pública. Com base nestes dados é possível a geração de informações que identificam as situações de saúde, além do planejamento e avaliação das ações e programas na área (DATASUS, 2016).

De acordo com o Ministério da Saúde (2016), o SIM foi informatizado em 1979 após doze anos, com a implantação do SUS e a descentralização das ações em saúde passou a ser alimentado pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (BRASIL, 2016d).

Os instrumentos de coleta de dados do SIM são as Declarações de Óbito – D.O. A responsabilidade sobre a emissão destas declarações é médica conforme prevê o artigo 115 do Código de Ética Médica, Artigo 1º da Resolução nº 1779/2005 do Conselho Federal de Medicina e a Portaria SVS nº 116/2009.

De acordo com o protocolo, a D.O. é impressa e preenchida em três vias pré-numeradas sequencialmente. Sua impressão e distribuição para os estados são de competência exclusiva do Ministério da Saúde. Dos Estados para os municípios a distribuição fica a cargo das Secretarias Estaduais de Saúde.

Quanto às Secretarias Municipais de Saúde, cabe o controle na distribuição das D.O entre os “estabelecimentos de saúde, Institutos de Medicina Legal, Serviços de Verificação de Óbitos, Cartórios do Registro Civil, profissionais médicos e outras instituições que dela façam uso legal e permitido”.

Compete a ambas Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais o recolhimento das primeiras vias da Declaração de Óbito, junto aos Estabelecimentos de Saúde para a alimentação do SIM.

2.5 VIGILÂNCIA DO ÓBITO INFANTIL

De acordo com o capítulo I, Art. 6º da Lei Orgânica da Saúde, 8.080/1990, fica instituída como campo de atuação do SUS a execução de Vigilância Epidemiológica de riscos e agravos de saúde à população brasileira. A mesma Lei define que a Vigilância Epidemiológica é um dos eixos da Vigilância em Saúde que compreende um

conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança dos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e/ou agravos à saúde (BRASIL, 1990).

Neste sentido, entendem-se como vigilância do óbito infantil ações de identificação, investigação, análise e monitoramento dos óbitos infantis bem como os maternos, fetais e aqueles óbitos envolvidos no processo materno-infantil e com causas mal definidas. Todas estas ações são realizadas para proposição de medidas de prevenção e controle do óbito nestes grupos (BRASIL, 2016d).

A vigilância do óbito infantil é uma prioridade do Ministério da Saúde haja vista que contribui para o cumprimento da meta 4 dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio, atua como uma estratégia de redução da mortalidade infantil, contribui para melhorar o registro dos óbitos infantis e possibilita a adoção de medidas para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde (BRASIL, 2009).

Segundo o Manual do óbito Infantil e Fetal do Ministério da Saúde (2009), a “proporção de óbitos infantis e fetais investigados no país ainda é baixa, em especial nos estados das regiões Norte e Nordeste” (BRASIL, 2009, p. 05).

Seria necessário a otimização e eficiente alimentação dos bancos de dados do SIM e do Sinasc, além de concentrar esforços federais, estaduais e municipais na prudente identificação e investigação dos óbitos do país.

Com a intenção de qualificar a implementação das ações de vigilância epidemiológica do óbito infantil pelos municípios, estados e federação, o Ministério da Saúde inicia na década de 1990 a implantação dos Comitês de Prevenção do Óbito Materno e infantil. Em 2004 o Ministério da Saúde lança o Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal, como referência para a estruturação dos Comitês em nível estadual e municipal.

Em 2007, 50% dos municípios brasileiros com mais de 80.000 habitantes, com uma proporção maior nas regiões Sul e Sudeste, já haviam implantado os Comitês nas secretarias municipais e estaduais de saúde e já iniciavam as ações operacionais de investigação e análise dos óbitos infantis (BRASIL, 2009).

Os Comitês de Prevenção do Óbito Infantil se originaram dos Comitês de Prevenção do Óbito Materno, em 1984, sob a direção das ações da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM.

Os primeiros Comitês foram instituídos no ano de 1987 em São Paulo e no Rio de Janeiro e em 1996 os Comitês já estavam implantados em todos os estados brasileiros federados (BRASIL, 2007).

Os Comitês de Prevenção da Morte Materna e Infantil são organismos de natureza interinstitucional, multiprofissional e confidencial que visam analisar todos os óbitos maternos, infantis e fetais e apontar medidas de intervenção para a sua redução na região de abrangência. Representam, também, um importante instrumento de acompanhamento e avaliação permanente das políticas de atenção à saúde materna e infantil (BRASIL, 2007, p. 20).

As ações dos Comitês dependem das ações de vigilância do óbito infantil e consequentemente da Vigilância Epidemiológica. Assim, em muitos municípios os representantes da vigilância epidemiológica representam também os Comitês de Prevenção da Morte Materna e Infantil.

No que tange a questão legal, o Ministério da Saúde institui inicialmente sob a Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008 a regulamentação da vigilância de óbitos maternos.

Na sequência, em 2010, sob a Portaria nº 72 de 11 de janeiro de 2011 institui a obrigatoriedade da “vigilância do óbito infantil nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2011).

Quanto as ações de investigação e análise dos óbitos infantis a GM 72/2011 orienta que se tenha como referencia de implementação o Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal (2009) do Ministério da Saúde disponível em todas as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Segundo as orientações do Manual existem 07 passos para investigação e análise do óbito infantil.

Mediante a ocorrência de óbito infantil, há a necessidade do preenchimento, pelo médico, da Declaração de Óbito e inclusão do evento no Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM. Estas ações sinalizam o início do processo de *identificação do óbito infantil*. (BRASIL, 2009).

É responsabilidade dos serviços de Vigilância Epidemiológica municipais o rastreamento dos eventos e recolhimento das DO.

Após a identificação do óbito ocorre a *visita e entrevista domiciliar*, que é realizada com a intenção de obter informações acerca da assistência prestada em todos os níveis de atenção à saúde. Geralmente é direcionada aos membros da família onde ocorreu o óbito e é realizada por técnicos de vigilância epidemiológica e do óbito infantil.

O instrumento utilizado para subsidiar a investigação são as Fichas para Investigação do Óbito Infantil e Fetal do Ministério da Saúde. Elas contêm campos referentes à identificação do caso investigado, entrevista domiciliar, dados da assistência pré-natal, parto e nascimento, dados sobre o acompanhamento da criança nas UBS, centros especializados, serviços de urgência e hospitais (BRASIL, 2009, p. 31).

O terceiro passo definido pelo Manual de Vigilância do Óbito infantil e Fetal (2009) é o *levantamento de dados* que tem como objetivo “reconstruir a história de vida e de morte da criança, para melhor compreensão dos problemas ocorridos e a possibilidade de prevenção de novos casos” (BRASIL, 2009, p. 32).

Nesta etapa são compilados os dados coletados com a família, por meio da entrevista domiciliar além de prontuários de unidades básicas de saúde (UBS), dos

serviços de urgência, de ambulatório de especialidades – prontuários hospitalares – laudos de necropsia/anatomopatológico.

Depois do levantamento de dados, elabora-se o *resumo do caso*, que é caracterizado pela descrição detalhada dos acontecimentos que permearam o óbito infantil. O resumo leva em consideração as informações obtidas nas visitas domiciliares, nos dados levantados e nas Fichas de Investigação.

O resumo do caso é analisado em assembleia pelos membros da vigilância epidemiológica, pelos membros do Comitê de Mortalidade Infantil, pelos técnicos assistenciais e pelos gestores em saúde.

Todas as etapas anteriores servem para a *análise do óbito* no que concerne sua evitabilidade e possíveis problemas que o geraram. Esta etapa deve ocorrer em forma de reunião com todos os membros do Comitê de Mortalidade e daí devem sair as conclusões referentes às causas do óbito. “O propósito não é responsabilizar pessoas ou serviços, mas prevenir mortes por causas similares no futuro” (BRASIL, 2009, p. 31).

O Manual de Vigilância do Óbito Infantil (2009) recomenda que na análise sejam levados em consideração:

a condição social da família e das dificuldades para reconhecimento de riscos para a saúde ou outros problemas relacionados deve compor a avaliação abrangente da situação do óbito. A precisão dos dados da DO e DNV deve ser também foco de avaliação, orientando a necessidade de sua correção no SIM e SINASC. Os responsáveis pela vigilância de óbitos infantis e fetais deve analisar cada óbito utilizando o enfoque de evitabilidade, avaliando criticamente e promovendo uma reflexão conjunta sobre a prevenção do óbito pela ação dos serviços de saúde e/ou outras ações (BRASIL, 2009, p. 31).

Depois da análise do caso, a equipe multiprofissional do Comitê define a relação do óbito com os possíveis problemas que o geraram e apontam à gestão municipal e estadual de saúde, a partir do preenchimento dos Sistemas de Investigação da Mortalidade Infantil do Paraná – SIMI, as causas do óbito, bem como as possíveis “falhas” técnicas, sociais, políticas e econômicas que culminaram no óbito infantil.

Nesta etapa de investigação, caso se verifique pelos membros do Comitê, inconsistências entre os acontecimentos e relatos que ocasionaram o óbito infantil

com a definição da causa de óbito expresso na D.O, este órgão institucional tem a autoridade de mudar a causa do óbito.

É por este motivo que os membros do Comitê necessitam de educação permanente e contínua sobre as causas, consequências e possíveis medidas intervencionistas para sinalizar aos gestores, trabalhadores e sociedade como todo que a grande maioria dos óbitos infantis podem ser evitados.

2.6 MORTES EVITÁVEIS

O conceito de morte evitável faz referencia às mortes “previníveis total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época” (BRASIL, 2010a, p. 174).

Este conceito foi inicialmente postulado e aplicado na Inglaterra e País de Gales, posteriormente na Europa, Ásia e Oceania. Atualmente vem sendo adotado por outros países como um indicador sensível à qualidade e diversidade da atenção à saúde prestada pelo sistema de saúde, atuando como medida de resultado ou impacto dos serviços de saúde (MALTA et al., 2010, p. 481).

Partindo do pressuposto que os critérios de evitabilidade constituem-se como um evento sentinela aos serviços de saúde, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde publicou em 2007 e atualizou em 2010 a Lista Brasileira de Mortes Evitáveis do Sistema Único de Saúde para crianças menores de cinco anos de vida.

O referencial teórico adotado na construção desta lista baseou-se nas publicações da área disponíveis no Brasil e no mundo, “considerando os avanços atuais no campo da assistência à saúde e saúde pública no Brasil e o potencial de intervenção do SUS, conforme seus princípios e incorporação tecnológica atual” (MALTA et al., 2010, p. 482).

Segundo as diretrizes da Lista Brasileira de Mortes Evitáveis as mortes em menores de cinco anos de vida podem ser reduzidas de acordo com os seguintes grupos:

- I. reduzível pelas ações de imunoprevenção;
- II. reduzível pela adequada atenção à mulher na gestação;

- III. reduzível pela adequada atenção à mulher no parto;
- IV. reduzível pela adequada atenção ao recém-nascido;
- V. reduzível por ações adequadas de diagnóstico e tratamento e
- VI. reduzível por ações de promoção da saúde vinculadas a ações de atenção em saúde (BRASIL, 2010a, p. 174-175).

No quadro a seguir, formatado com dados extraído do Datasus (2016) pode-se observar a distribuição nacional dos óbitos por regiões brasileiras por critérios de evitabilidade segundo a Lista Brasileira de Mortes Evitáveis entre crianças 0 a 4 anos no ano de 2014.

Causa da Morte	Região Norte	Região Nordeste	Região Sudeste	Região Sul	Região Centro-oeste
Grupo I	15	40	53	13	28
Grupo II	1.134	3.142	3.983	1.333	912
Grupo III	495	1.421	1.209	388	282
Grupo IV	1.000	2.487	2.435	588	504
Grupo V -	501	843	930	214	217
Grupo VI	362	608	672	206	186
Total	3.507	8.541	9.282	2.742	2.129

Quadro 3 Mortes Infantis Evitáveis por região brasileira no ano de 2014. FONTE: DATASUS (2016).

Por meio da análise do quadro, percebe-se a concentração dos óbitos infantis evitáveis do ano de 2014 nos grupos II, III e IV, fato que evidencia a relação dos óbitos com as ações de atenção direta à gestante no pré-natal e parto e ao recém-nascido ainda em período neonatal precoce.

Outro fator de destaque quanto à análise dos dados do quadro é a concentração dos óbitos evitáveis por região. Neste caso, a região nordeste e sudeste apresentam valores de eventos preveníveis muito próximos, porém deve-se levar em consideração a população de cada região.

De acordo com IBGE (2010) a população da região nordeste é de 53.081.950 habitantes e da região sudeste é de 80.364.410 habitantes revelando assim a distribuição mais acentuada de óbitos na região nordeste quando comparada à região sudeste.

É importante também destacar que estes dados são baseados em informação contidas no SIM e no Sinasc. Por isso os dados podem estar

subjulgados caso a alimentação destes programas estejam inadequadas, desatualizadas ou mesmo desinformadas sobre os eventos de nascimentos e óbitos infantis

No Estado do Paraná, a alimentação do SIM e Sinasc é considerada de qualidade. O estado criou ainda o SIMI - Sistema de Investigação da Mortalidade Infantil para agilizar as informações e gerar intervenções em tempo oportuno, para controle e vigilância dos óbitos infantis.

Neste estado, no ano de 2014, foram totalizados 1.791 óbitos infantis, sendo 964 óbitos neonatis precoces, 315 neonatais tardios e 512 pós neonatais. Deste total, 1.182 foram considerados evitáveis, 41 mal definidos e 568 não claramente evitáveis (DATASUS, 2017).

Dentre os evitáveis, constata-se que 10 deles poderiam ter sido reduzíveis pelas ação de imunização, 990 pela atenção à gestação, parto, feto e recém-nascido, 93 por diagnóstico e tratamento adequado e 89 por ações de promoção à saúde da criança na Atenção Básica (DATASUS, 2017).

No município sede da 3ª Regional de Saúde do Paraná, Ponta Grossa, os dados fornecidos pelo do Datasus (2017) apontam que, no ano 2014, ocorreram no município 65 óbitos infantis, sendo 27 neonatais precoces, 18 neonatais tardios e 20 pós neonatais (DATASUS, 2017).

Dos 65 óbitos infantis, 41 foram considerados evitáveis, 33 reduzíveis pelas ações à gestação, parto, feto e recém-nascido, 05 por ações de diagnóstico e tratamento adequado e 3 por ações de promoção à saúde da criança na atenção básica. Os demais óbitos foram identificados como mal definidos (04 óbitos) e não claramente definidos (20 óbitos) (DATASUS, 2017).

CAPÍTULO 3

REDES DE ATENÇÃO MATERNO INFANTIL

Neste capítulo serão apresentados a conceituação, os objetivos, o histórico e a dinâmica operacional das Redes de Atenção à Saúde no Brasil propostas pelo marco conceitual de Mendes (2011), bem como a estruturação, implantação e implementação da Rede Cegonha, em âmbito nacional, e da Rede Mãe Paranaense, em âmbito estadual ambas propostas pelas Portarias Nº 4.279/10 e Nº 1.459/2011.

Após estas apresentações, será abordada com detalhes a Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa.

3.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – RAS

3.1.1 Conceituação e Caracterização das RAS

Embora sejam visíveis e inegáveis os avanços do SUS como um sistema de saúde público, universal e integral, observam-se cada vez mais, ao longo dos seus 25 anos, uma importante fragmentação das ações e serviços de saúde por ele executados, em função ao estabelecimento de um sistema de saúde “hierárquico, piramidal, formatado segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção em atenção básica, média complexidade e alta complexidade” (MENDES, 2011, p. 83).

A Portaria 4.279/2010 aponta como resultados oriundos deste Sistema de Atenção à Saúde²⁹

(1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3)

²⁹ Os Sistemas de Atenção à Saúde são conceituados por Mendes (2011) como sendo um conjunto de atividades em saúde com o objetivo de alcançar um nível ótimo de saúde aos cidadãos de forma equitativa, humanizada, efetiva e eficiente. Eles podem ser fragmentados (fortemente hegemônicos) ou integrados (RAS's). Os fragmentados se conceituam como um “conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicáveis uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população” (MENDES, 2011, p. 50). Já os Integrados, são “organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida” (MENDES, 2011, p. 51).

configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS) (BRASIL, 2010b).

Esta condição é agravada pelas relações de interdependência público-privadas existentes no sistema de saúde e pelas inúmeras fragilidades socioeconômicas e estruturais do próprio sistema e do país como um todo.

Neste sentido as Redes de Atenção à Saúde – RAS surgem como uma proposta de inovar o processo de organização do SUS redirecionando suas ações e serviços no desenvolvimento de um sistema integrado a fim de produzir impactos positivos nos indicadores de saúde da população (BRASIL, 2010b).

A figura 02 mostra os dois Sistemas de Atenção à Saúde anteriormente citados, propondo a substituição do modelo piramidal (fortemente hegemônico), pelo o modelo poliárquico, com centralidade na Atenção Primária à Saúde.

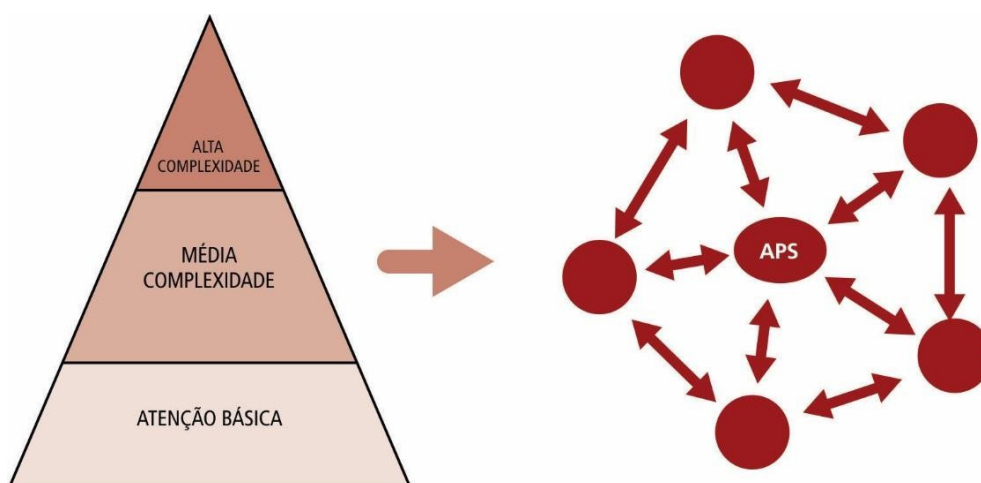


Figura 2 A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.
FONTE: Adaptado de (MENDES, 2011, p. 84).

Ao marco conceitual de Mendes (2011), as RAS são conceituadas como sendo:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2011, p.82).

Alinhado ao conceito de Mendes (2009), o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b) define as RAS como sendo:

arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Ambas as definições tratam-se de estratégias para: a) superar a fragmentação da atenção e da gestão em saúde, b) aumentar a efetividade e a eficiência dos serviços de saúde prestados e c) qualificar o funcionamento político-institucional do SUS (BRASIL, 2010b).

Tais estratégias foram elaboradas a partir da definição da missão das RAS, que focam em melhorar “a qualidade da atenção à saúde, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde” (MENDES, 2011, p. 82).

O alcance da missão da RAS acontece pelo alcance do seu objetivo geral, que dedica-se em:

promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010b).

O foco de atenção à saúde nas RAS são as Condições de Saúde que, segundo Mendes (2011), representam as “circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde” (MENDES, 2011, p. 25).

Esta categoria de atenção à saúde foi eleita para atuar nas RAS, por estabelecer a resposta social aos problemas de saúde de uma população – o objeto dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

As Condições de Saúde são classificadas em:

- a) condições agudas: “doenças transmissíveis de curso curto, como dengue e gripe, ou de doenças infecciosas, também, apendicite ou amigdalites, ou de causas externas, como os traumas” (MENDES, 2011, p. 26);
- b) condições crônicas:

condições que vão muito além das doenças crônicas (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica etc.) ao envolverem as doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/aids, hepatites virais etc.), **as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção ao parto, às puérperas e aos recém-natos)**; os distúrbios mentais de longo prazo; as deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes etc.); as doenças metabólicas; e a grande maioria das doenças bucais (MENDES, 2011, p. 27).

O quadro abaixo demonstra as diferenças entre as condições agudas e as condições crônicas de saúde.

VARIÁVEL	CONDIÇÃO AGUDA	CONDIÇÃO CRÔNICA
Início	Rápido	Gradual
Causa	Usualmente única	Usualmente múltiplas
Duração	Curta	Indefinida
Diagnóstico e prognóstico	Comumente acurados	Usualmente incertos
Testes diagnósticos	Frequentemente decisivos	Frequentemente de valor limitado
Resultado	Em geral, cura	Em geral, cuidado sem cura
Papel dos profissionais	Selecionar e prescrever o tratamento	Educar e fazer parceria com as pessoas usuárias
Natureza das intervenções	Centrada no cuidado profissional	Centrada no cuidado multiprofissional e no autocuidado
Conhecimento e ação clínica	Concentrados no profissional médico	Compartilhados pelos profissionais e pessoas usuárias
Papel da pessoa usuária	Seguir as prescrições	Co-responsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde
Sistema de atenção à saúde	Resposta reativa e episódica	Resposta proativa e contínua

Quadro 4 As diferenças entre as condições agudas e crônicas. FONTE: Adaptado de (MENDES, 2011, p. 28).

O ciclo de evolução das duas condições de saúde são muito diferentes.

As condições agudas, em geral, iniciam-se subitamente; “apresentam uma causa simples e facilmente diagnosticada; são de curta duração; e respondem bem a tratamentos específicos, como os tratamentos medicamentosos ou as cirurgias” (MENDES, 2011, p. 26).

Já as condições crônicas, iniciam e evoluem lentamente. Geralmente são multicausais, incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos (MENDES, 2011). Seus tratamentos não tem padronização e seus prognósticos são imprevisíveis, geralmente se direcionam à incapacidades funcionais.

Nas condições crônicas, em especial às doenças crônicas, cada sintoma pode levar a outros, num ciclo vicioso dos sintomas. Tomemos como exemplo: “condição crônica leva a tensão muscular que leva a dor que leva a estresse e ansiedade que leva a problemas emocionais que leva a depressão que leva a fadiga que leva a condição crônica (LORIG et al., 2006 apud MENDES, 2011, p. 30).

Expostos aos conceitos das RAS's e das condições de saúde que pautam o funcionamento delas avançaremos ao aspectos históricos que lhes deram origem.

3.1.2 Histórico das RAS

Pela pesquisa bibliográfica pôde-se constatar que a proposta das RAS são recentes. Elas nasceram de experiências exitosas na implementação dos sistemas integrados de saúde norte americanos na década de 1990. A intensão era de

superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, enfrentar a complexificação das questões sociais e organizar os processos de: privatização, descentralização acelerada, globalização, proliferação de organizações não governamentais e fortalecimento do controle público (MENDES, 2011, p. 79).

Nas décadas posteriores, as RAS avançaram para os sistemas públicos de saúde canadense, depois para o europeu e finalmente para alguns países em desenvolvimento como é o caso do Chile e do Brasil (MENDES, 2011).

Atualmente as RAS têm sido propostas para “administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos e os problemas complexos; onde há interação de agentes públicos e privados, centrais e locais; onde se manifesta uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã” (FLEURY, 2010; OUVÉNEY, 2007 apud MENDES, 2011, p. 79).

Nos Estados Unidos as RAS se constituíram pelo trabalho de Scortell et al em 1984 que propuseram a superação da fragmentação dos sistemas de saúde pela instituição de Sistemas integrados de serviços de saúde que “configurassem um contínuo coordenado de serviços para uma população definida” (MENDES, 2011, p. 61).

No Canadá os sistemas fragmentados de saúde foram substituídos pelos Sistemas integrados de Atenção à Saúde - RAS no ano de 1996. O processo de integração se deu por meio da “definição de uma população de responsabilidade da instituição de médicos de família como porta de entrada, da oferta de serviços integrais, do reforço das informações em saúde e do planejamento com base nas necessidades da população” (MENDES, 2011, p. 64).

Na Europa Ocidental, os sistemas fragmentados de saúde foram substituídos pelos sistemas integrados a partir da integração da medicina preventiva e curativa, da definição do papel central do médico generalista, da definição da Atenção Primária como porta de entrada dos serviços, da atenção secundária prestada em unidades ambulatoriais e da atenção terciária direcionada aos hospitais (MENDES, 2011).

Na América Latina as RAS são recentes e aparecem no Brasil, no Peru, na Bolívia, na Colômbia, na República Dominicana, no México e, com mais consolidação, no Chile. Neste país, as RAS têm sido discutidas há tempos e constituem uma política oficial do Ministério da Saúde Chilena (MENDES, 2011).

No Brasil, os primeiros experimentos de atenção à saúde em redes datam do ano de 2000, no Ceará como uma proposta de integrar os serviços de saúde que se apresentavam muito fragmentados e sem resolutividade no estado (MENDES, 2011). No ano seguinte, o município de Vitória no Espírito Santo implanta o Sistema Integrado de Saúde na região de São Pedro, como um modelo piloto de atenção à Saúde em redes.

Ainda no ano de 2001, o município de Curitiba, capital do Paraná implanta o que podemos chamar de experiência pioneira de atenção à saúde em redes. A área temática eleita pelo município foi a atenção materno-infantil, que levou o nome de Programa Mãe Curitibana (MENDES, 2011).

Foi a partir desta matriz que Curitiba implantou na VI Conferência Municipal de Saúde, que ocorreu em 2002, o Sistema Integrado de Serviços de Saúde. Este sistema foi avaliado em 2006 pelo Banco Mundial, que identificou que o ponto forte das RAS implantadas no município foi o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (MENDES, 2011).

Após a experiência paranaense, o estado de Minas Gerais implanta entre os anos de 2003 a 2010 as Redes Temáticas: Rede Viva Vida (materno infantil), Rede Hiperdia (Hipertensão e diabetes), Rede Mais Vida (atenção ao idoso) e Rede de Atenção à Urgência e Emergência (MENDES, 2011).

Os resultados positivos destas experiências nacionais levaram o Ministério da Saúde, em acordo tripartite com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - Conass e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Conasems, a estabelecer em 2010, sob a Portaria nº 4.279, as “diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS” (BRASIL, 2014, p. 09).

A partir desta Portaria foram estruturadas pelo Ministério da Saúde cinco Sistemas de Saúde baseados nas RAS, cujas temáticas são:

- Rede Cegonha: atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses;
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde Toda Hora;
- Rede de Atenção Psicossocial, com prioridade para o Enfrentamento do Álcool e Drogas;
- Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer, com intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero e
- Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: Viver Sem Limites.

A estruturação destas RAS necessitou de prévia elaboração de seus elementos constitutivos e seus fundamentos organizacionais, os quais serão apresentados com mais detalhes no item a seguir.

3.1.3 Fundamentos Organizacionais e Elementos Constitutivos das RAS

Segundo Mendes (2011), as RAS têm como premissa prestar serviços de qualidade aos usuários dos Sistemas de Saúde de uma forma efetiva e econômica. Para isso, o processo que antecede a implementação de um Sistema de Saúde Integrado é estabelecido pelo seu desenho institucional. Tal desenho é formatado a partir da estruturação dos Fundamentos Organizacionais que pautam as RAS e da dinâmica criada per seus Elementos Constitutivos.

No Brasil, ambos os conceitos foram estudados e explicados por Mendes (2009), posteriormente foram legalizados pela Portaria GM 4.279/2010 e desde então implantados e implementados pelos estados e municípios brasileiros apoiados pelo Ministério da Saúde.

Para Mendes (2011) e Brasil (2010) os fundamentos organizacionais das RAS criam as condições ideais para o seu funcionamento. Os autores organizam estes fundamentos conforme o quadro a seguir:

Economia de Escala	Se refere à organização das redes com o objetivo de alcançar melhores resultados com os menores custos;
Qualidade	Cuidado na atenção à saúde com: segurança, efetividade, centralidade na pessoa, pontualidade, eficiência e equidade;
Suficiência	Disponibilidade de ações e serviços em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população;
Acesso	Ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado;
Disponibilidade Recursos	Otimização de recursos humanos, físicos, equipamentos, etc. Concentração de recursos escassos e desconcentração de recursos menos escassos;
Integração Vertical	É estabelecida através de uma completa integração, como nas redes de propriedade única. Ocorre integração total de unidades e serviços de saúde de natureza diferenciada.
Integração Horizontal	Objetiva promover o adensamento da cadeia produtiva da saúde fundindo serviços de mesma natureza ou estabelecendo alianças entre eles.
Processos de Substituição	Reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas
Região de Saúde	Território sanitário (definição dos limites geográficos e populacionais adscritos a uma região sanitária bem como os serviços que serão prestados)
Níveis de Atenção	Arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares. (primários, secundários e terciários)

Quadro 5 Fundamentos Organizacionais das Redes da Atenção à Saúde. FONTE: BRASIL (2010); MENDES (2011). Dados trabalhados pela autora.

A partir da organização das condições ideais para a implementação das RAS, é estabelecida a sua estrutura operacional, que conta com o processo dinâmico dos seus Elementos Constitutivos (População/Região de Saúde, Estrutura Operacional e o Modelo de Atenção à Saúde), (BRASIL, 2010) apresentados a seguir:

ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DAS RAS	DESCRIÇÃO DOS ELEMENTOS	REPRESENTAÇÃO DOS ELEMENTOS
POPULAÇÃO/REGIÃO	Representam a relação da população adscrita a uma região de saúde específica.	Estratégia Saúde da Família /População adscrita: territorialização.
ESTRUTURAS OPERACIONAIS	As Estruturas Operacionais são representadas pelos Pontos de Atenção à Saúde. Por sua vez, os Pontos de Atenção à Saúde são conceituados como os “espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular” (BRASIL, 2010, PORTARIA 2.479)	Atenção Primária à Saúde – APS: representada pelas Unidades Básicas de Saúde e Unidades Saúde da Família; Atenção Secundária e Terciária à Saúde: representada pelos Ambulatórios de Especialidades e Hospitais; Sistemas de Apoio: representados pela Assistência laboratorial e farmacêutica; Sistemas Logísticos: representados pelo Cartão Nacional de Saúde entre outros; Sistema de Governança: representa o desenho institucional da RAS, sistema gerencial – monitoramento e avaliação, sistema de financiamento e controle social. (BRASIL, 2010)
MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	Sistema lógico que organiza e orienta as RAS segundo critérios de estratificação de riscos epidemiológicos, sanitários, demográficos e de determinantes sociais da saúde. (BRASIL, 2010)	Condições de Saúde: condições crônicas e condições agudas.

Quadro 6 Elementos Constitutivos das Redes de Atenção à Saúde. FONTE: BRASIL (2010); MENDES (2011). Dados trabalhados pela autora.

O primeiro Elemento Constitutivo das RAS refere-se à relação população/região de saúde. Segundo a Portaria 4.279/10, as regiões de saúde são os:

espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território. [...] Esta região deve ser bem definida, baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional (BRASIL, 2010b).

Já a população, refere-se ao grupo de pessoas adscrita a uma região de saúde ou então a um território. No que tange à relação população/região de saúde, Di Giovanni (2013) afirma ser a capacidade que tem um sistema de saúde de “estabelecer as necessidades de saúde, e prover o cuidado de uma população adscrita a uma região de saúde específica levando em conta o contexto cultural, valorativo e preferencial desta” (DI GIOVANNI, 2013, p. 32).

O segundo elemento constituinte das RAS é representado pela dinâmica operacional (material e imaterial), que comunica os cinco Pontos de Atenção à Saúde (Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária e Terciária à Saúde, Sistema de Apoio, Sistema Logístico, Sistema de Governança) de um sistema de rede.

Os Pontos de Atenção à Saúde são conceituados como sendo os “espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular” (BRASIL, 2010b), conforme exposto no quadro anterior, eles são representados:

- pela Atenção Primária à Saúde – APS (unidades básicas de saúde e unidades saúde da família),
- pela Atenção Secundária e Terciária à Saúde (unidades ambulatoriais especializadas e Unidades de Urgência e Emergência),
- pelos Sistemas de Apoio (atenção laboratorial, atenção farmacêutica, exames de imagem),
- pelos Sistemas Logísticos (registros eletrônicos de saúde: Cartão Nacional de Saúde, Sistema de transporte em Saúde) e

- pelo Sistema de Governança (desenho institucional da RAS, sistema gerencial – monitoramento e avaliação, sistema de financiamento e controle social) (BRASIL, 2010b).

A APS constitui o primeiro nível de atenção das RAS, responsabilizando-se pela “função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde [...] e pela coordenação do cuidado em todos os pontos de atenção” (BRASIL, 2010b).

Neste sentido a APS deve se comprometer com a territorialização (centralidade nas necessidades de saúde de uma população específica), com a responsabilização das condições de saúde de uma população específica de forma integral e contínua com base nos cuidados qualitativos e humanizados e com o compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010b).

Além disso, a APS das RAS deve coordenar as referencias e contra-referências de pessoas, produtos e informações, ao longo de todos os pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio. Ela deve se articular com os pontos de atenção secundários e terciários e com o sistema de apoio, formando os “nós” da rede (DI GIOVANNI, 2013).

De acordo com a Portaria 4.279/10 a APS deve cumprir três funções essenciais nas RAS: a primeira refere-se à resolução dos problemas, ou seja, ter a capacidade de resolver a maior parte dos problemas de saúde de sua população; a segunda faz referencia à coordenação e organização dos fluxos e contra fluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, do sistema de serviços de saúde e ainda das informações e produtos entre os componentes das redes; e a terceira refere-se à responsabilização sanitária e econômica, da população adscrita em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam. (BRASIL, 2010b)

No que tange aos Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários, representados pelos ambulatorios especializados e hospitais, Mendes (2011) afirma constituírem os “nós das redes onde se ofertam determinados serviços especializados, gerados a partir de uma função de produção singular” (MENDES, 2011, p. 84).

Os Pontos de Atenção Secundários (“média complexidade”) são específicos para cada forma de rede. Assim, para a Rede Cegonha tem-se os Ambulatórios de Gestação de Alto Risco e de Pediatria de Alto Risco. Para as Redes de Urgência, tem-se as Sala de Estabilização e para as Rede de Atenção Psicossocial, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os Pontos Secundários devem, segundo Mendes (2011), ser formatados com equipe multiprofissional especializada, ser acionados apenas pela APS, estar em conformidade com a APS e com as Linhas de Cuidado específicas de cada forma de rede, ter comunicação com outros pontos de atenção   saúde e atuar clinicamente alinhado à APS.

Quanto aos Pontos de Atenção   Saúde Terciários (“alta complexidade”) das RAS, Mendes (2011) orienta que devem desempenhar “funções diferenciadas em relação aos hospitais nos sistemas fragmentados de atenção   saúde. A razão é clara: as RASs caracterizam-se pela poliarquia, o que   incompatível com hospitalocentrismo que marca os sistemas fragmentados” (MENDES, 2011, p. 108).

Os hospitais das RAS devem apresentar densidade tecnológica compatível com os protocolos e Linhas de Cuidado³⁰ de cada RAS. Eles devem estar sistematicamente integrados aos demais pontos de atenção   saúde da rede e devem cumprir, principalmente, a “função de responder às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas” (MENDES, 2011, p. 110).

Os hospitais das RAS devem primar por altos padrões de qualidade de serviços prestados e pela operação de economia de escala.

Dando continuidade aos Elementos Constitutivos das RAS, apresentam-se aqui os Sistemas de Apoio que segundo a Portaria 4.279/10 são entendidos como “os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção   saúde” (BRASIL, 2010b). São representados pelos sistemas de apoio:

³⁰ Linhas de Cuidado: uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância. Visa   coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas (BRASIL, 2010b).

- laboratoriais (patologia clínica, imagens, entre outros),
- farmacêuticos (distribuição, dispensação, seleção, programação, aquisição, armazenamento, prescrição, do uso racional de medicamentos) e
- de informação em saúde (SIM, Sinasc, SINAN, SISPRENATAL, SIAB. e-SUS dentre outros sistemas).

Quanto ao quarto Ponto de Atenção à Saúde dos Elementos Constitutivos das RAS, tem-se o Sistema Logístico. Ele é definido pela Portaria 4.279/10 como sendo “soluções em saúde, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, e ligadas ao conceito de integração vertical” (BRASIL, 2010b).

Este Sistema é responsável pelos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo dos pontos de atenção à saúde além dos sistemas de apoio da rede. Ele é voltado para promover a integração dos pontos de atenção à saúde e seus principais sistemas são: “os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação, registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários” (BRASIL, 2010b).

O quinto e último ponto de atenção à saúde do processo operacional das RAS é representado pelo Sistema de Governança, que é entendido como a

capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede. Nesse contexto, o Colegiado de Gestão Regional desempenha papel importante, como um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa onde é exercida a governança, a negociação e a construção de consensos, que viabilizem aos gestores interpretar a realidade regional e buscarem a conduta apropriada para a resolução dos problemas comuns de uma região (BRASIL, 2010b).

Este sistema se encontra apoiado em quatro pilares – o desenho institucional, o sistema gerencial, o sistema de financiamento e o controle social.

O Desenho Institucional se refere ao entendimento de como se processam as informações, as responsabilidades e os incentivos dentro das RAS. Nos SUS, este desenho envolve as três esferas governamentais representadas pela Comissão Intergestora Tripartite – CIT, a Comissão Intergestora Bipartite – CIB a Comissão Intergestora Regional – CIR.

O Sistema Gerencial envolve a gestão do processo de:

- a) territorialização – definição da população adscrita à respectivas áreas sanitárias;
- b) planejamento estratégico – construção de estratégias envolvendo os diferentes atores das RAS (união, estados e municípios) com objetivos comuns;
- c) contratualização – estabelecimento de contratos entre os entes das RAS e os prestadores de serviços;
- d) monitoramento e avaliação – ferramentas de gestão indispensáveis à formulação de políticas que expressam as tomadas de decisão e/ou reorganização de ações e serviços de saúde executados;
- e) certificação – se relaciona à avaliação e certificação da qualidade dos serviços de saúde.

O Sistema de Financiamento se orienta no sentido de “reduzir a fragmentação, estimular o compartilhamento de responsabilidades, a continuidade do cuidado, a eficiência da gestão e a equidade” (BRASIL, 2010b).

A alocação de recursos e custeios das RAS é realizada mediante a combinação de critérios demográficos, epidemiológicos e sanitários além de avaliação do cumprimento dos seus respectivos objetivos e metas (BRASIL, 2010b).

Por fim, o último pilar do Sistema de Governança é representado pelo Controle Social, que é referenciado como uma forma de fortalecimento das ações e serviços de saúde. A Portaria 4.279/2010 orienta que as

estruturas locais e estaduais devem desenvolver mecanismos e instrumentos inovadores de articulação, tais como fóruns regionais, pesquisas de satisfação do usuário, entre outros, cujas informações podem ser transformadas em subsídios de monitoramento e avaliação das políticas de saúde no espaço regional (BRASIL, 2010b).

Atualmente no SUS existem as seguintes formas de controle social: “Conselho de Saúde, Conferência de Saúde, Ouvidoria Geral do SUS, Mesa de Negociação do SUS, PARTICIPANETSUS³¹, o Disque Saúde, Comitês de Mobilização Social das RAS” (DI GIOVANI, 2014, p. 59).

³¹ PARTICIPANETSUS: Sistema de Informações sobre os Conselhos de Saúde. Disponível em: <http://participanetsus.saude.gov.br/> acesso em: 12 fev 2017.

Com a apresentação destes pilares, chega-se ao final da abordagem da estrutura operacional das RAS. Para tanto, se expõe a figura 05 que ilustra o que foi dito neste item.

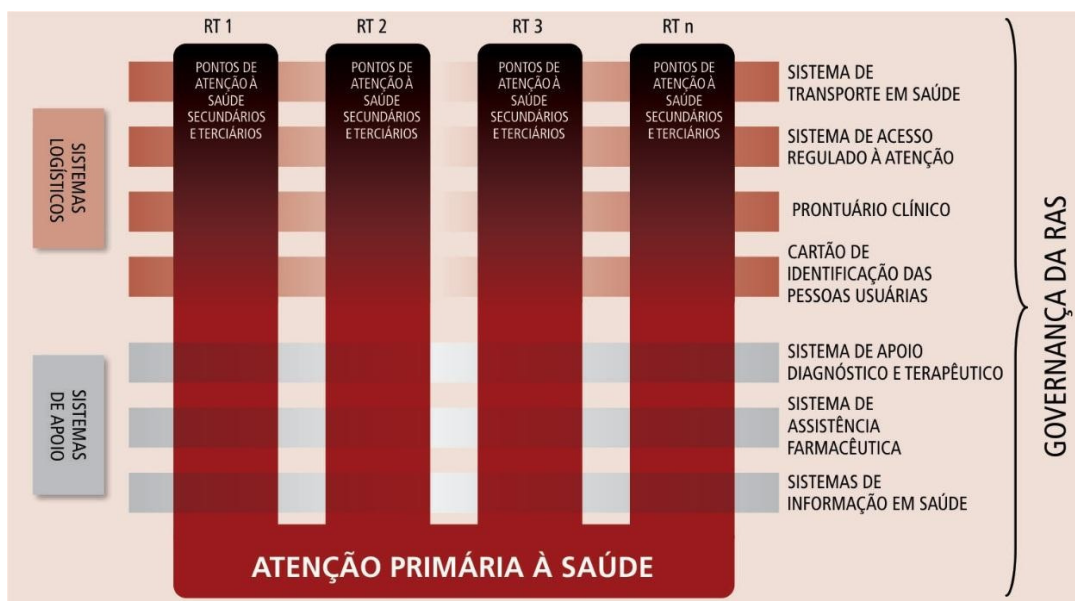


Figura 3 A estrutura operacional das redes de atenção à saúde. FONTE: MENDES (2011, p.86).
***RT= Rede Temática.**

O terceiro Elemento Constitutivo das RAS se refere ao Modelo de Atenção à Saúde, que é definido pela Portaria 4.279/2010 como sendo:

um sistema lógico que organiza o funcionamento da RAS, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas sub populações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Para a implantação da RAS, é necessária uma mudança no atual modelo de atenção hegemônico no SUS, ou seja, exige uma intervenção concomitante sobre as condições agudas e crônicas (BRASIL, 2010b).

Este elemento constitutivo será responsável por promover o movimento e a dinâmica das RAS a partir da definição de enfrentamento das condições de saúde. Para Mendes (2011), a mudança do modelo piramidal (centrado na atenção das condições agudas ou na agudização das condições crônicas), para o modelo poliárquico (centrado na atenção às condições crônicas com a orientação central da

APS) apenas será possível a partir da definição e caracterização das condições agudas e das condições crônicas que

ainda convocando modelos de atenção à saúde distintos, são como faces de uma mesma moeda. Para melhorar a atenção às condições agudas e aos eventos decorrentes das agudizações das condições crônicas, há que se implantar as redes de atenção às urgências e às emergências. Contudo, para que essa rede funcione de forma efetiva, eficiente e humanizada, há que se distribuir, equilibradamente, por todos os seus pontos de atenção à saúde, as pessoa usuárias, segundo seus riscos (MENDES, 2011, p. 209).

O Modelo Atenção às Condições Agudas tem como objetivo:

identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para aquela situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Isso implica adotar um modelo de triagem de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências (MENDES, 2011, p. 53).

O modelo de triagem das redes de urgência e emergências brasileiras é o Sistema de Manchester, criado em 1994 pelo Grupo de Triagem de Manchester com o “objetivo de definir um consenso entre médicos e enfermeiros na ferramenta classificação de risco para os serviços de urgência e emergência” (MENDES, 2011, p. 211).

Tal Sistema classifica as condições agudas dos usuários dos serviços de urgência e emergência segundo critérios de gravidade e tempo de atendimento com o objetivo de definir a prioridade clínicas e a gestão dos serviços (MENDES, 2011). A figura a seguir aponta o modelo de classificação de risco adotado nas RAS brasileiras.

NÚMERO	NOME	COR	TEMPO-ALVO EM MINUTOS
1	Emergente	Vermelho	0
2	Muito urgente	Laranja	10
3	Urgente	Amarelo	60
4	Pouco urgente	Verde	120
5	Não urgente	Azul	240

Quadro 7 Sistema Manchester de classificação de risco. FONTE: MENDES (2011, p. 212).

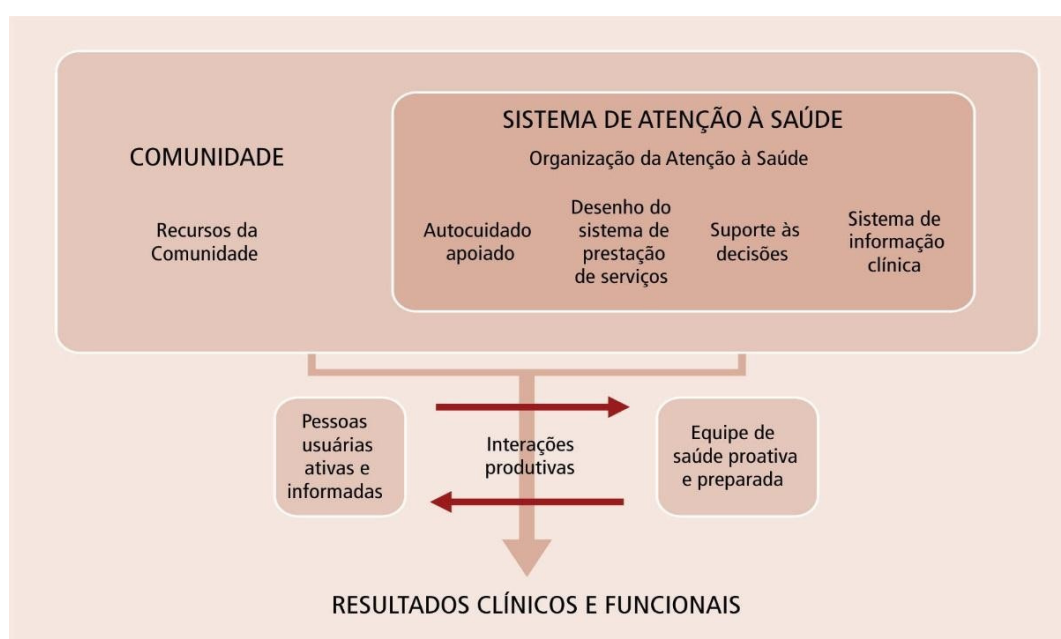
Quanto ao Modelo das Condições Crônicas, foi inicialmente estudado e estruturado pelos norte-americanos, em especial por Wagner (1998) como forma de “resposta a grandes desafios colocados pela emergência das condições crônicas nos Estados Unidos” (MENDES, 2011, p. 219). Os desafios e soluções foram estruturados da seguinte forma:

DESAFIOS	SOLUÇÕES
A mudança do modelo de atenção à saúde não é prioridade das organizações de saúde.	A implantação do novo modelo de atenção crônica deve ser uma prioridade das organizações de saúde e de seus principais líderes e parte essencial dos seus planos estratégicos
Os problemas das condições crônicas não podem ser resolvidos por um sistema centrado nos médicos e, exclusivamente, em consultas presenciais face-a-face de 15 minutos, estruturadas na lógica da atenção às condições e aos eventos agudos.	A atenção às condições crônicas deve envolver uma equipe multidisciplinar que atua com atendimentos programados e monitoramento das pessoas usuárias; esses atendimentos programados são estruturados com base em diretrizes clínicas construídas por evidências, em informações clínicas relevantes e em ações organizadas para que as pessoas usuárias recebam a atenção adequada; esses atendimentos programados podem ser individuais ou em grupos e incluem atenção às agudizações das condições crônicas, ações preventivas, ações educacionais e ações de autocuidado apoiado; um sistema de monitoramento das pessoas usuárias, realizado por membros das equipes de saúde, deve estar presente, seja presencial, seja à distância, por meio de telefone ou correio eletrônico.
A equipe de saúde não dispõe das informações necessárias para fazer as decisões clínicas em tempo oportuno.	É necessária a introdução de diretrizes clínicas para dar suporte às decisões; há evidências de que as diretrizes clínicas só produzem mudanças comportamentais nas pessoas usuárias e nos profissionais de saúde quando são acompanhadas por sistemas de educação permanente potentes, sistemas de lembretes, alertas e feedbacks, incentivos econômicos e não econômicos e apoio de profissionais-líderes.
A dificuldade de acessar as informações críticas relativas às pessoas usuárias e à população torna difícil a prestação de uma atenção de qualidade aos portadores de condições crônicas.	É preciso estruturar um sistema de informação clínica efetivo em relação às condições crônicas de todas as pessoas usuárias, o que leva à necessidade de prontuários clínicos informatizados. Isso é a base para a montagem de planos de cuidados para todas as pessoas usuárias e para seu monitoramento constante. Esse sistema de informação clínica provê feedback de performance e identifica pessoas com necessidades especiais de atenção, segundo riscos.
As pessoas conhecem pouco sobre suas próprias condições de saúde e dispõem de baixa capacidade em termos de habilidades e de	As tecnologias de autocuidado apoiado devem ser uma parte essencial do CCM. Há evidências robustas de que intervenções individuais e

confiança para se autocuidarem.	grupais para promover o empoderamento das pessoas e para capacitá-las para o autocuidado são muito efetivas no manejo das condições crônicas. Isso significa fortalecer as pessoas para estabelecer suas metas, participar da elaboração de seus planos de cuidado e identificar e superar as barreiras que se antepõem à sua saúde.
Os recursos institucionais das organizações de saúde não são suficientes para dar suporte a todas as necessidades de saúde das pessoas e de suas famílias.	Deve-se buscar uma integração entre os recursos das organizações de saúde com os recursos existentes na comunidade. Assim, os recursos comunitários devem complementar os recursos das organizações de saúde para se alcançar uma atenção de qualidade para as condições crônicas.

Quadro 8 Desafios e soluções para a agudização das Condições Crônicas. FONTE: Adaptado de MENDES (2011).

A partir da organização destes eixos, desafios e soluções, Mendes (2011) se Baseando em Wagner (1998) aponta em seu trabalho o Modelo de Atenção Crônica.



Quadro 9 Modelo de Atenção Crônica. FONTE: MENDES (2011, p.221).

De acordo com o modelo proposto, percebe-se que existem seis elementos:

- autocuidado
- desenho do sistema
- suporte de decisões
- sistema de informações

- usuários ativos
- equipe de saúde proativa

subdivididos em dois grandes campos:

- sistema de atenção à saúde
- comunidade.

No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses seis elementos apresentam inter-relações que permitem desenvolver pessoas usuárias informadas e ativas e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população (MENDES, 2011, p. 221).

A garantia do funcionamento e do desempenho da implantação e implementação deste modelo de atenção à saúde é dado pelo monitoramento e avaliação constante de seus processos (MENDES, 2011).

Estas ações proporcionam a identificação de mudanças nos sistemas de atenção à saúde que promovem melhorias evidentes na qualidade da atenção às condições crônicas das populações.

Expostos aos conceitos estruturais, organizacionais e operacionais das RAS, dá-se continuidade ao trabalho focando especificamente no Modelo de Rede de Atenção à Saúde com enfoque materno-infantil, a Rede Cegonha.

3.2 REDE CEGONHA

A Rede Cegonha-RC é a Rede Temática de Atenção à Saúde do SUS com enfoque materno-infantil, proposta pelo Grupo Técnico de Atenção – GTA do Ministério da Saúde e aprovado pela Comissão Intergestora Tripartite - CIT no dia 05 de maio de 2011 (BRASIL, 2014).

Ela foi instituída pela Portaria Nacional Nº 1.459, de 24 de junho de 2011, está estruturada a partir da Portaria ministerial Nº 4.279/2010 e suas metas de implantação nacional são de 80% de cobertura à gestantes e crianças no ano de 2014 e de 100% nos anos de 2015 / 2016 (BRASIL, 2014).

De acordo com a Portaria nº 1.459/2011 a implantação da Rede Cegonha em nível nacional levou em consideração duas importantes necessidades:

- a) melhorar os “indicadores de mortalidade materna e infantil no Brasil que ainda são elevados, principalmente em relação aos países mais desenvolvidos” (BRASIL, 2011) e
- b) responder ao “compromisso internacional assumido pelo Brasil de cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial as metas quatro e cinco” (BRASIL, 2011).

Neste sentido, a Rede Cegonha visa “ampliar e qualificar o acesso às ações de planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e nascimento, puerpério e cuidado da criança até os 2 anos” (BRASIL, 2014, p. 39) realizando para isso a “atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis” (BRASIL, 2011).

Esta Rede tem como princípios:

o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; respeito à diversidade cultural, étnica e racial; promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011).

Para os referidos princípios a Rede Cegonha propõe os seguintes objetivos:

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolatividade; e III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Para o alcance dos objetivos, a Rede Cegonha, leva em consideração a definição e a correta operacionalização dos seus Elementos Constitutivos (Pontos de Atenção, e dos Sistemas de Apoio, Logístico e Governança), propondo para isso as seguintes diretrizes:

I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao

transporte seguro; III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

Todas as diretrizes são igualmente importantes para a efetivação da Rede Cegonha como uma nova proposta de melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, parto, puerpério e recém-nascido.

O processo inicial de estruturação da Rede Cegonha se deu pelo diagnóstico situacional e apresentação da Rede Cegonha aos Estados, municípios e Distrito Federal. A segunda fase se estabeleceu pelo desenho regional da Rede Cegonha cujo objetivo foi analisar a “situação de saúde da mulher e da criança, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação” (BRASIL, 2014).

A terceira fase se deu a partir da “contratualização entre União, Estados e Municípios para a organização dos pontos de atenção da Rede Cegonha (BRASIL, 2014).

A quarta fase se estabeleceu pela implementação das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede. E a quinta fase se deu pela certificação emitida pelo Ministério da Saúde à todos os entes federados que implantaram a Rede Cegonha no país (BRASIL, 2014).

O diagnóstico situacional permitiu ao Ministério da Saúde apresentar a Rede Cegonha aos Estados, municípios e Distrito federal bem como definir a priorização de implantação da Rede Cegonha, até o ano de 2014, na Amazônia Legal e região Nordeste do país, possivelmente pelas elevadas taxas de mortalidade materna e infantis lá encontradas. Nas demais regiões brasileiras a implementação da rede deverá acontecer até o ano de 2016 (BRASIL, 2014).

Quanto à confecção do desenho da Rede Cegonha, o Ministério da Saúde (2010) definiu que a população alvo da estratégia seriam as mulheres em idade fértil de 10 a 49 anos de idade e as crianças de 0 a 24 meses de vida. Neste caso, aproximadamente 61 milhões de gestantes e crianças brasileiras assistidas.

No tocante à contratualização o Ministério da Saúde elaborou os fundamentos organizacionais que fundamentariam a Rede Cegonha:

- economia de escala;
- qualidade;
- suficiência;
- acesso;
- disponibilidade de recursos;
- integração vertical;
- integração horizontal;
- processos de substituição;
- região de saúde e
- níveis de atenção,

e também estabeleceu os quatro componentes que a sustentariam. Estes componentes estão detalhados no quadro a seguir.

Componentes da RC	Descrição das funções
Pré-natal	a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno; d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno; e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; f) qualificação do sistema e da gestão da informação; g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico. (BRASIL, 2014)
Parto e nascimento	a) suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais; b) ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); c) práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento"; d) garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; e)

	realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; f) estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e g) estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização. (BRASIL, 2014)
Puerpério e atenção integral à saúde da criança:	a) promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; b) acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; c) busca ativa de crianças vulneráveis; d) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; e) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e f) orientação e oferta de métodos contraceptivos. (BRASIL, 2014)
Sistema logístico: transporte sanitário e regulação:	a) promoção, nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais; b) implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e c) implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames). (BRASIL, 2014)

Quadro 10 Componentes da Rede Cegonha. FONTE: BRASIL (2014). Dados trabalhados pela autora.

No que tange à delimitação, definição e atribuição dos elementos constitutivos da Rede Cegonha que fazem referencia à abrangência, aos elementos operacionais e ao modelo de atenção à saúde a Portaria nº 1.459/2011 em consonância com a Portaria nº 4.279/2010 estabelece que a população adscrita à Rede Cegonha seja composta pelas mulheres em idade fértil (de 10 a 49 anos de idade) e pelas as crianças de 0 a 24 meses de vida.

Estabelece ainda que a parte operacional da Rede Cegonha seja configurada sob os seguintes Pontos de Atenção à Saúde:

PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA RC	DESCRIÇÃO DAS AÇÕES E FUNÇÕES DOS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA RC
Atenção Primária à Saúde – APS	Neste ponto de atenção deve-se ocorrer a visita domiciliar, a captação precoce da gestante, a realização do pré-natal de risco habitual, estratificação precoce do pré-natal de alto risco, acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, realização dos exames de pré-natal, prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites, vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto e apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto. (BRASIL, 2010) Além destas funções, a APS deve se responsabilizar pela Atenção no Puerpério e pela Atenção Integral à Saúde da Criança, cabendo o desenvolvimento de ações de acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica, com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável e busca ativa de crianças vulneráveis e outros.
Pontos Secundários	Os pontos secundários são representados pelos Ambulatórios Especializados na atenção à gestação de alto risco e na atenção ao recém-nascidos de alto risco.
Pontos Terciários	Os pontos terciários são representados pelas “maternidades de risco habitual, maternidades de alto risco, leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru), Centro de Parto Normal - CPN, e Casa de Gestante, bebê e puérpera- CGBP.” (DI GIOVANNI, 2013, p. 38) Tais pontos são organizados segundo os critérios de regionalização, escala e densidade tecnológica em função dos riscos gestacional e neonatal.
Apoio à informação	A Rede Cegonha conta com um Sistema apoio à informação composto pelos: Sistema do Plano de Ação das Redes Temáticas - SISPART, o Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança - SISPRENATAL web, o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC, Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB e outros. O SISPART é comum para todas as redes temáticas e tem a função de acompanhar a implantação das mesmas, agilizar os repasses financeiros, facilitar ações avaliativas quanto às metas pactuadas e otimizar os registros das ações das RAS. O SISPRENATAL web “é um sistema on line que permite cadastrar a gestante, monitorar e avaliar a atenção ao pré-natal e ao puerpério prestadas pelos serviços de saúde a cada gestante e recém-nascido, desde o primeiro atendimento na Unidade Básica de Saúde até o atendimento hospitalar de alto risco.” (DI GIOVANNI, 2013, p. 41)
Apoio Logístico	O Sistema logístico da Rede Cegonha é composto também pelo SISPRENATAL web, que carrega informações importantes para a tomada de decisões referentes ao transporte e regulação de gestantes e recém-nascidos na rede. Também conta com um sistema de transporte que “visa a garantia do acesso das mulheres as unidades básicas de saúde para a realização do pré-natal, para o momento do parto e também nas situações de urgência, com o acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU” (DI GIOVANNI, 2013, p. 44) Além destes o sistema ainda conta com a central de regulação da Rede Cegonha que têm como “meta a “Garantia de Vaga Sempre” para gestantes e bebês e como objetivo garantir e agilizar o atendimento da gestante, da parturiente e do recém-nascido. (DI GIOVANNI, 2013, p.44)
Governança	O Sistema de governança da Rede Cegonha conta com cinco subsistemas de

	governança sendo o primeiro o sistema institucional, regido pela CIT, CIB e CIR. O segundo sistema é o gerencial, que engloba o gerenciamento da territorialização e da implementação das ações da Rede. O terceiro é representado pela contratualização e acompanhamento das metas pactuadas, o quarto se refere ao monitoramento e avaliação dos resultados da Rede Cegonha e o quinto elemento é o certificado de acreditação ou certificação, concedido pelo Ministério da Saúde aos municípios e estados que cumprirem as metas estabelecidas nos componentes da Rede (pré-natal, parto e nascimento puerpério e atenção integral à saúde da criança, sistema logístico e transporte sanitário e regulação) (DI GIOVANNI, 2013)
Financiamento	O sistema de financiamento da Rede Cegonha é tripartite (União, Estados, Município e Distrito Federal) e leva em consideração variáveis demográficas, epidemiológicas, sanitárias e o cumprimento dos objetivos e das metas fixadas. Os valores financiados são incorporados ao Limite Financeiro Global dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios pagos pelo Ministério da Saúde conforme pactuação formalizada nos Planos de Ação Regionais e Municipais. (DI GIOVANNI, 2013) Para a efetivação da Rede Cegonha são financiados: • 100% dos exames do pré-natal, kits para as UBS contendo: sonar, fita métrica, gestograma, Caderno de Atenção Básica/CAB - Pré-natal e Balança adulto, kits para as gestantes contendo: Bolsa e Trocador de fralda; e kits para parteiras tradicionais contendo: Bolsa com os materiais, equipamentos e insumos necessário ao parto normal. (DI GIOVANNI, 2013) • 100% dos custos com os Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera e Leito Canguru; • 80% dos custos com ampliação e qualificação dos leitos (UTI adulto e neonatal, e UCI neonatal e para ampliação e qualificação dos leitos para Gestantes de Alto Risco/GAR. (DI GIOVANNI, 2013) • “recursos para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, e recursos para reformas voltadas para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos.” (BRASIL, Portaria nº 1.459, art. 10, 2011). • “recursos para a compra de equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, Centros de Parto Normal, e ampliação de leitos de UTI neonatal e UTI adulto, devendo estes recursos ser repassados fundo a fundo”. (BRASIL, Portaria nº 1.459, art. 10, 2011). Di Giovanni (2013) atenta para um importante detalhe: o Ministério da Saúde tem somado esforços para cumprir com os recursos destinados legalmente para a implementação das ações da Rede Cegonha, porém os baixos investimentos da União para com a saúde tem se tornado fator limitante para a ampliação e qualificação da Rede. Os gastos brasileiros com saúde não ultrapassam os 3,5% do PIB nacional, bem abaixo da porcentagem mundial (5,5%) e de países como Espanha e Reino Unido (7 a 9%) e Cuba (15%).
Controle social	Assim como em todas as RAS, o controle social é definido a partir dos seus instrumentos, a saber: Conselho de Saúde, Conferência de Saúde, Ouvidoria Geral do SUS, Mesa de Negociação do SUS, PARTICIPANETSUS, o Disque Saúde, Comitês de Mobilização Social das RASs/RC e outros.

Quadro 11 Estrutura Operacional da Rede Cegonha. FONTE: DI GIOVANNI (2013). Dados trabalhados pela autora.

O terceiro elemento constitutivo da Rede Cegonha é o Modelo de Atenção à Saúde da Rede Cegonha. Este modelo não pode ser definido classicamente como modelo de atenção às condições crônicas ou de agudas, pois a gravidez:

não é uma doença, nem uma situação crônica, mas apresenta longitudinalidade que demanda ações de promoção da saúde, de prevenção de agravos e atenção contínua que engloba cuidados primários, secundários e terciários, sistemas de apoio e sistemas logísticos. E também não é condição aguda, nem agudizações de condições crônicas, mas demanda na organização do cuidado, processos que deem conta de classificação de risco da gravidez, fluxos de encaminhamento e vinculação a maternidade, estruturação logística com transporte de urgência e emergência (SAMU) e outras ações características do modelo de agudos (DI GIOVANNI, 2013, p. 69).

Por isso, o modelo de atenção à saúde da Rede Cegonha é composto por inúmeras ações, que galgadas em Linhas de Cuidado estabelecem o “fluxo da gestante no território, desde a confirmação da gravidez até o nascimento, considerando a avaliação do risco gestacional e os devidos encaminhamentos” (DI GIOVANNI, 2013, p. 71).

Estabelecem ainda a qualidade de atenção e o alcance dos objetivos da Rede Cegonha, donde um deles é a redução da mortalidade infantil.

São nas Linhas de Cuidado da Rede Cegonha que estão expressas e padronizadas as ações que devem ser realizadas no pré-natal, parto, atenção ao recém-nascido e criança até os 24 meses.

Elas funcionam como roteiros de atenção e devem ser rigorosamente seguidas, pois foram construídas a partir da identificação de indicadores de saúde que necessitavam ser melhorados (mortalidade materna e infantil, asfixia neonatal, índices de cesariana, infecções puerperais e neonatais) e estão adaptadas ao alcance de tais objetivos.

Com a operacionalização dos seus elementos constitutivos, a Rede Cegonha procura o rompimento do modelo piramidal e tradicional de atenção à gestação, parto e recém-nascido para um modelo de atenção voltado à oferta de boas práticas de atenção à gestação, parto e recém-nascido, a prevenção da morbidade e mortalidade materna e infantil e resgate dos conceitos de normalidade do processo fisiológico e social de gestar, parir, nascer e viver.

3.3 REDE MÃE PARANAENSE

O Programa Rede Mãe Paranaense foi idealizado pelo governo do Estado do Paraná no ano de 2011 em consonância com a Rede Cegonha (2011), em âmbito nacional.

A implantação deste Programa no Estado do Paraná se justifica pelas elevadas taxas de mortalidade materna e infantil paranaenses observadas em séries históricas confeccionadas pela equipe gestora da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná – SESA-PR a partir de dados epidemiológicos e estatísticos dos 399 município paranaenses entre os anos de 2001 a 2011 conforme o gráfico a seguir:

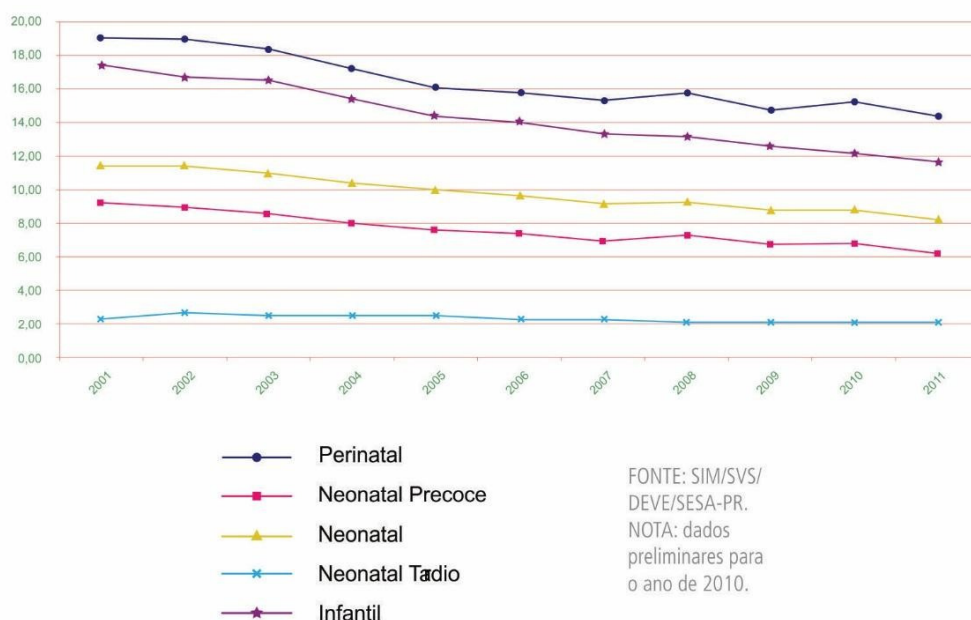


Gráfico 9 Série Histórica da Mortalidade Infantil Paranaense entre os anos de 2001 a 2011.
FONTE: Paraná (2011)

Pela análise do gráfico percebe-se o comportamento decrescente da mortalidade perinatal (22^a semana gestacional até o 07^o dias após o nascimento), da neonatal precoce (de 0 ao 7^o dia após o nascimento), da neonatal tardia (do 7^o ao 28^o dia após o nascimento), da pós neonatal (do 28^o dia até 12 meses de vida) e da infantil (de 12 meses a 5 anos) no período que vai de 2001 a 2011.

Mesmo que estes esforços sejam considerados, o estado ainda apresenta TMI “muito acima da média de países desenvolvidos”, (PARANÁ, 2011, p. 08) que

variam entre 3 a 7 óbitos em menores de um ano de vida, e por isso precisa de intervenções neste setor.

Outra constatação revelada no estudo, mas não apontada no gráfico, faz referência à distribuição geográfica dos óbitos pelo estado. Neste quisito evidencia-se que existem regiões do estado com coeficientes de mortalidade aceitáveis, enquanto outras com coeficientes muito acima da média estadual e mesmo a nacional (PARANÁ, 2011).

Esta evidencia por si já justifica a proposta de implantação deste programa no Estado, bem como sustenta o seu objetivo que se propõe a: “reduzir a mortalidade materna e infantil em todas as regiões do Paraná” (PARANÁ, 2011, p. 3) em especial no componente neonatal precoce.

Foi imbuído deste objetivo que a Rede Mãe Paranaense nasceu. Ela se fundamentou na experiência exitosa do Programa Mãe Curitibana, que reduziu os indicadores de mortalidade materna e infantil com ações de atenção ao pré-natal, parto, puerpério, ao recém-nascido e à criança (PARANÁ, 2011, p. 03) e se caracteriza por:

um conjunto de ações que envolve a captação precoce da gestante, o seu acompanhamento no pré-natal, com no mínimo 7 consultas, a realização de (17) exames, a Estratificação de Risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional (PARANÁ, 2011, p. 13).

A missão do Programa é “garantir o acesso e atenção, promovendo o cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto, puerpério e às crianças menores de um ano de idade” (PARANÁ, 2011, p. 13).

Como esta visão, o programa almeja que o estado do Paraná seja até 2020 um modelo de Rede de Atenção Materno-infantil para o país, apresentando padrões de qualidade e organização de ações materno-infantis por todo estado, com a mínima ocorrência de óbitos maternos e infantis possíveis (PARANÁ, 2011).

A gestão da Rede Mãe Paranaense é feita pela Secretaria de Estado de Saúde do Paraná em parceria bipartite com as Secretarias Municipais de Saúde do estado na implantação e implementação de ações e consolidação da governança (PARANÁ, 2011).

O financiamento da Rede é realizado pela Secretaria de Estado de Saúde do Paraná aos municípios que aderirem ao programa em todas as suas estratégias de ação, de implementação e de alcance de objetivos (PARANÁ, 2011).

O público-alvo da Rede Mãe Paranaense são as mulheres paranaenses em idade fértil (de 10 a 49 anos) que, segundo população IBGE (2012), representa 3.428.706 mulheres e todas as crianças menores de um ano de idade (PARANÁ, 2011) do estado. Do total das mulheres em idade fértil, extrai-se as gestantes como grupo prioritário de atenção, bem como seus descendentes.

O processo de implementação da Rede Mãe Paranaense se fundamenta na:

- implantação da Linha de Cuidados do programa, denominada Linha Guia Mãe Paranaense;
- capacitação da APS em classificar o risco gestacional e infantil;
- vinculação das gestantes aos hospitais conforme estratificação do risco gestacional e
- efetivação do estabelecimento de consultas especializadas para gestantes e crianças menores de 24 meses de vida com risco de morbimortalidade (PARANÁ, 2011).

A metodologia da Rede Mãe Paranaense se fundamenta no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde proposto por Mendes (2009) que organiza o Sistema de Atenção à Saúde nos Fundamentos Organizacionais e nos Elementos Constitutivos.

Os Fundamentos Organizacionais da Rede Mãe Paranaense (Economia de Escala, Qualidade, Suficiência, Acesso, Disponibilidade Recursos, Integração Vertical, Integração Horizontal, Processos de Substituição, Região de Saúde e Níveis de Atenção) permitiram aos município paranaenses a organização em termos de demanda de assistência, concentração de tecnologias, fortalecimento da APS e integração vertical e horizontal.

Os Elementos Constitutivos por sua vez apontaram aos gestores municipais a necessidade de territorialização (definição da população adscrita a USF específicas) ou em alguns casos de reterritorialização (redefinição da população) e também de expansão de Unidade de Saúde da família (composição de novas equipes de saúde da família) para cumprir com as metas da Rede Mãe Paranaense.

Além disso os elementos Constitutivos foram os responsáveis pela definição dos Pontos de Atenção da Rede Mãe Paranaense, que se organizam em:

- Atenção Primária à Saúde – APS: representada pelos estabelecimentos de saúde que realizam ações básicas de saúde materno-infantil (pré-natal, puerpério, acompanhamento e desenvolvimento infantil até 24 meses);
- Atenção Secundária: representada por estabelecimentos que realizam atenção à gestante e/ou crianças em risco de morbimortalidade com equipe multiprofissional;
- Atenção Terciária: representada pelos hospitais vinculados ao programa que realizam partos;
- Sistemas logísticos: representado por sistemas que apoiam e/ou auxiliam nas ações da Rede (Cartão Nacional do SUS, SISPRE-NATAL, Carteira da gestante, Carteira da Criança) e
- Sistema de Governança da Rede: realizada pela Comissão Intergestores Bipartite e CIB regionais.

Este esquema pode ser melhor compreendido a partir da visualização do quadro a seguir que aponta além dos pontos de Atenção à Saúde da Rede Mãe Paranaense os territórios sanitários e os níveis de Atenção à Saúde (Primário, Secundários e Terciários).

Nível de Atenção	Pontos de Atenção à Saúde			Território Sanitário	
Atenção Terciária à Saúde	Hospital/Maternidade de Alto Risco	Casa da Gestante	Unidade de Internação Pediátrica especializada	Macrorregião de Saúde	
			UTI Adulto, Neonatal e Pediátrica		
Atenção Secundária à Saúde	Hospital/Maternidade de Risco Intermediário	Centro Regional de Atenção Especializada (gestante e criança de risco)	Unidade de Internação Pediátrica	Região de Saúde	
			UTI Pediátrica UTI e UCI Neonatal		
Atenção Primária à Saúde	Hospital/Maternidade de Risco Habitual			Município	Município
	NASF				
	Unidade Básica de Saúde (UBS)/ Unidade de Atenção Primária (UAP)			Área de abrangência	
	Domicílio (ACS)			Microárea	

Quadro 12 Elementos Constitutivos da Rede Mãe Paranaense. FONTE: (PARANÁ 2011, p. 10).

Definidos os Pontos de Atenção à Saúde da Rede Mãe Paranaense, foram estabelecido os processo que dariam movimento ao sistema, o Modelo de Atenção à Saúde da Rede Mãe Paranaense.

Este modelo é responsável pela orientação dinâmica das gestantes e crianças dentro dos Pontos de Atenção à Saúde da Rede Mãe Paranaense. Ele foi fundamentado em estudo estatístico e epidemiológico dos óbitos infantis paranaenses entre os anos de 2006 a 2010.

Segundo tal estudo definiu-se que as gestantes e crianças se movimentariam dentro da Rede sob a orientação de critérios de riscos de morbimortalidade gestacional e infantil em:

- Risco Habitual;
- Risco Intermediário e
- Alto Risco.

No quadro a seguir aponta-se o Modelo de Atenção à Saúde adotado para gestantes e na sequência apresentar-se-á o Modelo de Atenção à Saúde para a criança da Rede Mãe Paranaense.

RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
Gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo.	Gestantes que apresentam fatores de riscos relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficas (escolaridade, idade materna), socioeconômicas (vulnerabilidades sociais) e de história reprodutiva anterior.	• Hipertensão arterial; • Dependência de drogas lícitas e ilícitas; • Cardiopatias; • Pneumopatias; • Nefropatias; • Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); • Hemopatias; • Epilepsia; • Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); • Doenças autoimunes; • Ginecopatias; • Neoplasias; • Obesidade mórbida; • Cirurgia bariátrica; • Psicose e depressão grave.

Quadro 13 Modelo de Atenção à Saúde - Estratificação do Risco Gestacional. FONTE: PARANÁ. Linha Guia Mãe Paranaense, 2011.

O Risco Intermediário foi uma nova classificação criada pela Rede Mãe Paranaense para atender as necessidade de saúde tanto das gestantes quanto das crianças que apresentam vulnerabilidades étnico-raciais e socioeconômicas não se enquadravam nos demais riscos.

A origem desta categoria se deu pela observância, nos estudos paranaenses, de que as mães de raças negras e indígenas apresentam risco relativo de morte entre seus descendentes de 2,03 vezes maior que mães brancas (PARANÁ, 2011). Além disso, outro dado encontrado foi que mães em extremos de idade materna, abaixo de 20 anos ou acima de 40 anos de idade, apresentam risco relativo de morte de seus filhos de 1,97 vezes maior que as mães entre as idades de 20 e 39 anos (PARANÁ, 2011).

Quanto aos dados de escolaridade materna, o estudo revelou que mães paranaenses com 3 ou menos anos de estudo apresentaram 2,5 vezes maior risco relativo de óbito de seus filhos quando comparados aos filhos de mães com escolaridade de 12 ou mais anos (PARANÁ, 2011).

No que tange a questão infantil, a Rede Mãe Paranaense também estratifica o recém-nascido segundo seu risco de morbimortalidade em: Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco de acordo com o quadro a seguir.

RISCO HABITUAL	RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO
Toda criança que não apresentar condições ou patologias que evidenciam algum risco.	Filhos de mães da raça negra e indígena; Filhos de mãe com menos de 15 anos ou mais de 40 anos; Filhos de mães analfabetas ou com menos de 3 anos de estudos; Filhos de mães com menos de 20 anos com um filho morto anteriormente; Filhos de mães com menos de 20 anos e mais de 3 partos; Filhos de mães que morreram no parto/puerpério.	Prematuridade; Asfixia grave (Apgar < 7 no 5º minuto de vida); Baixo peso ao nascer; Desnutrição grave; Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados; Presença de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, HIV) e triagem neonatal positiva.

Quadro 14 Modelo de Atenção à Saúde - Estratificação do Risco Infantil. FONTE: PARANÁ. Linha Guia Mãe Paranaense, 2011.

Assim como as gestantes, os recém-nascidos e as crianças abaixo de 24 meses transitam pelos Pontos de Atenção à Saúde da Rede Mãe Paranaense orientados pelos seus riscos. Desta forma suas necessidades de saúde sempre serão atendidas em Pontos de Atenção à Saúde específicos para o restabelecimento do quadro ideal, na medida do possível.

A orientação teórico-prática sobre a implementação das ações definidas pela Rede Mãe Paranaense está expressa na Linha de Cuidados do programa, denominada: Linha Guia Mãe Paranaense. Neste documento ficam expressos os fluxos e contrafluxos de gestantes e crianças dentro da Rede, os exames necessários às gestantes e crianças, fundamentações para a assistência da gestante e da criança, dentre outras informações relevantes que subsidiam o trabalho cotidiano das equipes de saúde nos 399 municípios do Estado do Paraná.

O monitoramento do processo de implementação das ações da Rede Mãe Paranaense é orientado pelo Painel de Bordo Rede Mãe Paranaense que tem como funções o controle e a avaliação de tais processos a partir dos: indicadores de processo, indicadores de gestão, indicadores de financiamento e indicadores de resultados para a sociedade (PARANÁ, 2011).

É com este Painel que os municípios paranaenses e a Secretaria de Estado de Saúde do Paraná refletem sobre os indicadores alcançados com determinadas ações do programa e podem fazer a checagem do alcance dos objetivos, metas e

missão definidos na Rede (PARANÁ, 2011) para a manutenção ou mudança dos processos de trabalho.

Os indicadores de processo devem refletir sobre a melhoria na qualidade e resolubilidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério; sobre a implantação da Linha Guia Mãe Paranaense nos municípios paranaenses; sobre a estratificação do risco gestacional e infantil e sobre a vinculação dos hospitais que realizam partos em cada município (PARANÁ, 2011).

Os indicadores de gestão devem refletir sobre o sistema de governança; sobre a capacitação profissional dos envolvidos no processo de trabalho e sobre a cobertura de atenção às gestantes e crianças vinculadas à Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2011).

Quanto aos indicadores de financiamento, devem refletir sobre a porcentagem de municípios que aderiram ao programa; sobre os incentivos para insumo e sobre os incentivos para os hospitais vinculados ao programa que realizam os partos nos municípios do estado (PARANÁ, 2011).

Os resultados para sociedade se identificam com o objetivo do programa que é a redução da mortalidade materna e infantil pelo estado do Paraná.

3.3.1 A Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa

As abordagens e reflexões aqui presentes são fruto de experiências profissionais da pesquisadora, atreladas à orientações bibliográficas específicas do processo de implantação e implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa – Paraná contidas nas Oficinas do Plano Diretor da Atenção Primária – Formação e Qualificação Profissional em APS (2011).

A implantação da Rede Mãe Paranaense ocorreu concomitantemente entre os 399 municípios paranaenses no ano de 2012, incluindo o município de Ponta Grossa. O processo iniciou no ano de 2011 com a capacitação dos técnicos das 21 Regionais de Saúde do Estado do Paraná pela equipe gestora de Atenção à Saúde do Estado do Paraná.

Após capacitação, estes técnicos foram intitulados tutores e tiveram como meta capacitar 50% dos trabalhadores e servidores municipais adscritos às suas Regionais de Saúde. Estes trabalhadores depois de capacitados foram intitulados facilitadores, e se responsabilizaram por multiplicar as oficinas aos demais trabalhadores e servidores municipais.

Em julho de 2012, sob a coordenação estadual de saúde, os tutores das 21 Regionais de Saúde do Paraná realizaram concomitantemente aos municípios paranaenses as Oficinas de Plano Diretor de Atenção Primária da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná.

A primeira oficina do Plano Diretor realizada no município de Ponta Grossa teve como título: As Redes de Atenção à Saúde no Paraná. Ela ofereceu uma reflexão sobre a situação de saúde no Paraná e em Ponta Grossa, apontou os principais problemas de saúde a serem enfrentados e mostrou a necessidade de mudar o processo de trabalho em saúde no município. Os objetivos desta oficina foram:

compreender o Plano de Governo para a Saúde como orientador do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde no Paraná, no período de 2011 a 2014; compreender a fundamentação teórica que orienta o desenho e a operacionalização das Redes de Atenção à Saúde; compreender a organização dos Sistemas de Atenção à Saúde; compreender os fundamentos que serão a base da construção de Redes de Atenção à Saúde; compreender os componentes das Redes de Atenção à Saúde; compreender os modelos de atenção à saúde das Redes de Atenção; utilizar o processo de modelagem da Rede de Atenção Mãe Paranaense no município e na região de saúde (PARANÁ, 2011, p. 09).

A oficina foi dividida em duas Unidades sendo a primeira intitulada: Situação de Saúde e os Sistemas de Atenção à Saúde cujo objetivo foi analisar a situação demográfica e epidemiológica, além de estabelecer a sua interação com os Sistemas de Atenção à Saúde no estado do Paraná com enfoque ao município de Ponta Grossa (PARANÁ, 2011).

A segunda unidade, denominada Rede de Atenção à Saúde abordou os fundamentos e os componentes de rede conforme Portaria 4.259/2010 e serviu como metodologia para a implantação de redes nos municípios paranaenses, incluindo Ponta Grossa. Foram introduzidos conceitos como Condições Crônicas e Agudas de Saúde, Pontos de atenção à saúde entre outros que subsidiaram a

implantação da Rede Mãe Paranaense e da Rede Urgência e Emergência, consideradas prioritárias no estado.

Paralelo às capacitações que ocorreram com as equipes de Atenção Primária do SUS - APSUS ocorreu a capacitação das equipes hospitalares que prestam serviços ao SUS – HOSPSUS. O objetivo foi de adequar e alinhar os Pontos de Atenção à Saúde no estado e nos municípios.

A segunda Oficina do Plano Diretor teve como título: Rede Mãe Paranaense e foi arquitetada após a organização da Atenção Primária à Saúde nos municípios paranaenses. O objetivo geral desta oficina foi “possibilitar às equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde o desenvolvimento de competências para a implantação da Rede Mãe Paranaense” (PARANÁ, 2011, p. 04).

Os objetivos específicos da oficina se focaram em

compreender os fundamentos estratégicos que orientam a Rede Mãe Paranaense; compreender a competência da APS na Rede Mãe Paranaense e realizar o plano de ação para a implantação da Rede Mãe Paranaense no território de sua responsabilidade (PARANÁ, 2011, p. 04).

A oficina ocorreu em dois dias consecutivos para 50% dos servidores, trabalhadores e gestores de saúde do município de Ponta Grossa. A metodologia da oficina foi teórico-prático possibilitando aos participantes momentos de concentração (discussão teórica de conteúdos) e momentos de dispersão (atividades práticas). As atividades práticas foram conduzidas no sentido de os participantes confeccionarem matrizes para entendimento e aprimoramento dos conteúdos trabalhados teoricamente.

À luz conceitual de Mendes (2011) e com respaldo legal da Portaria 4.279/2010 o primeiro dia da oficina contemplou estudos de caso sobre mortalidade materna e infantil, apontou a importância da ampliação do Programa Saúde da Família no município de Ponta Grossa bem como a territorialização das áreas municipais e a definição da população adscrita a cada região sanitária.

Em continuidade, a oficina apresentou a definição e a descrição dos Pontos de Atenção à Saúde da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa e deu introdução ao segundo dia da Oficina.

O segundo dia de Oficina foi dedicado ao entendimento operacional dos Pontos de Atenção à Saúde da Rede Mãe Paranaense bem como o entendimento

do Modelo de Atenção à Saúde que respalda a Rede Mãe Paranaense – Estratificação do Risco gestacional e infantil. Como atividade prática para total compreensão dos temas teóricos abordados, foi realizado o matriciamento da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa.

Após a conclusão das oficinas os participantes receberam o título de facilitadores (facilitadores do processo de implantação e implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa) e se comprometeram a replicar a oficina aos demais servidores, trabalhadores e gestores de saúde do município.

A replicação das Oficinas do Plano Diretor pelos facilitadores aos demais servidores ocorreu em agosto e setembro de 2012. Assim, no mesmo ano 100% dos servidores, trabalhadores e gestores de saúde do município de Ponta Grossa estavam capacitados e em condições de desenvolver a implementação das ações da Rede Mãe Paranaense.

Passado cinco anos da implantação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa, sentiu-se a necessidade de descrever o seu processo de implementação bem como verificar sua repercussão na mortalidade infantil do referido município no período.

Esta necessidade se materializou no mestrado acadêmico da referida autora e se concretizou pelo trabalho de pesquisa em questão.

CAPÍTULO 4

PERCEPÇÕES REFERENTES À IMPLEMENTAÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA E SUA REPERCUSSÃO NA MORTALIDADE INFANTIL SOB A ÓTICAS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Como um terceiro momento da construção deste trabalho inicia-se aqui a pesquisa de campo, que envolverá a integração dos dados da pesquisa bibliográfica (primeiro momento), da pesquisa documental (segundo momento) e da pesquisa de campo.

A pesquisa bibliográfica possibilitou a construção do referencial teórico que deu corpo e características científicas ao trabalho. A pesquisa documental permitiu o desenvolvimento da parte quantitativa deste trabalho ao analisar os dados epidemiológicos e estatísticos em banco de dados do IBGE, SIM, Sisenasc, Datasus entre outros além das pesquisas em documentos oficiais como leis, portarias, decretos e Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do município de Ponta Grossa.

Os dados encontrados na pesquisa documental foram sendo utilizados no decorrer da dissertação, principalmente no segundo capítulo, e dão sustentação para o alcance do objetivo geral desta pesquisa que pretende, a partir da descrição do processo de implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa, verificar sua repercussão na mortalidade infantil.

Quanto aos resumos e relatos dos óbitos infantis dos anos de 2012, 2013 e 2014, arquivados no banco de dados de Comitê de Mortalidade, serão apresentados a seguir e fundamentam as análises categorizadas apresentadas ao longo do capítulo.

Os resumos que seguem foram extraídos do banco de dados do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do município de Ponta Grossa e representam a síntese da visita domiciliar realizada pelos profissionais da Vigilância Epidemiológica do referido município junto aos pais e familiares dos recém-nascidos que foram à óbito.

Já os relatos, representam a verbalização das percepções dos pais e familiares dos recém-nascidos que foram à óbito sobre o atendimento à saúde prestado à mãe e ao recém-nascido bem como as possíveis causas que culminaram o evento em questão.

O critério de seleção dos materiais coletados (resumos e relatos) foi o encerramento do caso, ou seja, foram coletados todos os relatos e resumos dos anos de 2012, 2013 e 2014 que foram investigados, analisados e encerrados em tempo oportuno estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Nesta lógica, não foram levados em consideração os componentes da mortalidade infantil nem os critérios de evitabilidade do óbito.

De acordo com a coleta, no ano de 2012 foram encontrados os seguintes resumos e relatos:

Resumo 01 - Mãe 16 anos, 11 anos de escolaridade, com companheiro, ela dona de casa e estudante, ele promotor de vendas, com renda mensal de 02 salários mínimos, residindo em casa cedida, com 02 cômodos para dormir e família composta por 02 pessoas. Água encanada e rede de esgoto em rede pública. Boas condições de higiene. Gestação não planejada, porém com boa aceitação. Fazia uso de contraceptivo oral. Devido à infecção urinária utilizou antibiótico, e neste período não fez utilização de preservativos.

Pré-natal na rede pública.

Relato dos familiares 01 - Quanto ao atendimento do pré-natal, queixou-se de falha no atendimento, pois os profissionais fazem pouco caso dos problemas dos pacientes e são mal educados. Relata também que faltaram orientações e esclarecimento de d vidas. Quanto   opinião sobre motivo do óbito, refere que ocorreu em consequência de falta de atendimento quando foi à Unidade de Saúde avisar que o bebê não estava se mexendo.

Resumo 02 - Mãe 34 anos, 06 anos de escolaridade, com companheiro, ela dona de casa, ele pintor, com renda mensal de 02 salários mínimos, residindo em casa cedida, com 02 cômodos para dormir e família composta por 03 pessoas.  gua encanada e rede de esgoto em fossa. Boas condições de higiene. Gestação planejada. Recebeu informações sobre métodos contraceptivos e teve acesso a anticoncepcional injetável e preservativos.

Pré-natal na rede pública.

Relato dos familiares 02 - Quanto ao atendimento do pré-natal, refere que o médico deveria ter lhe esclarecido melhor sobre a infecção e as consequências para o bebê;

Resumo 03 - Mãe 21 anos, 5 anos de escolaridade, sem companheiro, ela cuidadora da avó, com renda familiar mensal de 02 salários mínimos, residindo em casa própria, 03 cômodos para dormir e família composta por 6 pessoas.  gua encanada, não soube informar sobre a rede de esgoto. Rua não asfaltada. Condições de higiene regular. Gestação não planejada, mas aceitou bem. Não utiliza métodos contraceptivos. Tabagista.

Pré-natal na rede pública.

Relato dos familiares 03 - Quanto   opinião sobre o atendimento do pré-natal e parto, não referiu queixas; quanto   opinião sobre o óbito, relata que não sabe, mas acha que foi devido ao tabagismo.

Resumo 04 - Mãe 28 anos, ensino superior incompleto (2  ano), sem companheiro, ela estudante de Pedagogia, com renda familiar mensal de 2 salários mínimos, residindo em casa própria com a família, com 04 cômodos para dormir e família composta por 06 pessoas.  gua encanada, rede de

esgoto em fossa. Boas condições de higiene. Gravidez não planejada, mas aceitou bem. Não utilizava como método contraceptivo.

Pré-natal na rede pública.

Relato dos familiares 04 - Quanto ao atendimento ambulatorial refere falta de atenção por parte do médico da USF. Quanto ao parto, não refere queixas; quanto ao motivo do óbito, acredita que foi devido aos medicamentos que utilizava, pois não sabia que estava grávida.

Resumo 05 - Mãe 25 anos, 07 anos de escolaridade, com companheiro, ela dona de casa, ele operador de máquinas, com renda mensal de 02 salários mínimos, residindo em casa alugada, com 01 cômodo para dormir e família composta por 03 pessoas. Água encanada e rede de esgoto em rede pública. Boas condições de higiene. Gestação não planejada, porém com boa aceitação. Utilizava Microvilar como método contraceptivo, porém ficou um mês sem utilizar.

Pré-natal na rede pública.

Relato dos familiares 05 - Quanto ao atendimento do pré-natal, refere que o médico deveria ter indicado parto cesárea, pois sabia que ela era depressiva; quanto à opinião sobre motivo do óbito, refere que disseram que a causa era desconhecida.

Resumo 06 - Mãe 28 anos, 15 anos de escolaridade, com companheiro, ela pedagoga, ele sem profissão informada, com renda mensal de 02 salários mínimos, residindo em casa própria, com 02 cômodos para dormir e família composta por 03 pessoas. Água encanada e rede de esgoto em rede pública. Boas condições de higiene. Gestação planejada. Recebeu informações sobre métodos contraceptivos e teve acesso a métodos contraceptivos. Com histórico de anemia. Etilismo moderado.

Pré-natal particular e na rede pública.

Relato dos familiares 06 - Quanto ao atendimento do pré-natal, não tem queixas com relação ao atendimento; quanto à opinião sobre motivo do óbito, refere que desconhece a causa.

No ano de 2013 foram encontrados os seguintes resumos e relatos:

Resumo 01 – (gestação gemelar) Mãe 31 anos, 05 anos de escolaridade, com companheiro, ela auxiliar de serviços gerais, ele cozinheiro, com renda mensal de 02 salários mínimos, residindo em casa própria, com 03 cômodos para dormir e família composta por 04 pessoas. Água encanada, esgoto em rede pública. Boas condições de higiene. Gestação planejada. Recebeu informações sobre métodos contraceptivos e teve acesso aos mesmos.

Relato dos familiares 01 - Quanto ao atendimento do pré-natal, relata que foi bem atendida. Quanto ao parto, relata que foi bom; quanto ao motivo dos óbitos, acha que foi porque nasceram muito fracos.

Resumo 02 - Mãe 16 anos, 07 anos de escolaridade, com companheiro, ela dona de casa, ele 17 anos, montador de carroceria, com renda mensal de 01 salário mínimo, residindo em casa alugada, com 02 cômodos para dormir e família composta por 03 pessoas. Água encanada, esgoto em rede pública. Boas condições de higiene. Gestação não planejada, mas aceitou bem. Recebeu informações sobre métodos contraceptivos e teve acesso aos mesmos.

Relato dos familiares 02 - Quanto ao atendimento do pré-natal, acredita que poderia ser melhor, pois a médica nem sempre atendia e na hora de consultar ficava preocupada com outros assuntos. Queixou-se também pelo

fato da médica não ter realizado o tratamento para sífilis devido ao resultado de exame negativo, mesmo quando ela afirmou que o pai da criança tinha a doença e que haviam tido relações sexuais sem preservativo durante a gestação. Quanto ao parto relata que foi bem atendida e se esforçaram para ajudar; quanto ao motivo que levou ao óbito, acha que foi devido a sífilis que foi para o fígado do bebê e o tratamento que era muito forte para o bebê.

Resumo 03 - Mãe 26 anos, 08 anos de escolaridade, com companheiro, ela agropecuarista, ele agropecuarista, com renda mensal de 03 salários mínimos, residindo em casa própria, com 02 cômodos para dormir e família composta por 02 pessoas. Água encanada, esgoto em rede pública. Boas condições de higiene. Gestação não planejada, mas aceitou bem. Utilizou Triquilar por 7 anos. Há 1 ano fazia uso de Elani Ciclo.

Relato dos familiares 03 - Quanto ao atendimento do pré-natal, refere que na UBS tanto a médica quanto os profissionais da equipe foram muito bons e atenciosos. Quanto ao atendimento do CMM disse que o médico não esclareceu suas dúvidas e a tratou com rispidez. Quanto ao atendimento do parto não refere problemas, mas relata que adquiriu infecção após o parto; quanto ao motivo que levou ao óbito, acha que foi em decorrência da interrupção prematura da gravidez.

Resumo 04 - Mãe 26 anos, 6 anos de escolaridade, com companheiro, ela dona de casa, ele operador de escavadeira, com renda mensal de 01 salário mínimo, residindo em casa própria, com 02 cômodos para dormir e família composta por 03 pessoas. Água encanada e esgoto em rede pública. Condições de higiene boas. Gestação planejada. Nega tabagismo, etilismo ou uso de drogas.

Relato dos familiares 04 - Quanto ao atendimento do pré-natal, não gostou do médico porque ele não fez as coisas como deveria, pediu apenas 1 US ao invés de 3, não examinava direito nem media a altura uterina; quanto ao atendimento no parto, a médica obstetra foi muito boa e explicou tudo muito bem; quanto a opinião sobre motivo do óbito, acredita que foi em virtude dos problemas de coração e de bactérias.

Resumo 05 - Mãe 19 anos, 11 anos de escolaridade, com companheiro, ela dona de casa, ele trabalhador de construção civil, com renda mensal de 01 salário mínimo, residindo em casa cedida, com 01 cômodo para dormir e família composta por 02 pessoas. Água encanada e esgoto em fossa. Condições de higiene regulares. Moradora na Zona Rural. Gestação planejada. Recebeu informações sobre métodos contraceptivos, e tinha acesso aos mesmos. Nega tabagismo, etilismo ou uso de drogas.

Relato dos familiares 05 - Quanto ao atendimento do pré-natal, não há queixas; quanto ao atendimento no parto, refere que foi bom, porém ganhou o bebê na cama pois o médico havia ido realizar uma cesárea; quanto a opinião sobre motivo do óbito, acredita que teve um pouco de responsabilidade uma vez que fez esforço durante a gestação nas atividades domésticas;

Resumo 06 - Mãe 27 anos, 11 anos de escolaridade, com companheiro, ela auxiliar de serviços gerais, ele servente de pedreiro, com renda mensal de 03 salários mínimos, residindo em casa própria, com 02 cômodos para dormir e família composta por 04 pessoas. Água encanada e esgoto em fossa. Condições de higiene regulares. Gestação não planejada, porém aceitou bem. Utilizava microvilar porém esquecia de tomar. Nega tabagismo, etilismo ou uso de drogas.

Relato dos familiares 06 - Sobre o atendimento, relata ter sido bem atendida, mas não gostou somente do atendimento da obstetra que fez o parto. Quanto à opinião sobre o óbito, acredita que foi negligência médica.

“Acho que passou da hora da criança nascer. Deveriam ter feito meu parto no dia 11/02”.

Resumo 07 - Mãe 30 anos, 04 anos de escolaridade, com companheiro, ela dona de casa, ele pedreiro, com renda familiar de 01 salário mínimo, residindo em casa própria, de alvenaria, com 01 cômodo para dormir e família composta por 04 pessoas. Água encanada, rede de esgoto em fossa. Boas condições de higiene. Gestação não planejada, porém aceitou bem. Relata uso de anticoncepcional Selene®, no entanto refere que sua menstruação mesmo assim estava irregular, vindo de 4 em 4 meses e possui cisto em ovário a 3 anos. Nega tabagismo, etilismo ou demais vícios.

Relato dos familiares 07 - Quanto ao atendimento do pré-natal, acredita que o médico deveria ter encaminhado ela ao Centro Municipal da Mulher. Queixou-se também que ele não receitou nenhum medicamento durante a gestação; quanto à opinião sobre motivo do óbito, não sabe o motivo.

Resumo 08 - Mãe 15 anos, 7 anos de escolaridade, com companheiro, ela dona de casa, ele mecânico, com renda mensal de 02 salários mínimo, residindo em casa cedida, com 03 cômodo para dormir e família composta por 03 pessoas. Água encanada e esgoto em rede pública. Condições de higiene precárias. Região Periurbana. Gestação não planejada, porém aceitou bem. Recebeu informações sobre métodos contraceptivos, e tinha acesso aos mesmos, entretanto afirmou que não utilizava nenhum. Nega tabagismo, etilismo ou uso de drogas.

Relato dos familiares 08 - Quanto ao atendimento do pré-natal, não há queixas; quanto ao atendimento no parto, refere que foi bom, não houveram dificuldades; quanto a opinião sobre motivo do óbito, não sabe o motivo do óbito;

Quanto ao ano de 2014, foram encontrados os seguintes resumos e relatos:

Resumo 01 - Mãe 19 anos, ensino médio incompleto, sem companheiro, ela estudante, com renda familiar mensal de 01 salário mínimo, residindo em casa própria, com 04 cômodos para dormir e família composta por 04 pessoas. Água encanada, esgoto em rede pública. Boas condições de higiene. Gestação não planejada, mas aceitou bem. Recebeu informações sobre métodos contraceptivos e teve acesso aos mesmos.

Relato dos familiares 01 - Quanto à assistência recebida durante o parto, diz que foi ruim. Relata que a abandonaram no quarto, que as enfermeiras vinham apenas para medicá-la, mas não davam atenção e não ficavam junto à ela. Só retornaram ao quarto quando a criança estava nascendo na cama, no momento em que gritou. Quanto ao motivo do óbito, diz não saber, porque, segundo ela, na sexta estavam bem. Médico falou a ela que foi infecção hospitalar.

Resumo 02 - Mãe 21 anos, 07 anos de escolaridade, com companheiro, ela é dona de casa, o pai é caminhoneiro, com renda mensal de 01 salário mínimo e meio, residindo em casa alugada, com 01 cômodos usado para dormir e família composta por 02 pessoas. Casa com boas condições de higiene, água encanada, esgoto em rede pública. Gestação não planejada, mas aceitou bem. Recebeu informações sobre métodos contraceptivos, mas estava com cisto e parou de utilizar.

Relato dos familiares 02 - Quanto ao atendimento do pré-natal, a opinião da mãe sobre a assistência recebida no pré-natal foi 'mais ou menos'. Há

pouca informação sobre os atendimentos. Quanto ao parto relata que foi bem e que foi atendida bem. Quanto ao motivo que levou ao óbito, acha que foi devido a ter nascido sem rins.

Resumo 03 - Mãe 19 anos, Ensino Fundamental Incompleto (Sexta série), com companheiro, ela dona de casa, ele mestre de obras, com renda mensal de 02 salários mínimos, residindo em moradia própria, com 03 cômodos para dormir e família composta por 03 pessoas. Água encanada, esgoto em rede pública. Boas condições de higiene. Gestação não planejada, mas aceitou bem. Fazia uso de contraceptivo oral (Ciclo 21), mas acredita que engravidou porque fez uso de Cefalexina.

Relato dos familiares 03 - Quanto ao pré-natal, recusou o encaminhamento de pré-natal para o alto risco por ser longe de casa. Passou o pré-natal sem intercorrências. Quanto ao parto relata que de forma geral foi bom. Em sua opinião, o filho morreu por falta de exames do coração.

Resumo 04 - Mãe 46 anos, pós-graduada, com companheiro fixo, renda familiar 7 salário mínimo, trabalhava como pedagoga no momento, ensino superior completo. Residia com companheiro em residência própria com 03 cômodos. Condições boas de higiene, com água tratada. Gestação não planejada, porém aceitou bem. Recebeu informações sobre métodos contraceptivos e tinha acesso aos mesmos, utilizava apenas preservativos.

Relato dos familiares 04 - Quanto à opinião sobre motivo do óbito, acredita que a criança faleceu devido ao atendimento no Hospital do outro município.

Resumo 05 - Mãe 23 anos, 07 anos de escolaridade, tabagista e etilista, com companheiro (preso), ela do lar, com renda mensal de 01 salário mínimo, residindo em casa própria, com 02 cômodos para dormir e família composta por 07 pessoas. Água encanada, esgoto em rede pública. Sem descrição sobre condições de higiene da moradia. Gestação não planejada. Teve acesso aos meios contraceptivos, mas não recebeu informação sobre eles.

Relato dos familiares 05 - Quanto ao atendimento do pré-natal, refere que na UBS o médico responsável não atende bem, pois não a examinava, sem conferir altura uterina e não solicitou exames de rotina. Quanto ao motivo que levou ao óbito, acredita haver negligência médica.

Resumo 06 - Mãe 19 anos, 09 anos de escolaridade, com companheiro fixo, renda familiar 1 salário mínimo, não trabalhava nem estudava no momento, ensino médio incompleto. Pai servente de pedreiro e mãe do lar. Residia com companheiro em residência própria com 02 cômodos. Condições regulares de higiene, sem água tratada (bica). Companheiro tabagista. Gestação não planejada, porém aceitou bem. Recebeu informações sobre métodos contraceptivos e tinha acesso aos mesmos, mas não utilizava nenhum deles.

Relato dos familiares 06 - Refere que o atendimento foi bom, relata ter sido bem tratada. Quanto à opinião sobre motivo do óbito, acredita que a criança faleceu devido à infecção.

Resumo 07 - Mãe 33 anos, 05 anos de escolaridade, com companheiro, ambos desempregados, sem renda mensal, residindo em casa alugada, com 02 cômodos para dormir e família composta por 03 pessoas. Água encanada, esgoto em rede pública. Boas condições de higiene. Gestação planejada, fazia uso de contraceptivo injetável, no entanto relata que cessou o método pois o companheiro desejava filhos.

Relato dos familiares 07 - Quanto ao atendimento do pré-natal refere que recebeu bom atendimento em todas as gestações. Queixou-se apenas que

teve dificuldade em obter o medicamento prescrito para anemia, pois custava em torno de 50 reais e na época não dispunha desta quantia. Quanto ao atendimento do parto refere que foi bom. Quanto ao motivo que levou ao óbito, acha que foi em decorrência dos pulmões do bebê com problemas e infecção no rim.

A análise dos resumos evidencia que vulnerabilidades socioeconômicas tais como escolaridade materna, renda média familiar e condições de moradia estiveram relacionadas ao evento de morte infantil. Tais evidências são enfaticamente detalhadas a seguir na análise das categorias deste trabalho.

Quanto a análise dos relatos, fica evidente que falhas no acolhimento e no processo de trabalho da equipe de saúde, sobretudo do profissional médico, foi decisiva para a ocorrência do óbito infantil. Tais evidências podem ser reafirmadas nos seguintes fragmentos dos relatos:

Relato 01/2012 - os profissionais fazem pouco caso dos problemas dos pacientes e são mal educados.

Relato 02/2012 - o médico deveria ter lhe esclarecido melhor sobre a infecção e as consequências para o bebê;

Relato 03/2012 - refere falta de atenção por parte do médico da USF.

Relato 02/2013 - acredito que poderia ser melhor, pois a médica nem sempre atendia e na hora de consultar ficava preocupada com outros assuntos. Queixou-se também pelo fato da médica não ter realizado o tratamento para sífilis devido ao resultado de exame negativo, mesmo quando ela afirmou que o pai da criança tinha a doença e que haviam tido relações sexuais sem preservativo durante a gestação.

Relato 03/2013 - o médico não esclareceu suas dúvidas e a tratou com rispidez.

Relato 04/2013 - não gostou do médico porque ele não fez as coisas como deveria, pediu apenas 1 US ao invés de 3, não examinava direito nem media a altura uterina.

Relato 01/2014 - Relata que a abandonaram no quarto, que as enfermeiras vinham apenas para medicá-la, mas não davam atenção e não ficavam junto à ela. Só retornaram ao quarto quando a criança estava nascendo na cama, no momento em que gritou.

Finalizada a descrição e organização destes resumos e relatos passou-se à pesquisa de campo propriamente dita cuja intenção foi extrair dados e informações diretamente da realidade. Antecedendo a esta pesquisa a submissão e a autorização ética do Sistema CEP-CONEP da Plataforma Brasil. A submissão do projeto de pesquisa neste Sistema ocorreu em 09 de dezembro de 2015 e sua autorização no dia 24 de agosto de 2016 sob o Parecer Consubstanciado do CEP da Universidade Estadual de Ponta Grossa n.: 1.696.891.

De posse deste Parecer, iniciou-se a pesquisa de campo no município de Ponta Grossa entre os meses de agosto e setembro de 2016. Os instrumentos de

coleta desta pesquisa foram entrevistas semi-estruturadas³² contendo perguntas abertas direcionadas à “coletar informações detalhadas quanto à experiência social dos sujeitos participantes da pesquisa”, (BOURGUIGNON, FERREIRA, SCHIMANSKI, 2012, p.) no tocante à mortalidade infantil no município de Ponta Grossa.

O roteiro de entrevista³³ compreendeu 04 (quatro) questões orientadas a cinco participantes da pesquisa.

Ele estava direcionado a contemplar os seguintes questionamentos:

1. Sob a sua ótica, quais os grupos socioeconômicos mais vulneráveis à Mortalidade Infantil no município de Ponta Grossa?
2. Quais as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde para enfrentamento da Mortalidade Infantil no município de Ponta Grossa?
3. Como você avalia a implementação das ações do programa Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa?
4. Quais as dificuldades para a redução da Mortalidade Infantil no município de Ponta Grossa?

Após trâmites éticos, foram entrevistados os participantes da pesquisa, os quais foram eleitos em decorrência da função que eles ocupavam no processo de implantação, implementação e decisão das ações do programa Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa de acordo com o quadro a seguir

Participantes da Pesquisa	Características
P1 – Gerente Atenção Primária do município de Ponta Grossa	Responsável pela gestão dos serviços de saúde da atenção primária em saúde do município de Ponta Grossa
P2 – Gerente Atenção Secundária do município de Ponta Grossa	Responsável pelos pontos de atenção secundária à saúde do município de Ponta Grossa (Centro de referencia a gestante de risco e Centro de referencia ao Recém-nato de risco)
P3 – Gerente de Epidemiologia do município de Ponta Grossa	Responsável pelo gerenciamento e alimentação de dados dos programas SINAS e SIM; pelas investigações do óbito infantil e pelo Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do município de Ponta Grossa.
P4 – Coordenadora do Comitê Regional de	Responsável pelas análises de óbitos maternos e

³² Entrevista semi-estruturada: instrumento de coleta de dados cuja característica refere-se à combinação de “perguntas fechadas e abertas em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.” (CAVALCANTI; MINAYO, 2009)

³³ Disponível em apêndices.

Mortalidade Materna e Infantil da Terceira Regional de Saúde de Ponta Grossa	infantis de Ponta Grossa e região dos campos gerais
P5 – Coordenador da Atenção Terciária (hospitalar) vinculadas aos partos do município de Ponta Grossa	Responsável pela contratualização e monitoramento dos estabelecimentos hospitalares que realizam os partos do município de Ponta Grossa

Quadro 15 Participantes da pesquisa e suas características. FONTE: Caracterização dos participantes da pesquisa.

Dados organizados pela autora

As entrevistas foram previamente agendadas conforme disponibilidade dos participantes da pesquisa e realizadas em seus locais de trabalho. Antes do início de cada entrevista o referido participante teve ciência da pesquisa e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nos moldes autorizados pelo CEP-CONEP.

Após este procedimento, iniciou-se a entrevista, onde a pesquisadora realizava a pergunta e o entrevistado discorria abertamente sobre o questionado. Todas as entrevistas foram gravadas pela pesquisadora em equipamento eletrônico, posteriormente foram transcritas na íntegra e sistematizadas em documento no Microsoft Word 2010.

Isto feito, seguiu-se o procedimento metodológico de análise de conteúdo expresso Franco (2008) que orienta que sejam seguidas as seguintes etapas:

- a) classificação dos conteúdos manifestos por eixos de análise;
- b) categorização a partir de palavras ou expressões obtidas nos depoimentos dos participantes da pesquisa e
- c) busca da compreensão dos sentidos dos depoimentos sejam eles verbais, silenciosos ou simbólicos (FRANCO, 2008).

Seguindo tal orientação, elaborou-se os eixos de análise que estão expressos no quadro a seguir:

A implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa e sua repercussão na mortalidade infantil
Grupos socioeconômicos vulneráveis à mortalidade infantil no município de Ponta Grossa
Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa
Valor atribuído à morte infantil a partir dos relatos dos familiares
Dificuldades para a redução da mortalidade infantil no município de Ponta Grossa

Quadro 16 Eixos de Análise quali-quantitativos. FONTE: Roteiro de entrevistas junto aos participantes da pesquisa. Dados trabalhados pela autora

Utilizando-se destes eixos de análise, apresenta-se a seguir as entrevistas realizadas junto aos participantes da pesquisa:

Quando questionado aos participantes da pesquisa acerca dos **grupos socioeconômicos mais vulneráveis à Mortalidade Infantil no município de Ponta Grossa** os entrevistados manifestaram-se da seguinte forma:

Entrevistado 1 – “Eu acredito que são as pessoas que tem uma condição social desfavorável, ou seja, **situação econômica baixa e também a baixa escolaridade**. Porque quando investigamos os óbitos percebemos poucos óbitos ocorrendo com pessoas que tem uma condição social melhor ou que tenham realizado pré-natal via convênio ou particular. A grande maioria dos óbitos são relacionados ao SUS, mas na prática vemos que realmente é a questão social que influencia bastante”.

Entrevistado 2 – “Quanto a análise feita aqui no nível regional percebe-se que são [...] as crianças de **famílias sócioeconômicas menos favorecidas que não têm acesso**. Não tem diferença entre raça, mas sim na questão socioeconômica”.

Entrevistado 3 – “é sabido, há muito tempo, que os grupos mais vulneráveis são as populações **menos favorecidas economicamente**, mas, o que eu vejo hoje, é que existe um grupo vulnerável em relação à **idade, as mães muito jovens, e a questão da educação também, a escolaridade**. Então esses grupos, ao meu ver, são os que mais ressentem em relação à mortalidade, seja pela idade, seja pelo acesso à educação”.

Entrevistado 4 – “grupos expostos a falta de saneamento, a alguns fatores relacionados com a violência, a baixa escolaridade das mães”.

Entrevistado 5 – “eu vejo três grupos que são fundamentais: **a baixa escolaridade da gestante**, porque envolve a falta de conhecimento que por mais que ela busca ter o conhecimento do assunto ela ainda não consegue entender o contexto global de um tratamento adequado em saúde; as **condições de vida da gestante** que por mais que ela conheça o assunto muitas vezes ela não tenha condição de fazer o tratamento adequado conforme os profissionais da saúde orientam a gestante; por fim, a **gestão dos serviços públicos de saúde** [...] que se refere a falta do tratamento integral da gestação até o nascimento da criança e o acompanhamento deste até 1 ano de idade. Então esses três fatores agregados eu acho que são os fatores mais importantes da mortalidade infantil no município de Ponta Grossa”.

Quando lhes foi perguntado sobre quais as **ações desenvolvidas pelas equipes de saúde para enfrentamento da Mortalidade Infantil no município de Ponta Grossa**, eles responderam:

Entrevistado 1 – “Na prática não vejo que existe uma ação específica. Acredito que são os programas que já existem como a **puericultura**, que identifica uma criança que está em uma situação de risco e faz o encaminhamento ou o trabalho com a escola, e o **pré-natal**, pela questão

da estratificação do risco então se é identificado uma gestante de alto risco, ela será encaminhada”.

Entrevistado 2 – “Reunião para discutir o que foi feito e implementado”.

Entrevistado 3 – “... está sendo fortalecida a questão da qualidade do serviço que é prestado, não só em termos de quantidade de ações, mas de qualidade da ação. [...] Estão sendo desenvolvidas atividades e ações em diferentes áreas; o acesso está garantido, o **pré-natal** está sendo realizado, mas ainda falta o fortalecimento na **qualidade do pré-natal**”.

Entrevistado 4 – “a implementação de dois protocolos nesses últimos dois anos: o **protocolo de atenção à saúde da nossa gestante** [...] onde traz para as equipes da saúde da família algumas orientações importantes principalmente normalizando e norteando as ações, principalmente da enfermagem, por que diz respeito à realização do **pré-natal** que consequentemente ajuda na redução da mortalidade infantil [...] e o **protocolo de puericultura**, uma ação desenvolvida na atenção primária e também na especializada, onde dentre outras ações também a necessidade a importância das crianças terem logo a primeira consulta dentro dos cinco dias”.

Entrevistado 5 – “**adesão dos cuidados para as gestante conforme Linha Guia Mãe Paranaense**. Isso ficou bem mais claro pra todos os níveis de atenção que não tinham uma ligação dos serviços do município”.

Perguntou-se também aos entrevistados como eles **avaliam a implementação das ações do programa Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa**. As respostas foram:

Entrevistado 1 – “**Ela é parcial**, ela ainda não está completa. Existem coisas ainda que devem ser melhoradas, otimizadas, implementadas, etc”.

Entrevistado 2 – “**Sentimos ainda falhas gritantes** em relação a condução desde a gestante, até o nascimento. Falhas na rede de fluxo e no acesso”.

Entrevistado 3 – “Em Ponta Grossa, essa implementação está sendo realizada, e com **resultados muito bons** em relação ao próprio trabalho da atenção primária, à própria resolubilidade da atenção primária. Está demonstrando reduções, e está demonstrando que existe uma preocupação nesta área”.

Entrevistado 4 – “eu posso dizer que o programa “mãe paranaense” já estava dando alguns **resultados positivos** antes da implementação do nosso protocolo. Mas é importante nós termos essa prerrogativa de observar as nossas características e até mesmo nossas fragilidades também e podermos trabalhar com nosso programa e o nosso protocolo no município. Mas a implementação do programa “mãe paranaense” no município de Ponta Grossa, para mim, é muito positivo”.

Entrevistado 5 – “**avalia de forma bem positiva**. Eu acredito que isso é muito contínuo, que não pode se perder. A partir do momento que o município teve uma linha para seguir a qual estabelece o número exato de

gestantes que a gente tem um retorno por parte do Hospital dos prestadores de serviço que conseguem dar um retorno também do atendimento para a atenção primária e de conseguir uma resolutividade e identificar muito mais, não só como a mortalidade, investigar os óbitos, mas de forma integral nos fluxos de atendimento, muito mais rápido em tempo mais oportuno talvez para poder estratificar e conseguir captar antes qualquer problema o risco que essas gestantes podem ter. Isso beneficia muito mais a redução da mortalidade é um dos pontos importantes. Então eu acho que isso já está sendo feito em Ponta Grossa”.

A última pergunta realizada foi relativa às **dificuldades percebidas para a redução da Mortalidade Infantil no município de Ponta Grossa**. Seguem as respostas:

Entrevistado 1 – “Por mais que a mortalidade infantil está relacionada diretamente a assistência à saúde, não é só isso que vai impactar, tem outras questões. Mesmo que eu tenha uma assistência considerada excelente, se eu tenho pessoas em condições desfavoráveis, relacionadas à renda, à escolaridade, vivendo em uma casa pequena de dois cômodos com 10 pessoas dentro. Então foge da questão da saúde, **existe uma questão social que está ligada e que foge do que poderíamos fazer**”.

Entrevistado 2 – “Falta de comprometimento das equipes da atenção primária, **dificuldade no acesso dos serviços e falta de coesão**; de uma cobrança maior, um direcionamento melhor para atingir essa população mais carente, mais distante”.

Entrevistado 3 – “são inúmeros fatores que interferem. [...] **O que a gente precisaria para a redução é o verdadeiro significado de mudar a gestão do cuidado, que seria voltado mais para uma população determinada, a própria população do território, que a equipe se aproprie daquilo, como responsabilidade sua**, que o sujeito faça parte do seu plano de cuidado, que ele seja corresponsável pela sua condição de saúde, para isso ele precisa conhecer sua condição de saúde e saber essas metas, aonde se quer chegar, enfim, mudar um pouco a lógica desse processo de trabalho, o que vai levar um certo tempo, eu acredito. [...] Outra dificuldade maior é a gente conseguir fazer um trabalho intersetorial mais efetivo”.

Entrevistado 4 – “Eu acho que a gente pode citar três situações, três dificuldades ou três perspectivas que a gente tem que estar atentos que podem dificultar o trabalho que tem sido realizado para a redução da mortalidade infantil: primeiro é uma **questão política**, que é a possível ou histórica descontinuidade das políticas que são implementadas entre as gestões. [...] A segunda questão: acho que não existe política pública que, embora tenhamos ações de redução da mortalidade infantil que tenham baixo custo, a gente não pode pensar no sucesso de uma política pública ou de uma ação governamental sem investimentos, e quando eu falo em investimentos, eu falo em **investimentos de recursos humanos, de recursos tecnológicos, da capacitação contínua dos profissionais** que atuam nessa área para continuarem a prestar cada vez mais melhores serviços, estarem atentos e preparados para os desafios que se impõem a cada dia. [...] Um terceiro elemento importante é, dentre outros dificultadores, é continuar trabalhando com a **conscientização da própria população para a adesão aos programas existentes**”.

Entrevistado 5 – “Contratação de serviços complementares, **busca ativa de gestantes e fragilidades no fluxo dos serviços que comprometem a qualidade no atendimento gerando o aumento na mortalidade**”.

Como desdobramento dos eixos de análise, originaram-se as categorias de análise que foram organizadas de acordo com o quadro a seguir:

SEQUÊNCIA	CATEGORIAS DE ANÁLISE
01	Mortalidade Infantil e Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa
02	Fatores demográficos e socioeconômicos associados à Mortalidade Infantil
03	Implementação da Rede Mãe Paranaense
04	Percepções da mortalidade infantil para os participantes da pesquisa

Quadro 17 Categorias de análise quali-quantitativas. FONTE: Respostas das entrevistas dos participantes da pesquisa. Dados trabalhados pela autora.

Dando continuidade à sequência de ações metodológicas da análise de conteúdo prevista por Franco (2008) avança-se para a análise das categorias.

4.1 MORTALIDADE INFANTIL E REDE MÃE PARANAENSE NO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA

A primeira categoria de análise se concentrará em apresentar as repercussões observadas na mortalidade infantil do município de Ponta Grossa, após a implementação da Rede Mãe Paranaense.

A eleição desta categoria se justifica pelo alcance do objetivo geral da presente pesquisa assim como pela relevância científica que o tema representa para a comunidade acadêmica e para a sociedade como um todo, haja vista que a mortalidade infantil representa um problema de ordem social, econômica, política e de saúde.

Falar sobre mortalidade infantil não nos parece assunto muito original, porém mesmo com tantas publicações valiosas nesta área, pouco se tem observado sobre a efetividade de políticas públicas de enfrentamento à problemática em níveis mundiais e nacionais.

Mesmo que evidências científicas apontem para a redução da TMI global³⁴ e brasileira³⁵ esforços não devem ser poupados no enfrentamento desta problemática, haja vista que sob a análise isolada de determinadas regiões geográficas a mortalidade infantil ainda representa uma consequência das vulnerabilidades socioeconômicas e de atenção à saúde de grande destaque.

Dados da Unicef (2013) apontam que, na África Ocidental e Central “não houve virtualmente nenhuma redução do número anual de mortes na infância desde 1990” (UNICEF, 2013).

Nestas regiões morreram, no ano de 2012 cerca de 3 milhões de recém-nascidos durante o primeiro mês de vida. Entre as crianças de 0 a cinco anos de vida, a principal causa de óbito foi a desnutrição oriunda das diarreias, pneumonias e malária. (UNICEF, 2013) Problemas de saúde que poderiam ter sido tratadas ou evitados com medidas básicas de atenção à saúde, como saneamento e vigilância.

No Brasil não é diferente. Mesmo com tendência declinante, a TMI brasileira ainda é “considerada elevada e incompatível com o desenvolvimento do país” (BRASIL, 2009, p. 08). Ela é “semelhante a taxa dos países desenvolvidos no final da década de 1960 e cerca de três a seis vezes maior do que a de países como o Japão, Canadá, Cuba, Chile e Costa Rica que variam entre três e dez óbitos por mil nascidos vivos” (BRASIL, 2009, p. 07).

Além disso, outro grande problema que se observa no país se refere à distribuição geográfica dos óbitos infantis. Evidências do Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (2014) apontam que a maior concentração de óbitos infantis brasileiros se concentra nas regiões norte e nordeste do país.

Não coincidentemente estas regiões apresentam os maiores índices de pobreza nacional, conforme cita estudo feito pela ONU (2016) no Brasil entre 2004 e 2013³⁶.

³⁴A TMI mundial reduziu nas últimas décadas, caindo de 87 óbitos em menores de cinco anos de vida em 1990 para 51 óbitos em menores de cinco anos de vida em 2011.

³⁵ A TMI brasileira reduziu nas últimas décadas, caindo de 47,1 óbitos em menores de um ano de vida em 1990 para 15,3 óbitos em menores de um ano de vida em 2011.

³⁶ Entre 2004 e 2013, os índices de pobreza no país caíram de 20% para 9% da população e de 7% para 4% no caso da pobreza extrema. No entanto, os principais aspectos ou perfis da pobreza continuam os mesmos: ela está mais presente no meio rural e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil.

Fuentes (1990) atribui a relação entre pobreza e maior incidência de óbitos infantis, referida nos dois exemplos acima, à ineficiência governamental em estabelecer políticas públicas capazes de corrigir as falhas na distribuição de renda e na oferta pública e gratuita de bens e serviços necessários à redução da mortalidade infantil, tais como saneamento básico, educação e saúde.

As políticas públicas têm grande importância neste processo, haja vista que elas representam a materialização dos direitos humanos e sociais. Elas são idealizadas a partir de problemas existentes na sociedade, são mediadas pelas relações entre Estado e sociedade civil, se estruturam a partir de regras, leis, diretrizes e procedimentos legais e se transformam em ações concretas direcionadas à resolução dos problemas sociais.

Porém, a superficialidade das políticas públicas, incentivadas pelo movimento global de expansão do capital em detrimento à intervenção estatal nas questões sociais, faz com que a mortalidade infantil se torne ainda complexa em regiões do planeta com visíveis vulnerabilidades socioeconômicas.

Foi a partir desta observação que, no ano de 2000, a ONU propôs uma série de oito objetivos a serem enfrentados por 168 países, incluindo o Brasil, para o combate da pobreza extrema e outros males da sociedade em níveis mundiais.

O quarto objetivo proposto referiu-se à meta de redução de dois terços da mortalidade infantil mundial até o ano de 2015.

Após uma década de pactuação, portanto em 2010, originou-se um movimento global de aceleração das metas propostas pela ONU para o cumprimento do Objetivo 4 denominado: “Chamada à Ação para a Sobrevivência Infantil” (UNICEF, 2014).

Neste contexto pactuaram 178 governos, dez a mais, imbuídos da “convicção de que a sobrevivência infantil é uma responsabilidade partilhada e que governos, sociedade civil, setores privados e indivíduos tem contribuição vital a fazer” (UNICEF, 2014).

Foi com este propósito que, no Brasil iniciou-se uma grande discussão sobre a elaboração de um sistema atenção à saúde, direcionada ao enfrentamento

concomitante da mortalidade materna e infantil. Tratava-se de uma nova formatação de atenção à saúde, idealizada e fundamentada por Egenio Vilaça Mendes, que consistia na atenção à saúde e redes³⁷.

Tal idealização se materializou no ano de 2011 com a instituição, pelo Ministério da Saúde, da Rede Cegonha, que objetivava entre outros “reduzir a mortalidade infantil com ênfase no componente neonatal” (BRASIL, 2011).

A estratégia de ação desta Rede se fundamenta na avaliação e classificação de risco gestacional e infantil, garantia de atenção básica de saúde à gestante e à criança até 24 meses, garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento e garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011).

No estado do Paraná, a Rede Cegonha ganha contornos peculiares, baseados na experiência curitibana de atenção materno-infantil em redes desenvolvida entre os anos de 1999 a 2010, e se estrutura na Rede Mãe Paranaense.

Esta Rede, que é fundamentada na Rede Cegonha, compreende um conjunto de ações de saúde³⁸ às gestantes e crianças com o objetivo de “reduzir a mortalidade materna e infantil em todas as regiões do Paraná” (PARANÁ, 2011, p. 03).

A Rede Mãe Paranaense foi implantada concomitantemente nos 399 municípios paranaenses, incluindo Ponta Grossa, no ano de 2012 e desde então está sendo implementada.

Passados cinco anos de implementação da Rede Mãe Paranaense neste município foi constatado a partir da análise quantitativa dos dados que não

³⁷ Os Sistemas de Atenção à Saúde em Redes são “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. (BRASIL, 2010) Seus objetivos estão direcionados à superar a fragmentação da atenção e da gestão em saúde, aumentar a efetividade e a eficiência dos serviços de saúde e qualificar o funcionamento político institucional do SUS (BRASIL, 2010).

³⁸ ações de captação precoce da gestante para o acompanhamento no pré-natal, a realização de no mínimo 7 consultas, a realização de (17) exames, a Estratificação de Risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional” (PARANÁ, 2011, p. 13).

houveram avanços na redução da mortalidade infantil entre os anos de 2012 e 2013 e entre 2013 e 2014.

Tal constatação pode ser corroborada com a análise do gráfico a seguir, que aponta a série histórica da mortalidade infantil de 1996 a 2016.

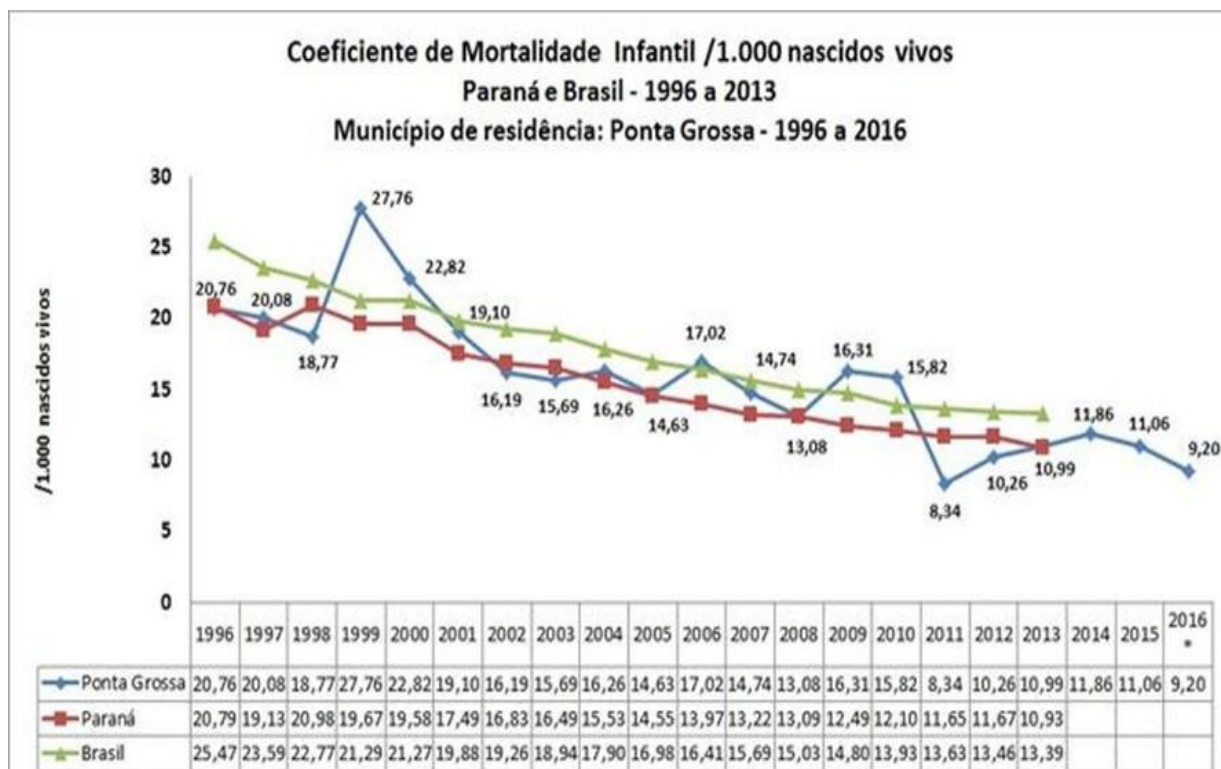


Gráfico 10 Coeficiente da Mortalidade Infantil Brasil, Paraná e Ponta Grossa 1996 a 2016.
FONTE: PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde. Ponta Grossa, 2017

*Dados Parciais.

Entre os anos 2014 e 2015 evidencia-se redução dos óbitos infantis e entre 2015 e 2016 não se pode precisar se houve ou não redução de mortalidade infantil em função à parcialidade dos dados do ano de 2016.

Em pesquisa realizada no Datasus (2017) referente ao número real de óbitos infantis no município de Ponta Grossa nos anos de 2012, 2013 e 2014 (ano de atualização dos dados vitais do Datasus) encontrou-se que no ano de 2012 foram registrados no SIM 54 óbitos infantis. No ano de 2013, 56 óbitos infantis e no ano de 2014, 65 óbitos infantis.

Estas evidências comprovam com dados reais o não alcance dos objetivos propostos pela Rede Mãe Paranaense³⁹ no primeiro triênio de implementação do programa no município de Ponta Grossa.

Outra evidência encontrada com a pesquisa se refere aos óbitos infantis ocorridos no período neonatal precoce (0 a 6 dias de vida), óbitos estes, apontados nos objetivos da Rede Cegonha (2011)⁴⁰, como de maior ênfase de redução em níveis nacionais. Para ilustrar a análise traz-se o gráfico a seguir:

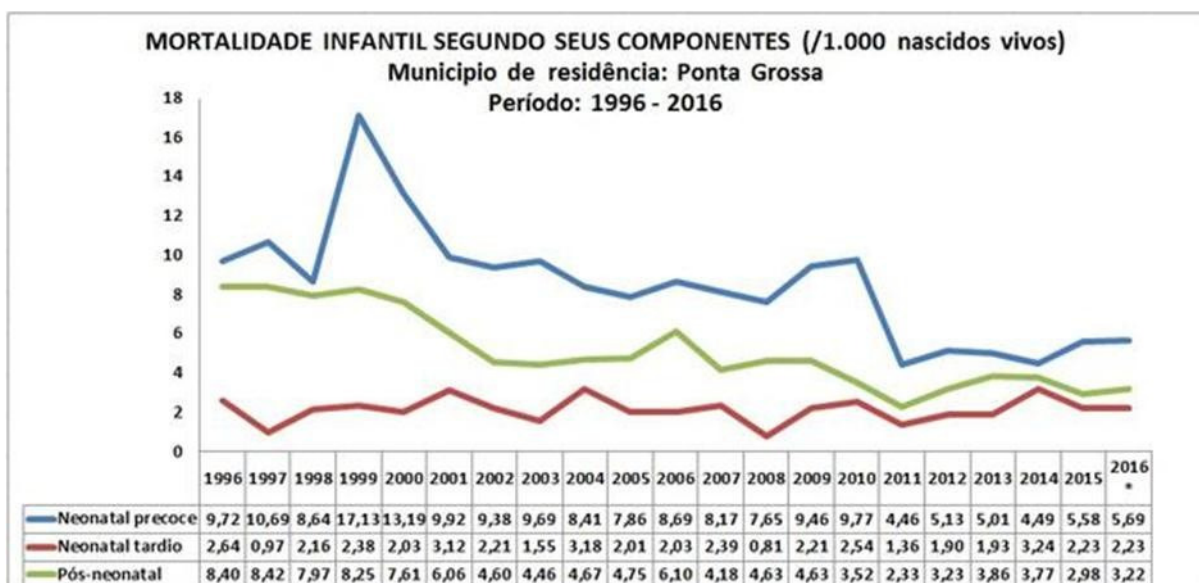


Gráfico 11 Componentes da Mortalidade Infantil no município de Ponta Grossa 1996 a 2016.
FONTE: PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Vigilância em Saúde. Ponta Grossa, 2017.

Pela observação do gráfico, conclui-se que os óbitos neonatais precoces, que totalizavam 5,13 no ano de 2012 (ano de implantação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa), foram reduzidos nos anos de 2013 e 2014, porém com grande alta no ano de 2015 e 2016.

³⁹ Objetivo Rede Mãe Paranaense: “reduzir a mortalidade materna e infantil nos municípios paranaenses” (PARANÁ, 2011, p. 03).

⁴⁰ Objetivos da Rede Cegonha: I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e III - **reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal** (BRASIL, 2011).

Há de se levar em conta que os óbitos infantis do ano de 2016, ainda não estão totalmente contabilizados pelos sistemas de informação de óbito e, portanto o coeficiente de mortalidade ainda está expresso de forma parcial.

Mesmo assim, já se evidencia que o ano de 2016 contemplará o maior coeficiente de mortalidade neonatal precoce de todo período de implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa.

Quanto aos demais componentes da mortalidade infantil: óbito neonatal tardio e pós neonatal, percebem-se oscilações anuais de ambos os coeficientes, não sendo possível identificar a tendência decrescente de mortalidade infantil, proposta nos objetivos da Rede Mãe Paranaense para o município de Ponta Grossa.

Percebe-se ainda que no ano de 2011, ano anterior à implementação da Rede Mãe Paranaense no mesmo município, tanto os óbitos neonatais tardios como os pós neonatais, apresentaram melhores coeficiente de mortalidade, quando comparados aos anos 2012, 2013, 2014 e 2015.

Desta forma conclui-se que, a implementação da Rede Mãe Paranaense contribuiu parcialmente para a redução dos óbitos neonatais tardios e dos pós-neonatais, ou seja, percebe-se variações de coeficientes entre um ano e outro do período, porém não se observam tendências decrescentes de mortalidade na série histórica analisada conforme se esperava.

Diante das evidencias encontradas na pesquisa, quatro pontos importantes devem ser destacados, no que concerne à repercussão do processo de implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa.

O primeiro e o segundo fazem referência respectivamente aos fatores intrínsecos e extrínsecos que dificultaram tal implementação.

O terceiro se refere à descontinuidade das políticas públicas de enfrentamento à mortalidade infantil nas três esferas governamentais.

Por fim, o quarto ponto se refere aos fatores socioeconômicos que determinaram os óbitos infantis.

Em se tratando dos fatores que dificultaram intrinsecamente a implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa, refere-se àqueles relacionados ao processo de trabalho⁴¹ ou àqueles à ele dependentes.

No que tange ao processo de trabalho citam-se todas as ações em saúde materno-infantil, previstas na Linha Guia Mãe Paranaense, que deveriam ter sido feitas e que não foram, ou foram de maneira fragmentadas, acarretando consequências tais como o óbito infantil.

Já no que diz respeito às ações dependentes do processo de trabalho em saúde, podemos citar os fluxos e contra fluxos de usuários dentro da Rede, o sistema de regulação, apoio diagnóstico e terapêutico dentre outros que pela ineficiência colaboraram para efetivação do óbito infantil.

Quanto às dificuldades extrínsecas à implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa, pode-se dizer que tratam-se das causas externas, que de certa forma influenciaram negativamente a efetivação das ações da Rede Paranaense.

Dentre elas podemos citar: a baixa cobertura de Estratégia Saúde da Família no referido município, quando do início da implantação da Rede (44,97% de cobertura populacional estimada no ano de 2012) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, DAB, 2017), déficits humanos e matérias e fragilidades do sistema de vigilância do óbito infantil.

Quando se fala na descontinuidade das políticas públicas de enfrentamento à problemática da mortalidade infantil, refere-se ao rompimento do processo de implementação tanto da Rede Cegonha, como da Rede Mãe Paranaense, em função às plataformas eleitoras adotadas nos diferentes tipos de governo nos três níveis governamentais.

Em geral as descontinuidades das políticas públicas são manifestadas por “meio de cortes nos orçamentos, remanejamento e substituição de servidores e de projetos, troca de nome de programas, enfim são fatores que comprometem a continuidade e a efetividade das políticas públicas, levando-as a um eterno recomeço” (ESTEVAM, 2010, p. 01).

⁴¹ Processo de Trabalho em saúde: “diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/ profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde.” Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>> acesso em: 11 jan. 2017.

Por fim, o quarto ponto dificultador da implementação da Rede Mãe Paranaense e consequente redução da mortalidade infantil no município de Ponta Grossa, é representado pelas fragilidades socioeconômicas e demográficas encontradas nas gestantes e recém-nascidos que compuseram as estatísticas de óbito infantil analisadas nesta pesquisa.

Em geral, tais fragilidades, representadas sinteticamente pela baixa escolaridade e baixa renda, compõe os fatores que impedem o acesso a bens de consumo e serviços, entendidos como indispensáveis ao pleno processo de planejar, gestar, parir e nascer.

4.2 FATORES DEMOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS ASSOCIADOS À MORTALIDADE INFANTIL

Nesta categoria de análise serão abordados os fatores socioeconômicos e demográficos, que se associam ao óbito infantil sob a ótica dos participantes da pesquisa e dos resumos de óbitos infantis dos anos de 2012, 2013 e 2014 ,encontrados no banco de dados do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do município de Ponta Grossa.

Para tanto, retomaremos alguns conceitos, anteriormente descritos, indispensáveis ao entendimento das análises e posteriormente apresentaremos breve conclusão sobre a presente categoria.

Identificados como os Determinantes Sociais da Saúde, os fatores socioeconômicos e demográficos que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, são responsáveis pelas iniquidades em saúde e pelos sofrimentos humanos desnecessários (PELLEGRINE FILHO, 2007).

Tais iniquidades, entendidas como “ diferenças desnecessárias e evitáveis que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis” (FIOCRUZ, 2017) originam-se a partir das condições sociais adversas⁴² ou da ineficiência de políticas

⁴² Quando se fala em condições sociais adversas, entende-se como as condições de “disparidades de renda e riqueza, como também diferenças nas oportunidades dadas aos indivíduos com base em fatores como etnia, e raça, classe, gênero, nível educacional, deficiências, orientação sexual e localização geográfica,” (OMS, 2011, p. 07) que geram segregação social.

públicas⁴³ (OMS, 2011) e representam a causa da maioria dos óbitos infantis mundiais e nacionais.

Esta constatação levou Mosley e Chen (1984) a desenvolverem o “Modelo Teórico Hierarquizado da Mortalidade Infantil”, com a descrição dos fatores que a determinavam segundo critérios biológicos, comportamentais, assistenciais, socioeconômicos e demográficos maternos, do próprio recém-nascido e do contexto familiar como um todo.

Estes fatores, foram organizados pelos autores conforme sua proximidade com a ocorrência do óbito infantil e, sob este marco, foram definidos como proximais, intermediários e distais.

Os fatores proximais relacionam-se diretamente ao óbito infantil e podem ser identificados como idade materna, peso ao nascer, prematuridade e malformações genéticas ou morfológicas (BARBOSA et al, 2014).

Os fatores intermediários foram identificados pelos autores como sendo aqueles relativos à características maternas (aspectos comportamentais) e características assistenciais (pré-natal, acesso a serviços de saúde, qualidade dos serviços de saúde) (BARBOSA, et al, 2014; MOSLEY; CHEN, 1984, BRASIL, 2010).

Quanto aos fatores distais da mortalidade infantil, Mosley e Chen (1984), Barbosa et al (2014) e Brasil (2010) concordam tratar-se de fatores ligados a características socioeconômicas e demográficas (renda, escolaridade materna, situação conjugal, condições de moradia, local de residência) que impossibilitam mulheres, gestantes e crianças à “aquisição de bens essenciais como água encanada, esgoto sanitário,” (BARBOSA et al, 2014, p. 04) alimentação, moradia, acesso a serviços de saúde, educação e renda.

Tais impossibilidades os predispõe à vulnerabilidades sociais, biológicas e comportamentais que favorecem o óbito infantil.

⁴³ Em se tratando das políticas públicas ineficientes, entende-se que são àquelas que não contemplam a materialização, em sua plenitude, dos direitos sociais e individuais que fazem referência “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988).

A mortalidade infantil, embora apresente uma certa sensibilidade a diversos fatores proximais, “tem relação direta com características econômicas e sociais – de uma forma geral, altas taxas de mortalidade infantil estão associadas a deficiências das condições socioeconômicas” (PARANÁ, 2001, p. 01).

A prova desta relação de proporcionalidade está presente em exemplos mundiais e nacionais, já citados anteriormente neste trabalho. Em âmbito mundial, esta relação é evidenciada na região da África sub-saariana, que apresenta o menor IDH mundial e, conseqüentemente, a maior taxa de mortalidade infantil do globo terrestre (UNICEF, 2012).

Assim como no mundo, as regiões Norte e Nordeste do Brasil, que apresentam os menores índices desenvolvimento socioeconômico⁴⁴ do país quando comparadas à outras regiões brasileiras, são identificadas com as maiores taxas de mortalidade infantil do país (BRASIL, 2014).

Fuentes (1990) explica que, esta relação se estabelece porque “diferenças regionais de mortalidade são um reflexo de níveis de qualidade distintos, produto de condições de renda também, diferentes” (FUENTES, 1990, p. 45).

Neste sentido, a mesma autora conclui que, o que realmente se observa, no que tange à delimitação dos fatores (proximais, intermediários e distais) que culminam no óbito infantil, é que “indiscutivelmente, existe por trás de todos os fatores uma variável única: o nível de renda” (FUENTES, 1990, p. 45).

Nas economias capitalistas, a renda é representada por todos valores recebidos por um indivíduo, em troca de sua força de trabalho, ela representa a chave de acesso à aquisição de bens materiais e imateriais (água, alimentação adequada, boas condições de moradia, educação e saúde), que são fundamentais à sobrevivência infantil.

Porém, nem todos os cidadãos, em níveis mundiais e nacionais, têm iguais oportunidades de trabalho e renda, pois são oriundos de contextos sociais diversos. Diante disso, caberia ao Estado regular políticas públicas sociais, econômicas, de saúde, educacionais, entre outras, com objetivo de redistribuir as oportunidades de

⁴⁴ Entre 2004 e 2013, os índices de pobreza no país caíram de 20% para 9% da população e de 7% para 4% no caso da pobreza extrema. No entanto, os principais aspectos ou perfis da pobreza continuam os mesmos: ela está mais presente no meio rural e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil (ONU, 2016).

forma igualitária a todas as pessoas que compõe uma mesma sociedade, além prover a proteção aos vulneráveis sociais.

Entretanto, o que se observa na prática brasileira e mundial, são investidas do sistema econômico, hegemonicamente dominante, contra as possibilidades de intervenção estatal nas questões sociais, em nome da expansão comercial e da acumulação do capital.

A dinâmica deste sistema econômico, é entendida por inúmeros autores - (PAIM, 2010), (BRAVO, 1991), (SADER, 2010), FLEURY (2008) - como responsáveis pelas maiores dificuldades de mudança socioeconômica e de saúde das pessoas e populações, ao passo que potencializam as desigualdades sociais, fortalecem a instauração dos determinantes sociais da saúde e otimizam o aumento das taxas de mortalidade infantil, tanto em níveis mundiais quanto nacionais.

Estas evidências, têm originado no Brasil, estudos referentes às causas da mortalidade infantil, bem como sobre suas consequências e seus mecanismos de enfrentamento. De acordo com estes estudos, identificou-se que a prematuridade é a principal causa de morte de crianças brasileiras no primeiro mês de vida (UNICEF, 2011).

Em 2010, nasceram 15 milhões de crianças prematuras (abaixo de 37 semanas de gestação); neste contexto, o percentual de prematuridade, que era de 6,8% no ano de 2000, subiu para 11,7% em 2010, colocando o Brasil na décima posição entre os países onde mais nascem prematuros no mundo (UNICEF, 2011).

Outro fator, identificado nos estudos brasileiros, como decisivo na ocorrência do óbito infantil, faz referência ao baixo peso ao nascer (peso de nascimento inferior a 2.500g). Embora o percentual tenha se mantido desde 2000, em torno de 8% do total de nascimentos, evidencia-se que fatores como raça, etnia e a idade da mãe também têm influência na prevalência dos casos de baixo peso ao nascer⁴⁵.

Acredita-se, baseado nas afirmações de Mosley e Chen (1985), Brasil (2012), Monteiro (1990) e Fuertes (1990), que, embora os óbitos infantis brasileiros tenham como causa básica do óbito a prematuridade e/ou o baixo peso ao nascer

⁴⁵ mulheres negras respondem pelo maior percentual de nascimentos de crianças abaixo do peso (9,4%), seguida pelas brancas (8,3%) e pardas (8,2%). A menor taxa encontrada foi entre as mulheres amarelas e indígenas: 7,6% e 7,7%, respectivamente (UNICEF, 2011).

(fatores proximais), variáveis de exposição socioeconômicas e demográficas (fatores distais) se apresentam como indutoras da prematuridade e do baixo peso.

Em outras palavras, isso significa dizer que, as dificuldades socioeconômicas e demográficas impossibilitam o acesso materno à bens e serviços essenciais de saúde, educação, moradia, saneamento, entre outros, favorecendo a ocorrência do parto prematuro e do baixo peso ao nascer (UNICEF, 2013; BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2012; MONTEIRO, 1990).

Ancorando-se nestas referencias e acreditando que os fatores socioeconômicos e demográficos influenciam decisivamente o óbito infantil introduz-se os resultados encontrados na presente pesquisa, que relaciona tais indicadores no município de Ponta Grossa.

Os resultados que serão apresentados, foram baseados nos resumos de caso de óbito, coletados em pesquisa documental no banco de dados do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do município de Ponta Grossa, dos anos de 2012, 2013 e 2014.

Estes anos foram selecionados por compreenderem o início da implementação da Rede Mãe Paranaense no referido município.

Foram selecionados todos os óbitos infantis, cujos resumos estavam descritos e finalizados. Os demais resumos, que estavam incompletos, não puderam ser sistematizados, portanto, não fizeram parte deste momento da pesquisa. Contudo, foram contabilizados para fins epidemiológicos e estatísticos.

No total foram analisados 21 resumos de óbitos infantis sendo, 06 do ano de 2012, 08 do ano de 2013 e 07 do ano de 2014. Foram utilizados para a análise, os fatores socioeconômicos e demográficos, definidos por Mosley e Chen (1984) como fatores distais do óbito infantil, a saber: renda média familiar, escolaridade materna, situação conjugal, condições de moradia e local de residência.

4.2.1 Renda Média Familiar

A Renda Média Familiar, entendida como a “soma dos rendimentos mensais dos componentes da família, inclusive das pessoas cuja condição na família fosse de

pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico” (IGBE, 2017) tem influência direta sobre a ocorrência de óbitos infantis.

Considerando a renda domiciliar per capita, os microdados da PNAD apresentaram uma menor concentração dos óbitos ao final do período (2008), mas ao longo do tempo houve uma tendência de maior concentração dos óbitos infantis entre as crianças cujas mães tinham menor renda. (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2012)

Dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2012) evidenciam que, no Brasil “há uma forte correlação negativa entre a taxa de mortalidade infantil e a renda familiar per capita e como era de se esperar, quanto maior a renda, menor é a taxa de mortalidade infantil.” (BRASIL, 2012, p. 08)

Estas constatações corroboram com os resultados encontrados na relação entre mortalidade infantil e renda média familiar do município de Ponta Grossa. Isto pode ser identificado no gráfico a seguir, que traz ao debate a distribuição de óbitos infantis, do referido município, entre os anos de 2012 a 2014, segundo a renda média familiar.

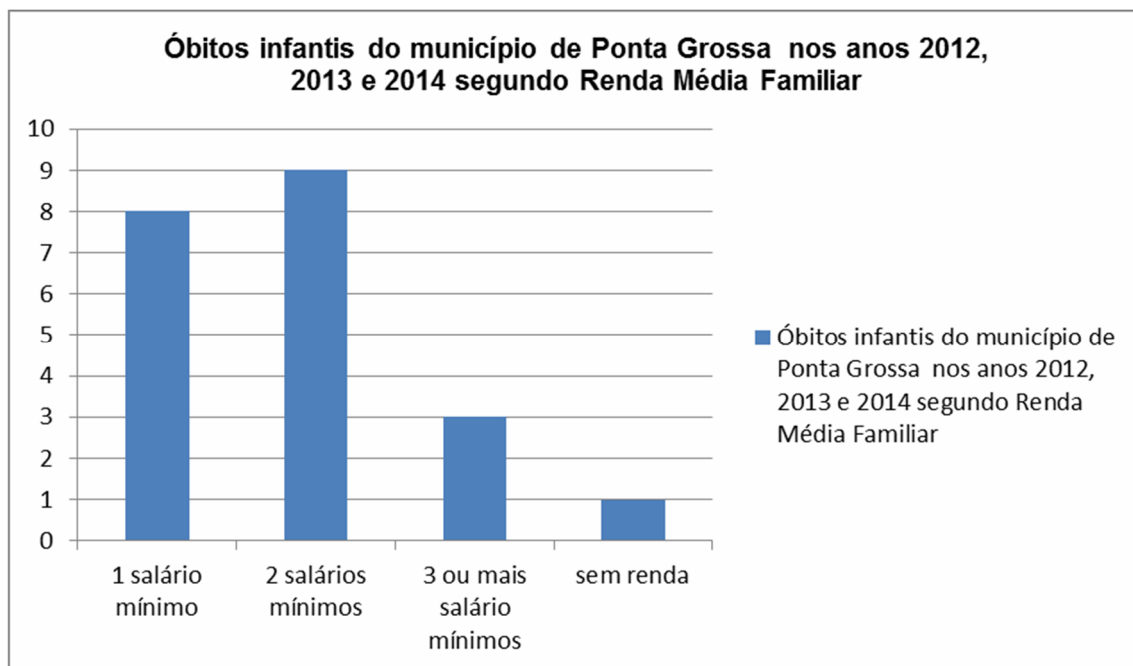


Gráfico 12 Renda Média Familiar. Fonte: Resumos Comitê Mortalidade Materna e Infantil do Município de Ponta Grossa, 2012 a 2014.

A análise do gráfico permite identificar que a grande maioria dos óbitos infantis ocorridos no município de Ponta Grossa, nos anos de 2012, 2013 e 2014, eram provenientes de famílias que faturavam entre 01 e 02 salários mínimos

mensais, independentemente da fonte de recursos. Isso quer dizer que, algumas famílias compuseram a renda média familiar somando valores do auxílio governamental.

Importante destacar que o óbito ocorrido em família sem renda, representou pequeno percentual, pelo fato da família declarar-se totalmente desprovida de renda, inclusive sem auxílio governamental.

Outro fator de destaque refere-se a pouca concentração de óbitos, quando comparados às outras faixas de renda, entre famílias com renda média familiar de 3 ou mais salários. Esta constatação é muito relevante, ao passo que não foi limitado renda média familiar máxima.

Evidenciou-se também, nesta pesquisa, porém na análise dos resumos (relação entre renda média familiar e número de pessoas que residiam na casa), que, do total de óbitos ocorridos nos anos de 2012 a 2014, 09 famílias encontravam-se em situação de baixa renda, ou seja, famílias com renda média mensal per capita menor ou igual a meio salário mínimo nacional no ano vigente.

Estas evidencias, nacionais e municipal, apontam para a necessidade que tem o país de instituir políticas públicas de enfrentamento à mortalidade infantil, com enfoque na redistribuição de renda, cujo objetivo é a ascensão social, no que tange ao acesso a bens e serviços públicos de educação e saúde, como forma de alavancar a redução da mortalidade infantil.

4.2.2 Escolaridade Materna

O nível de escolaridade compõe um dos eixos dos indicadores socioeconômicos que marcam o grau de desenvolvimento de um país. Em geral, bons níveis de escolaridade possibilitam as pessoas e populações o acesso a melhores condições de trabalho e, conseqüentemente, melhores condições de renda.

Por sua vez, em democracias capitalistas, como é o caso do Brasil, melhores condições de renda representam melhores condições de acesso a bens e serviços tidos como essenciais, tais como: saneamento básico, educação, saúde entre outros.

No Brasil, a Secretaria de Educação Básica prima pela educação infantil, pelo ensino fundamental e pelo ensino médio (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, Secretaria de Educação Básica, 2017).

Como referenciado no próprio nome da Secretaria, esta seria a escolaridade mínima necessária para “assegurar a todos os brasileiros a formação comum indispensável para o exercício da cidadania e fornecer-lhes os meios para progredir no trabalho e em estudos posteriores” (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, Secretaria de Educação Básica, 2017).

Porém, o que se observa em dados estatísticos brasileiros é que a maior parte a população não conclui a educação fundamental, haja vista que “a escolaridade média da população de 25 anos ou mais no ano de 2013, foi de 7,7 anos de estudo” (BRASIL, Cidadania e Justiça, 2014).

Esta condição explica os inúmeros problemas de ordem socioeconômica, política e de saúde observados no país. Os de ordem socioeconômica se referem à dificuldades de acesso à renda, pela baixa escolaridade; os de ordem política fazem referência à dificuldades em discernir sobre questões político-ideológicas e governamentais, em função à baixa escolaridade; e quanto aos relacionados à saúde, a baixa escolaridade priva cidadãos de compreender sobre suas condições de saúde e sobre os processos de promoção, prevenção e reabilitação à saúde.

O baixo nível de escolaridade reflete em inúmeros problemas de saúde e, como não podia ser diferente, a baixa escolaridade materna influencia a ocorrência de óbitos infantis. Dados apontados por Monteiro (1990) concluem que “o risco de mortalidade infantil para mães analfabetas chega a ser 5,7 vezes maior do que o risco de mortalidade infantil em crianças cujas mães estudaram 10 anos ou mais” (MONTEIRO, 1990, p. 77).

Isso deve-se a dificuldade que tem a mãe de baixa escolaridade em identificar os riscos de morbimortalidade infantis, tais como: doenças infecciosas, carências nutricionais, riscos socioeconômicos, riscos sanitários entre outros (MONTEIRO, 1990).

Um dado relevante, destacado pelo Ministério da Saúde (2014), diz respeito à influência da escolaridade materna, sobre os componentes da mortalidade infantil. Neste quesito, observa-se que “quanto menor a escolaridade materna, maior a

importância do componente pós-neonatal, com proporção de óbitos de crianças com 28 dias ou mais de vida superior a 30%” (BRASIL, 2014, p. 65).

Um estudo realizado no Paraná, no ano de 2011, que compreendeu todos os óbitos infantis do estado, entre os anos de 2006 a 2010, identificou que filhos de mãe analfabetas tem 2,5 vezes mais chances de morrer, do que filhos de mães com 12 ou mais anos de estudo (PARANÁ, 2011).

No município de Ponta Grossa, à relação entre a escolaridade materna e os óbitos ocorridos nos anos de 2012 a 2014, aparecem em consonância com as referências anteriormente citadas. Isto pode ser desvendado pela análise do gráfico que segue.

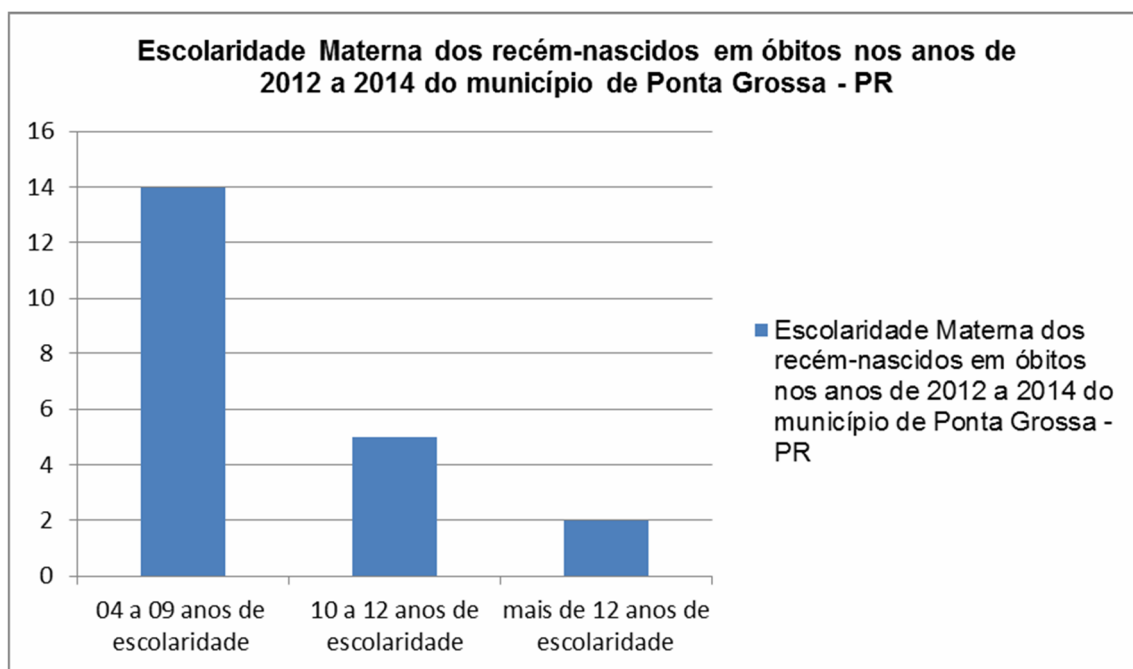


Gráfico 13 Escolaridade Materna Fonte: Resumos Comitê Mortalidade Materna e Infantil município de Ponta Grossa, 2012 a 2014.

De acordo com o gráfico, 14 dos 21 óbitos infantis analisados, tinham suas mães variando entre 04 e 09 anos de estudo, ou seja, com ensino fundamental incompleto ou completo (abaixo do que preconiza o Ministério da Educação).

Ainda, do total de óbitos infantis analisados, 05 ocorreram com mães que concluíram o ensino fundamental e iniciaram o ensino médio. E 02 dos óbitos

infantis analisados, ocorreram com mães que concluíram o ensino médio e ascenderam ao ensino superior.

Diante dos resultados, conclui-se que a maioria dos óbitos infantis, dos anos de 2012 a 2014, do município de Ponta Grossa, apresentam-se concentrados no grupo de mães com baixa escolaridade, alinhados, portanto, com os resultados estatísticos encontrados nos estudos brasileiros (2014) e paranaenses (2011).

Esta evidência justifica a necessidade de trabalho intersetorial entre educação e saúde, além de compor subsídios plausíveis para a implantação e implementação de políticas públicas de encorajamento à educação básica inclusiva e de qualidade, com caráter universal a todas as faixas etárias nacionais.

4.2.3 Situação Conjugal Materna 195

Este fator demográfico, tem peso sobre os eventos de óbito infantil, por sugerir

que a presença de companheiro materno reflete em melhor atenção ao recém-nascido devido à contribuição financeira e ao apoio psicossocial, o que pode então interferir positivamente na sobrevivência da criança em seu primeiro ano de vida. (SARDINHA, 2014, p. 46)

O gráfico a seguir apresenta a situação conjugal das mães cujos filhos recém-nascidos morreram nos anos de 2012 a 2014, no município de Ponta Grossa.

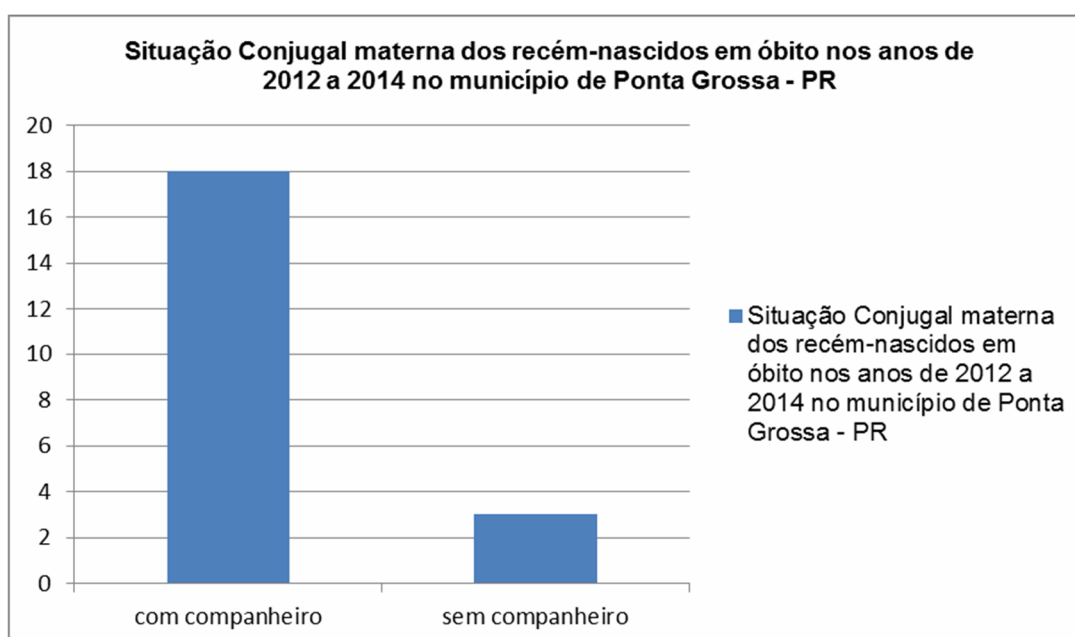


Gráfico 14 Situação Conjugal Materna. Fonte: Resumos Comitê Mortalidade Materna e Infantil município de Ponta Grossa, 2012 a 2014, 2016.

De acordo com o exposto, 18 das 21 mães, cujos filhos compuseram as estatísticas de óbito infantil nos anos de 2012 a 2014, no município de Ponta Grossa, referiram ter companheiro, já 03 delas, declararam não possuir companheiro.

Este resultado suscita a idéia que as 18 mulheres que tinham companheiro, podiam apresentar certo planejamento sobre a gravidez e sobre o nascimento de um filho, porém, o estudo apontou que, das 21 mulheres cujos filhos foram a óbito nos anos de 2012 a 2014, apenas 03 planejaram a gestação. A grande maioria, 18 delas, referiram que a gravidez não era planejada, mas que haviam aceitado bem a idéia.

4.2.4 Local de residência e condições de moradia

Estas variáveis foram englobadas por apresentarem estreita relação; o local de residência diz respeito à área de residência – urbana ou rural, já as condições de moradia fazem referência aos tipos de moradia (casa de madeira, alvenaria, barracos, rua) e saneamento básico.

Os movimentos econômicos e industriais brasileiros das décadas de 1930 e 1940 favoreceram o êxodo rural, o crescimento abrupto das cidades, a favelização e a potencialização das vulnerabilidades socioeconômicas (IBGE, 1999).

O censo do IBGE (2010) aponta que, na década de 1940 a população urbana era representada por 32,24% do total da população brasileira, já na década de 2010, este indicador inverteu-se drasticamente.

Atualmente a população urbana brasileira representa-se com total de 84,36%. Em contrapartida, a população rural perfaz um total de 15,64% do total populacional brasileiro (IBGE, 2010).

A análise histórica sobre os condicionantes da mortalidade infantil no Brasil, evidencia que nas décadas de 1930 e 1940, as causas básicas dos óbitos infantis eram as endemias rurais e as diarreias, causadas pelas péssimas condições de saneamento básico (PONTE; FALLEIROS, 2010).

Nestas décadas, a taxa de mortalidade infantil encontrava-se na casa de 162 e 150 óbitos a cada mil nascidos, entre crianças menores de um ano de vida respectivamente (IBGE, 1999).

No ano de 2010, após intenso processo de êxodo rural, urbanização, tecnificação e avanços científicos, a configuração dos óbitos infantis mudou seu perfil.

Segundo Ipea (2014), a taxa de mortalidade infantil brasileira, no ano de 2011 representou 15,3 óbitos em menores de um ano de vida e as causas mais presente dos óbitos foram representadas pela prematuridade e baixo peso ao nascer, ocasionadas pelas vulnerabilidades socioeconômicas e demográficas da população brasileira (IPEA, 2014; UNICEF, 2013).

Embora perceba-se mudanças nas taxas de mortalidade infantil entre as referidas décadas no país, bem como as causas básicas dos óbitos, ainda se evidenciam fragilidades sanitárias, relacionadas ao abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana, coleta de lixo e drenagem urbana em ambos períodos.

A compilação de dados do IBGE (2010), feitas por Pinto (2014), identifica que o saneamento básico ainda é um grave problema nos domicílios brasileiros.

Em 2010, 49,1 milhões de brasileiros viviam em moradias urbanas inadequada. Destas, 28,3% não possuíam água encanada, rede de esgoto e coleta de lixo. (PINTO, 2014) Estes casos concentravam-se na regiões norte (70%) e nordeste (46,3%) do país e, as mulheres, bem como suas filhas são as mais atingidas.

Em relação à área rural, o saneamento básico é mais precário ainda; 35,8% da população rural, no ano de 2010, tinha acesso à água por meio de nascentes ou poços (PINTO, 2014). Quanto ao despejo de dejetos dos domicílios rurais brasileiros, 80% ocorriam em fossas ou diretamente nos lagos, rios, vales ou mar, os outros 20% eram queimados (PINTO, 2014).

No Paraná, 85%, dos 10.439.601 habitantes (IBGE, 2010), vivem na área urbana; destes, 86,1% possuem água encanada e 68,5% rede de esgoto (IPARDES, 2016).

Em Ponta Grossa, município de referência desta pesquisa, existem 337.865 habitantes (IBGE, 2010), distribuídos em 94.819 domicílios permanentes, sendo 97,9% na área urbana e 2,1% em área rural (IPARDES, 2017).

Em se tratando da distribuição de óbitos infantis por área de residência, no município de Ponta Grossa, entre os anos de 2012 a 2014, a presente pesquisa encontrou que dos 21 óbitos infantis, 20 ocorreram entre famílias que residiam na área urbana municipal, em contrapartida, 01 deles ocorreu em família que residia em área rural.

Estes dados estão ilustrados no gráfico a seguir:

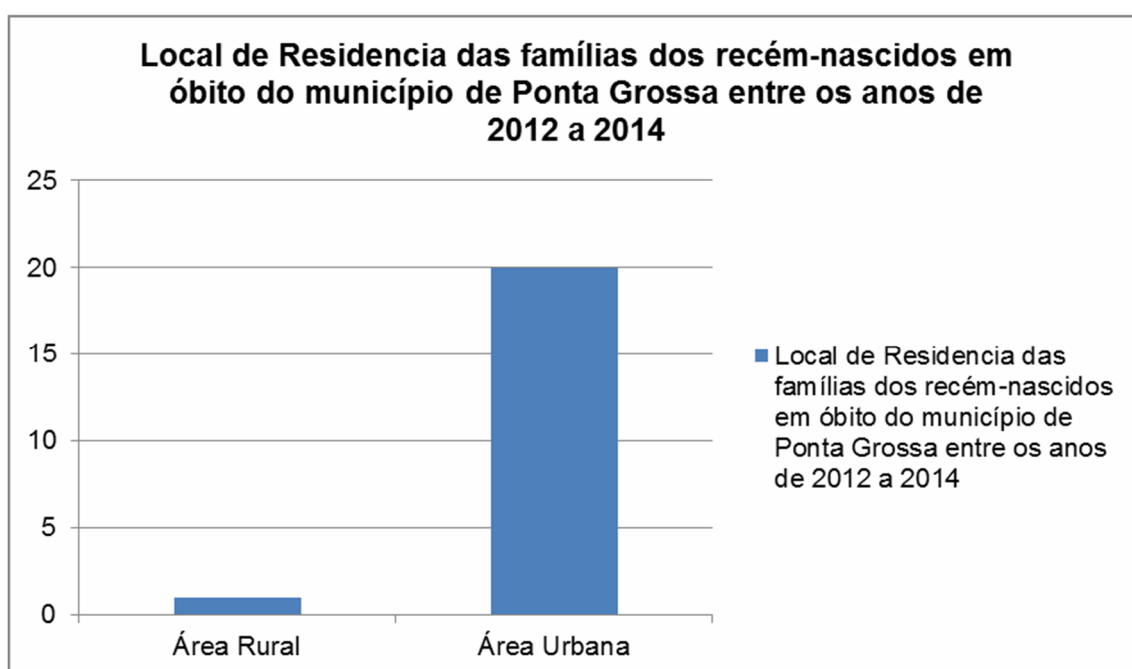


Gráfico 15 Local de Residência. Fonte: Resumos Comitê Mortalidade Materna e Infantil município de Ponta Grossa, 2012 a 2014, 2016

Em se tratando das condições de moradia, que fazem referência principalmente às condições sanitárias, os resultados da pesquisa demonstraram que 20 das 21 famílias dos recém-nascidos que foram à óbito nos anos de 2012, 2013 e 2014 possuíam água encanada e apenas 01 utilizava água proveniente de nascente, ou seja sem tratamento.

No que tange ao destino final dos dejetos humanos e domésticos, entre as 21 famílias pesquisadas, constatou-se que 15 delas despejavam seus dejetos em sistemas de esgoto sanitário públicos; cinco declararam que despejavam em fossas

e 01 declarou não possuir sistema sanitário. Estes dados podem ser melhor compreendidos pela análise do gráfico a seguir:

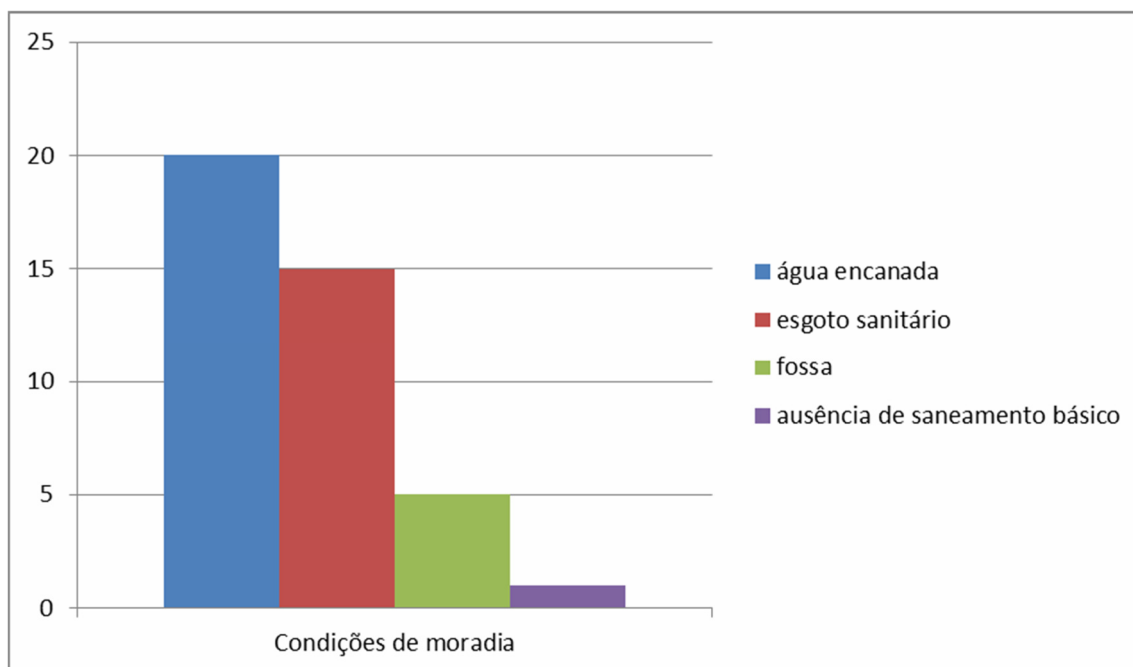


Gráfico 16 Condições de Moradia. Fonte: Resumos Comitê Mortalidade Materna e Infantil município de Ponta Grossa, 2012 a 2014, 2016.

Estes dados evidenciam que mesmo que a maior concentração de óbitos infantis dos anos de 2012, 2013 e 2014, tenham ocorrido entre famílias residentes na área urbana do município de Ponta Grossa, cujo saneamento básico contava com água encanada e esgoto sanitário, percebem-se bolsões de desassistidos das condições sanitárias básicas, conforme que apareceram nas estatísticas (famílias rurais desprovidas de saneamento básico).

Esta observação é histórica no Brasil e demonstra o descaso governamental com as famílias rurais. Desde o ano 1910 Oswaldo Cruz e Carlos Chagas já apontavam o descaso governamental com a população rural. Porém, estamos no ano de 2016 e nos parece que tal evidência não foi alterada.

Atualmente, as famílias rurais, mesmo em menor quantidade quando comparado à população urbana, são as que mais estão expostas aos riscos sociais, econômicos de exploração do trabalho e de mortalidade infantil; haja vista a baixa

escolaridade, a pouca capilaridade assistencial e as péssimas condições sanitárias às quais estão expostas.

Outro dado relevante, diz respeito à constatação de que cinco dos óbitos infantis analisados, ocorreram entre famílias residentes da zona urbana despejavam seus dejetos em fossa, sistema este considerado ineficiente e altamente proliferador de contaminações ambientais e, portanto, causador de doenças.

4.3 IMPLEMENTAÇÃO DA REDE MÃE PARANAENSE

Nesta categoria será analisado o processo de implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa, com enfoque qualiquantitativo, sob o olhar dos participantes da pesquisa e de acordo fundamentos conceituais de Silva e Melo (2000) e Januzzi (2016).

De início, é importante referenciar ao leitor que, a palavra implementação, derivada do termo implementar, sugere a idéia de colocar alguma ação em prática; em geral, é usada para designar a execução, efetivação ou realização de uma determinada tarefa.

Muito usada para exprimir as ações metodologicamente executadas nas políticas públicas, a implementação se constitui numa das fases do ‘policy cycle’ (SILVA; MELO, 2000; JANUZZI, 2016), cuja função corresponde à “execução de atividades que permitem que ações sejam implementadas com vistas à obtenção de metas definidas no processo de formação das políticas” (SILVA; MELO, 2000, p. 04).

Para Januzzi (2016) é na fase de implementação que a

política pública começa a ser executada, em que os recursos alocados começam a se transformar em ações capazes de agir e mudar certa realidade. Trata-se da gestão das ações para fazer uma política sair do papel e funcionar efetivamente, compreendendo o conjunto de ações realizadas, por grupos ou atores de natureza pública ou privada, para a consecução de objetivos definidos. Engloba planejamento e gestão de atividades, provisionamento de recursos financeiros, alocação de recursos humanos, mobilização de agentes, interlocução com atores estratégicos, manejo dos mecanismos que asseguram a governabilidade das atividades e correção de cursos, caso se identifiquem obstáculos ou surpresas”. (JANUZZI, 2016, P. 36)

Em algumas análises a implementação de uma determinada política pública é executada conforme expressa nos programas ou projetos de intervenção, de cima para baixo, não constituindo-se como parte importante sobre a formulação ou reformulação das políticas. Neste sentido, os problemas de implementação são entendidos como “desvios de rota” (SILVA; MELO, 2000, p. 08) e portanto não geram impactos sobre a política.

Em outras análises, tanto a formulação, quanto a implementação e o monitoramento são vistos como um “processo” (SILVA; MELO, 2000, p. 05). Desta forma, as vicissitudes da implementação são valorizadas e, por isso, são incorporadas às análises da política.

Dentre tais vicissitudes, destacam-se, em primeiro lugar, aquelas que

resultam de aspectos relacionados à capacidade institucional dos agentes implementadores. Em segundo lugar, são gerados por problemas de natureza política na implementação de programas e políticas. Em terceiro lugar, derivam da resistência e boicotes realizados por grupos ou setores negativamente afetados pela política – em muitos casos setores da própria máquina administrativa estatal (SILVA; MELO, 2000, p. 05).

Os dois modelos apresentados padecem de fragilidades específicas no que tange à relação entre a instituição do desenho da política e de suas respectivas formas de implementação. O primeiro, por não gerar impactos sobre a formulação e reformulação da política. Já o segundo modelo padece por apresentar:

- a) limitações cognitivas dos formuladores da política;
- b) engessamento das práticas inovadoras pelos implementadores, que se fixam nos protocolos de implementação estabelecidos por cada programa e
- c) formulação de projetos e programas baseados em preferências individuais ou coletivas em detrimento à experimentação social (SILVA, MELO, 2000).

Como forma de resolver as fragilidades de ambos os modelos tem-se usado, atualmente, a idéia de redes de implementação, este conceito é apropriado para concluir-se que a “visão de implementação, como um mecanismo de aprendizado, é empiricamente mais consistente do que as outras perspectivas discutidas anteriormente além de ser normativamente mais persuasivas” (SILVA, MELO, 2000, p. 12).

Nas redes de implementação inexistem divisões entre os formuladores, os implementadores, os grupos de interesse e os beneficiários da política. O

aprendizado ocorre a partir de situações que geram tomadas de decisão (crises), as quais propulsionam o programa a novas direções. Os mecanismos de coordenação são definidos pelos sistemas de governança, que estão fortemente ancorados em ambientes democráticos e descentralizados (SILVA; MELO, 2000).

No Brasil, sobretudo na década de 2010, tem-se observado a intensificação da estruturação das políticas públicas em redes de implementação. Na área da saúde pública brasileira, a primeira rede a ser estruturada foi a Rede Cegonha (2011), cujo enfoque é a atenção materno-infantil e o objetivo é a redução da mortalidade materna e infantil em âmbito nacional.

Em consonância a esta, o estado do Paraná instituiu, também em 2011, a Rede Mãe Paranaense, cujo objetivo é a redução da mortalidade materna e infantil em todo o estado. Como protocolo de todas as redes de implementação, a Rede Mãe Paranaense possui um desenho institucional, um processo de implementação (Linha Guia Mãe Paranaense) e monitoramento (Painel de Bordo), e seus mecanismos de avaliação.

A Rede Mãe Paranaense foi implantada nos 399 municípios paranaenses, no ano de 2012, por meio de duas oficinas direcionadas aos trabalhadores, gestores e prestadores de serviços de saúde, e implementada deste então.

Passados cinco anos de implantação e implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa, realizou-se a presente pesquisa, que teve como um dos objetivos avaliar o seu processo de implementação, sob a ótica dos participantes da pesquisa e sob a análise dos resultados encontrados.

Três dos participantes da pesquisa referiram que, a implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa é positiva e com resultados muito bons. Eis as respostas na íntegra:

Em Ponta Grossa, essa implementação está sendo realizada, e com **resultados muito bons** em relação ao próprio trabalho da atenção primária, à própria resolubilidade da atenção primária (ENTREVISTADO 3, 2016).

a implementação do programa “mãe paranaense” no município de Ponta Grossa, para mim, **é muito positivo**” (ENTREVISTADO 4, 2016).

avalio de forma bem positiva. Eu acredito que isso é muito contínuo, que não pode se perder (ENTREVISTADO 5, 2016).

Porém, dois dos participantes da pesquisa referiram que, o processo de implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa é parcial e fragmentado. Isso pode ser constatado nas seguintes respostas:

Ela é parcial, ela ainda não está completa. Existem coisas ainda que devem ser melhoradas, otimizadas implementadas, etc” (ENTREVISTADO 1, 2016).

Sentimos ainda falhas gritantes em relação a condução desde a gestante, até o nascimento. Falhas na rede de fluxo e no acesso” (ENTREVISTADO 2, 2016).

Embora as opiniões dos participantes da pesquisa, sobre a implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa, sejam divergentes, a análise quali-quantitativa dos dados encontrados na pesquisa apontam que existem fragmentações no processo de trabalho em saúde, executado pelos implementadores, que comprometeram o alcance dos objetivos definidos no desenho institucional do Programa, principalmente no seu primeiro triênio de implementação.

Esta constatação é corroborada pelos autores Silva e Melo (2000), quando afirmam que, em termos gerais, os problemas de implementação de programas governamentais “tem sido entendidos como uma das dimensões cruciais para a explicação do insucesso dos governos em atingir os objetivos estabelecidos no desenho das políticas públicas” (SILVA; MELO, 2000, p. 03).

Acredita-se, baseado nas respostas dos participantes da pesquisa, que evidência é resultado da “histórica descontinuidade das políticas que são implementadas entre as gestões” (ENTREVISTADO 4, 2016) e da resistência dos gestores e implementadores em “mudar um pouco a lógica do processo de trabalho” (ENTREVISTADO 3, 2016).

A descontinuidade das políticas implementadas, apontada pelo entrevistado 4, deu-se pelos cortes nos orçamentos, remanejamento e substituição de servidores dentre outros que comprometeram a continuidade e a efetividade do programa (ESTEVAM, 2010).

Já a resistência na mudança do processo de trabalho, referenciado pelo entrevistado 3, se estabeleceu pelas dificuldades encontradas pelos gestores e

implementadores da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa, em se adequar à implementação dos Sistemas de Atenção à Saúde em Redes, em substituição aos Sistemas de Atenção hierarquizados e hegemonicamente dominantes (SILVA; MELO, 2000; MENDES, 2011).

Embora esta transição seja realmente custosa, Mendes (2011) aponta que, a mudança do Sistema de Atenção à Saúde hierarquizado, para o Sistema de Atenção à Saúde em Redes, comporá as possibilidades cabíveis para o enfrentamento atual das necessidades de saúde dos brasileiros.

Ao final da análise desta categoria, conclui-se que as vicissitudes de implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa, apontadas pelos participantes da pesquisa, se alinham as vicissitudes apontadas por Silva e Melo (2000) quando referem-se, genericamente, sobre a implementação de programas públicos brasileiros.

Neste sentido, o resultado desta pesquisa, corroborado por outras pesquisas, aponta a necessidade de análise crítico-reflexiva sobre todas as fases do “policy cycle”, com especial atenção à fase de implementação, como possibilitadora do alcance dos objetivos traçados de desenho institucional, dos programas públicos brasileiros.

4.4 PERCEPÇÕES DA MORTALIDADE INFANTIL PARA OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Nesta categoria serão analisadas as opiniões verbalizadas pelos pais e/ou familiares dos recém-nascidos, que foram à óbito nos anos de 2012, 2013 e 2014, presentes nos relatos anteriormente apresentados.

As análises se basearão em duas abordagens distintas, sendo:

- 1- Implementação da Rede Mãe Paranaense e
- 2- Causas do óbito infantil segundo os familiares

No que tange à implementação da Rede Mãe Paranaense, identificou-se nos relatos, que as opiniões dos familiares se distribuíam em três grupos, sendo eles:

- falhas no acolhimento;

- falhas no Processo Trabalho;
- falhas não apontadas;

Antes de definir falhas de acolhimento, é importante conceituar que o acolhimento representa uma das diretrizes da da Política Nacional de Humanização – PNH – SUS ou HumanizaSUS (2003)⁴⁶ cujo fundamento se estrutura em:

reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários/ populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva, a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010) o acolhimento é constituído a partir de elementos éticos, estéticos e políticos, que permeiam as relações entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde, e podem promover reflexos positivos ou negativos, nas mais variadas condições de saúde.

Em seu caráter ético, o acolhimento deve estar direcionados à “reconhecer o outro e acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 06).

No que diz respeito ao caráter estético, o acolhimento deve trazer para as “relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 06).

Por fim, em seu caráter político, o acolhimento “implica no compromisso coletivo de envolver-se, de ‘estar com’, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 06).

Neste contexto, as falhas no acolhimento encontradas na presente pesquisa se relacionam a incoerências que foram representadas por todas as situações,

⁴⁶ A PNH-SUS, lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde “busca pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar. A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (MINISTÉRIO DA SAÚDE, PNH, 2013).

referidas pelos familiares, que não estavam em sintonia com a proposta da humanização no atendimento à saúde, preconizadas pelo SUS.

No que compete às falhas no processo de trabalho em saúde, foram englobadas as opiniões dos familiares, cujas repostas referendavam o rompimento das ações definidas no processo de implementação da Rede Mãe Paranaense, expressas na Linha Guia Mãe Paranaense (2011).

Nesta abordagem foram compiladas todas as falhas referentes aos fluxos e contra-fluxos de gestantes e crianças dentro da Rede Mãe Paranaense, falhas médicas, verbalizados pelos familiares, falhas da equipe de saúde, falhas da atenção ambulatorial e hospitalar, falhas dos Sistemas de apoio, dos Sistemas logísticos e dos Sistemas de governança.

O item falhas não apontadas, faz referencia às verbalizações positivas e/ou não definidas pelos familiares, quanto à implementação da Rede Mãe Paranaense e quanto à atribuição desta com o óbito em questão.

De acordo com os dados qualitativos encontrados e, estruturando-se nos critérios anteriormente descritos, expõe-se o gráfico a seguir:

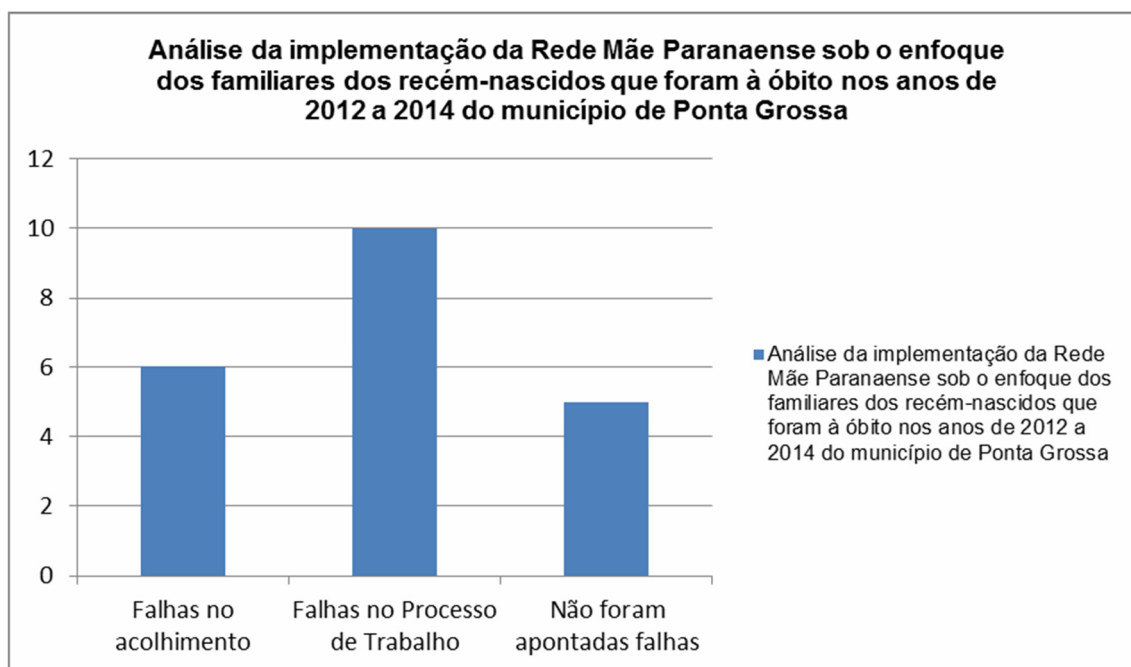


Gráfico 17 Análise da implementação da Rede Mãe Paranaense sob o enfoque dos participantes da pesquisa. FONTE: Relatos dos familiares dos recém-nascidos em óbito dos anos 2012 a 2014 do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do município de Ponta Grossa.

De acordo com o gráfico, 10 dos 21 relatos de óbitos infantis, analisados na pesquisa, apontaram que, falhas no processo de trabalho em saúde, foram indiretamente responsáveis pelo óbito infantil. Tais falhas, foram identificadas pelos familiares, nos fluxos e contra-fluxos, dentro dos Pontos da Atenção à Saúde da Rede Mãe Paranaense e na execução técnica de procedimentos definidos na Linha Guia Mãe Paranaense.

Evidencia-se nos relatos que falhas no processo de trabalho, principalmente do profissional médico, foram decisivas para a instalação de condições predisponentes à mortalidade infantil. Dentre o grupo analisado foram encontrados:

na UBS o médico responsável não atende bem, pois não a examinava, sem conferir altura uterina e não solicitou exames de rotina. Quanto ao motivo que levou ao óbito, acredita haver negligência médica (RELATO 05, 2014).

não gostou do médico porque ele não fez as coisas como deveria. Pediu apenas 01 ultrassom ao invés de 03. Não examinava direito, nem a medida da altura uterina (RELATO 04, 2013).

não gostou somente do atendimento do obstetra que fez o parto. Acho que passou da hora da criança nascer. Deveriam ter feito meu parto no dia 11/02. Acredito que foi negligencia médica” (RELATO 06, 2013).

O art. 1º do capítulo III do Código de Ética Médica, que trata das responsabilidades profissionais, define que é vedado ao médico: “causar dano ao paciente por omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligencia.” CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, Código de Ética Médica, 2009)

Contudo, as evidências encontradas nos relatos anteriormente apresentados, apontam para o entendimento do descumprimento do profissional médico frente ao Código de Ética profissional e sinalizam para a necessidade urgente de mudanças na sua conduta profissional para o enfrentamento da mortalidade infantil no município de Ponta Grossa.

Outros relatos analisados, evidenciam o descumprimento ético do profissional médico com a vigilância do óbito infantil, no que se refere ao fato deles terem deixado de “esclarecer o paciente sobre as determinações sociais, ambientais ou profissionais da sua saúde (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, Cap. III, Art. 13º Código de Ética Médica, 2009).

Tais evidências podem ser observadas nos fragmentos dos relatos que seguem:

o médico devia ter me esclarecido melhor sobre a infecção e as consequências para o bebê (RELATO 02, 2012).

O médico não esclareceu as dúvidas (RELATO 03, 2013).

No relato 01 do ano de 2012, os familiares estenderam as falhas no processo de trabalho à todos os profissionais que compõem a equipe de implementação da Rede Mãe Paranaense. De acordo com o relatado, “faltam orientações e esclarecimento de dúvidas (RELATO 01, 2012) por parte dos profissionais envolvidos com a implementação da Rede.

Em se tratando das falhas no acolhimento, 06 dos 21 relatos familiares, atribuem o óbito à falhas no acolhimento dispensado às gestantes no pré-natal, realizado em nível ambulatorial, ou no parto, realizado em nível hospitalar.

Tais falhas podem ser observadas nos fragmentos dos relatos que seguem:

O médico a tratou com rispidez (RELATO 03, 2013).

Os profissionais fazem pouco caso dos problemas dos pacientes e são mal educados (RELATO 01, 2012).

Mesmo que o acolhimento esteja identificado como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS, preconizadas pelo Ministério da Saúde, foi observado, a partir da verbalização dos familiares dos recém-nascidos que foram à óbito no município de Ponta Grossa nos anos de 2012, 2013 e 2014 que os profissionais de saúde não estão habilitados ao atendimento humanizado da Rede Mãe Paranaense.

Neste sentido, é vital a priorização, por parte de gestores, trabalhadores e prestadores de serviços de saúde deste município, de “cursos e oficinas de formação/ intervenção a partir da discussão dos processos de trabalho, as diretrizes e dispositivos da PNH” nas mais variadas situações do cotidiano das equipes de saúde que implementam a Rede Mãe Paranaense para o prudente e eficiente enfrentamento da mortalidade infantil e consequente redução da TMI em níveis locais.

Em menor quantidade, 05 dos 21 relatos, evidenciaram que o processo de implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa, não teve influências sobre os óbitos. Para estes familiares, os óbitos ocorreram por causas

biológicas do próprio recém-nascido ou dos hábitos maternos incompatíveis com a saúde materna e infantil, tais como tabagismo, alcoolismo e esforços físicos.

Estas evidencias podem ser observadas nos fragmentos a seguir:

Não tem queixas em relação ao atendimento. Sobre o óbito, relata que não sabe, mas acha que foi devido ao tabagismo (RELATO 06, 2012).

Relata que foi bem atendida Quanto ao motivo dos óbitos, acha que foi porque nasceram muito fracos (RELATO 01, 2013).

Mesmo que falhas no processo de implementação da Rede Mãe Paranaense não tenham sido apontadas pelos familiares dos recém-nascidos, constata-se que o óbito infantil ocorreu. E isso é fato!

Partindo do princípio que a grande maioria dos óbitos infantis são evitáveis, talvez estes óbitos pudessem ter sido evitados se a implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa estivesse fortalecida e preparada prudentemente segundo as diretrizes da Linha Guia para a atenção à saúde materno-infantil.

A identificação da falha no processo de implementação da Rede Mãe Paranaense pode ser identificada, segundo o relato, a partir da constatação de que diferente dos relatos analisados, inúmeros recém-nascidos, filhos de mães tabagistas e recém-nascidos gemelares sobrevivem saudavelmente. Não justificando portanto o motivo que culminou no óbito infantil.

A segunda abordagem analisada nos relatos, faz referencia à análise das causas dos óbitos infantis dos anos de 2012 a 2014, sob a ótica de seus familiares.

Nesta abordagem, foram identificados cinco elementos causais diretos do óbito infantil, os quais foram agrupados em:

- fragilidades no acolhimento;
- fragilidades biológicas;
- fragilidades no Processo de Trabalho;
- fragilidades maternas e
- fragilidades não identificadas.

As fragilidades no acolhimento foram agrupadas a partir da identificação, nos relatos, de abordagens discordantes do que é preconizado pela Política Nacional de

Humanização do SUS e pela Rede Cegonha⁴⁷ que levaram o recém-nascidos ao óbito.

Quanto às fragilidades biológicas, foram agrupadas segundo identificação de problemas ou condições físicas e biológicas, referidas pelos familiares, que impossibilitaram a sobrevivência do recém-nascido e por conseguinte causaram o óbito em questão. Dentre estas condições estão a prematuridade, problemas renais e problemas cardíacos do recém-nascido.

No grupo das fragilidades no processo de trabalho foram agrupadas todas as causas, segundo relato dos familiares, que se referiam ao rompimento ou a não execução das ações técnicas e metodológicas definidas na Linha Guia Mãe Paranaense.

Já no grupo de fragilidades maternas foram concentradas as causas do óbito infantil, de acordo com os relatos dos familiares, que se relacionavam com comportamentos e/ou condições maternas desfavoráveis à gestação e a sobrevivência do recém-nascido tais como tabagismo, etilismo e esforços físicos.

Por fim, no grupo das fragilidades não identificadas foram agrupadas todas as causas desconhecidas pelos familiares dos recém-nascidos que foram á óbito nos anos de 2012, 2013 e 2014 no município de Ponta Grossa.

Os dados encontrados foram desta forma organizados e estão apresentados no gráfico que segue:

⁴⁷ Art. 4º - I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Rede Cegonha, 2011).

Art 7º - b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade (MINISTERIO DA SAÚDE, Rede Cegonha, 2011).

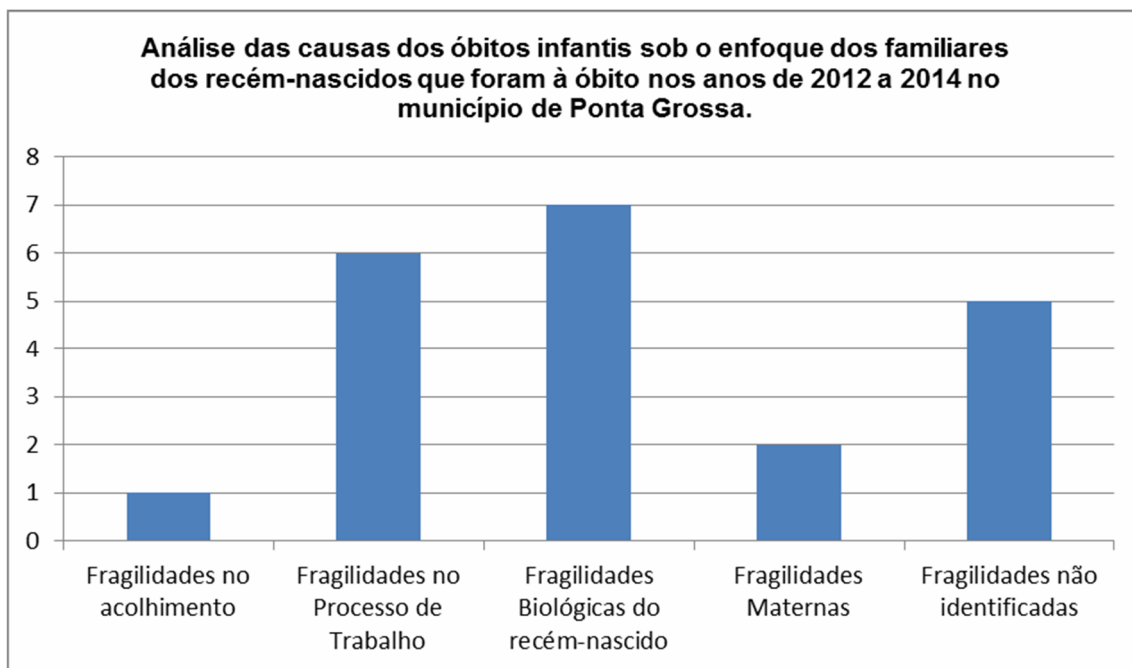


Gráfico 18 Relatos dos familiares dos recém-nascidos em óbito do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do município de Ponta Grossa dos anos de 2012 a 2014, 2016

A análise do gráfico evidencia maior concentração de causas diretas de óbito, segundo o relato dos familiares, no grupo das fragilidades biológicas (07 óbitos) seguido do grupo de fragilidades no processo de trabalho (06 óbitos).

Tais evidências podem ser observadas nos fragmentos dos relatos a seguir:

Quanto ao motivo do óbito, acha que foi porque nasceram muito fracos (RELATO, 01, 2013).

Quanto ao motivo que levou ao óbito, acha que foi em decorrência da interrupção prematura da gravidez (RELATO 03, 2013).

Em sua opinião, o filho morreu por falta de exames do coração (RELATO 03, 2014).

Quanto aos motivos que levou ao óbito, acha que foi em decorrência dos pulmões do bebê com problemas e infecção no rim (RELATO 07, 2014).

Mesmo que as causas dos óbitos infantis dos anos de 2012, 2013 e 2014 do município de Ponta Grossa, segundo a percepção dos familiares, estejam concentradas nas fragilidades biológicas, constata-se que se representam as consequências das fragilidades no processo de trabalho e das fragilidades de acolhimento.

Em outras palavras, isso quer dizer que: para os familiares dos recém – nascidos que foram à óbito nos anos de 2012, 2013 e 2014, o que ficou evidente

foram as causas diretas que levaram tais recém-nascidos ao óbito. Porém, as análises evidenciaram que as ineficientes técnicas de acolhimento e do processo de trabalho e saúde materno-infantil (implementação da Rede Mãe Paranaense), no município de Ponta Grossa, contribuíram para a instalação de fatores causadores diretos do óbito infantil.

Para tornar mais real tal constatação, tomaremos como exemplo o relato 02 do ano de 2013, em que a mãe do recém-nascido confirma estar contaminada com a bactéria causadora da sífilis.

Queixou-se também pelo fato da médica não ter realizado o tratamento para sífilis devido ao resultado de exame negativo, mesmo quando ela afirmou que o pai da criança tinha a doença e que haviam tido relações sexuais sem preservativo durante a gestação. Quanto ao parto relata que foi bem atendida e se esforçaram para ajudar; quanto ao motivo que levou ao óbito, acha que foi devido a sífilis que foi para o fígado do bebê e o tratamento que era muito forte para o bebê (RELATO 02, 2013).

Partindo do princípio que a sífilis é uma Doença Sexualmente Transmissível, que acarreta comprometimentos irreversíveis na mulher, na gestante e problemas neurológicos no feto, o Ministério da Saúde tem como meta a prevenção desta doença, bem como o tratamento gratuito em caso de sua instalação.

A prioridade de tratamento são as mulheres, sobretudo as gestantes, esta definição está expressa em inúmeras publicações do Ministério da Saúde e com maior expressão na Rede Cegonha e Rede Mãe Paranaense.

Se a mãe relatou que estava contaminada, por que os serviços de saúde não acolheram tais informações? Por que esta gestante não foi tratada? Por que o recém-nascido desta gestante morreu?

Estas perguntas, até o momento sem respostas, justificam as falhas de implementação, de processo de trabalho, de acolhimento, de vigilância do óbito materno e infantil preconizadas pela Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa se responsabilizam, isoladamente pelo óbito em questão e genericamente pela dificuldade de enfrentamento e redução da TMI em níveis locais, regionais e nacional.

CONCLUSÃO

O presente trabalho de dissertação de mestrado, que teve como objeto de estudo o processo de implementação da Rede Mãe Paranaense e sua repercussão na mortalidade infantil no município de Ponta Grossa, entre os anos de 2012 a 2014, foi composto por quatro momentos, sendo o primeiro a pesquisa bibliográfica, o segundo pesquisa documental, o terceiro pesquisa de campo e o quarto análise dos resultados.

A pesquisa bibliográfica foi norteada pelas categorias que fizeram referência ao Estado, Direitos e Políticas Públicas, a Política Social e Política de Saúde, Mortalidade Infantil e Redes de Atenção Materno-infantis.

A pesquisa documental foi construída principalmente pelos dados epidemiológicos e estatísticos de mortalidade infantil e mortalidade na infância, em níveis nacionais e internacionais.

A pesquisa de campo concentrou-se nas entrevistas semi-estruturadas, junto a cinco participantes da pesquisa, que foram eleitos em função à posição profissional que ocupavam na gestão e na implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa.

A análise dos dados se fundamentou nas ações dos três primeiros momentos da pesquisa e promoveu a categorização dos resultados qualitativos encontrados em: Rede Mãe Paranaense e Mortalidade Infantil, Fatores socioeconômicos e demográficos associados à mortalidade infantil, Implementação da Rede Mãe Paranaense e Percepções da mortalidade infantil para os participantes da pesquisa.

A partir da categorização dos resultados encontrados evidenciou-se que:

A fragmentação das ações de implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa nos anos de 2012, 2013 e 2014 comprometeu o alcance dos objetivos propostos no desenho institucional do programa, sobretudo em seu primeiro triênio, que faz referência à redução da mortalidade infantil. Esta evidência foi possível graças à articulação das abordagens que compuseram a análise desta pesquisa.

A abordagem quantitativa norteou a pesquisa documental e apontou que a TMI, que em 2012 era de 10,26 óbitos em menores de um ano de vida a cada mil que nasceram, vivos aumentou no ano de 2013, totalizando 10,99 óbitos em menores de um ano de vida a cada mil que nasceram vivos.

Do mesmo modo, na transição do ano de 2013 para o ano de 2014 evidenciou-se expressivo aumento da TMI, indo de 10,99 para 11,86 óbitos em menores de um ano de vida a cada mil que nasceram vivos no município de Ponta Grossa.

Estes dados revelaram o não alcance dos objetivos da Rede Mãe Paranaense para o município de Ponta Grossa.

Em complementaridade, a abordagem qualitativa, que foi norteada pelas entrevistas semi-estruturadas junto aos participantes da pesquisa, evidenciou que dois importantes fatores contribuíram para a fragmentação do processo de implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa.

O primeiro faz referencia às descontinuidades das políticas públicas no que tange, principalmente, à cortes de recursos e substituição de servidores. O segundo diz respeito à resistências observadas entre gestores, servidores e prestadores de serviços de saúde em substituir os Sitemas de Atenção Fragmentados (piramidais e hegemonicamente dominantes), pelos Sistemas de Atenção à Saúde em Redes (poliarquicos e centrados na APS).

Ambas as abordagens contribuíram para o alcance do objetivo geral deste trabalho, que se dedicou a descrever o processo de implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa para verificar sua repercussão na mortalidade infantil.

Além da fragmentação das ações de implementação da Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa, observou-se, pela pesquisa documental, que fatores socioeconômicos e demográficos maternos e dos familiares dos recém-nascidos que foram à óbito nos anos de 2012, 2013 e 2014, no município de Ponta Grossa, também influenciaram na ocorrência do evento em questão.

Tais fatores, conceituados como Determinantes Sociais da Saúde foram identificados e fazem referencia à renda média familiar, escolaridade materna, situação conjugal e condições de moradia.

A Renda média familiar mostrou-se como influenciadora do óbitos analisados ao passo que dos 21 óbitos ocorridos no período apenas 03 ocorreram em famílias que apresentavam renda média familiar de 03 salários mínimos ou mais. Os demais ocorreram entre famílias que variavam entre 01 e 02 salários mínimos, sendo que destes 09 apresentavam-se em baixa renda.

Conclui-se, a partir desta evidência, que quanto maior é a renda média familiar, maiores são as possibilidades de aquisição de bens e serviços que possibilitam a sobrevivência infantil.

O fator escolaridade materna também apareceu como um influenciador dos óbitos analisados. 14 dos 21 óbitos que compuseram a pesquisa, tinham mães variando entre 04 e 09 anos de escolaridade, ou seja, sem a formação escolar básica, preconizada pelo Ministério da Educação como sendo indispensável ao exercício da cidadania, a progressão no trabalho e a propulsão a estudos posteriores.

Em menor concentração, apenas 02 das mães dos recém-nascidos que foram à óbito no período analisado ascenderam ao ensino superior. A compilação de tais dados evidenciaram que quanto menor a escolaridade materna, maior é a probabilidade da ocorrência do óbito infantil.

Quanto ao entendimento sobre as causas dos óbitos infantis a partir da visão dos familiares dos recém-nascidos que foram à óbito no município de Ponta Grossa nos anos de 2012, 2013 e 2014 constatou-se que tais familiares relacionaram os óbitos às causas biológicas próprias dos recém-nascidos, ou seja prematuridade e fraquezas biológicas.

Porém as análises dos resultados evidenciaram que tais causas biológicas tiveram forte influencia das falhas de acolhimento e de processo de trabalho em saúde oferecido para as mães e para os recém-nascidos que foram à óbito nos anos de 2012 a 2014.

Com a apresentação dos resultados encontrados evidencia-se a necessidade de ampliação e fortalecimento de políticas públicas sociais e de saúde de enfrentamento à mortalidade infantil fortemente ancoradas em ideias de distribuição de oportunidades semelhantes a todos os cidadãos brasileiros.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, Luis Alberto David, JUNIOR, Vidal Serrano Nunes. **Curso de direito constitucional**. São Paulo: Saraiva, Ed., 14 ed., 2010.

AUGUSTO, M. H. O. Políticas Públicas sociais e políticas de saúde: algumas questões para reflexão e debate. **Rev. Social USP**, São Paulo, vol. 1, n. 2, p. 105-119, set. 1989.

BARBOSA, Thania Aparecida Gomes da Silva; et al. **Determinantes da mortalidade infantil em municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil**. 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/972>>. Acesso em: 18 ago. 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2004.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivonete. **Política social: fundamentos e história**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, Nicola; PASQUINO, Gianfranco. **Dicionário de política I**. Trad. Carmen C, Varriale et al. Brasília : Editora Universidade de Brasília, 1998. Disponível em: <<https://onedrive.live.com/?authkey=%21AKQyKSIV2NvvGKE&cid=E6DEC0D39A3629B1&id=E6DEC0D39A3629B1%215331&parId=E6DEC0D39A3629B1%21324&o=OneUp>>. Acesso em: 20 dez 2016.

BOURGUIGNON, J. A; OLIVEIRA, C. R. J. **Pesquisa em ciências sociais: Interfaces, debates e metodologias**. Ponta Grossa: Todapalavra, 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 20 nov. 2016.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 23 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa saúde nas escolas**. 2016. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/pnaes/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>>. Acesso em: 09 jan. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Secretaria de educação básica**. 2017. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/secretaria-de-educacao-basica>>. Acesso em: 28 jan 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde – DAB – Departamento de Atenção Básica. **Portal da saúde.** 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 15 jan 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. **Nota técnica:** vigilância epidemiológica de óbitos infantis e fetais. 2010a. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/Sistema_Informacao/Sim/Portarias/Nota_tecnica_Portaria_72_Vig_ob_infantil.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Alimentação saudável:** bolsa alimentação. Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimenta_saudavel.pdf>. Acesso em: 27 set 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Biblioteca virtual em saúde.** Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sus/comissoes.php>>. Acesso em: 03 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS.** 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2012/matriz.htm>>. Acesso em: 03 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de saúde.** 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10pr.def>>. Acesso em: 20 jan 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico da cobertura de Estratégia da Saúde da Família paranaense.** 2016b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em: 09 jul. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 14 fev 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 373, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2002.** NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS - NOAS-SUS 01/02. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html> Acesso em: 10 fev 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 10 fev 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 95, DE 26 DE JANEIRO DE 2001.** NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS - NOAS-SUS 01/2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html Acesso em: 10 fev 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos comitês de mortalidade materna.** 3. ed. Brasília – DF, 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf Acesso em: 04 jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna neonatal.** Brasília, 2004a. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/dab/Pacto_Aprovado_na_tripartite.pdf. Acesso em: 22 jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 20 jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS.** Brasília – DF, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 10 ago. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_obito_infantil_fetal_2ed.pdf. Acesso em: 14 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Informações estratégicas.** 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sus/comissoes.php> >. Acesso em:

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Taxas de mortalidade infantil por região e faixa de renda domiciliar per capita entre os censos de 2000 e 2010. 2012). Disponível em: <https://jornalgggn.com.br/sites/default/files/documentos/etec-05->

2012_mortalidade_infantil_por_faixas_de_renda_nos_censos_2000-2010.pdf>. Acesso em: 13 dez 2016.

BRASIL. Portal da Saúde. **ESF - Estratégia Saúde da Família**. 2016a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em: 10 jul. 2016.

BRASIL. Portal da Saúde. **Mortalidade**. 2016d. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/mortalidade>>. Acesso em: 10 jan. 2017

BRASIL. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html>. Acesso em: 22 ago. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 03 ago. 2015.

BRASIL. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (2010b). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm>. Acesso em: 22 dez 2016.

BRASIL. **SINASC - Sistema de informações sobre nascidos vivos**. 2016c. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/cgiae/sinasc/>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRAVO. Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. 1991. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/2163>. Acesso em: 15 jul. 2016.

BRESSER-PEREIRA, Luíz Carlos. O governo Dilma frente ao "tripé macroeconômico" e à direita liberal e dependente. **Novos Estudos – CEBRAP**, São Paulo, n.95, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002013000100001>. Acesso em: 23 dez 2016.

BUCHALLA, Cássia Maria; WALDMAN, Eliseu Alves; LAURENTI, Ruy. A mortalidade por doenças infecciosas no início e no final do século XX no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, vol.6, n.4, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2003000400008>. Acesso em: 23 jul. 2016.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: 18 ago 2016.

CAMPOS, Simone M. M. Teorias marxistas e weberianas sobre o estado. 2001. Monografia (Pós-Graduação em Arquitetura) - Universidade de São Paulo Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.fau.usp.br/docentes/deprojeto/c_deak/AUP840/4dossie/martinoli01/TP1-mx-web.pdf>. Acesso em: 23 nov 2016.

CARVALHO, Patrícia Ismael de; et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal em coorte hospitalar de nascidos vivos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.16, n.3, set. 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742007000300005&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 18 nov 2016.

COHN, A. Estado, políticas públicas e saúde. In: CANESQUI, Ana Maria (org.). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM Nº 1931 de 13 de outubro de 2009**. Aprova o Código de Ética Médica. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122. Acesso em: 14 fev 2017.

COSTA, Lucia Cortes da. **Os impasses do estado capitalista**: uma análise sobre a reforma do Estado no Brasil [livro eletrônico]. Ponta Grossa, Editora UEPG; São Paulo, Cortez, 2006. Disponível em: <<http://www.eupg.br/editora>>. Acesso em: 15 dez 2016.

DATASUS. **População residente**. 2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppr>>. Acesso em: 15 ago 2016

DI GIOVANNI, Geraldo. **As estruturas elementares das políticas públicas**. Caderno de Pesquisa nº 82. Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP, 2009. Disponível em: <<https://observatorio03.files.wordpress.com/2010/06/elementos-das-politicas-publicas.pdf>>. Acesso em: 29 dez 2016.

DI GIOVANNI, Miriam. **Rede cegonha**: da concepção à implantação. Brasília – DF, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/handle/1/410/Miriam%20-%20V.%20Definitiva.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 04 jan. 2017.

DICIO – Dicionário Online de Português. **Implementação**. Disponível em: <<https://www.dicio.com.br/implementacao/>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

DICIONÁRIO HOUAISS DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2001. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Dicion%C3%A1rio_Houaiss_da_L%C3%ADngua_Portuguesa>. Acesso em: 14 dez 2016.

ESCOREL, Sarah. **Equidade em** saúde. 2017. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/equsau.html>>. Acesso em: 10 jan 2017.

ESTEVAM, Dimas de Oliveira. **A contínua descontinuidade administrativa e de políticas públicas**. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/seminariocsa/article/view/1390/1317>>. Acesso em: 12 jan 2017.

FARIA, G. **O governo Lula e o novo papel do estado** brasileiro. 2010. Disponível em: <http://novo.fpabramo.org.br/uploads/Brasil%20em%20debate_Vol%203_Glauco%20Faria.pdf>. Acesso em: 07 jan 2017.

FLEURY, S. **Política de saúde: uma política social**. 2008. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXT0_1_POLITICA_DE_SAUDE_POLITICA_SOCIAL.pdf>. Acesso em: 15 jun 2016.

FLEURY, Sônia. Reforma do estado, seguridade social e saúde no Brasil. In: MATTA, Gustavo Corrêa (org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

FNDE – Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Disponível em: <<http://www.fnnde.gov.br/programas/brasil-carinhoso>>. Acesso em: 08 jan. 2017.

FORTINI, Cristiana; ESTEVES, Julio César dos Santos; DIAS, Maria Tereza Fonseca. **Políticas públicas: possibilidades e limites**. Belo Horizonte: Fórum, 2008.

FRANCO, Maria Laura Publisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2008.

FUENTES, V. L. P. **Condicionantes Socioeconômicas da mortalidade infantil: Estado de São Paulo 1960-1984**. São Paulo, 1990. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990.

GARCIA, Ronaldo Coutinho. **Subsídios para organizar avaliações da ação governamental**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/arquivos/recursos-humanos/txt_apoio_ronaldo_garcia.pdf>. Acesso em: 15 jul 2016.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter; et al. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol.15, n. 2, Mar. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200011>. Acesso em: 22 jul 2016.

HASS, F. **Política social como política** pública. 2004. Disponível em: <<http://www.domhelder.edu.br/revista/index.php/veredas/article/view/136>>. Acesso em: 20 dez 2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Taxa de urbanização**. 2010. Disponível em: <<http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=POP122>>. Acesso em: 14 jan 2017.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Área territorial brasileira**. 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/areaterritorial/principal.shtm>>. Acesso em: 07 jul. 2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento da População e Indicadores Sociais. **Evolução e perspectiva da mortalidade infantil no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 1999. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv6685.pdf>>. 30 nov 2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNAD 2008 - Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde**. 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=pr&tema=pnad_saude_2008>. Acesso em: 30 nov 2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ponta Grossa**. 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411990&search=parana|ponta-grossa>>. Acesso em: 09 jul. 2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ponta Grossa**. 2015. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=411990&search=parana|ponta-grossa>>. Acesso em: 09 jul. 2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População**. 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/universo.php?tipo=31&uf=41>>. Acesso em: 07 jul. 2016.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Conceitos**. 2017. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>>. Acesso em: 16 jan 2017.

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno estatístico:** município de Ponta Grossa. 2016. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=84000>>. Acesso em: 18 jun 2016.

IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. 2017. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=84000>>. Acesso em: 18 jan 2017.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Dimensão, evolução e projeção da pobreza por região e por estado no Brasil.** 2010. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/100713_comuni58pobreza.pdf>. Acesso em: 17 dez 2016.

JANNUZZI, Paulo de Martino. **Monitoramento e avaliação de programas sociais:** uma introdução aos conceitos e técnicas. Campinas, SP: Editora Alínea, 2016.

JUNQUEIRA, L. P. A descentralização e a reforma do aparato estatal em saúde. In: CANESQUI, Ana Maria (org.). **Ciências sociais e saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997.

LAMARCA, Gabriela; VETTORE, Mario. **Tendências de mortalidade infantil e na infância no Brasil.** 2012. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/2012/04/tendencias-de-mortalidade-infantil-e-na-infancia-no-brasil/>>. Acesso em: 24 dez 2016.

LOPEZ, Fabio Ancona; CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio. **Sociedade brasileira de pediatria.** Barueri; SP: Manole, 2007.

LOPEZ, Fabio Ancona; CAMPOS JUNIOR, Dioclécio. **Tratado de pediatria.** Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri, SP: Manole, 2007.

MACHADO, R. S. Políticas de saúde no Brasil: um pouco de história. **Rev. Saúde Pública,** Santa Cat., Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 95-104, dez. 2012.

MALTA, Deborah Carvalho. et al. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, vol. 26, n. 3, p. 481-491, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/06.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2016.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** 2. ed. 2011. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em: 10 jul 2016.

MENDES, Eugenio Vilaça. **Uma agenda para saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de S.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cad. Saúde Públ.,** Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.

239-262, jul/set. 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02>>. Acesso em: 12 jul 2016.

MONTEIRO, Mário F. G. **O efeito da educação materna sobre o risco da mortalidade infantil**. 1990. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/rev_inf/vol7_n1_1990/vol7_n1_1990_4artigo_74_86.pdf>. Acesso em:

MORAES, Quartim de. A evolução histórica do estado liberal ao estado democrático de direito e sua relação com o constitucionalismo dirigente. **Revista de Informação Legislativa**, ano 51, n. 204, out./dez. 2014. Disponível em: <<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/509938/001032358.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 17 dez 2016.

MOSLEY, W.H.; CHEN, L.C. **An analytical framework for the study of child survival in developing countries**. Population and Development Review 10(Suppl): p. 25-45, 1984. Disponível em: <<http://www.med.uottawa.ca/sim/data/Models/Mosley.htm>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

MOTA, Ana Elizabete. et al. **Serviço social e saúde**. 2. ed. São Paulo: PAS, OMS, Ministério da Saúde, 2007.

NOGUEIRA, Francis Mary Guimarães. **Estado e políticas sociais no Brasil: conferências do Seminário Estado de Políticas Sociais no Brasil e textos do relatório parcial do projeto de pesquisa – Programas nas áreas de Educação e Saúde no Estado do Paraná: sua relação com as orientações do BID e BIRD e sua contribuição na difusão das propostas liberalizantes em nível nacional**. Cascavel: Edunioeste, 2001.

OBJETIVOS de Desenvolvimento do Milênio. **Relatório nacional de acompanhamento**. Brasília: Ipea, 2010. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/4_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2016.

OBJETIVOS de Desenvolvimento do Milênio. **Relatório nacional de acompanhamento**. Brasília: Ipea, 2014. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde**. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf>. Acesso em: 14 jul 2016.

ONU – Nações Unidas do Brasil. **Pobreza permanece concentrada no Norte e no Nordeste do Brasil, diz estudo de centro da ONU**. 2017. Disponível em:

<<https://nacoesunidas.org/pobreza-permanece-concentrada-no-norte-e-no-nordeste-do-brasil-diz-estudo-centro-onu/>>. Acesso em: 20 jan 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo Corrêa (org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Plano estadual de saúde Paraná**. 2013. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano_estadual_saude_1104.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Linha guia – rede mãe paranaense**. 2011. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia-versao_final.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano estadual de saúde Paraná**. 2015. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano_estadual_saude_1104.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2016.

PARANÁ. Estados brasileiros. **Derivativo financeiro**. 2015. Disponível em: <http://www.portalbrasil.net/estados_pr.htm>. Acesso em: 07 jul. 2016.

PARANÁ. **Os condicionantes socioeconômicos da mortalidade infantil no Paraná - 1980-2001**. 2001. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/SPP_Arquivos/comite_mort_mat_infantil/11Oscondicionantessocioeconomicos.pdf>. Acesso em: 20 jan 2017.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **As redes de atenção à saúde no Paraná**. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/guiadotutoroficinascapa1.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Oficina 2 – Rede Mãe Paranaense**. 2011. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficina_02/Oficina02_Rede_Mae_Paranaense.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Mapa estratégico da do Paraná**. 2014. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=31>>. Acesso em: 05 ago. 2016.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha guia rede mãe paranaense**. 2011. Disponível em:

<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia-versao_final.pdf>.
Acesso em: 04 ago. 2015.

PARANÁ. Secretaria de Saúde. **Com redução de morte materno-infantil, Paraná se destaca evento internacional.** 2016. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/ACS/linha_guia-versao_final.pdf>.
Acesso em: 10 jul. 2016.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Os objetivos de desenvolvimento do milênio.** Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/odm.aspx>>.
Acesso em: 15 ago. 2016.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil:** uma pequena revisão. Disponível em: <http://www.uff.br/higienesocial/images/stories/arquivos/aulas/Texto_de_apoio_3_-_HS-Historia_Saude_no_Brasil.pdf>. Acesso em: 18 jan 2017.

PONTA GROSSA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde.** 2013. Disponível em: <http://www.pontagrossa.pr.gov.br/files/sms/ps_-_2014-2017.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2016.

PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê. **Na corda bamba de sombrinha:** a saúde no fio da história. Observatório História e Saúde (COC). Observatório dos Técnicos em Saúde (EPSJV). Fundação Oswaldo Cruz, Agosto de 2010. Disponível em: <<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>>. Acesso em: 09 jun.2016.

QUIMELLI, G.A.S. Considerações sobre Estudo de caso na pesquisa qualitativa. In: Bourguignon, J.A. (Org.). **Pesquisa social:** reflexões teóricas e metodológicas. Todapalavra, 2009.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas públicas de saúde no Brasil:** SUS e pactos pela Saúde. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf>. Acesso em:

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Políticas públicas de saúde:** Sistema único de Saúde. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade04/unidade04.pdf>. Acesso em:

REIS, José Roberto Franco. O coração do Brasil bate nas ruas: a luta pela redemocratização do país. In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Ialê. **Na corda bamba de sombrinha:** a saúde no fio da história. Observatório História e Saúde (COC). Observatório dos Técnicos em Saúde (EPSJV). Fundação Oswaldo Cruz, Agosto de 2010. Disponível em:

<<http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

RIBEIRO, Franciele Dinis. et al. Extremos de idade materna e mortalidade infantil: análise entre 2000 e 2009. **Rev. Paul. Pediatr.** São Paulo, vol. 32, n. 4, dez. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822014000400381&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 ago. 2016.

RIPSA - Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2016.

ROJAS COUTO, Berenice. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

ROJAS COUTO, Berenice. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SADER, Emir. Notas sobre a globalização neoliberal. In: MATTA, Gustavo Corrêa (org.) **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

SANTANA, Vagner C.; OLIVEIRA, Daniel C. de; MEIRA, Thiago A. V. Estado em Hobbes, John Locke e Rousseau. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, a. 18, n. 186, nov. 2013. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd186/estado-em-hobbes-locke-e-rousseau.htm>>. Acesso em: 12 jun 2016.

SANTOS, Wanderley Guilherme. A trágica condição da política social. In: ABRANCHES, S.; SANTOS, W.G.; COMIMBRA, M. **Política social e a questão da pobreza**. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

SARDINHA, Luciana Monteiro Vasconcelos. **Mortalidade infantil e fatores associados à atenção à saúde: estudo caso-controle no Distrito Federal (2007-2010)**. 2014. Tese. (Doutorado em Medicina) – Universidade de Brasília, Faculdade de Medicina. Brasília, 2014. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/16396/1/2014_LuacianaMonteiroVasconcelosSardinha.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2016.

SCHONS, Selma Maria. **Assistência social entre a ordem e a “des-ordem”**: mistificação dos direitos sociais e da cidadania. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

SERRUYA, Suzanne Jacob. **A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. 2003. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas – SP, 2003.

SILVA, José Afonso da. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 27a. edição - São Paulo: Malheiros, 2006.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. et al. **Pesquisa avaliativa: aspectos teóricos metodológicos**. São Paulo: Veras editoras, 2008.

SILVESTRE, Luciana P. F. **Privação de liberdade e a criminalização de adolescentes**: um estudo sobre o centro de socioeducação de Ponta Grossa – Pr. 2013. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais e Aplicadas) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2013. Disponível em: <http://www.bicentede.uepg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1005>. Acesso em: 22 dez 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Tratado de pediatria**. Barueri, SP: Manole, 2007.

SOUSA, Gisele Aguiar Trigueiro de. **A mortalidade infantil e sua importância na saúde pública como indicador de saúde**. 2003. Disponível em: <<http://www.zemoleza.com.br/trabalho-academico/sociais-aplicadas/ciencias-sociais/a-mortalidade-infantil-e-sua-importancia-na-saude-publica-como-indicador-de-saude/>>. Acesso em: 18 nov. 2016.

SPOSATI, Adaíza. **Proteção Social e Cidadania: Inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal**. São Paulo: Cortez, 2004.

STOCCO, C. et al. Coeficiente de mortalidade infantil e seus componentes no município de Ponta Grossa – PET REDES. In: **Conversando sobre extensão – CONEX**, 12º, 2014, Universidade Estadual de Ponta Grossa, Anais, jul. 2014.

TADIELO, Bruna Zucheto. et al. Morbidade e mortalidade de recém-nascidos em tratamento intensivo neonatal no sul do Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, vol. 13, n. 1, 2013. Disponível em: <<http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/163-morbidade-e-mortalidade-de-recm-nascidos-em-tratamento-intensivo-neonatal-no-sul-do-brasil.html>>. Acesso em: 25 ago. 2016.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade**. 2002. Disponível em: <<http://www.escoladebicicleta.com.br/politicaspUBLICAS.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

TOME, C. A. **Determinantes das diferenças de mortalidade infantil entre as etnias da Guiné-Bissau, 1990-1995**. 1999. 91 p. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 1999. Disponível em: <http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00005303&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 dez 2016.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987, 175p.

TROTТА, W. **Política social:** perspectiva de medidas efetivamente públicas. 2010. Disponível em: <http://www.achegas.net/numero/43/wellington_43.pdf>. Acesso em: 27 dez 2016.

UNICEF. **Estudo faz alerta sobre a situação da prematuridade no Brasil.** 2011. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/media_25849.html>. Acesso em: 16 jan. 2017.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Ação para a sobrevivência infantil.** 2014. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/media_27983.htm>. Acesso em: 15 ago. 2016.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Cerca de 35 milhões de crianças menores de 5 anos estão sob risco se a meta de mortalidade na infância não for atingida.** 2013. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/media_26030.htm>. Acesso em: 15 ago. 2016.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Países avançam na redução da mortalidade na infância.** 2012. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/media_24202.htm>. Acesso em: 20 ago. 2016.

VIANA, A.L. D'Ávila. Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais. In: CANESQUI, Ana Maria (org.). **Ciências sociais e saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997.

WAGNER, E. H. – **Chronic disease management:** what will take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice, 1: 2-4, 1998.

WEBER, Max. **A política como vocação.** 1996. Disponível em: <www.bresserpereira.org.br/Terceiros/Cursos/09.08.Weber.A_politica.pdf>. Acesso em: 14 nov 2016.

WEIS, Carlos. **Os direitos humanos contemporâneos.** São Paulo: Malheiros, 1999.

ZANETI, Tania Maria. **A efetivação dos direitos sociais através das políticas públicas.** 2011. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/conteudo/efetiva%C3%A7%C3%A3o-dos-direitos-sociais-atrav%C3%A9s-das-políticas-p%C3%BAblicas>>. Acesso em: 23 dez 2016.

APÊNDICES

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE PONTA GROSSA

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CIENCIA SOCIAIS APLICADAS

MESTRANDA: ANA PAULA GARBUIO CAVALHEIRO

TÍTULO DA PESQUISA: Avaliação do processo de implementação do programa estadual Mãe Paranaense e seus resultados para a redução da mortalidade infantil no município de ponta grossa

- 1 – Sob a sua ótica, quais os grupos socioeconômicos mais vulneráveis à Mortalidade Infantil no município de Ponta Grossa? O que determina tal situação?
- 2 – Quais as ações desenvolvidas pelas equipes de saúde para enfrentamento da Mortalidade Infantil no município de Ponta Grossa?
- 3 - Como você avalia a implementação das ações do programa Rede Mãe Paranaense no município de Ponta Grossa?
- 4 - Quais as dificuldades para a redução da Mortalidade Infantil?