

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL -
MESTRADO E DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

Tatiana Kurtz

**CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-EPIDEMIOLÓGICA DOS ÓBITOS ATÉ 1 ANO DE
IDADE EM SANTA CRUZ DO SUL: INSTRUMENTO METODOLÓGICO PARA
APERFEIÇOAMENTO DE GESTÃO TERRITORIAL EM SAÚDE**

Santa Cruz do Sul, julho de 2007

Tatiana Kurtz

**CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-EPIDEMIOLÓGICA DOS ÓBITOS ATÉ 1 ANO DE
IDADE EM SANTA CRUZ DO SUL: INSTRUMENTO METODOLÓGICO PARA
APERFEIÇOAMENTO DE GESTÃO TERRITORIAL EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós -
Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e
Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento
Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC,
como requisito parcial para obtenção do título de Mestre
em Desenvolvimento regional.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Artêmio Fischborn Ferreira

Santa Cruz do Sul, julho de 2007

Tatiana Kurtz

**CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-EPIDEMIOLÓGICA DOS ÓBITOS ATÉ 1 ANO DE
IDADE EM SANTA CRUZ DO SUL. INSTRUMENTO METODOLÓGICO PARA
APERFEIÇOAMENTO DE GESTÃO TERRITORIAL EM SAÚDE**

Esta Dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Prof. Dr. Marcos Artêmio Fischborn Ferreira

Professor Orientador

Prof^a. Dr^a. Marília Patta Ramos

Prof^a. Dr^a. Stella Nazareth Meneghel

Dedico esta pesquisa às crianças, pelas quais cultivo muito amor e dedicação.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos às pessoas que de alguma forma dispensaram generosamente paciência, conhecimentos e que se tornaram fundamentais na elaboração e desenvolvimento deste trabalho. À minha família, sempre incentivadora e confiante na minha atuação.

Conhecimento sem transformação não é sabedoria.

(Paulo Coelho)

RESUMO

Este estudo analisa os óbitos até 1 ano de idade em Santa Cruz do Sul segundo suas principais características de ocorrência, distribuição e sua relação com a política de saúde. O estudo foi desenvolvido em município que tem o 8º Produto Interno Bruto (PIB) do estado do Rio Grande do Sul e gestão plena de municipalização do Sistema Único de Saúde (SUS), e que, no entanto apresentou durante 2003-2004 taxas de Mortalidade Infantil elevadas. Os dados foram coletados através da Declaração de Nascido Vivo (DN), Declaração de Óbito (DO), questionário em domicílio ou hospital com familiar, através de autópsia verbal/inquérito domiciliar, análise de prontuários dos óbitos e avaliação técnico-científica por médico pediatra a respeito do atendimento recebido por essas crianças. Observamos um número total de 57 óbitos menores de 1 ano no período em estudo, sendo predominante a ocorrência do óbito (54,4%) na faixa etária de 0 a 28 dias de vida (mortalidade neonatal) intrinsecamente relacionada às condições de gestação, parto e integridade física da criança. O estudo aponta para a importância de um conjunto de condições a influenciar o aumento da vulnerabilidade e incidência de óbitos: condições sócio-econômicas das mães - particularmente a baixa escolaridade - e a qualidade da prestação dos serviços ao binômio mãe/filho. O estudo reforçou a importância da autópsia verbal/inquérito domiciliar como instrumento qualitativo para elaboração de ações para redução das taxas de Mortalidade Infantil.

Palavras-Chave: Mortalidade Infantil; Políticas Públicas; Serviços de Saúde; Equidade; Autópsia Verbal.

ABSTRACT

The following paper analyzes children's deaths up to the age of 1 year which have occurred in the country of Santa Cruz do Sul, focusing on their main causes, distribution and relation to health policies. The survey has been carried out in Santa Cruz do Sul, which has the 8th largest Gross Domestic Product (GDP) in Rio Grande do Sul and which manages the SUS (Integrated Health System) itself. Nonetheless it has shown a high death rate during 2003/04. The data have been collected by means of Declarations of Children Born Alive, Death Certificates, home and hospitals inquiries through verbal autopsy/home inquiry, analyses of the death certificates and technical and scientific evaluations by invited pediatricians about the medical assistance received by the children. We have observed a total figure of fewer 57 death cases within 1 year of study, having the majority of deaths (54,4%) occurred with children between 0 and 28 days of age (neonatal mortality) intrinsically related to pregnancy conditions, labor and physical conditions of the children. Moreover, the study points out to the importance of factors that influence the increase of vulnerability as well as the occurrence of deaths, i.e., socio-economical condition of the mothers -especially their low schooling level – and the quality of services rendered to mothers and infants alike. The research highlights the importance of verbal autopsy/home inquiry as a qualitative tool for to implementation of actions able to reduce the incidence of death among newborns.

Key Words: Infant mortality; Children's Deaths; Public Health Policies; Health Services; Equity; Verbal Autopsy.

LISTA DE FIGURAS

01 – Localização aproximada de Santa Cruz do Sul	54
02 – Área urbana de Santa Cruz do Sul	69

LISTA DE GRÁFICOS

01 – Grupos de causas relacionados ao óbito	62
02 – Zona Urbana – Região Norte	70
03 – Zona Urbana – Região Sul	71
04 – Zona Rural	71
05 – Vila Schultz	72
06 – Bairro Piratini	72
07 – Bairro Bom Jesus	73
08 – Bairro Imigrante	73
09 – Bairro Glória	74
10 – Bairro Cristal	74
11 – Bairro Faxinal	75
12 – Bairro Harmonia	75
13 – Bairro Menino Deus	76

LISTA DE QUADROS

01 – Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde	21
02 – Vigilância da Saúde	22
03 – Mortalidade por municípios e CRS de Residência – SIM/RS, 2000-2004 ..	55
04 – Posição do município de Santa Cruz do Sul em relação ao conjunto de municípios do Rio Grande do Sul, segundo o IDESE, 2003	55

LISTA DE TABELAS

01 – Sexo	60
02 – Idade no óbito	61
03 – Causa básica que levou ao óbito	62
04 – Local onde ocorreram os óbitos	63
05 – Local procurado para atendimento da doença que levou ao óbito	63
06 – Conseguiu atendimento no mesmo dia	64
07 – Foi encaminhada para internação no mesmo dia	64
08 - Recebeu a medicação no posto de saúde	65
09 – Foi marcado retorno	65
10 – Voltou a procurar atendimento em serviço de saúde	65
11 – Escolaridade	66
12 – Idade da mãe	66
13 – Número de filhos vivos	67
14 – Mãe trabalhava por ocasião do óbito da criança	67
15 – Local onde a criança dormia	67
16 – Localização	68
17 – Ocorrência de óbitos	70
18 – Renda familiar mensal	76
19 – Número de pessoas que utilizavam a renda mensal familiar	77
20 – Pré-natal	77
21 – Número de consultas	78
22 – Tipo de parto	78
23 – Local do parto	78

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
OBJETIVO GERAL E OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
1 SAÚDE, DOENÇA E MORTE E DETERMINANTES SOCIAIS: UMA APROXIMAÇÃO TEÓRICA	17
2 MORTALIDADE INFANTIL: CARACTERÍSTICAS GERAIS E SEUS PRINCIPAIS DETERMINANTES	25
2.1 O fenômeno da mortalidade infantil - conceito e mensuração	31
2.2 Desenvolvimento e saúde: conceito e controvérsias	34
2.3 Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da Mortalidade Infantil no Brasil	37
2.4 Organização dos serviços de saúde e da rede de atenção à criança	41
2.5 Diretrizes na promoção da saúde	43
3 A SAÚDE COMO BEM PÚBLICO E O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL: WELFARE STATE E SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	47
3.1 Os direitos em Marshall: Cidadania, classe social e status	47
3.2 Estado do Bem-Estar Social: Welfare State	48
3.3 Sistema Único de Saúde (SUS)	50
4 O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE: A POLÍTICA DO CUIDADO DESCENTRALIZADO	53
5 METODOLOGIA E ANÁLISE DE DADOS	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	87
ANEXO A – Questionário de Investigação de Óbitos em crianças de 0 a 1 ano .	90
ANEXO B - Questionário de Prontuário de Óbito Menor de 1 ano de idade	95
ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	96

INTRODUÇÃO

Nas duas últimas décadas, a concepção de desenvolvimento e bem-estar da população de um país vem se alterando, ultrapassando a dimensão tradicional de renda pessoal e crescimento econômico para incorporar uma visão mais abrangente, onde a razão de ser do desenvolvimento é o homem.

Na saúde infantil, a desnutrição e a morbimortalidade nos países em desenvolvimento assumem grandes proporções, e inúmeras propostas têm sido elaboradas visando uma ação específica no enfrentamento destes problemas. Estas propostas incluem desde a identificação de fatores de risco visando a prevenção, bem como intervenções nos processos já instalados. Características próprias de cada comunidade e suas respectivas possibilidades de intervenção devem ser definidas em nível local.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) significou um marco decisivo para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), onde ficou estabelecido que “A Saúde é um direito de todos e dever do Estado (...)” (FERREIRA et al., 2004, p. 263, apud art. 196 da 8ª CNS). Cabendo ao Estado, em seus níveis de governo federal, estadual e municipal garantir esse direito através de políticas públicas que reduzam o risco de doenças e outros agravos à saúde. O direito à saúde, assim como as formas para garanti-lo, deve ser efetivado, através do Sistema Único de Saúde, que tem como princípios básicos a universalidade, a equidade e a integralidade (FERREIRA et al., 2004).

Desde 1995, o Ministério da Saúde tem estado à frente de um movimento nacional, o Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI), que busca diminuir significativamente as taxas de mortalidade de nossas crianças. A promoção de um atendimento integrado em ações de saneamento, imunização, promoção do aleitamento materno e o pré-natal, combate às doenças infecciosas e à desnutrição, podem definir estratégias e operacionalização de programas voltados para a mulher e a criança.

Após a década de 90, como resultado de uma maior atenção à saúde da mãe e da criança, a mortalidade vem diminuindo como um todo no Brasil, principalmente

a de crianças de 28 dias a 1 ano, cujas causas principais são passíveis de redução desde que sejam adotadas medidas de atenção básica de saúde e melhoria das condições sócio-econômicas da população.

Indicadores do *United Nations Children's Fund* (UNICEF), demonstram a situação da infância e juventude no Brasil, após 10 anos da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente. No entanto o desenvolvimento infantil continua sendo um direito violado, dado que a cada 5 minutos morre uma criança com menos de um ano de vida.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do período de 1990 e 2000, demonstram um declínio de 38% na mortalidade de menores de um ano de idade passando de 48 por mil nascidos vivos em 1990 para 29,6 por mil em 2000. Esta redução está relacionada à ampliação do acesso da população aos serviços de saúde e saneamento; aos programas de imunização; de incentivo à amamentação e rehidratação oral; à atenção ao pré-natal e ao parto; ao aumento da escolaridade das mães; à estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) e à queda das taxas de natalidade. Por sua vez, o acesso à educação (especialmente para as mães); a melhoria de condições de vida e moradia; os cuidados diários de higiene pessoal e do ambiente em que se vive e o desenvolvimento de programas de educação em saúde que orientem as comunidades e famílias - são também fatores essenciais para a redução da Mortalidade Infantil.

O estudo foi desenvolvido em município que tem o 8º Produto Interno Bruto (PIB) do estado do Rio Grande do Sul e gestão plena de municipalização do Sistema Único de Saúde (SUS), no entanto apresentou no período 2003 e 2004 coeficiente de Mortalidade Infantil de 21,74 e 14,25 por 1000 nascidos vivos respectivamente, e sua média no período 2000 a 2004 de 18,07 por 1000 nascidos vivos. No mesmo período, ou seja, a média estadual do coeficiente de Mortalidade Infantil foi de 15,47 por 1000 nascidos vivos.

OBJETIVO GERAL

Analisar os óbitos até 1 ano de idade pelo período de dois anos segundo suas principais condições de ocorrência, distribuição e sua relação com a política de saúde.

Objetivos Específicos

- Caracterizar os óbitos segundo variáveis epidemiológicas e sociais selecionadas;
- Avaliar o papel da rede de serviços de saúde na ocorrência destes óbitos;
- Identificar as condições de vulnerabilidade social que podem estar relacionadas à produção desses óbitos;

A partir da relevância social do tema óbitos infantis e as condições mais prováveis para sua ocorrência, é inevitável observar a conexão entre este fato e uma discussão sobre o significado de desenvolvimento, na medida em que esse possa estar baseado na avaliação de índices ou fatos que respondam pela qualidade de vida da população. Buscou-se averiguar, através de distribuição e qualificação dos óbitos, alguns elementos que dissessem respeito também às condições gerais de vida e de acesso das famílias aos serviços de saúde disponibilizados pelo sistema. Ou seja, identificar o que é de responsabilidade do sistema de saúde e o que é de causa social. Nesse sentido, a caracterização de óbitos menores de um ano de idade em Santa Cruz do Sul dispõe informações relevantes para reflexão sobre o perfil de Mortalidade Infantil e a qualidade de assistência prestada no município.

1 SAÚDE, DOENÇA E MORTE E DETERMINANTES SOCIAIS: UMA APROXIMAÇÃO TEÓRICA

A partir dos anos 80, no campo da antropologia, estudos buscaram conhecer melhor as representações sobre saúde e doença e analisaram a lógica do discurso popular sobre a doença. O surgimento de um pensamento social em saúde pode estar estreitamente relacionado com a situação socioeconômica, político-ideológica e com tradições culturais e intelectuais de cada época e contexto. O entendimento do processo saúde-doença e o estudo da organização social das práticas de saúde proporcionaram importantes abordagens para o campo das ciências sociais (NUNES, 1999).

Uma vez que o processo saúde-doença se reconhece como inserido na complexidade dos fenômenos sociais, o seu estudo tem que levar em conta as limitações e divergências conceituais e metodológicas próprias dos estudos desse campo do conhecimento. Se existem limitações ao conceituar saúde ou doença, é evidente que também surgem limitações quando se busca a mensuração dos eventos relacionados a estes dois conceitos (MONTEIRO, 2000).

Segundo o mesmo autor existe uma relação bastante clara, senão óbvia, entre o desempenho econômico de uma sociedade e as chamadas doenças da pobreza, como as infecções e desnutrição, resultado direto do impacto da situação econômica de um país, e de seu estágio de desenvolvimento, sobre as condições de vida e o bem-estar de sua população.

Autores relatam que no final dos anos 80 pode-se constatar uma hegemonia das instituições médicas, onde seu agente principal, o médico, era concentrador de poder na definição do que diz respeito à saúde e à doença em nossa sociedade. Porém, com a crise financeira da previdência, a institucionalização de programas assistenciais na “Nova República”, a grande inflação e os períodos recessivos que caracterizavam os anos oitenta, observou-se o crescimento da demanda por serviços de saúde, sua degradação e a perda de prestígio e hegemonia cultural destas instituições médicas (LUZ, 1997).

Ouvir indivíduos doentes ou "em risco", interrogá-los, fazer inquéritos e *surveys* em população julgadas expostas, passaram a ser assunto público, questão de Estado, porém estes processos necessitaram de consciência reflexiva dos cientistas sociais (CANESQUI, 1997).

Segundo Stotz (1997), compreender e explicar problemas de saúde e suas práticas sociais na América Latina recebeu a denominação de Saúde Coletiva, no Brasil e de Medicina Social, nos demais países, assumindo características próprias em cada país. O Brasil conseguiu alcançar um nível de institucionalização consistente o qual combinou formulação de políticas públicas e organização corporativa de parcelas de profissionais de saúde. Sendo assim, a Saúde Coletiva surge como uma proposta de organização de um campo de conhecimento científico próprio, através do estudo das práticas sociais de saúde e dos processos sociais de produção e distribuição da doença.

Estudos epidemiológicos têm procurado explicar as desigualdades na saúde da população segundo fatores sociais e econômicos como renda, ocupação, educação, habitação, ambiente, ou seja, as denominadas condições de vida (SZWARCOWALD, 1999).

As correlações entre chances de vida e de saúde com agravos de saúde, são apresentadas em referência marcante, no conceito ampliado de saúde elaborado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde através do texto do Relatório Final que define:

"Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida." (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 8ª. CNS, ANAIS, 1986: 382)

E completa:

"A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas." (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 8ª. CNS, ANAIS, 1986: 382)

Essa definição envolve reconhecer o ser humano como ser integral, historicamente situado, e a saúde como qualidade de vida. A desigualdade social que se manifesta pela crescente concentração de renda, acarretando pobreza e exclusão social, constitui um desafio para garantir os direitos de saúde de população. Além disso, no Brasil, os padrões de exclusão e a incidência da pobreza são também determinados pelas desigualdades de gênero, etnia e geração. Nesse sentido, para efetivar o direito à saúde é necessário romper a espiral multidimensional que caracteriza esses vários processos de exclusão frutos da política macroeconômica. Depende, portanto, do provimento de políticas sociais e econômicas que assegurem desenvolvimento econômico sustentável e distribuição de renda, e de recursos materiais, cabendo especificamente ao SUS a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das coletividades de forma equitativa respeitando as diferenças (12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

Autores como Kadt (1993), sugerem a análise de risco como análise sociológica das chances de vida permitindo relacionar o conceito de risco de saúde ao de chances de saúde, contrastando o enfoque individualista da análise de risco convencional e o enfoque social - ou sócio-econômico - de chances de vida. Kadt (1993, p. 23) lembra Max Weber que seria o primeiro autor a desenvolver o conceito de “chances de vida”. Para o sociólogo alemão:

“(...) as chances de vida são as probabilidades que as pessoas têm de poder satisfazer suas necessidades e vontades não diferem apenas de forma aleatória ou por fatores ambientais, genéticos ou biológicos, estão ancorados na estrutura social, nos processos de produção e distribuição de bens escassos, amparados por normas sociais e leis.”

Nesse sentido, promover equidade na saúde não pode estar isolado do objetivo de melhorar as chances de vida, justificativa para focar uma área da política social com a intersectorialidade na saúde, analisando as condições sócio-econômicas em geral que, entre outras, determinam se as pessoas têm uma vida saudável.

O mesmo autor afirma que pessoas de classes sociais distintas têm diferentes “padrões de consumo” para o atendimento à saúde e gozam de condições ambientais saudáveis em maior ou menor medida.

Teixeira et al. (1998), chama atenção para análise da situação de saúde e suas tendências na população, destacando a reprodução social das condições de vida e seu reflexo como problemas de saúde. A partir disto, há necessidade de uma concepção flexível, baseada na própria heterogeneidade epidemiológica e sanitária existente no país.

A busca de identificação de “fatores de risco” envolvidos na determinação das doenças vem gerando modernização das estratégias de ação no campo da saúde pública, tanto pela diversificação e ampliação do seu objeto, quanto pela incorporação de novas técnicas e instrumentos geradores de informações e organização das intervenções sobre “danos”, “indícios de danos”, “riscos” e “condicionantes/determinantes” dos problemas de saúde.

O conhecimento de eventos de risco, e o desdobramento da informação qualificada em termos de políticas e práticas de saúde têm relação estreita com a eficácia dos sistemas de informação e a atuação da Vigilância da Saúde.

Nesse sentido, cabe distinguir como os debates mais recentes em torno da Vigilância da Saúde geram vertentes com focos e estratégias distintas, segundo Teixeira et al. (1998):

- Análise das situações de saúde de grupos populacionais definidos em função de suas condições de vida, que se restringe ao monitoramento da situação da saúde, não incorporando as ações voltadas ao enfrentamento dos problemas.
- Proposta de “integração” institucional entre epidemiologia e sanitarismo, resultando no fortalecimento das ações de vigilância sanitária e articulação com centros de saúde do trabalhador, com a implementação de campanhas e programas de controle de epidemias e endemias.

Enquanto o modelo médico-assistencial privilegia o médico, tomando como objeto a doença, em sua expressão individualizada e utiliza os conhecimentos e tecnologias que permitem o diagnóstico e a terapêutica das patologias, o modelo

sanitarista tem como sujeito indivíduos cujo objeto de trabalho é a análise dos modos de transmissão e fatores de risco das diversas doenças sob o ponto de vista epidemiológico, utilizando a tecnologia sanitária (educação em saúde, saneamento, controle de vetores, imunização, entre outros). A autora propõe a incorporação de novos sujeitos, além dos já existentes, como entidades representativas dos interesses de grupos sociais em função de suas condições de vida através da mobilização, organização e atuação destes grupos, com a ampliação do objeto “saúde-doença-riscos-necessidades”.

Nessa perspectiva, segundo Teixeira et al. (1998), a Vigilância da Saúde apresenta características básicas: intervenção sobre problemas de saúde, danos, riscos e/ou determinantes no território; ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; operacionalização do conceito de risco; articulação entre ações promocionais preventivas e curativas e atuação intersetorial.

QUADRO 1 – Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde.

Modelo	Sujeito	Objeto	Meios de Trabalho	Formas de Organização
Modelo médico-assistencial privatista	Médico - especialização complementariedade (paramédicos)	Doença (patologia e outras) Doentes (clínica e cirurgia)	Tecnologia médica (indivíduo)	Rede de serviços de saúde Hospital
Modelo sanitaria	Sanitarista-auxiliares	Modos de transmissão Fatores de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas sanitárias Programas especiais Sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária
Vigilância da saúde	Equipe de saúde População (cidadãos)	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologia de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologia médico-sanitárias	Políticas Públicas saudáveis Ações intersetoriais Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação) Operações sobre problemas e grupos populacionais

Fonte: TEIXEIRA et al., 1998, p. 18.

A Vigilância da Saúde corresponderia assim, a um modelo assistencial que supere os modelos vigentes, redefinindo o objeto, meios de trabalho, relações

técnicas e sociais, bem como as organizações de saúde e cultura sanitária. Traz como objetivo central as práticas coletivas (epidemiológicas e sanitárias) e as práticas individuais (assistência ambulatorial e hospitalar) através de contribuições da geografia, planejamento urbano, administração estratégica e ciências sociais em saúde, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização da saúde a nível local. Portanto, cada município através da coleta e sistematização de dados demográficos, sócio-econômicos, político-culturais, epidemiológicos e sanitários podem construir o seu mapa básico e temático onde são visualizadas as relações entre condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde visando a integralidade, a intersectorialidade, efetividade e equidade (KADT; TASCA, 1993; TEIXEIRA et al., 1998).

A disponibilidade de acesso à saúde e caracterização dos indivíduos em risco, a tomada de decisão por parte da população em contactar com o serviço de saúde, também são fatores que interferem no processo saúde.

Quadro 2 - Vigilância da Saúde

Políticas Públicas Promoção à saúde	Atenção Primária Saúde da Família	Atenção Secundária e Terciária		
Controle de causas	Controle de riscos	Controle de danos		
<ul style="list-style-type: none"> • Determinantes sócio-econômicos • Necessidades 	Riscos  Exposição	Indícios de Exposição	Indícios de Danos	Cura Seqüela Óbito
Intervenção Social Organizada	Ações e Programas de saúde			
Políticas Públicas Transsetoriais	Vigilância Sanitária Vigilância Epidemiológica Assistência Médico-hospitalar			
Promoção da Saúde	Proteção da saúde Diagnóstico precoce (screening) Limites de dano Reabilitação			

Fonte: Quadro elaborado pela autora, 2004, adaptado de TEIXEIRA et al., 1998, p. 16.

Na América Latina foram realizados importantes estudos que correlacionam

mortalidade e sua relação com o tipo de desenvolvimento sócio-econômico estabelecido.

Porém, pouco se descreve sobre os efeitos que as crises econômicas recentes têm sobre a Mortalidade Infantil em períodos curtos. Segundo Romero e Szwarcwald (2000), existe uma crença de que, com poucas exceções, os padrões demográficos das sociedades modernas em desenvolvimento são altamente imunes às flutuações econômicas a curto prazo. Sendo a escassez de estatísticas confiáveis e oportunas uma razão para explicar porque existem poucos estudos sobre a América Latina que forneçam noção do impacto da crise econômica em eventos sóciodemográficos como a Mortalidade Infantil, preferindo dados de estimativas a longo prazo por fornecerem maior segurança.

A mesma autora analisa uma das questões mais polêmicas que se refere ao período de tempo que se deve esperar para que uma crise econômica proporcione efeitos sobre os eventos sóciodemográficos. A segunda questão (problema) seria como reconhecer este impacto.

Para conhecer o impacto da situação econômica na Mortalidade Infantil é necessário conhecer como está a situação demográfica do lugar (estrutura da cidade, distribuição populacional, vulnerabilidade da população e nível de fecundidade) e sua tendência histórica diante de diferentes condições sócio-econômicas. Para Romero e Szwarcwald (2000), estes impactos poderiam ser mediados por políticas sociais compensatórias, programas, condições políticas, instituições e organização social, entre outros.

O contínuo decréscimo do Coeficiente de Mortalidade Infantil na maior parte dos países da América Latina, em períodos de crise econômica, não significa que sejam eventos independentes.

Estudo realizado por Romero e Szwarcwald (2000) analisando nove países da América Latina demonstrou evidências na associação entre crise econômica e coeficiente de Mortalidade Infantil na década de oitenta, onde a análise de outros fatores como taxa de fecundidade, educação materna, através do papel das políticas de saúde pública e outros, não tiveram tanto impacto quanto a correlação negativa e

significativa entre o ritmo de decréscimo do coeficiente de Mortalidade infantil e crescimento da pobreza. O impacto da crise econômica dos anos 80 teve intensidades diferentes entre os países considerados no estudo, sendo que a desigualdade de ingresso na crise econômica aparece como uma das explicações mais plausíveis.

A desigualdade na distribuição de renda no período em estudo anos 70-80 constatou que onde se concentravam residências pobres se aglomeravam as mortes infantis, em outras palavras, comunidades carentes concentravam grande número de óbitos infantis. A relevância da pobreza relativa e a maneira como ela exclui pessoas, social e materialmente, das oportunidades proporcionadas pela sociedade, gerando uma desigualdade de renda e suas repercussões a longo prazo, é fato relevante. O papel das políticas públicas para as mudanças nas condições de vida poderiam reduzir o CMI, mas talvez não consigam reduzir as grandes desigualdades sociais perante a morte (ROMERO; SZWARCOWALD, 2000).

Sendo assim, a recuperação da economia de um país e a diminuição de sua pobreza não conseguem reduzir a desigualdade e os eventos associados a ela como a Mortalidade Infantil. Melhores condições de saúde em sociedades com distribuição mais equilibrada de renda poderiam modificar este quadro.

2 MORTALIDADE INFANTIL: CARACTERÍSTICAS GERAIS E SEUS PRINCIPAIS DETERMINANTES

A Mortalidade Infantil tem sido freqüentemente apontada como indicador sensível da qualidade de vida de uma população, determinada em sua dimensão mais ampla pelas condições sociais, econômicas e culturais dos indivíduos e da comunidade a que pertencem (MANSANO et al., 2004).

Nas pesquisas sobre desenvolvimento regional a utilização de indicadores tem a finalidade de quantificar determinada concepção de desenvolvimento (JANUZZI, 2004).

Entretanto, uma variável econômica ou social somente se configura como um indicador quando representa algum aspecto relevante desta concepção. Em função disso, a questão essencial não está relacionada ao fato de como mensurar algo, mas, sobretudo, se aquilo que está sendo mensurado realmente expressa aspectos relevantes do processo de desenvolvimento que está sendo analisado (SIEDENBERG, 2003).

Não se pode, todavia, desconsiderar que, em geral, toda e qualquer política de desenvolvimento demanda e se baseia em indicadores. É por meio destes instrumentos que o sucesso ou fracasso, assim como os pontos fortes e fracos de uma estratégia de desenvolvimento são analisados ou evidenciados. Enfim, não há como negar: indicadores são necessários para permitir análises e comparações inter ou intra-regionais (SIEDENBERG, 2003).

De uma maneira geral pode-se dizer que indicadores de desenvolvimento podem ser utilizados para os mais diversos fins, entre os quais se destacam: diagnosticar as condições de desenvolvimento social ou setorial; propiciar informações sobre problemas sociais ou crises potenciais; subsidiar planos e decisões políticas e avaliar metas e estratégias globais/setoriais.

Siedenberg (2003) afirma que indicadores podem ter, além de uma função meramente informativa, também uma função avaliativa, normativa ou decisória, uma vez que servem de referência para a implementação de objetivos, metas e

estratégias.

O Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS), constitui-se na principal alternativa de dados sobre óbitos no país. Criado em 1976, a partir da implantação do modelo padronizado da Declaração de Óbito (DO) em todo o território nacional, o SIM é justificado não só para o atendimento de exigências legais, mas tem o objetivo principal de fornecer subsídios para traçar o perfil de mortalidade no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Apesar da disponibilidade de dois sistemas de informações sobre óbitos em nível nacional, o do Registro Civil e o SIM, um dos grandes problemas que ainda limitam as análises de mortalidade no Brasil é o sub-registro de óbitos, que tem magnitude expressiva, sobretudo, nas regiões Norte e Nordeste, com predomínio entre as crianças com menos de um ano de idade. A efetividade de um sistema de informações sobre mortalidade diz respeito, principalmente, à ocorrência de sepultamento sem a exigência da certidão, nos denominados cemitérios clandestinos, sendo associado à pobreza e prevalente na área rural (MELLO - JORGE, 1983).

No que se refere às informações referentes aos nascimentos, em 1990, o MS implantou o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Esse sistema tem base na Declaração de Nascimento (DN), documento cuja emissão é considerada obrigatória no serviço de saúde onde ocorreu o parto. A DN deve ser preenchida em três vias: a primeira permanece no estabelecimento de saúde para ser recolhida posteriormente pela Secretaria Estadual de Saúde (SES); a segunda via é entregue à mãe ou responsável pelo recém-nascido para ser levada ao Cartório com vistas ao registro de nascimento; a terceira via é entregue ao Serviço de Saúde em que a criança receberá os primeiros cuidados, possibilitando que o pediatra obtenha informações adequadas referentes às condições do nascimento.

O SINASC tem como propósito caracterizar as condições de nascimento (SZWARCOWALD et al., 2002). Representa um sistema que permite a análise dos nascidos vivos e a obtenção de um perfil epidemiológico de acordo com variáveis importantes como: idade da mãe, sexo do recém-nascido, peso ao nascer, duração da gestação, grau de instrução da mãe, índice de Apgar, tipo de parto, paridade,

estabelecimento onde ocorreu o parto e município de origem da mãe. Agregue-se a este fato que muitas dessas informações também estão contidas na declaração de óbito (DO), o que permite a obtenção de coeficientes específicos de mortalidade infantil necessários para análises mais minuciosas na área de saúde materno-infantil.

Informações produzidas por esse sistema têm alcançado não só as unidades de saúde do setor público, mas também os estabelecimentos privados, chamando a atenção dos profissionais de saúde para o valor do registro das informações básicas, visando o conhecimento das condições de saúde da população para, dessa forma, poder intervir nos principais problemas.

As variáveis coletadas tanto na Declaração de Nascimento (DN) quanto na Declaração de Óbito (DO), e sua utilização pelo SINASC associado ao Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde torna possível a realização desse tipo de estudo em nosso país. Ambos os sistemas de informações apresentam boa cobertura dos eventos e os dados obtidos têm fidedignidade crescentemente reconhecida, o que torna as medidas obtidas representativas dos verdadeiros fatores de risco da população estimada.

Informações para realizar a vigilância do recém-nascido são subsidiadas pelo SINASC como o risco biológico constituído pelas variáveis 'baixo peso ao nascer' e 'prematividade', e o risco social formado pelas variáveis 'mãe analfabeta', 'mãe adolescente' e 'multiparidade' (variáveis biológicas, sociais ou mistas).

O compromisso que o sistema de saúde tem em relação ao binômio mãe/filho antes do nascimento é amplo e complexo. A gravidez na adolescência é amplamente discutida e analisada para entender o baixo peso ao nascer (< 2500 gramas) de recém-nascidos. Segundo a OMS o aspecto biológico não pode ser analisado de maneira isolada, pois as condições psicossociais são de igual importância.

O SINASC contém informações sóciodemográficas sobre as mães, além de outras variáveis relacionadas à gestação, parto e condições de nascidos vivos, permitindo o conhecimento do perfil epidemiológico de condições materno-infantis

em diferentes localidades e possibilitando ao sistema de saúde viabilizar políticas e ações voltadas às reais necessidades e demanda de cada grupo populacional.

Nos países em desenvolvimento, a gestação e a maternidade na adolescência, assim como as altas taxas de mortalidade perinatal e infantil encontram-se inseridas num contexto social amplo, conseqüência das precárias condições de vida e saúde da maioria da população. Pesquisas relacionadas à gestação e à maternidade entre adolescentes demonstram que a baixa escolaridade e a pouca profissionalização, assim como o abandono do parceiro ou da família constituem situações de risco para o comprometimento de estado de saúde da adolescente e do seu(s) dependente(s), principalmente na ausência de suporte pré-natal (COSTA et al., 2001).

Em análise de Mariotoni et al. (1998), alguns autores descrevem a “Síndrome da Falência” onde a mãe adolescente não consegue cumprir suas funções, permanecer na escola, limitar o número de filhos, estabelecer família estável e assumir independência financeira; concordando ainda que há interação entre outros fatores como: psicológicos, déficits nutricionais, fatores sociais e ambientais como a pobreza. Neste mesmo estudo constatou-se que é contraditória a influência da idade materna na duração da gestação e no peso ao nascer, porém confirmou-se a preocupação com o contexto psicossocial da gravidez na adolescência, sendo o cuidado pré-natal valorizado e direcionado à assistência multidisciplinar, médico-psicológica; diminuindo as situações desfavoráveis que possam influenciar a gravidez na adolescência.

Atualmente, já existem programas onde o recém-nascido é identificado por maior risco biológico ou social, sendo submetido à vigilância em seu domicílio por equipe médica da rede básica de saúde, composta por médico neonatologista, enfermeira e assistente social, para avaliação rotineira da saúde dessa criança.

Através desse sistema é possível extrair informações essenciais para o planejamento das ações dirigidas às gestantes e crianças do território:

- estimativa do número de gestantes na área de abrangência da unidade de saúde ou equipe de saúde da família ou município;

- organização do serviço de maneira a oferecer cobertura de 100% de pré-natal (com início da assistência no primeiro trimestre, mínimo de 6 consultas por gestante, exames e imunização antitetânica, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde);
- identificação de todas as crianças nascidas vivas para a organização do serviço, de maneira a dar cobertura de 100% das crianças na promoção de sua saúde, como acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento, imunização e atendimento das intercorrências/patologias agudas da infância;
- identificação da criança de risco ao nascimento, que necessita de acompanhamento prioritário (baixo peso, prematuro, com asfixia ou outra patologia grave ao nascer, filha de mãe adolescente, mãe sem instrução, morador em área de maior risco socioeconômico, além de outros critérios definidos e pactuados na gestão local);
- construção das taxas de mortalidade da população sob responsabilidade do serviço de saúde.

Diante das limitações das fontes de informações, o IBGE, que é órgão responsável por fornecer a estimativa da Mortalidade Infantil no Brasil, tem recorrido a técnicas demográficas, ditas de mensuração indireta, para substituir as estimativas clássicas (IBGE, 2005). Tais técnicas são baseadas em dados de entrevistas domiciliares realizadas por ocasião dos Censos Demográficos ou das Pesquisas Nacionais de Amostra por Domicílio (PNAD).

Dados da PNAD 1998 mostram que, no Brasil, os problemas de saúde distribuem-se de maneira desigual entre indivíduos socialmente distintos e são maiores nos grupos sociais menos privilegiados. Embora o padrão de desigualdade na saúde seja observado nos outros países, a magnitude das desigualdades é substancialmente maior no Brasil. As marcadas desigualdades sociais no acesso aos serviços médicos, odontológicos e preventivos no Brasil são certamente um importante sinalizador da necessidade de redirecionamento da política de saúde no sentido de reduzir barreiras que geram seletividade social na capacidade de utilizar serviços de saúde quando necessário (VIACAVA; TRAVASSOS; DACHS, 2006).

Para o autor geram debates as vantagens e as limitações da PNAD como instrumento capaz de gerar dados de base populacional sobre morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde. Destaca-se a necessidade de formulação de política para a geração de informações a partir de inquéritos de base populacional e sua incorporação ao Sistema Nacional de Informações em Saúde. Os inquéritos devem ser realizados periodicamente e os recursos financeiros para sua realização garantidos.

Há hoje no país uma quantidade grande de sistemas de informação de âmbito nacional, sem falar nos sistemas estaduais e municipais. Os profissionais dos serviços de saúde, encarregados de alimentar todos esses sistemas acabam por ter enorme sobrecarga operacional sem que o esforço resulte, na maioria das vezes, em produção de informações relevantes para a gestão no nível local. Mesmo a nível nacional, a ausência de interfaces que permitam a compatibilização dos respectivos bancos torna a utilização da totalidade de dados um desafio muitas vezes insuperável no cotidiano da administração. O resultado acaba sendo a pequena utilização de informações para o processo de tomada de decisão. Enfim, ao lado dos muitos benefícios que a disposição de dados representa para o planejamento racional, a implementação e o acompanhamento das ações, é necessário ter presente o caráter centralizador que os sistemas de informação podem desempenhar ainda que involuntariamente (BARATA , 2006).

A mesma autora analisa a importância dos inquéritos domiciliares como fonte de dados complementares aos existentes nos sistemas nacionais de coleta regular. A prática dos inquéritos domiciliares é bastante antiga e foi largamente utilizada tanto pela sociologia quanto pela epidemiologia desde o século 19. No Brasil, pelo menos desde as primeiras décadas do século 20, há registros de inquéritos domiciliares como fonte de informações sóciodemográficas e epidemiológicas. As informações obtidas por meio de inquéritos domiciliares são importantes para permitir o conhecimento de aspectos não contidos nos sistemas de registro contínuo. Neste sentido, o artigo aponta para a utilidade dos inquéritos no estudo das desigualdades sociais em saúde. Esta temática, extremamente relevante especialmente na situação brasileira, é ainda pouco valorizada na formulação das políticas públicas em geral, e raramente seu enfrentamento é formulado com um objetivo explícito.

Outro ponto importante analisado por Viacava, Dachs, Travassos (2006), com implicações sobre os resultados, se refere aos *vieses* introduzidos pela utilização de informantes indiretos para responder sobre aspectos de saúde. Entretanto, para a maioria dos propósitos dos inquéritos de saúde, a informação dos indivíduos é suficiente e já existe, muitos estudos demonstrando que esta percepção é relativamente acurada ainda que sofra influência de idade, gênero, nível de instrução e de aspectos culturais.

A técnica da autópsia verbal usada neste estudo - que será descrita com maior detalhamento no capítulo metodológico - se insere nesse conjunto de esforços voltados para dotar as pesquisas com populações, de elementos qualitativos que complementem as tomadas de dados com fins de elaboração estatística.

Recentemente, a Comissão Intergestores Tripartite (representação do nível federal) aprovou em reunião realizada no dia 20 de novembro de 2003 o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica, com base na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2002. Ele constitui instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde. Serve como base, portanto, para negociação de metas, com vistas à melhoria no desempenho dos serviços da atenção básica e situação de saúde da população, a serem alcançadas por municípios e estados. A análise e interpretação de dados que podem subsidiar políticas e ações para reduzir o risco de vida do binômio mãe/filho desde condições de saúde prévia da mãe, na gestação, no parto e puerpério, são propostas que podem sensibilizar os gestores e profissionais da saúde com o intuito de atender, de maneira efetiva, os compromissos públicos com a saúde da população.

2.1 O fenômeno da mortalidade infantil - conceito e mensuração

Mortalidade Infantil é o termo usado para designar os óbitos de crianças menores de um ano de idade, ocorridos em determinado local e período. O indicador utilizado para sua mensuração é a taxa de mortalidade infantil definida como o número de óbitos de menores de um ano de idade por 1000 nascidos vivos, em determinado local e período. Para os Municípios com população inferior a 80.000 habitantes, além da taxa definida acima, é utilizado para sua mensuração o número

absoluto de óbitos de menores de um ano de idade, em determinado local e período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A diferenciação dos Municípios foi adotada porque a taxa de Mortalidade Infantil tem uma grande oscilação em populações pequenas, quando avaliado um período curto de tempo, como um ano. Nesses casos em que os óbitos infantis tendem a ser menos freqüentes, cada óbito a mais ou a menos provoca grandes variações na taxa, sendo importante o uso de números absolutos. Mas para garantir comparações entre Municípios de porte diferente, se faz necessário o uso da taxa, justificando o uso destes dois indicadores para Municípios com menos de 80 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

$$TMI = \frac{N \text{ de óbitos de crianças menores de 1 ano em determinado local e período} \times 1000}{\text{Número de nascidos vivos, no mesmo local e período}}$$

Estima o risco de um nascido vivo morrer durante o seu primeiro ano de vida. É um dos principais indicadores de saúde pública, utilizado como indicador geral e como específico. Como indicador de saúde geral, expressa, em associação com outros indicadores, a situação de saúde de uma comunidade e as desigualdades de saúde entre grupos e regiões. Como indicador específico, revela as condições de saúde do grupo materno-infantil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Quanto ao significado desse risco explicitado pelo indicador convém reforçar alguns aspectos salientados ao longo deste trabalho, sobre as condições de vida das crianças e seus cuidadores. No que se refere à gestão de um território cabe ao sistema aproveitar as vantagens em desagregar o indicador segundo áreas que apresentem características sócio-econômicas e demográficas particulares. Tal expediente permite retirar da sombra as múltiplas faces de um território desigual e, em conseqüência, agir com maior eficácia. Pesquisa realizada em Porto Alegre nos anos oitenta analisando o município dividido em 1648 microssetores revelou que:

No todo a taxa média de mortalidade infantil foi de 33,9 óbitos por 1.000 menores de um ano na área do estudo (abrangendo a região mais central de Porto Alegre), de 36,4 por 1.000 em todo o município e de 41,2 por 1.000 nos bairros mais afastados, fora da área do estudo. (Guimarães e Fischman, 1986)

Os autores revelam também que em alguns setores a mortalidade ultrapassava uma centena de óbitos por mil nascidos vivos.

As taxas de Mortalidade Infantil são classificadas em altas (50 por 1000 ou mais), médias (20 a 49 por 1000 nascidos vivos) e baixas (menos de 20 por 1000 nascidos vivos), em função de patamares alcançados em países desenvolvidos (IDB 1999). A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera Mortalidade Infantil alta aquela acima de 40 óbitos de menores de 1 ano de idade por 1.000 nascidos vivos.

Nas últimas décadas o declínio, em todo o mundo, das taxas de Mortalidade Infantil reflete a cobertura e eficácia de ações de saúde específicas (Terapia Rehidratação Oral, imunização, incentivo ao aleitamento materno, etc.), mais do que a melhoria das condições de vida da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Dentro de suas atribuições este indicador proporciona:

- Analisar a situação de saúde e as condições de vida da população, detectando variações geográficas, temporais e entre grupos sociais.
- Subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para atenção à saúde da criança e da gestante.

O Sub-registro de óbitos de menores de um ano de idade e de nascidos vivos, erro na definição de nascido vivo, erro na informação de idade da criança na declaração de óbito são considerados como limitações para a análise da Mortalidade Infantil.

Múltiplas variáveis, como fatores sócio-econômicos e políticos, ambientais e relativos à assistência médica, podem interferir na Mortalidade Infantil, sendo que este coeficiente é considerado e utilizado internacionalmente como indicador de qualidade de vida da população (LAURENTI et al., 1985).

Em diversos países em desenvolvimento as taxas de Mortalidade Infantil vêm decrescendo. No Brasil entre as décadas de 1980 a 1990, através de dados obtidos em Registro Civil de nascimentos e óbitos infantis, houve um declínio, principalmente nos primeiros dois anos, e novamente entre 1984 e 1990 (SIMÕES;

MONTEIRO, 1995).

Sabe-se que a qualidade de registros oficiais no Brasil vem melhorando, porém pesquisas epidemiológicas oferecem inúmeras vantagens para identificar fatores determinantes da Mortalidade Infantil, como: verificar a qualidade da informação sobre a causa de morte, maior fidedignidade dos dados obtidos e evidenciar diferentes fatores de risco. Cabe salientar ainda, que as informações epidemiológicas podem avaliar a efetividade de ações e serviços assistenciais e são essenciais para a racionalidade e qualidade dos sistemas de saúde.

2.2 Desenvolvimento e saúde: conceito e controvérsias

No período compreendido entre a publicação da célebre obra de Adam Smith (*An inquiry into the nature and causes of the wealth of nations*), em 1776, que coincidiu com o auge da Revolução Industrial, até meados do século XX, quando a ordem econômica mundial havia sido restabelecida, as principais questões discutidas no contexto econômico abordavam temas como: classes sociais, divisão do trabalho, salário, rendas, meios de produção, riqueza, mais-valia, mercados, preços, capital, lucros, excedentes, acumulação, função do Estado, concorrência, crédito, investimentos, oferta e demanda, entre outros (SIEDENBERG, 2003).

O comentarista analisa, a consolidação do conceito de desenvolvimento como processo de mudanças socioeconômicas, logo trouxe à tona o desafio da sua mensuração, isto é, como “medir” o desenvolvimento? A evolução do Produto Interno Bruto (PIB), um indicador que a Economia usava como referencial quantitativo do desenvolvimento de uma nação, não satisfazia às demais disciplinas, até porque nem sempre o crescimento econômico de uma nação ou região implicava automaticamente em desenvolvimento num sentido mais amplo.

Por definição o PIB refere-se “ao valor agregado de todos os bens e serviços finais produzidos dentro de território econômico de um país, independentemente da nacionalidade dos proprietários das unidades produtoras desses bens e serviços” (Sandroni, 1987, p. 234). A hegemonia do PIB e/ou da renda per capita como indicador de desenvolvimento ocorreu, sobretudo, no período em que crescimento

econômico e desenvolvimento foram considerados sinônimos, isto é, a partir de 1950, quando o paradigma da modernização se constituiu como a estratégia básica do desenvolvimento em muitos países, inclusive no Brasil. Durante os anos 60, entretanto, surgiram as primeiras críticas a este modelo. As propaladas e incentivadas estratégias de crescimento econômico acabaram não propiciando necessariamente o desenvolvimento econômico e social e, em decorrência, o PIB passou a ser questionado como indicador de desenvolvimento (SIEDENBERG, 2003).

Além desse descompasso freqüente entre crescimento econômico e desenvolvimento, Siedenberg (2003) enumerou uma série de motivos que fizeram com que o PIB passasse a ser cada vez mais questionado como indicador hegemônico de desenvolvimento. As estatísticas de crescimento econômico baseadas no PIB desconsideram os elementos de bem-estar social, dos direitos individuais e outros aspectos não quantificáveis. Valoriza o custo dos bens e serviços e discrimina as atividades e bens que atendem as necessidades da população carente. Muitas publicações oficiais de renda *per capita* não refletem o verdadeiro poder de compra de cada país. Desconsideram a existência de relações extra-mercado, onde existem grupos sociais marginalizados, porém que desenvolvem atividades econômicas tanto no meio rural (economia de subsistência) quanto no meio urbano (setor informal) envolvendo inclusive, mulheres e crianças, podendo superar em número de pessoas o setor formal de economia. Outra constatação é de que a renda *per capita* esconde grandes diferenciações de renda entre regiões centrais e periféricas, urbanas e rurais, camadas sociais e entre homens e mulheres. Portanto, o terceiro mundo não seria absolutamente pobre, e sim um *mix* entre riqueza de minorias e miséria de maiorias.

Surge então em 1990 o índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que aos poucos tornou-se referência mundial, publicado no Relatório de Desenvolvimento Humano (RDH), anualmente. Ele parte do pressuposto de que para aferir o avanço de uma população não se deve considerar apenas a dimensão econômica, mas também outras características sociais, culturais e políticas que influenciam a qualidade da vida humana. O objetivo da elaboração do Índice de Desenvolvimento Humano é oferecer um contraponto ao Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Criado por Mahbub

Haq com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia de 1998, o IDH pretende ser uma medida geral, sintética, do desenvolvimento humano. Além de computar o PIB per capita, depois de corrigi-lo pelo poder de compra da moeda de cada país, o IDH também leva em conta dois outros componentes: a longevidade e a educação. Para aferir a longevidade, o indicador utiliza números de expectativa de vida ao nascer. O item educação é avaliado pelo índice de analfabetismo e pela taxa de matrícula em todos os níveis de ensino. A renda é mensurada pelo PIB per capita, em dólar PPC (paridade do poder de compra, que elimina as diferenças de custo de vida entre os países). Essas três dimensões têm a mesma importância no índice, que varia de zero a um. É um índice-chave dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio das Nações Unidas e pode ser consultado no Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, um banco de dados eletrônico com informações sócio-econômicas sobre os 5.507 municípios do país, os 26 Estados e o Distrito Federal. (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Acesso: <http://www.pnud.org.br/idh/>)

Apesar das discrepâncias constatadas e de sofrer estas e outras críticas, o PIB não perdeu completamente sua importância como indicador de desenvolvimento. Entre todos os indicadores disponíveis que medem e quantificam desenvolvimento, o PIB ainda detém o papel de indicador-chave. Mas isto não se deve ao fato de haver consenso sobre a utilidade do PIB, ou por ser um instrumento relativamente simples de medição do bem-estar, ou ainda, porque é um dado facilmente encontrado e assim desempenha uma função básica entre os tomadores de decisão. O PIB ainda é um indicador-chave, fundamentalmente, porque representa o credo estratégico das agências e das políticas locais, regionais e nacionais de desenvolvimento (SIEDENBERG, 2003).

2.3 Agenda de compromisso para a saúde integral da criança e redução da Mortalidade Infantil no Brasil

Está garantido na Constituição Federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 5): “A Saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. E de acordo com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência deve ser universal, igualitária e eqüitativa.

Este é um grande desafio que o Ministério da Saúde tem procurado enfrentar ao longo dos anos através da promoção de políticas públicas diferenciadas para atender as necessidades dos diversos segmentos populacionais, especialmente, idosos, mulheres e crianças.

A legislação brasileira, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente, reforça o compromisso pela promoção do bem-estar desses pequenos cidadãos. Responsabilidade esta que não é apenas da família, mas do Estado e da sociedade como um todo.

O Projeto Mãe-Canguru¹ e a promoção do aleitamento materno são iniciativas que têm promovido uma mudança no atendimento à criança, reduzindo tempo de internação e a incidência de infecções hospitalares. Outra estratégia importante é a Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância, que contribui não apenas para a redução de óbitos por diarreias e pneumonias, mas possibilita uma maior organização dos serviços.

Com a implantação dos postos de registro de nascimento nas maternidades foi possível melhorar a cobertura de informações e evitar o risco de que crianças deixem de ser registradas.

Mas apesar dos avanços alcançados, os indicadores de saúde demonstram que ainda falta um longo caminho a percorrer para garantir às crianças brasileiras o direito integral à saúde, como assumido em nossas leis.

Então, o que falta é um esforço concentrado na organização da assistência à população infantil, que contemple desde o primeiro atendimento, nas unidades básicas de saúde, até a atenção especializada dos casos mais graves, que exigem

¹ Projeto Mãe Canguru visa proporcionar um contato mais próximo entre a mãe e o bebê prematuro, durante o período em que a criança permanece internada no hospital na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI), adquirindo peso e, quando não corre mais risco de morte, a mãe passa a manter um contato direto com a criança todos os dias, até que receba alta médica e possa ser levada para casa. Durante a fase em que o bebê permanece no hospital é colocado um tecido acolchoado ao redor do tórax da mãe, imitando uma bolsa de canguru, local onde o bebê permanece por uma hora ao dia. O objetivo principal do projeto é fazer com que o bebê não se torne um estranho para a mãe e ainda reduzir o tempo de internação do prematuro, humanizar o tratamento do prematuro e diminuir gastos com menor tempo de internação.

internação nas unidades de média e alta complexidade. Esse é o objetivo do Ministério da Saúde com a “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”.

O Ministério da Saúde quer reforçar esse compromisso com estados e municípios para juntos construírem um pacto em prol da redução da mortalidade infantil e pela garantia de uma rede de assistência pública integral, qualificada e humanizada em benefício da criança brasileira.

A redução da Mortalidade Infantil é ainda um grande desafio no país para os gestores, profissionais de saúde e para a sociedade como um todo. Apesar da queda importante na última década, decorrente da redução da mortalidade pós-neonatal (27 dias a 1 ano de vida) os índices são ainda elevados, há uma estagnação da Mortalidade Neonatal no país (0 a 28 dias de vida) – principal componente da Mortalidade Infantil desde a década de 90 – e uma concentração nas regiões e populações mais pobres, refletindo as desigualdades sociais. Esta situação é agravada quando se reconhece que em sua maioria estas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, determinadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços de saúde resolutivos e qualificados.

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da Mortalidade Infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.

A organização de uma rede integrada de assistência deve se basear nos princípios já garantidos na Constituição Federal, no Estatuto da Criança e no Sistema Único de Saúde, como o direito de acesso aos serviços de saúde, hierarquizados e com enfoque da integralidade do indivíduo e da assistência, que garantam a resolubilidade adequada e promovam a equidade. Deve incorporar a organização do processo de trabalho integrado entre os agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família, equipes de apoio, unidades básicas de saúde, atenção especializada, serviços de urgências, ações complementares de assistência (assistência farmacêutica, apoio diagnóstico) e atenção hospitalar, além das ações intersetoriais que envolvem a criança e a família. Sendo princípios norteadores:

Acesso universal: deve ser entendido como o direito de toda criança receber assistência de saúde e a responsabilidade da unidade de saúde em receber todos os que procuram a unidade, propiciando uma escuta de suas demandas ou problemas de saúde e avaliação qualificada de cada situação.

Assistência integral: abordagem global da criança, contemplando todas as ações de saúde adequadas para prover resposta satisfatória na produção do cuidado, não se restringindo apenas às demandas apresentadas. Compreende, ainda, a integração entre todos os serviços de saúde, da atenção básica à atenção especializada, apoio diagnóstico e terapêutico até a atenção hospitalar de maior complexidade, com o acompanhamento de toda a trajetória da criança pela atenção básica.

Equidade: com a definição das prioridades para atuação no processo de organização da assistência à saúde da criança, com maior alocação dos recursos onde é maior a necessidade.

Desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde: com estruturação de ações educativas nas escolas, creches, pré-escolas e unidades de saúde, com abordagem das ações de promoção de saúde, com o entendimento das interferências necessárias sobre o ambiente e hábitos de vida, buscando-se uma qualidade de vida saudável.

Participação da família/controle social na gestão local: incentivo à participação da família em toda a atenção à criança, envolvendo-a com a informação sobre os cuidados e problemas de saúde, bem como nas propostas de abordagem e intervenções necessárias, entendidas como direito de cada cidadão e potencial de qualificação e humanização da assistência.

Avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada: ação a ser permanentemente desenvolvida pela unidade de saúde ou pela equipe de saúde da família, de maneira a contribuir para que os problemas prioritários sejam identificados, os ajustes e ações necessárias sejam realizadas, de modo a prover resultados mais satisfatórios para a população. Os instrumentos que poderão ser

utilizados com esta finalidade, na forma de Sistemas de Informação já disponíveis, estão descritos neste documento no item Instrumentos de Gestão dos Serviços de Saúde, além de outros mecanismos locais que podem ser desenvolvidos.

As linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança pressupõem, ainda, uma visão global das dimensões da vida dos usuários que possibilitem respostas também mais abrangentes, fruto de um trabalho em equipe. É necessária a visão integral da rede de assistência, potencializando os recursos disponíveis para oferecer a resposta mais adequada. A organização da assistência de saúde em linhas de cuidado coloca-se como uma estratégia para superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde (como o distanciamento entre a atenção básica e a atenção hospitalar) e garantia de continuidade do cuidado integral.

A atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido, através da implantação dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, voltados para a identificação e enfrentamento dos principais problemas de saúde em seu território, é a principal estratégia de fortalecimento da atenção básica, devendo se tornar a porta de entrada preferencial do sistema de saúde².

O aleitamento natural no decorrer dos anos tem se constituído tema fundamental para a garantia da saúde da criança. A amamentação quando praticada de forma exclusiva até os seis meses e complementada com alimentos apropriados até os dois anos de idade ou mais, demonstra grande potencial transformador no crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças na infância e idade adulta. As evidências científicas atuais comprovam que o leite humano proporciona um melhor desenvolvimento infantil. Por essas e outras razões é prioridade o desenvolvimento das várias ações de promoção da amamentação (CARVALHO, 2002).

² O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

As equipes de atenção básica devem estar capacitadas para acolher precocemente a gestante, garantindo orientação apropriada quanto aos benefícios do aleitamento para mãe, a criança, a família e a sociedade.

O adequado acolhimento da gestante em trabalho de parto e para as práticas que promovam, protejam e apoiem a amamentação. A iniciativa Hospital Amigo da Criança³ visa estimular e certificar as instituições que adotam tais práticas. A visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde, no último mês de gestação e na primeira semana de vida da criança, é uma ação prioritária de vigilância à saúde da mãe e do bebê e de fundamental importância para o incentivo, orientação e apoio à amamentação.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança (0 a 6 anos), que envolve o registro no Cartão da Criança, da avaliação do peso, altura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todo atendimento. Toda a equipe de saúde deve estar preparada para esse acompanhamento, identificando crianças de risco, fazendo busca ativa de crianças faltosas ao calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, detectando e abordando, adequadamente, as alterações na curva de peso e no desenvolvimento neuro-psicomotor da criança. O acompanhamento da criança será feito visando estreitar e manter o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos e provendo o cuidado em tempo oportuno.

Para reduzir as taxas de morbimortalidade das doenças imunopreveníveis, é importante conhecer a situação dessas doenças. Para isto, as doenças preveníveis através de imunização, como poliomielite, hepatite B, sarampo, rubéola, caxumba,

³ HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA - A Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC - foi idealizada em 1990 pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e pelo UNICEF para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O objetivo é mobilizar os funcionários dos estabelecimentos de saúde para que mudem condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Este título é dado aos Hospitais que respeitam os direitos da mãe e do bebê que priorizam o parto normal e o

tétano, coqueluche, difteria, entre outras, devem ser notificadas imediatamente pela equipe de saúde, para traçar as medidas de prevenção e controle.

As doenças diarréicas e respiratórias persistem como graves problemas para a criança, e quando associadas à desnutrição colocam em risco a sua vida. A pneumonia é uma das principais doenças da infância e a segunda causa de morte em menores de 1 ano. As parasitoses intestinais seguem com prevalência significativa na infância, interferindo no desenvolvimento adequado da criança, o que demanda, conjuntamente com a doença diarréica, ações intersetoriais integradas e promotoras de acesso à água tratada e esgotamento sanitário, além de tratamento adequado. Portanto, a estratégia de Atenção às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI é uma importante ferramenta para a identificação de sinais de risco e qualificação do manejo dos casos.

2.4 Organização dos serviços de saúde e da rede de atenção à criança

A estratégia de saúde da família é o eixo norteador para a organização da atenção básica nas unidades de saúde. Deve ser entendida como o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, desempenhadas para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, bem como para as ações de assistência aos problemas de saúde. As unidades de saúde, independentemente da sua forma de organização e/ou cobertura por equipes de saúde da família, devem aderir à Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Devem ainda pactuar o cumprimento de alcance de resultados, com o seu desempenho sendo avaliado periodicamente.

Todas as atividades contidas no cuidado à criança fazem parte do roteiro de abordagem da criança pelo agente comunitário de saúde/Programa de Agentes Comunitário de Saúde. A possibilidade de abordagem da criança nos espaços de sua vida cotidiana (domicílio e instituições de educação infantil) ampliam a capacidade de atuação na prevenção de doenças, na promoção da saúde e identificação de necessidades especiais em tempo oportuno. Por meio de ações

educativas em saúde, nos domicílios e coletividade, essa equipe estende o acesso às ações e serviços de informação e promoção social e de proteção da cidadania, além de participar da orientação, acompanhamento e educação específica em saúde. O programa de saúde da família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde propõe-se a realizar uma prática sanitária que incorpora à atenção médica tradicional numa lógica de promoção à saúde.

2.5 Diretrizes na promoção de saúde

Para o adequado planejamento das ações e tomada de decisão é fundamental a análise das informações, com a elaboração de diagnóstico sobre a população de uma determinada unidade territorial (escolaridade, renda, saneamento, indicadores de saúde, etc.). Essas informações estão disponíveis em sistemas que em geral são alimentados nos próprios serviços de saúde e em outras instâncias municipais.

O Estatuto da Criança e do Adolescente prevê que cada município (articulado com outras esferas governamentais e com a sociedade) estabeleça políticas básicas para a criança e o adolescente, organizando estruturas e adequando os serviços às características e necessidades de sua população, de acordo com suas peculiaridades e seu perfil demográfico, cultural e econômico.

Um dos resultados mais consistentes em análises de comportamento da fecundidade nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, é a forte correlação entre o nível de educação da mulher e a regulação da fecundidade (GUPTA; LEITE, 2001). A educação das mulheres é freqüentemente vista como um indicador do desenvolvimento sócio-econômico, sendo a variável correlacionada com a Mortalidade Infantil, reduzindo assim a demanda geral por filhos.

Em estudo realizado por Gupta e Leite (2001), grande parte da redução na Taxa de Fecundidade Total (TFT) no Brasil tem sido observada entre mulheres nas idades centrais do período reprodutivo. Por outro lado, a contribuição da fecundidade das adolescentes (mulheres entre 15 e 19 anos de idade) tem aumentado. Esta tendência é especialmente acentuada na região Nordeste do

Brasil. Portanto, os estudos são enfáticos em destacar que o baixo nível de educação da mulher é o fator interveniente mais forte e está consistentemente associado à probabilidade de ter o primeiro filho durante a adolescência.

A promoção da educação pode ser o meio mais eficaz para encorajar as jovens do Nordeste brasileiro a evitar o primeiro filho durante a adolescência. O estudo revela a necessidade de pesquisas que avaliem o impacto de programas sobre a fecundidade de adolescentes, especialmente programas de saúde e planejamento familiar a este grupo de mulheres.

Desde 1995, o Ministério da Saúde tem estado à frente de um movimento nacional, o Projeto de Redução de Mortalidade Infantil (PRMI), que busca diminuir significativamente as taxas de mortalidade de nossas crianças. Além do incremento anual dos recursos financeiros e da agilização do repasse aos municípios através do Piso de Atenção Básica, procurou-se promover um atendimento integrado e focalizado em municípios mais carentes, envolvendo ações de saneamento, imunização, promoção ao aleitamento materno e do pré-natal, combate às doenças infecciosas e à desnutrição. Segundo o Ministério da Saúde, o trabalho de Agentes Comunitários de Saúde que visitam as casas onde habitam milhões de mulheres e crianças tem sido decisivo para os progressos encontrados nos indicadores de saúde destes grupos populacionais (Disponível em <www.datasus.gov.br> Acesso em 15 ago. 2004).

Na primeira década do século XX, verificou-se um declínio nas taxas de mortalidade, possivelmente em função da grande evolução da saúde pública e dos êxitos alcançados com as medidas de saneamento. Entretanto, a consciência da relação saneamento-saúde, na grande maioria dos casos, não pode ser vista como o único objeto responsável pela promoção das ações de saneamento. Tais ações dependem de uma série de conjunturas econômico-político-sociais a serem processadas, e por isso é importante a realização de uma análise mais abrangente, visto ser o saneamento uma questão de políticas públicas, cujo alvo principal é a preservação da saúde (REZENDE; HELLER, 2002).

A equidade tornou-se uma finalidade comum aos programas de política social, ainda que muitas vezes tenha sido interpretada de maneira equívoca. As agências

internacionais têm recomendado que os governos incorporem a equidade em suas diretrizes políticas para a saúde. O objetivo da OMS - saúde para todos - aponta claramente a equidade. Muitos planos de ação elaborados por autoridades do setor da saúde revelam iniquidade e desigualdades (KADT; TASCA, 1993).

Na busca da equidade, podemos identificar grupos populacionais de maior risco aos quais deve ser dirigida uma atenção diferenciada com a finalidade de interferir positivamente no processo de produção da saúde, da doença e da morte (AERTS, 1997).

Segundo Kadat e Tasca (1993), em resposta a estes problemas, tanto ministros de saúde quanto organizações internacionais recomendaram que a política de saúde deveria estar voltada para ações cujas metas seriam atingir “os menos privilegiados”, ressaltar estratégias como a reorganização, a descentralização e a intersectorialidade dos serviços de saúde, entre outras, contudo não há tantas experiências práticas com a implementação de política de saúde “equitativa” quanto há relatórios acerca de iniquidades. E, apesar da atenção recebida, a iniquidade na saúde continua sendo um ponto crítico nos países menos desenvolvidos. Iniquidade na saúde implica de modo evidente uma falta de satisfação das necessidades de saúde, possivelmente em decorrência de uma distribuição de serviços de saúde que não leva em consideração a distribuição heterogênea das necessidades da população. Portanto as iniquidades não podem ser necessariamente eliminadas, e nem mesmo reduzidas, com distribuição “igualitária” de recursos. Com tal distribuição igualitária de recursos se estaria admitindo que as necessidades são distribuídas de forma homogênea, o que evidentemente não é verdade. Portanto, conhecer a distribuição das necessidades de saúde é crucial para a implementação de uma política de saúde equitativa (KADT; TASCA, 1993).

Para estes autores (1993), durante muito tempo, médicos e outros trabalhadores deste setor estiveram ansiosos para identificar pacientes com necessidades especiais, pacientes que requeriam suas atenções especiais. O procedimento tem sido chamado “triagem”: o método fundamental, a análise de risco. Mais recentemente, começando pela experiência dos programas materno-infantis, a análise de risco estendeu-se para outras esferas de atendimento à saúde, notadamente a atenção primária à saúde. Esta análise continua a ser uma atividade

importante, ela transporta as descobertas epidemiológicas para a prática clínica de boa qualidade e ajuda a manter o tipo de equilíbrio entre a atividade preventiva e a curativa, dando à primeira o seu devido valor.

Segundo os mesmos autores (1993), disponibilidade e a acessibilidade aos serviços de saúde, assim como sua qualidade, influenciam as chances de saúde. Embora uma série de fatores subordinados às mesmas forças socioeconômicas e políticas que determinam as chances de vida em geral e trabalhem na mesma direção, elas podem ser influenciadas de maneira independente por medidas de política social. Se depreende que Implementar atividades locais com a proposta de modificar situações ambientais nocivas ou organizar o setor da saúde, de modo a melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde, podem até trazer contribuições importantes para a redução de iniquidades na saúde.

3 A SAÚDE COMO BEM PÚBLICO E O SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL: WELFARE STATE E SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A efetivação da saúde exige providências de sérias ordens, a começar pela reforma do Estado para torná-lo capaz de administrar a saúde como um direito universal, com políticas públicas voltadas à desmercantilização da saúde e busca de novas modalidades de gestão na relação público/privado, capaz de viabilizar a eficácia social do sistema de saúde. Também no Brasil, como na Europa o desenvolvimento do *Welfare State* (Estado de Bem-Estar Social) significa a desmercantilização da saúde com a elevação de seu estatuto a direito universal e nuclear para a cidadania plena (ELIAS, 2004).

3.1 Os direitos em Marshall: Cidadania, classe social e *status*

Elementos formadores da cidadania, segundo Marshall (1967) seriam: os direitos civis no século XVIII, os políticos no século XIX e os sociais no século XX. Na sociedade capitalista do século XIX os direitos políticos são produtos secundários dos direitos civis.

Este autor (1967, p. 73) apontou a educação, como um objeto apropriado de ação por parte do Estado, colocando a seguinte a idéia:

(...) é fácil afirmar que o reconhecimento do direito das crianças à educação não afeta o *status* da cidadania mais do que o reconhecimento dos direitos da criança à proteção contra o excesso de trabalho e maquinaria perigosa, simplesmente porque as crianças, por definição, não podem ser cidadãos. Mas tal afirmação é enganosa. A educação das crianças está diretamente relacionada com cidadania... porque o objetivo da educação durante a infância é moldar o adulto em perspectiva.

Enfocando classe social, Marshall (1967) a considera um sistema de desigualdades, que oferece o incentivo ao esforço e determina a distribuição de poder.

No contexto da luta de classes, o bem-estar social a partir do Estado foi uma forma de integrar a classe trabalhadora no sistema capitalista e obter certas

concessões do movimento trabalhador organizado. Nesse entendimento, o avanço do Estado do Bem-Estar Social resulta da forma como a agudização do conflito de classes foi tomando forma nos países capitalistas desenvolvidos (GOUGH, 1985).

Este autor (1985), salienta que, o avanço das lutas da classe trabalhadora fez com que também a classe dominante se reorganizasse e tornasse o aparelho de estado mais centralizado e efetivo. Partidos representantes das classes operárias cada vez chegam mais perto do poder. Os sindicatos aumentam sua força. É nesse contexto que a emergência das políticas de bem-estar social devem ser entendidas. Ambas as classes vêem estas políticas segundo seus interesses, mas por razões distintas.

3.2 Estado do Bem-Estar Social: Welfare State

O mundo pós-guerra testemunhou dois períodos de expansão do Estado do Bem-Estar Social: durante a Segunda Guerra Mundial e na continuação da década de 1940 e no período que vai da metade da década de 1960 até a metade da década de 1970. No primeiro período, os Estados Unidos da América (EUA) consolidam sua posição de país líder do capitalismo mundial e a União Soviética a sua influência na Europa Oriental. Com o avanço do papel do Estado na economia e nos assuntos de políticas sociais e a grande integração dos sindicatos e líderes dos partidos operários no aparelho de Estado, ocorreu um arranjo entre representantes do capital e do trabalho organizados, como parte essencial do enorme crescimento econômico que ocorreu nas duas décadas seguintes. São os arranjos neocorporativos, compreendendo acordos abrangentes entre Estados capitalistas, empresários e trabalhadores (SCHMITTER, 1974).

O crescimento das pressões de classe e a centralização do estado geraram o moderno Estado do Bem-Estar Social no mundo capitalista do pós-guerra em geral, e na Grã-Bretanha em particular. Como resultado, a era do Estado do Bem-Estar Social é sinônimo de era do capitalismo avançado (GOUGH, 1985).

Para explicar o crescimento do Estado do Bem-Estar Social, este autor refere o grau de conflito de classes, e, especialmente, a força e a forma da luta da classe

trabalhadora, e a habilidade do Estado capitalista em formular e implementar políticas que assegurem uma reprodução de longo prazo das relações sociais capitalistas.

Segundo Pierson (1994), alguns autores estabelecem uma relação entre as políticas de Bem-Estar Social desenvolvidas e a própria política (no sentido da política geral, desenvolvida pelos partidos e governos). Analisa que esse tipo de relação não é muito importante e sugere que um caminho mais promissor é o da distinção entre curto e longo prazo no referente às conseqüências das políticas sociais adotadas. Porque muitos dos efeitos mais importantes das políticas sociais ocorrem ao longo de prazos mais extensos.

Com a ascensão dos governos Thatcher (Inglaterra) e Reagan (EUA) no final da década de 1970, o conservadorismo ressurgiu, marcando importantes aspectos das democracias industriais ocidentais. As orientações adotadas por esses dois governos no campo econômico, social e no político provocaram fortes pressões que desafiaram as políticas de orientação *keynesiana* que imperavam nesses Estados desde o final da Segunda Guerra Mundial. Cabe lembrar que as políticas de orientação *keynesiana* são aquelas em que se entende que cabe ao Estado um papel importante na condução da política econômica, principalmente no aspecto de que este deve ter uma ação forte no sentido de fazer a economia crescer, gerando emprego e renda para a população. Ocorre que a orientação tanto do governo Thatcher, quanto do governo Reagan era no sentido de um maior liberalismo econômico, ou seja, entendiam que o Estado deveria interferir o mínimo possível na economia, para que esta possa crescer. O mercado é que deve ser o indutor dos caminhos da economia. Estes governos, e em especial o de Margareth Thatcher, reformaram instituições administrativas, organizações e políticas sociais bem estabelecidas em seus países, ocasionando uma década de turbulências políticas. Apesar destas turbulências o Estado do Bem-Estar Social não foi muito afetado.

Este mesmo autor relata a diferença entre os governos de Reagan e Thatcher no que diz respeito ao tratamento que deram às receitas do governo. As políticas de impostos de Reagan foram o seu maior ganho político, o déficit fiscal do governo foi o grande tema da década de 1980. Ao contrário, o governo de Thatcher produziu um equilíbrio orçamentário não visto desde a década de 1960. Evitar déficits

orçamentários era a ordem do dia, ao final de 1980 o governo britânico estava com superávit. O ponto de vista de ambos os governos era fortalecer a economia privada através da redução da participação do estado na economia, dessa forma restaurando o sentido de dinamismo e empreendedorismo no mercado.

Finalizando, Pierson (1994), argumenta que todas as instituições passam por mudanças ao longo do tempo, e isso naturalmente também acontece com o Estado do Bem-Estar Social. Segundo ele, não há bases factuais que mostrem evidência de que o Estado do Bem-Estar Social tenha passado por uma transformação radical na sua tarefa de prover benefícios sociais, durante os governos de Thatcher e Reagan. Embora certas partes do Estado do Bem-Estar Social sejam vulneráveis a cortes ou a privatização parcial, a estrutura fundamental da política social permanece comparativamente estável. Dadas as ambições dos defensores dos cortes nas políticas sociais e as preocupações de seus oponentes, pode-se verificar no momento notáveis sinais de continuidade do essencial dessas políticas.

A política de saúde tem sido considerada componente especial dos sistemas nacionais de proteção social, compostos por saúde, previdência e assistência social. Neste contexto o sistema *Welfare* representa a estruturação da intervenção do Estado (público) promovendo auxílio à população exposta a riscos da vida social – doença, invalidez, morte, desemprego, violência e outros, com base na solidariedade social (FERREIRA et al., 2006). O Sistema Único de Saúde, no Brasil, apresenta a proposta de saúde como bem público, ao qual toda a população teria acesso.

3.3 Sistema Único de Saúde (SUS)

A política de saúde compreende um dos setores mais requisitados pela população, tendo assumido um papel importante nas administrações municipais. A mudança do modelo tecno-assistencial da saúde, a luta pela reforma sanitária, prevista pela Lei Orgânica da Saúde a partir dos anos 90, a indução da descentralização da política com a transferência de algumas atribuições de gestão aos níveis subnacionais e orientada para sua municipalização, obteve êxitos em alguns municípios e proporcionou a observação de atores políticos, instituições,

relação entre público/privado e ações na rede assistencial, demonstrando que decisões locais podem colaborar com o sistema através da idéia que o SUS (Sistema Único de Saúde) quer assegurar os princípios de cidadania.

Ferreira et al. (2006, p. 7) definiram o campo analítico para sua pesquisa sobre o mix público-privado no município de Santa Cruz do Sul, através do reconhecimento de 4 eixos que se articulam para a necessária compreensão da política de saúde: da gestão pública e capacidade de governança, do fortalecimento da institucionalidade, da democratização das decisões, e da produção da saúde como bem público:

- **gestão pública e capacidade de governança:** corresponde à conduta do gestor municipal enquanto coordenador da política no plano municipal; tem a ver com a capacidade de diálogo e articulação do comando do poder público executivo com os demais setores e poderes, com segmentos da sociedade civil e de mercado, com o uso e condições de aplicação dos recursos com estratégias de interferência nos níveis de saúde da população, através de visão de longo prazo, vistos como requisitos para legitimação da política pública;
- **do fortalecimento da institucionalidade:** significa a *polity* em sua estrutura e sedimentação de regras de convivência, de apoio, procedimentos formais, criação de estratégias e instrumentos de comunicação, coordenação, organização, planejamento e controle permanentes sobre todas as dimensões/âmbitos da política;
- **da democratização das decisões:** diz respeito às oportunidades de participação igualitária dos diversos segmentos interessados, nas arenas decisórias, onde o princípio de ordenamento das pautas seja a busca do consenso com base nos princípios de responsabilidade pública e equidade. Implica a oportunidade de presença, participação e/ou representação em comitês, comissões, audiências públicas, conselhos e acompanhamento da representação política junto ao legislativo;
- **da produção da saúde como bem público:** corresponde aos impactos que se espera da política sanitária, compreendida em sua função múltipla de proteção, promoção, prevenção, reabilitação e cura, que transborda o nível exclusivamente sanitário em sua capacidade de redução dos níveis de vulnerabilidade e de risco social, extensivos a situações de maior autonomia social.

Os eixos citados compreendem o balizamento teórico para avaliação da política em suas várias dimensões. A formulação também define a abrangência e complexidade a envolver a política de saúde que precisa ser eficaz, gastar com critérios que permitam essa eficácia ocorrer, além de lembrar das implicações de tornar os processos de tomada de decisão mais democráticos com o intuito de aproveitar a riqueza da multiplicidade de opiniões em debate.

O Sistema Único de Saúde (SUS), desafiando racionalidades, vem se mantendo como um projeto que busca avançar na construção de um sistema

universal de saúde na periferia do capitalismo, num país continental populoso e marcado por enorme desigualdade social/regional. No entanto, as possibilidades para a saúde no futuro mais imediato, encontram-se inexoravelmente atrelados ao êxito do Estado na formulação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da exclusão social (ELIAS, 2004).

4 O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE: A POLÍTICA DO CUIDADO DESCENTRALIZADO

Leis federais consagram a municipalização da saúde como uma estratégia para se efetivar a descentralização das ações e dos serviços de saúde. Portarias ministeriais Normas Operacionais Básicas NOB 01/91; 01/93; 01/96 e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), tentam normatizar os fluxos, os recursos e as competências entre os gestores de saúde (FERREIRA, 2004).

Conforme a NOB - SUS 01/96, os municípios poderão habilitar-se em uma das duas condições de gestão: Gestão Plena de Atenção Básica (gestão das ações e serviços básicos de saúde), ou, Plena do Sistema Municipal, na qual o município assume todas as ações e serviços públicos de saúde, sendo responsável pelo planejamento, programação e execução; controle, avaliação e, se necessário, auditoria de todas as ações e serviços de saúde executadas no município, de forma direta através de unidades de saúde públicas ou indiretamente, através de serviços privados contratados. O município na condição de gestão plena recebe recursos diretamente do Fundo Municipal de Saúde, ou seja, contas municipais criadas especificamente para a saúde. Necessita, portanto, de uma maior organização interna, seja para controlar os gastos, ou para planejar e executar uma política de saúde próxima de suas necessidades, com maior liberdade de ordenamento, portanto, do sistema em nível local (FERREIRA, 2004).

A descentralização dá ao gestor municipal maior autonomia e flexibilidade nas ações, podendo o mesmo utilizar os recursos públicos conforme as necessidades ou demandas da população, ou seja, possibilita diversas modalidades de gestão e organização adequando o processo de gestão a múltiplas acomodações com interesses e/ou arranjos políticos no contexto local.

A partir destas condições gerais cabe analisar o contexto da saúde local do município de Santa Cruz do Sul, localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, a 150 Km da capital do estado (Porto Alegre), o qual integra a macrorregião dos Vales, mais especificamente, o Vale do Rio Pardo. Foi colonizado por imigrantes predominantemente alemães e atualmente sua população, segundo dados do IBGE (2005), é estimada em 113.988 habitantes, situada, na sua maioria,

na zona urbana.



Figura 1 - Localização aproximada de Santa Cruz do Sul.

Fonte: Disponível em <<http://www.sk.com.br/mapa-rs.gif>> Acesso em: 15 jun. 2006.

Considerado principal pólo fumageiro do Brasil, possuindo o oitavo PIB do estado do Rio Grande do Sul, Santa Cruz do Sul pertence à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

A seguir o Quadro 3 compreende uma série histórica dos municípios do Vale do Rio Pardo incluídos na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) onde se explicita as oscilações do Coeficiente de Mortalidade Infantil no período entre 2000 – 2004, e ainda a inflexão do indicador de Mortalidade Infantil em Santa Cruz do Sul no período 2001 e 2003.

QUADRO 3 – Mortalidade por municípios e CRS de Residência – SIM/RS, 2000-2004.

Municípios do RS	Coeficiente de Mortalidade Infantil (por 1000 nascidos vivos)											
	2000		2001		2002		2003		2004		Média 2000-2004	
	Coef.	Nº	Coef	Nº								
RS	15,08	2.650	15,68	2.514	16,60	2.418	15,94	2.375	15,09	2.303	15,47	2.452
13ª CRS	19,02	94	17,71	78	16,67	72	19,16	77	16,47	71	17,80	78
Candelária	24,90	13	10,73	5	14,05	6	18,67	7	26,07	11	18,88	8
Gramado Xavier	11,76	1	16,63	1	28,17	2	15,38	1	17,86	1	17,76	1
Herveiras	18,52	1	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	18,52	0
Mato Leitão	105,26	4	0,00	0	32,26	1	0,00	0	0,00	0	25,5	1
Pântano Grande	16,04	3	19,74	3	26,14	4	0,00	0	28,78	4	18,14	3
Passo do Sobrado	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	18,18	1	3,63	10
Rio Pardo	17,24	10	13,18	8	16,85	9	29,02	13	19,08	10	19,07	10
Santa Cruz do Sul	15,86	30	22,06	36	16,45	27	21,74	34	14,25	23	18,07	30
Sinimbu	25,42	3	31,75	4	25,00	3	8,77	1	0,00	1	18,18	2
Vale do Sol	42,94	7	29,41	4	45,11	6	7,41	1	21,13	3	29,20	4
Venâncio Aires	19,94	19	10,73	9	13,14	11	13,82	11	11,81	10	13,88	12
Vera Cruz	9,55	3	30,89	8	10,64	3	33,96	9	22,80	7	21,58	6

Fonte: NIS/DAS/SES-RS.

Dentre os municípios do estado do Rio Grande do Sul, Santa Cruz do Sul ocupa 26º posição em renda, mas distancia-se desta posição quando confrontado por um conjunto de indicadores sociais – educação, saúde, saneamento - e o IDESE, indicador composto, ocupando as posições do Quadro 4.

QUADRO 4 - Posição do município de Santa Cruz do Sul em relação ao conjunto de municípios do Rio Grande do Sul, segundo o IDESE, 2003.

Municípios	Educação		Renda		Saneamento e Domicílios		Saúde		IDESE	
	Índice	Ordem	Índice	Ordem	Índice	Ordem	Índice	Ordem	Índice	Ordem
Sta C Sul	0,863	111º	0,802	26º	0,523	87º	0,84	394º	0,757	51º

Fonte: FEE/RS.

Portanto, um município que apresenta características díspares, na medida em que um bom desempenho econômico não consegue atingir bom índice na saúde (posição 394 entre 496 municípios), educação (posição 111) e saneamento (posição

87).

Desde 1992, Santa Cruz do Sul apresenta a saúde municipalizada, com a participação de um Conselho Municipal de Saúde (representação paritária entre usuários dos serviços de saúde e trabalhadores de saúde, governo e prestadores de serviços de saúde) responsável pelo controle social de ações e divisões, no âmbito da saúde. Em 1998, o município aderiu à Gestão Plena do Sistema Municipal sendo o gestor da saúde, o secretário municipal da saúde.

Em Santa Cruz do Sul a rede pública de saúde é constituída de vinte e dois Postos de Saúde, sendo dezessete localizados na zona urbana e cinco no interior do município; duas unidades móveis equipadas para atendimento médico e odontológico. Além destes, conta também com centros de atendimento especializado, serviços de atendimento à saúde conveniados e/ou contratados: três hospitais gerais de caráter filantrópico (Hospital Santa Cruz, Hospital Ana Nery na zona urbana, e o Hospital Beneficente de Monte Alverne, localizado a 28 Km do centro); uma Clínica para recuperação de dependentes químicos, álcool e drogas e um Serviço Integrado de Saúde (Psicologia, Enfermagem, Nutrição) SIS-UNISC.

Segundo a análise de Ferreira (2004), as Unidades Básicas de Saúde que compõem a rede pública estão distribuídas nos bairros com localização periférica da cidade, sendo que cada bairro possui uma unidade de referência. A localização espacial desses serviços de saúde se deu em boa medida em razão das necessidades expressas coletivamente pelos moradores dos bairros, usuários dos serviços públicos e de negociações políticas. Com esta finalidade a atenção especial foi direcionada para a valorização da rede básica, da promoção e prevenção de saúde. Postos de Saúde, Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde como alicerces do sistema de gestão municipal, com o fortalecimento do vínculo entre esses profissionais e a comunidade.

Em relação a saúde da criança e do adolescente a atenção já se inicia no acompanhamento da gestação, através do pré-natal e grupos de mães, onde são repassados os cuidados de higiene alimentar, aleitamento materno e outros temas de interesse. Após o nascimento, a mãe e o bebê são atendidos nos Postos de Saúde e pelo Programa de Saúde da Família com Agentes Comunitários.

O atendimento à saúde da criança também ocorre no CEMA - Centro de Atendimento Materno e da Infância, em regime de plantão 24 horas e de urgência na Casa de Saúde Ignez Irene Moraes. Também recebe atenção especial a saúde bucal (Centro Infantil de Atendimento Odontológico), e recentemente criou-se o CAPS infantil, que atende crianças vítimas de maus tratos, abuso sexual, drogadição e demais distúrbios psíquicos, proporcionando condições de recuperação integral e reinserção social.

A abordagem da mulher no município é realizada através de acompanhamento médico, oferta de exames de prevenção de câncer, anticoncepcionais, orientações de planejamento familiar. Para gestante são oferecidos exames básicos e participação no grupo de mães, denominado Sala de Espera, onde profissionais de diversas áreas oferecem orientações sobre a gravidez e a maternidade.

Mesmo com a estruturação de um sistema municipal de saúde em atenção plena e aplicação de recursos dos três níveis federativos na política municipal, estão ocorrendo óbitos no primeiro ano de vida que poderiam ser mortes evitadas, em grande parte, pelas ações que o sistema de saúde deveria implementar.

5 METODOLOGIA E ANÁLISE DE DADOS

É um estudo transversal abrangendo o período de 2 anos completos (2003-2004), no qual foi realizada análise quantitativa e qualitativa dos óbitos menores de 1 ano de idade no município de Santa Cruz do Sul, no período de 01 de janeiro de 2003 até 31 de dezembro de 2004.

A coleta de dados foi realizada através de:

1) informações sobre números de óbitos ocorridos no município de Santa Cruz do Sul, neste período, junto a Secretaria Municipal da Saúde.

2) informações retiradas de Declaração de Óbito (DO) e Declaração de Nascido Vivo (DN).

3) informações coletadas com a mãe/familiar através de questionário (ANEXO A), em domicílio ou hospital. Um aspecto fundamental a ser contemplado no trabalho de pesquisa de campo, levantado por Cárdenas (2000), diz respeito à continuidade do trabalho, ou seja, quem elabora o questionário, realiza a entrevista e procede a análise deveria ser preferencialmente a mesma pessoa. Nem sempre isso é viável, mas tal iniciativa responde às peculiaridades que constituem um inquérito qualitativo. A experiência da autópsia verbal reproduz a história clínica, uma vez que o paciente não é entrevistado, e sim alguém que o acompanhava ao longo do desenvolvimento da doença que conduziu ao óbito. Ou seja, autópsia verbal é realizada com quem esteve em contato com a criança, procurando identificar com detalhes as possíveis causas que levaram ao óbito. Este instrumento, capaz de identificar as características e circunstâncias dos óbitos, através do testemunho da mãe ou de outro familiar das crianças falecidas, é uma alternativa para investigar os óbitos que deixam de ser registrados (sub-registro) pelo Sistema, segundo Barreto, Pontes e Corrêa (2000).

A entrevista pode ser utilizada para explorar alguns fatores sociais, culturais ou de atenção à saúde que envolveram a ocorrência da doença e morte. Sua utilização permite reconhecer um conjunto de sinais e sintomas entre outros aspectos, que possam estar associados ao quadro de óbito que está sendo

investigado. Estudos deste tipo representam um tipo de trabalho de campo, portanto a exigir atenção e cuidado com o conjunto das informações fornecidas. O pesquisador deverá definir critérios depuradores do material – não coletado de forma objetiva, mas muito mais o produto de uma conversa – de forma a reconstituir os possíveis elos causais envolvidos no desfecho em estudo.

A inclusão de perguntas abertas tem como propósito que a pessoa entrevistada expresse sua percepção acerca das circunstâncias que envolveram a doença e a seqüência de eventos que levaram ao óbito.

Questionamentos sobre sinais e sintomas, severidade e duração, a decisão em torno da administração de medicamentos, uso de serviços de saúde, entre outros, devem favorecer o entrevistado para que ele possa contestar perguntas sobre um tema tão sensível como é a morte de um familiar. Segundo o mesmo autor (2000), na avaliação da Mortalidade Infantil a mãe é considerada a melhor informante dos sinais e sintomas presentes no decorrer da doença que ocasionou o óbito. O tempo ideal após a ocorrência do óbito para a realização da autópsia verbal seria até 6 meses, porém estudos já comprovaram efetividade em 29 meses. Evidenciar as modificações nos fatores associados a ocorrência de óbitos e com isto avaliar o êxito dos programas de saúde é um propósito da autópsia verbal, sendo uma interface entre a epidemiologia e a etnografia, e representando uma ferramenta útil para investigar óbitos e dirigir estratégias com a finalidade de reduzir a Mortalidade Infantil.

4) análise dos prontuários das crianças que evoluíram ao óbito em visita aos serviços de saúde onde ocorreram, retirando-se informações referentes a anamnese, exame físico, condutas adotadas e tratamento, comparando-as com normas e conduta estabelecidas pelo Ministério da Saúde para cada patologia. Identificar os óbitos através de registros em unidades também proporcionam informações que auxiliam a mensurar a validade dos resultados (CÁRDENAS, 2000).

5) avaliação técnico-científica do atendimento através da análise de *anamnese - exame físico – tratamento* realizados nos indivíduos em estudo, segundo categorias *adequado, pouco adequado, inadequado ou sem condições para avaliação*, assim como do encaminhamento de cada caso (ANEXO B)

(FORMIGLI et al. ,1996).⁴

Ou seja, a avaliação efetuada por dois médicos especialistas em pediatria foram consideradas como um padrão-ouro para interpretar as informações obtidas na entrevista sobre a causa do óbito e os dados coletados nos prontuários. Estes emitiram um parecer sobre a causa da morte, e através da concordância da maioria proporcionaram maior esclarecimento sobre a causa definitiva do óbito. Cabe salientar que, para o registro de óbito, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda apenas a inclusão de crianças com peso ao nascer igual ou superior a 500 gramas, tanto para nascidos vivos como para natimortos. O baixo peso ao nascer pode ser devido a menor duração da gestação, ao retardo de crescimento intra-uterino ou ainda a uma combinação de ambos. A importância do baixo peso ao nascer para a saúde pública é determinada não apenas pelos riscos subseqüentes de mortalidade e morbidade, mas também pela frequência com que o mesmo ocorre. As maiores prevalências de baixo peso ao nascer são observadas nos países em desenvolvimento, como uma consequência das piores condições de vida existentes nestes locais.

Obtivemos um número total de 57 óbitos infantis no período em estudo, sendo 34 óbitos no ano de 2003 e 23 óbitos em 2004. Em relação ao sexo dos óbitos 32 meninos (56,1%) e 25 meninas (49,9%) conforme figura abaixo.

TABELA 1 – Sexo.

	Frequencia	Percentual	Validade	Percentual Cumulativo
Masculino	32	56,1	56,1	56,1
Feminino	25	43,9	43,9	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Analisando a idade de ocorrência do óbito em 2003 e 2004 observamos que 31 casos (54,4%) ocorreram na faixa etária de 0 a 28 dias de vida, considerada mortalidade neonatal e que está intrinsecamente relacionada às condições de gestação, do parto e da própria integridade física da criança. A mortalidade pós-

⁴ estudos recomendam dois ou três profissionais (Kahn et al., 1999 e Khoury et al., 1999 apud Cárdenas, 2000).

neonatal estaria associada às condições do meio ambiente e sócio-econômica, predominando as causas infecciosas (CALDEIRA et al., 2005).

TABELA 2 – Idade no óbito.

	Frequência	Percentual	Validade	Percentual Cumulativo
0 a 28	31	54,4	54,4	54,4
29 dias a 3	11	19,3	19,3	73,7
mais de 3 a 5	4	7,0	7,0	80,7
mais de 5 a 7	7	12,3	12,3	93,0
mais de 7 a 9	1	1,8	1,8	94,7
mais de 9 meses a 1	3	5,3	5,3	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Entre as patologias que levaram ao óbito observamos 25 casos decorrentes de *prematuridade* correspondendo a 43,9% do total de óbitos; seguido de *doença congênita* (21,1%) que abrange patologias cardíacas, neurológicas e erro inato do metabolismo; *infecções respiratórias* dentre elas, broncopneumonias, asma, bronquiolite aguda, totalizando 10 casos (17,5%). Outro achado etiológico do óbito foi asfixia mecânica, ou seja, aspiração de conteúdo oral (leite) para o qual observamos a ocorrência de 7 casos (12,3%). Meningococemia, septicemia bacteriana e traumatismo craniano foram responsáveis por um óbito cada.

Salientamos que as doenças congênitas corresponderam a 12 casos e que esta causa de óbito não consegue ter a interferência externa de medidas preventivas na maioria de sua ocorrência.

TABELA 3 – Causa básica que levou ao óbito.

	Frequência	Percentual	Validade	Percentual Cumulativo
Prematuridade	25	43,9	43,9	43,9
Doença congênita	12	21,1	21,1	64,9
Infecção respiratória	10	17,5	17,5	82,5
Asfixia mecânica	7	12,3	12,3	94,7
Meningococemia	1	1,8	1,8	96,5
Septicemia bacteriana	1	1,8	1,8	98,2
Traumatismo craniano	1	1,8	1,8	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

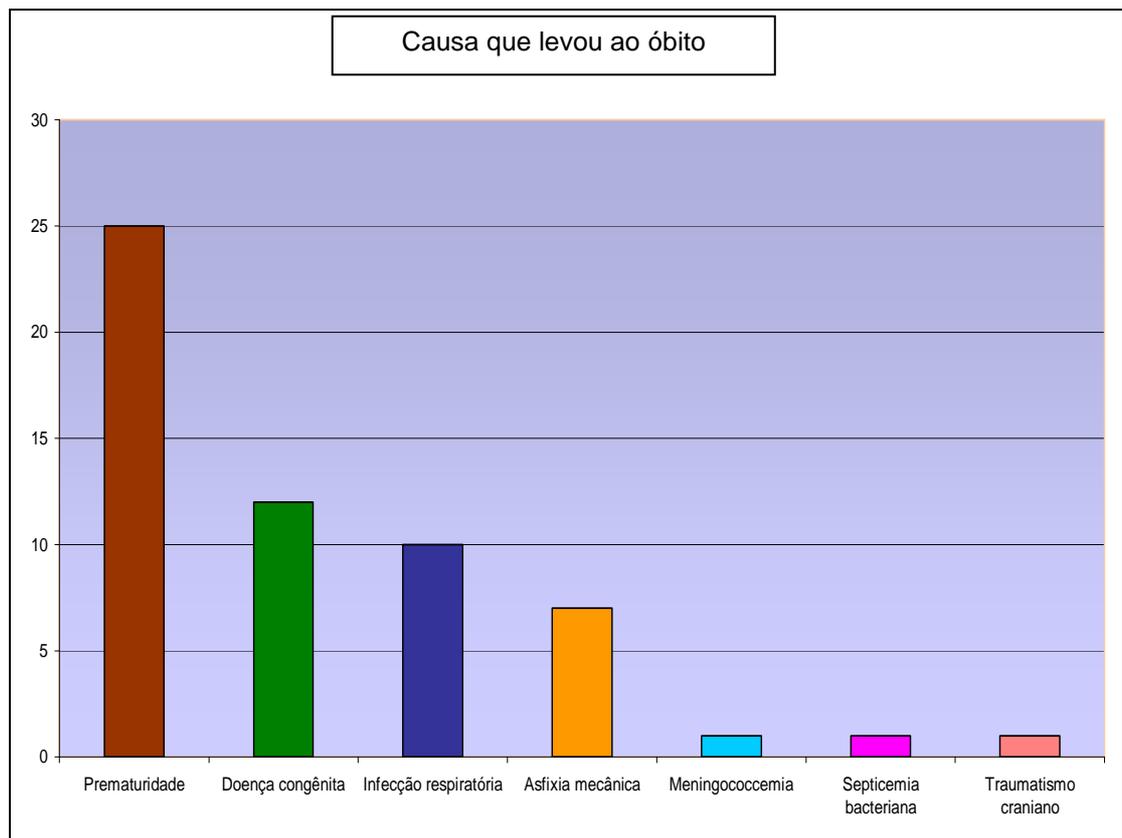


GRÁFICO 1 – Grupos de causas relacionados ao óbito.

Fonte: Dados coletados pela autora, 2004.

Analisando o local de ocorrência do óbito observa-se que 86% ocorreram em hospital (49 casos), 7 casos em domicílio e um caso em Posto de Atendimento de Urgência (CEMAI) do município.

TABELA 4 – Local onde ocorreram os óbitos.

	Frequência	Percentua	Validade	Percentual Cumulativo
No hospital	49	86,0	86,0	86,0
No domicílio	7	12,3	12,3	98,2
Outro	1	1,8	1,8	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Quando o dado analisado foi o local onde procurou atendimento na ocasião da doença que levou ao óbito, constatamos que 33,3% se dirigiram ao Posto de Saúde; Pronto Atendimento foi procurado por 9 pacientes e o hospital recebeu a procura de 28 pacientes (49,1%) por ocasião do óbito.

TABELA 5 – Local procurado para atendimento da doença que levou ao óbito.

	Frequencia	Percentual	Validade	Percentual Cumulativo
Posto de saúde	19	33,3	33,9	33,9
Pronto	9	15,8	16,1	50,0
Hospital	28	49,1	50,0	100,0
Total	56	98,2	100,0	
Não se aplica	1	1,8		
Total	57	100,0		

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Verifica-se que a maior parte dos atendimentos que precederam o óbito foram realizados no plantão de urgência (CEMAI e Hospital Santa Cruz) apesar de todos os bairros do município possuírem Postos de Saúde, talvez para agilidade no fluxo de atendimento ou na terapia da queixa, e/ou baixa resolutividade da rede básica ou falta de orientação. Por outro lado, a investigação constatou que não ocorreram dificuldades em conseguir atendimento médico em rede pública na razão da doença que levou ao óbito, excluindo óbitos domiciliares (8 casos), os quais não procuraram atendimento prévio.

Do total de óbitos 56 pacientes conseguiram atendimento no mesmo dia, sendo que um caso não chegou a procurar atendimento algum pois óbito foi em

domicílio.

TABELA 6 – Conseguiu atendimento no mesmo dia.

	Frequência	Percentual	Validade	Percentual Cumulativo
Sim	56	98,2	100,0	100,0
Não se aplica	1	1,8		
Total	57	100,0		

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Quando a análise foi referente ao encaminhamento para internação no mesmo dia 75,4% (43 casos) obtiveram resposta positiva; 6 casos não foram internados e 8 casos (óbito domiciliar e asfixia mecânica) não se enquadravam no questionamento.

TABELA 7 – Foi encaminhada para internação no mesmo dia.

	Frequência	Percentual	Validade	Percentual Cumulativo
Sim	43	75,4	87,8	87,8
Não	6	10,5	12,2	100,0
Total	49	86,0	100,0	
Não se aplica	8	14,0		
Total	57	100,0		

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Em relação ao atendimento em Posto de Saúde, sobre medicação administrada e retorno para avaliação, observamos 8 pacientes sendo que destes 87,5% receberam medicação e para 62,5% foi marcado retorno, e ainda 63,6% voltaram a procurar o atendimento no serviço de saúde em decorrência da doença que motivou o óbito.

TABELA 8 - Recebeu a medicação no posto de saúde.

	Frequência	Percentual	Validade	Percentual Cumulativo
Sim	7	12,3	87,5	87,5
Não	1	1,8	12,5	100,0
Total	8	14,0	100,0	
Não se aplica	49	86,0		
Total	57	100,0		

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

TABELA 9 – Foi marcado retorno.

	Frequência	Percentual	Validade	Percentual Cumulativo
Sim	5	8,8	62,5	62,5
Não	3	5,3	37,5	100,0
Total	8	14,0	100,0	
Não se aplica	49	86,0		
Total	57	100,0		

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

TABELA 10 – Voltou a procurar atendimento em serviço de saúde.

	Frequência	Percentual	Validade	Percentual Cumulativo
Sim	7	12,3	63,6	63,6
Não	4	7,0	36,4	100,0
Total	11	19,3	100,0	
Não se aplica	46	80,7		
Total	57	100,0		

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Analisando características maternas e seu contexto social observamos:

- 1) analfabetismo em 3,5%;
- 2) 1º grau incompleto 29,8%;
- 3) 1º grau completo 43,9%;
- 4) ensino médio e superior 22,8%.

TABELA 11 – Escolaridade.

	Frequência	Percentual	Validade	Percentual Cumulativo
Analfabeta	2	3,5	3,5	3,5
1ª até 4ª série	17	29,8	29,8	33,3
5ª até 8ª série	25	43,9	43,9	77,2
ensino médio	10	17,5	17,5	94,7
ensino superior	3	5,3	5,3	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Observando a idade biológica das mães, a média mediana foi de 26 anos.

TABELA 12 – Idade da mãe.

	Frequência	Percentual	Validade	Percentual Cumulativo
menos de 18 anos	9	15,	15,	15,
18 a 21 anos	1	19,	19,	35,
mais de 21 anos	3	64,	64,	100,
Total	5	100,	100,	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Analisando as características maternas, quase 77% das mães apresentavam escolaridade igual ou inferior a 8 anos, sendo que nove mães tinham idade biológica inferior a 18 anos. Apenas 28,1% das gestantes da amostra realizou mais de 6 consultas de pré-natal, o que poderia dificultar o acesso à informações e orientações para a mãe, com isto ocorre a preocupação com o índice de óbito por asfixia mecânica elevado.

Em relação a herança familiar de filhos, vinte e cinco mães não tinham filhos algum anterior ao óbito, correspondendo a 43,9%; onze mães possuíam dois filhos vivos prévios (19,3%), e dez mães com um filho vivo.

TABELA 13 – Número de filhos vivos.

	Frequência	Percentual	Validade	Percentual Cumulativo
0	25	43,9	43,9	43,9
1	10	17,5	17,5	61,4
2	11	19,3	19,3	80,7
3	8	14,0	14,0	94,7
4	1	1,8	1,8	96,5
8	2	3,5	3,5	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Quando analisamos o fator trabalho materno por ocasião do óbito da criança , em 54,4% dos casos, a resposta foi positiva.

TABELA 14 – Mãe trabalhava por ocasião do óbito da criança.

	Frequencia	Percentual	Validade	Percentual Cumulativo
Sim	31	54,4	54,4	54,4
Não	26	45,6	45,6	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

No questionamento sobre o local onde a criança dormia obtivemos 12 casos na cama com os pais (21,1%), porém sendo a maioria dos óbitos prematuros em tratamento na UTI Neonatal (61,4%) e a resposta berço individual foi em 10 casos (17,5%).

TABELA 15 – Local onde a criança dormia.

	Frequência	Percentual	Validade	Percentual Cumulativo
Berço Individual	10	17,5	17,5	17,5
Cama com os pais	12	21,1	21,1	38,6
Hospitalizada	35	61,4	61,4	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Observando as condições sócio-econômicas da família destes pacientes que evoluíram ao óbito no 1º ano de vida, constatamos que 84,2% moravam em área urbana; 14% em área rural e um caso em área de invasão.

TABELA 16 – Localização.

	Frequência	Percentual	Validade	Percentual Cumulativo
Área Rural	8	14,0	14,0	14,0
Área Urbana	48	84,2	84,2	98,2
Área de Invasão	1	1,8	1,8	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Sob o ponto de vista demográfico a área urbana foi a residência da maioria dos óbitos (48) porém onde estão localizados e concentrados a maioria dos Postos de Saúde.

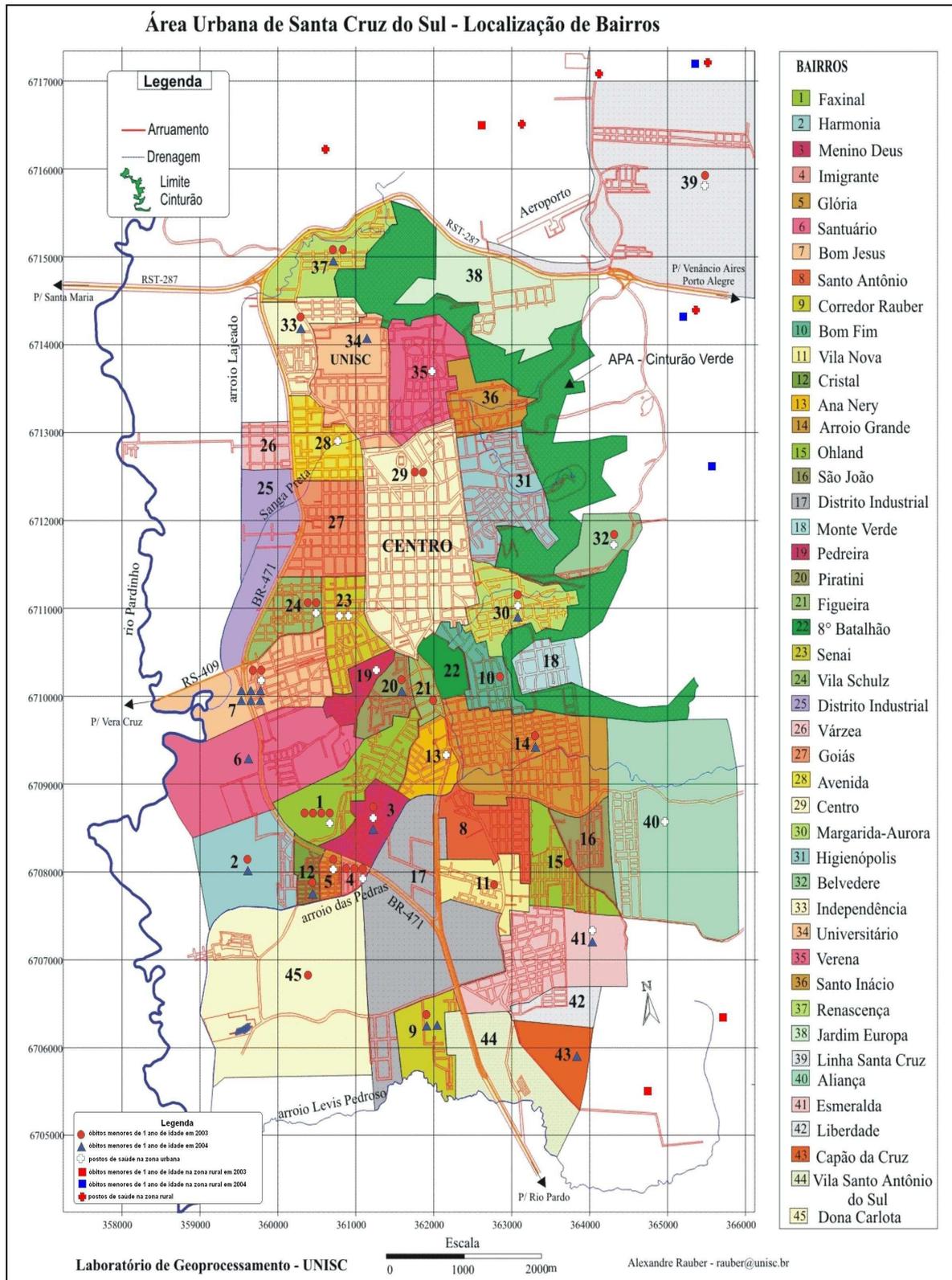


FIGURA 2 – Área urbana de Santa Cruz do Sul.
Fonte: Laboratório de Geoprocessamento-UNISC, 2005.

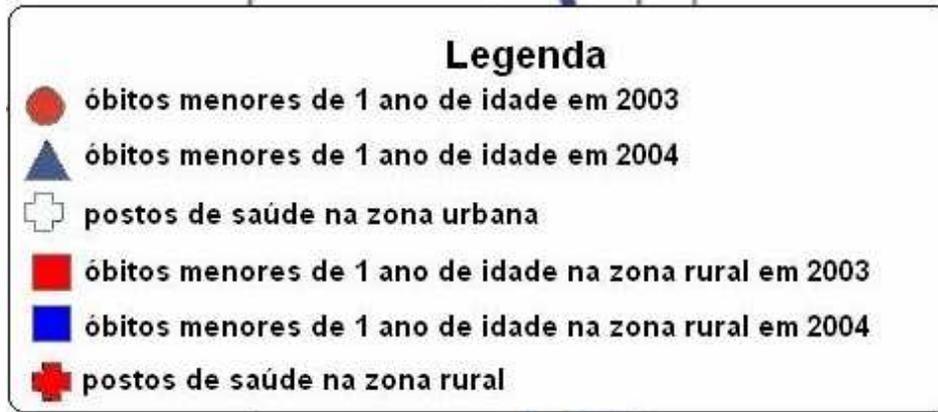


TABELA 17 – Ocorrência de Óbitos.

	Óbitos 2003 – 2004		Postos de Saúde Santa Cruz do Sul	
	Nº Absoluto	Percentual	Nº Absoluto	Percentual
Zona Norte Urbana	13	23%	4	18%
Zona Sul Urbana	38	67%	13	59%
Zona Rural	6	10%	5	23%
Total	57	100%	22	100%

Fonte: Dados coletados pela autora, 2004.

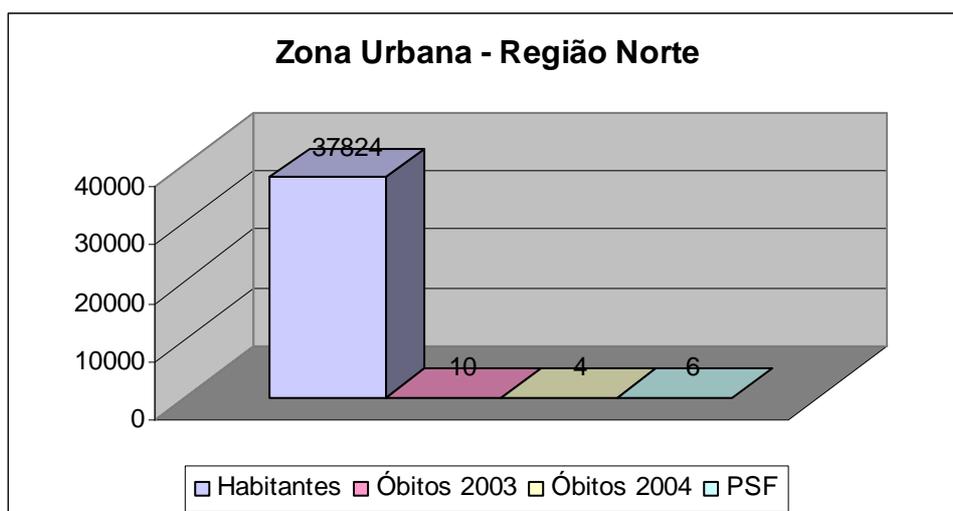


GRÁFICO 2 – Zona Urbana – Região Norte.

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

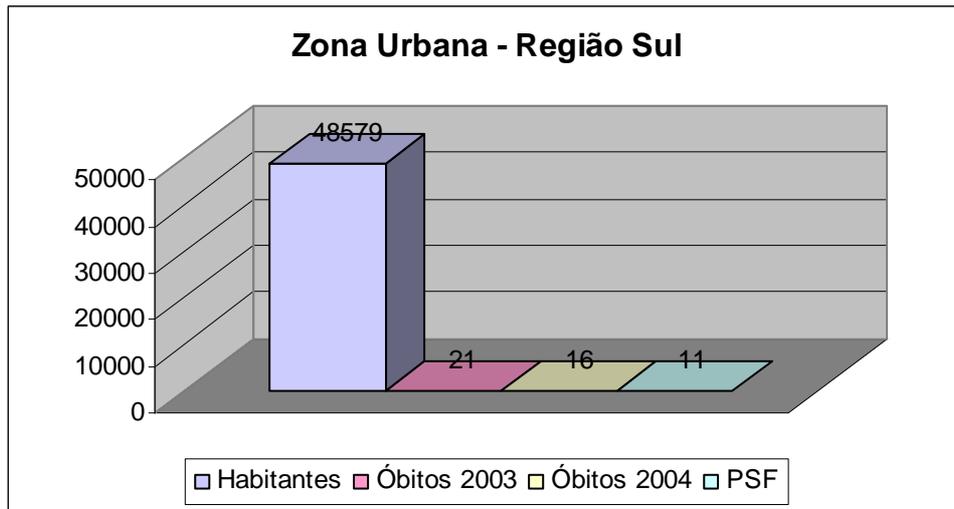


GRÁFICO 3 – Zona Urbana – Região Sul.
 Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

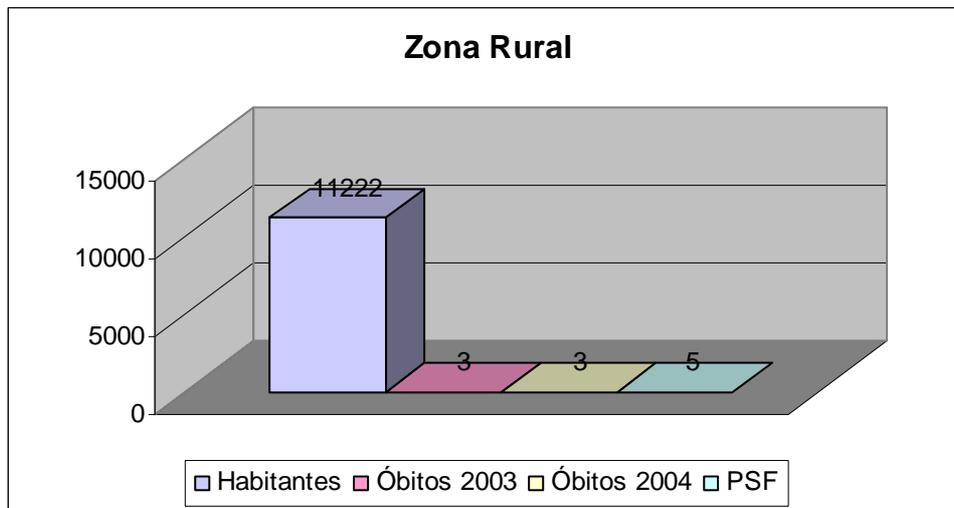


GRÁFICO 4 – Zona Rural.
 Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

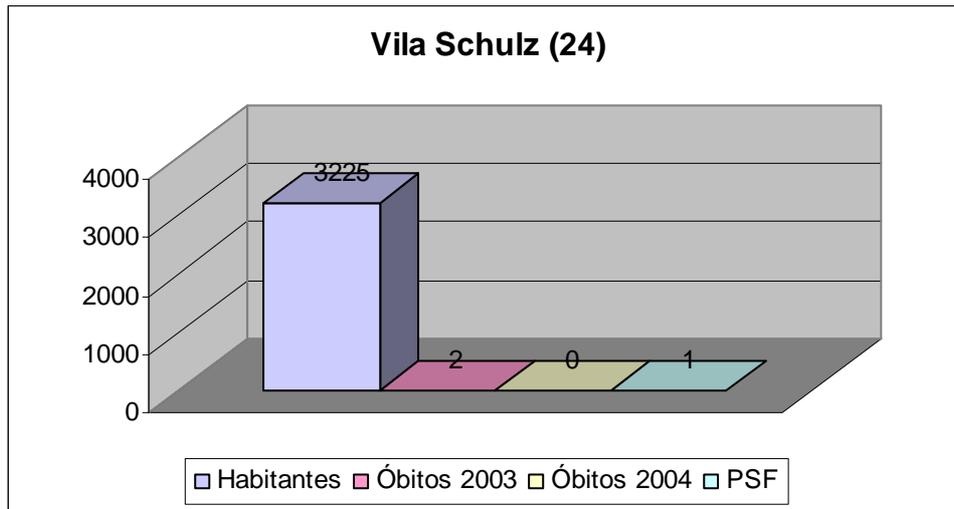


GRÁFICO 5 – Vila Schultz.

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Apresentou dois óbitos em 2003 sendo meningococemia e prematuridade a causa de ocorrência.

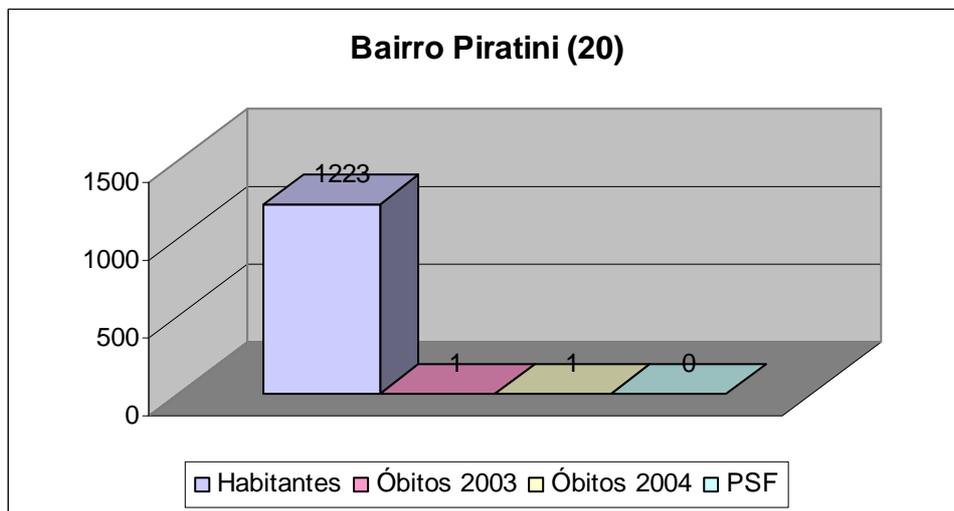


GRÁFICO 6 – Bairro Piratini.

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

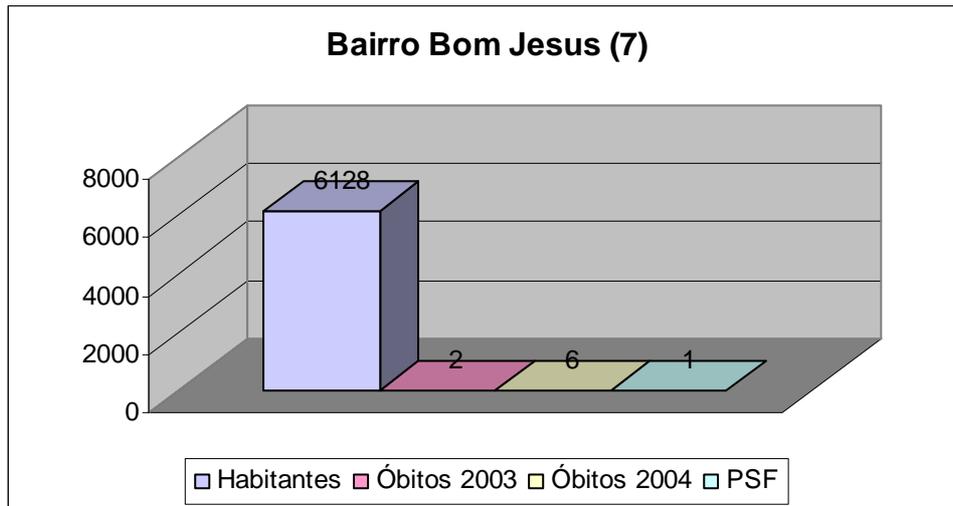


GRÁFICO 7 – Bairro Bom Jesus.

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Este bairro foi responsável pelo maior número de óbitos (8), sendo 2 óbitos em 2003 (infecção respiratória) e 6 óbitos em 2004 (3 por prematuridade, 1 por asfixia mecânica e 2 óbitos por infecção respiratória). Este bairro caracteriza-se por número expressivo de habitantes e baixa renda da população.

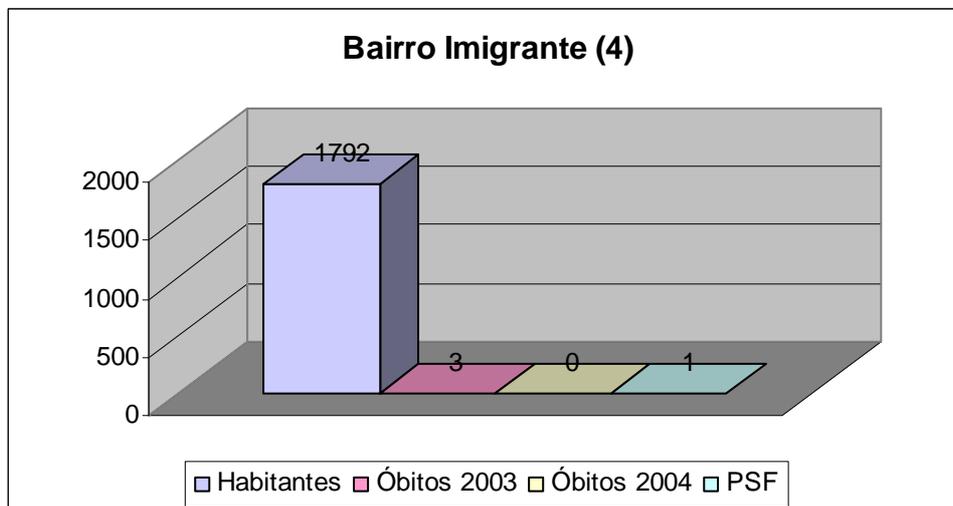


GRÁFICO 8 – Bairro Imigrante.

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Todos os óbitos foram em 2003 e observou-se um caso de infecção respiratória e dois óbitos (gemelar) por asfixia mecânica.

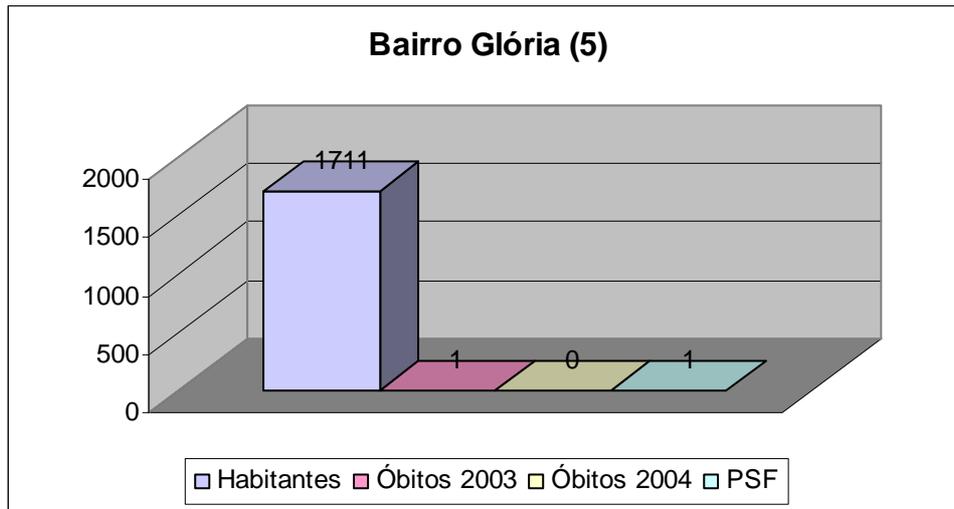


GRÁFICO 9 – Bairro Glória.

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Óbito em 2003 por doença congênita.

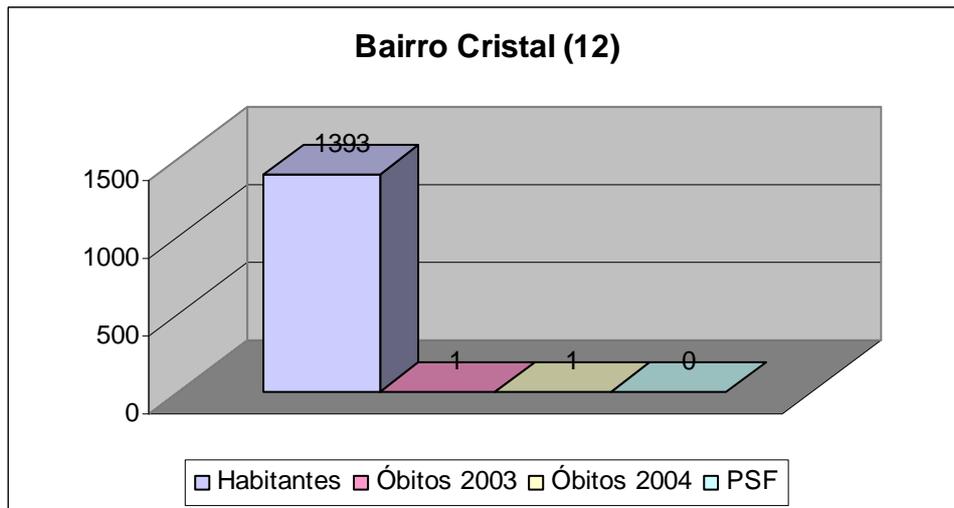


GRÁFICO 10 – Bairro Cristal.

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

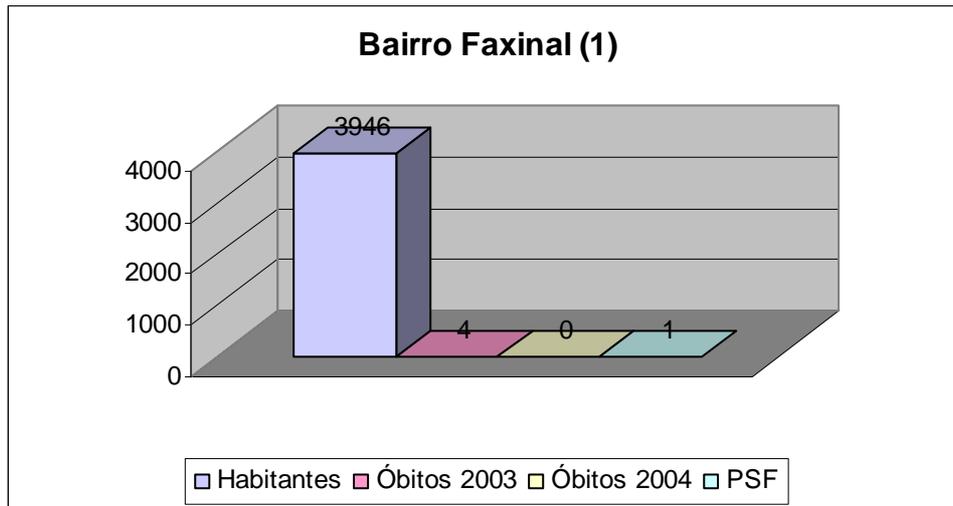


GRÁFICO 11 – Bairro Faxinal.

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Ocorreram quatro óbitos em 2003, sendo três casos prematuridade e um óbito por infecção respiratória.

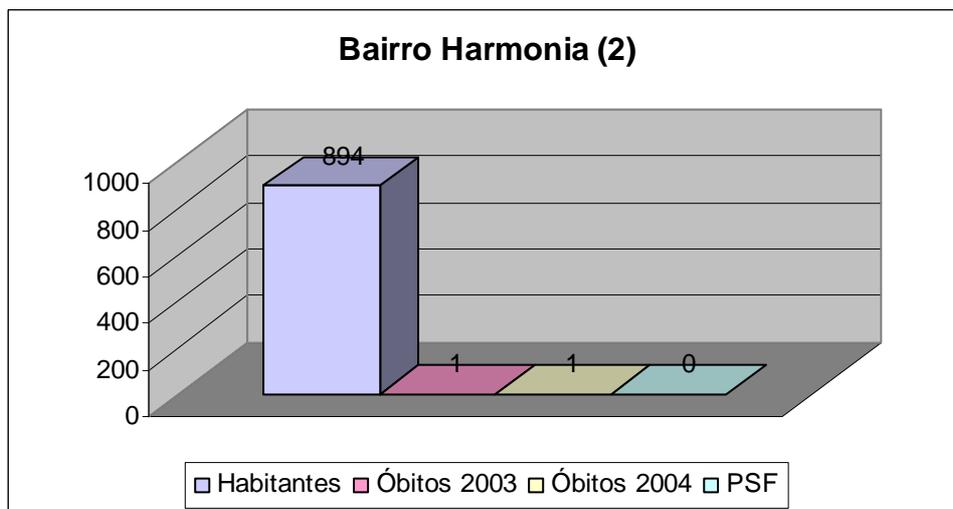


GRÁFICO 12 – Bairro Harmonia.

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Ambos os óbitos foram por prematuridade.

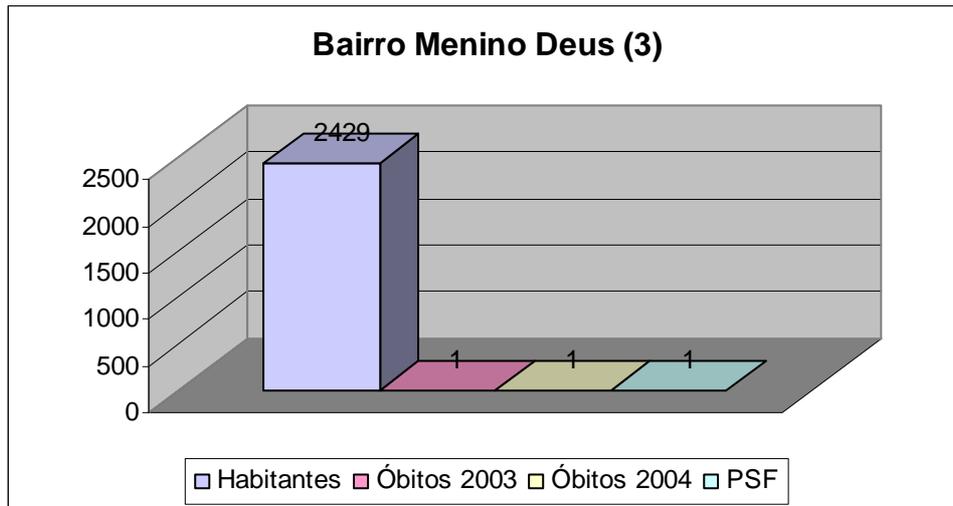


GRÁFICO 13 – Bairro Menino Deus.

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Em 2003 um óbito por asfixia mecânica e em 2004 um óbito por doença congênita.

A renda familiar mensal em 73,7% atingiu o valor máximo de R\$ 750,00 sendo a prevalência (33,3%) entre R\$ 250,00-R\$ 500,00.

TABELA 18 – Renda familiar mensal.

	Frequência	Percentual	Validade	Percentual Cumulativa
R\$50 --- R\$250	6	10,5	10,5	10,5
R\$250 --- R\$500	19	33,3	33,3	43,9
R\$500 --- R\$750	17	29,8	29,8	73,7
R\$750 --- R\$1.000	6	10,5	10,5	84,2
R\$1.000 --- R\$8.000	9	15,8	15,8	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

TABELA 19 – Número de pessoas que utilizavam a renda mensal familiar.

	Frequência	Percentual	Validade	Percentual Cumulativo
2 pessoas	10	17,5	17,5	17,5
3 pessoas	14	24,6	24,6	42,1
4 pessoas	21	36,8	36,8	78,9
outras	12	21,1	21,1	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

O número de pessoas que utilizavam a renda mensal familiar também foi analisado, sendo a maioria composta por quatro pessoas (36,8%).

Em relação a assistência que o binômio mãe/filho receberam durante a gestação, observamos uma frequência de realização de pré-natal em 50 casos de óbitos (87,7%), sendo que 7 mulheres responderam que não realizaram pré-natal.

TABELA 20 – Pré-natal.

	Frequência	Percentual	Validade	Percentual Cumulativo
Sim	50	87,7	87,7	87,7
Não	7	12,3	12,3	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Na avaliação do número de consultas que as mães realizaram durante a gestação, a maioria realizou mais de quatro consultas (61,4%). As informações na Declaração de Nascido Vivo (DN) referentes ao número de consultas dificultam sua interpretação em relação ao preconizado pelo Ministério da Saúde de no mínimo 6 consultas de pré-natal.

TABELA 21 – Número de consultas.

	Frequência	Percentual	Validade	Percentual Cumulativo
Nenhum	7	12,3	12,3	12,3
1 a 3 consultas	15	26,3	26,3	38,6
4 a 6 consultas	19	33,3	33,3	71,9
7 ou mais consultas	16	28,1	28,1	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Na análise do tipo de parto ao qual se submeteu a gestante, constatamos a incidência de parto normal maior que parto cesariano (43,9%). Quanto ao local de ocorrência do parto, 54 casos ocorreram no hospital, sendo 1 caso em domicílio e 2 casos no Pronto Atendimento.

TABELA 22 – Tipo de parto.

	Frequência	Percentual	Validade	Percentual Cumulativo
Normal	32	56,1	56,1	56,1
Cesárea	25	43,9	43,9	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

TABELA 23 – Local do parto.

	Frequência	Percentual	Validade	Percentual Cumulativo
Hospital	54	94,7	94,7	94,7
Domicílio	1	1,8	1,8	96,5
Outro	2	3,5	3,5	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Fonte: Dados coletados pela autora, 2003 e 2004.

Analisando o atendimento médico recebido pelo paciente pediátrico nas situações que evoluíram ao óbito, a equipe médica constatou que em 73,8% dos pacientes foi adequado (42 casos); 10,5% pouco adequado (6 casos); 1,7% inadequado (1 caso) e em 14% sem condições para avaliação (8 casos).

A elevada taxa de atendimento adequado que a amostra analisada revelou foi composta por prematuros que receberam atendimento em UTI Neonatal logo após o nascimento, outros no Pronto Atendimento e Emergência do hospital. O atendimento pouco adequado foi constatado em 6 pacientes atendidos no Programa de Saúde da Família (PSF) sendo solicitado retorno para reavaliação, porém sem medicação alguma para tratamento. O atendimento inadequado foi constatado em um caso onde paciente consultou em PSF sem receber medicação e sem orientação quanto ao retorno para reavaliação. E os casos sem condições para avaliação foram 8 pacientes, com óbito domiciliar por asfixia mecânica (7 casos) e um caso de parto prematuro domiciliar .

A existência de Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal/Pediátrico no município, qualifica o atendimento ao recém-nascido à termo ou prematuro. Portanto, o local de ocorrência do óbito concentrou-se no Hospital Santa Cruz, onde, além da assistência médica, novas tecnologias e complexidade de serviços médicos estão disponíveis. Por outro lado, serviços de alta complexidade geram despesas elevadas para os gestores públicos em saúde.

Os prontuários, a nível hospitalar, todos foram localizados e estavam preenchidos com dados (registros) legíveis e detalhados para avaliação/análise. Apesar da administração hospitalar ter iniciado sua informatização em 2005, os prontuários hospitalares foram localizados pelo Serviço de Apoio de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do Hospital Santa Cruz.

A expectativa, como pesquisadora, na realização deste contato com a família de uma criança que evoluiu ao óbito foi envolta por vários sentimentos difíceis de serem descritos. Um desafio que transcende a formação acadêmica que recebi, porém a situação de estar em contato com o momento “vida / morte” do paciente pediátrico, no cotidiano que vivenciava trabalhando, a nível hospitalar (UTI) juntamente com toda a equipe e familiares já era doloroso. Saber como a família visualizava esta situação, suas expectativas desde o início da doença que levou ao óbito em relação ao atendimento e assistência recebidos pelo sistema de saúde existente, o vínculo e o comprometimento com todos os profissionais que atenderam o seu filho(a), sua queixas e anseios, me colocaram frente a uma nova experiência.

Apesar das dificuldades de localização de endereços, a colaboração para a realização da autópsia verbal foi gratificante. Surgiram ao longo das entrevistas, sentimentos de tristeza pela perda do filho(a), questionamentos sobre condutas, críticas e auto críticas, e agradecimentos à equipe de atendimento da Unidade de Tratamento Intensivo, no caso dos pacientes com prematuridade. Mas a vontade de colaboração superou, em parte, as tristezas permitindo a colaboração.

A necessidade de informação em relação a medidas preventivas foi um desejo mencionado pelos familiares e o agradecimento à pesquisadora ter “lembrado” do seu filho que evoluiu ao óbito “para evitar que ocorram novamente” principalmente no caso dos óbitos por asfixia mecânica, infecção respiratória e meningococemia.

Em 2003 o município de Santa Cruz do Sul registrou 1534 nascimentos, destes 130 crianças eram prematuras (8,4%). Constatamos 34 óbitos no período 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2003, em crianças até 1 ano de vida, ou seja, a Mortalidade Infantil atingiu a taxa de 21,7%.

Em 2004 o município registrou 1627 nascimentos, destes 134 eram crianças prematuras (8,2%), e a ocorrência de 23 óbitos menores de 1 ano de idade, evidenciando redução na taxa de Mortalidade Infantil para 14,2%.

Dados de literatura e SINASC apontam para Taxa de Prematuridade em torno de 8% no Brasil, atingindo até 10% em alguns locais, sendo responsável segundo Caldeira (2005) por até 2/3 do Coeficiente de Mortalidade Infantil.

Observando os óbitos ocorridos por asfixia mecânica que foram em número de sete pacientes podemos constatar que cinco mães tinham este como único filho; três mães eram adolescentes (<18anos); seis mães com baixa escolaridade (100%), ou seja, menos de 8 anos de estudo. Três crianças dormiam na cama com os pais e a faixa etária estes óbitos era de 26 dias de vida até 8 meses de vida.

Analisando as mães adolescentes e a causa de óbito de seus filhos, constatamos: três óbitos por asfixia, três óbitos por prematuridade, um óbito por doença congênita, um óbito por infecção respiratória e um óbito por TCE (traumatismo cranioencefálico).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A “Agenda de compromisso para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil” instituída em 2004 pelo Ministério da Saúde tem metas, orientações e programas bem elaborados que estão apresentando sucesso em várias situações, como redução dos óbitos infantis causados por doenças infecciosas através de medidas de saneamento básico, imunizações, acesso a consultas em Postos de Saúde e Pronto Atendimento, obtenção de medicamentos gratuitos, entre outras.

Cabe salientar que, a vigilância do óbito materno, infantil e perinatal é de responsabilidade do gestor municipal e deve ser realizada pela equipe de atenção básica para levantamentos dos possíveis problemas que envolveram a morte de uma mulher e de uma criança por causa evitável na sua área de responsabilidade – *evento sentinela* – o que possibilita a avaliação das medidas necessárias para a prevenção de óbitos evitáveis pelos serviços de saúde e redução da mortalidade materna, infantil e perinatal.

O serviço de saúde deveria assumir uma postura ativa em situações de maior risco e dirigida a pessoas com maior vulnerabilidade, desencadeando estratégias específicas para minimizar os danos, como o adequado acompanhamento da saúde, programando visitas domiciliares para busca ativa daqueles usuários do SUS que não possuem acompanhamento programado e podem estar em situação de maior vulnerabilidade. Ações estas consideradas *eventos-sentinelas* (situações que não deveriam ocorrer dada a disponibilidade de conhecimento recursos técnicos e de assistência à saúde) e que proporcionam a compreensão de quais os fatores que poderiam contribuir para a ocorrência de eventos indesejáveis.

É importante a operacionalização de ações prioritárias na rede assistencial pública, com a identificação de ações de saúde que não podem deixar de ser realizadas para o alcance de resultados mais positivos para a população infantil nos diversos níveis de organização do SUS. Ou seja, definir as prioridades para a saúde da população infantil local, com articulação de políticas sociais e iniciativas da comunidade implementadas no município e na área de saúde a fim de tornar mais efetivas as intervenções para os diversos problemas demandados da população

(planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais).

Planejar e programar estratégias de ação em um território específico, como o município em estudo, exige além do conhecimento detalhado das condições de vida e trabalho das pessoas que ali residem, organização e atuação de diversos órgãos governamentais e não governamentais com disponibilidade e interesse para uma “ação comunicativa”, ou seja, um diálogo permanente com representantes destes órgãos, com os grupos sociais existentes e com as pessoas de um modo geral, buscando envolvê-las em um trabalho coletivo cujo propósito maior é a reestruturação da ação coletiva em defesa da saúde e melhorias das condições de vida.

Segundo preconiza o Ministério da Saúde, cuidados em relação as situações que envolvem o binômio mãe/filho sugerem:

- Consultas pré-natal: mínimo de 6 consultas; e captar a gestante para início do pré-natal até o 4º mês (120 dias).

- Identificar gestantes de risco: controle de doenças crônicas como diabetes e hipertensão e/ou outras intercorrências durante a gestação.

- Atenção especial à adolescente (< 18 anos).

- Realizar práticas educativas como o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal, hábitos saudáveis de vida; orientar sobre sinais de alerta na gravidez, cuidados com o recém-nascido; sobre a importância da consulta do puerpério, do planejamento familiar; direitos da gestante e do pai.

- Identificar os fatores de risco ao nascer:
 - baixo peso ao nascer (< 2500 gr).
 - prematuros (< 37 semanas de idade gestacional).
 - asfixia grave (apgar < 7 no 5º minuto de vida).
 - recém-nascido de mãe adolescente (< 18 anos).
 - recém-nascido de mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo).

A prematuridade (< 37 semanas de idade gestacional) é o evento de maior impacto na amostra analisada do período 2003-2004, fato que pode estar relacionado com a existência de programas de atenção às doenças prevalentes na infância (doenças diarreicas e respiratórias) já implantados e em execução pelo Ministério da Saúde. Fatores de risco envolvidos na gênese da prematuridade também devem ser lembrados: idade materna, falta de pré-natal e planejamento familiar, pouca informação aos casais que desejam ter filhos, alerta às patologias maternas de risco (hipertensão arterial, uso de drogas, diabetes mellitus gestacional, obesidade, história familiar de doenças genéticas), trabalho de parto prematuro, entre outros.

A análise do óbito infantil e da assistência prestada deve se constituir num *evento – sentinela* indicador de qualidade e acesso aos serviços de saúde, além de possibilitar conhecimento e intervenção nesta situação. Na busca da equidade, devemos identificar grupos populacionais de maior risco, para os quais deve ser direcionada uma atenção específica para promoção de saúde e prevenção da doença ou morte. Portanto, analisar como e por que morrem os menores de 1 ano proporciona o reconhecimento de grupos que apresentam maior risco de adoecer em determinados locais, colaborando para redução dos índices de Mortalidade Infantil conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde.

Dentro deste contexto a autópsia verbal proporciona informações que têm importância para implementar programas de educação em saúde informando e orientando as mães para reconhecerem os sintomas de agravamento de doenças da infância e a necessidade de buscar auxílio precocemente.

Inúmeros autores admitem que medidas sanitárias adequadas, serviços de saúde acessíveis e de boa qualidade poderiam atuar positivamente na redução da Mortalidade Infantil (CALDEIRA et al., 2005; PUCINI et al., 1997).

A análise das informações coletadas e o apoio da literatura induzem a uma série de observações com respeito aos rumos dos sistemas locais de saúde e suas responsabilidades:

- Como modificar o modelo técnico-assistencial reorientando a idéia de

acesso a serviços de saúde, onde a rede básica deve constituir a porta de entrada?

- Em consequência, promover o reconhecimento, por parte da população, que o Sistema Único de Saúde vale a pena?

- A necessidade de redefinir a agenda de gastos elevados e indiscriminados em saúde pública pela ausência de planejamento local em políticas públicas é imperativa, para que promovam o bem-estar social e impactos sobre a saúde da população.

- Da mesma forma os impactos só serão efetivos, a partir do reconhecimento por parte dos gestores, da necessidade de capacitação técnica, onde visão proativa, planejamento e compromisso com a saúde possam estar ancorados em diagnósticos que qualifiquem as ações?

A caracterização sócio-econômica e demográfica da população permite, ainda, demonstrar a forma diferenciada pela qual os distintos grupos populacionais utilizam os serviços de saúde. Estudos com base populacional permitem definir com maior especificidade as diretrizes e as estratégias necessárias para implantação de um Sistema de Saúde, na busca de maior equidade no atendimento às necessidades de saúde da população.

Dados de base populacional possibilitam a realização de análises para o conjunto da população tanto no que se refere às necessidades de saúde, quanto ao acesso e ao uso que têm sido feitos dos serviços de saúde. Entretanto, no Brasil, os inquéritos de base populacional têm sido feitos de forma pontual, sem uma periodicidade definida e sem uma articulação mais estreita com os formuladores da política de saúde.

O papel dos inquéritos populacionais na obtenção e na produção de dados e informações sobre a situação de saúde é inquestionável. A experiência brasileira nessa área é suficiente para orientar o estabelecimento de inquéritos nacionais periódicos que componham um sistema nacional de informações em saúde e é especialmente relevante a citação, entre outros, da PNAD e seus suplementos-saúde. As necessidades de informação para a formulação de políticas, dos planos,

dos pactos de gestão pela melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população, para a redução das desigualdades sociais em saúde e para o exercício da cidadania apontam para o momento crítico em que se encontram os processos de produção de informações em saúde no Brasil (VIACAVA; TRAVASSOS; DACHS, 2006).

Em 2005, o Ministério da Saúde e a UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) lançaram um edital para a realização de uma nova Pesquisa sobre Demografia e Saúde e negocia-se com IBGE a inclusão de um novo suplemento sobre acesso e utilização de serviços de saúde na PNAD de 2008.

Segundo Viacava, Travassos e Dachs (2006), apesar de todo o progresso observado no período, e do funcionamento relativamente orgânico e bem-organizado do sistema de coleta de dados e disseminação de informação de tipo administrativo, de estatísticas vitais, e de vigilância epidemiológica, além de um número crescente de inquéritos que coletaram algum tipo de informação sobre saúde no nível nacional, o país ainda não dispõe de um sistema nacional de informações estruturado no sentido de um sistema articulado, com bases de dados que se comuniquem e com responsabilidade definidas quanto à coleta, análise e disseminação das informações.

A importância dos inquéritos populacionais como fonte de informação sobre saúde é hoje amplamente reconhecida. Assim como a organização de um sistema nacional de informações em saúde capaz de articular numerosas fontes de dados existentes no setor.

O reconhecimento de pesquisas neste campo poderiam proporcionar estímulo aos pesquisadores para produção de conhecimento e, conseqüentemente, auxílio para melhora da qualidade de vida das pessoas. Sugere-se uma análise crítica do setor de saúde na realidade social que o município se insere, potencialmente capaz de influenciar no campo da docência, pesquisa e prestação de serviços.

Promover a equidade na atenção à saúde, reduzir as desigualdades regionais, ampliar a oferta de ações de saúde garantindo a universalidade do acesso

aos mais afetados pelas desigualdades sociais, de gênero, raça, etnias, geração, populações itinerantes e vulneráveis são os desafios propostos para que o direito deixe de ser mais que declaração e passe a integrar o cotidiano da vida dos brasileiros (12^a CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2005).

REFERÊNCIAS

- AERTS, DRG. Investigação dos óbitos perinatais e infantis: seu uso no planejamento de políticas públicas de saúde. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro. v. 73, n. 1, p. 364-366, 1997.
- BARATA, RB. Inquérito Nacional de Saúde: uma necessidade? *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 870-871, 2006.
- BARRETO, IHC; PONTES, LK; CORRÊA, L. Vigilância de óbitos infantis em sistemas locais de saúde: avaliação da autópsia verbal e das informações de agentes de saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*. v. 7, n. 5, 2000.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. 8ª. Conferência Nacional de Saúde, 1986. *Anais*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- CALDEIRA, AP. et al. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. *Revista Saúde Pública*, cidade. v. 39, n. 1, p. 67-74, 2005.
- CANESQUI, AM. *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo, Hucitec, 1997.
- CÁRDENAS, R. El uso de la autopsia verbal em el análisis de la salud. Estudios Demográficos y Urbanos. *El Colegio de México*, Distrito Federal, México, n. 45, p. 665 – 683, set./dez. 2000.
- CARVALHO, MR; TAMEZ, RN. *Amamentação: bases científicas para prática profissional*. São Paulo: Guanabara Koogan, 2002, p. 1 - 3.
- COSTA, MCO et al. Indicadores materno-infantil na adolescência e juventude: sóciodemográfico, pré-natal, parto e nascidos vivos. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro. v. 77, n. 3, p. 235 -242, 2001.
- ELIAS, E. Estado e saúde: os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo. v. 18, n. 3, p. 41-46, jul./set, 2004.
- FERREIRA, MAF. Gestão Municipal da Saúde: Gasto público e ordenamento do sistema em tempos neoliberais. *Revista Redes*, Santa Cruz do Sul. v. 9, n. 3, p. 263-284, set./dez. 2004.
- FERREIRA, MAF et al. Estudo da confirmação do mix público-privado no desenho da política de saúde regional. *Relatório Final de pesquisa para Edital "Ciências Humanas" do CNPq, área da Ciência Política*, 2006.
- FORMIGLI, VLA et al. Avaliação da atenção à saúde através da investigação de óbitos infantis. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v. 2, supl. 12, p. 33-41, 1996.
- GOUGH, I. The state and its 'welfare' activities. In: _____. *The political economy of the welfare state*. Hong Kong, 1985, p. 39-49.
- GOUGH, I. The origins of the welfare state. In: _____. *The political economy of the*

welfare state. Hong Kong, 1985, p. 55-69.

GUIMARÃES, J J de L; FISCHMANN, A. *Bol. Oficina Sanit. Panam*;101(1):19-38, jul. 1986.

GUPTA, N; LEITE, IC. *Tendências e Determinantes da Fecundidade entre adolescente no Nordeste do Brasil. Perspectivas Internacionais de Planejamento Familiar*. 2001, p. 24-28.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em 13 nov. 2005.

JANNUZZI, PM. *Indicadores Sociais no Brasil*. Campinas-São Paulo, 2004.

KADT, E; TASCA, R. *Promovendo a eqüidade: um novo enfoque com base no setor da saúde*. São Paulo – Salvador: Hucitec, 1993.

LAURENTI, R. et al. *Estatísticas de Saúde*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1985.

LUZ, MT. *Novas Realidades em Saúde, Novos Objetos em Ciências sociais*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1997, p. 79-85.

MANSANO, NH et al. Comitês de prevenção da mortalidade infantil no Paraná: implantação e operacionalização. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v. 20, n. 1, p. 329-332, jan./ fev. 2004.

MARIOTONI, GGB et al. Gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro. v. 74, n. 2, pg 107-113, 1998.

MARSHALL, TH. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967. p. 57-201.

MELLO-JORGE, MHP. Sub-registro dos eventos vitais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo. v. 17, p. 148-151, 1983.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/pacto2004>> Acesso em: 20 mar. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DA ATENÇÃO À SAÚDE. *Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*, Brasília, 2004.

MONTEIRO, CA. *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças*. 2. ed. rev /ampl. São Paulo: Hucitec, Nupens / USP, 2000.

NUNES, ED. *Sobre a Sociologia da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999, p.153-170.

PIERSON, P. *Dismantling the State? Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*. (Cambridge Studies in Comparative Politics). Cambridge, UM: Cambridge University Press, 1994.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Acesso em: <http://www.pnud.org.br/idh/>

PUCCHINI, RF et al. Fatores de risco para morbidade e desnutrição em crianças acompanhadas em programa de atenção à saúde da criança. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro. v. 73, n. 4, p. 244-251, 1997.

REZENDE, SC; HELLER, L. *Saneamento no Brasil: políticas e interfaces*. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

ROMERO, DE; SZWARCOWALD, CL. Crisis económicas y mortalidad infantil en Latinoamérica desde los años ochenta. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v. 16, n. 3, p. 799 – 814, jul./set. 2000.

SANDRONI, P. *Dicionário de economia*. 7. ed. São Paulo: Best Seller, 1987.

SIEDENBERG, DR. Indicadores de desenvolvimento socioeconômico – uma síntese. Desenvolvimento em Questão. *Revista do programa de pós-graduação em desenvolvimento, gestão e cidadania*, Ijuí: Unijuí, RS, 2003.

SIMÕES, CCS; MONTEIRO, CA. Tendência secular e diferenciais regionais da mortalidade infantil no Brasil. In: _____. *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil. A Evolução do País e de Suas Doenças*. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 151-156.

SCHMITTER, PC. Still the century of century of corporativism? *Reviero of politics*. v. 36, n. 1, p. 85 -135, jan. 1974.

STOTZ, EN. *A Saúde Coletiva como objeto científico: teoria, problemas e valores na crise da modernidade*. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1997, p. 273 – 284.

SZWARCOWALD, CL et al. Estimacão da mortalidade infantil no Brasil: o que dizem as informações sobre óbitos e nascimentos no Ministério da Saúde. *Cadernos de Saúde de Pública*, Rio de Janeiro. v. 18, n. 6, p. 1725-1736, nov./dez. 2002.

SZWARCOWALD, CL et al. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro. v. 15, n. 1, p. 15-28, jan./mar. 1999.

TEIXEIRA, CF et al. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Iesus*. v 2, n. 2, p. 7 – 28, abr./jun. 1998.

VIACAVA, F; TRAVASSOS, C; DACHS, N. Inquéritos nacionais em saúde no Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro. v. 11, n. 4, p. 860-860, 2006.

VIACAVA, F; DACHS, N; TRAVASSOS, C. Os inquéritos domiciliares e o Sistema Nacional de Informações em Saúde. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro. v. 11, n. 4, p. 863-869, 2006.

12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - Ministério da Saúde, *Conselho Nacional de Saúde*, Brasília, 2005.

<<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 15 ago. 2004.

ANEXO A**Questionário de Investigação de Óbitos em crianças de 0 a 1 ano.****IDENTIFICAÇÃO:**

1. Nome da criança: _____

2. Nome da Mãe: _____

3. Sexo:

1() Masculino

2() Feminino.

4. Data de Nascimento: ____/____/____.

5. Data do óbito: ____/____/____.

6. Endereço Residencial:

7. Cidade: _____ Bairro: _____.

8. População Itinerante:

1() Sim 2() Não

9. Se for População Itinerante:

1() Acampado

2() Cigano

3() Indígena

4() Outro

10. Nº da Declaração de Nascido Vivo (DN): _____

11. Nº da Declaração de Óbito (DO): _____

12. Qual a doença que levou ao óbito: _____

ENTREVISTADO:

13. Nome: _____

14. Parentesco: _____

DADOS DOS PAIS:

15. Idade da mãe biológica: _____

16. Alfabetizada:

1() Sim

2() Não

17. Escolaridade:

1() até 4ª série ensino fundamental

2() 5ª a 8ª série ensino fundamental

3() ensino médio (2º grau)

4() ensino superior (3º grau)

18. Número total de filhos: _____

19. Número de filhos vivos: _____

20. Mãe trabalhava por ocasião do óbito da criança:

1() Sim

2() Não

21. Qual ocupação da mãe: _____

22. Escolaridade:

1() até 4ª série ensino fundamental

2() 5ª a 8ª série ensino fundamental

3() ensino médio (2º grau)

4() ensino superior (3º grau)

23. Outro dado sobre a família: _____

CONDIÇÕES DE MORADIA E RENDA:

24. Localização:

- 1() Área rural
- 2() Área urbana
- 3() Acampamento
- 4() Área de Invasão
- 5() Outra _____

25. Local onde a criança dormia:

- 1() Berço Individual
- 2() Cama com os pais
- 3() Cama com outra pessoa.

26. Fonte de renda familiar:

- 1() Pai
- 2() Mãe
- 3() Parentes
- 4() Outros

27. Renda mensal familiar (em R\$): _____

DADOS DO PRÉ-NATAL E PARTO DO CASO INVESTIGADO:

28. Pré-natal:

- 1() Sim
- 2() Não

29. Nº de Consultas: _____

30. Tipo de parto:

- 1() Normal
- 2() Fórceps
- 3() Cesárea

31. Se o parto foi cesárea qual foi a indicação: _____

32. Local do parto:

1() Hospital

2() Domicílio

3() Outro/Local: _____

33. Pessoa que atendeu o recém-nascido no nascimento: _____

DADOS DA CRIANÇA:

34. A criança era cuidada por:

1() Mãe

2() Pai

3() Irmão criança

4() Irmão Adolescente / Adulto

5() Outro membro família

6() Ignorado

HISTÓRIADA DOENÇA QUE LEVOU AO ÓBITO:

35. Quando começaram os primeiros sintomas que levou ao óbito: _____

36. Quais os sintomas: _____

37. Procurou auxílio no sistema de saúde:

1() sim

2() não

38 .Onde Procurou:

1() Posto de Saúde

2() Pronto Atendimento

3() Hospital

4() Outro

39.Quanto tempo após iniciou os sintomas: _____

40.Conseguiu atendimento no mesmo dia:

1() Sim

2() Não

41.Foi encaminhada para internação no mesmo dia:

1() Sim

2() Não

3() Não se aplica

42.Recebeu a medicação no Posto de Saúde:

1() Sim

2() Não

3() Não se aplica

43.Foi marcado retorno:

1() Sim

2() Não

3() Não se aplica

44.Voltou a procurar atendimento em serviço de saúde:

1() Sim

2() Não

3() Não aplica

45.O óbito ocorreu:

1() No hospital

2() No domicílio

3() Outro

46.Data da Internação: ____/____/____, às ____: ____ horas.

47.Outras informações _____

ANEXO B**Questionário de Prontuário de Óbito Menor de 1 ano de idade**

1. Anamnese: _____

2. Exame Físico: _____

3. Tratamento: _____

4. Categorias de tratamento : 1() adequado

2() pouco adequado

3() inadequado

4() sem condições para avaliação.

ANEXO C
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Caracterização sócio epidemiológica dos óbitos até 1 ano de idade em
Santa Cruz do Sul**

A Mortalidade Infantil tem sido freqüentemente apontada como indicador sensível da qualidade de vida de uma população, determinada em sua dimensão mais ampla pelas condições sociais, econômicas e culturais dos indivíduos e da comunidade a que pertencem. A análise do óbito infantil e da assistência prestada serve como indicador do nível de qualidade e de acesso aos serviços de saúde, além de possibilitar conhecimento e intervenção nessa realidade.

Para a realização desta pesquisa será feita a quantificação de todos os óbitos em menores de 1 ano de idade ocorridos no município de Santa Cruz do Sul 2003-2004; coleta de informações da Declaração de Nascido Vivo (DN) e Declaração de Óbito (DO); visitas aos domicílios com coleta de informações com responsável pelo paciente; análise de prontuários destes pacientes e assistência de saúde prestada. Posteriormente os conhecimentos produzidos por esta pesquisa poderão ser importantes para que profissionais de saúde e autoridades públicas orientem a política de saúde, principalmente voltada para a proteção das gestantes/recém-nascidos.

Os indivíduos pesquisados terão garantia de resposta a qualquer pergunta e esclarecimento das dúvidas acerca do questionário.

O participante da pesquisa tem a liberdade de abandonar a pesquisa, em qualquer momento sem que isto traga prejuízo para si, tendo também a garantia de privacidade, pois não será identificado, por ocasião da divulgação dos resultados, e as informações obtidas serão apenas utilizadas para fins científicos, vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento e, com base no que está acima descrito, concordo em participar da pesquisa.

Nome do responsável

Assinatura Data

Nome do pesquisador

Assinatura Data

Este formulário foi lido para _____ em ____/____/____,
pelo _____, enquanto eu estava presente.

Nome da testemunha

Assinatura Data

Contatos: (51) 3713 25 52
(51) 3717 73 92