



**Redução da mortalidade infantil por meio de
ações de educação em saúde:
propostas para o município de Capivari**

UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA

**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**Redução da mortalidade infantil por meio de
ações de educação em saúde:
propostas para o município de Capivari**

Elizaete da Costa Arona

**Piracicaba, SP
2007**

ELIZAETE DA COSTA ARONA

Orientadora: Prof^a Dr^a Cristina Broglia Feitosa de Lacerda

**Redução da mortalidade infantil por meio de
ações de educação em saúde:
propostas para o município de Capivari**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós Graduação em Educação da Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

**Piracicaba, SP
2007**

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a Dra. Cristina Broglia Feitosa de Lacerda
Instituição: UNIMEP

Titular: Prof^a. Dra. Regina Yu Show Chun
Instituição: UNICAMP

Titular: Prof. Dr. Rodolfo Andrade de G. Vilela
Instituição: UNIMEP

De tudo ficaram três coisas...

*A certeza de que estamos começando... A
certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser
interrompidos antes de terminar...*

*Façamos da interrupção um
caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura, um encontro!*

Fernando Sabino

DEDICATÓRIA

Deus, quem dirige todo o propósito da minha vida;

Marcelo, meu grande amor, amigo e companheiro;

Victor, o maior presente de Deus para minha vida;

Meus pais, Djalma e Edite, por acreditarem em mim e pela

Fé de que o sonho pode ser alcançado se houver determinação;

Meus irmãos – Amarildo, Marizete, Miltes e Renimar pela amizade;

Cristina Lacerda, pelo companheirismo surpreendente;

Colegas da Secretaria de Saúde de Capivari, que tornaram tudo mais fácil.

AGRADECIMENTOS

Cristina, obrigada por sua garra para me incentivar e pela incansável parceria na construção do trabalho; aos **professores** que muito me ajudaram na descoberta de um novo olhar para a fonoaudiologia; aos **colegas da Secretaria de Saúde**, que foram co-autores deste trabalho e companheiros na construção de um novo saber;

Cacau, obrigada pelo acolhimento e auxílio no direcionamento do projeto;

Rodolfo, a sua contribuição foi de vital importância para definir que linha seguir;

Regina Yu, sua predisposição em se fazer presente foi muito importante;

Dr. Emerson, Valter, obrigada pela ajuda na coleta e na organização dos dados;

Lara, obrigada pela disposição em empenho na revisão do texto, bem como pelas contribuições;

Vanda, Jeane, Regiane, Cidinha e Lúcia, obrigada pelo auxílio no desenvolvimento do trabalho;

Escola CNEC Capivari, obrigada pelo apoio institucional e financeiro no início do curso e pela oportunidade de crescimento profissional e de compartilhar o saber;

E... todos aqueles que direta e indiretamente estiveram comigo nesta jornada.

A todos MEU MUITO OBRIGADA!

QUADROS

QUADRO 1 – Coeficientes de mortalidade infantil no município de Capivari de 2000 a 2004.

QUADRO 2 – Coeficiente de mortalidade neonatal em Capivari nos anos de 2000 a 2004.

QUADRO 3 – Indicadores de Saúde do município de Capivari. Vigilância em casos de Sífilis.

QUADRO 4 – Indicadores de Saúde do município de Capivari. Cobertura de consultas pré-natais.

QUADRO 5 - Indicadores de Saúde do município de Capivari. Proporção de óbitos infantis investigados.

QUADRO 6 - Indicadores de Saúde do município de Capivari. Internações por infecções respiratórias agudas em menores de 5 anos.

QUADRO 7 – Indicadores de Saúde do município de Capivari. Cobertura Vacinal em menores de 1 ano de idade com TETRA.

QUADRO 8 – Indicadores de Saúde do município de Capivari. Proporção de partos e abortamentos em adolescentes.

QUADRO 9 - Indicadores de Saúde do município de Capivari. Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer.

QUADRO 10 - Indicadores de Saúde do município de Capivari. Realização de testagem de HIV em gestantes.

TABELAS:

TABELA 1 - Número de Internações por Internação hospitalar de menores de 5 anos de idade por doenças respiratórias agudas por mês no ano de 2006.

TABELA 2 – Número e proporção de mães adolescentes, em relação ao total de mães no período de 2000 – 2004.

TABELA 3 – Distribuição (%) RN de mães adolescentes pelo peso ao nascer, segundo faixa etária, no período de 2000 a 2004.

Figura 1

Figura 1. Localização do município de Capivari - malha viária (Capivari, 2007).

Figura 2. Micro-região de Capivari (DRS X, 2007).

Figura 3. Macro-região do Departamento Regional de Saúde X – Piracicaba, cuja área abrangida possui população total de 1.429.471 (DRS X, 2007).

ABREVIações UTILIZADAS NA CONSTRUÇÃO DO TEXTO

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
AIDS – (SIDA) Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
AIS – Ações Integradas da Saúde
ANVISA – Agência de Vigilância Sanitária
APAE – Associação de Pais e Amigos de Excepcionais
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CGR – Colegiado Gestor Regional
CIB – Comissão Intergestora Bipartite (COSEMS e representantes da Secretaria Estadual de Saúde)
CIT – Comissão Intergestora Tripartite (CONASEMS, CONASS e MS)
CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS – Conselho de Secretários Estaduais de Saúde
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC – Emenda Constitucional
FMS – Fundo Municipal de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
MPAS – Ministério da Previdência Social e Assistência Social
NOB – Norma Operacional Básica
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PPA – Plano de Pronta Ação
PREV-SAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SES – Secretaria Estadual de Saúde
SIOPS – Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde

RESUMO

ARONA, E.C. – **Redução da mortalidade infantil por meio de ações de educação em saúde: propostas para o município de Capivari.** Piracicaba, 2007 (Dissertação de Mestrado – Pós Graduação em Educação da Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP).

Este trabalho faz referência à temática da promoção da saúde, desenvolvendo um breve resgate histórico sobre a saúde pública no Brasil, mostrando como o conceito de promoção de saúde e as ações educativas na Saúde têm sido um importante instrumento na direção da qualidade de vida da população. No que se refere à mortalidade infantil, o Pacto pela Vida preconiza a redução da mortalidade infantil neonatal em 5% em 2006. Neste contexto, as ações educativas na área da saúde se mostram necessárias junto à população em geral para o alcance da promoção da saúde; desta forma, o *objetivo* deste estudo foi, a partir da compreensão de como estão os indicadores epidemiológicos relativos à mortalidade infantil em Capivari, propor ações educativas visando à promoção da saúde no município. Como *metodologia* optou-se por realizar um estudo de caso focalizando os indicadores epidemiológicos do município que se relacionam com os indicadores de mortalidade infantil, apresentados em relatórios no banco de dados do Ministério da Saúde/Datasus e documentos da Secretaria Municipal de Saúde. A análise dos indicadores epidemiológicos permitiu conhecer melhor o problema da mortalidade infantil no município e a elaborar propostas de ações de educação em saúde que possam colaborar para a mudança dos coeficientes de mortalidade infantil. Tais ações visam atingir a população em geral para o alcance da promoção da saúde e viabilizar a redução de indicadores de mortalidade infantil no município. Assim, as ações educativas em saúde propostas poderiam atenuar problemas de saúde e favorecer um ambiente mais saudável e adequado a uma vida com qualidade, devendo estas ações ser desenvolvidas em diferentes espaços coletivos.

Descritores: Saúde Pública; Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Pacto pela Saúde; Pacto pela Vida; Mortalidade Infantil.

ABSTRACT

ARONA, E.C. – **Reduction of child mortality by actions in health education: proposals for the city of Capivari.** Piracicaba, 2007 (Dissertação de Mestrado – Pós Graduação em Educação da Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP).

This study refers to the thematic of health promotion, developing a brief historical ransom about public health in Brazil, showing how the concept of health promotion and educational actions in health have been an important instrument in the direction of the quality of life of the population. Referring to child mortality, the Pacto pela Vida (Life Pact) preconizes the reduction of neonatal child mortality in 5% in 2006. In this context, educational actions in the area of health are necessary for the population in general, to achieve health promotion; this way, the *objective* of this study was, starting from the comprehension of how are the epidemiological indicators related to child mortality in Capivari, to propose educational actions aiming a health promotion in the city.

As the *methodology*, the option was to realize a study of case, focused on epidemiological indicators of the city that are related to child mortality indicators, presented in reports from the data bank of Ministério da Saúde/Datasus and documents of Secretaria Municipal de Saúde. The analysis of the epidemiological indicators brought a better understanding about the problem of child mortality in the city, and also made possible to elaborate proposals of educational actions in health that can help change the coefficients of child mortality. Such actions aim to reach the population in general, to achieve health promotion and make possible the reduction of child mortality indicators in the city.

That way, the educational actions in health proposed could favor a healthier environment, which would also be adequate to a life with quality. These actions should be developed in different collective spaces.

Descriptors: Public Health; Health Promotion; Health Education; Pact for the Health; Life Pact; Child Mortality.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| RESUMO..... | 11 |
| ABSTRACT..... | 12 |
| APRESENTAÇÃO PESSOAL..... | 14 |
| INTRODUÇÃO..... | 16 |
| | |
| CAPÍTULO I - SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL..... | 22 |
| 1.1 Breve histórico sobre políticas de saúde no Brasil (1889 – atual)..... | 23 |
| 1.2 Sistema Único de Saúde – SUS..... | 33 |
| 1.3 Promoção da Saúde e Educação em Saúde..... | 38 |
| 1.4 Pacto pela Saúde..... | 55 |
| | |
| CAPÍTULO II – CAPIVARI, COMO VAI A SAÚDE?..... | 64 |
| | |
| CAPÍTULO III – ESTUDO DE CASO DE CAPIVARI: INDICADORES DE MORTALIDADE INFANTIL E PROPOSTAS DE AÇÕES EDUCATIVAS..... | 73 |
| 3.1 Mortalidade infantil..... | 74 |
| 3.2 Indicadores epidemiológicos de mortalidade infantil..... | 77 |
| 3.3 Indicadores que se relacionam com coeficientes de mortalidade infantil..... | 80 |
| 3.4 Ações para redução da mortalidade infantil desenvolvidas no município de Capivari..... | 91 |
| 3.5 Propostas de ações educativas para a redução da mortalidade infantil no município de Capivari..... | 93 |
| | |
| CAPÍTULO IV- CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 97 |
| | |
| REFERÊNCIAS..... | 101 |
| | |
| ANEXO..... | 111 |

APRESENTAÇÃO PESSOAL

Há um ano assumi a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Capivari, com ansiedade e, ao mesmo tempo, angústia devido aos desafios próprios do cargo, bem como pela pouca experiência de gestão. Minha atuação na saúde pública se deu no campo da fonoaudiologia, atuando em Unidade Mista de Saúde, ambulatório da APAE, triagem e prevenção em escolares e orientação a professores da rede de ensino da Secretaria de Educação de Capivari. A experiência como gestora somente ocorreu em clínicas particulares, sendo esta minha primeira experiência na gestão municipal da saúde.

No município de Capivari além da profissão de fonoaudióloga desenvolvo junto à comunidade eventos culturais, atuando na direção e produção de eventos envolvendo para mais de 4.000 espectadores, contanto com a apresentação de mais de 200 artistas. Todo lucro dos eventos é direcionando para instituições beneficentes de atenção à saúde e qualidade de vida. Acredito que estas ações próximas à coletividade impulsionaram o convite para a secretaria municipal de saúde.

Os desafios para maior compreensão dos programas, processo de gestão e implantação das políticas públicas de saúde, tornaram visível meu pouco conhecimento a respeito do SUS e sua história. Este conhecimento restrito pareceu-me insuficiente para possibilitar uma gestão eficaz do sistema municipal de saúde, o que levou-me a estudar e reavaliar a necessidades de construir efetivamente a implantação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi necessário entender a participação popular no controle social e buscar junto aos trabalhadores da saúde e do usuário abrir um caminho para a co-gestão da saúde, sendo que a promoção da saúde passou a ser a maior meta devido ao reduzido recurso financeiro que as cidades de pequeno porte gerenciam para minimizar dificuldades encontradas na área da saúde. Neste sentido, senti-me motivada a seguir esta linha de pesquisa, sendo necessário envolver ações efetivas para melhorar os indicadores de saúde com pouco investimento financeiro.

Questionamentos foram surgindo à medida que necessidades tinham que ser atendidas e problemas resolvidos, sendo que, por muitas vezes, me

senti impotente e com dúvidas sobre a direção a seguir. Direcionei meus estudos para o aprofundamento sobre saúde pública e sua história em relação ao estabelecimento de metas, para melhor compreender a implantação de políticas públicas como subsídios para novos projetos e aprimoramento dos serviços já implantados, buscando maior eficácia e maior favorecimento de acessibilidade para a população.

Coincidentemente, este tem sido um período de grandes discussões a respeito do SUS, devido à construção do Pacto pela Saúde¹. Estes debates implicaram em leituras e releituras e incentivaram os funcionários a compreender a construção das políticas de saúde em Capivari, bem como suas práticas educativas. Desta forma, foram necessárias capacitações e reciclagem de trabalhadores, que atuaram como co-autores deste processo de mudança, e também, deste projeto.

Estar como gestora em um momento de novas mudanças e de grandes perspectivas para saúde pública tem sido gratificante e, simultaneamente, tem desafiado-me como pesquisadora.

Neste contexto, evidenciou-se o valor das ações educativas na área da saúde. Tais ações são sabidamente necessárias à população, em geral, para o alcance da promoção da saúde, bem como para viabilizar a redução de indicadores de mortalidade infantil no município, sendo este o foco central deste estudo.

¹ Pacto pela Saúde é um compromisso de gestão assumido pelos gestores dos três entes federativos, redefinindo as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população.

INTRODUÇÃO

Capivari é uma pequena cidade do interior do Estado de São Paulo e, como muitas outras, busca oferecer aos seus cidadãos condições satisfatórias para uma boa qualidade de vida. O município está integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e tem desenvolvido uma série de ações educativas visando ampliar o conhecimento da população sobre sua saúde e melhorar as condições locais. Mais recentemente, diante do panorama nacional de rediscussão do SUS, o município passou a implementar propostas relativas ao Pacto pela Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com os conselhos de saúde e de secretários das estâncias federativas, com o intuito de propor melhor qualidade de vida aos brasileiros. O Pacto da Saúde é dividido em três pactos: Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em defesa do SUS, e será abordado mais detalhadamente no Primeiro Capítulo.

A necessidade de ampliar as ações de promoção de saúde é uma prerrogativa do Pacto pela Saúde. Assim, será enfatizado o Pacto pela Vida, uma vez que estamos vivenciando um momento singular de fortalecimento do SUS, visando definir responsabilidades e parcerias regionalizadas, buscando a melhora nos indicadores sanitários. Nesse sentido, será destacada, dentre outras, a prioridade do Pacto pela Vida, que propõe a redução da mortalidade materna e infantil. Diante desta realidade, este estudo buscará compreender melhor os indicadores epidemiológicos que colaboram para os índices vigentes, e se propõe a refletir sobre ações educativas cabíveis a serem desenvolvidas no município visando à redução da mortalidade infantil.

Este tema se justifica à medida que a mortalidade infantil reflete o índice de desenvolvimento sócio-econômico e cultural de uma determinada região (Organização das Nações Unidas, 2007). A avaliação destes indicadores vai definir desde investimentos em ações em saúde até investimentos financeiros. Deste modo, a redução dos índices de mortalidade infantil a níveis mais aceitáveis pode refletir uma evolução de qualidade de vida. Andrade et al (2006) defendem que as condições de vida, a dificuldade de acesso a bens e serviços pode ampliar risco de morte no primeiro ano de vida, confirmando que a taxa de mortalidade infantil tem sido considerada um indicador sensível às

condições sociais e de qualidade de vida da população. No entanto, no mundo há enormes distâncias entre os indicadores de mortalidade infantil, o que se reflete também no continente americano, onde, na América do Norte, o indicador apresentou uma redução importante, pois na metade do século XX era de 90,34 óbitos em menores de um ano por mil nascidos vivos chegando nos anos de 1990 à média de 31,31 óbitos. Todavia, na América Latina e América do Sul a redução da mortalidade infantil não seguiu p mesmo patamar da América do Norte, demonstrando que as desigualdades no risco de morte infantil persistiram em todo o período, com vulnerabilidade nos países mais pobres em comparação aos mais ricos, demonstrados nos indicadores mais elevados.

Holcman et al (2004) relatam que, no Brasil, houve grande declínio do coeficiente de mortalidade infantil, que passou de 69 óbitos por mil nascidos vivos em 1980 para 30 óbitos por mil nascidos vivos em 2000, representando um decréscimo de 57% nos últimos 20 anos. Apesar de alguns países desenvolvidos apresentarem o coeficiente de mortalidade infantil abaixo de 15 óbitos por mil nascidos vivos desde a década de 1980. Em 2000, esta diferença é considerada marcante principalmente diante de países que apresentam baixos indicadores como a França (6 óbitos por mil nascidos vivos) , Portugal (9 óbitos por mil nascidos vivos), Japão (4 óbitos por mil nascidos vivos) e Estados Unidos (7 óbitos por mil nascidos vivos).

Em relação a países da América do Sul, a taxa também era superior, como Argentina (16,6 óbitos por mil nascidos vivos em 2000), Chile (10,1 óbitos por mil nascidos vivos em 1999), Paraguai (14,1 óbitos por mil nascidos vivos em 2000) e Venezuela (17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2000), segundo Datasus (2006).

Dentro do território brasileiro, as grandes regiões apresentam diferentes níveis de mortalidade, sendo que os estados do Sul e Sudeste apresentam valores de mortalidade infantil próximo a 20 óbitos por mil nascidos vivos, enquanto os estados da região Nordeste apresentam valores acima de 40 óbitos por mil nascidos vivos no ano 2000.

Ainda assim foi observado um importante decréscimo destes indicadores numa média nacional, provavelmente com a melhora de doenças identificadas

como prováveis causas da mortalidade infantil, como: doenças infecciosas e parasitárias, doenças endócrinas, metabólicas e nutricionais e doenças do aparelho respiratório, que em 1980, representavam juntas quase 70% dos óbitos. Conseqüentemente, o decréscimo destas doenças reduziu a mortalidade tardia, no entanto, o conjunto de mortes causado pelas doenças originadas no período perinatal² passou a responder por mais de 60% dos óbitos infantis em todos os grupos.

Para alcançar a meta de redução do coeficiente de mortalidade infantil, é necessária a redução de fatores causadores do componente neonatal precoce. Os autores concluíram que metade dos óbitos concentra-se na primeira semana de vida, principalmente devido a doenças originadas no período perinatal, indicando a necessidade de maior atenção à mãe e ao recém-nascido nos períodos pré e pós-parto (HOLCMAN et al, 2004).

No estado de São Paulo, entre os anos de 2000 a 2006, houve um decréscimo de 22% no indicador de mortalidade infantil, reduzindo de 17 óbitos por mil nascidos vivos em 2000 para 13,3 óbitos por mil nascidos vivos no primeiro ano de vida em 2006. O Departamento Regional de Saúde X – da região de saúde de Piracicaba, a qual forma a macro-região onde está inserido o município de Capivari, apresentou uma taxa de mortalidade infantil de 11,8 óbitos por mil nascidos vivos em 2006, sendo que em Capivari, em 2006, o coeficiente de mortalidade infantil foi de 13,5 óbitos por mil nascidos vivos, estando acima da média regional, mas próximo a média estadual (FUNDAÇÃO SEADE, 2007/ DATASUS³, 2007).

Assumindo então este contexto, este trabalho se justifica diante da necessidade de conhecer melhor a situação de saúde relacionada ao indicador de mortalidade infantil, e pesquisar situações que podem interferir neste indicador, gerando dados que poderão ser comparados com a realidade de outros municípios, favorecendo a proposição de ações de educação em saúde

² Mortalidade perinatal ou neonatal precoce é o número de óbitos de a soma dos nascidos mortos e as mortes durante a primeira semana pós-natal.

³ Banco de dados alimentado pelos municípios e gerenciado pelo Ministério da Saúde, disponível pela internet para conhecimento público. Este banco de dados foi escolhido como base para a pesquisa uma vez que é nacional e apresenta dados mais completos pactuados anualmente entre os municípios e o Ministério da Saúde.

pertinentes, especialmente ligadas a causas evitáveis de mortalidade infantil.

Nessa direção, o **objetivo** deste estudo é conhecer/refletir especialmente sobre os indicadores epidemiológicos de mortalidade infantil no município de Capivari ressaltando possibilidades de mudanças dos mesmos, visando o Pacto pela Vida, a partir de propostas de ações de educação em saúde.

É preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o índice de 10 mortes por mil nascidos vivos. Desta forma, reduzir a mortalidade infantil é um importante indicador de melhora de qualidade de vida de todo o município. É considerada mortalidade infantil o número de mortes no primeiro ano de vida (Organização Mundial de Saúde, 1994), sendo dividida em mortalidade pós-neonatal, mortalidade neonatal precoce, mortalidade neonatal tardia e mortalidade infantil. Dentre os períodos, os dados comprovam que a maioria das mortes ocorre precocemente, e em sua maioria por causas evitáveis. Desta forma, buscar a redução da mortalidade infantil representa ampliar ações que podem reduzir mortes evitáveis e prematuras na infância por meio de mudança no compromisso de gestão e na conscientização dos usuários da saúde quanto a sua responsabilidade como co-construtores de sua saúde.

Neste trabalho, considerou-se que a pesquisa qualitativa, utilizando o estudo de caso, configura-se como a abordagem mais oportuna, justamente por permitir analisar múltiplos aspectos levando em conta as características do município de Capivari e ações pertinentes a uma possível mudança do perfil de mortalidade infantil. Para compreender melhor todo o contexto em que será focalizado, buscou-se entender não só o índice de mortalidade infantil no município, mas também seu histórico na saúde pública, a partir do conceito de promoção de saúde. Para tanto, foram consultados livros, *sites* e jornais sobre a cidade de Capivari, sobre a história da saúde pública no município, bem documentos oficiais da Secretaria Municipal de Saúde.

Para Lüdke & André (1986), a pesquisa qualitativa trabalha com dados descritivos obtidos no contato direto do pesquisador com o ambiente e a situação estudada, enfatizando mais o processo que o produto, focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada.

A pesquisa qualitativa apresentada em forma de estudo de caso se

caracteriza por: retratar a realidade de forma completa e profunda captada através de variadas fontes de informação; enfatizar a “interpretação em contexto” para melhor entender o objeto da pesquisa; levar o leitor a associar dados do estudo com dados de suas experiências pessoais; procurar representar os diferentes e, às vezes, conflitantes pontos de vista presentes numa situação social; utilizar uma linguagem e uma forma mais acessível do que outros relatórios de pesquisa, à medida que, os dados deste tipo de estudo podem ser apresentados de maneiras diversas, num estilo que se aproxime da experiência pessoal do leitor, com maior liberdade na escrita (LUDKE & ANDRÉ, 1986 e IJUIM, 2006).

O estudo de caso, segundo Ludke & André (1986), apresenta dentre suas características a coleta de dados, que pode ser realizada por meio de diversos procedimentos. Neste estudo, foram utilizadas a pesquisa documental e observação. A análise documental se deu através do Datasus, e dentre eles foram tomados para análise os Indicadores de Saúde do município de Capivari no período de 2000 a 2004, sendo este o período disponível on-line no Sistema Nacional de Indicadores de Saúde pactuados com o Ministério de Saúde, em especial no Pacto pela Vida.

Para Trivinhos (1995), observar um “fenômeno social” significa antes de tudo separar, de maneira abstrata, determinado evento social de seu contexto para que seja estudado em seus atos, atividades com seus significados e relações até ser captada, se possível, sua essência numa perspectiva específica e ampla.

Desta forma, foram observados os programas voltados para promoção de saúde com base na promoção de saúde, considerando seu desempenho e necessidades de mudanças ou fortalecimentos e mesmo prever a implementação de novas ações educativas com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e melhorar a qualidade de vida de gestantes e a expectativa de vida dos filhos.

Para o desenvolvimento do texto, será importante compreender aspectos relativos à construção da saúde pública no Brasil e como esta se organiza no município de Capivari, levando em conta o contexto sócio-histórico de sua formação até os dias de hoje, momento da construção do Pacto pela

Saúde.

Sendo assim, no primeiro capítulo, será apresentado um breve resgate histórico sobre a saúde pública, objetivando revelar como o conceito de promoção de saúde se forjou na história das políticas de saúde do Brasil e de que modo às ações educativas na saúde têm sido importantes neste contexto, concluindo apresentando o importante momento vivido nas propostas de fortalecimento do sistema público de saúde, fortalecido pela assinatura dos três federativos do Termo de Compromisso de Gestão proposto pelo Pacto pela Saúde.

No segundo capítulo, será apresentado como foi a inserção de Capivari no SUS, quais os enfoques relacionados à promoção da saúde e quais as ações educativas realizadas no município, além de se discutir a necessidade de ampliar tais ações.

Em seguida, a análise e discussão de pesquisa serão apresentadas no capítulo três, destacando o estudo de caso dos indicadores epidemiológicos do município de Capivari que guardam relação com o índice de mortalidade infantil, juntamente com reflexões acerca dos dados e propostas de ações educativas relativas aos mesmos. Tais propostas se apóiam fundamentalmente no momento de pactuação do SUS, no qual o município tem avaliado seus indicadores e percebido a necessidade de direcionar mais suas metas, buscar uma gestão participativa e definir co-responsabilidades na construção da saúde, por meio da implementação de ações de promoção de saúde com apoio de ações educativas.

CAPÍTULO I
**SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: breve histórico, Sistema Único de Saúde,
conceito de Promoção da Saúde e de Educação em Saúde**

Neste capítulo, será desenvolvido um breve resgate histórico sobre a saúde pública, objetivando revelar como o conceito de promoção de saúde se forjou na história das políticas de saúde do Brasil e de que modo as ações educativas na saúde têm sido importantes instrumentos neste sentido. Serão apresentados o Pacto de Gestão, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto pela Vida como um momento de fortalecimento da saúde no Brasil.

Os conceitos de saúde e promoção da saúde têm sido rediscutidos na atualidade e sua definição indica constante processo de construção, não somente no Brasil como no mundo todo. A reflexão sobre tais conceitos tem sido articulada por representantes dos governos, da sociedade civil e de trabalhadores da área da saúde (PENTEADO, 2000).

1.1- Breve resgate histórico sobre políticas de saúde pública no Brasil (1889 - atual)

Segundo Bertolli Filho (2001), desde o início dos relatos históricos sobre o Brasil, encontramos citações das mazelas sofridas pela população, no entanto, pouco se fez, até a criação do SUS, para minimizar os contrastes existentes entre classes dominantes e carentes. A Política de Saúde só foi constituída no Brasil após a proclamação da república, em 1889, com o interesse principal voltado para a modernização do país a todo custo. Os lemas positivistas reafirmados na Bandeira Nacional “Ordem e Progresso” marcaram o interesse pela classe trabalhadora, tendo esta como base da força que impulsionaria o desenvolvimento econômico. O trabalho foi considerado o capital mais importante para o país, forçando assim um olhar para a saúde pública como forma de manter a capacitação física e intelectual dos operários, com o objetivo de mudar a história nacional.

O autor defende que este perfil esteve presente também na criação de órgãos de saneamento público nas regiões urbanas, que surgiram com a necessidade de definir estratégias para melhorar as condições sanitárias de áreas vitais para a economia nacional, como os centros urbanos e os portos. O meio rural só despertava a atenção das autoridades se problemas sanitários

ameaçassem a produção agrícola ou extrativista destinada à exportação. As ações de saúde no estado de São Paulo, neste período, aconteceram com apoio financeiro das oligarquias locais ricas, que destinavam vultosas verbas para a saúde com o objetivo de preservar a economia. Deste modo, as ações voltadas à saúde pública não tinham a intenção de melhorar a qualidade de vida da população ou de desenvolver programas de prevenção específica. Visavam apenas o não adoecimento da população, evitando assim prejuízos econômicos.

Médicos higienistas foram indicados para cargos políticos com a finalidade de arquitetarem projetos voltados para a fiscalização dos riscos à saúde enfrentados pelos trabalhadores das grandes cidades, não sendo dispensada atenção à população rural e à população desempregada considerada como pouco importante para a economia nacional. Neste contexto, foram elaborados projetos para contenção de enchentes, drenagem de pântanos, destruição de viveiros de ratos e insetos, orientação à população sobre regras de higiene pessoal básica e definição de isolamento de pacientes com moléstias infecto-contagiosas e doentes mentais que pudessem comprometer o bom andamento dos ambientes de trabalho (VASCONCELOS, 1995 e BERTOLLI FILHO, 2001).

Criaram-se também, em São Paulo, os primeiros laboratórios de pesquisas médico-epidemiológicas a fim de dar suporte ao trabalho dos médicos higienistas e dos fiscais sanitários. Em 1892, foram instituídos os laboratórios bacteriológicos, vacinogênicos, de análises clínicas e farmacêuticas, que depois de reformados e ampliados foram transformados nos Institutos Butantã e Adolfo Lutz, ainda hoje referências em pesquisas epidemiológicas no país. No Rio de Janeiro, em 1899, começou a funcionar o principal centro de pesquisas do país, o Instituto Soroterápico de Manguinhos, com o objetivo de produzir soros e vacinas. Em 1903, também no Rio de Janeiro, foi inaugurado o Instituto Pasteur, responsável pela fabricação e comercialização de produtos de uso médico-veterinário (BERTOLLI FILHO, 2001 e CARDOSO, 2006).

No ano de 1904, Oswaldo Cruz influenciou o Congresso Nacional, que criou uma lei tornando obrigatória a vacinação contra a varíola no Rio de

Janeiro, a despeito da recusa da população em ser imunizada. O povo protestou nas ruas levando o governo a revogar a lei e a buscar novas maneiras de se relacionar com a população. Este foi um dos primeiros programas governamentais que visavam à promoção de saúde, com amplo alcance junto à sociedade. Outras ações foram realizadas nas cidades do Rio de Janeiro e São Paulo, a fim de melhorar a qualidade da saúde dos trabalhadores, desde ações de vigilância para eliminação de vetores até reestruturação de casas, ruas, rios e abolição de favelas nas áreas centrais, o que favoreceu a redução dos índices da morbidade e mortalidade (VASCONCELOS, 1995 e BERTOLLI FILHO, 2001).

Os autores descrevem que algumas ações realizadas nestas duas cidades foram copiadas por outras capitais e cidades maiores do interior, em menor escala, sempre visando cuidados à saúde daqueles que eram fundamentais para o mercado de trabalho. Neste sentido, tais ações sempre beneficiavam a população mais rica em detrimento da população pobre. Isto era justificado devido à escassez de recursos financeiros e profissionais e às disputas políticas que focalizavam suas ações junto ao eleitorado mais promissor.

Cardoso (2006) relata que, durante o governo de Getúlio Vargas (1930-1945), ocorreram importantes mudanças relacionadas à atenção à população mais carente na esfera nacional. Questões relacionadas à saúde e à educação foram priorizadas, todavia com maior centralização das políticas públicas nas mãos do Estado, apoiado em ações populistas para justificar seu autoritarismo.

Em 1930, foi instituído o Ministério da Educação e da Saúde Pública, com o objetivo de determinar ampla reforma nos serviços sanitários em todo país, e com o compromisso do Estado de zelar pelo bem-estar sanitário da população. No entanto, a centralização das ações de saúde e educação não proporcionou benefícios significativos para todos, sendo que o ganho maior foi observado nos estados e municípios onde havia pouca ou nenhuma ação de saúde anteriormente. Nos estados com ações práticas de saúde mais bem estruturadas, como no caso de São Paulo, que já possuía faculdades e institutos de pesquisas médicas, e cujas ações de saúde eram descentralizadas, houve resistência para aceitar esta centralização então

proposta pelo Governo Federal. A crítica à centralização do serviço era impulsionada pela dificuldade em agilizar o atendimento às várias moléstias que atingiam a população, limitando-se a tratar enfermidades específicas, ignorando doenças predominantes em cada região (BERTOLLI FILHO, 2001).

Cardoso (2006) relata que, em 1923, por meio da aprovação da Lei Eloi Chaves, criou-se em São Paulo o Instituto Previdenciário dos Trabalhadores das Estradas de Ferro, que estabelecia o desconto mensal de 3% em seus salários e 1% no capital bruto das empresas empregadoras, organizando assim um fundo financeiro. A finalidade deste fundo era assegurar aos trabalhadores o direito de aposentadoria por tempo de serviço ou por invalidez, o tratamento médico e os medicamentos, o auxílio funeral e ainda o direito de pensão aos herdeiros do segurado falecido. O modelo desta lei foi parcialmente adotado por Getúlio Vargas que, na década de 1930, estendeu às várias categorias profissionais a criação de institutos previdenciários, organizando deste modo caixas de aposentadorias e pensões, cujo objetivo era garantir aos trabalhadores o direito ao atendimento médico, sem que o governo precisasse desembolsar verbas de seu orçamento para tal finalidade. Precariamente administradas, as caixas de assistência deixavam muito a desejar e colocavam em situação de desamparo os trabalhadores sem carteiras assinadas e os desempregados. Estes ficavam aos cuidados de instituições filantrópicas e eram, muitas vezes, tratados como indigentes.

O autor também descreve que na Constituição de 1934 foram incorporados alguns benefícios de saúde aos operários, tais como o direito à assistência médica, licença remunerada à gestante trabalhadora, redução na jornada de trabalho para 8 horas e; nos anos seguintes, foi acrescentada a garantia do pagamento do salário mínimo. Todavia, os benefícios continuavam sendo dirigidos apenas para a população trabalhadora. A partir de 1943, foi publicada a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que tornou obrigatório o cumprimento da legislação anterior e adicionou ainda a indenização aos acometidos por acidentes de trabalho, o pagamento de horas extras, férias remuneradas e, desse modo, melhorias na atenção à saúde do trabalhador e de seus dependentes foram verificadas.

O governo, então, passa a investir de forma mais deliberada na

educação da população como forma de contribuir para a melhoria das condições de saúde, fazendo uso das rádios para divulgar ações preventivas e combater doenças. Com o objetivo de atingir a maioria dos brasileiros, ainda analfabeta, foi utilizada também como estratégia a confecção de cartazes ilustrados com normas de higiene, sendo estes usados por enfermeiros com formação específica para instruir a população de casa em casa. Estas podem ser consideradas as primeiras ações mais efetivas para a promoção da saúde, voltadas para a educação da população em geral. Nesta direção, em 1945, após a mudança de governo, foi elaborada uma Constituição democrática, de inspiração liberal, afirmando o direito à eleição direta para cargos políticos, a diversidade de partidos, a liberdade de imprensa e a liberdade de formação de sindicatos que representariam a classe trabalhadora. Configurava-se um período de redemocratização, fortalecendo o Ministério da Educação e da Saúde (BERTOLLI FILHO, 2001).

Durante o segundo mandato de Vargas, em maio de 1953, foi criado o Ministério da Saúde, que, em seus primeiros anos de atuação, incumbiu-se de combater as doenças que atingiam, sobretudo, a população do interior, como a doença de Chagas, a malária, o tracoma e a esquistossomose. Tentou-se ainda promover a educação sanitária da população rural com a criação, em 1956, do Departamento de Endemias Rurais para conter as doenças típicas do interior, indicando novos focos de atenção à promoção da saúde da população. Contudo, persistiam problemas importantes de falta de verbas, de funcionários qualificados, de equipamentos médicos e postos de atendimento. Apenas 1,2% da renda bruta do país era revertido para a saúde. Houve déficit também na área administrativa do Ministério, pois faltavam soluções para problemas de saneamento e de assistência hospitalar aos doentes. Entre os anos de 1950 e 1960, o Brasil experimentava o seu pior período de mortalidade infantil desde o período da ditadura Vargas. Diante deste cenário, o Ministério da Saúde precisou elaborar programas de vacinação, medicar e assistir às crianças, dando a esta parcela da população certa atenção, voltando-se para a prevenção de doenças, tendo como metas a higienização, o tratamento e a manutenção da saúde por meio de ações de saneamento básico (BERTOLLI FILHO, 2001).

Refletindo esta necessidade de mudança, na segunda metade da década de 1950, foi amplamente discutido, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde, o Projeto Preventivista, que criticava o modelo biomédico vigente na medicina de então, propondo um modelo mais pedagógico, voltado para a medicina preventiva e social, ampliando a perspectiva clínica, com a preocupação voltada para o modelo bio-psico-social do indivíduo e a extensão da atuação pedagógica para fora dos hospitais, criando ações voltadas para a comunidade, como consequência das transformações sofridas pós II Guerra Mundial (NUNES, 2007).

A década de 1960 foi um período de mudanças bruscas no cenário político brasileiro. Passou de república para ditadura, após o golpe militar, permanecendo os militares no poder por duas décadas, exercendo grande repressão sobre a população. O governo militar promovia o chamado “milagre econômico”, preocupando-se com o progresso econômico e não levando em consideração a qualidade de vida e a saúde da população. Com redução nas verbas direcionadas ao Ministério da Saúde, a política nacional focalizava a importância da “Segurança e do Desenvolvimento” por meio da agricultura, da educação e do desenvolvimento industrial, desvalorizando as ações sanitárias (CARDOSO, 2006).

As relações com as políticas públicas eram de um Estado Unitário, sem autonomia para os estados da federação. Foram reduzidos os índices de cobertura para o atendimento à saúde devido ao baixo financiamento na área social, mantendo na esfera federal a centralização financeira e administrativa. Desta forma, as políticas de habitação e saneamento básico eram formuladas, financiadas e avaliadas por agências federais, bem como os diversos programas de assistência social, que não tinham grande desempenho devido à diminuição de verbas.

O governo sancionou a Lei Orgânica da Previdência Social (Lops), a fim de organizar a administração dos serviços oferecidos pelas agências previdenciárias, e passou a gerenciar as antigas caixas e institutos de aposentadoria e pensões, criando, em 1966 o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), unificando todos os órgãos previdenciários, subordinando-os ao Ministério do Trabalho, responsável por tratar individualmente os trabalhadores

e seus dependentes doentes (BERTOLLI FILHO, 2001).

O INPS era então dirigido por técnicos e políticos vinculados ao Ministério do Trabalho, assumindo o patrimônio e os compromissos dos organismos que o antecederam, tendo também a responsabilidade de tratar individualmente aqueles que necessitassem. Oferecia este atendimento financiando hospitais públicos, ou pagando pelo atendimento complementar realizado por médicos e hospitais privados, muitas vezes envolvidos em fraudes. O Ministério da Saúde, diante deste cenário, se responsabilizou por elaborar e executar programas sanitários coletivos e assistir a população durante as epidemias, já que o INPS não assumia estas tarefas para si (BERTOLLI FILHO, 2001 e COLN, 2007).

Paralelamente, na década de 1970, amplia-se ainda mais a medicina de grupo⁴ no país, com o objetivo de atender os brasileiros das classes sociais mais favorecidas, que buscavam uma opção confortável de atendimento médico, desembolsando mensalmente uma grande parcela de seu orçamento. Esta abertura de mercado atraiu a atenção de grupos de seguro-saúde internacionais interessados em concorrer com as companhias brasileiras de saúde no oferecimento de serviços. A medicina de grupo se transformou em uma opção de atendimento à saúde para empresas de diferentes segmentos, que passaram a comprar assim serviços de saúde para seus trabalhadores, deixando com isto de contribuir com o INPS. Este novo cenário gerou uma profunda crise no sistema de saúde, uma vez que o setor privado cresceu em poder e influência, impedindo, por exemplo, a abertura de hospitais públicos. Essas empresas defendiam que o Estado não deveria mais investir em serviços públicos de saúde, mas comprar serviços dos prestadores, bem como auxiliá-los por meio de empréstimos e doações. No rastro dessa organização perversa do sistema de saúde, comparecem os laboratórios farmacêuticos de capital estrangeiro, que conquistam terreno diante da indústria farmacêutica nacional, determinando preços mais altos e qualidade muitas vezes duvidosa dos medicamentos vendidos no Brasil (BERTOLLI FILHO, 2001).

Diante de tantas ameaças ao sistema de saúde brasileiro, esta década transformou-se num período de grandes debates e produção de propostas de

⁴ Medicina de grupo- Empresa privada de assistência à saúde.

mudanças para saúde pública. O sanitarista Pedro Arouca defendia que a dinâmica do processo saúde-doença nas populações, suas relações com a estrutura da atenção médica, bem como das relações de ambas com o sistema social global, deveriam visar o bem estar das populações contribuindo para a melhoria da saúde de toda comunidade. No campo da saúde coletiva, este foi um importante momento de (re)estruturação formal. A Organização Panamericana de Saúde propõe uma mudança na visão do profissional da saúde, a partir de sua capacitação profissional, sugerindo transformações no panorama da saúde pública para o apoio a ações de medicina social, não apenas focalizadas nos pressupostos da medicina preventiva (Organização Panamericana de Saúde, 1976).

Fora do Brasil, ocorriam debates acerca da necessidade de melhoria na qualidade de vida das populações. Deste modo, sob a influência da Organização Mundial de Saúde (OMS), foi realizada a *Conferência de Alma-Ata* (1978), que tinha como meta “Saúde para todos no ano 2000”, focalizando como principal ferramenta as ações de atenção primária à saúde. Muitas outras conferências foram realizadas em diferentes países nesta época, porém, enquanto nos países desenvolvidos os documentos e as práticas demonstravam uma preocupação com a saúde individual; nos países do hemisfério sul, em desenvolvimento, se discutia a importância da saúde como processo coletivo, enfocando principalmente as causas sociais. Somente na década de 1980 os países desenvolvidos passaram a discutir a promoção da saúde com base nos estilos de vida e tais debates orientaram para a importância de fatores sociais e ambientais na saúde (BRASIL, 2001a).

Apesar do surgimento de várias propostas importantes no panorama de saúde mundial, o Brasil se via em meio a uma crise de financiamento da saúde. Neste contexto, foi criado, em 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que incorporou o INPS, com a promessa de maior acesso da população trabalhadora à saúde. A criação do MPAS, porém, significava o fim do financiamento por meio da arrecadação do Ministério do Trabalho. O custeio dos tratamentos por acidentes de trabalho ficou sob a responsabilidade financeira do Ministério da Previdência e Assistência Social, que remunerava precariamente os serviços de saúde. Neste contexto, não era incomum que

hospitais optassem por tratamentos rápidos como a amputação de membros machucados, sem considerar a importância de um tratamento mais cuidadoso, que preservasse a integridade física do trabalhador. Para evitar o colapso do sistema devido à falta de recursos, o atendimento foi complementando pelo Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural), criado em 1971, responsável pelo atendimento do trabalhador do campo. Alguns anos depois foi implantado também o Plano de Pronta Ação (PPA), com a finalidade de acelerar o atendimento nos casos médicos de urgência (BERTOLLI FILHO, 2001).

O autor relata que cada programa funcionava de forma desintegrada, o Ministério da Saúde realizava ações preventivas e de combate a endemias e o MPAS se responsabilizava pelo atendimento aos trabalhadores. Além de a saúde ser assistida por um conjunto de propostas desarticuladas, faltavam também recursos para ampliar o acesso da população como um todo e para capacitação dos trabalhadores da área da saúde. Neste contexto, em 1975, o Ministério da Saúde criou o Sistema Nacional de Saúde com o objetivo de baratear e, ao mesmo tempo, tornar mais eficazes as ações de saúde em todo o país.

Na década de 1980, sob forte crise financeira e social e a falência do modelo econômico do regime militar, o país conquista a democracia. A saúde encontrava-se também em crise pela falta de planejamento e a descontinuidade dos programas de promoção de saúde. Cientes desses fatos, os profissionais da área organizaram-se pela defesa da profissão e dos direitos dos pacientes. No final dos anos 1970, surge a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES). Estes grupos deram origem ao Movimento Sanitarista, cujo objetivo foi buscar respostas para os dilemas da política de saúde nacional, influenciados também pelos debates mundiais acerca da promoção da saúde (BERTOLLI FILHO, 2001).

As ações de assistência à saúde da população em geral passam, então, a ser discutidas pelo Movimento da Reforma Sanitária em um processo político que, motivado pelos médicos sanitários, mobilizou a sociedade brasileira, propondo novas políticas e novos modelos de organização do sistema, serviços

e práticas de saúde. Todo este esforço converge para uma política de saúde democrática, com propostas que procuravam instituir programas que atendessem às necessidades do usuário, antes centralizadas nas mãos do governo federal, visando a descentralização dos serviços e defendendo também outros princípios como a universalização e a unificação. Um dos principais documentos elaborados pelo Movimento foi intitulado Pelo direito universal à saúde, dando ênfase ao acesso à assistência médico-sanitária como direito do cidadão e dever do Estado (BERTOLLI FILHO, 2001).

Com base nas propostas geradas pelo Movimento da Reforma Sanitária, foram implantados pelo Ministério da Saúde o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), o Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) e as Ações Integradas da Saúde (AIS), que se propuseram a reorganizar o sistema de saúde para protegê-lo contra a corrupção e os *lobbies* que atuavam no congresso nacional (BERTOLLI FILHO, 2001 e NUNES, 2007).

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, realizada em 1986, exhibe o momento em que ganha força a discussão sobre o direito de todos ao acesso à saúde e consolida os princípios defendidos pelo Movimento da Reforma Sanitária. Nessa oportunidade, foram identificados problemas do sistema de saúde, medidas para a sua solução e os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, destacando-se os seguintes: o conceito ampliado de saúde; o reconhecimento à saúde como direito de todos e dever do estado; a criação do Sistema Único de Saúde (SUS); a participação popular (controle social) e a constituição e ampliação do orçamento social (BRASIL, 2002). Nessa conjuntura, a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) foi assumida como uma proposta abrangente de mudança social e, ao mesmo tempo, um processo de transformação da situação sanitária (AROUCA, 1988).

Em 1987, com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), houve mudanças mais efetivas no sistema de saúde, que adotou como diretrizes a universalização e a equidade no acesso aos serviços; a integralidade dos cuidados; a regionalização dos serviços de saúde e a implementação de distritos sanitários; a descentralização das ações de saúde; o desenvolvimento de instituições colegiadas e o desenvolvimento de uma

política de recursos humanos, que serviram de base para o texto da nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, que criou o SUS determinando que “*a saúde é direito de todos e dever do Estado*” (BERTOLLI FILHO, 2001).

1.2- Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS e seus fundamentos legais estão explicitados no texto da Constituição Federal, de 1988, nas Constituições estaduais e nas Leis orgânicas municipais que incorporaram e detalharam os princípios da Lei Magna do país. A regulamentação foi feita pelas Leis Federais nº 8.080 e nº 8.142 (ambas sancionadas em 1990), que apresentam a organização e o funcionamento do sistema, e por sucessivas leis, que desde então têm ampliado o arcabouço jurídico nacional relativo à saúde e definido as atribuições do SUS nas três esferas de governo (VASCONCELOS & PASCHE, 2007).

Os princípios básicos estabelecidos com a criação do SUS que conferem ampla legitimidade ao sistema são:

- *Universalidade*: assegura o direito à saúde a todos os cidadãos e o acesso sem discriminação ao conjunto das ações e serviços de saúde ofertados pelo sistema.
- *Integralidade*: pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam o indivíduo e as coletividades e pressupõe a prestação continuada do conjunto de ações e serviços visado garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e dos coletivos.
- *Equidade*: acesso a ações e aos serviços de saúde; traduz o debate atual sobre *Igualdade*, prevista por lei, e justifica a prioridade da oferta de ações e serviços aos segmentos populacionais que enfrentam maiores riscos de adoecer e morrer em decorrência da desigualdade na distribuição de renda, bens e serviços. É o princípio de discriminação positiva para com os grupos sociais mais

vulneráveis.

- *Direito à informação:* é assegurado por lei e outorga ao cidadão usuário o domínio das informações sobre sua saúde individual e acerca dos riscos e dos condicionantes que afetam a saúde coletiva, atribuindo aos profissionais e aos gestores a responsabilidade pela viabilização desse direito.
- *Regionalização e Hierarquização:* conhecer os problemas de saúde da população de uma área; o acesso à rede deve se dar através dos serviços de nível de atenção primário, que devem estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde; neste nível, 80% dos problemas são resolvidos nas unidades básicas. Aqueles que não forem resolvidos deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica, centros de especialidades (nível secundário), que envolvem 15% dos problemas de saúde. No nível terciário de atenção à saúde, estão os hospitais de referência, que resolvem os 5% restantes dos problemas;
- *Resolutividade:* o serviço deve ser capacitado para enfrentar os problemas de saúde e resolvê-los até o nível de sua complexidade;
- *Descentralização:* redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na implementação das ações diretamente voltadas para seus cidadãos (municipalização);
- *Controle social:* a população, por meio de suas entidades representativas, poderá participar do processo de formulação das políticas de saúde, do controle de sua execução e dos conselhos de saúde com representação de usuários, governo, profissionais da área e prestadores de serviços em forma de colegiados, desde o nível federal até o municipal. Sua participação é assegurada pela Lei 8.142/90.
- *Complementação do setor privado:* cada gestor do SUS deverá planejar primeiramente o setor público e, na seqüência, complementa a rede assistencial com o setor privado, de preferência não lucrativo,

com os mesmos conceitos do SUS.

- *Integração:* As ações entre os subsistemas que conformam o sistema de saúde e os serviços em redes assistenciais devem ser integradas, como pressuposto da idéia de sistema e uma condição para a garantia da continuidade do cuidado aos usuários, sem a qual fica comprometida a idéia de integralidade do cuidado. A integração de recursos, de meios e de pessoal na gestão do sistema é preconizada nas leis e normas como condição básica para assegurar eficácia e eficiência ao sistema (VASCONCELOS & PASCHE, 2007).

Diante de tais atribuições, constata-se que o SUS tem uma responsabilidade constitucional que não se limita à assistência médico-hospitalar, devendo ser implementado com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (VASCONCELOS & PASCHE, 2007).

A Lei nº 8.080/90 define as atribuições comuns e as competências das três esferas governamentais na gestão do SUS. Entre as atribuições comuns aos três entes federados se destacam: o planejamento das ações de formulação e atualização do plano de saúde; a articulação de planos e políticas e a coordenação das ações; o financiamento, a avaliação e a fiscalização sobre as ações e os serviços de saúde; a elaboração de normas atinentes à saúde; a organização e coordenação dos sistemas de informação; a realização de estudos e pesquisas na área de saúde; a implementação de políticas específicas, como a do sangue e hemoderivados; a participação na formulação e execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde e a participação na formulação e execução das políticas de saneamento e meio ambiente com ênfase nas ações que repercutem sobre a saúde da população (VASCONCELOS & PASCHE, 2007).

Ainda no decorrer da década de 1990, a implantação das políticas do SUS foi realizada lentamente, sendo visíveis as diferenças entre as regiões do Brasil. Dados epidemiológicos permaneciam preocupantes, mais agravados nas áreas rurais do Norte e do Nordeste. Houve epidemias de cólera e aumento da mortalidade por causas externas e doenças cardiovasculares. Na atualidade, existem ainda municípios brasileiros nestas regiões sem uma

unidade médica e um único profissional da área da saúde. Em contrapartida, as regiões Sudeste e Sul do país, concentradoras dos pólos econômicos, mantêm um percentual de 50% dos médicos do país, revelando um notável contraste social, pois no Nordeste, embora se tenha uma taxa decrescente de mortalidade infantil, a possibilidade de uma criança não sobreviver em seu primeiro ano de vida é ainda quatro vezes maior do que no Sudeste (VASCONCELOS & PASCHE, 2007).

A Organização Mundial de Saúde, em 1993, estabeleceu como meta até o final do último milênio estender aos cidadãos, em todo mundo, a assistência médico-hospitalar independente das questões raciais, sociais e regionais. O Brasil, como participante, assinou um compromisso acreditando na melhoria do sistema, mas já neste milênio, o setor saúde não alcançou todas as expectativas desejadas (BRASIL, 2001a).

Apesar de ter sido proposta, na Constituição de 1988, a formação do SUS, somente em 1992 foi promulgada a Lei que instituiu a participação popular como parte da implantação e fiscalização das ações do SUS. Desta forma, a descentralização dos serviços de saúde se concretizou apenas na década de 1990, quando o governo federal delegou aos estados e municípios grande parte das funções de gestão das políticas de saúde, habitação, saneamento básico e assistência social.

Em 1997, ao menos 58% dos municípios brasileiros estavam enquadrados em alguma das condições de gestão previstas pelo SUS, significando que estes assumiram funções de gestão da oferta local de serviços de saúde, até então desempenhadas pela União. O resultado desta descentralização foi o aumento no número de procedimentos e consultas realizadas, consequência das regras de implantação do SUS, que prevê a universalidade do atendimento em saúde, e do modo como o Ministério da Saúde vem implantando a descentralização. Mesmo com financiamento insuficiente do governo federal, o Ministério da Saúde tem alcançado a adesão dos municípios, ainda que com elevado custo ao Fundo Municipal de Saúde (FMS), que compromete índices significativos de recursos próprios (ARRETCHE, 1999 e COLN, 2007).

Um dos princípios do SUS é a Integralidade. Este princípio orientou a

importância de expandir e qualificar as ações e serviços de saúde do SUS que oferta desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção da saúde de caráter inter-setorial.

O SUS foi instituído com o objetivo de coordenar e integrar as ações de saúde das três esferas de governo, pressupondo a articulação de subsistemas verticais (de vigilância e de assistência à saúde) e subsistemas de base territorial estaduais, regionais e municipais para atender de maneira funcional as demandas de saúde. Trata-se de um sistema complexo com a responsabilidade de articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, de cura e de reabilitação (VASCONCELOS & PASCHE, 2007).

O governo, a partir da década de 1990, efetuou esforços para a descentralização das ações e serviços de saúde, pois até então os municípios eram tratados com meros prestadores de serviços. Esta ação visava que, a partir daquele momento, houvesse a municipalização plena da saúde, prevista pela legislação em vigor na NOB-93⁵, reconhecendo a diversidade das situações (BRASIL, 1993).

A NOB-96, publicada em 1996, previa duas formas para a habilitação dos municípios junto ao SUS: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal de saúde. Na primeira, o município assumia como responsabilidade somente as ações da Atenção Básica, e na segunda, passava a gerenciar todas as ações de saúde no município dentro de sua complexidade instalada (BRASIL, 1996a).

O governo federal, seguindo estes princípios, estabeleceu, em 1997, o “Ano da Saúde no Brasil”, comprometendo-se com a mudança do modelo de atenção básica através do Programa Saúde da Família (PSF). O objetivo deste programa é redirecionar as ações básicas de saúde no âmbito municipal, referenciadas nas Unidades Básicas de Saúde, visando o acompanhamento das famílias e/ou indivíduos de uma determinada comunidade. Almejava-se, ainda, possibilitar o estabelecimento de vínculos e compromissos e co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL,

⁵ NOB – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. As Normas Operacionais Básicas ara a definição de estratégias e movimentos táticos, que orientavam a operacionalidade do SUS.

1998).

Nos anos seguintes, foram implantadas algumas políticas públicas voltadas à saúde como: a criação da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA), com o objetivo de informatizar as ações de vigilância em saúde; a implantação do Sistema de Informação do Orçamento Público em Saúde (SIOPS), a fim de disponibilizar aos órgãos públicos fiscalizadores e aos órgãos de controle social uma ferramenta transparente dos gastos públicos com saúde; a adoção do Cartão SUS nos municípios, a fim de possibilitar a definição da clientela assistida, evitando fraudes e possibilitando um melhor planejamento das ações de saúde; a atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como instrumentalização dos serviços quanto à padronização dos medicamentos e redução de custos; a aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei 9787/99), barateando custos e aumentando o acesso do usuário a medicamentos, e o estabelecimento da Emenda Constitucional 29 (EC-29), que tem como meta definir o financiamento com responsabilidade e o grau de comprometimento das três esferas de governo (BRASIL, 2002).

A construção do SUS é processo em constante evolução e isto é confirmado em seu percurso histórico e cultural, envolvendo o estabelecimento das bases de sua construção a partir de grandes debates nacionais e internacionais. Muito se deve às Conferências Mundiais de Saúde, que discutiram e buscaram construir conceitos como o de promoção da saúde, contando com a participação e responsabilidade de todos os envolvidos.

1.3- Promoção da Saúde e Educação em Saúde

No que se refere à promoção da saúde, é importante ressaltar que vêm sendo realizados, em várias partes do mundo, debates sobre o assunto, visando definir e reformular conceitos de saúde e promoção de saúde, a partir do envolvimento e participação de representantes, de seus governos e da sociedade em geral, em diferentes locais, levando em conta a determinação de processos históricos. Vários autores realizaram estudos sobre o tema em questão. Para este estudo, foram tomados como base principal Pentead

(2000), Pereira et al (2000), Ferreira & Buss (2001), Silva (2002), Silva & Dobashe (2006) e documentos do Ministério da Saúde.

O médico canadense Henry E. Sigerist, em 1945, usou pela primeira vez o conceito de promoção de saúde, referindo-se à prevenção de enfermidades através da educação gratuita e medidas protetoras especiais, como o controle de doenças transmissíveis, melhoria na saúde materno-infantil e das condições de saúde de trabalhadores (TERRIS, 1996).

No âmbito mundial, somente durante a década de 1960 ocorreu um debate mais amplo envolvendo vários países. Uma das metas propostas nestes debates foi superar a orientação predominantemente centrada no controle da enfermidade para uma visão mais social e comunitária, enfocando mudanças no estilo de vida e no meio ambiente. Dois importantes eventos estimularam esta mudança de paradigmas: um foi a abertura da China Nacionalista ao mundo exterior, com a realização de duas primeiras missões de observação com especialistas ocidentais, promovidas pela Organização Mundial de Saúde sob a liderança de Halfdan Mahler. Em 1973 e 1974, veio a conhecimento o contraste entre a prática de saúde pública chinesa e aquela praticada nos demais países. O outro foi o movimento canadense pela saúde apresentado no Relatório Lalonde – Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (FERREIRA & BUSS, 2001).

No que se refere às missões da Organização Mundial de Saúde enviadas à China para realizar observações relativas ao cuidado da saúde, que extrapolava a tradicional abordagem da atenção médica, verificou-se um conjunto de atividades para a melhoria da saúde, realizadas majoritariamente em ambiente rural, desenvolvidas pelos chineses desde 1965. Tais atividades incluíam os modos de organização da comunidade local; a atenção aos anciãos, para além da assistência do Estado; a promoção do desenvolvimento de indústrias caseiras; a ajuda às escolas e serviços em geral; a organização do povo para cuidar da saúde ambiental; a realização de cuidados preventivos e tratamentos, incluindo o uso de ervas medicinais; o apoio à manutenção da ordem social no tráfego, policiamento e nos incêndios; a promoção de campanhas de saúde em todos os níveis, visando substituir velhos costumes e mobilizar a comunidade para os movimentos de massa contra as “pestes”; a

limpeza das casas, quintais e ruas; a orientação de hábitos higiênicos; a manutenção e uso racional da água potável; a construção de unidades rurais de saúde; a preparação de insumos simples (utensílios, pílulas, poções) e o controle da limpeza de locais públicos.

As atividades acima citadas eram desenvolvidas pelos Comitês Comunitários, proporcionando um clima de autoconfiança aos diferentes segmentos da população, como soldados, jovens, homens comuns, associações de mulheres, ativistas de saúde etc., sob a orientação dos responsáveis pela saúde, que normalmente eram chamados “médicos descalços” (FERREIRA e BUSS, 2001).

Nos países ocidentais, o primeiro documento oficial sobre promoção da saúde data de 1974, e teve sua origem no Relatório de Lalonde, propondo um processo de mudanças radicais no setor saúde, estabelecendo como objetivos básicos a redução dos riscos de saúde mental e física e o oferecimento de uma adequada atenção à saúde. Entre outros pontos, sugeria também mudanças estruturais e de estilo de vida, dentro de uma perspectiva mais ampla de saúde, envolvendo características biofísicas humanas, ambientais, estilo de vida e atenção sanitária. Suas propostas foram incorporadas na 34ª Assembléia Mundial da Saúde como determinantes de saúde e na elaboração do Sétimo Programa da Organização Mundial de Saúde para os anos de 1984 a 1989 (PENTEADO, 2000).

Na metade dos anos 1970, a OPAS publicou um documento denominado Formulacion de Políticas de Salud, elaborado pelo Centro Panamericano de Planificación em Salud, introduzindo assim a crítica ao modelo de planejamento dos anos 1960 para a saúde coletiva, e propondo um planejamento estratégico para os anos de 1980 para os países da América (NUNES, 2007).

Como exposto anteriormente, em 1978, foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Assistência Primária à Saúde na cidade de Alma-Ata, antiga URSS, discutindo a necessidade de ação urgente de todos os governos nos campos da saúde e do desenvolvimento da comunidade mundial, formulando como meta a “Saúde para todos os povos do mundo até o ano 2000”. Os documentos produzidos nesta conferência indicam uma nova

concepção de promoção da saúde, valorizando a saúde como componente central do desenvolvimento humano, apontando fatores necessários para assegurar a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social, influenciando as políticas de saúde de diversos países, entre eles, o Brasil, estabelecendo novos princípios, tais como: universalização, equidade, regionalização, hierarquização em níveis crescentes de complexidade e a participação popular (BRASIL, 2001a). As propostas elaboradas nesta conferência alcançaram destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde em 1986 (FEREIRA e BUSS, 2001).

O Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos (1979) publicou um informe intitulado “Pessoas Saudáveis” o qual diferenciava promoção da saúde e prevenção da doença. A promoção da saúde foi definida como mudanças de estilo de vida, enquanto que a prevenção era a proteção da saúde frente às ameaças procedentes do ambiente (DHEW/PHS, 1979 e PENTEADO, 2000).

Em várias partes do mundo, foram produzidos inúmeros eventos e documentos com a finalidade de discutir e apresentar propostas para as questões da saúde e sua promoção, sendo importante ressaltar as Conferências Mundiais e os relatórios nelas elaborados. Nestas conferências, representantes de diversos países envolvidos assumiram compromissos a serem cumpridos pela sociedade, com o objetivo de promover a saúde dos povos, resultando em documentos, tais como: a Carta de Ottawa (Canadá, 1986), a Declaração de Adelaide (Austrália, 1988), a Declaração de Sundswal (Suécia, 1991), a Declaração de Bogotá (Colômbia, 1992), a Declaração de Jacarta (Indonésia, 1997), e a Declaração do México (2000) (BRASIL, 2001a).

A Carta de Ottawa (1986) refere-se ao documento produzido na Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Seu documento de intenções propôs metas para possibilitar a Saúde para Todos no Ano 2000 e nos anos subseqüentes. Neste documento, a saúde é considerada uma dimensão da qualidade de vida e um recurso para o desenvolvimento. Define promoção da saúde como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle social deste processo (WESTPHAL, 2007).

A Carta de Ottawa delibera ainda que, para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável (BRASIL, 2001a). O documento questiona o enfoque tradicional de educação para a saúde, no qual a população desempenha um papel de receptor passivo diante dos programas desenvolvidos por profissionais da saúde e especialistas, e exige uma participação ativa da população nas ações educativas em saúde, num processo de ações comunitárias que proporcionem maior controle sobre a saúde e o meio ambiente (TERRIS, 1996).

Segundo a Carta de Ottawa, há cinco campos de ação de promoção da saúde importantes a serem seguidos nos serviços de saúde:

- Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, que possam minimizar as desigualdades por meio de ações sobre os determinantes dos problemas de saúde, nos múltiplos setores onde eles se localizam;
- Reforço da ação comunitária envolvendo a participação social, de atores do Estado e da sociedade civil na elaboração e controle das ações, iniciativas e programas de promoção da saúde, devendo ter como resultado o empoderamento da comunidade;
- Criação de espaços saudáveis que apoiem a promoção da saúde. Como a saúde é produzida socialmente e as pessoas convivem em diferentes espaços, espera-se que participem de reflexões sobre potencialidades e problemas existentes nos seus espaços coletivos de convivência;
- Desenvolvimento de habilidades pessoais, viabilizando, mediante estratégias educativas, programas de formação e atualização que capacitem os indivíduos a participar, criar ambientes de apoio à promoção da saúde e desenvolver habilidades pessoais relacionadas

à adoção de estilos de vida saudáveis;

- Reorientação dos serviços de saúde com esforço na ampliação do acesso aos serviços e programas, para o incremento de atividades preventivas através da promoção da saúde e atividades relacionadas (WESTPHAL, 2007).

Já a Declaração de Adelaide (1988) refere-se à Segunda Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Adelaide, Austrália, de 05 a 09 de abril de 1988. O tema central desta conferência focalizou as políticas voltadas para a saúde (políticas saudáveis), mantendo a direção já estabelecida nas Conferências de Alma-Ata e Ottawa. A Declaração de Adelaide enfatiza as políticas públicas como um pressuposto para vida saudável e identifica quatro áreas prioritárias para ações: o apoio à saúde da mulher; o controle sobre a alimentação e nutrição; a redução do uso do tabaco e do álcool e a criação de ambientes favoráveis (BRASIL, 2001a). Todos estes objetivos podem também ser alcançados com ações de Educação em Saúde.

A Declaração de Sundswal resultou da Terceira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde – Ambientes Favoráveis à Saúde – realizada em Sundswal, Suécia, de 09 a 15 de junho de 1991. Esta declaração teve como base de discussão ecologia e ambiente saudável, incorporando as dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais para as questões de saúde e enfatizando o compromisso com o desenvolvimento sustentável e com a equidade. Profissionais e representantes de todos os setores são convocados à ação social para a saúde e mobilização de recursos e criatividade das pessoas, capacitando-as para a criação e controle de ambientes mais favoráveis e fomentadores de saúde, nos quais toda a sociedade compartilha responsabilidades sobre a saúde. No contexto da saúde, o termo *ambientes favoráveis* refere-se aos aspectos físico e social do entorno, retratando como aspectos importantes a serem atingidos: a dimensão social, que vem sendo desprestigiada levando ao isolamento social; a dimensão política, requerendo dos governos a participação democrática nos processos de decisão e a descentralização dos recursos e das responsabilidades; a dimensão econômica, com a realocação de recursos para alcançar a meta de *Saúde Para Todos* e para o desenvolvimento sustentável e

o reconhecimento e a valorização da mulher neste processo de construção saudável (BRASIL, 1996c e 2001b).

A Declaração de Bogotá foi elaborada na Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Santafé de Bogotá, Colômbia, de 09 a 12 de novembro de 1992. As conclusões da Conferência incorporam significativamente resultados de reuniões internacionais anteriores e experiências de promoção da saúde de várias nações do mundo (BRASIL, 2001a). Esta declaração abordou temas e problemas específicos da América Latina e avança na compreensão das relações entre saúde e desenvolvimento, propondo que a saúde e o bem estar em geral sejam propósitos fundamentais do desenvolvimento, entendido como consequência da solidariedade e equidade social. Nesta perspectiva, cabe à promoção da saúde identificar os fatores causais e propor ações para aliviar os efeitos da iniquidade, reconhecendo, recuperando, estimulando e difundindo a cultura da saúde a toda população (BRASIL, 1996b).

A Quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde – Novos Protagonistas para uma Nova Era: Orientando a Promoção da Saúde no Século XXI, ocorreu em Jacarta, Indonésia, de 21 a 25 de Julho de 1997, e nela foi elaborada a Declaração de Jacarta. Nessa conferência, os debates apontam para o momento crítico das estratégias internacionais de desenvolvimento em prol da saúde, propiciando uma reflexão sobre o conceito de promoção da saúde, bem como reexaminando os determinantes da saúde, identificando as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde que aquele momento histórico colocava (BRASIL, 2001a).

Na Declaração de Jacarta, a saúde é considerada um direito humano fundamental e essencial para o desenvolvimento social e econômico. A promoção da saúde é vista como um processo de investimento e ações que permitam que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde a fim de torná-la melhor. A promoção da saúde, mediante investimentos e ações, atua sobre os determinantes da saúde, com o objetivo de ampliar o benefício para os povos, contribuindo de maneira significativa para a redução das iniquidades nas questões de saúde, assegurando os direitos humanos para a formação do

capital social, ampliando, assim, as expectativas de saúde entre países e grupos. Esta conferência vem definir a visão de promoção da saúde que permeará as discussões no século atual, refletindo o compromisso firme dos participantes de recorrer a mais ampla gama de recursos para enfrentar os determinantes de saúde no século XXI (BRASIL, 2001a).

Ficaram estabelecidas na Declaração de Jacarta como prioridades para a promoção da saúde no século XXI:

- Promover a responsabilidade social para com a saúde, incentivando e promovendo políticas e práticas que evitem prejudicar a saúde de outros indivíduos, protegendo o meio ambiente e assegurando o uso sustentável dos recursos, restringindo a produção e o comércio de produtos e de substâncias inerentemente prejudiciais tais como: tabaco e armas, assim como práticas de mercado insalubres, salvaguardando tanto o cidadão no ambiente de mercado como o indivíduo no local de trabalho, incluindo uma avaliação do impacto sobre a saúde, focalizada na equidade como parte integral da elaboração de políticas;
- Aumentar os investimentos para fomentar a saúde;
- Consolidar e expandir parcerias em prol da saúde;
- Aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo;
- Conseguir infra-estrutura para a promoção da saúde (BRASIL, 2001a).

No rastro das declarações e documentos produzidos nas conferências mundiais, surgem a Rede de Mega Países⁶ para a Promoção da Saúde (1998), da Organização Mundial de Saúde. A Rede de Mega Países nasceu do reconhecimento da necessidade e do potencial para possibilitar um maior impacto na saúde mundial, por meio da formação de uma aliança entre os países mais populosos, uma vez que havia a estimativa de que, até o ano 2000, 11 países atingiriam a média populacional de 100 milhões ou mais de habitantes, e juntos corresponderiam a 60% da população mundial. Desta

⁶ Rede Mega Países - 11 países com população de 100 milhões ou mais até o ano de 2000, que concentram 60% da população do mundo. Composta por Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Federação Russa e Estados Unidos da América (Brasil, 2001a).

forma, em uma reunião em Genebra, na Suíça no período de 18 a 20 de março de 1998, um grupo com os dez países mais populosos do globo definiu que trabalhando juntos poderiam se constituir em uma voz poderosa na elaboração de uma agenda mundial de políticas de promoção da saúde, tendo em vista que o mundo já passava por um período de globalização, no qual muitos problemas de saúde transcendem limites nacionais (BRASIL, 2001a).

Nesse encontro, foram estabelecidas estratégias para a composição da Rede, como os escritórios regionais e os Centros Colaboradores da Organização Mundial de Saúde agiriam, visando o trabalho conjunto em uma atmosfera de colaboração para alcançar metas de promoção da saúde nos âmbitos mundial e nacional, no sentido de ampliar a oferta de saúde às populações dos países mais populosos, e também à população mundial (BRASIL, 2001a).

A Rede de Mega Países estabeleceu como metas para o fortalecimento da saúde mundial: melhorar a base de informações concernentes à promoção da saúde, compartilhando políticas de promoção da saúde e programas exitosos, bem como pesquisas e avaliações e desenvolver a saúde promovendo estratégias em diferentes áreas: 1) estilos de vida saudáveis (priorizando ações nas áreas de tabagismo, nutrição e atividade física); 2) curso de vida saudável (priorizando as populações mais vulneráveis como mulheres, crianças, idosos e adolescentes) e 3) preservação do meio ambiente (priorizando questões de saúde pública, malária, controle de insetos e vetores, bem como a proteção da água) (BRASIL, 2001a).

Para alcançar as metas, a Rede estabeleceu como objetivos: melhorar a capacidade nacional de promoção da saúde; aumentar a consciência, o reconhecimento de promoção da saúde entre os tomadores de decisão e o público em geral; programar estratégias de promoção da saúde em torno das questões prioritárias de saúde nos grupos de população e nos assentamentos⁷; fomentar a eficiência, a inovação e a efetividade de custo, compartilhando políticas e programas; desenvolver, implementar e manter as pesquisas, bem como as ferramentas de avaliação; disseminar as políticas de promoção da

⁷ Assentamentos – Situação de uma extensão de terra reivindicada por movimentos sociais para morarem como parte da proposta de Reforma Agrária. Normalmente são terras consideradas improdutivas.

saúde e os programas para outras ações e incrementar as questões de promoção da saúde na agenda política nacional (BRASIL, 2001a).

A Quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizou-se na Cidade do México, México, de 05 a 09 de Junho de 2000, com a presença de ministros da saúde de diversos países que assinaram a Declaração do México, que indicou idéias e ações a serem desenvolvidas. Reconheceram que o nível de saúde mais alto possível é um elemento positivo para o aproveitamento da vida e necessário para o desenvolvimento social e econômico e para a equidade. Definiram que a promoção da saúde e o desenvolvimento social são dever e responsabilidade central dos governos, compartilhado por todos os setores da sociedade, tornando-se prioridade fundamental das políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais (BRASIL, 2001a).

Ficou estabelecida também, na Declaração do México, a preparação de planos de ação nacionais para a promoção da saúde. A Organização Mundial de Saúde se responsabilizou por disponibilizar apoio técnico junto a seus parceiros para a elaboração destes planos, respeitando o contexto nacional e mantendo uma estrutura básica estabelecida em comum acordo durante a Quinta Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde. A estrutura deve ser composta por: identificação das prioridades de saúde e estabelecimento de políticas e programas públicos para implantá-las; o apoio às pesquisas que ampliem o conhecimento sobre as áreas prioritárias; a mobilização de recursos financeiros e operacionais que fortaleçam a capacidade humana e institucional para o desenvolvimento, implementação, monitoramento e a avaliação dos planos de ação nacionais (BRASIL, 2001a).

A partir de meados da década de 1990, ganham força as teses da Promoção da Saúde no Brasil e as recomendações promovidas nas Conferências Internacionais de Promoção da Saúde provocam mais uma vez a discussão do conceito de saúde realçando a importância de estabelecer novas estratégias que permitam promover saúde no ambiente social, a partir dos serviços de saúde (SILVA, 2002).

A partir das Conferências Mundiais, há um avanço na antiga definição de saúde da Organização Mundial da Saúde, de 1948, que retratava saúde como

sendo “*um estado de completo bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças*”, desconsiderando aspectos dinâmicos e processuais da condição de viver e obscurecendo a formulação de ações e objetivos concretos na realidade cotidiana, sendo considerada idealista e utópica, portanto, inaplicável à maioria das pessoas.

Penteado (2000) resgatou a concepção de saúde construída a partir dos documentos apontados, e afirma que difere da anterior na medida em que não se limita à rigidez e utopia de estados estanques, opostos, completos e plenos, mas busca compreender os processos de saúde-doença em sua relatividade, levando em consideração o fato de que, em alguns aspectos da vida de indivíduos e grupos, sempre existem necessidades específicas e componentes de saúde a serem promovidos, nos níveis individuais e coletivos.

Onocko Campos & Campos (2007) defendem que, além de produzir saúde, cabe também ao sistema de saúde contribuir para a ampliação do grau de autonomia das pessoas. Desta forma, a busca da co-construção de autonomia é necessária tanto para usuários como para os profissionais da saúde, pois toda autonomia é construída na história pessoal ou social, é fruto de um processo.

Assim, a saúde-doença passa a ser vista como um processo que resulta de um conjunto de questões e fatores individuais e coletivos amplos, interagindo num processo dinâmico a partir de uma melhor qualidade de vida social. Deste modo, a promoção da saúde é um processo de investimentos e ações que estimulem a participação e o fortalecimento das comunidades como co-responsáveis pela construção do mesmo, assumindo compromissos, responsabilidades e cobrando seus direitos (PENTEADO, 2000 e BRASIL, 2001a).

A Saúde passa a ser compreendida como uma dimensão da qualidade de vida, a capacidade ou magnitude de desenvolver potencialidades pessoais e o capital social, como resposta aos desafios e alternativas cotidianas do ambiente e da realidade de vida (OPAS/ Ministério da Saúde, 1996 e BRASIL, 1996c). Deste modo, estimular a promoção da saúde é buscar o processo de investimentos e ações que fortaleçam a participação das pessoas e comunidades, para que tenham capacidade de ação e controle sobre sua

saúde e seus determinantes, objetivando melhorá-la, através de mudanças no estilo e condições de vida e formação de ambientes saudáveis para viver.

As propostas levantadas nas Conferências Mundiais apontam para um novo paradigma nas políticas de saúde, ampliando a abrangência e a profundidade dos princípios anteriormente considerados, todavia, não refletem necessariamente ações assumidas pelos governos.

Silva (2002) relata que nos diversos documentos sobre promoção da saúde ressalta-se a importância da reorientação dos serviços de saúde, buscando adotar posturas de respeito às peculiaridades culturais e apoio às necessidades individuais e comunitárias para uma vida mais saudável e a necessidade de essa ação estar atrelada a outras estratégias como o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a luta por políticas de alianças com diferentes setores da sociedade.

No entanto, no Brasil, em virtude do funcionamento do SUS, há ações de promoção da saúde que permanecem no âmbito federal – aquelas que demandam maiores investimentos ou que abrangem de forma geral toda a população. Já as ações de promoção/prevenção têm se mostrado eficientes para realizar prevenção de doenças por meio de imunizações, não conseguindo, entretanto, erradicar algumas.

O estado de São Paulo participa nas ações de saúde por meio de regulação dos procedimentos de alta complexidade e oferecendo insumos de programas específicos por meio de mutirões ou termos aditivos. Quanto aos municípios, o Ministério da Saúde determina algumas atuações neste sentido, repassando insumos, como vacinação infantil, vacinação em idosos, controle da hanseníase, tuberculose, diabetes, hipertensão, dengue, entre outros programas que envolvem ações educativas como enfoque de promoção de saúde. Algumas efetivas e outras nem tanto.

Nesse âmbito, a promoção da saúde requer o estabelecimento de parcerias que aliem esforços individuais e ações coletivas de diferentes grupos e coletividades, instituições públicas e privadas, além de ações político-governamentais nos diferentes níveis intersetoriais, incorporando desta forma a importância e a influência das dimensões políticas, culturais e socioeconômicas nas condições de saúde, portanto não dependendo exclusivamente de ações

isoladas do setor Saúde para seu desenvolvimento (BRASIL, 2005). As bases para a promoção da saúde passam a ser, então, a cooperação intersetorial e a participação popular que, para sua concretização, requerem apoio de estratégias educativas (KICKBUSCH, 1996).

Assim, a educação para a saúde e a promoção da saúde estão estreitamente entrelaçadas, pois a promoção da saúde depende de participação ativa de um público bem informado para agir na direção de um processo de mudança, que só pode ser alcançado pela educação em saúde. Este processo de educação popular baseia-se na participação ativa, rompendo a polaridade professor-aluno e destacando a natureza coletiva da aprendizagem. A promoção de saúde deixa de ser responsabilidade exclusiva dos profissionais e departamentos de saúde, assumindo assim que os profissionais e departamentos de saúde devem participar do processo de educação popular, tornando-se membros de equipes de gestão participativa responsáveis por projetos de desenvolvimento comunitário e ações educativas junto à comunidade local e setores do governo (NUTBEAM, 1996 e LABONTE, 1996).

Promoção da saúde é o processo de capacitação do indivíduo para melhorar e controlar sua saúde. Para alcançar o estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com seu ambiente. Saúde é vista, portanto, como um meio de vida e não um objetivo. Nesse sentido, políticas de promoção de saúde envolvem abordagens diversas, mas complementares, levando em conta as diferenças sociais, culturais e econômicas de cada país (TESTA, 1996).

É necessária uma reorganização dos serviços de saúde a fim de que adotem a educação em saúde como base para a capacitação das populações para que favoreça a organização das comunidades, com vistas a ampliar seu poder de negociação e controle para articular as mudanças necessárias nos determinantes do processo saúde-doença (SILVA, 2002).

Nesse contexto, conhecimento é uma apreensão da realidade e aprendizado é uma modificação do conhecimento. O *Expert Committee on Planning and Evaluation of Health Education Services* (Comitê de Especialistas

em Planejamento e Avaliação dos Serviços de Educação em Saúde), da Organização Mundial de Saúde, pontua que o foco da educação em saúde está voltado para a população e para a ação. De forma geral, seus objetivos são encorajar as pessoas a: a) adotar e manter padrões de vida saudáveis; b) usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição e c) tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2006).

O *Scientific Group on Research in Health Education* (Grupo Científico sobre Pesquisa em Educação em Saúde), também da Organização Mundial de Saúde, expandiu esta declaração ao afirmar que os objetivos da educação em saúde são desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva (BRASIL, 2006).

A concepção de educação em saúde não é um conceito novo entre nós. Desde o movimento de educação popular, surgido na década de 1950, no Brasil, pela ação do educador Paulo Freire e seus colaboradores, a partir das experiências de alfabetização de adultos, já se falava em conscientizar a população sobre seus direitos, em ampliar o acesso aos conhecimentos para que a população pudesse cuidar melhor de sua saúde, entre outros interesses. Paulo Freire é reconhecido na América Latina graças às suas experiências e reflexões sobre movimentos sociais e processos de educação participativa e emancipatória, nas quais as pessoas são atores na construção de sua própria história, capazes de identificar problemas e formular soluções, transformando o meio onde vivem. Freire teve como princípio chave a crença de que o propósito da educação é a libertação humana, o que significa que as pessoas passam a ser sujeitos de seu próprio aprendizado. Todos participam como co-aprendizes desenvolvendo uma visão crítica do contexto social, no qual os problemas estão inseridos (PEREIRA et al, 2000 e FREIRE, 1969). Todavia, este conceito veio sendo mais detidamente abordado a partir das conferências mundiais referidas e, no Brasil, vem sendo construído e praticado segundo as realidades locais.

Para Silva (2002) e Pereira (1992), há dois modelos teóricos de

educação distintos que embasam as práticas educativas nos serviços de saúde no Brasil e que até hoje são adotados. O modelo tradicional, cujo objetivo principal é a mudança de comportamento do indivíduo, responsabilizando-o por suas escolhas, e de certa forma o “culpa” pelas conseqüências das mesmas. Desta forma, a responsabilidade pela manutenção da saúde recai somente sobre o indivíduo, incluindo a o compromisso pelo autocuidado, e conseqüentemente a falta de conhecimento acaba por favorecer ainda mais a desigualdade social.

As autoras descrevem, que, contrapondo-se ao modelo tradicional, há os que se preocupam com a promoção da saúde e procuram criar condições para desenvolver nos profissionais de saúde e na população a consciência sobre como os vários fatores externos influenciam os indivíduos e o nível de saúde de uma comunidade. Defendem também que tais fatores não são controlados pelos indivíduos por estarem relacionados às políticas de saúde provenientes de um contexto sócio-econômico-cultural que exige mudança, sendo esta conseqüência de uma ação coletiva dos sujeitos sociais.

A educação em saúde deve focar a transformação social, considerando que os problemas de saúde são determinados pelas condições sócio-econômicas, políticas, ambientais e comportamentais, desta forma, se faz necessária uma mudança no contexto do indivíduo, da comunidade e da sociedade (SILVA, 2002).

Educação em saúde é definido por L`abbate (1994) como um campo de práticas que se dão no nível das relações sociais normalmente estabelecidas pelos profissionais de saúde entre si, com a instituição e, sobretudo, com o usuário no desenvolvimento cotidiano de suas atividades.

Para L`abbate (1994), é preciso considerar algumas premissas básicas na educação em saúde:

- 1- Ao pensar o serviço de saúde, é importante refletir sobre as reações entre esses atores ou sujeitos, uma vez que o atendimento à saúde envolve a interação entre duas ou mais pessoas;
- 2- Diante de constantes crises no setor de saúde, as relações têm sido afetadas com freqüência, ampliando as dificuldades;
- 3- A fim de melhorar os serviços de saúde, é importante capacitar os

profissionais de saúde para a busca do aperfeiçoamento das relações sociais que se desenvolvem em seu dia a dia; ampliando o conhecimento sobre o trabalho em grupo e educação em saúde como base da construção coletiva da saúde;

4- É preciso propiciar vivências e espaço de conversas e debates entre profissionais da equipe e com os usuários;

5- Os profissionais de saúde devem se sentir sujeitos do processo educativo, com abertura para aprender e considerar trocas de conhecimento com o grupo.

A educação é um recurso e, ao mesmo tempo, um dos componentes fundamentais utilizados nas estratégias para a promoção da saúde, na medida em que contribui para viabilizar diversos aspectos almejados nos relatórios de quase todas as Conferências Mundiais de Promoção da Saúde, tais como: desenvolver habilidades pessoais; estimular diálogos entre diferentes “saberes”; conscientizar as pessoas de forma a capacitá-las a reconhecer suas necessidades de saúde e expressá-las; oferecer condições para que as pessoas possam analisar criticamente sua realidade e identificar fatores determinantes de suas condições de saúde; oferecer oportunidades para que as pessoas conquistem autonomia necessária para a tomada de decisão sobre aspectos que afetam suas vidas; estimular a participação nos processos que interferem e modificam os determinantes de saúde; capacitar as pessoas a conquistarem o controle sobre sua saúde e condições de vida; fornecer conhecimentos e instrumentos para libertação e mudança; instrumentalizar a identificação de problemas e transformação da vida cotidiana; intensificar os suportes sociais e reforçar a ação comunitária; mobilizar e motivar o compromisso social e a vontade política, redefinindo papéis e responsabilidades; buscar o aprimoramento profissional e a reformulação dos serviços de saúde e a qualidade de vida no nível coletivo/comunitário (PEREIRA et al, 2000).

A educação em saúde, então, tem como objetivo desenvolver nas pessoas um sentido de responsabilidade, como indivíduos, membros de uma família e de uma comunidade, para com a saúde, tanto individual como

coletivamente (WHO, 1995).

Assim, a educação em saúde é um processo constante, que deve ser construído em coletividade. É uma ação educativa caracterizada como democrática, participativa, baseada no diálogo e na contribuição das pessoas envolvidas, valorizando a ação do nível individual para o coletivo (PEREIRA et al, 2000).

No Brasil, ações de educação em saúde têm sido desenvolvidas tais como:

- a. Programas sobre DST/Aids, que envolvem um forte trabalho de prevenção por meio de palestras, campanhas publicitárias, grupos de debates entre outros;
- b. A saúde da mulher, que tem sido focalizada por meio de políticas voltadas para o planejamento familiar, com ações educativas – palestras, grupos de debates, vídeos/filmes, entre outros, além do fornecimento de insumos ou explicação de procedimentos para evitar a gravidez, a redução do câncer de mama e de colo de útero, alcançando, entre outros, resultados relativos também à redução da violência doméstica;
- c. Os programas especiais com hipertensos e diabéticos, despontando, mesmo que de forma tímida, com ações educativas, em especial envolvendo explicações sobre o valor das atividades físicas e alimentação saudável; entre outras propostas que, aos poucos, vêm sendo desenvolvidas com a finalidade de reduzir a incidência de doenças ou agravos, por meio de mudanças construídas pela ação participativa das comunidades visando a saúde. Desta forma, os governos federal e estadual participam principalmente com insumos e cabe aos governos municipais implementá-las.

Esta forma de ação nova foi implantada para o fortalecimento do SUS, e está alinhada com a proposta do Pacto pela Saúde, no qual o governo federal fica responsável pelas ações de prevenção mais gerais, voltadas à coletividade (campanhas de vacinação em massa, proteção a enfermidades que exigem altos recursos, entre outros), e as ações de caráter mais individual ficam a

cargo dos municípios que estão mais próximos aos usuários e que podem ter uma atividade mais eficaz.

Assim, defende-se a importância de se realizarem ações educativas com a comunidade mudando o comprometimento do profissional de saúde, que sempre foi tido como o responsável pela saúde da população, para atuar também promovendo a co-construção da saúde junto à população, em um espaço no qual a responsabilidade é compartilhada, visando uma melhor qualidade de vida.

1.4- Pacto pela Saúde

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

Com a criação do SUS pela Constituição de 1988 e Leis Orgânicas da Saúde, em 1990 (Leis 8.080 e 8.142) consolida-se o papel do município como principal executor das ações de saúde. A avaliação da descentralização da saúde no Brasil permite destacar muitos aspectos positivos, sendo os principais:

1. ampliação do acesso aos serviços básicos, pelo surgimento e expansão dos sistemas municipais de saúde;
2. impacto positivo nos indicadores de saúde em decorrência de maior efetividade do modelo de atenção, com elevação da cobertura vacinal, acompanhamento de gestantes e crianças, hipertensos, diabéticos, prevenção de câncer, cárie etc.;
3. implementação de inovações no modelo assistencial, com ampliação das ações de prevenção e promoção, aplicando a estratégia de Saúde da Família (SILVA & DOBASHI, 2006).

Reportando-nos aos itens anteriores, abordados neste capítulo, vale ressaltar que a saúde no Brasil, para ser mais eficaz e efetiva, necessitaria de

um compromisso de gestão entre os três entes federativos que ratificasse a política do SUS, de forma a agilizar e otimizar as ações na saúde, e que passassem realmente a atuar conforme a necessidade regional. É nesse sentido que surge o Pacto pela Saúde, que propõe um compromisso entre os gestores do SUS, no qual cada um deverá cumprir o seu papel e, conseqüentemente, promover a harmonia das ações da saúde (SANTOS, 2006).

Desde sua construção, o SUS define um conjunto de mudanças nas políticas de saúde que fizeram com que se tornasse o que é hoje: um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o qual, citando alguns exemplos, realiza por ano mais de 11 milhões de internações, 150 milhões de consultas médicas, 132 milhões de atendimentos de alta complexidade e 24 mil transplantes de órgãos. Assim, o SUS, ainda que em processo de construção, pode ser considerado uma importante conquista da população brasileira. Entretanto, a descentralização do controle da saúde, inerente ao sistema, esbarrou em diversas realidades loco-regionais, nas quais gestores de saúde afirmam estar diante de enormes desafios na busca da garantia da atenção integral. Nessa direção, tornou-se clara a necessidade de se estabelecer um novo pacto entre os gestores, em que o eixo principal fosse o compromisso, as responsabilidades sanitárias, solidárias e compartilhadas (SILVA & DOBASHI, 2006).

A partir de 2003, o Ministério da Saúde, estimulado pelos questionamentos levantados pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde -CONASEMS, iniciou um movimento interno para rediscussão de vários aspectos da gestão no SUS e idealizou algumas linhas de apoio e otimização da gestão, todas voltadas para a ação compartilhada (SILVA & DOBASHI, 2006).

Em 2004, inicia-se um debate sobre o “*SUS Pós-NOB*”, tendo como foco os desafios da gestão da saúde. Em virtude da dificuldade de acessibilidade aos serviços de saúde de forma integral e eqüitativa e dos limites de financiamento, durante o 20º Congresso Nacional de Secretários Municipais de Saúde foi elaborada a Carta de Natal, que apontava para a construção de um novo pacto, capaz de substituir a normatização excessiva, buscando adesão e

compromisso com resultados. Em setembro deste mesmo ano, é editado o primeiro documento com acordos e divergências sobre Responsabilização Sanitária e Regionalização das Ações de Saúde. Em novembro, com a participação de representantes dos três entes federativos, são criados quatro grupos temáticos para aprofundar a discussão sobre a necessidade de elaborar um grande pacto político entre Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde - CONAS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS (SILVA & DOBASHI, 2006).

Durante o 21º Congresso do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, em 2005, foi elaborada a Carta de Cuiabá, a qual defendia a responsabilidade solidária entre as três esferas de governo e, mais uma vez, reforçava a necessidade de ampliar a discussão sobre o pacto de gestão, estabelecendo como prazo máximo para sua efetivação o mês de outubro de 2005, abordando os temas: responsabilidade sanitária, regionalização e financiamento, reforçando a importância de regulamentar a Emenda Constitucional 29, que tratava, entre outras questões, do financiamento participativo. No entanto, o pacto de gestão somente passa a ser discutido mais amplamente com o apoio do ministro da saúde Saraiva Felipe, que impulsiona o debate no âmbito nacional (SILVA & DOBASHI, 2006).

O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuadas entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios), com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (BRASIL, 2006; SANTOS, 2006).

O ex-ministro Saraiva Filipe, em documento do Ministério da Saúde (Portaria nº 699/GM - 2006) relata que este Ministério, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde, que agrega três eixos: o Pacto em Defesa do SUS, o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se aqui o Pacto pela Vida, que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um. Em 2006, foi

elaborado o documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde buscando a consolidação do SUS, contemplando o Pacto firmado entre os gestores do SUS (BRASIL, 2006).

Deste modo, o Pacto representa mudanças significativas para a execução do SUS, dentre as quais ressaltamos a assinatura pelos gestores dos três entes federativos do Termo de Compromisso de Gestão, que pressupõe: a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais e a unificação dos vários pactos existentes e compromisso de melhoria de indicadores sanitários, devendo este ter sua aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde – CMS (formado por representações paritárias dos usuários, trabalhadores, prestadores de serviço e gestores da saúde municipal) , Colegiado Gestor Regional – CGR (formado por secretários municipais de saúde e representantes da Secretaria Estadual de Saúde – DRS e Vigilância em Saúde), Comissão Intergestores Bipartite – CIB (formado por representantes dos CGR no COSEMS e Secretaria Estadual de Saúde) e pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT (formada por representantes do CONASEMS, CONASS e do Ministério da Saúde) (BRASIL, 2006).

O **Pacto pela Gestão** do SUS define responsabilidades para as três esferas federativas. Segundo Oliveira (2003), o Pacto de Gestão vem sendo construído desde a Constituição Brasileira de 1988, que estabeleceu a divisão de responsabilidades entre Estados e Municípios na descentralização, iniciando nas Normas Operacionais Básicas e se fortalecendo agora com as assinaturas do Pacto pela Saúde. Portanto, cabe aos municípios responsabilizar-se pela integralidade da atenção à saúde da sua população, exercendo essa responsabilidade de forma solidária com o estado e a União destacando alguns pontos importantes da Portaria nº 699/GM, como:

- *Regionalização* - configuração das regiões de acordo com cada realidade, buscando uma idéia de gestão compartilhada;
- *Instrumentos de Gestão (PPI – Programação Pactuada Intergestores)* para a definição de alocação de recursos a partir de uma programação regional, com envolvimento das três esferas de governo, a fim de organizar redes de cuidado com centralidade na

atenção básica e integrando com a vigilância em saúde;

- *Reforço Institucional das Comissões Inter-gestoras Bipartite (CIB)* – visando garantir a participação dos municípios nas decisões pactuadas com o gestor estadual;
- *Financiamento* - reduzir as modalidades de transferências de mais de 130 rubricas de rapasses de verbas do Ministério da Saúde para cinco grandes blocos de financiamento, possibilitando maior remanejamento da verba destinada a determinado programa no bloco ao qual pertence, e a alocação de recursos pelas três esferas de governos (BRASIL, 2006).

No Pacto de Gestão se desdobra de acordo com a Portaria 699/GM nas seguintes missões:

1. Garantir a integralidade das ações de saúde prestadas de forma interdisciplinar, por meio da abordagem integral e contínua do indivíduo no seu contexto familiar, social e do trabalho; englobando atividades de promoção da saúde, prevenção de riscos, danos e agravos; ações de assistência, assegurando o acesso ao atendimento das urgências;
2. Promover a equidade na atenção à saúde, considerando as diferenças individuais e de grupos populacionais, por meio da adequação da oferta às necessidades como princípio de justiça social, e ampliação do acesso de populações em situação de desigualdade, respeitadas as diversidades locais;
3. Participar do financiamento tripartite do Sistema Único de Saúde;
4. Assumir a gestão e executar as ações de atenção básica, incluindo as ações de promoção e proteção, no seu território; e assumir integralmente a gerência de toda a rede pública de serviços de atenção básica, englobando as unidades próprias e as transferidas pelo Estado ou pela União;
5. Com apoio dos estados, identificar as necessidades da população do seu território e fazer um reconhecimento das iniquidades, oportunidades e recursos;

6. Desenvolver, a partir da identificação das necessidades, um processo de planejamento, regulação, programação pactuada e integrada da atenção à saúde, monitoramento e avaliação;
7. Formular e implementar políticas para áreas prioritárias, conforme definido nas diferentes instâncias de pactuação;
8. Organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, bem como o acesso à atenção à saúde no seu território, explicitando a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com aquela população, desenhando a rede de atenção e promovendo a humanização do atendimento;
9. Organizar e pactuar o acesso a ações e serviços de atenção especializada, a partir das necessidades da atenção básica, configurando a rede de atenção, por meio dos processos de integração e articulação dos serviços de atenção básica com os demais níveis do sistema, com base no processo da programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
10. Pactuar e fazer o acompanhamento da referência da atenção que ocorre fora do seu território, em cooperação com o estado, Distrito Federal e com os demais municípios envolvidos no âmbito regional e estadual, conforme a programação pactuada e integrada da atenção à saúde;
11. Garantir estas referências de acordo com a programação pactuada e integrada da atenção à saúde, quando dispõe de serviços de referência intermunicipal;
12. Garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas técnicas vigentes;
13. Promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas;

14. Assumir a gestão e execução das ações de vigilância em saúde realizadas no âmbito local, compreendendo as ações de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, de acordo com as normas vigentes e pactuações estabelecidas;
15. Elaborar, pactuar e implantar a política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional. (BRASIL, 2006).

O **Pacto em Defesa do SUS** pressupõe defender o SUS como um programa de Estado, independente do governo que esteja gerindo os sistemas, possibilitando a efetivação dos acordos entre as três esferas de governo do SUS, promovendo inovações nos processos e instrumentos de gestão que visem alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade de suas respostas e, ao mesmo tempo, redefine responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social, com compromisso de financiamento compartilhado (BRASIL, 2006).

O **Pacto pela Vida** é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local (BRASIL, 2006).

Ainda, conforme a mesma Portaria, os estados, regiões e municípios devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos, estabelecendo seis prioridades como principais:

- a. Saúde do idoso;
- b. Controle do câncer do colo do útero e da mama;
- c. Redução da mortalidade infantil e materna;
- d. Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- e. Promoção da saúde;

f. Fortalecimento da Atenção Básica.

Priorizando o item que se refere à redução da mortalidade infantil e materna, foco de interesse deste estudo, cabe destacar os objetivos e metas para a redução da mortalidade infantil, que são:

- a. Reduzir a mortalidade neonatal em 5%, em 2006;
- b. Reduzir em 50% os óbitos por doença diarréica e 20% por pneumonia, em 2006;
- c. Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes;
- d. Criar comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes, em 2006 (BRASIL, 2006).

Dentre as macro-prioridades do Pacto em Defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, buscando o fortalecimento de seus princípios, como parte integrante da Promoção, Informação e Educação em Saúde com ênfase na promoção de atividades educativas como palestras, debates, grupos de conversa (BRASIL, 2006).

Nessa direção, o autor relata que o desafio colocado para o gestor federal do SUS consiste em propor uma política transversal, integrada e inter-setorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde.

No que se refere à mortalidade infantil, o Pacto pela Vida preconiza a redução da mortalidade infantil neonatal em 5% em 2006. Neste contexto, as ações previstas requerem a utilização de ações educativas a fim de melhorar os indicadores negativos de saúde.

Andrade et al (2006) acreditam que pela vulnerabilidade às condições de vida e de acesso a bens e serviços, bem como a informações sobre saúde, o primeiro ano de vida constitui-se em um dos períodos de maior risco de morte. Assim, a taxa de mortalidade infantil tem sido considerada um indicador

sensível às condições sociais e de saúde das populações humanas. Holcman et al (2004) relatam que metade dos óbitos do primeiro ano de vida ocorre na primeira semana de vida do bebê, principalmente devido a doenças originadas no período perinatal, indicando a necessidade de maior atenção à mãe e ao recém-nascido nos períodos pré e pós-natal. Desta forma, é importante realizar ações educativas que busquem reduzir mortes evitáveis neste período.

Tal construção coletiva deve ser valorizada como um importante coadjuvante da elaboração participativa da política de saúde dos municípios. Nessa direção, será apresentado no capítulo a seguir sobre aspectos relativos à saúde pública, a promoção de saúde e a educação em saúde no município de Capivari, compreendendo a proposta do Pacto pela Saúde como um momento de fortalecimento do SUS.

CAPIVARI, COMO VAI SUA SAÚDE?

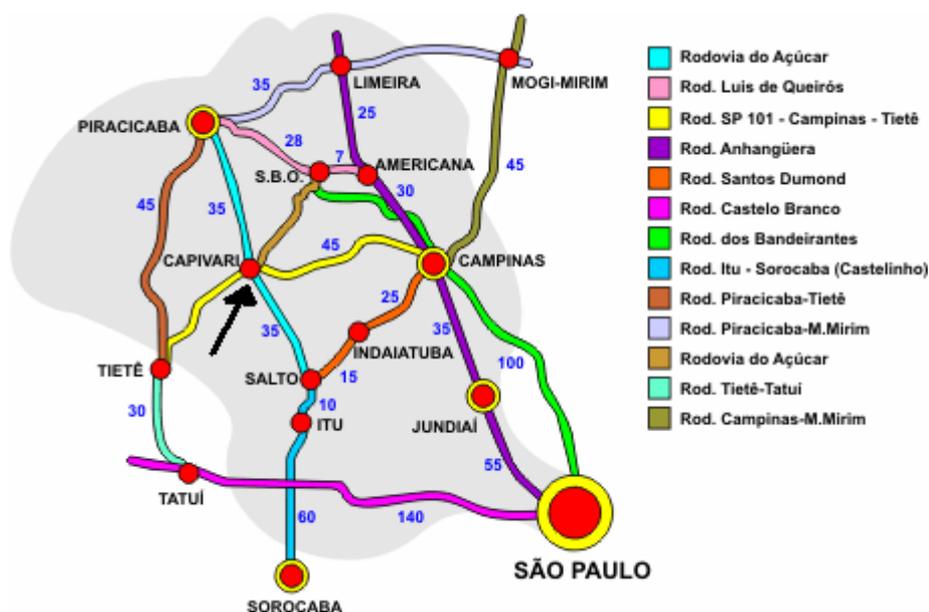


Figura 1. Localização do município de Capivari - malha viária (CAPIVARI, 2007d).

O nome Capivari é de origem Tupi-Guarani, que significa “rio das capivaras”. Situa-se no interior do estado de São Paulo, localizado na zona fisiográfica de Piracicaba, às margens do Rio Capivari, distante 140 km da capital paulista (DIAS JUNIOR & FRANCO, 2003).

Capivari foi fundada em 10 de julho de 1832, com o nome de São João Batista do Capivary de Baixo. Em 21 de outubro de 1875, os trilhos da Companhia Ytuana de Estradas de Ferro chegam à cidade (WALDMANN & BEDENDI, 1999).

Capivari tem 175 anos de existência, conta com uma população de 47.698 habitantes, segundo estimativas do IBGE para 2007. Está entrecortada pelas Rodovias “Jornalista Francisco Aguirre Proença” (SP 101), que a liga com Tietê e Campinas e pela Rodovia do Açúcar (SP 350) que a interliga à Rodovia Castelo Branco e a Piracicaba. A malha vicinal local faz a interligação do município com Salto, Indaiatuba, Santa Bárbara d’Oeste, Porto Feliz, Rafard, Mombuca e outras cidades da região, estando em sua maioria em péssimo estado de conservação provocando grande taxa de acidentes automobilísticos, ampliando os índices de morbidade-mortalidade por causas externas (DIAS JÚNIOR & FRANCO, 2003).

Na área da saúde, o primeiro nome de destaque foi o do Dr. Cesário

Motta Júnior, que, como médico, atuou buscando melhorias nas áreas da saúde e demonstrou sua preocupação com a educação, tendo como meta o bem estar da população do município, até o ano de 1881, quando se tornou deputado estadual.

Capivari, no final do século XIX e início do século XX, passou por grandes epidemias, assim como várias regiões do país. No ano de 1900, foi inaugurado o primeiro hospital da cidade, a Santa Casa de Misericórdia sob a coordenação do Dr. Benedito Philadelpho de Castro, com a capacidade de serviço de dez leitos em duas enfermarias. No ano de 1954, foi fundada a Maternidade Carmela Dutra, uma ala anexa à Santa Casa (WALDMANN & BEDENDI, 1999).

No ano de 1963, foi inaugurado o Hospital dos Fornecedores de Cana, com o objetivo de complementar o atendimento à saúde no município, atendendo funcionários administrativos das usinas e seus familiares. Hoje, este hospital encontra-se sob a responsabilidade e direção técnica da União dos Médicos (UNIMED), uma cooperativa formada por médicos e outros profissionais de saúde a fim de oferecer atendimento privado à saúde de seus associados (WALDMANN & BEDENDI, 1999).

Na década de 1970, foi construído um pequeno posto de saúde em um terreno cedido pela Secretaria de Justiça do Estado, recebendo o nome de Posto de Saúde Dr. Mario Dias Aguiar. Assim, a construção pertencia à Secretaria de Estado dos Negócios da Justiça, sendo cedida oficialmente à Secretaria de Saúde do Estado somente em 1991 (Secretaria Estadual de Saúde, 1991). Neste espaço, ampliou-se o leque de consultas médicas de clínica geral voltadas para a atenção básica, com médicos acompanhando o pré-natal e atendendo pediatria, além de entrega de medicamentos em uma pequena farmácia. Eram realizadas, além das consultas médicas, ações de prevenção como vacinação infantil e orientações sanitárias necessárias à população. Esta foi a primeira unidade do município para atendimento à população em geral.

Em 1987, sob iniciativa da administração municipal, foi reformado e ampliado o prédio do Posto de Saúde Dr. Mário Dias Aguiar, a partir de um convênio com a Secretaria de Estado da Saúde, que objetivava implementar a

integração dos serviços de saúde que atuavam no município, propiciando uma mudança qualitativa e o fortalecimento do processo de municipalização que se iniciava.

Cabe ressaltar que este movimento é anterior à promulgação do SUS, mas surge no bojo dos debates que geraram mudanças na gestão municipal de saúde. Nesta direção, o município, por meio da Secretaria de Saúde, integrou o Plano das Ações Integradas de Saúde (AIS), recebendo repasses do Governo Federal por meio do INAMPS, ampliando a três bairros carentes a instalação de unidades de saúde (SÃO PAULO, 1991).

Em 1989, foi instituída a Comissão Inter-Institucional Municipal de Saúde (CIMS), com representantes de diferentes segmentos da sociedade civil atuando no planejamento, implantação de políticas municipais de saúde e valorização da participação popular nas ações de saúde. A Lei municipal responsável pela CIMS foi promulgada anteriormente à Lei federal que institui o controle social de gerenciamento das políticas públicas de saúde no Brasil. Com finalidade semelhante a essa comissão, atualmente funciona no município o Conselho Municipal de Saúde (CMS), com representantes de diferentes segmentos da sociedade, cuja função abrange as práticas de fiscalização e de participação nos processos deliberativos relacionados à formulação de políticas de saúde e de gestão do SUS (SÃO PAULO, 1986). Há mecanismos institucionalizados que garantem a participação e o controle social, como os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, com representatividade dos distintos atores sociais. As Conferências de Saúde, que ocorrem a cada dois anos, avaliam o cumprimento das diretrizes contidas no respectivo Plano de Saúde e produzem diretrizes que orientam novas políticas e programas no seu âmbito de atuação. Conselhos e conferências são garantidos nas três esferas de gestão do SUS pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Assim, o SUS garante aos municípios autonomia para administrar os recursos da Saúde. Para isso, é fundamental que o Conselho de Saúde funcione de forma adequada. (BRASIL, 1990b).

Capivari passou a participar da descentralização das ações de saúde desde 1991, segundo o Decreto Estadual nº 33.094, em consonância com a política nacional de descentralização (SÃO PAULO, 1991). A Lei 8.080

regulamentou a Constituição Brasileira de 1988, e por meio da NOB/93, os municípios assumiram as ações de saúde referentes à atenção básica, e as demais ações, especialmente as hospitalares, ficaram sob a responsabilidade do Estado (BRASIL, 1990a e 1993). A NOB/96 trouxe grandes avanços na área da saúde, habilitando o município de Capivari à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (BRASIL, 1996a). Conseqüentemente, o município assumiu todas as ações de saúde da baixa e média complexidade em que é responsável por oferecer à população ações preventivas como imunizações, ações de vigilância em saúde, exames ambulatoriais, ambulatório de terapias complementares, tratamento de saúde bucal e centro de referência em prevenção das DST/Aids, consultas ambulatoriais da Atenção Básica em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) e tem a cobertura de apenas 15% do Programa de Saúde da Família (PSF) em duas unidades.

Em relação ao ambulatório de especialidades, o município faz parceria com mais três outros, Rafard, Mombuca e Elias Fausto, compondo a micro-região de Capivari, na qual cada um é responsável pelo contrato de determinada especialidade médica e compartilha a cota de consultas com os demais. Desta forma, em parceria, busca-se compensar as dificuldades, compartilhando a atenção à saúde, sendo esta atitude uma prerrogativa do Pacto de Gestão que propõe a regionalização das ações de saúde. Em relação à atenção hospitalar, os quatro municípios envolvidos neste “consórcio informal” têm como referência a Santa Casa de Misericórdia de Capivari. Por meio de um “Contrato” entre os municípios e o MS, definiu-se uma cota de referência para cada município, tanto em internações como em cirurgias eletivas. A Santa Casa é responsável, ainda, por consultas de urgência e emergência no Pronto Socorro para o município de Capivari (SÃO PAULO, 2006c)

Contando com uma população de 75.000 habitantes relativos à microregião, foram implantados os serviços de alta complexidade em atenção psicossocial, o CAPS II e o CAPS ad⁸, e tem planejado outros projetos micro-

⁸ Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que passam a integrar o Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando atendimento diário aos portadores de transtornos mentais dentro de suas áreas de abrangência, sem que o paciente precise ficar internado. CAPS II é referência para pacientes psicóticos e CAPS ad referência para dependentes químicos de álcool e drogas (BRASIL, 2007c).

regionais como o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) (SÃO PAULO, 2007c).



Figura 2. Micro-região de Capivari (SÃO PAULO, 2007c).

O município de Capivari faz parte do Colegiado de Gestão Regional – CGR Piracicaba, em que busca junto aos outros municípios a construção do Pacto de Gestão por meio do compromisso de regionalização dos serviços de saúde. Tem como referência para as ações de alta complexidade hospitalares e ambulatoriais especializados referenciados, situados em outros municípios e controlados por uma Central de Vagas Estadual, na macro-região de Piracicaba, sob a coordenação do Departamento Regional de Saúde X - DRS X (SÃO PAULO, 2007c).



Figura 3. Macro-região do Departamento Regional de Saúde X – Piracicaba, cuja área abrangida possui população total de 1.429.471 (SÃO PAULO, 2007c).

Quanto aos aspectos econômicos, a atividade principal do município é a cultura da cana de açúcar, contando também com algumas indústrias de produção de bebidas, metalúrgicas, tecelagem, fibro-cimento, confecções e de reciclagem que empregam grande quantidade de mão-de-obra. O comércio também tem sua importância por empregar em sua maioria jovens. O município dispõe de um Distrito Industrial que aloja algumas das indústrias em funcionamento (WALDMANN & BEDENDI, 1999).

Conta ainda, com duas usinas de açúcar, mantendo o foco na produção de álcool, que apesar de trazer investimentos para o município, provoca uma grande demanda de migrantes de outros estados do país para Capivari, determinando uma população flutuante e estimulando um crescimento desordenado da cidade. Para receber estes trabalhadores, são construídas residências provisórias nas margens do rio, em áreas protegidas pelo setor do meio ambiente, surgindo favelas insalubres, favorecendo um crescimento inadequado da cidade em termos de qualidade de vida (WALDMANN & BEDENDI, 1999).

De acordo com dados estimados para 2005 pelo IBGE, Capivari apresenta:

- População geral – 46.824 habitantes
- Densidade demográfica – 128,22 habitantes/km²
- Área – 323,2 km²
- Grau de urbanização – 84,08%
- Índice de Envelhecimento – 38,04%
- População com menos de 15 anos – 25,23%
- População com mais de 60 anos – 9,6%
- Taxa de Natalidade - 16,53‰
- Taxa de fecundidade geral, entre 15 a 49 anos – 59,15 ‰
- Mães adolescentes (< 19anos) – 27,3%
- Leitos SUS - 1,95 ‰

O quadro da Secretaria de Saúde do Município conta com 342 funcionários divididos nas áreas de administração e atenção à saúde. O atendimento a saúde apresenta diferentes áreas de especialidade: clínica

geral; pediatria; ginecologia e obstetrícia; neurologia, cardiologia, oftalmologia, dermatologia, ortopedia, urologia, endocrinologia, nefrologia, psiquiatria, otorrinolaringologia, vascular, psiquiatria; odontologia, fisioterapia, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, assistência social (CAPIVARI, 2007a).

Capivari tem realizado ações de promoção de saúde, com enfoque na busca de melhor qualidade de vida dos usuários do SUS. Dentre as ações realizadas, temos na Vigilância em Saúde, ações de prevenção como imunizações; campanhas de prevenção de doenças como as DST/Aids, tuberculoses, câncer de mama, de colo do útero, de próstata e de boca; ações de vigilância em combate a vetores como a dengue; programas especiais para grupos de risco com apoio da assistência farmacêutica, como “Asma e Rinite”, “Saúde e Ferro”, diabetes, hipertensão, insumos especiais como o fornecimento do Dextro e fitas para exames diários de diabetes para os insulino-dependentes; entrega de leite com acompanhamento nutricional das crianças; capacitação de profissionais da saúde; programa de Agentes Comunitários de Saúde; abertura de novos serviços e ampliação da acessibilidade aos serviços de saúde do município com um melhor acolhimento e humanização; grupos de gestantes com palestras; programa de planejamento familiar, entre outros.

A necessidade de valorizar as ações de promoção de saúde é uma prerrogativa do Pacto pela Saúde. Capivari assinou o Termo de Adesão ao Pacto pela Saúde no mês de setembro de 2007, após realizar oficinas com diferentes profissionais do Ministério da Saúde, do COSEMS e de outros municípios que assinaram o Termo de Adesão em 2006, com o intuito de esclarecer e capacitar trabalhadores da saúde, de departamentos financeiros e de compras da prefeitura e representantes do Conselho Municipal de Saúde sobre a importância da construção e adesão ao Pacto pela Saúde. Desta forma, a Secretaria Municipal de Saúde tem estudado seus indicadores epidemiológicos e mantendo a atenção na pactuação anteriormente efetivada com a Secretaria Estadual de Saúde e com o Ministério da Saúde, aprovada pelo Conselho Municipal de Saúde e pelo Colegiado de Gestão Regional para o ano de 2007 (IBGE/DATASUS, 2007).

Desta forma, enfocaremos dentro do Pacto pela Saúde e do Pacto pela Vida, a análise dos indicadores epidemiológicos de Capivari, especialmente aqueles relativos à mortalidade infantil, e discutiremos, a partir da perspectiva da promoção da saúde e da educação em saúde, ações educativas que podem ser pertinentes para alterar estes indicadores.

O tema mortalidade infantil foi escolhido como foco do estudo por refletir o índice de desenvolvimento sócio-econômico e cultural de uma determinada região, sendo que a avaliação destes indicadores pode definir desde investimentos em ações de saúde até investimentos financeiros e sociais, buscando níveis mais aceitáveis para uma evolução na qualidade de vida. O número de mortes no primeiro ano de vida é maior nos primeiros dias de vida, e em grande parte podem ser evitáveis. Desta forma, buscar a redução da mortalidade infantil representa uma mudança no compromisso de gestão e co-responsabilização dos usuários de sua saúde (ANDRADE et al, 2006).

Visando o compromisso assumido no Pacto pela Vida, este estudo pretende conhecer/refletir especialmente sobre os indicadores epidemiológicos de mortalidade infantil no município de Capivari, e sobre as possibilidades de mudanças dos mesmos, a partir de propostas de ações educativas em saúde.

Foram observados dados epidemiológicos no período de 2000 a 2004, período disponibilizado no momento do estudo on-line no Datasus, Sistema Nacional de Indicadores de Saúde pactuados com o Ministério da Saúde - sendo que a escolha deste sistema nacional foi necessária para definição de uma única fonte de pesquisa, evitando trabalhar com diversas informações presentes nos diversos bancos de dados.

CAPÍTULO III
ESTUDANDO O CASO DE CAPIVARI: INDICADORES DE MORTALIDADE
INFANTIL E PROPOSTAS DE AÇÕES EDUCATIVAS

O Pacto pela Vida traz entre suas prioridades a redução da mortalidade materno infantil em 5%, como uma medida a ser trabalhada. Foi escolhido neste estudo focalizar a redução da mortalidade infantil no município de Capivari, uma vez que ainda não atingiu o índice preconizado pela Organização Mundial de Saúde em 10 óbitos por mil nascidos vivos e por ser passível de mudança com ações efetivas de educação em saúde.

O indicador de mortalidade infantil é pactuado ano a ano com o Ministério da Saúde e com a Secretaria Estadual de Saúde, no entanto, outros indicadores também pactuados podem interferir positivamente ou negativamente neste indicador. Desta forma, foram escolhidos no Sistema Nacional de Informação em Saúde – Datasus outros indicadores que, se forem bem trabalhados, podem significar melhora no indicador de mortalidade infantil.

O indicador de mortalidade infantil é apresentado em diferentes programas governamentais como: Datasus, Siab, IBGE e outros. O Datasus foi escolhido como base de pesquisa por ser um programa que retrata a pactuação nacional dos indicadores epidemiológicos, desta forma mais se relaciona com o Pacto pela Vida escolhido para direcionar a pesquisa.

3.1- Mortalidade Infantil

Em Capivari, o coeficiente de mortalidade infantil em 2006 foi de 13,5 óbitos por mil nascidos vivos, acompanhando a redução da mortalidade infantil em todo país, no entanto, no estado de São Paulo, o coeficiente foi de 13,3 óbitos por mil nascidos vivos; e na macro-região de saúde de Piracicaba foi de 11,8 óbitos por mil nascidos vivos, desta forma, o coeficiente de mortalidade infantil de Capivari encontra-se acima da média do estado de São Paulo e da macro-região de saúde à qual pertence, bem como do índice preconizado pela Organização Mundial de Saúde como esperado para o coeficiente de mortalidade infantil em 10 óbitos por mil nascidos vivos fortalecendo a necessidade de uma atenção especial para este tema (FUNDAÇÃO SEADE, 2007 e Datasus, 2007).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças, da

Organização Mundial de Saúde (1994), o índice de mortalidade infantil é determinado pelo número de mortes no primeiro ano de vida, e pode ser classificado de acordo com o período em que ocorre, dividindo-se em mortalidade pós-neonatal, mortalidade neonatal precoce, mortalidade neonatal e mortalidade infantil. A maioria das mortes ocorre no período neonatal precoce (0-6 dias de vida) e cerca de 40% no primeiro dia de vida, evidenciando a estreita relação entre os óbitos e a assistência de saúde nas maternidades, demonstrando a necessidade de serem realizadas ações de prevenção em saúde, considerando entre elas as ações educativas junto às gestantes e parturientes como estratégias importantes para reduzir os riscos de mortalidade infantil (BRASIL, 2005b e Organização das Nações Unidas, 2007).

Cabe, então, para escopo deste estudo trazer alguns conceitos importantes. Nascido vivo se refere aos bebês que, sendo expulsos ou extraídos completamente do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, respiram ou apresentam qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortados o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta (BRASIL, 2005b).

Óbito fetal ou nascido morto/natimorto se refere à morte do produto da gestação ou de sua extração completa do corpo materno independente da duração da gravidez. O que indica o óbito é o fato de, depois da separação, o feto não respirar nem dar nenhum sinal de vida, como os citados anteriormente. Abortamento é a expulsão de um produto da concepção com menos de 500 gramas e/ou estatura menor ou igual a 25 centímetros, ou menos de 22 semanas de gestação, tenha ou não evidências de vida e sendo ou não espontâneo (BRASIL, 2005b).

A taxa de mortalidade pode ser considerada como um forte indicador social, uma vez que, quanto piores as condições de vida, maior a taxa de mortalidade e menor a esperança de vida. No entanto, esta taxa pode ser afetada pela longevidade da população, perdendo a sensibilidade para acompanhamento demográfico. Outros indicadores de saúde, como a taxa de mortalidade infantil, são mais significativos, pois têm forte correlação com as condições de vida em geral (Organização das Nações Unidas, 2007).

Holcman et al (2004) relatam que o coeficiente de mortalidade infantil é considerado um indicador não só da saúde infantil, mas também do nível de desenvolvimento de uma sociedade. Eles estimam o risco de um recém-nascido morrer antes de completar um ano de vida, exprimindo a capacidade de uma comunidade de suprir as necessidades de alimentação, moradia e saúde de seus recém-nascidos.

Para facilidade de comparação entre os diferentes países ou regiões do globo, esta taxa é normalmente expressa em número de óbitos de crianças com menos de um ano a cada mil nascidos vivos. O índice considerado aceitável pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é de 10 mortes para cada mil nascimentos (Organização das Nações Unidas, 2007).

Em março de 2004, foi lançado no Brasil o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, sendo esta uma prioridade do Ministério da Saúde e um compromisso do governo federal, reafirmado em 2006 no Pacto pela Vida. A vigilância da mortalidade infantil e fetal é uma ação estratégica para dar visibilidade ao problema, melhorar o registro dos óbitos e orientar as ações prioritárias para a redução da mortalidade no país, conforme destaca a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b).

O autor acredita que é possível fazer mais pelas crianças e que a gestão do cuidado da saúde tem um importante papel a cumprir neste cenário. É preciso uma ação orquestrada, contando com a participação e mobilização nacional dos profissionais de saúde, gestores e sociedade de forma geral, destinando um maior esforço para a redução da mortalidade infantil e fetal no país, sendo este um movimento em defesa da vida.

A redução da mortalidade infantil no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. Apesar do declínio que vem sendo observado nas taxas, a velocidade de queda está aquém da desejada, resultando em índices ainda muito elevados. Em sua maioria, essas mortes precoces podem ser consideradas evitáveis, determinadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde e informações mais direcionadas (BRASIL, 2005b).

A diminuição da mortalidade infantil observada no país entre 1990 e

2002 decorreu principalmente do componente pós-natal como conseqüência de vários fatores: a implementação das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; o aumento da cobertura do saneamento básico; a ampliação do acesso a serviços de saúde; o avanço das tecnologias médicas, em especial a imunização e a terapia de reidratação oral; a melhoria do grau de instrução das mulheres; a diminuição da taxa de fecundidade, entre outros. É ainda importante considerar que, apesar da consistente tendência de redução da mortalidade infantil em todas as regiões brasileiras, os valores médios continuam elevados, sobretudo nas regiões Nordeste e Norte (BRASIL, 2005b).

O coeficiente de mortalidade é definido pelo número de óbitos na população residente em um determinado espaço geográfico (município, estado ou país), no ano considerado, sendo que as taxas de mortalidade infantil podem ser consideradas como: altas, quando são registrados 50 óbitos por mil ou mais; médias, quando os óbitos variam de 20 a 49 por mil; e baixas, quando ocorrem menos de 20 óbitos por mil.

Estes parâmetros devem ser periodicamente ajustados às mudanças verificadas no perfil epidemiológico em cada local. Atualmente, alguns países e poucos municípios brasileiros apresentam valores abaixo de 10 mortes até o final do primeiro ano de vida por mil nascidos vivos. Desta forma, altas taxas de mortalidade infantil refletem baixos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico da população, o que pode também ser evidenciado em alguns outros segmentos sociais (BRASIL, 2005b).

3.2- Indicadores epidemiológicos de mortalidade infantil no município de Capivari:

Os indicadores apresentados correspondem aos anos de 2000 a 2004, uma vez que estes eram os que se encontravam disponíveis na página da internet do Sistema Nacional de Informação em Saúde do Ministério da Saúde – Datasus, no período da pesquisa até o primeiro semestre de 2007, e que mantém relação direta com Pacto pela Vida.

Obviamente, dentre os óbitos de mortalidade infantil, há causas que não

são passíveis de ação preventiva e algumas que podem sofrer mudanças sob ação dirigida de promoção e prevenção de saúde. Nesta perspectiva, serão observados os coeficientes de mortalidade infantil e indicadores epidemiológicos que guardam relação direta com este, a fim de servirem como base para elaboração e ampliação de propostas de educação em saúde.

1. Coeficiente de Mortalidade infantil

QUADRO 1 – Coeficientes de mortalidade infantil no município de Capivari de 2000 a 2004

| Indicador – Capivari | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Número de óbitos infantis | 19 | 12 | 12 | 10 | 10 |
| Coeficiente de mortalidade infantil * | 27,31 | 16,48 | 16,28 | 17,59 | 14,03 |

Fonte: Datasus, 2007. (* N° de óbitos por mil nascidos vivos)

Os dados do Datasus são alimentados pelos funcionários do setor de Vigilância Epidemiológica do município de Capivari e são monitorados constantemente. O quadro 1 demonstra que o coeficiente de mortalidade infantil no município de Capivari sofreu um decréscimo ao longo do período pesquisado. Em 2000, os valores apontados de 27,31 óbitos por mil nascidos vivos são considerados médios segundo o Ministério da Saúde. Todavia, já em 2001, ele passa a 16,48 óbitos por mil nascidos vivos, um índice considerado baixo; o melhor indicador é alcançado em 2004 em 14,03 óbitos por mil nascidos vivos. No entanto, cabem ações em saúde para que tal coeficiente seja ainda menor é nesta perspectiva que serão apresentados alguns indicadores de mortalidade infantil, e serão discutidas propostas de ações educativas, possíveis de serem implementadas visando a diminuição do coeficiente para o município.

2. Coeficiente de mortalidade neonatal

O coeficiente de mortalidade neonatal é o número de óbitos de crianças nascidas vivas ocorridos de 0 a 27 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, em um espaço geográfico, no ano considerado. Este coeficiente é usado para estimar o risco de um nascido vivo morrer durante as primeiras semanas

de vida. Taxas elevadas estão, em geral, relacionadas a condições em relação ao nível socioeconômicas insatisfatórias, à saúde precária da mãe, bem como à inadequada assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2005b).

QUADRO 2 – Coeficiente de mortalidade neonatal em Capivari nos anos de 2000 a 2004

| Indicador – Capivari | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Número de óbitos de mortalidade neonatal | 09 | 10 | 08 | 06 | 08 |
| Coeficiente de mortalidade neonatal * | 15,60 | 13,74 | 10,85 | 10,83 | 11,23 |

Fonte: Datasus, 2007. (* N° de óbitos por mil nascidos vivos)

O quadro 2 indica que houve uma redução no coeficiente de mortalidade neonatal que se manteve relativamente estável nos anos seguintes.

Debates têm ocorrido acerca da necessidade de dividir o indicador neonatal em precoce e tardio. Desta forma, não existem dados oficiais de registros separando o indicador de mortalidade neonatal. O coeficiente de mortalidade neonatal precoce se refere ao número de óbitos de crianças nascidas vivas ocorridos até 6 dias completos de vida, por mil nascidos vivos na população de um determinado espaço geográfico, no período considerado (Ministério da Saúde, 2005). Já o coeficiente de mortalidade neonatal tardia se refere ao número de óbitos de crianças nascidas vivas ocorridos de 7 a 27 dias de vida completos por mil nascidos vivos na população residente em determinado espaço geográfico, no período considerado (BRASIL, 2005b).

Como as taxas elevadas de mortalidade infantil podem refletir, de maneira geral, baixos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico, tais informações podem municiar o gestor de saúde para ações efetivas em busca de qualidade de atenção à saúde. No momento em que é discutido o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, sob a perspectiva do Pacto pela Vida, melhorar os indicadores de qualidade de vida pode significar um acesso efetivo à saúde pela população.

Segundo dados da Fundação SEAD (2007), as causas perinatais são as principais responsáveis pela mortalidade infantil no estado de São Paulo,

sendo que as más formações congênitas correspondem a segunda principal causa de morte e sua proporção entre os óbitos infantis apresentou aumento, no entanto, os óbitos por doenças do aparelho respiratório, por infecções ou parasitas que no passado foram as principais causas reduziram drasticamente, reafirmando a importância de um trabalho direcionado, dando atenção especial às causas evitáveis relacionadas à assistência à gestante, ao parto e ao recém-nascido.

3.3- Indicadores que se relacionam com os coeficientes de mortalidade infantil

Os fatores que levam à mortalidade infantil são inúmeros, no entanto ano a ano o Ministério da Saúde determina quais indicadores serão pactuados, de acordo com o Datasus, desta forma foram escolhidos os indicadores que entre 2000 e 2004 relacionam-se com mortalidade infantil.

Diante das metas propostas pelo Pacto pela Vida, interessa-nos atentar para indicadores epidemiológicos, pactuados com o Ministério da Saúde, como aqueles que podem interferir nos indicadores de mortalidade infantil. Focalizar estes indicadores relativos ao município de Capivari pode favorecer a compreensão de quais deles mais colaboram para os coeficientes de mortalidade infantil encontrados e, então, propostas de ações educativas podem ser criadas visando promover mudanças na realidade de saúde local.

1. Prevenção de sífilis congênita

O efeito da sífilis é a contaminação do feto pelo Treponema. O contaminador é a mãe que, por sua vez, provavelmente terá sido contaminada em uma relação sexual, podendo ser pelo pai do bebê. O contágio se faz por via placentária, exclusivamente após o quarto mês de gestação. Até então, a placenta contém uma muralha de células que detêm a bactéria. Em caso de infecção maciça, o feto morrerá após o 5º mês, se sobreviver, o feto poderá adquirir lesões que se manifestam após o nascimento ou muitos anos mais tarde, como: retardo mental, surdez, seratite, defeitos dentários e outras

conseqüências de lesões degenerativas do Sistema Nervoso central.

Desta forma, o exame realizado no início da gravidez na mãe e no pai do bebê pode prevenir a doença no filho. O indicador de notificação de casos de sífilis congênita é extremamente importante uma vez que, se detectado durante a gestação, é possível evitar maiores comprometimentos tratando a mãe, desta forma é importante avaliar as gestantes pelo menos com um exame de VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory*) durante a gestação, pois este exame avalia a presença do vírus de sífilis. A confirmação do resultado é feita após o parto, utilizando o líquido do cordão umbilical do bebê a fim de verificar a presença de sífilis congênita, uma vez que a gestante pode ter realizado o teste durante a gravidez com resultado negativo, mas ter se contaminado durante a gestação, trazendo um risco para o filho.

Os indicadores de vigilância epidemiológica são constantemente reavaliados, sendo periodicamente inseridos novos indicadores de acordo com as políticas de saúde implantadas pelo Ministério da Saúde. No indicador de casos notificados de sífilis congênita, pode-se observar a ausência de casos no período analisado. Os indicadores que retratam a quantidade de exames de VDRL e o trabalho de vigilância epidemiológica acerca da sífilis em gestantes não eram pactuados neste período com o Ministério da Saúde, somente vindo a ser pactuados a partir do ano de 2006; desta forma, hoje é cobrado pelo Ministério da Saúde (DATASUS, 2006).

QUADRO 3 –Vigilância em casos de Sífilis no município de Capivari em 2000 a 2004

| Indicador – Capivari | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Número de casos notificados de Sífilis Congênita | Zero | Zero | Zero | Zero | Zero |

Fonte: Datasus, 2007.

Durante o período de 2000 a 2004, não houve casos notificados de sífilis congênita no município de Capivari. É preconizado pelo Ministério da Saúde que 100% dos casos manifestados sejam notificados pelo município e neste período Capivari não apresentou casos detectados de Sífilis Congênita.

2. Melhor assistência durante a gestação

O pré-natal é a assistência que se dá à mulher a partir do momento em que ela engravida através da qual o médico procura diagnosticar doenças tanto da mãe quanto do feto precocemente para que, dentro das possibilidades existentes, elas possam ser corrigidas.

O pré-natal é muito importante para que se tenha também uma assistência emocional para a mulher, pois este é um período em que a mulher vive uma fase mais sensível, mais emotiva, sendo desejável que receba orientação quanto às suas dúvidas e medos. É fundamental que possamos também orienta-la e ajudá-la a se situar de uma maneira equilibrada e tranqüila, desta forma, o contato com equipe multidisciplinar é extremamente importante.

A gestante ter passado por sete ou mais consultas pré-natais indica que ela foi assistida, provavelmente, ao longo de toda a gestação, tendo recebido uma série de orientações de saúde em relação aos cuidados consigo e com seu bebê. Neste sentido, este é um indicador importante de ser observado, uma vez que a gestação bem acompanhada tem mais chance de resultar no nascimento de um bebê saudável e diminuir a probabilidade de morte neonatal.

QUADRO 4 – Cobertura de consultas pré-natais em gestantes atendidas no serviço público de saúde do município de Capivari em 2000 a 2004

| Indicador – Capivari | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Número absoluto de gestantes do município de Capivari | 745 | 683 | 543 | 715 | 713 |
| Número de gestantes do município com cobertura de 7 ou mais consultas pré-natais | 266 | 491 | 373 | 657 | 642 |
| Percentual de parturientes com cobertura de 7 ou mais consultas pré-natais * | 35,76 | 70,33 | 53,46 | 89,04 | 90,05 |

Fonte: Datasus, 2007. (* - Porcentagem do número de gestantes com 7 ou mais consultas realizadas).

O número de consultas pré-natais com sete ou mais acompanhamentos

foi crescente nos quatro anos analisados, chegando a 90,05% das gestantes em 2004 e 97% em 2006. Este pode ser um indicador considerado bom, porém ainda passível de melhora, já que seria importante alcançar este atendimento para 100% das gestantes (CAPIVARI, 2007b).

3. Investigação das causas de óbitos infantis

A investigação das causas de óbitos infantis é importante, pois pode analisar os fatores que influenciam a mortalidade e, conseqüentemente, favorece a redução das dificuldades encontradas para realizar ações de intervenção.

No município de Capivari, foi implantado, em 2005, o Comitê de Prevenção de Óbito Infantil e Fetal⁹, segundo a Portaria n° 1.399/99 do Ministério da Saúde, responsável por avaliar todos os óbitos infantis e maternos por meio de sua vigilância epidemiológica, sendo esta uma atribuição municipal, entendendo ser esta a *“observação e análise rotineira tanto da ocorrência e distribuição das doenças como dos fatores relacionados ao seu controle, para execução oportuna das ações”*. Esta investigação é um importante instrumento de prevenção de novos agravos na saúde e uma forma de estabelecer programas de vigilância em saúde, buscando melhorias nos indicadores estatísticos vitais, bem como buscar qualidade e organização do cuidado a saúde (BRASIL, 2005b).

QUADRO 5 - Proporção de óbitos infantis investigados no município de Capivari

| Indicador – Capivari | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|--------|--------|-------|-------|--------|
| Número de óbitos infantis de residentes no município de Capivari | 19 | 12 | 12 | 10 | 10 |
| Proporção de óbitos infantis de residentes investigados por ocorrência em porcentagem | 100,00 | 100,00 | 83,34 | 61,54 | 100,00 |

Fonte: Datasus, 2007.

Observa-se que a investigação de óbitos por ocorrência esteve em

⁹ Neste período não havia sido implantado no município de Capivari o Comitê de Prevenção de Óbito Infantil e Fetal, somente ocorreu sua implantação no ano de 2006, sendo este responsável pela análise de óbitos da micro-região de Capivari, Elias Fausto, Rafard e Mombuca, contando com participação de profissionais dos quatro municípios e do hospital de referência.

100% em 2000 e 2001, mas em 2002 e 2003 ela caiu para índices inferiores, recuperando os 100% em 2004.

Indiretamente, este indicador representa a possibilidade de ajustar as ações realizadas em busca da redução da mortalidade infantil, uma vez que aponta os fatores que influenciaram na causa da morte da criança.

4. Internação hospitalar por infecções respiratórias agudas

QUADRO 6 - Indicadores de Saúde do município de Capivari. Internações por infecções respiratórias agudas em menores de 5 anos

| Indicador – Capivari | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Coeficiente de internações por Infecções Respiratórias Agudas em menores de 5 anos por residência | 49,39 | 41,44 | 21,60 | 58,24 | 32,03 |

Fonte: Datasus, 2007.

O coeficiente de internações por infecções respiratórias agudas é preocupante no município de Capivari, podendo influenciar no indicador de mortalidade infantil, uma vez que é a maior causa de internação hospitalar no primeiro ano de vida (DATASUS, 2007).

Houve uma redução gradativa do coeficiente de internações por infecções respiratórias agudas em menores de cinco anos de 2000 até 2002. Em 2003, houve um aumento significativo do número de casos, decaindo em 2004, mas ainda com expressivo número. Alguns fatores colaboram para este indicador, entre eles as condições climáticas associadas à poluição provocada pela queima da cana-de-açúcar, muito freqüente na região, que podem aumentar o risco de complicações respiratórias especialmente no inverno. Em relação a isso, têm sido feitas tratativas com o setor produtivo ligado à cana-de-açúcar, com a expectativa de redução de queimadas até 2020, ação esta que deve colaborar para a melhora das condições de saúde e para a diminuição específica deste indicador (CANÇADO, 2005). Além disso, o corte da cana atrai uma população de migrantes que chegam à cidade para realizar este trabalho, e que trazem consigo, muitas vezes, suas famílias, sujeitas a ambientes não salubres de habitação e trabalho.

Tabela 1 : Número de Internações hospitalar por doenças respiratórias agudas indicadas mês a mês durante o ano de 2006 em menores de 5 anos de idade

| Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Total |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| 49 | 46 | 41 | 72 | 107 | 94 | 108 | 61 | 86 | 67 | 54 | 47 | 832 |

Fonte: Movimento de AIH – (CAPIVARI, 2007c).

Pode-se observar que as internações por complicações respiratórias aumentam nos meses de abril a outubro, podendo estar relacionadas a diferentes causas como a mudança de temperatura, a baixa umidade relativa do ar, bem como ao aumento de particulados no ar provocado pela queima da cana-de-açúcar, sugerindo que seja importante pesquisar este item futuramente.

Cançado (1998) estudou sobre a influência das queimadas de cana da nossa região sobre a saúde da população especificamente no que diz respeito aos problemas respiratórios e concluiu que esta produz grandes malefícios à saúde humana, provocando considerável aumento dos atendimentos hospitalares e ambulatoriais na área específica, confirmando a necessidade definir programas de proteção à saúde neste período, incluindo um controle sobre a queimada da cana.

5. Imunização no primeiro ano de vida

QUADRO 7 –Cobertura Vacinal em menores de 1 ano de idade com TETRA no município de Capivari.

| Indicador – Capivari | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| Número de cobertura vacinal em menores de 1 ano de idade com TETRA | 777 | 755 | 754 | 768 | 838 |
| Cobertura vacinal em menores de 1 ano de idade com TETRA em porcentagem | 101,31% | 103,71% | 104,35% | 104,74% | 112,62% |

Fonte: Datasus, 2007.

A cobertura vacinal em crianças menores de um ano de idade, com a vacina Tetravalente, é responsável por prevenir doenças como difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo *Haemophilus*

influenzae tipo b. Esta campanha de vacinação tem ultrapassado o índice de 100%¹⁰, estando acima da meta esperada, sendo esta uma ação importante para a redução da mortalidade infantil.

Além da Tetravalente, outras vacinas (Anexo I) também são importantes para manter a integridade da saúde na infância, e a Secretaria Municipal de Saúde realiza busca ativa, a fim de identificar crianças com carteiras de vacinação desatualizadas, a fim garantir à criança o acesso à saúde. Estas buscas são realizadas de casa em casa e nas creches municipais com apoio de funcionários da Secretária Municipal de Educação.

6. Gravidez na adolescência

QUADRO 8 –Proporção de partos e abortamentos em adolescentes no município de Capivari

| Indicador – Capivari | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Proporção de partos e abortamentos em adolescentes, porcentagem de partos adolescentes em relação ao total de grávidas do município | 25,86% | 29,62% | 27,19% | 23,53% | 26,91% |

Fonte: Datasus, 2007.

Em Capivari, o índice de partos e abortamentos em adolescentes é preocupante, como demonstrado no quadro 8. Mantendo-se estável entre 2000 e 2004, este índice é medido pela porcentagem de gestantes adolescentes abaixo de 19 anos em relação ao total de gestantes do município, demonstrado abaixo na tabela 2.

Em 1994, na cidade do Cairo, durante uma conferência mundial da Organização das Nações Unidas, foi estabelecido o Plano de Ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, que introduziu na normativa internacional o conceito de direitos reprodutivos, inseriu os adolescentes como sujeitos que deverão ser alcançados pelas normas, programas e políticas públicas. Em 1999, a Organização das Nações Unidas realizou um processo de revisão e avaliação nos direitos do programa (Cairo +

¹⁰

Este indicador tem sido superior a 100% devido à procura de moradores de outros municípios pela vacinação em Capivari.

5), avançando nos direitos de jovens e retirando do documento o direito dos pais, garantindo ao adolescente o direito à privacidade, ao sigilo, ao consentimento informado, à educação, inclusive sexual no currículo escolar, à informação e assistência à saúde reprodutiva.

No Brasil, em junho de 2003 o Comitê de Direitos da Criança traçou recomendação específica sobre o direito à saúde dos adolescentes seguindo o padrão internacional, afirmando que “*garantir direitos ao adolescente (Menores de 18 anos), nos serviços de saúde, independente da anuência de seus responsáveis, vem se revelando como elemento indispensável para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde*” (BRASIL, 2005c).

No entanto, a gestação em adolescentes predispõe ao risco e, neste sentido, pode colaborar para o aumento do coeficiente de mortalidade infantil. Segundo Gama (2002), no Brasil, a cada ano, cerca de 20% das crianças que nascem são filhas de adolescentes de 10 a 15 anos. Este número indica que atualmente três vezes mais garotas com menos de 15 anos engravidam, quando comparadas às gestações de adolescentes nesta faixa etária na década de 1970. Afirma ainda que a grande maioria dessas adolescentes não tem condições financeiras nem emocionais para assumir a maternidade e, por causa da repressão familiar, muitas delas fogem de casa e quase todas abandonam os estudos, ou apelam para o abortamento clandestino aumentando o risco de morte para a mãe e para o bebê.

O autor relata que, entre as garotas grávidas atendidas pelo SUS no período de 1993 a 1998, houve aumento de 31% dos casos de meninas grávidas entre 10 e 14 anos. Nesses cinco anos, 50 mil adolescentes foram para os hospitais públicos devido a complicações de abortos clandestinos. Quase três mil na faixa dos 10 a 14 anos.

A gravidez na adolescência tem sérias implicações biológicas, familiares, emocionais e econômicas, além das jurídico-sociais, que atingem o indivíduo isoladamente e a sociedade como um todo, limitando ou mesmo adiando as possibilidades de desenvolvimento e engajamento dessas jovens na sociedade. Devido às repercussões sobre a mãe e sobre o bebê, a gravidez na adolescência é considerada gestação de alto risco pela Organização Mundial

da Saúde (OMS 1977 e 1978), discutindo-se, porém, atualmente, que o risco social seja mais importante do que o biológico.

A incidência de adolescentes grávidas vem aumentando ao longo do tempo apesar dos freqüentes estudos, campanhas e projetos que vêm se desenvolvendo. No município de Capivari não tem sido diferente, há um aumento dos índices, apesar do esforço da Secretaria da Saúde do Município junto às escolas e à comunidade. Ações implantadas têm buscado reduzir estes indicadores, com ações como: palestras, debates sobre sexualidade, campanhas de prevenção de DST/AIDS, peças teatrais sobre o tema, entrega de preservativos nas unidades de saúde, grupos de planejamento familiar, orientação a gestantes.

TABELA 2 – Número e proporção de mães adolescentes, em relação ao total de mães no período de 2000-2004

| PERÍODO | ADOLESCENTES | NÃO ADOLESCENTES | TOTAL |
|---------|--------------|------------------|--------------|
| 2000 | 166 (%) | 579 (%) | 745 (100,0%) |
| 2001 | 168 (24,6%) | 515 (75,4%) | 683 (100,0%) |
| 2002 | 145 (20,6%) | 560 (79,4%) | 705 (100,0%) |
| 2003 | 123 (17,2%) | 592 (82,3%) | 715 (100,0%) |
| 2004 | 151 (21,6%) | 562 (78,8%) | 713 (100,0%) |
| TOTAL | 645 | 2.808 | 3.561 |

Fonte: Dados brutos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

Pela leitura e análise dos dados da Tabela 2, se constata que o número de adolescentes grávidas em relação ao número de grávidas não adolescentes permanece estável, com pequenas variações de incidência, no decorrer dos anos, gerando preocupação quanto à eficácia das ações educativas desenvolvidas.

7. Baixo peso ao nascer

QUADRO 9 - Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer

| Indicador – Capivari | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Total absoluto de nascidos vivos. | 745 | 690 | 708 | 715 | 713 |
| Total absoluto de nascidos vivos com baixo peso. | 52 | 50 | 47 | 45 | 61 |
| Proporção de nascidos vivos com baixo peso (Total de nascidos de baixo peso em relação ao total de nascidos vivos). | 6,77 | 6,46 | 7,19 | 8,80 | 8,56 |

Fonte: Datasus, 2007.

Baixo peso ao nascer é definido pela Organização Mundial de Saúde como aquele inferior a 2.500g, contribuindo de forma muito importante para a mortalidade e morbidade infantil, principalmente no período neonatal; assim, o total de nascidos com baixo peso¹¹. A idade materna é considerada fator de risco quando igual ou menor que 19 anos ou igual ou maior que 35 anos (NASCIMENTO & GOTLIEB, 2001).

A proporção de nascidos vivos com baixo peso aumentou no período de 2000 a 2004, sendo esta proporção à porcentagem de nascidos vivos de baixo peso (menor que 2.500g ao nascer) em relação ao número total de nascidos vivos no município dentro de determinado período (Tabela 2). Este indicador pode estar refletindo conseqüências da gestação em adolescentes observada no Quadro 8.

Nascimento & Gotlieb (2001) consideram que o baixo peso ao nascer pode ser influenciado por diferentes fatores de risco como: a associação da idade materna como o grau de escolaridade mais baixo, menor número de consultas no pré-natal e gravidez anterior com desfecho desfavorável, isto é, com relato de aborto ou natimorto. Além disso, gravidez em faixa etária inferior a 20 anos e acima de 34 anos pode contribuir para elevar este índice.

TABELA 3 – Distribuição (%) RN de mães adolescentes pelo peso ao nascer,

¹¹ - Total de nascidos com menos de 1.500g em relação ao total de nascidos vivos.

segundo faixa etária, no período de 2000 a 2004.

| Faixa Etária em anos | >1,5kg | 1,5 a 2,4kg | 2,5 a 2,9 kg | 3,0 a 3,9 kg | 4,0 kg | Total |
|----------------------|------------------|-------------------|---------------------|---------------------|------------------|--------------------|
| <15 | - | 03 (13) 5,4% | 04 (17,4) 2% | 16 (69,5) 3,5% | - | 23 (100) 3,1% |
| 15 a 17 | 06 (1,6) 75% | 24 (6,6) 43,6% | 104 (28,8) 51,5% | 219 (60,6) 47,4% | 08 (2,2) 50% | 361 (100) 48,6% |
| 18 a 19 | 02 (0,5) 25% | 28 (7,8) 50,9% | 94 (26,2) 46,5% | 227 (63,2) 49,1% | 08 (2,2) 50% | 359 (100) 48,3% |
| Total | 08 (1,1) 100% | 55 (7,4) 100% | 202 (27,2) 100% | 462 (62,2) 100% | 16 (2,1) 100% | 743 100% |

Fonte: Dados brutos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (Sinasc)

Na análise dos dados da Tabela 3, pode-se observar que quanto menor a faixa etária da mãe, maior a possibilidade de crianças apresentarem baixo peso ao nascer, além da necessidade de serem considerados os riscos a saúde da mãe.

8. Testagem de HIV em gestantes

Até o ano de 2004, não havia a cobrança, por parte do Ministério da Saúde, para que os municípios comunicassem a realização de testagem do HIV, desta forma, não encontramos relatos oficiais da realização desta ação. No entanto, o teste de HIV na gestante é importante para definir as ações de prevenção de contaminação vertical (da mãe para o filho), no ato do parto ou no aleitamento materno.

Considerando-se o aumento da fecundidade e do número de partos e internações por aborto no SUS (2001) – principalmente em idades precoces – e os dados da Pesquisa Nacional e Demografia e Saúde, realizada em 1996, que identificaram que 14% das mulheres de 15 a 19 anos de idade já tinham iniciado a vida reprodutiva, seja porque já eram mães, seja porque estavam grávidas do primeiro filho; torna-se evidente a vulnerabilidade das adolescentes aos agravos em saúde sexual e saúde reprodutiva. Salientamos que adolescentes tendem a não fazer uso de preservativo sendo este um fator que pode colaborar para aquisição de doenças sexualmente transmissíveis DST e AIDS comprometendo a saúde de um possível filho (BRASIL, 2001b).

3.4- Ações para redução da mortalidade infantil desenvolvidas no

município de Capivari

Muitas ações visando à redução da mortalidade infantil tem sido desenvolvidas no município de Capivari. O estudo busca propiciar subsídios para valorizar ações realizadas, devendo estas ser avaliadas, e propor outras ações educativas capazes de interferir nos índices de mortalidade infantil verificados.

Têm sido realizadas ações de prevenção em relação à sífilis congênita, por meio de testes de VDRL na gestante durante a gravidez e no ato do parto e notificação dos casos detectados de sífilis congênita. Tais ações favorecem cuidados precoces, não permitindo que a doença evolua. Neste sentido, também são realizadas campanhas de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) com diferentes grupos, atingindo trabalhadores em empresas, mulheres, gestantes, adolescentes, grupos de terceira idade e trabalhadores da saúde.

Aproveitando o espaço da sala de espera, onde as gestantes aguardam pela consulta de rotina no pré-natal, são realizados grupos de gestantes na Unidade de Saúde, na região central da cidade, fazendo uso de ações educativas com equipe interdisciplinar de saúde, reforçando em especial as questões de alimentação saudável para a mãe e o aleitamento materno e orientação ao cuidado com o bebê.

Em relação à investigação das causas de óbitos infantis, o Comitê de Prevenção de Óbito Infantil e Fetal rotineiramente faz verificação das causas de óbitos no município ou mesmo se ocorrer fora do município óbitos de moradores de Capivari.

No que diz respeito ao indicador de internação por infecções respiratórias agudas, o município tem buscado ampliar a acessibilidade às consultas de atenção básica em pediatria. Todavia, as principais ações estão voltadas para o atendimento ao paciente já acometido pela doença, podendo devido às condições do ar no inverno, com seca, baixa umidade e queima da cana-de-açúcar próximo a região urbana piorar este caso. Desta forma, o município tem participado dos fóruns de debate relacionados a saúde e queimadas, bem como da condição de vida dos cortadores de cana, mais

diretamente relacionados a este quadro.

Quanto à prevenção de gravidez na adolescência, têm sido realizadas palestras em escolas para adolescentes a partir de 12 anos de idade com equipe multidisciplinar formada por médicos, psicólogos, sociólogos e enfermeiros. Também, nas Unidades de Saúde, os profissionais que acompanham o fornecimento de preservativos foram capacitados para não apresentarem pré-conceito com adolescentes, auxiliando-os ou orientando-os em relação a dúvidas sobre sexualidade, respeitando o Estatuto da Criança e do Adolescente que prevê direito a privacidade do adolescente quanto a sua sexualidade.

Como parte da proposta do Pacto pela Saúde, o município tem participado de pactuações regionais estabelecendo parcerias com a Santa Casa e os demais municípios que formam a micro-região de Capivari em busca de maior acessibilidade a consultas e internações hospitalares, formando um consórcio informal, ampliando a gama de atendimentos oferecida aos municípios. Contudo, resente-se da necessidade de estender esta parceria para possibilitar a implantação de um programa ambulatorial de alto-risco para crianças com agravos que necessitam de vigilância constante.

Algumas ações citadas estão além das ações educativas, atingindo ações estruturais como ampliação do acesso de gestantes a consultas e exames e definição de equipe de referência mais próxima à residência da gestante através da ampliação da cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF).

Em relação ao exposto, cabe destacar que, ainda hoje, poucas das medidas e focalizam promoção em saúde, demonstrando que as ações educativas em saúde são ainda bastante tímidas. Desta forma, é importante valorizar as ações realizadas a partir de uma avaliação de sua efetividade e trazer novas propostas.

3.5 Propostas de ações educativas para a redução da mortalidade infantil

no município de Capivari

As ações de educação em saúde são uma importante contribuição para a ampliação da política de Promoção de Saúde, uma das propostas do Pacto pela Saúde. No entanto, estas ações não são absolutas no que diz respeito à solução dos problemas que envolvem o adoecimento da população ou mesmo a redução da mortalidade infantil, mas são ferramentas de fácil acesso e de grande valor agregado se utilizadas devidamente e direcionadas ao público certo. Todavia, ações estruturais e de assistência à saúde também devem ser constantemente revistas e receber investimentos.

Desta forma, diante dos indicadores epidemiológicos que se relacionam com os coeficientes de mortalidade infantil no município de Capivari, apresentados anteriormente, passaremos a discutir ações educativas que poderiam ser desenvolvidas e/ou ampliadas visando à melhoria destes coeficientes e, conseqüentemente, à redução da mortalidade neonatal, conforme a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b).

Assim, a ampliação dos serviços de saúde, buscando levar o acesso à saúde às comunidades mais carentes, seja pela implantação de ambulatórios de puericultura, seja pela ampliação das ações do Programa de Saúde da Família, pode colaborar fortemente para a redução da mortalidade infantil no município. Estes espaços podem favorecer o aumento de ações educativas tais como: maior contato com as gestantes, com maior número de consultas pré-natais, e o processo de busca ativa as puérperas ou recém-nascidos. Neste sentido, se torna importante ampliar o serviço de busca de gestantes cadastradas com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde que compõem o Programa de Saúde da Família. Para estas gestantes ou mães com bebês recém nascidos, podem ser organizados grupos voltados à conscientização de cuidados com o corpo (materno) e do bebê, ações preventivas, a importância da imunização por meio das vacinas, entre tantos outros temas que podem favorecer a melhoria da qualidade de vida das mães e de seus filhos sendo este tipo de ação importante preceito da política de Promoção de Saúde que busca capacitar o sujeito como agente de sua própria saúde. Tais ações

podem ser mais efetivas se forem descentralizadas atingindo as Unidades Básicas de Saúde, o que favorece o acesso maior a população.

Ainda nestes mesmos espaços, podem ser implementadas ações de incentivo ao aleitamento materno, com palestras para gestantes e familiares. Para um programa de acompanhamento eficaz, pode-se investir em ações interdisciplinares com a presença de nutricionista, enfermeiro, psicólogo, fonoaudiólogo entre outros profissionais da área da saúde. Ao mesmo tempo, cabe ampliar a divulgação e participação do programa de entrega de leite (Viva Leite) em convênio com o governo estadual, que atende às necessidades das crianças maiores, já fora do alcance do aleitamento materno.

Ações educativas voltadas ao programa de planejamento familiar também podem ser desenvolvidas nestes espaços, visando à diminuição da taxa de fecundidade por meio do grupo de orientação aos métodos anticoncepcionais, temporário ou definitivos, criando fóruns de debates e esclarecimentos relativos ao tema, ampliando o programa de planejamento familiar realizado com casais.

Outro foco importante são as adolescentes. A elas deve-se dedicar uma atenção especial, já que a gravidez na adolescência as coloca em situação de risco, e colabora de forma significativa para os coeficientes de mortalidade infantil encontrados. Nos ambulatórios e Programas de Saúde da Família, elas devem constituir-se em preocupação constante demandando atuações pertinentes. Grupos de discussão/informação, palestras, vivências, formas múltiplas de atingir este grupo social de risco foram implantados em uma escola estadual, como projeto piloto, com psicólogo, enfermeiro e sociólogo da Secretaria Municipal de Saúde por meio do ambulatório de prevenção de DST/Aids.

É importante também aos serviços de saúde a prestação de uma assistência adequada e o desenvolvimento de ações educativas que abordem a sexualidade com informações claras e científicas, introduzindo gênero, classe social e as diferenças culturais de iniciação da vida sexual e reprodutiva, de modo que a informação aporte maiores conhecimentos e seja mais resolutiva. Deve, ainda, buscar a integração destas propostas com outros setores, para que a resposta social dê conta de apoiar as adolescentes em suas decisões de

auto-cuidado (BRASIL, 2004a). Ações educativas voltadas para a divulgação e esclarecimentos sobre as DST e os cuidados necessários para evitar o contato com estas doenças também são necessárias e já têm sido desenvolvidas no município de Capivari, focalizando diferentes idades, sendo pactuados no PAM (Plano de Ações e Metas) do programa nacional de DST/Aids como compromisso assumido entre as três instâncias de gestão.

Cabe ressaltar que ações educativas já estão sendo dirigidas para este grupo no município, principalmente no ambiente escolar pela Secretaria Municipal de Saúde em uma parceria com a Secretaria Municipal de Educação e a Delegacia Regional de Ensino que coordena as escolas estaduais. Todavia, os indicadores encontrados de gravidez na adolescência permanecem estáveis no período pesquisado, apontando que essas ações precisam ser avaliadas a fim de verificar sua efetividade, evidenciando maior atenção e planejamento cuidadoso.

Um novo projeto foi proposto ao Ministério da Saúde em outubro de 2007, solicitando uma parceria para implantação de um centro de referência à saúde do adolescente nos moldes propostos pela Casa do Adolescente, implantados em outros municípios do estado de São Paulo. Este projeto terá como uma de suas metas prevenir a violência contra o adolescente, principalmente exposto a sexualidade precoce com poucas informações. Desta forma, este público teria um espaço totalmente direcionado aos seus interesses e suas necessidades.

No que se refere às ações educativas focalizando as infecções respiratórias, pouco tem sido feito. Esta enfermidade acomete significativamente a população e neste sentido cabe a implantação de um programa de prevenção para problemas respiratórios que envolvam desde ações ambientais até ações direcionadas para controle de asma, rinite e bronquite com profissionais especializados, além de ações educativas voltadas para cuidados pessoais e dentro do possível ambientais.

Para além das ações educativas, é certo que atividades voltadas para a política de Promoção da Saúde são bem vindas, favorecendo a qualidade de vida, saúde da população e a mortalidade infantil. Providências em busca da melhoria das condições gerais de vida da população são fundamentais tais

como: ampliação do acesso ao programa Bolsa Família¹²; desenvolvimento nutricional (melhor aproveitamento de alimentos); aumento da cobertura do saneamento básico, integrando propostas da Secretaria de Saúde com a Secretária de Planejamento do município; aquisição de novos equipamentos médicos e da área da saúde favorecendo o acesso às tecnologias modernas disponíveis; informatização do serviço de saúde no município visando aperfeiçoar o uso dos recursos financeiros e físicos; imunizações em crianças com o plantel de vacinas oferecidas pelo Ministério da Saúde e ampliação dos tipos de vacinas ofertadas (por exemplo, a vacinação contra gripe para crianças de 6 meses a 2 anos, especialmente para as que apresentem algum agravo como otite de repetição, bronquite crônica, rinite alérgica) entre outros.

A Promoção da Saúde é uma necessidade constante, para tanto, o município deve estabelecer espaços permanentes de debates e diálogos com diferentes representações sociais, a fim de possibilitar uma gestão participativa, e estabelecer co-responsabilidades acerca da saúde entre trabalhadores e usuários. Deste modo, o município efetivamente pode implantar/implementar as ações propostas pelo Pacto pela Saúde, e estabelecer a Defesa do SUS, o Compromisso de Gestão e a Defesa da Vida.

¹² O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência direta de renda com condicionalidades que beneficia famílias pobres (com renda mensal por pessoa de R\$ 60,01 a R\$ 120,00) e extremamente pobres (com renda mensal por pessoa de até R\$ 60,00), e tem como objetivo combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional (**BRASIL**, 2007).

CAPÍTULO IV
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as os princípios do SUS, defende-se que um dos recursos para alcançar saúde está a equidade, sendo esta vista como um dos focos da promoção da saúde. Este trabalho mostrou a importância de um comprometimento não só do governo por meio de seus setores de saúde, mas também de toda a sociedade, sendo este um dos pontos defendidos pelas Conferências Mundiais de Promoção de Saúde, nas quais se valorizam a intersetorialidade, a participação social, a sustentabilidade dos programas, o aumento do investimento em capacitação e fomento a saúde.

Alcançar a promoção da saúde para as populações é uma meta almejada nos mais diferentes cantos do mundo. Para a promoção da saúde, são necessárias ações de grande magnitude, favorecendo a qualidade de vida das populações, como saneamento básico, qualidade do meio ambiente entre outras. Entretanto, ações de pequena monta também são indispensáveis para a promoção da saúde no que tange aos indivíduos, e entre tais ações destaca-se a educação para a saúde como importante instrumento de conscientização e mudança de hábitos visando melhor qualidade de vida.

Neste sentido, este estudo pretendeu contribuir para este debate tendo focalizado o caso de um município de pequeno porte, do interior do estado de São Paulo, refletido sobre seus indicadores relativos à mortalidade infantil, e propostas de ações educativas potencialmente capazes de gerar mudanças nos coeficientes encontrados. O pressuposto principal é de que tais ações se mostram fundamentais para o alcance da promoção da saúde para todos.

Cabe ressaltar que várias ações voltadas para a educação em saúde da população já são realizadas no município de Capivari, todavia, elas merecem ser ampliadas e aprimoradas com base nos indicadores encontrados. Neste sentido, apesar de focalizar a realidade de um município, este estudo pretende colaborar mostrando como cada município poderia refletir sobre sua própria condição, a partir dos dados epidemiológicos disponíveis, e pensar ações de promoção e educação em saúde condizente com sua realidade.

Em relação à redução da mortalidade infantil, especificamente, alvo de nossa análise, cada município deve ter por meta alcançar os índices preconizados pela Organização Mundial de Saúde (10 óbitos por mil nascidos vivos). Capivari não está distante desta meta, todavia, para atingi-la, precisará

implementar ações, especialmente as educativas, para modificar contingências presentes que ainda favorecem casos de óbito infantil.

No momento atual da política de saúde no Brasil, no qual o Pacto pela Saúde vem defender a co-gestão dos processos de saúde, com responsabilidade compartilhada entre as diversas instâncias federativas, aumenta-se a expectativa de que o atendimento à população e a promoção da saúde sejam mais efetivas em todo o país. Diante disto, o município tem um importante papel, avaliando seus indicadores e percebendo suas necessidades, para melhor direcionar suas metas e buscar uma gestão participativa, definindo co-responsabilidades na construção da saúde, implementando ações de promoção de saúde com apoio de ações educativas a fim de que a comunidade se sinta parte deste processo.

Este estudo aponta ainda para a importância dos gestores como agentes que podem favorecer o acesso aos dados relativos à situação da saúde nos municípios e melhor direcionar as ações de atendimento e promoção da saúde. Neste sentido, é necessário que o gestor de saúde esteja aberto para compreender as mudanças sociais que ocorrem e cumpra de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde considerando os contextos sociais, buscando possibilitar a construção da co-gestão da saúde, com a participação de diferentes atores na gestão como o trabalhador e o usuário do sistema de saúde. Construindo espaços coletivos que possibilitem a autonomia dos diferentes atores, como sugerido por Campos (2007) no Método da Roda, onde se busca o fortalecimento do Sujeito e a democratização das instituições como um importante caminho para a co-gestão e co-construção da saúde.

Podemos destacar, também, que os processos de comunicação/educação voltados para a população têm se mostrado historicamente pobres e pouco sensíveis quando consideradas as realidades locais (conforme discutido no capítulo inicial deste estudo), aliados à falta de estímulos e suporte sociais diversos, bem como à carência e à indisponibilidade de recursos materiais e tecnológicos, dificultando atitudes mais efetivas de ações educativas em saúde. Nesta direção, a postura dos gestores propondo e enfrentado tais obstáculos se faz ainda mais necessária

para se alcançarem as metas de promoção da saúde.

O Sistema Único de Saúde do Brasil é a maior política pública social do mundo, no entanto, apesar dos avanços na saúde, persistem as iniquidades sociais, mostrando a necessidade de pensar estratégias diferentes para diferentes regiões do Brasil. Assim, para organizar a forma de atenção prestada, otimizar os gastos e tornar eficientes as ações, é necessário realizar um diagnóstico correto das necessidades de saúde estabelecendo um compromisso de gestão entre as diferentes instancias federativas.

Desta forma, o Pacto pela Saúde foi proposto como conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde, que dividido em Pacto em defesa do SUS, Pacto de Gestão e Pacto pela Vida, redefine as responsabilidades de cada gestor estabelecendo um conjunto de compromissos sanitários na busca da equidade social. Ao assinar o Termo de Compromisso de Gestão, os gestores estão comprometendo-se a estabelecer um processo permanente de pactuação e co-gestão solidária.

Ao final deste estudo, acredita-se que este momento é determinante para o sistema público de saúde e certamente novos horizontes poderão ser vislumbrados para minimizar velhas carências, norteados pelos princípios do SUS, para alcançar melhor qualidade de vida como base de uma vida saudável.

REFERÊNCIAS

AROUCA A. *Reforma sanitária brasileira*. São Paulo: Tema /Radis, 1988.

ARRETCHE, M.T.S. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol. 14, Nº 40, 111-141. Junho. 1999.

ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; MATSUO, T.; SOUZA, R.K.T.; MATHIAS, T.A.F.; TWAKURA,; M.L.H. & ZEQUIM, M.A. Condições de vida e mortalidade infantil no Estado do Paraná, Brasil, 1997/2001. In: *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(1): 181-189, jan, 2006.

BERTOLLI FILHO, C. *História da saúde pública no Brasil*: Série História em movimento. 3ª edição. São Paulo: Ática, 2001.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social (Mds). *Programa Bolsa Família*: Brasília, DF. Disponível em <<http://www.mds.gov.br>>. Acesso em 07mai. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 8.080* . Diário Oficial da União: Poder Executivo. Brasília, DF, 19 set. 1990a.

_____, *Lei nº 8.142*:. Brasília, DF, 28 de dez. de 1990b.

_____,*Lei nº 1.982*: Brasília, DF, 1990c.

_____, *Norma Operacional Básica do SU-01/1993*: Inf. Epid SUS, número especial. Brasília, DF, 1993.

_____, *Norma Operacional Básica do SUS- NOB-SUS 01/96*: DOU 70:17064. Brasília, DF, 2 de dez. de 1996a.

_____,*Promoção da Saúde*. Brasília, D.F. 1996b.

_____, Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). *Promoção*

da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, DF, 1996c.

_____, *Manual para a organização da atenção básica*: Brasília, DF, novembro de 1998.

_____, *Constituição da República Federativa do Brasil*: 5 de outubro de 1988:, Disponível em <<http://www.senado.gov.br/bdtextual/const88/con1988br.pdf>>. Acesso em 22 dez. 2001. Atualizada até a Emenda Constitucional n° 29. Brasília DF, 2001a.

_____, *Saúde da mulher*. Brasília, DF, 2001b.

_____, *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes*. Série B. Textos Básicos de saúde. Brasília, DF, 2002.

_____, *Área Técnica de Saúde da Mulher. Plano de ação programática*: Ministério da Saúde, DAPE. Brasília, 2003.

_____, *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*. Princípios e Diretrizes: Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2004a.

_____, *Plano nacional de saúde 2004-2007*: Brasília, DF, 2004b.

_____, *Portaria n° 1.190*: Brasília, DF, 14 de julho de 2005a.

_____, Comitês de mortalidade infantil. In.: *Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal*. 12-16. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2005b.

_____, *Marco Legal: Saúde, um direito de adolescentes*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2005c.

_____, Mortalidade Infantil. In.: *Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal*. 4-11. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2005d.

_____, Portaria/GM Nº 699, de 22 de fevereiro de 2006. *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. S É R I E Pactos Pela Saúde. Brasília, DF. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/dad>>. Acesso em 15 jul. 2006.

_____, *Calendário de Vacinas*: Brasília, DF, 2007a.

_____, *Indicadores de Saúde do município de Capivari* Brasília: Ministério da Saúde, Datasus. Brasília, 2007b.

_____, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/index.asp>. Acesso em 12 ago. 2007c.

CAMPOS, G.W.S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 3ª edição, Editora Hucitec. São Paulo, 2007.

CANÇADO, J.E.D. – *Queima da cana de açúcar e seus efeitos na saúde humana na região canavieira de Piracicaba*, Tese de doutorado defendida na Universidade de São Paulo na Faculdade de Medicina, São Paulo, Brasil, 1998.

CAPIVARI. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano Municipal de Saúde, 2005-2008*: Capivari, SP.

_____, *Indicadores de Atenção Básica*: Capivari, SP, 2000.

_____, *Relatório de Gestão 2006*: Capivari, SP, 2007a.

_____, Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Capivari. Disponível em <<http://www.capivari.sp.gov.br>>. Acesso em 10 maio 2007b.

_____, Movimento de AIH – Arquivos Reduzidos – Brasil / Frequência por mês de procedimentos realizados na Secretaria Municipal de Saúde de Capivari, 2007c.

_____, Dados município de Capivari. Página oficial disponível em <<http://www.capivari.sp.gov.br>>. Acesso em 17 ago. 2007d.

CARDOSO, M.P.V. Políticas de Saúde no Brasil. In.: CIAP em revista (Edição Especial). Centro Integrado e Apoio Profissional. OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público. Ano I / nº 04. 4-9. Londrina, Paraná, 2006.

COLN, A. O Estudo das Políticas de Saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS et al - *Tratado de Saúde Coletiva*. 219-246. São Paulo / Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2007.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE / CONASS. Reorientação do modelo Assistencial. In.: Promoção e atenção à saúde. Série Progestores. 126-191. Brasília, 2005

DATASUS, Departamento de Informática do SUS. Rede interagerencial de informações para a saúde. Indicadores e dados básicos para a saúde – IDB 2002. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2002/c01.htm>>. Acesso em 07 jul. 2007).

DIAS JUNIOR, J.F. & FRANCO, L. *Capivari: Terra Esperança e Paixão*. Guia Histórico e cultural. Prefeitura Municipal de Capivari. Gráfica Pizelly. Capivari, SP, 2003.

FERREIRA, R.F. & BUSS, P.M. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In.: *Promoção da Saúde*: Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde - Brasília, DF, 2001.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1969.

GAMA, S.G.N. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. In: *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: n^o 18, supl. 1, 2002.

HOLCMAN, M.M.; LATORRE, M.R.D.O. & SANTOS, J.L.F. Evolução da mortalidade infantil na região metropolitana de São Paulo, 1980-2000. In: *Revista de Saúde Pública*, 2004; 38(2): 180-186. Disponível em <<http://www.fsp.usp.br/rsp>>. Acesso em 10 julho 2007.

IJUIM, J.M.O.: *A Presença de Ruído Ambiental e a Qualidade da Voz do Professor em uma Escola Cenecista*: Dissertação de Mestrado. Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP. Piracicaba/SP, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Estimativas de população para Capivari em 2004/2005*: Ministério da Saúde, Datasus. Brasília, 2007.

_____. *Assistência Médica Sanitária, 2005*; Malha municipal digital do Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2006. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>>. Acesso em 15 jul. 2007.

_____. *Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais*: MS/SE/DATASUS. Disponível em <<http://www.ibge.org.br>>. Acesso em 22 jul. 2005.

HOLCMAN, M.M.; LATORRE, M.R.D.O. & SANTOS, J.L.F. Evolução da mortalidade infantil na região metropolitana de São Paulo, 1980-2000. In: *Revista de Saúde Pública*, 38(2): 180-186, São Paulo, 2004.

KICKBUSCH, I. Promoción de la salud: uma perspectiva mundial. In: *OPS / OMS - Promoción de la salud: uma antologia*: Washington, EUA, 1996.

L'ABBATE, S. Educação e Saúde: uma Nova Abordagem. In: *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 10 (04): 481-490. out/dez, 1994.

LABONTE, R. Estratégias para la promoción de la salud en la comunidad. In: *OPS / OMS – Promoción de la salud: uma antologia*: Washington, EUA, 1996.

LUDKE, M & ANDRÉ, M. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.

NASCIMENTO, L.F.C. & GOTLIEB, S.L.D. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer, com base em informações da Declaração de Nascido Vivo em Guaratinguetá: Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. FUNASA. *Informe Epidemiológico do SUS*. Volume 10 – Nº 3: 113-120, Brasília, DF. Jul/Set. 2001.

NUNES, E.D. Saúde Coletiva: história recente, passado antigo. In: CAMPOS e col. *Tratado de Saúde Coletiva*. 19-40. São Paulo / Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2007.

NUTBEAM, D. Glosario de la promoción de la salud. In: OPAS/OMS. *Promoción de la salud: una antología*: Washington, EUA, 1976.

OLIVEIRA, M.H.C.B. Pactos de Gestão: Divisão de responsabilidades entre Estados e Municípios na descentralização. In.: PIERANTONI, C.R.; VIANNA, C.M. et al. - *Gestão de Sistemas de Saúde*. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Instituto de Medicina Social – IMS. 59-92. Editora Segrekar. Rio de Janeiro, 2003.

ONOCKO CAMPOS, R. & CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia em

questão. In.: CAMPOS e col. *Tratado de Saúde Coletiva*. 669-688. São Paulo / Rio de Janeiro: HUCITEC/FIOCRUZ, 2007.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU, Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento – Brasil: In: Wikipédia –_Enciclopédia livre. Disponível em <<http://pt.wikipedia.org/w/index.php>>. Acesso em 05 jul. 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OPAS/OMS. *Promoción de la salud: una antología*: Washington, EUA, 1976.

PENTEADO, R.Z. *A linguagem o grupo Fonoaudiológico: potencial latente para a promoção da saúde?*: Dissertação de mestrado em Saúde Pública do Departamento de Práticas de Saúde Pública da FSP/USP. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

PEREIRA, I.M.T.B.; PENTEADO, R.Z. & MARCELO, V.C. Promoção da Saúde e Educação em Saúde: uma parceria saudável. In: *O Mundo da Saúde*. São Paulo, ano 24 v.24 n.1 jan./fev. 2000.

SANTOS, R. Políticas Públicas: Pacto pela Saúde 2006 – Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. In.: CIAP em revista (Edição Especial). Centro Integrado e Apoio Profissional. OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público. Ano I / n° 04. 4-9. Londrina, Paraná, 2006.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde - *Resolução CRIS nº 02/86* – Comissão Regional Interinstitucional de Saúde / D.O.E. Seção I, São Paulo, 96(097), sábado 24 de maio de 1986.

_____, *Decreto Estadual Nº33.094 de 22/04/96. Memorando nº 34/96* - Diário Oficial do Estado - Folha 66 da Secretaria de Estado do Governo de São Paulo - São Paulo, 13 de março de 1991.

_____, Redução da mortalidade infantil e materna. In: *Agenda Estadual da Saúde: Metas e justificativas*. Secretaria da Saúde do Governo de São Paulo. Ministério da Saúde. Coordenadoria de Planejamento de Saúde/SES/SP, maio: 6-11. São Paulo, 2001.

_____, *Gravidez na Adolescência*. São Paulo, 2006. Disponível em <<http://www.secretariadasaude/gravideznaadolescencia.org.br>>. Acesso em 04 maio 2007a.

_____, Secretaria Estadual de Saúde/Fundação Seade – *Mortalidade Infantil no estado em 2006: índice é menor que o registrado em 2000*. In: Base unificada de Nascidos vivos e óbitos. SP demográfico, Resenha de Estatísticas Vitais do Estado de São Paulo. Ano 8 – nº2. Disponível em <<http://www.seade.gov.br>>. Acesso em 10 ago. 2007b.

_____, Secretaria Estadual de Saúde/Departamento Regional De Saúde X "Dr. Laury Cullen"- Drs X - Diagnóstico da Rede Assistencial Regional Dados Estaduais No Contexto Regional, In.: _____. *Plano Estadual de Saúde 2008 – 2011* – Secretaria de Estado da Saúde: Coordenadoria de Regiões de Saúde. Piracicaba, SP, 2007c.

SILVA, F.S. & DOBASCHI, B.F. Um novo Pacto no SUS. In: *Divulgação em Saúde para debate*: Rio de Janeiro nº 34, p.9-17, maio 2006.

SILVA, R.C. *A construção da prática fonoaudiológica no nível local norteadada pela Promoção da Saúde no município de Piracicaba*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública apresentada na Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo (USP). São Paulo. 2002.

SINASC - Dados brutos do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos: Ministério da Saúde, Datasus, 2006.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de

la salud pública. In: OPS / OMS. *Promoción de la salud: una antología*. Washington, EUA, 1996.

TESTA, M. et al. *Pensar em saúde*: ABRASCO. Porto Alegre, 1996.

VASCONSELLOS, M.P.C. *Memória da Saúde Pública: a fotografia como testemunha*. ABRASCO. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec, 1995.

VASCONCELOS, C.M. & PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. 531-562. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/FIOCRUZ, 2007.

WALDMANN, I.M. & BEDENDI, T.C.F. *Capivari o caminhar de uma cidade*. EAC..Ed. EME: Capivari, 1999.

WESTPHAL, M.F. Promoção da Saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS et al. *Tratado de Saúde Coletiva*: 635-668. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/FIOCRUZ, 2007.

WIKIPÉDIA - IPEADATA. Acesso em 02 ago. 2007. Disponível em <<http://www.wikipedia.org/wiki/capivari>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Child Resource Institute. *Guidelines for training traditional health practitioners in primary health care*. Geneva; World Health Organization; 1995.

ANEXO:

Anexo i: Calendário Básico de Vacinação da Criança

| IDADE | VACINAS | DOSES | DOENÇAS EVITADAS |
|-----------|---|--------------|---|
| Ao nascer | BCG – ID | dose única | Formas graves de tuberculose |
| | Vacina contra hepatite B (1) | 1ª dose | Hepatite B |
| 1 mês | Vacina contra hepatite B | 2ª dose | Hepatite B |
| 2 meses | Vacina tetravalente (DTP + Hib) (2) | 1ª dose | Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b |
| | VOP (vacina oral contra pólio) | 1ª dose | Poliomielite (paralisia infantil) |
| | VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (3) | 1ª dose | Diarréia por Rotavírus |
| 4 meses | Vacina tetravalente (DTP + Hib) | 2ª dose | Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b |
| | VOP (vacina oral contra pólio) | 2ª dose | Poliomielite (paralisia infantil) |
| | VORH (Vacina Oral de Rotavírus Humano) (4) | 2ª dose | Diarréia por Rotavírus |
| 6 meses | Vacina tetravalente (DTP + Hib) | 3ª dose | Difteria, tétano, coqueluche, meningite e outras infecções causadas pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b |
| | VOP (vacina oral contra pólio) | 3ª dose | Poliomielite (paralisia infantil) |
| | Vacina contra hepatite B | 3ª dose | Hepatite B |
| 9 meses | Vacina contra febre amarela (5) | dose inicial | Febre amarela |
| 12 meses | SRC (tríplice viral) | dose única | Sarampo, rubéola e caxumba |
| 15 meses | VOP (vacina oral contra pólio) | reforço | Poliomielite (paralisia infantil) |

| | | | |
|---------------|---------------------------------|---------------|-------------------------------|
| | DTP (tríplice bacteriana) | 1º reforço | Difteria, tétano e coqueluche |
| 4 - 6 anos | DTP (tríplice bacteriana) | 2º reforço | Difteria, tétano e coqueluche |
| | SRC (tríplice viral) | reforço | Sarampo, rubéola e caxumba |
| 10 anos | Vacina contra febre amarela | reforço | Febre amarela |

1. A primeira dose da vacina contra a hepatite B deve ser administrada na maternidade, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido. O esquema básico se constitui de 03 (três) doses, com intervalos de 30 dias da primeira para a segunda dose e 180 dias da primeira para a terceira dose.
2. O esquema de vacinação atual é feito aos 2, 4 e 6 meses de idade com a vacina Tetravalente e dois reforços com a Tríplice Bacteriana (DTP). O primeiro reforço aos 15 meses e o segundo entre 4 e 6 anos.
3. É possível administrar a primeira dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano a partir de 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias de idade (6 a 14 semanas de vida).
4. É possível administrar a segunda dose da Vacina Oral de Rotavírus Humano a partir de 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias de idade (14 a 24 semanas de vida). O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 4 semanas.
5. A vacina contra febre amarela está indicada para crianças a partir dos 09 meses de idade, que residam ou que irão viajar para área endêmica e área de risco potencial. Se viajar para áreas de risco, vacinar contra Febre Amarela 10 (dez) dias antes da viagem.

Fonte: Brasil, 2007a.