

ISSN (on-line): 2238-3182
ISSN (Impressa): 0103-880X
CAPES/Qualis: B2

Volume: 22. (Suppl.7)

[Voltar ao Sumário](#)

| | | |
|----------|-----|--------------|
| Imprimir | PDF | Estatísticas |
|----------|-----|--------------|

ARTIGOS DE REVISÃO

Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios

Public policies focused on child mortality reduction: a history of challenges

Laura Monteiro de Castro Moreira¹; Cláudia Regina Lindgren Alves²; Soraya Almeida Belisário³; Mariana de Caux Bueno⁴

1. Administradora pública. Mestre em Ciências da Saúde - UFMG. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG - Brasil
2. Professora Adjunta III do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Belo Horizonte, MG - Brasil
3. Professora Adjunta IV do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG - Brasil
4. Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG - Brasil

Endereço para correspondência

Laura Monteiro de Castro Moreira
Rodovia Prefeito Américo Gianetti, s/n, Prédio Minas, 12o andar, estação 732 Bairro: Serra Verde
Belo Horizonte, MG - Brasil
E-mail: laura.moreira@saude.mg.gov.br

Instituição: Faculdade de Medicina da UFMG Departamento de Pediatria. Belo Horizonte, MG - Brasil

RESUMO

A mortalidade infantil é destacada historicamente como um grave problema social, uma vez que reflete o estado de saúde da parcela mais vulnerável da população, os menores de um ano. Políticas públicas voltadas para a saúde da criança e para a redução da mortalidade infantil não são recentes no Brasil. Entretanto, apesar dos avanços obtidos até o momento, a taxa de mortalidade infantil ainda encontra-se em níveis considerados eticamente inaceitáveis, evidenciando a necessidade de formulação e execução de políticas públicas pautadas em intervenções múltiplas e complexas. Este artigo apresenta um histórico dos principais programas e projetos de saúde da criança implantados até o momento no Brasil e em Minas Gerais. Seu objetivo é resgatar a trajetória das intervenções, indicar os novos desafios nesse campo e estimular a reflexão acerca de novas estratégias para enfrentamento da redução da mortalidade infantil no estado e no país.

Palavras-chave: Políticas Públicas de Saúde; Mortalidade Infantil; Saúde da Criança.

INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil é destacada historicamente como um dos principais problemas sociais. Ao expressar o estado de saúde da parcela mais vulnerável da população, as crianças menores de um ano, a taxa de mortalidade infantil é um indicador capaz de refletir as condições de vida e os níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico de uma comunidade.¹

Tendência à queda da taxa de mortalidade infantil vem sendo observada em todo o mundo desde a década de 1950 e de maneira ainda mais acentuada a partir dos anos 1980.² A redução da fecundidade, a expansão de serviços de saúde e de outros benefícios sociais e o maior acesso a novas tecnologias em saúde vêm contribuindo para esse decréscimo.³

No continente americano, a taxa de mortalidade infantil apresentou queda significativa, passando de média de 90,34 óbitos de menores de um ano em cada 1.000 nascidos vivos nos anos 1950 para média de 31,31 nos anos 1990.³

No Brasil, também foi percebida expressiva redução desse indicador. Na década de 1970, a mortalidade infantil atingia patamares próximos dos de países subdesenvolvidos da África e da Ásia, ultrapassando 90 óbitos por 1.000 nascidos vivos, sendo que considerável parcela desses óbitos foi atribuída a causas passíveis de prevenção, principalmente ao binômio infecção-desnutrição.⁴ Já em 1990, a TMI era de 48,3‰², caindo ainda mais na década seguinte, chegando em 2009 a 14,8 óbitos de menores de um ano por 1.000 nascidos vivos.⁵

Em Minas Gerais, estudo realizado pela Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG) revela o decréscimo de 11,5% na taxa de mortalidade infantil no período de 1998 a 2000, passando de 23,5 para 20,79 óbitos de menores de um ano em cada 1.000 nascidos vivos no último ano em análise⁶. Dados mais recentes demonstram novo decréscimo da TMI no estado, alcançando o valor de 13,97‰ em 2009.⁵

De acordo com os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de mortalidade infantil é considerada aceitável quando se apresenta inferior a dois dígitos.⁷ Sob esse ponto de vista, apesar dos avanços observados, a TMI ainda encontra-se em níveis eticamente inaceitáveis tanto no país, como em Minas Gerais, evidenciando a necessidade de formulação e execução de políticas públicas pautadas em intervenções múltiplas capazes de fazer uma análise crítica sobre esse indicador, considerando não apenas a causa da morte, mas as condições de vida das famílias e as diferentes realidades de atuação.

Para compreender os desafios a serem enfrentados e estimular a reflexão acerca de novas estratégias para enfrentamento desse problema, é importante conhecer a trajetória das políticas de saúde da criança. Este é o artigo de revisão do projeto de pesquisa "Centros Viva Vida de Referência Secundária: um estudo de caso da atenção pediátrica", aprovado pelo Parecer nº. ETIC 241/09 do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG). Seu objetivo é apresentar um histórico dos principais programas e projetos implantados até o momento no Brasil e em Minas, indicando os rumos da saúde da criança no país e no estado.

POLITICAS DE SAUDE DA CRIANÇA NO BRASIL

Políticas públicas consistem na tradução das propostas de governos democráticos em ações que produzirão resultados ou mudanças numa dada realidade.⁸ Elas compreendem o conjunto de intervenções no nível dos grandes objetivos e eixos estratégicos de atuação, desdobrando-se em programas e projetos.⁹ A saúde destaca-se como eixo estratégico de intervenção pública, sendo o cuidado com a saúde da criança uma das prioridades desse eixo.

A implantação de políticas públicas voltadas para a saúde da criança e para a redução da mortalidade infantil não é recente no Brasil. O trabalho *Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil*² mostra que a taxa de mortalidade infantil (TMI) em 1930, apesar de seu elevado valor, já refletia um lento, porém constante, declínio, reflexo da implantação de políticas sanitárias nos centros urbanos no início do século XX.

Nos anos seguintes, essa tendência à queda da TMI continuou, mas sua velocidade diminuiu em meados da década de 1960, devido à crise social e econômica vivenciada no país, a qual afetou diretamente toda a população.²

Na década de 1970, o caos no setor público e os indicadores em níveis bastante elevados exigiram intervenções governamentais para reverter a situação de saúde no Brasil. Diante da gravidade da realidade epidemiológica e da intensidade da pressão social por melhores condições de vida, várias ações nos diversos setores sociais (saúde, educação, saneamento, etc.) foram implementadas no país.⁴

Data desse período uma das primeiras tentativas de estruturação de ações voltadas para a redução da mortalidade infantil e materna, a criação do Programa Materno Infantil, que iniciou o processo de implantação de coordenações estaduais voltadas para a atenção a esse segmento da população.¹⁰

Esse Programa se desdobrou, durante a década de 1980, em várias outras iniciativas. Em 1981, o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) foi criado a fim de incentivar a prática do aleitamento materno e reduzir o desmame precoce. Para isso, a estratégia proposta compreendia intervenções nas causas consideradas obstáculos ao aleitamento materno, tais como a organização dos serviços de saúde, a falta de controle sobre leites industrializados, educação e trabalho da mulher. Alguns avanços foram obtidos durante os dois anos de atuação do PNIAM, o que pode ser considerado o primeiro passo efetivo para o desenvolvimento de ações com foco na melhoria da qualidade de vida das crianças.⁴

Em 1984, diante de um perfil epidemiológico marcado pelas altas taxas de morbimortalidade por doenças infecto-parasitárias, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), no qual propunha uma série de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde das crianças de zero a cinco anos. Com o intuito de maximizar o alcance da assistência infantil no país, foram identificadas e priorizadas ações básicas com comprovada eficácia no controle dos problemas mais relevantes de saúde e que exigiam reduzida complexidade tecnológica. Todo o esforço era direcionado para cinco principais eixos de intervenção: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno e orientação para o desmame, imunização, prevenção e tratamento das infecções respiratórias e das diarreias agudas.¹¹

Nesse contexto, foram implantados o cartão da criança, a terapia de reidratação oral, a sistematização do uso de antibióticos e do atendimento por grau de gravidade das infecções respiratórias, a adequação do calendário de vacinação e a promoção de campanhas, além de uma grande estratégia de sensibilização e treinamento de profissionais de saúde envolvidos na operacionalização do programa.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e a publicação da legislação que o regulamentou, inúmeros foram os avanços obtidos em relação às políticas públicas de atenção à saúde. A Constituição Federal estabelece que a saúde é um direito universal e dever do Estado, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.¹²

A partir de então, várias ações foram desenvolvidas, entre as quais se destacam dois marcos importantes. O primeiro foi a criação, em 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF), que promoveu a reorganização dos serviços básicos, trazendo sua oferta para mais perto dos cidadãos e concentrando o foco na qualidade de vida.¹³ O outro foi a publicação da Norma Operacional Básica nº.1/1996 (NOB-96), que alterou a lógica de financiamento do SUS, considerando uma combinação de critérios pautados nas características da população e na oferta de serviços para definir o volume da transferência de recursos, além de fornecer incentivos financeiros para programas de saúde considerados estratégicos.¹⁴

No que se refere mais especificamente à atenção à saúde da criança, avanços foram obtidos ao longo do processo de implantação do SUS, tanto no campo normativo, por exemplo, com a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em 1990¹⁵, quanto no âmbito operacional, com a implantação de novas políticas e projetos e o fortalecimento de ações que já estavam sendo desenvolvidas.

As ações de incentivo ao aleitamento materno foram reforçadas com a distribuição de material educativo e capacitações. Em 1988, a Portaria do Ministério da Saúde nº. 322 contemplou todas as etapas de implantação e funcionamento de Bancos de Leite Humano, tornando o Brasil o primeiro país a possuir tal instrumento.¹⁶ Em 1992, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) foi incorporada pelo Ministério da Saúde como ação prioritária, tendo como objetivo mobilizar toda a equipe de saúde dos hospitais-maternidade, estabelecimentos com leitos de parto, para que modificassem condutas e rotinas responsáveis pelos altos índices de desmame precoce.¹⁷

Em relação à imunização, a política descentralizadora do SUS fez com que o Programa Ampliado de Imunização (PAI), criado em 1975, avançasse, contribuindo para sua execução em nível local e melhorando a cobertura vacinal.¹⁸

Em 1996, foi implantada a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), no intuito de alcançar as Metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância. Seu objetivo consiste em sistematizar o atendimento à criança em sua integralidade na rotina dos serviços de saúde desenvolvidos pela atenção primária. Dada a diversidade do Brasil, o processo de implantação do AIDPI contemplou adaptações às características epidemiológicas regionais e às normas nacionais, caracterizando-se como uma alternativa para o desenvolvimento de ações já existentes para o controle das doenças prevalentes na infância, porém primando pela lógica da integralidade.⁴

O Método Mae-Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, cujas primeiras experiências no Brasil foram realizadas em 1992, ganhou força no ano 2000 com a publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº. 693, que formaliza as normas de orientação para implantação desse método.¹⁹

A Triagem Neonatal, também conhecida como "Teste do Pezinho", teve início em 1976 e avançou muito em 2001 com a implantação do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). Diante do pressuposto de que só identificar as diversas doenças congênitas ou

infecciosas, assintomáticas no período neonatal, não era o suficiente, o Ministério da Saúde estabeleceu como objetivos do PNTN a ampliação da cobertura, visando a 100% dos nascidos vivos, a busca ativa dos pacientes triados, sua confirmação diagnóstica e o acompanhamento e tratamento adequados dos pacientes identificados.²⁰

É válido ressaltar que, além das várias ações desenvolvidas, o contexto era rico em reflexões sobre as políticas de saúde da criança. Em 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), ao analisar os grandes problemas mundiais discutidos na última década, delineou oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, a serem alcançados até 2015 por todos os países signatários. Dos oito objetivos estabelecidos, destaca-se o de número quatro: a redução da mortalidade infantil. Sua principal meta é a redução da mortalidade dos menores de cinco anos em dois terços, no período de 1990 a 2015.²¹

O próprio Ministério da Saúde, no documento *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*²², reconhece que, apesar dos avanços obtidos, os indicadores de saúde demonstravam que um longo caminho ainda deveria ser percorrido para a garantia da atenção integral às crianças brasileiras, tal como previsto pela Constituição Federal e pelo ECA. Assim, é proposto um pacto com os estados e municípios visando à redução da mortalidade infantil e à organização de uma rede de assistência pública integral, qualificada e humanizada em benefício da criança brasileira.

Para estruturar essa rede única e integrada de assistência à criança, as estratégias apresentadas no documento compreendem: o estabelecimento de uma linha de cuidado integral, com a identificação das ações prioritárias a serem observadas pelos serviços de saúde nos diversos níveis de organização do SUS, e a formalização de compromissos para qualificação da atenção prestada à criança, consolidando um movimento em defesa da vida, caracterizado pela responsabilização pela prevenção das mortes precoces e evitáveis. Nesse contexto, foi publicada, ainda em 2004, a Portaria GM/MS nº. 1.258²³, que instituiu o Comitê Nacional de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.

Em 2006, foi lançado o Pacto pela Saúde, um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão do SUS (União, estados e municípios), com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. O aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e gerenciais são realizados por meio dos três componentes que compoem o Pacto pela Saúde, respectivamente, o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.²⁴

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. Entre os objetivos e metas definidos como prioritários destaca-se a redução da mortalidade infantil e materna. Para isso, são previstas ações para a redução da mortalidade neonatal e dos óbitos por pneumonia e diarreia, além da criação de comitês de vigilância do óbito e de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes na infância.²⁴

Visto esse breve histórico, é possível perceber que as ações desenvolvidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) observavam as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde, entretanto, apresentavam certa desarticulação e eram essencialmente financiadas com os recursos federais¹⁰. Visando reverter essa situação, o governo de Minas passou a desenvolver um programa próprio capaz de completar as estratégias já propostas pelo governo federal.

A PROPOSTA DE MINAS GERAIS: O PROGRAMA VIVA VIDA

Em 2003, foi elaborado o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado 2007-2023 (PMDI), que é o plano estratégico de longo prazo para orientar as ações a serem desenvolvidas pelo governo de Minas. Esse documento define como visão de futuro atingir, em 2023, o melhor resultado de Índice de Desenvolvimento Humano do país. Para isso, na área da saúde, destaca-

se o compromisso de redução da mortalidade infantil como um dos principais pontos da agenda governamental.²⁵

Foi nesse cenário que foi criado, ainda em 2003, o *Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais - Viva Vida*, fundamentando-se na sistematização de ações até então desenvolvidas de forma desarticulada. Sua principal estratégia para o combate à mortalidade infantil e materna é a parceria entre o governo e a sociedade civil organizada.²⁶

Os principais eixos de ação desenvolvidos pelo Programa são a estruturação de uma rede de atenção à saúde da mulher e da criança - Rede Viva Vida, a qualificação dessa Rede e a construção de um processo de mobilização social.

A Rede Viva Vida foi criada a partir da constatação de que muitas mortes de mulheres e crianças poderiam ser evitadas por meio de: realização de planejamento familiar efetivo; atendimento de qualidade no pré-natal, parto e puerpério; e acompanhamento adequado ao crescimento e desenvolvimento das crianças, com ênfase no incentivo ao aleitamento materno, na vacinação e no controle das doenças prevalentes da infância. Assim, essa rede busca prestar e organizar os serviços de saúde ligados a tais ações, visando à oferta de atenção contínua e integral à população.

Para isso, a Rede Viva Vida (Figura 1) é composta de pontos de atenção distribuídos conforme sua complexidade nos diversos territórios sanitários (municipal, microrregional e macrorregional). A atenção primária à saúde (APS) é o centro coordenador da rede e compreende as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), também conhecidas como Unidades Básicas de Saúde (UBS). A atenção secundária conta com os Centros Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS), as maternidades de risco habitual e alto risco secundário, as Casas de Apoio à Gestante e à Puérpera (CAGEP), as Unidades Neonatais de Cuidados Progressivos e os hospitais pediátricos microrregionais. Já a atenção terciária é formada pelas maternidades de alto risco terciário (que contemplam unidades de tratamento intensivo neonatal e adulto), as CAGEPs, as unidades neonatais de cuidado progressivo e os hospitais pediátricos macrorregionais.¹⁰

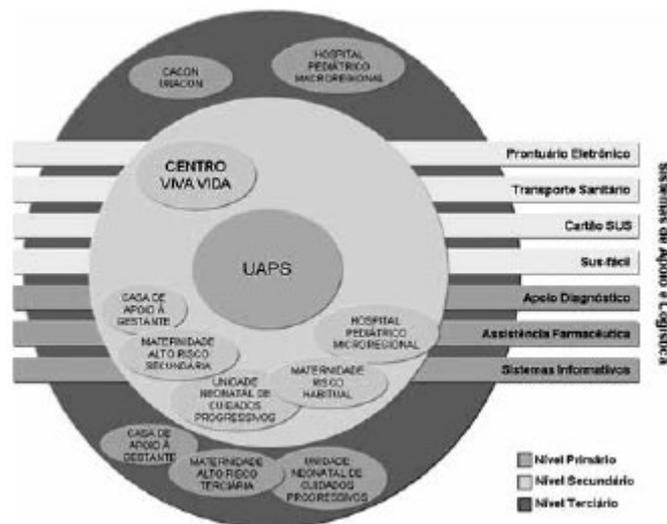


Figura 1 - Esquema de organização da Rede Viva Vida de Atenção à Saúde, Minas Gerais, 2010.

Fonte: SES-MG/SAS/GRT/CASMCA, 2010.

Essa rede é perpassada, ainda, pelos sistemas de apoio e logística. O primeiro compreende os sistemas de informação, a assistência farmacêutica (atualmente operacionalizada pelo Programa Farmácia de Minas) e os laboratórios micro e macrorregionais responsáveis pelo apoio e diagnóstico. Já o sistema logístico da Rede Viva Vida é composto pelo Sistema de

Regulação Estadual (SUSFácil), o Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS), o prontuário eletrônico e o cartão SUS.

Para implantação e consolidação dessa rede, inúmeros investimentos foram feitos nos três níveis de atenção à saúde, tais como criação de novos leitos de UTI neonatal, distribuição de *kits* de equipamentos para a atenção primária e para maternidades, construção de Casas de Apoio à Gestante, além de cursos de capacitação.

Uma ação que se destaca como inovadora e de fundamental importância para o sucesso do programa é a implantação dos Centros Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS). Partindo do consenso de que um dos principais pontos de estrangulamento do SUS está na oferta de procedimentos de média complexidade, os CVVRS estão sendo criados na tentativa de reduzir o vazio assistencial da atenção secundária às gestantes e crianças de risco, garantindo assistência hierarquizada e regionalizada, permitindo ganhos de escala e escopo e de qualidade nos serviços ofertados.²⁷

OS RUMOS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA

A proposta de implantação da Rede Viva Vida está de acordo com as atuais normativas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Em 30 de dezembro de 2010, foi publicada a Portaria 4.279, que estabelece as diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS.²⁸

Observa-se que a Rede Viva Vida, desde sua implantação em 2003, já seguia a lógica de organização proposta na Portaria, obedecendo aos mesmos fundamentos e apresentando os mesmos elementos constitutivos.

Quanto aos novos rumos das políticas de saúde da criança no Brasil, o caminho a ser seguido é de fato o de organização e fortalecimento de uma rede de atenção voltada para esse público. Em junho de 2011, o Ministério da Saúde instituiu, por meio da Portaria 1.459, a Rede Cegonha, que visa a assegurar a saúde da mulher durante a gravidez, parto e puerpério, bem como a saúde da criança, em relação ao nascimento seguro e o crescimento e desenvolvimento saudáveis.²⁹

Para isso, a Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro componentes de atuação: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico (que compreende transporte sanitário e regulação). A operacionalização dessa rede deverá ser feita em todo o território nacional, de acordo com suas peculiaridades, por meio da execução das seguintes fases: adesão e diagnóstico, desenho regional da Rede Cegonha, contratualização de pontos de atenção, qualificação dos componentes e certificação. A portaria define, ainda, responsabilidades para as três esferas de gestão do SUS - União, estados e municípios - inclusive o financiamento compartilhado dessa iniciativa.²⁹

O governo de Minas, acompanhando essa iniciativa, publicou, em agosto de 2011, o Decreto 45.685, que regulamenta a manutenção da Rede Viva Vida e institui o Projeto Maes de Minas, que tem como objetivo acompanhar e orientar gestantes e mães com crianças de até um ano de idade, de forma a garantir às famílias, especialmente as mais vulneráveis, um ambiente mais seguro e atendimento integral e humanizado.³⁰

Esse projeto defende a parceria do governo do estado, municípios e organizações da sociedade civil para o desenvolvimento de ações integradas de saúde, educação e assistência social, compreendendo o cidadão como coexecutor das políticas públicas.

Entre as ações a serem desenvolvidas para a efetivação do Maes de Minas, destaca-se a implantação de um sistema de identificação da gravidez que coletará as informações diretamente nos serviços que prestam assistência à mulher, seja na rede pública ou privada. O

registro deverá ter o consentimento prévio da gestante, sendo preservados seus direitos e garantido o sigilo das informações.³⁰

Outra estratégia do projeto é a implantação de um *Call Center* para ampliar a interlocução direta entre a gestante, sua família e os serviços de saúde, visando ao monitoramento da mãe e do bebê. Esse serviço é conectado ao Lig Minas, que é a central de atendimento sobre serviços prestados pelo governo do estado e estará disponível para qualquer município mineiro, no horário comercial e nos finais de semana.³⁰

Com essas iniciativas o Projeto Maes de Minas pretende promover o uso pleno da Rede Viva Vida, contribuindo para a redução da mortalidade infantil e materna no estado.

CONCLUSÃO

As políticas públicas de saúde refletem o contexto sanitário, social, político e econômico vivido por sua unidade de intervenção. Por isso, devem estar sempre em processo de revisão, aprendizado e construção, de modo a acompanhar as várias mudanças vividas pela sociedade.

É nítido o aprimoramento dos programas e projetos voltados para a atenção à saúde da criança tanto no Brasil quanto em Minas Gerais, nas décadas em estudo. Entretanto, apesar dos avanços observados, muitos são os desafios a serem enfrentados para a garantia da atenção integral e da redução da mortalidade infantil em níveis considerados aceitáveis.

Esses desafios vão desde a formulação das políticas públicas até a sua avaliação. Por se tratar de um problema complexo e multicausal, as ações para reduzir a mortalidade infantil e garantir a saúde integral das crianças também devem assumir essas características. Assim, a elaboração e o planejamento dos programas e projetos com esse objetivo devem contemplar estratégias abrangentes e intersetoriais capazes de abarcar a diversidade da realidade de intervenção.

A gestão das políticas também se caracteriza como um desafio central para os governos. Nas aceleradas mudanças socioeconômicas, aliadas a crescentes pressões por serviços de qualidade e uma situação na qual os recursos públicos disponíveis não aumentam na mesma velocidade, uma gestão eficiente é fundamental para o alcance dos resultados esperados.

Por fim, é preciso avançar também no monitoramento e na avaliação das políticas de saúde da criança. Toda realidade de intervenção sofre influência de diversos fatores, o que dificilmente permite que uma política tal como planejada se verifique na prática. Assim, é fundamental monitorar e avaliar para verificar em tempo oportuno se as ações planejadas e implementadas estão surtindo os efeitos esperados, bem como identificar as potencialidades e oportunidades de melhoria dos processos executados.

REFERENCIAS

1. Duarte CMR. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. *Cad Saude Publica*. 2007 jul; 23(7):1511-28.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento de população e indicadores sociais. *Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 1999. p. 45.
3. Andrade SM, Soares DA, Matsuo T, Souza RKT, Mathias TAF, Iwakura MLH, et al. Condições de vida e mortalidade infantil no Estado do Paraná, Brasil, 1997/2001. *Cad Saude Publica*. 2006 jan; 22(1):181-2.

4. Alves CRL, Alvim CG, Magalhaes MEN, Almeida JSCB, Goulart LMHF, Dias LS, et al. Saúde da Criança e do Adolescente: Políticas Públicas. In: Alves CRL, Viana MRA. Saúde da Família: cuidando de crianças e adolescentes. Belo Horizonte: COOPMED; 2006. p.07-14.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. c2008 [Citado em 2009 jul. 05]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
6. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Análise da mortalidade materna e infantil no Estado de Minas Gerais. Rego MAS, França E, Rausch MCP. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2004. p. 47.
7. Organização Mundial de Saúde (OMS). Temas de saúde. c2010 [Citado em 2010 jan. 29] Disponível em: www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es
8. Souza C. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. Sociologias. 2006 jul/dez; 16:20-45.
9. Costa BLD, Carneiro CB. Projetos sociais: elaboração e gerência. Fundação Joao Pinheiro, Escola de Governo de Minas Gerais; 1997. p. 25 Cadernos de Textos nº 1.
10. Lima H, Romanini MAV, Marques AMF, Oliveira MR, Moreira LMC. Rede Viva Vida de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança. In: Marques AJS, Mendes EV, Silva JA, Pestana MVC. O Choque de Gestao na Saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2009. p. 111-28.
11. Brasil. Ministério da Saúde. INAMPS. Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.
12. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 05 de outubro de 1988. São Paulo: Atlas; 2000.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília: COSAC; 1994.
14. Brasil. Ministério da Saúde. NOB-SUS 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Unico de Saúde. Gestao plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Portaria nº.2.203 (Nov 06,1996). Disponível em: <http://www.portalsocial.ufsc.br/legislacao/saude/nob96.pdf>.
15. Brasil. Presidência da República. Lei 8069 de 13 de julho de 1990 que dispoe sobre o Estatuto da Criança e Adolescente e dá outras providências. Brasília: 1990 [Citado em 2010 jul. 09]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm
16. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de Leite Humano. [Citado em 2010 jul. 08]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24499.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. [Citado em 2010 jul. 08]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24229
18. Santos DM, Dubeux LS, Vanderlei LCM, Vidal SA. Avaliação normativa da ação programática Imunização nas equipes de saúde da família do Município de Olinda, Estado de Pernambuco, Brasil, em 2003. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Rev SUS. 2006 Jul/Set; 15(3):29-35. [Citado em 2010 jul. 08]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3artigo_ava-liacao_normativa_programatica.pdf.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 693/GM de 05 de julho de 2000 que aprova a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso. [Citado em 2010 jul. 09]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Port.%20693%20MMC.pdf>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 822/GM de 06 de junho de 200 que institui, no âmbito do Sistema Unico de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal / PNTN. [Citado

em 2010 jul. 09]. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-822.htm>

21. Organização das Nações Unidas (ONU). Millennium Development Goals: progress towards the right to health in Latin America and the Caribbean. Santiago: United Nations; 2008. p. 130.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 80.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.258/GM de 28 de junho de 2004 que institui o Comitê Nacional de Prevenção do Obito Infantil e Neonatal. [Citado em 2010 jul. 09]. Disponível em:
http://www.saude.mg.gov.br/legislacoes%20em%20saude/neonatologia/PORTARIA_1258.pdf

24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. [Citado em 2010 jul. 09]. Disponível em:
<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>

25. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) 2007-2023. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. Belo Horizonte: 2003.

26. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº 356 de 22 de dezembro de 2003 que dispõe sobre o Programa Viva Vida e estabelece outras providências. [Citado em 2008 jul. 25]. Disponível em:
http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2004/resolucao0463.pdf

27. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº 759 de 6 de outubro de 2005 que Dispõe sobre os Centros Viva Vida de Referência Secundária no âmbito do Estado de Minas Gerais, a instituição de incentivo, no âmbito do Programa Viva Vida, para implantação dos mesmos e dá outras providências. [Citado em 2008 jul. 25]. Disponível em:
http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/resolucoes/2005/res_0759.pdf

28. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279/GM de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Citado em 2011 ago. 10]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

29. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459/GM de 24 de junho de 2011 que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS -, a Rede Cegonha. [Citado em 2011 ago. 10]. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

30. Minas Gerais. Decreto nº 45.685 de 10 de agosto de 2011 que regulamenta a implantação e manutenção da Rede Viva Vida prevista no âmbito do Programa 54 da Lei nº 18.021, de 9 de janeiro de 2009, e, nos termos do item II do Anexo da Lei nº 18.692, de 30 de dezembro de 2009, institui o Projeto Maes de Minas. [Citado em 2011 set. 07]. Disponível em:
<http://www.tjmg.jus.br/juridico/diario/download/boletimlegislatosnormativo.pdf>

Voltar ao Topo

Fale conosco

Copyright 2023 Revista Médica de Minas Gerais
Política de Cookies



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License