

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE**

MARINA MORAES SOARES

**MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE PALMARES DO SUL/RS: Análise
da efetividade do Programa Primeira Infância Melhor**

**Porto Alegre
2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS ADMINISTRATIVAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE**

MARINA MORAES SOARES

**MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE PALMARES DO SUL/RS: Análise
do Programa Primeira Infância Melhor**

Trabalho de conclusão de curso de especialização apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Paul Douglas Fisher

**Porto Alegre
2019**

MARINA MORAES SOARES

**MORTALIDADE INFANTIL NO MUNICÍPIO DE PALMARES DO SUL/RS: Análise
do Programa Primeira Infância Melhor**

Trabalho de conclusão de curso de especialização apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Gestão em Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Clezio S. Santos - Professor Avaliador

Giuliano Uhlein Balardin - Professor Avaliador

Paul Douglas Fisher - Orientador

Aprovado em 25 de Junho de 2019.

RESUMO

Embora a mortalidade infantil tenha diminuído significativamente nas últimas décadas, pesquisas apontam que a maioria desses óbitos ocorreu por causas evitáveis. Com intuito de reduzir estes números, o estado do Rio Grande do Sul (RS) implementou o programa Primeira Infância Melhor (PIM), buscando melhorar a assistência à criança desde o período pré-natal até os primeiros cinco anos de vida. O presente estudo teve como principal objetivo avaliar o impacto do PIM na mortalidade infantil do município de Palmares do Sul, RS. Trata-se de um estudo ecológico, com análise quantitativa, que comparou, antes e depois da adesão ao PIM, os Coeficientes de Mortalidade Infantil (CMI) por 1000 nascidos vivos do município estudado aos de outros municípios do Litoral Norte do RS e aos CMI gerais da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (18ª CRS) e do estado do RS. A análise foi realizada por medida de tendência central, pela distribuição por frequência e números absolutos. Os resultados mostraram que apenas dez dos 23 municípios pertencentes à 18ª CRS aderiram ao PIM. Observou-se que os CMI a nível municipal possuem variabilidade natural alta e que não houve reduções significativas no CMI evitável com a habilitação do PIM, exceto no município de Terra de Areia. Destaca-se que o município de Palmares do Sul obteve um aumento dos CMI evitáveis após a adesão ao programa, evidenciando falhas em sua gestão e monitoramento. Conclui-se que, em relação à mortalidade infantil, o programa PIM não obteve resultados notáveis no Litoral Norte do RS.

Palavras-Chave: Mortalidade Infantil; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Programas de Saúde; Gestão em Saúde.

ABSTRACT

Although infant mortality has declined significantly in recent decades, research indicates that most of such deaths occurred from preventable causes. In order to reduce these numbers, the state of Rio Grande do Sul (RS), Brazil, has implemented a program called “Primeira Infância Melhor” (PIM – acronym in Portuguese for “Better Early Childhood”), which comprised several improvements in healthcare throughout the prenatal period and into the first five years of life. The main objective of the present study was to evaluate the impact of the PIM program on infant mortality in the municipality of Palmares do Sul, RS. We examined the Infant Mortality Rate (IMR) per 1000 live births in this city, before and after joining the PIM program, as compared to the IMRs of other municipalities in the Northern Coast of the RS and to the general IMRs of the 18th Regional Health Coordination (RHC) and the RS state. We analyzed measures of central tendency, by frequency distribution and absolute numbers. According to our results, only ten of the 23 municipalities belonging to the 18th RHC adhered to the PIM program. Municipal IMRs showed high natural variability, and there were no significant reductions in preventable IMRs with the PIM, except for the municipality of Terra de Areia. We also note that Palmares do Sul faced an increase in preventable IMRs after joining the program, an indicative of its management failures. Regarding infant mortality, we conclude that the PIM program did not obtain remarkable results in the Northern Coast of the RS.

Keywords: Infant Mortality; Brazilian Health System (SUS); Primary Health Care; Health Program Evaluation; Health management.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Cálculo dos CMI geral, no período de 2000 a 2016, por local de análise.....	23
Tabela 2 - Cálculo dos coeficientes de mortalidade infantil evitável, no período de 2000 a 2016, dos municípios de Palmares do Sul, Balneário Pinhal, Terra de Areia, 18ª CRS e Estado do RS.....	25

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Coeficientes de mortalidade infantil geral, no período de 2000 a 2016, da 18ª CRS e estado do RS.....	24
Gráfico 2 - Coeficientes de mortalidade infantil por causas evitáveis, no período de 2000 a 2016 da 18ª CRS e estado do RS.....	25
Gráfico 3 - Coeficientes de mortalidade infantil do estado do RS e Brasil, no período de 2000 a 2016.....	26
Gráfico 4 - Proporção de CMI evitável no estado do RS e 18ª CRS, no período de 2000 a 2016.....	30
Figura 1 - Regiões Brasileiras e a replicabilidade do PIM.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BI – Business Intelligence

CMI - Coeficiente de Mortalidade Infantil

CRS - Coordenadoria Regional de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NV - Nascido Vivo

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PIM - Primeira Infância Melhor

PNAISC - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

RS - Rio Grande do Sul

SES-RS - Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidades

SINASC - Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SUS - Sistema Único de Saúde

UNICEF – Fundo das Ações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	12
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 MORTALIDADE INFANTIL	14
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE	15
3.3 PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR	17
4 OBJETIVOS	20
4.1 OBJETIVO GERAL	20
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
5 METODOLOGIA	21
5.1 TIPO DE PESQUISA	21
5.2 CAMPO DE ESTUDO	21
5.3 ORIGEM DOS DADOS	21
5.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	22
5.5 ASPECTOS ÉTICOS	22
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO	23
6.1 DADOS DOS COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL	23
6.1.1 Comparação dos Coeficientes de Mortalidade Infantil Antes e Após A Adesão ao Pim	26
6.1.2 Avaliação do Impacto do Programa Primeira Infância Melhor (PIM)	28
CONCLUSÃO	32
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A - TERMO DE CESSÃO DE USO DE INFORMAÇÕES	41
APÊNDICE B – DADOS COLETADOS E CALCULADOS	42

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil representa um grave problema de saúde pública devido à grande maioria das mortes ocorrerem por causas evitáveis. Um óbito infantil é decorrente de uma série de fatores, dentre eles encontram-se falhas no sistema de saúde. Este indicador retrata como a população é (ou não) assistida, sendo necessárias intervenções tanto na estrutura dos serviços quanto nas condições de vida da população. Cabe lembrar que a redução dos óbitos infantis foi um dos objetivos de desenvolvimento do milênio proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU, 2000), e o Brasil assumiu este compromisso juntamente com outros países (UNITED NATIONS, 2000; FRANÇA E LANSKY, 2016).

Entre os anos de 1990 a 2015, reduziu-se pela metade a quantidade de óbitos infantis no mundo (ALKEMA et al., 2007). Estima-se que houve um declínio de 12,7 milhões para 5,9 milhões de mortes anuais no ano de 2015, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (UNICEF, 2015). Em valores numéricos, seriam 35.000 óbitos infantis a cada 24 horas no início da década de 1990, enquanto, atualmente, ocorrem 16.000 a cada 24 horas (LAWN et al., 2014).

Quanto à mortalidade infantil no Brasil, conforme divulgado pelo Relatório Níveis e Tendências da Mortalidade Infantil 2015, o país foi um dos 62 países que alcançou a meta de redução deste tipo de mortalidade, conforme o estipulado pela ONU. O objetivo proposto pela ONU seria a redução de dois terços do índice de mortalidade infantil, tendo como resultado nos anos de 1990 a 2015 uma redução de 73% da mortalidade infantil. No ano de 1990, o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) baseava-se em 61 mortes à cada 1.000 nascidos vivos, tendo uma redução para 16 mortes a cada 1.000 nascidos vivos no ano de 2015 (BRASIL, 2017).

Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) no Estado no ano de 2015 foi de 10,1 óbitos a cada mil nascimentos, mantendo o Estado do Rio Grande do Sul com a menor taxa do CMI do país, retratando que as ações de cobertura populacional e assistência à saúde estão evoluindo, bem como as condições socioeconômicas da população (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Quanto à mortalidade infantil na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), também houve queda na referida taxa, como ocorreu no país e no estado. No ano de 2000, a taxa na 18ª CRS estava em 14 óbitos a cada 1000 nascidos vivos (NV), reduzindo para 10,5/1000 NV no ano de 2010. Os dados mostrados por Famer (2012) ressaltam que este tipo

de mortalidade nesta CRS obteve em média, nos anos de 2005 a 2010, 12 óbitos a cada 1000 NV.

As políticas públicas de saúde voltadas para a saúde da mulher e da criança vêm evoluindo muito desde o século XX, com a implantação de estratégias e diretrizes que foram se complementando a outros programas já existentes e que visam principalmente à redução da mortalidade materna e infantil. Embora os índices relativos a estes tipos de óbito tenham diminuído significativamente, os mesmos ainda são considerados altos, sugerindo que é preciso uma fiscalização e monitoramento da qualidade da assistência prestada a esta população (CASSIANO et al., 2014).

A promoção e proteção da saúde das crianças é preconizada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria nº 1.130 de 05 de agosto de 2015, que visa o cuidado integral à criança desde a gestação até os nove anos de vida. Além disto, a PNAISC possui oito princípios que vão desde o direito à vida e à saúde até a gestão participativa e controle social. Quanto às diretrizes que compõem esta política, estas devem ser observadas na elaboração de projetos, programas e ações em saúde da criança, totalizando nove diretrizes que incluem desde a gestão interfederativa das ações de saúde da criança até a intersetorialidade (BRASIL, 2015).

Acompanhar o desenvolvimento de uma criança, desde sua concepção até os anos iniciais de sua vida, pode ser um mecanismo importante para a redução da mortalidade infantil. Como aliado à Política de Saúde da Criança, o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) é desenvolvido desde o ano de 2003 no Rio Grande do Sul, tendo sido instituído pela Lei Estadual de nº 12.544 de 03 de julho de 2006 (RIO GRANDE DO SUL, 2006).

O PIM tem como principal objetivo a promoção do desenvolvimento integral na primeira infância, tendo como base as visitas domiciliares semanais a populações expostas a riscos e vulnerabilidades (RIO GRANDE DO SUL, 2018). A faixa etária preconizada pelo programa se baseia desde a gestação até os cinco anos de idade, com ainda mais ênfase na faixa de zero a três anos de idade (RIO GRANDE DO SUL, 2006). Através do PIM, as famílias são orientadas, por meio de visitas domiciliares semanais, a estimular o desenvolvimento, habilidades e crescimento saudável, através de atividades lúdicas condizentes com seu contexto cultural, necessidades e interesses (SOUZA, 2013).

Diante desse cenário, o presente projeto procura responder a seguinte questão de pesquisa: Como se apresenta a mortalidade infantil no município de Palmares do Sul/RS em dois momentos: antes e depois da adesão ao Programa Primeira Infância Melhor?

Para responder a essa questão de pesquisa serão coletados dados através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), obtidos através do Sistema de Informação sobre Mortalidades (SIM). A análise dos dados coletados será feita através dos Coeficientes de Mortalidade Infantil (CMI) do município nos cinco anos que antecederam a adesão ao programa e dez anos após, de 2000 a 2016.

2 JUSTIFICATIVA

O município de Palmares do Sul está localizado no litoral norte do Rio Grande do Sul, fazendo limite com os municípios de Capivari do Sul e Mostardas, e possui uma população, segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010, de 10.969 habitantes. A mortalidade infantil deste município, em 2014, foi de 7,41 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2018). O perfil econômico do município se baseia, em grande maioria, no segmento de produção de lavouras temporárias (SEBRAE, 2017).

A criança em fase inicial de crescimento e desenvolvimento necessita de condições favoráveis para o desenvolvimento de potencialidades, sendo que a interferência do ambiente altera as condições de aprendizado tanto físico quanto emocional. A ausência destas condições pode acarretar no atraso ao desenvolvimento da criança, por isso faz-se necessário o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil desde os primeiros dias de vida, o que pode ser realizado através de políticas públicas de saúde, entre elas o Programa Primeira Infância Melhor (SANTOS et al., 2019).

As redes de atenção a saúde possuem um papel importante na detecção de fatores de risco, agravos à saúde e devem proporcionar ações contínuas em saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como ponto inicial a atenção primária em saúde (RODRIGUES et al., 2014). O PIM tem como base integrar a assistência à saúde da criança na atenção primária, com detecção de vulnerabilidades, agravos, fatores psicossociais, dentre outros (SANTOS et al., 2019).

Seguindo nesta linha, as políticas de saúde da criança segundo os princípios do SUS, propõem a responsabilização da criança por toda a atenção primária em saúde, para que haja uma assistência resolutiva e capaz de identificar fatores condicionantes a saúde da criança, através de atendimento humanizado e acolhedor. O principal objetivo é a redução da mortalidade infantil e a promoção da saúde. Portanto, o acompanhamento da criança no primeiro ano de vida é dever da equipe de saúde para identificação de critérios de risco (VANDERLEI; NAVARRETE, 2013).

A assistência à saúde da criança, no município de Palmares do Sul, consiste em um grande desafio quando falamos em atenção primária à saúde, devido ao município ter passado por diversas transições de assistência nos últimos anos, iniciando pela tentativa de aumento da cobertura da Estratégia em Saúde da Família (ESF) e redução da assistência curativista, visando à promoção e prevenção de agravos relacionados à saúde da criança, que é um dos objetivos da ESF. Porém, como todo período de transição, há possibilidades de instabilidades

no cuidado prestado devido aos ajustes de trabalho e de gestão e, com isso, suscetibilidade de óbitos infantis.

Para tal, a importância desse estudo é obter uma sistematização de dados epidemiológicos, através da análise dos coeficientes brutos de mortalidade infantil no município, dando subsídios para a gestão aprimorar os fluxos de serviços e a assistência prestada, ajustar e qualificar programas e políticas públicas existentes e contribuir com a reflexão e qualificação dos processos de trabalho relacionados a assistência a primeira infância, buscando conhecer e reduzir as taxas de mortalidade. Salienta-se que a mortalidade infantil não se resolve somente com ações de âmbito municipal, sendo necessária a participação dos três entes federativos para o alcance dos resultados.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 MORTALIDADE INFANTIL

O indicador de mortalidade infantil é de grande importância para a avaliação da saúde de um determinado local. Este indicador é utilizado para avaliar, principalmente, a qualidade do atendimento que mulheres e crianças dispõem no período gravídico-puerperal. As mortalidades relacionadas ao pré-natal são as principais causas de óbitos no primeiro ano de vida da criança, o que nos remete à interligação destes óbitos à assistência recebida desde o pré-natal pela gestante, durante e após o parto pela parturiente e o bebê (BRASIL, 2009; FAMER, 2012). Embora os índices venham diminuindo com o passar dos anos, os números de óbitos ocorridos em menores de um ano ainda merecem muita atenção por parte da saúde pública, pois a redução da taxa de mortalidade infantil foi um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) estabelecidos pela ONU no ano de 2000 (FEITOSA et al., 2015).

A taxa de mortalidade infantil é indicada pelo número de óbitos de menores de um ano de idade a cada mil nascidos vivos e a taxa de mortalidade na infância é representada pelo número de óbitos de crianças menores de cinco anos de idade a cada mil nascidos vivos. Ambos os indicadores são utilizados para demonstrar as condições de vida da população de uma certa área, bem como sua sobrevivência e bem-estar (GARCIA; SANTANA, 2011). As taxas relacionadas a estes óbitos mostram que em 1990, no Brasil, a mortalidade infantil apresentava-se com 47,1 óbitos a cada 1.000 nascidos vivos (NV), obtendo uma redução para 16,8/1000 NV em 2010. Quanto a mortalidade na infância, a mesma obteve grande queda com o passar dos anos, apresentando em 1990 a taxa de 53,7/1000NV e em 2010 19,4/1000NV (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

A redução da mortalidade infantil é um grande desafio para os profissionais de saúde. Em 2000, o Brasil, acompanhado de outros países que compõem a Organização das Nações Unidas (ONU), assumiu como compromisso a diminuição no número de mortes materna e infantil. Aliado a este compromisso, o Brasil também visou ao combate à pobreza, à fome, às doenças, ao analfabetismo, além da preservação do meio ambiente, entre outros, fazendo com que estas ações refletissem nas condições em que a sociedade vivia, estando entre elas a mortalidade infantil (IPEA, 2014).

Os objetivos de se identificar as causas e fatores de risco que possam contribuir para os óbitos infantis são auxiliar na criação de programas e melhorias na assistência prestada,

bem como ajustes no serviço que é prestado para a mãe e o bebê. A busca na diminuição dos índices de mortalidade infantil não depende de novas tecnologias, como se precisa em outras doenças, por exemplo, mas de uma melhoria no acesso aos serviços de saúde e que estes sejam de qualidade (CARVALHO; GOMES, 2005).

Uma assistência de qualidade tem sido grande aliada na prevenção de prematuridade e baixo peso ao nascer e estima-se que previna de 10% a 20% dos óbitos neonatais (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; DARMSTADT et al., 2005; SHOEPS et al., 2007). A oferta de assistência à saúde de qualidade, bem como a utilização de protocolos embasados em evidências científicas e a facilidade de acesso ao sistema de saúde são peças-chave na redução da mortalidade materna e infantil (YOUNES et al., 2012).

Conquanto os índices de mortalidade infantil tenham diminuído drasticamente nos últimos anos, a grande maioria das mortes ainda são por causas evitáveis, dentre elas doenças infecciosas e desnutrição. Cerca de 80% dos óbitos neonatais são causados por afecções perinatais. As mortes consideradas evitáveis estão comumente associadas à assistência de saúde prestada pelos serviços, seja pela qualidade e acesso da assistência pré-natal ou assistência ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2009; LOURENÇO; BRUNKEN; LUPPI, 2013).

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Diante das evidências de doenças, vulnerabilidades e problemas de saúde em certos tipos de população, o MS implantou a criação de Redes de Saúde individuais e com enfoque em cada tipo de necessidade, criando ações que reduzam, controlem ou eliminem certos agravos. Exemplificando algumas Redes de atenção à saúde temos: a Rede Cegonha, que visa à assistência à gestante e à criança até os 24 meses de idade, Rede de Urgência e Emergência, Rede de enfrentamento às drogas, Rede de atenção às doenças crônicas e Rede de atenção à pessoa com deficiência (GIOVANNI, 2013).

As Redes de atenção à saúde têm sido um mecanismo eficiente no quesito de aperfeiçoamento da execução das políticas de saúde, direcionado para cada público-alvo de acordo com suas necessidades. É através das redes que se pode prestar uma assistência a certo tipo de população, adequada ao seu tempo e sua necessidade, com a qualidade e os custos adequados (MENDES, 2008).

A busca por melhores resultados relacionados à saúde da mulher e da criança fez com que, a partir do ano de 2004, fossem criadas, no Brasil, diversas ações e políticas públicas de

saúde direcionadas para esta população, sendo as principais a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2010; CAVALCANTI, 2010).

Como uma aliada na redução das mortalidades materno-infantis e visando melhorias na assistência à saúde materno-infantil, o governo federal lançou, no ano de 2011, uma estratégia denominada Rede Cegonha, que busca uma assistência de qualidade desde o período do pré-natal ao acompanhamento da criança até os 24 meses de vida, para que haja um desenvolvimento e crescimento saudáveis. Para isto, é proposto que seja preconizado o planejamento reprodutivo, acolhimento, resolutividade, assistência à mulher e à criança e que este atendimento seja feito o mais humanizado possível (BRASIL, 2013).

A assistência de qualidade à saúde da criança resulta em melhora na aprendizagem, em um melhor preparo para o enfrentamento de viver em sociedade e nos processos de resiliência (UNICEF, 2008). Há uma rede que contribui para este tipo de cuidado auxiliando no desenvolvimento, a qual age em parceria com a família, sendo chamada de Estratégia de Saúde da Família (ESF) (ALEXANDRE et al., 2012).

O enfoque da ESF é a atenção básica que visa à promoção e prevenção de agravos à saúde através de ações na saúde individual e coletiva, reorganizando os serviços assistenciais de saúde, com enfoque no cuidado à família como um todo. Permite que as famílias, somadas à ESF, elaborem, dentro das possibilidades do território onde habitam, meios de cuidado e assistência à saúde (BRASIL, 2006; ALEXANDRE et al., 2012).

A ESF e a expansão da atenção básica estão intimamente associadas nesta redução e prevenção de óbitos infantis, através da facilitação de acesso aos serviços de saúde, atenção à saúde da criança e melhores condições de assistência pré-natal e ao recém-nascido e imunizações (RAMALHO, 2014).

Através da Portaria nº 1.130, de 05 de agosto de 2015, o governo federal instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que visa proteger a saúde da criança desde a gestação até os nove anos de idade. Esta proteção se dá através de promoção de saúde, incentivo ao aleitamento materno, redução da mortalidade infantil e promoção de condições adequadas de vida, para que haja um crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2015).

No Estado do Rio Grande do Sul, há um programa denominado Primeira Infância Melhor (PIM), instituído pela Lei Estadual nº 12.544, de 03 de julho de 2006, que acompanha o desenvolvimento das crianças até os seis anos de idade. Este acompanhamento é realizado

através de visitas domiciliares a famílias consideradas vulneráveis, em que é incentivado o fortalecimento ao cuidado e educação das crianças (RS-SES, 2018).

Em relação aos resultados da implantação das redes de saúde, Victora et al. (2011) ressaltam que muitos resultados relacionados ao estado nutricional infantil estão sendo bem-sucedidos, bem como o planejamento familiar, assistência à gestante e a criança e o aumento da assistência devido à cobertura, e estes impulsionam para o desenvolvimento de novas redes e políticas.

3.3 PRIMEIRA INFÂNCIA MELHOR

Estima-se que 11% da população brasileira seja composta por crianças de zero a seis anos de idade, sendo que 65% destas vivem em condições socioeconômicas desfavoráveis para o seu desenvolvimento (BRASIL, 2010; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFANCIA, 2008). Além disso, estudos indicam que crianças que vivem em condições socioeconômicas desfavoráveis tem tendência a carências nutricionais, maior suscetibilidade a doenças e fatores psicossociais que interferem no seu desenvolvimento (BLACK; MORRIS; BRICE, 2003; ENGLE; BLACK, 2008).

Diante destes fatores, o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) vem sendo executado desde o ano de 2003 no Estado do Rio Grande do Sul, sendo que em 2003 o programa se representava como política social e a partir do ano de 2006 tornou-se lei estadual sob o número 12.544 de 03 de julho de 2006 (SES-RS, 2018). O PIM visa promover o desenvolvimento da criança na primeira infância, desenvolvendo habilidades e acompanhando sua formação. As propostas do programa foram formuladas pela literatura e o programa foi inspirado no Programa Educar a Criança de Cuba (HARTINGER et al, 2017).

O PIM objetiva, principalmente, combater a mortalidade infantil, desenvolvendo as ações que se concentram tanto na criança quanto na família, utilizando ferramentas que incentivam tanto no desenvolvimento da criança, quanto na família, quanto aos cuidados com a mesma. A proposta principal do programa é acompanhar as famílias com gestantes e crianças de zero a seis anos de idade, estimulando o desenvolvimento através de atividades de entretenimento e práticas de cuidado, com enfoque na família e comunidade. São realizadas visitas semanais no nível de família para as gestantes e crianças menores de três anos de idade e no nível de comunidade para as famílias inscritas com crianças menores de seis anos de idade. Através das visitas as habilidades da criança são estimuladas através de atividades lúdicas, reforçando suas relações com a comunidade e sua interação (RIBEIRO et al., 2018).

Inicialmente, o PIM abrangeu 9% dos 496 municípios do Estado do Rio Grande do Sul (RS), no ano de 2003 e, se comparando com o ano em que a Lei foi instituída, 2006, o programa avançou rapidamente, atingindo 45% dos municípios do RS. Os dados mais atuais mostram que no ano de 2010 o PIM já atingiu 50% dos municípios do Estado, porém se este dado for analisado a fundo, a cobertura das crianças preconizadas pelo programa é extremamente baixa, atingindo menos de 6,59% do total de crianças de zero a seis anos (RIBEIRO et al., 2018).

O estudo elaborado por Ribeiro et al. (2018) retratou que, após as análises, o resultado mais significativo do PIM no Estado do RS foi referente a mortalidade de crianças por causas externas, tendo uma redução de 5% nos municípios com PIM aderido por sete anos ou mais. Este dado retrata que o PIM não age somente em questões relacionadas à saúde como estado nutricional e outros serviços, mas também quanto ao ambiente familiar e o modo de viver.

Conforme dados levantados pela Fundação de Economia e Estatística (2015), O PIM possui atributos de vulnerabilidade originalmente propostos, divididos entre dinâmica familiar, renda, habitação, dentre outros, que são:

- V9: Existe criança no domicílio cuja mãe já tenha morrido;
- V10: Existe criança no domicílio que não viva com a mãe;
- C2: Presença de mãe com menos de quatro anos de estudo;
- R2: Renda familiar per capita inferior a linha de pobreza;
- D2: Presença de ao menos uma criança com menos de 16 anos trabalhando;
- D3: Presença de ao menos uma criança de quatro a dezessete anos fora da escola;
- D6: Presença de ao menos uma criança de até 14 anos com mais de dois anos de atraso;
- D7: Presença de ao menos um adolescente de 10 a 17 anos analfabeto;
- D9: Presença de ao menos uma mãe que tenha um filho que já tenha morrido;
- D11: Presença de mãe que já teve algum filho nascido morto;
- H4: Material de construção não é permanente;
- H5: Acesso inadequado a água;
- H6: Esgotamento sanitário inadequado;
- H8: Sem acesso à eletricidade;
- H9: Não tem ao menos um dos itens: fogão ou geladeira.
- P1: Família com uma pessoa com deficiência;
- P2: Família com densidade de morador /dormitório acima de dois;
- P3: Ausência de cônjuge.

Os dados demonstram que segundo a proposta do PIM, o Estado do RS obteve no ano de 2010 a porcentagem de 76,4% das crianças em vulnerabilidade social, tendo também o município de Palmares do Sul com 84,4% das crianças em vulnerabilidade social no mesmo ano (FEE, 2015).

O município de Palmares do Sul é composto por seis distritos, com uma população, segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), de 10.969 habitantes. Os distritos que o compõem são: Granja Getúlio Vargas, Bacupari, Frei Sebastião, Butiatuva, Casa Velha e Quintão, sendo que este último é dividido em seis praias: Quintão,

Quintão Velho, Dunas Altas, Rei do Peixe, Frade e Santa Rita (PALMARES DO SUL, 2018).

O município de Palmares do Sul será comparado a outros dois municípios do Litoral Norte do RS, Balneário Pinhal e Terra de Areia, por se tratarem de municípios com semelhante quantitativo populacional e fazerem parte da mesma região de saúde. O município de Balneário Pinhal possui uma população, segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), de 10.856 habitantes e o município de Terra de Areia, segundo a mesma fonte de dados e ano, possui uma população de 9.878 habitantes (IBGE, 2010).

Conforme dados fornecidos por e-mail pela coordenação da Secretaria Municipal de Saúde de Palmares do Sul, a adesão ao PIM ocorreu na data de 01/04/2013, sendo que desde esta data houveram algumas pausas na execução das atividades devido a falta de recursos humanos e recursos financeiros de repasses estaduais. Atualmente o município não conta mais com a atuação do PIM, pois foi pausado novamente no mês de maio de 2018 e solicitada a desabilitação.

O município de Balneário Pinhal foi habilitado ao PIM na data de 26/07/2004, possuindo uma equipe de 20 visitantes, atendendo cerca de 400 famílias. Já o município de Terra de Areia foi habilitado ao programa em 05/12/2006, contando com 05 visitantes e atendendo cerca de 100 famílias (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

Quanto aos municípios da 18ª CRS que foram habilitados ao PIM, dos 23 municípios apenas 10 estão habilitados atualmente, sendo eles: Balneário Pinhal, Capão da Canoa, Imbé, Itati, Mampituba, Santo Antônio da Patrulha, Terra de Areia, Torres e Três Forquilhas. Nota-se então a baixa adesão dos municípios ao programa, pois apenas 43% estão funcionando ativamente (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o impacto do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) no município de Palmares do Sul.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Calcular os coeficientes de mortalidade infantil, geral e por causas evitáveis, nos municípios de Palmares do Sul, Balneário Pinhal e Terra de Areia, na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e no estado de Rio Grande do Sul entre 2000 e 2016.
- b) Comparar os coeficientes de mortalidade infantil, geral e por causas evitáveis, nos municípios de Palmares do Sul, Balneário Pinhal e Terra de Areia, na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e no estado de Rio Grande do Sul, antes (2000 a 2005) e após a adesão ao PIM (2006 a 2016).
- c) Descrever os dados sobre os Coeficientes de Mortalidade Infantil (CMI) para os municípios de Palmares do Sul, Balneário Pinhal e Terra de Areia, para a 18ª CRS e para o RS.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de pesquisa descritiva, com caráter exploratório. Além disto, este é um estudo epidemiológico, do tipo ecológico. O termo estudo ecológico tem origem na utilização de áreas geográficas como unidades de análise e aquilo que descreve o que ocorre em um grupo de indivíduos no estudo, é denominado de variável ecológica. Sendo assim, a unidade de análise deixa de ser o indivíduo, passando a ser um grupo de indivíduos, por isso chamado ecológico (PEREIRA, 2015). Também se trata de análise quantitativa dos coeficientes de mortalidade nos municípios de Palmares do Sul, Balneário Pinhal e Terra de Areia, 18ª CRS e no estado do Rio Grande do Sul.

5.2 CAMPO DE ESTUDO

A área delimitada deste estudo será o município de Palmares do Sul, de abrangência administrativa da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), situado no Estado do Rio Grande do Sul (RS).

5.3 ORIGEM DOS DADOS

Os coeficientes de mortalidade infantil, geral e por causas evitáveis, nos municípios de Palmares do Sul, Balneário Pinhal e Terra de Areia, na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e no estado de Rio Grande do Sul foram pesquisados na base do DATASUS, sendo utilizado o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), portanto, trata-se de dados secundários de acesso público. Além dos dois sistemas, serão utilizados dados da SES-RS por meio de portarias e resoluções.

Os dados descarregados foram importados para planilhas Excel (versão 10.0 para *Windows 7*) e os CMI calculados segundo a fórmula:

$$\text{CMI} = \frac{\text{N}^\circ \text{ total de óbitos em menores de 11 meses e 29 dias de idade na Região X no ano (1...)}}{\text{Total de Nascidos Vivos no mesmo local e período}} \times 1.000$$

Sendo que o numerador e denominador são referentes ao mesmo local e ano.

5.4 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

Serão construídos coeficientes brutos dos números de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos e realizada a comparação dos dados por medida de tendência central, por meio da distribuição por frequência e números absolutos.

Este tipo de análise é feita através da organização por ordem de números menores aos maiores, também sendo possível representá-los a partir de um gráfico, como um polígono de frequência (POLIT; BECK, 2011).

Analisar coeficientes de mortalidade infantil é um mecanismo capaz de demonstrar o perfil de cada população, através dos dados fornecidos pelos sistemas de informação em saúde. O sistema de informação sobre mortalidade (SIM) foi criado no ano de 1976 com a finalidade de ser uma fonte alternativa de informações sobre óbitos no país. As informações dos óbitos são coletadas através das Declarações de Óbitos (DO) ao qual abrange todo território nacional, não sendo utilizada apenas para cumprimento das normas legais e sim, para traçar o perfil das mortalidades no país (BRASIL, 1982).

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Em virtude da coleta ocorrer por meio de um sistema de informação de acesso público, não haverá necessidade de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este estudo seguiu os preceitos da Resolução nº 466/12¹, que regula a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012).

A pesquisadora responsável compromete-se a coletar e analisar os dados de forma ética em relação aos Municípios de Palmares do Sul, Balneário Pinhal e Terra de Areia, 18ª CRS e Estado do RS e ao conhecimento científico, conforme Termo de Cessão de Uso da Informação (APÊNDICE A).

Os resultados desta pesquisa serão tornados públicos por meio da apresentação do

¹BRASIL. Resolução nº 466/12: Incorpora, sob ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos de pesquisa e ao Estado.

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão em Saúde e publicações em periódicos e apresentação em eventos científicos da área.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO

6.1 DADOS DOS COEFICIENTES DE MORTALIDADE INFANTIL

Neste capítulo serão apresentados e discutidos os dados dos CMI coletados conforme item 5.3 onde, além de coleta de dados de mortalidade infantil por causas gerais, coletou-se dados das categorias de causas evitáveis, a fim de que se possa analisar a contribuição do PIM nas causas sensíveis a este programa.

A tabela 1 representa os dados dos coeficientes de mortalidade infantil geral, no período de 2000 a 2016, por local de análise (municípios/CRS/Estado).

Tabela 1 - Dados dos CMI geral, no período de 2000 a 2016, por local de análise.

ANO	CMI Geral por Local				
	Palmares do Sul	Balneário Pinhal	Terra de Areia	18ª CRS	RS
2000	0	46,2	5,8	13,6	15,1
2001	5,5	0	0	11,8	15,8
2002	18,5	17,9	15,2	13,5	15,6
2003	43,5	8,5	0	16,7	16
2004	13	0	9,1	9,6	15,2
2005	6,5	7,9	34,9	12	13,7
2006	8,3	0	0	13	13,1
2007	8,6	24,2	20,4	12,9	12,8
2008	20	7,5	8,6	10,6	12,8
2009	9,1	8,9	9,8	10,6	11,5
2010	8,8	17,2	10,5	10,5	11,2
2011	0	8,5	17,9	9,3	11,5
2012	0	45,9	17,7	11,9	10,8
2013	7,8	19,7	26,1	9,2	10,6
2014	7,4	29	0	8,9	10,7
2015	24,6	6,8	8	9,8	10,1
2016	12,8	14	0	11	10,2

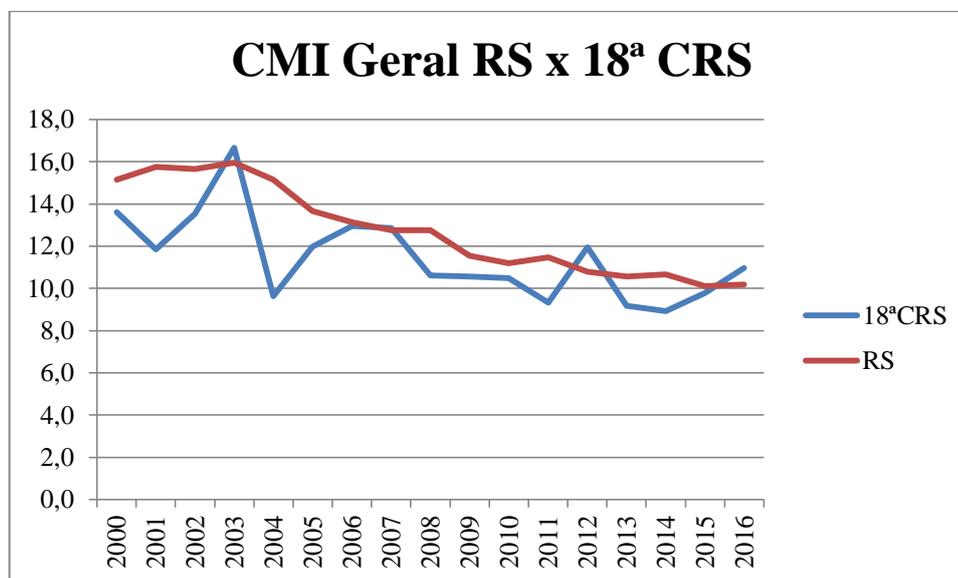
Fonte: DATASUS, 2019.

Legenda de cores: Azul: Série histórica anterior à instituição do PIM como Lei Estadual.

Cinza: Série histórica posterior à instituição do PIM como Lei Estadual.

Os dados extraídos da Tabela 1 também estão expostos no Gráfico 1 para melhor visualização.

Gráfico 1 - Coeficientes de mortalidade infantil geral, no período de 2000 a 2016, da 18ª CRS e estado do RS.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A análise de CMI geral não possibilita a interpretação de dados mais detalhados quando referenciamos os municípios analisados (Palmares do Sul, Terra de Areia e Balneário Pinhal), pois são municípios com reduzida população e que possuem variabilidade natural alta. Para que se possa realizar a análise de causas abrangentes a assistência, ou seja, que poderiam ter sido evitadas, coletou-se os dados de causas evitáveis das áreas de abrangência do estudo e por igual período.

A tabela 2 representa os dados dos coeficientes de mortalidade infantil por causas evitáveis, no período de 2000 a 2016, por local de análise (municípios/CRS/Estado).

Tabela 2 - Dados dos coeficientes de mortalidade infantil evitável, no período de 2000 a 2016, dos municípios de Palmares do Sul, Balneário Pinhal, Terra de Areia.

ANO	CMI Evitável por Local				
	Palmares do Sul	Balneário Pinhal	Terra de Areia	18ª CRS	RS
2000	0	30,8	5,8	5,4	7,7
2001	5,5	0	0	6,3	8,2
2002	12,3	8,9	15,2	6,8	8,3
2003	29	0	0	7,8	8,3
2004	6,5	0	9,1	4	8,1
2005	0	0	23,3	6,1	7,3
2006	0	0	0	6,5	7
2007	0	16,1	10,2	6,5	7
2008	20	7,5	8,6	5,4	7,3
2009	9,1	0	9,8	6,1	6,5
2010	0	8,6	10,5	5,4	6
2011	0	0	0	4	6,6
2012	0	27,5	8,8	7,1	5,9
2013	7,8	6,6	8,7	3,8	5,6
2014	7,4	21,7	0	4,5	5,8
2015	24,6	6,8	8	5,6	5,7
2016	6,4	14	0	6,2	5,6

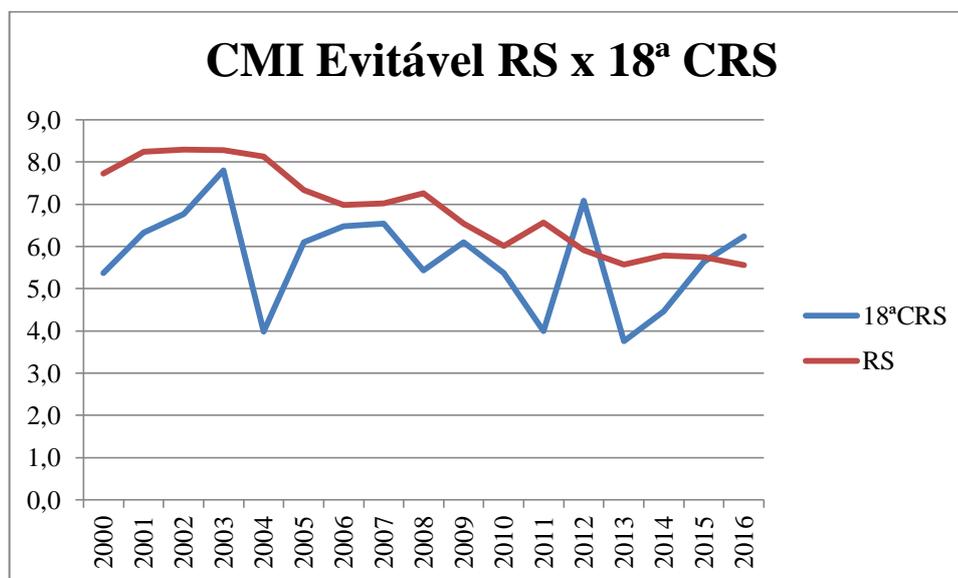
Fonte: DATASUS, 2019.

Legenda de cores: Azul: Série histórica anterior à instituição do PIM como Lei Estadual.

Cinza: Série histórica posterior à instituição do PIM como Lei Estadual.

Tais dados, exibidos na Tabelas 2 estão também expostos no gráfico 2 para melhor análise.

Gráfico 2 - Coeficientes de mortalidade infantil por causas evitáveis, no período de 2000 a 2016 da 18ª CRS e estado do RS.

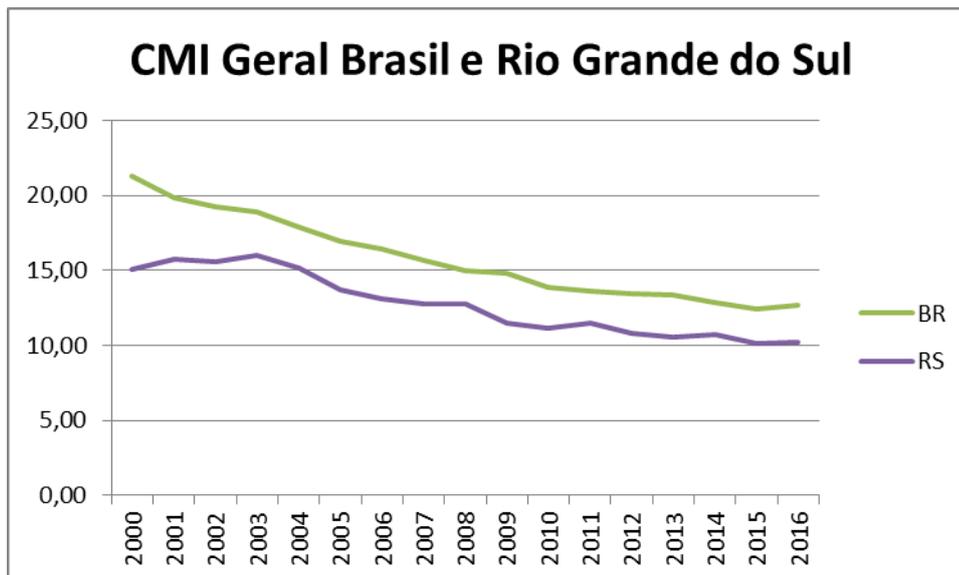


Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

6.1.1 Comparação dos Coeficientes de Mortalidade Infantil antes e após a adesão ao PIM

Iniciando à nível Estadual, analisamos os dados coletados, onde nota-se que os CMI estaduais vêm sofrendo uma queda positiva durante a série histórica analisada, bem como nos óbitos evitáveis. Se compararmos a níveis nacionais, o Brasil obteve no ano de 2010 CMI de 19,9 a cada 1.000 nascidos vivos, enquanto o RS obteve o melhor indicador do país, com 11,2 óbitos a cada 1.000 NV. A redução desta taxa vem acontecendo com o passar dos anos, mas comparando-a com outros países em desenvolvimento, encontra-se elevada (BRUM; STEIN; PELLANDA, 2015). O gráfico 3 demonstra a queda do CMI no estado se comparado aos dados nacionais.

Gráfico 3 – Coeficientes de mortalidade infantil do estado do RS e Brasil, no período de 2000 a 2016.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A série histórica entre Brasil e RS se manteve em queda nos últimos anos, porém nota-se resultados positivos quanto ao CMI estadual, pois encontra-se com valores abaixo dos níveis nacionais. Em estudo realizado por França et al. (2012), demonstra que houve um declínio nas mortalidades infantis no Brasil de 1996 a 2010, passando de 34,8/1.000 NV à 16,2/1.000 NV, respectivamente. Porém, se compararmos as diferenças regionais, há grande disparidade entre as regiões, exemplificando a região Sul com CMI em 2010 de 11,3/1.000 NV e a região Norte, que no mesmo ano obteve CMI de 21,8/1.000 NV.

O PIM apresenta-se como programa de replicabilidade nacional, por isto a importância de se analisar também os CMI de outras regiões do Brasil. Em um estudo sobre a mortalidade infantil na Região Sudeste do Brasil, encontrou-se, para os anos de 2008 a 2014, um CMI de 13,5/1.000 NV (SANTOS; FRANCISCO; GONÇALVES, 2016).

Nesse sentido, pode-se inferir que o RS se apresenta com ótimos resultados se comparado a Regiões com semelhante desenvolvimento socioeconômico, pois obteve, em período similar (2009 a 2015), CMI de 10,9/1.000 NV. Contrastando com a Região Sul temos, por exemplo, a Região Nordeste, caracterizada por um estudo realizado com os municípios do semiárido, com números elevados, chegando a atingir mais que o dobro dos CMI Estaduais analisados do ano de 2010, com 26,3/1.000 NV (SILVA; PAES, 2016).

A imagem abaixo representa as regiões do Brasil com programas voltados à primeira infância, ao qual o PIM vem sendo replicado através de cooperação técnica com outros estados

do país.

Figura 1 - Regiões Brasileiras e a replicabilidade do PIM.



Fonte: Rio Grande do Sul, 2019.

O estado do Rio Grande do Sul possui atualmente 244 municípios habilitados com o PIM, atendendo cerca de 53.720 famílias, abrangendo 59.092 crianças e 8.049 gestantes, segundo dados de março de 2019 (RIO GRANDE DO SUL, 2019). A cobertura do PIM a nível Estadual resulta em pouco mais de 49% de cobertura, contudo, a mortalidade infantil tem reduzido significativamente nos últimos anos em todas as Regiões do Brasil, através da implantação de ações de atenção básica à saúde. Em especial na Região Sul, a redução ocorreu grande parte em crianças com mais de um mês de vida, enquanto as responsáveis por cerca de 2/3 dos óbitos infantis são as mortes neonatais (GRANZOTO et al., 2014).

Devido ao valor numérico reduzido de gestantes referenciado no parágrafo acima, buscou-se dados referentes ao quantitativo de gestantes residentes no RS, para que se possa verificar a cobertura do PIM a esta população. Os mecanismos de buscas abrangeram dados do DATASUS, onde apenas foram encontrados os dados de nascidos vivos, que não resultaria

em uma análise de qualidade, pois há gestações interrompidas por abortos e feto morto, além de gestações gemelares, ao qual iriam interferir no resultado. Também se buscou nas fontes de dados estaduais, através do site da Secretaria Estadual de Saúde, sistema Business Intelligence (BI), onde não se encontrou os dados de gestantes, impossibilitando o cálculo da cobertura.

A partir dos dados coletados e calculados, pode-se observar que em relação a habilitação do PIM no município de Palmares do Sul, ocorrida no ano de 2013, o CMI vinha reduzindo nos anos de 2013 e 2014, porém houve grande elevação no ano de 2015, com CMI de 24,6, sendo que estes também foram óbitos classificados como evitáveis. Além do exposto, nota-se que a partir do ano de 2013 a maioria dos óbitos ocorreu por causas que poderiam ter sido evitadas, contrapondo o que o programa PIM visa, que é a redução das vulnerabilidades que evitam os óbitos infantis, onde constata-se que uma das prioridades do programa não foi plenamente atendida.

6.1.2 Avaliação do Impacto do Programa Primeira Infância Melhor (PIM)

Para que se possa analisar de modo mais aprofundado a realidade dos municípios, elencaram-se três principais causas evitáveis que podem estar relacionadas à atuação do PIM, que são causas reduzíveis a atenção à mulher na gestação, reduzíveis por adequada atenção a mulher no parto e reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido. Sobre isto, Ribeiro et al. (2018) ressalta que o real sentido do programa é acompanhar gestantes e crianças de 0 a 6 anos, monitorando suas condições de vida e vulnerabilidades e estimulando o cuidado e interação da criança com a família/comunidade, através das visitas semanais em nível familiar ou comunitário.

Portanto, cabe considerar que o acompanhamento dos visitantes é de suma importância para detectar precocemente fatores que podem resultar em óbito infantil, pois estão semanalmente acompanhando as famílias e por se tratar de uma rede de serviços, pode-se encaminhar para referência quando necessário.

Ao analisarmos proporcionalmente as mortes infantis evitáveis no município de Balneário Pinhal pelas causas elencadas, pode-se observar que a partir do ano de habilitação do programa, 2004, o município ainda permaneceu tendo óbitos por causas sensíveis ao programa, chegando a ter nos anos seguintes, 100% de óbitos por causas evitáveis. Cabe ao gestor em saúde a observação da qualidade em que está sendo executado o programa, monitorar os resultados para que se avaliem periodicamente as ações e que se façam correções para melhoria da qualidade de vida da população.

Os resultados da proporção de evitabilidade dos óbitos ocorridos em Balneário Pinhal demonstram que do ano de 2000 a 2007 a média de óbitos evitáveis foi de 36,7% dos óbitos, tendo nos anos seguintes de 2008 a 2016 uma média de 57,6% dos óbitos evitáveis, onde mais uma vez nos questiona sobre a qualidade da assistência básica neste município, além da atuação do programa em análise.

Sobre isto, Brasil (2011) destaca que o planejamento é de suma importância para a gestão em saúde, devendo fazer parte das três esferas de gestão, de forma contínua e regulada. As demandas da população devem ser elencadas conforme dados epidemiológicos, socioeconômicos, demográficos, devendo ser planejadas ações e metas para conformação das redes de atenção.

Quanto ao município de Terra de Areia, com habilitação do PIM no ano de 2006, observa-se que após o ano de adesão o município conseguiu reduzir ao menos algumas causas de óbitos evitáveis, porém obteve anos em que todas as causas foram de abrangência do PIM, ao qual poderiam ter sido evitadas com a correta execução do programa, através de monitoramento dos dados e planejamento de correções pelo gestor. A proporção de evitabilidade dos óbitos neste município de 2000 a 2007 era de 83,3% e de 2008 a 2016 obteve 69% dos óbitos evitáveis. Observa-se melhoria nos CMI deste município após a adesão ao PIM, porém os índices permanecem elevados e com causas sensíveis ao programa.

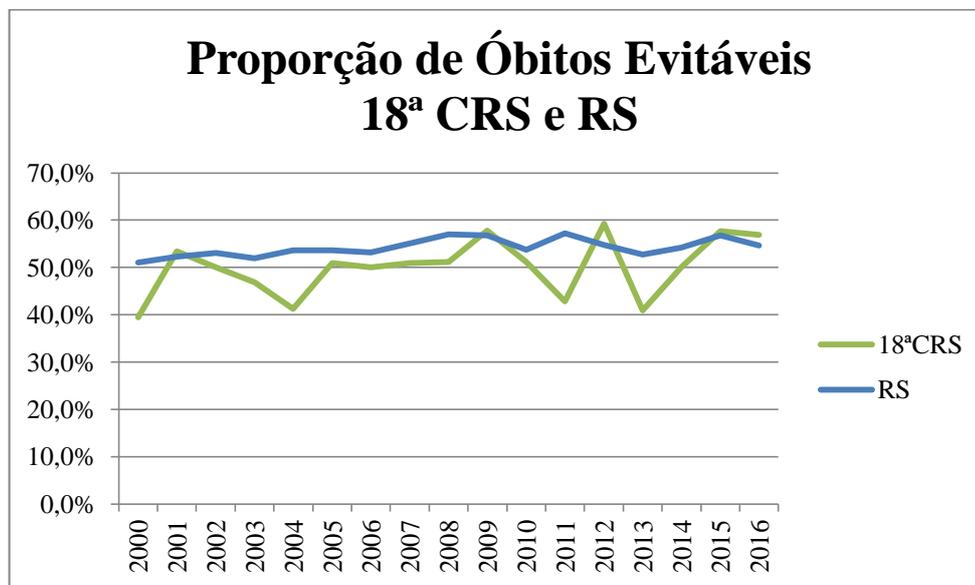
Retrata-se a necessidade de avaliação e monitoramento dos indicadores em saúde, por parte dos gestores, para que se possam planejar ações mais efetivas para a melhoria da saúde dos usuários (Brasil, 2011).

Em relação a o município de Palmares do Sul, observa-se que no ano de habilitação do programa, 2013, e nos dois anos seguintes, 100% dos óbitos poderiam ter sido evitados com a correta execução do PIM. O município ainda obteve um aumento na proporção de evitabilidade dos óbitos na série histórica realizada, obtendo de 2000 a 2007 40,5% dos óbitos evitáveis e subindo este valor para 78,6% de 2008 a 2016, ou seja, praticamente o dobro, cabendo uma análise mais detalhada para a situação de saúde deste município.

Para que se possa cumprir as responsabilidades da gestão, no âmbito do SUS, faz-se necessário o uso de ferramentas por parte dos gestores que os auxiliem no embasamento dos dados para análise, tomada de decisão, planejamento e soluções para os problemas retratados pela população de abrangência (BERRETA; LACERDA; CALVO, 2011).

Quanto a efetividade do PIM na área de abrangência da 18ª CRS e estado do RS, o gráfico 4 demonstra a série histórica analisada, para que se possa ter o detalhamento das informações coletadas.

Gráfico 4– Proporção de CMI evitável no estado do RS e 18ª CRS, no período de 2000 a 2016.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

O gráfico 4 demonstra que tanto no estado do RS quanto na CRS analisada, o PIM, desde que foi instituído política social em 2003 e posteriormente lei estadual em 2006, não vem demonstrando grandes resultados na evitabilidade dos óbitos infantis, pois embora os CMI totais tenham reduzido no estado e CRS com o passar dos anos, a proporção dos óbitos evitáveis ainda é elevada e crescente em alguns anos.

Cabe ao gestor estadual reforçar o monitoramento das ações do programa, verificando sua real efetividade, além de verificar a correção dos dados alimentados pelo programa para monitoramento das ações. O uso de indicadores de saúde, quando extraídos de um sistema regular e de confiança, pode ser de suma importância para a gestão quanto a avaliação da situação de saúde da população e de como estão sendo executadas as ações no âmbito da saúde pública (OPAS, 2008).

Além disso, a média de proporção de evitabilidade dos óbitos no estado e CRS também se elevaram, tendo nos anos de 2000 a 2007 taxas de 53% e 47,9%, respectivamente, e posteriormente, em 2008 a 2016, elevando-se o estado para 55,3% e CRS para 52%. Cabe observar também que pode ter ocorrido melhora na captação dos dados, o que aumentaria os índices. Sobre isto, Pereira e Tomasi (2016) ressaltam que o Brasil ainda possui diversas fragilidades quanto falamos em sistemas de informações, pois as iniciativas em educação

permanente das equipes de saúde, além da fragmentação dos dados, são reduzidas em todas as esferas de gestão.

Cabe lembrar que apenas 43% dos municípios da 18ª CRS aderiram ao PIM, o que pode influenciar nos resultados de óbitos evitáveis desta coordenadoria, devido à baixa cobertura. Além disso, no estado, apenas 243 dos 497 municípios estão com o PIM habilitado, resultando em cobertura de pouco mais de 47% (RIO GRANDE DO SUL, 2019).

CONCLUSÃO

Concluindo, em relação ao objetivo específico referente ao cálculo dos coeficientes de mortalidade infantil geral e por causas evitáveis, nos municípios de Palmares do Sul, Balneário Pinhal e Terra de Areia, na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e no estado de Rio Grande do Sul, entre 2000 e 2016, encontraram-se posteriormente à coleta, cálculos realizados conforme os mecanismos descritos nos itens 5.4 e 5.5, os CMI divididos em geral e evitáveis, além de divididos por regiões, para contemplarem a análise do objetivo específico seguinte. Os cálculos obtidos estão mostrados nas páginas 23 e 25 através das tabelas 1 e 2 e também no apêndice B desta pesquisa.

Quanto ao objetivo específico relacionado a comparar os coeficientes de mortalidade infantil geral e por causas evitáveis, nos municípios de Palmares do Sul, Balneário Pinhal e Terra de Areia, na 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) e no estado de Rio Grande do Sul, antes (2000 a 2005) e após a adesão ao PIM (2006 a 2016), encontrou-se o maior em CMI geral e evitável no município de Balneário Pinhal antes da adesão e, após a adesão ao PIM, este município também manteve o maior CMI nestas áreas. O menor CMI, excluindo os anos em que não se obtiveram óbitos nos municípios (com CMI igual a zero), prevaleceram na área de abrangência da 18ªCRS, tanto antes como após a adesão ao PIM, onde esta CRS obteve CMI mais baixo que o Estado de 2000 a 2005 e de 2006 a 2016.

Antes do PIM, os municípios apresentavam CMI extremamente altos em alguns anos e zerados em outros, por causas evitáveis e por causas gerais e após o PIM encontrou-se os mesmos resultados. Resultados estes que, a nível regional e estadual, vem reduzindo durante a série histórica, sendo gerais e evitáveis, contudo, ainda há diversos óbitos infantis que poderiam ter sido evitados nestas regiões. Quando comparamos os CMI entre municípios de semelhante população, estes são ainda maiores, gerais e evitáveis, onde encontramos grande quantidade de óbitos que poderiam ter sido evitados com adequada atenção à saúde da criança.

Em relação ao objetivo específico de descrever os dados sobre os Coeficientes de Mortalidade Infantil (CMI) para os municípios de Palmares do Sul, Balneário Pinhal e Terra de Areia, para a 18ªCRS e para o RS, os mesmos foram descritos e representados através das tabelas nas páginas 23 e 25 que mostraram em relação aos municípios, relacionado à causas sensíveis ao PIM (óbitos evitáveis), o baixo desempenho do programa, onde sugere-se a avaliação da execução do programa por parte dos gestores. Considerando os gráficos à níveis estadual e regional, este apresenta-se com queda durante a série histórica, porém com

presença de grande quantidade de óbitos evitáveis, tendo o estado do RS com resultados positivos se comparado à regional, antes e após a adesão ao PIM, conforme gráfico da página 26. Destaca-se que o Estado e CRS mantêm uma média CMI em redução, enquanto os municípios possuem valores que oscilaram ao longo do tempo.

Conclui-se, em relação ao objetivo geral, que foi avaliar o impacto do Programa Primeira Infância Melhor (PIM) no município de Palmares do Sul, que não há dados suficientes que possam demonstrar se o programa obteve resultados positivos, pois o município obteve CMI (gerais e evitáveis) em alguns anos considerados altos após a adesão ao PIM. Destacam-se também as falhas como falta de profissionais, troca de coordenação do programa e falta de recursos durante a operação do programa no município de Palmares do Sul, que resultou no abandono do PIM do mesmo.

Ressalta-se que os dados do município de Palmares do Sul foram obtidos até o ano de 2016, impossibilitando de analisar os dados de mortalidades infantis após o desligamento do programa. Se compararmos com os CMI anteriores a adesão ao PIM pode-se inferir que não houve melhora significativa nos dados de mortalidade, questionando-se sobre a qualidade em que o programa foi desenvolvido neste município ou por que o programa não foi implementado em tempo suficiente para que seja notada uma melhora de fato. Não se teve período suficiente da execução da política no município para que se possa afirmar que houve falha na gestão, devido ao curto espaço de tempo entre a adesão e o abandono do PIM em Palmares do Sul.

Considerando as análises realizadas no período, de um modo geral, percebe-se que há um declínio das mortalidades infantis em todo Estado e na CRS. Porém, se especificarmos mais a fundo as análises, como foram realizadas nos municípios, percebemos que ainda encontramos índices elevados de mortalidade infantil em alguns anos. Os coeficientes do Estado destacam-se entre um dos melhores do país. Portanto, se evidencia a importância de se analisar os coeficientes por CRS e Regiões de saúde e municípios, visto que possibilita uma visão mais minuciosa de como está a assistência recebida pela criança nestes locais e no intuito de incentivar a implantação de ações corretivas.

Observou-se que o município de Palmares do Sul possui índices mais elevados na média dos anos analisados. Tal elevação interfere diretamente nos índices da coordenadoria analisada, em conjunto com os outros municípios, pois na grande maioria dos anos, os coeficientes desta CRS encontraram-se maiores do que os Estaduais.

Quanto à adesão ao PIM, considera-se que os benefícios trazidos por este não conseguem ser notados, visto que a inevitabilidade dos óbitos ainda é alta, além de que a

cobertura do programa ainda está baixa, tanto no estado quanto na Coordenadoria de Saúde analisada. Com isto, sugere-se que novos estudos sejam realizados para o acompanhamento destes índices nos anos seguintes.

Embora haja uma notável redução destas mortes no Estado, ainda há um elevado número de óbitos que poderiam ter sido evitados com uma adequada assistência à gestante, ao parto e a criança nos seus primeiros anos de vida.

Considera-se que estudar as mortalidades infantis possua grande relevância, pois nos remete à qualidade da assistência que é fornecida nestas localidades. Portanto, sugere-se que sejam realizadas análises mais aprofundadas das causas destes óbitos nas regiões e da relação entre estas causas e a assistência prestada, seja ela na atenção básica ou em programas específicos, como o programa Primeira Infância Melhor.

Ressalta as dificuldades em realizar esta pesquisa, relacionadas à escassez de dados de acesso público quanto ao programa PIM e a atuação nos municípios.

Outro ponto a se destacar no município de Palmares do Sul é que houve diversas oscilações no funcionamento do PIM, como troca de coordenação do programa e rotatividade de visitantes, o que o prejudicou. Os diversos transtornos ocorridos durante a implantação e execução do programa, além de falta de profissionais qualificados e concursados para assumirem a coordenação do programa, fez com que, no ano de 2018 fosse solicitada a desativação do programa pelo gestor municipal. Salienta-se que os dados de mortalidade infantil no SIM estavam disponíveis até o ano de 2016, sendo impossibilitado a sua avaliação após desligamento do programa.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, A.M.C. et al. Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 272-9, 2012.

ALKEMA, L. et al. **National, regional, and global sex ratios of infant, child, and under-5 mortality and identification of countries with outlying ratios: a systematic assessment.** *Lancet Global Health*. v.2, n.9, p. 521-530, 2014.

BERRETA I.Q.; LACERDA J.T.; CALVO M.C.M. **Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde.** *Cad Saude Publica*. v. 27, n. 11, p. 2143-54. 2011.

BLACK, R. E.; MORRIS, S. S.; BRYCE, J. Where and why are 10 million children dying every year? **Lancet**, London, v. 361, n. 28, p. 2226-234, 2003.

BRASIL, Cidadania e Justiça. **ONU: Brasil cumpre meta de redução da mortalidade infantil.** Portal Brasil, 2017. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/09/onu-brasil-cumpre-meta-de-reducao-da-mortalidade-infantil>>. Acesso em: 26/05/2018 às 20:02.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.** Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF), 2011 jun 29; Seção 1:1.

BRASIL. Dados do município de Palmares do Sul. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/palmares-do-sul>>. Acesso em: 30/05/2018 às 19:10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica [Internet].** Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde.** Brasília (DF): 2010.

BRASIL. **Portaria nº 1.130**, de 05 de Agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: CNS, 2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. **O futuro hoje: estratégia brasileira e brasileiros saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional**. Volume IV, Brasília, DF, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde, **O Subsistema de Informações sobre Mortalidade**. In: *Estatísticas de Mortalidade: Brasil, 1979* (Ministério da Saúde, org.), pp. 2-56, Brasília: Centro de Documentação, MS, 1982.

BRUM, C.A.; STEIN, A.T.; PELLANDA, L.C. Mortalidade Infantil em Novo Hamburgo: Fatores Associados e Causas Cardiovasculares. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 104, n. 4, p. 257-65, 2015.

CARVALHO, M.; GOMES, M.A. **A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios**. *J Pediatr (Rio J)*, v. 81, p. 111-8, 2005.

CASSIANO, A.C.M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**, v. 65, n. 2, p. 227-44, abr-jun. 2014.

CAVALCANTI, P.C.S. **O modelo lógico da Rede Cegonha**. Fundação Oswaldo Cruz: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2010.

DARMSTADT G.L. et al. The Brazilian Ministry of Health's Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care: preliminary results. **Cad Saúde Pública**, v. 20, p. 1281-9, 2005.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **SIM - Sistema de Informações de Mortalidade**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sim-sistema-de-informacoes-de-mortalidade>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **SINASC – Sistema de Informações Nascidos Vivos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sinasc-sistema-de-informacoes-de-nascidos-vivos>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

ENGLE, P. L.; BLACK, M. M. The effect of poverty on child development and educational outcomes. **Annals of the New York Academy Sciences**, [S. l.], v. 1136, n. 243-256, 2008.

FAMER, M.A. **A mortalidade infantil nos municípios da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde**. Santo Antonio da Patrulha: UFRGS, 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/67733>>.

FEE, Fundação de Economia e Estatística. **Identificação do Público-Alvo do PIM**. SES/RS. Disponível em: < <http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/o-pim/estudos-e-resultados/>>, 2015. Acesso em: 15/09/2018 às 11:05.

FEITOSA, A.C. et al. Fatores associados à Mortalidade Infantil na região metropolitana do Cariri, Ceará, Brasil. **Revista Brasileira de Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 25, n. 2, p. 1-5, 2015.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. **Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, Minas Gerais, 2008. Disponível em: < <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1763/1723>>. Acesso em: 11/07/2018 às 19:45.

FRANÇA, E et al. Mudança do perfil de causas de mortalidade infantil no Brasil entre 1996 e 2010: porque avaliar listas de classificação das causas perinatais. **Anais do XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, Minas Gerais, 2012. Disponível em:< <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/viewFile/1976/1934>> Acesso em: 14/05/2019 às 21:05.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Índice de Desenvolvimento Humano: situação da criança brasileira**. Brasília, DF, 2006, p. 108-229.

GARCIA, L. P.; SANTANA, L. R. Evolução das desigualdades socioeconômicas na mortalidade infantil no Brasil, 1993-2008. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3717-3728, 2011.

GIOVANNI, M. **Rede Cegonha: da concepção à implantação**. Brasília, DF: Escola Nacional de Administração Pública, 2013.

GRANZOTTO, J.A et al. Comportamento da mortalidade infantil no Extremo Sul do Rio Grande do Sul, Brasil, anos 2005-2012. **Revista da AMRIGS**, v. 58, n. 2, p. 126-9, 2014.

HARTINGER S.M., et al. Impacto de uma intervenção de estimulação infantil no desenvolvimento da primeira infância na zona rural do Peru: um estudo randomizado em cluster usando um projeto de controle recíproco. **J Epidemiol Saúde Comunitária**. v. 71, p. 217-24, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábuas abreviadas de mortalidade por sexo e idade: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**, 2010. Rio de Janeiro, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Balneário Pinhal Panorama**. Acesso em 19/04/2019 às 17:09. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/balneario-pinhal/panorama>>, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Terra de Areia – Panorama**. Acesso em 19/04/2019 às 17:18. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/terra-de-areia/panorama>>, 2010.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília, DF: IPEA, 2014.

LAWN, J.E et al. **Every Newborn: Progress, priorities and potential beyond survival**. Lancet, v.384, p.9938, p.189-205, 2014.

LOURENÇO, E.C.; BRUNKEN, G.S.; LUPPI, C.G. Mortalidade infantil neonatal: estudo das causas evitáveis em Cuiabá, Mato Grosso, 2007. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 4, p. 697-706, 2013.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Rev Méd Minas Gerais**, v. 8, (4 Supl 4), p. 3-11, 2008.

PALMARES DO SUL. Localização. **Site Institucional**. Disponível em: <<http://www.palmaresdosul.rs.gov.br/index.php/a-cidade/geografia>>. Acesso em 25/11/2018 às 12:20.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

PEREIRA, B. S; TOMASI, E. Instrumento de apoio à gestão regional de saúde para monitoramento de indicadores de saúde. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, V. 25 N.2 p. 411-418, 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. Ed. Porto Alegre, 2011. 669p.

RAMALHO, W.M. **Desigualdades socioeconômicas e espaciais da mortalidade infantil no Brasil e Distrito Federal**. Tese (Doutorado). Brasília, DF: Universidade Federal de Brasília, 2014.

RIBEIRO, F. G. et al. Uma avaliação do Programa Primeira Infância Melhor no Estado do Rio Grande do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**. N. 4, Rio de Janeiro. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Lei Nº 12.544, de 03 de Julho de 2006. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**. 2006. Disponível em: <http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/lei-estadual-no-12-5442006>. Acesso em: 25/05/2018 às 23:43.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **PIM – Primeira Infância Melhor**. Porto Alegre: SES, 2017. Disponível em: <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/o-pim/o-que-e/>>. Acesso em: 12 set. 2018

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Programa Primeira Infancia Melhor - PIM**. 2018. Porto Alegre: SES, 2018. Disponível em: <http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/>. Acesso em: 29/05/2018 às 22:10.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Programa Primeira Infancia Melhor - PIM**. 2019. Porto Alegre: SES, 2019. Disponível em: <<http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/o-pim/dados/>>. Acesso em: 19/04/2019 às 18:01.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Rio Grande do Sul registra a menor taxa de mortalidade infantil da história**. Porto Alegre: SES, 2016. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/10056/?Rio_Grande_do_Sul_registra_a_menor_taxa_de_mortalidade_infantil_da_hist%C3%B3ria>. Acesso em: 26/05/2018 às 23:55.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira et al. Coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária: validação semântica de um instrumento adaptado. **Cad. Saúde Pública [online]**. vol.30, n.7, p.1385-1390, 2014.

SANTOS, Gabrieli Santos dos; et al. Contribuições da Primeira Infância Melhor para o crescimento e desenvolvimento infantil na percepção das famílias. **J. res. fundam. care. Online**. v. 11. n.1. p. 67-73, 2019.

SANTOS, L.M.; FRANCISCO, J.R.S.; GONÇALVES, M.A. Controle na alocação de recursos na saúde pública: uma análise nas microrregiões do sudeste brasileiro. **Administração Pública e Gestão Social**, v. 8, n. 2, p. 119-30, 2016.

SILVA, E.S.A.; PAES, N.A. Efeitos do programa bolsa família e estratégia saúde da família sobre a mortalidade infantil no semiárido brasileiro para dados em painel. In: CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE POBLACIÓN, Latinoamericana de Población, VII. **Anais**. Foz do Iguaçu, PR: ALAP 2016.

SCHOEPS, D. et al. Risk factors for early neonatal mortality. **Rev Saúde Pública**, v. 41. p. 1013-22, 2007.

SEBRAE, Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas. **Perfil das cidades gaúchas – Palmares do Sul**. 2017. Disponível em: <http://ambientedigital.sebrae-rs.com.br/Download/PerfilCidades/Perfil_Cidades_Gauchas-palmares_do_sul.pdf>. Acesso em: 28/05/2018 às 22:43.

SERRUYA S.J., CECATTI J.G., LAGO T. The Brazilian Ministry of Health's Program for Humanization of Prenatal and Childbirth Care: preliminary results. **Cad Saúde Pública**. V. 20. P. 1281-9. 2004

SOUZA, Priscila Tereza L. **Programa Primeira Infância Melhor**. UFSM, Monografia de Especialização. Santa Maria/RS, 2013.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). Rede Interagencial de Informação para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2 ed. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde; 2008.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). **Levels & Trends in Child Mortality. Report 2015 - Estimatives developed by the UN inter-agency group for child mortality estimation**. New York: UNICEF/WHO; 2015.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). **Situação Mundial da Infância 2015: resumo executivo**. Reimagine o futuro – inovação para cada criança. Brasília(DF): UNICEF; 2015. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/SOWC2015ResumoExecutivo.pdf>>.

UNITED NATIONS, **United Nations Millennium Declaration**. UN, 2000. Disponível em: <<http://www2.ohchr.org/english/law/millennium.htm>>.

VANDERLEI, L. C. M.; NAVARRETE, M. V. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. *Rev Saúde Pública* v. 47 n.2 p.379-89, 2013.

VICTORA, C.G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**. v. 377, n. 9780, p. 1863-76, 2011.

YOUNES, L et. al. Estimating coverage of a women's group intervention among a population of pregnant women in rural Bangladesh. **BMC Pregnancy Childbirth**, p. 12-60, 2012.

APÊNDICE A - TERMO DE CESSÃO DE USO DE INFORMAÇÕES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE

Termo de Cessão de Uso de Informações

Comprometo-me a utilizar os dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) do Ministério da Saúde de forma ética e responsável.

Os dados coletados e os resultados, assim como a análise e a discussão dos mesmos serão publicados em periódico científico da área da saúde, apresentados em eventos científicos da área e na defesa pública de Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão em Saúde, sendo necessário para a obtenção do título de especialista em Gestão em Saúde.

A coleta de dados ocorrerá a partir de 1º de novembro de 2018.

Todo o material coletado e analisado será guardado por mim, por cinco anos e posteriormente destruído.

Porto Alegre, 31 de outubro de 2018.

Marina Moraes Soares

Autora da Pesquisa

Tel.: (51) 9.9790.1369

APÊNDICE B – DADOS COLETADOS E CALCULADOS

Número total de mortes infantis gerais no período:

LOCAL	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Balneário Pinhal	3	0	2	1	0	1	0	3	1	1	2	1	5	3	4	1	2
Palmares do Sul	0	1	3	6	2	1	1	1	2	1	1	0	0	1	1	3	2
Terra de Areia	1	0	2	0	1	3	0	2	1	1	1	2	2	3	0	1	0
18 CRS	71	58	62	79	46	53	56	53	45	45	45	42	54	44	44	52	58
RS	2676	2530	2429	2382	2320	2013	1855	1701	1724	1542	1492	1581	1500	1494	1529	1501	1439

Número total de mortes infantis por causas evitáveis no período (Causas evitáveis: Reduzíveis atenção à mulher na gestação, Reduz por adequada atenção à mulher no parto, Reduzíveis adequada atenção ao recém-nascido):

LOCAL	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Balneário Pinhal	2	0	1	0	0	0	0	2	1	0	1	0	3	1	3	1	2
Palmares do Sul	0	1	2	4	1	0	0	0	2	1	0	0	0	1	1	3	1
Terra de Areia	1	0	2	0	1	2	0	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0
18 CRS	28	31	31	37	19	27	28	27	23	26	23	18	32	18	22	30	33
RS	1366	1324	1288	1236	1244	1080	987	937	982	875	802	904	821	787	829	852	786

Número total de nascidos vivos no período:

LOCAL	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Balneário Pinhal	65	95	112	117	131	127	123	124	134	112	116	118	109	152	138	146	143
Palmares do Sul	198	181	162	138	154	155	120	116	100	110	113	120	113	128	135	122	156
Terra de Areia	173	121	132	129	110	86	115	98	116	102	95	112	113	115	96	125	114
18 CRS	5219	4895	4577	4742	4771	4424	4324	4124	4238	4262	4288	4507	4519	4796	4925	5322	5284
RS	176719	160590	155261	149165	153015	147199	141331	133401	135143	133652	133243	137710	138941	141350	143315	148359	141411

CMI geral no período:

LOCAL	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Balneário Pinhal	46,2	0,0	17,9	8,5	0,0	7,9	0,0	24,2	7,5	8,9	17,2	8,5	45,9	19,7	29,0	6,8	14,0
Palmares do Sul	0,0	5,5	18,5	43,5	13,0	6,5	8,3	8,6	20,0	9,1	8,8	0,0	0,0	7,8	7,4	24,6	12,8
Terra de Areia	5,8	0,0	15,2	0,0	9,1	34,9	0,0	20,4	8,6	9,8	10,5	17,9	17,7	26,1	0,0	8,0	0,0
18 CRS	13,6	11,8	13,5	16,7	9,6	12,0	13,0	12,9	10,6	10,6	10,5	9,3	11,9	9,2	8,9	9,8	11,0
RS	15,1	15,8	15,6	16,0	15,2	13,7	13,1	12,8	12,8	11,5	11,2	11,5	10,8	10,6	10,7	10,1	10,2

CMI por causas evitáveis no período:

LOCAL	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Balneário Pinhal	30,8	0,0	8,9	0,0	0,0	0,0	0,0	16,1	7,5	0,0	8,6	0,0	27,5	6,6	21,7	6,8	14,0
Palmares do Sul	0,0	5,5	12,3	29,0	6,5	0,0	0,0	0,0	20,0	9,1	0,0	0,0	0,0	7,8	7,4	24,6	6,4
Terra de Areia	5,8	0,0	15,2	0,0	9,1	23,3	0,0	10,2	8,6	9,8	10,5	0,0	8,8	8,7	0,0	8,0	0,0
18 CRS	5,4	6,3	6,8	7,8	4,0	6,1	6,5	6,5	5,4	6,1	5,4	4,0	7,1	3,8	4,5	5,6	6,2
RS	7,7	8,2	8,3	8,3	8,1	7,3	7,0	7,0	7,3	6,5	6,0	6,6	5,9	5,6	5,8	5,7	5,6

Proporção de óbitos evitáveis no período:

LOCAL	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Balneário Pinhal	66,7%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	100,0%	0,0%	50,0%	0,0%	60,0%	33,3%	75,0%	100,0%	100,0%
Palmares do Sul	0,0%	100,0%	66,7%	66,7%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%	100,0%	50,0%
Terra de Areia	100,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%	66,7%	0,0%	50,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	50,0%	33,3%	0,0%	100,0%	0,0%
18 CRS	39,4%	53,4%	50,0%	46,8%	41,3%	50,9%	50,0%	50,9%	51,1%	57,8%	51,1%	42,9%	59,3%	40,9%	50,0%	57,7%	56,9%
RS	51,0%	52,3%	53,0%	51,9%	53,6%	53,7%	53,2%	55,1%	57,0%	56,7%	53,8%	57,2%	54,7%	52,7%	54,2%	56,8%	54,6%

