

CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO DO PARANÁ - UNIFAE

MESTRADO EM ORGANIZAÇÕES E DESENVOLVIMENTO

KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT

**POLITICAS PÚBLICAS LOCAIS DE SAÚDE: DESDOBRAMENTOS NA
CONDIÇÃO DE VIDA DA POPULAÇÃO DE CURITIBA, PR**

CURITIBA

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT

**POLITICAS PÚBLICAS LOCAIS DE SAÚDE: DESDOBRAMENTOS NA
CONDIÇÃO DE VIDA DA POPULAÇÃO DE CURITIBA, PR**

Dissertação apresentada como requisito parcial à
obtenção do grau de Mestre no Curso de
Mestrado em Organizações e Desenvolvimento
do Centro Universitário Franciscano do Paraná –
UNIFAE.

Orientador: Prof. PhD. Marcus Lourenço.

Curitiba, junho de 2007

TERMO DE APROVAÇÃO

KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT

**POLITICAS PÚBLICAS LOCAIS DE SAÚDE: DESDOBRAMENTOS NA
CONDIÇÃO DE VIDA DA POPULAÇÃO DE CURITIBA, PR**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Mestrado em Organizações e Desenvolvimento, UniFAE Centro Universitário, pela seguinte banca examinadora:

Orientador: Prof. Dr. MARCUS LOURENÇO
UNiFAE

Banca: Prof. Dr. CHRISTIAN SILVA
UNiFAE

Prof^a. Dr^a. MARIA HELENA LENARDT
UFPR

Prof. Dr. JOSÉ EDMILSON DE SOUZA LIMA (suplente)
UNiFAE

Curitiba, 29 de junho de 2007.

Dedicatória

A DEUS,
pela existência e possibilidade
de concretizar este trabalho.

A MINHA FILHA GABRIELA,
Que apesar de ainda não ter nascido,
foi minha fonte de inspiração e coragem.
Agradeço a Deus pela sua presença cheia de vida,
energia que ilumina e estimula meu caminhar.

AO MEU ESPOSO MARCOS,
Agradeço o amor intenso e sereno
Que é compartilhado, e pela cumplicidade
de todos os momentos vividos.
Desculpa pela ausência....

AOS MEUS PAIS, ALUÍZIO E LEONILDA
que me deram a vida, a minha eterna gratidão pelo incansável
incentivo, apoio, confiança e presença carinhosa.
Vocês souberam realizar a missão de serem pais, com muito brilhantismo.

A MINHA IRMÃ SIMONE
pela ajuda, compreensão, carinho e respeito.

AO MEU IRMÃO JOÃO, MEUS SOBRINHOS E SOBRINHAS
presenças que confortam e nutrem minha vida.

Agradecimentos

AO MEU ORIENTADOR

PROF. DR. MARCUS LOURENÇO,

Agradeço pela contribuição, compreensão e confiança.

AO PROF. DR. CHRISTIAN SILVA

Com quem tive o privilégio de estar no mestrado e na qualificação. Respeitou meus limites, com sua sensibilidade e competência ajudou a trilhar os caminhos deste trabalho.

Jamais esquecerei do exemplo de educador.

AO PROF. DR. JOSÉ EDMILSON DE SOUZA LIMA

agradeço pela contribuição no exame de qualificação, e principalmente por suas palavras sábias.

A PROF^a. DR^a. MARIA HELENA LENARDT

sempre foi um grande exemplo de superação, garra, sabedoria... me apoiou, ajudou e compreendeu minhas dificuldades.

A querida MARIANA (mestrado) E SORAIA (bibliotecária)

O apoio e ajuda de vocês foi fundamental para o término desse trabalho. Muito obrigada, agradeço muito o apoio de vocês.

Aos companheiros e companheiras – alunos da 1ª turma do Mestrado em Organizações e Desenvolvimento da UNIFAE
Vocês serão inesquecíveis, cada qual com sua personalidade,
o meu carinho e respeito.

RESUMO

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida. **Políticas públicas locais de saúde: desdobramentos na condição de vida da população de Curitiba, PR.** Curitiba, 2007. 174p. Dissertação (Mestrado em Organizações e Desenvolvimento) – UNIFAE.

Este estudo teve como objetivo: avaliar as políticas públicas locais de saúde relacionadas à condição de vida, na cidade de Curitiba, PR. Os objetivos específicos foram: a) Refletir sobre a conceituação da condição de vida; b) Identificar as políticas públicas locais de saúde relacionadas à condição de vida em Curitiba; c) Avaliar as políticas públicas locais de saúde relacionadas à condição de vida, da cidade de Curitiba; d) Avaliar mudanças na condição de vida da população, resultantes das políticas públicas locais de saúde. Foi avaliado o seguinte pressuposto: as políticas públicas locais de saúde melhoram a condição de vida da população de Curitiba. Trata-se de pesquisa quantitativa, de natureza descritiva, com coorte transversal, que foi desenvolvida no período de setembro de 2005 a junho de 2007. Utilizou-se basicamente dados secundários, provenientes dos acervos das bibliotecas da UNIFAE, UFPR, PUCPR, das bases de dados on-line (*LILACS*, *MEDLINE* e *PUBMED*), e de fontes como o banco de dados do IPPUC, IPARDES, Prefeitura Municipal de Curitiba, IBGE. O processo investigativo esteve dividido em duas fases, a primeira constituída pelo aprofundamento teórico sobre a conceituação da condição de vida e a segunda pela análise dos resultados das políticas públicas locais de saúde na condição de vida da população. Na primeira fase do estudo foi realizada análise de conceito de Walter e Avant (1988) sobre a conceituação da condição de vida. Na segunda fase, a análise seguiu as seguintes etapas: (1) coleta de dados secundários; (2) inferência do período; (3) análise dos períodos e (4) identificação de estratégias. As políticas públicas selecionadas para o presente estudo foram às políticas públicas locais de saúde da cidade de Curitiba (Programa Nascer em Curitiba Vale a Vida; Programa Mãe Curitibana; Programa Crescendo com Saúde e Programa Alfabetizando com Saúde). A análise da condição de vida relacionada com as políticas públicas de saúde locais perpassou apreciação das variáveis (esperança de vida ao nascer, mortalidade infantil, mortalidade materna, mortalidade em menores de cinco anos, baixo peso ao nascer, esperança de vida, população total, renda média do chefe da família, taxa de alfabetização, proporção de analfabetos, densidade intra domicílio, proporção de domicílio com coleta de lixo, proporção de domicílios com água encanada). Os dados foram discutidos e apresentados em redação descritiva. Como resultado desta dissertação, tem-se: a construção do conceito para o termo condição de vida e pode-se afirmar que as políticas analisadas neste estudo trouxeram melhora tênue para a condição de vida da população, pois as políticas por si só não melhoram a condição de vida, esta é afetada por diversos fatores. Sendo assim pode-se afirmar que a hipótese deste estudo, pode ser considerada em partes como verdadeira, visto que ela pode auxiliar na promoção de melhorias para a condição de vida.

Palavras-chave: Políticas públicas; Condições sociais; Indicadores sociais.

ABSTRACT

Hammerschmidt, Karina Silveira de Almeida. **Políticas públicas locais de saúde: desdobramentos na condição de vida da população de Curitiba, PR.** Curitiba, 2007. 174p. Dissertação (Mestrado em Organizações e Desenvolvimento) – UNIFAE.

This study had as objective: to evaluate related the local public politics of health to the life condition, in the city of Curitiba, PR. The specific objectives had been: a) To reflect on the conceptualization of the life condition; b) To identify related the local public politics of health to the condition of life in Curitiba; c) To evaluate related the local public politics of health to the condition of life, the city of Curitiba; d) To evaluate changes in the condition of life of the population, resultants of the local public politics of health. The following one was evaluated estimated: the local public politics of health improve the condition of life of the population of Curitiba. It is about quantitative research, descriptive nature, with coorte transversal, that was developed in the period of September of 2005 until June of 2007. It was used basically secondary database, proceeding from the quantities of the libraries of the UNIFAE, UFPR, PUCPR, of the source and databases on-line (LILACS, MEDLINE and PUBMED), as the data base of the IPPUC, IPARDES, Municipal City hall of Curitiba, IBGE. The investigation process was divided in two parts, the first one constituted of the theoretical deepening on the conceptualization of the condition of life and second for the analysis of the results of the local public politics of health in the condition of life of the population. In the first part of the study analysis of concept of Walter and Avant (1988) on the conceptualization of the life condition was carried through. In the second phase, the analysis followed the following stages: (1) it collects of secondary data; (2) inference of the period; (3) analysis of the periods and (4) identification of strategies. The selected public politics for the present study had been the local public politics of health of the city of Curitiba (Program To be born in Curitiba Valley the Life; Program Curitiba Mother; Program Growing with Health and Alfabetizando Program with Health). The analysis of the condition of life related with local the public politics of health was appreciated of the variable (hope of life to the rising, infantile mortality, mortality materna, mortality in five year minors, low weight to the rising, hope of life, total population, average income of the head of the family, tax of literates, ratio of illiterates, density intra domiciliate, ratio of domiciliate with garbage collection, ratio of domiciles with canalized water). The data had been argued and presented in descriptive writing. As result of this study, it is had: the construction of the concept for the term condition of life and it can be affirmed that the politics analyzed in this study had brought tenuous improvement for the condition of life of the population, therefore the politics by itself do not improve the life condition, this is affected by diverse factors. Being thus the hypothesis of this study can be affirmed that, can be considered in parts as true, since it can assist in the promotion of improvements for the life condition.

Keywords: Public Policies; Social Conditions; Social Indicators.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Domínios e áreas temáticas.....	36
Figura 2 – Representação esquemática do caminho metodológico.....	109
Gráfico 1 – População total, por ano, Curitiba, 1996 – 2005.....	112
Gráfico 2 - População total, segundo sexo, Curitiba, 1996 – 2005.....	112
Gráfico 3 – População feminina, Curitiba, 1996 – 2005.....	113
Gráfico 4 – Esperança de vida ao nascer, segundo sexo, Curitiba, 1991, 1996 e 2000.....	114
Gráfico 5 - Proporção (%) de idosos na população, Curitiba, 1996 – 2005.....	115
Gráfico 6 – Cobertura da rede de abastecimento de água (% domicílios com serviço da rede geral) e Cobertura da coleta de lixo (% domicílios com serviço de coleta), Curitiba, 2000	116
Gráfico 7 – Taxa de desemprego (%), Paraná, 1996 – 1999, 2001 – 2005.....	118
Gráfico 8 - Razão da mortalidade materna, por 100.000 nascidos vivos, Paraná, 1996 – 2004.....	124
Gráfico 9 – Percentual da realização do pré natal, segundo serviço público ou particular, Curitiba, 1996 – 2005.....	126
Gráfico 10 - Taxa de prevalência (%) e do aleitamento materno, Brasil, Região Sul (Curitiba, Florianópolis, Porto Alegre), 1999.....	128

Gráfico 11 – Mortalidade proporcional por idade, menores de 1 ano, Curitiba, 1996-2004	134
Gráfico 12 – Proporção de óbitos infantis por faixa etária, menores de 1 ano, Curitiba, 1996 - 2004	135
Gráfico 13 - Mortalidade proporcional, menores de 1 ano, por grupos de causas, Curitiba, 2004.....	136
Gráfico 14 – Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, Paraná, 1996 - 2004	137
Gráfico 15 - Percentual de nascidos vivos com baixo peso (<2500g), Curitiba, 1996-2004	138
Gráfico 16 – Taxa de incidência da AIDS, Região Sul, 1996 – 2005.....	141
Gráfico 17 - Taxa de incidência da AIDS, Curitiba, 1996 – 2005.....	141
Gráfico 18 – Taxa de mortalidade em menores de 5 anos de idade por 1.000 nascidos vivos, Brasil, 1996 – 2003.....	147
Gráfico 19 – Mortalidade em menores de cinco anos (nº de óbitos), Curitiba, 1996 – 2004.....	147
Gráfico 20 – Índice de envelhecimento (número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens por ano), Curitiba, 1991, 1996, 2000 – 2005.....	152
Gráfico 21 – Taxa de analfabetismo (% de analfabetos na população total), Curitiba, 1996 – 2000.....	153
Figura 3 – Processo de interligação entre a condição social e planejamento em saúde (adaptado de THACKER <i>et al.</i>, 1996).....	157

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Problemas apontados pela população em ordem de importância, Brasil, 1998.....	33
Tabela 2 - Causas de mortalidade materna, segundo definição do CID - 10.....	122
Tabela 3 - Série Histórica de Mortalidade Materna, Curitiba, 1994 - 2005.....	124
Tabela 4 - Distribuição dos Óbitos Maternos Quanto a Realização de Pré-Natal, Curitiba, 1996 - 2005	125
Tabela 5 – Taxa de mortalidade precoce, Brasil, 1997-2004.....	130
Tabela 6 – Taxa de mortalidade tardia, Brasil, 1997-2004.....	131
Tabela 7 – Taxa de mortalidade pós-neonatal, Brasil, 1997-2004.....	132
Tabela 8 – Número de recém nascidos com baixo peso, segundo duração da gestação, Curitiba, 1996 - 2004.....	139
Tabela 9 - Proporção de menores de 5 anos de idade na população (% por ano segundo Capital - Brasil, 1991, 1996, 2000 - 2005).....	145
Tabela 10 – Mortalidade em menores de cinco anos, proporcional por grupo de causas (% de óbitos por causas), Curitiba, 2004.....	148
Tabela 11 – Índice de envelhecimento (número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens por ano), segundo capital, 1991, 1996, 2000 – 2005.....	151

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA - Abastecimento de Água
ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
AIS - Ações Integradas de Saúde
AM - Aleitamento Materno
AME - Aleitamento Materno Exclusivo
AR - Administrações Regionais
BPN – Baixo Peso ao Nascer
CAP - Caixa de Aposentadoria e Pensão
CAP's - Caixas de Aposentadoria e Pensão
CID - Classificação Internacional de Doenças
CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS - Associações dos Secretários de Saúde Estaduais
CONASEMS - Associações dos Secretários de Saúde Municipais
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas
CPI - Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CV – Condição de vida
DATASUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DCS – Descritores em Ciência da Saúde
DENERU - Departamento Nacional de Endemias Rurais
DNERU - Departamento Nacional de Endemias Rurais
DN - Declarações de Nascidos
DS – Desenvolvimento Sustentável
DST - Doença Sexualmente Transmissível
ES - Esgotamento Sanitário
FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FHC - Fernando Henrique Cardoso
FMI - Fundo Monetário Internacional
FUNRURAL - Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
HU - Hospitais Universitários
IAP - Institutos de Aposentadoria e Pensões

IAPB - Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Bancários
IAPC - Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Comerciais
IAPETEL - Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Estivadores e Transportadores de Cargas
IAPI - Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IAPM - Institutos de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICV - Índice de Condição de Vida
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IDH – G - Índice de Desenvolvimento Humano ajustado ao Gênero
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social
IPARDES - Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPPUC - Instituto de Planejamento Urbano de Curitiba
ISM - Índice Social Municipal
MPG - Medida de Poder de Decisão relacionado ao Geral
MS – Ministério da Saúde
MSD - Melhorias Sanitárias Domiciliares
NOB - Normas Operacionais Básicas
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU - Organização das Nações Unidas
ONG - Organizações Não-Governamentais
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PAB - Piso Assistencial Básico
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB – Produto Interno Bruto
PMC – Prefeitura Municipal de Curitiba
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF - Programa de Saúde da Família
PP - Políticas Públicas
PPC - Paridade do Poder de Compra
PTB – Partido Trabalhista Brasileiro

PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná
QV – Qualidade de vida
QVRS - Qualidade de Vida Relacionado a Saúde
RDH - Relatório do Desenvolvimento Humano
RMC - Município de Curitiba e Região Metropolitana
SAMDU - Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SIATE – Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência
SIM - Sistema de Informação em Mortalidade
SINASC - Sistema de Informação em Nascidos Vivos
SMQVU - Sistema de Monitorização da Qualidade de Vida Urbana
SMS - Sistema Municipal de Saúde
SNS - Sistema Nacional de Saúde
SPSS - *Statistical Package for Social Science*
SUCAM - Superintendência de Campanhas da Saúde Pública
SUDS - Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TMI – Taxa de Mortalidade Infantil
UFPR – Universidade Federal do Paraná
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFAE – Centro Universitário Franciscano do Paraná
VD – Variável Dependente
VI – Variável Independente
WHOQOL Group - World Health Organization Quality of Life Group

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO.....	22
1.1.1 Objetivo Geral.....	22
1.1.2 Objetivos Específicos.....	22
1.2 HIPÓTESE.....	22
1.3 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO.....	23
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	24
2.1 CONDIÇÃO SOCIAL/ CONDIÇÃO DE VIDA.....	24
2.1.1 Terminologias e conceitos relacionados à condição social/ condição de vida.....	24
2.1.2 Conceito de condição de vida/condição social adotado para este estudo	42
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS.....	46
2.2.1 Políticas de saúde no Brasil.....	48
2.2.1.1 <i>Período de 1500 até primeiro reinado.....</i>	<i>49</i>
2.2.1.2 <i>Início da república 1889 até 1930.....</i>	<i>50</i>
2.2.1.3 <i>O nascimento da previdência social.....</i>	<i>53</i>
2.2.1.4 <i>A crise dos anos 30.....</i>	<i>55</i>
2.2.1.5 <i>A previdência social no estado novo.....</i>	<i>56</i>
2.2.1.6 <i>Saúde pública no período de 30 a 60.....</i>	<i>58</i>
2.2.1.7 <i>A lei orgânica da previdência social e o processo de unificação dos IAP's.....</i>	<i>59</i>
2.2.1.8 <i>O movimento de 64 e suas conseqüências.....</i>	<i>60</i>
2.2.1.9 <i>Período de 1975 - a crise.....</i>	<i>64</i>
2.2.1.10 <i>O fim do regime militar.....</i>	<i>66</i>
2.2.1.11 <i>O nascimento do SUS.....</i>	<i>69</i>
2.2.1.12 <i>Os governos neoliberais - a partir de 1992.....</i>	<i>74</i>
2.2.2 Políticas públicas locais da cidade de Curitiba.....	82

2.3 DESCRIÇÃO SOBRE INDICADORES.....	89
2.3.1 Classificação dos indicadores.....	91
2.3.2 Classificação dos indicadores existentes relacionados à condição social/condição de vida.....	95
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	102
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	102
3.2 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS.....	103
3.3 ANÁLISE DOS DADOS.....	104
3.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	108
3.5 APRESENTAÇÃO DA PESQUISA (ESTRUTURA METODOLÓGICA DA PESQUISA).....	109
4 RESULTADOS.....	111
4.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO CURITIBANA, COM ÊNFASE NA CONDIÇÃO DE VIDA.....	111
4.1.1 Indicadores demográficos	111
4.1.2 Indicadores de cobertura.....	115
4.1.3 Indicadores sócio econômicos.....	117
4.1.4 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e Índice de Condição de Vida.....	119
4.2 ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS LOCAIS DE SAÚDE, CURITIBA/PR.....	120
4.2.1 Programa Mãe Curitibana e Programa Nascer em Curitiba Vale a Vida.....	121
<i>4.2.1.1 Mortalidade materna.....</i>	<i>122</i>

4.2.1.2 Aleitamento materno.....	127
4.2.1.3 Mortalidade infantil	129
4.2.1.4 Baixo peso ao nascer.....	136
4.2.1.5 Incidência da AIDS	140
4.2.1.6 Desdobramentos do Programa Mãe Curitibana e Programa Nascer em Curitiba Vale a Vida.....	142
4.2.2 Programa Crescendo com saúde	145
4.2.2.1 Mortalidade em menores de cinco anos.....	145
4.2.2.2 Desdobramentos do Programa Crescendo com Saúde.....	149
4.2.3 Programa alfabetizando com saúde.....	149
4.2.3.1 Índice de envelhecimento.....	150
4.2.3.2 Taxa de alfabetização e índice de analfabetismo.....	152
4.2.3.3 Desdobramentos do Programa Alfabetizando com Saúde.....	154
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	156
REFERÊNCIAS.....	160
BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS.....	172

1 INTRODUÇÃO

*Experiência não é aquilo que acontece conosco;
É o que fazemos com aquilo que acontece conosco.*

Aldous Huxley

Políticas públicas podem ser definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos (LUCCHESI, 2004).

Dentre as políticas públicas estão as políticas/diretrizes direcionadas para o setor social. As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado, orientado para a melhoria das condições de vida da população. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade.

As políticas públicas de saúde são um conjunto de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público, atuando e influenciando sobre a realidade econômica, social, ambiental, espacial e cultural. Estas políticas variam de acordo com o grau de diversificação da economia, com a natureza do regime social, com a visão que os governantes têm do papel do Estado no conjunto da sociedade, e com o nível de atuação dos diferentes grupos sociais (partidos, sindicatos, associações de classe e outras formas de organização da sociedade) (BOBBIO; MATTEUCCIO; PASQUINO, 1983; SANDRONI, 1994).

No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se desde 1988, conforme a Constituição Federal promulgada naquele ano, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade do atendimento e de participação da comunidade, na organização de um sistema único de

saúde no território nacional. Este sistema de saúde deve oferecer condições que beneficiem a população melhorando diretamente a condição de vida e a qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 1988).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, ao adotar o modelo de seguridade social para assegurar os direitos relativos à previdência, saúde e assistência social, determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

No período pós-Constituição, as políticas de saúde no Brasil vêm sendo formuladas no contexto de uma reforma setorial abrangente, que opera mudanças institucionais de grande magnitude, ao tempo em que introduz novos espaços de interlocução permanente entre Estado e sociedade na gestão pública. Com as mudanças introduzidas a partir do texto constitucional e da Lei Orgânica da Saúde (Leis 8140 e 8142) de 1990, as decisões em matéria de saúde pública, passaram a envolver novos e múltiplos atores, impondo modificações significativas no desenho e formulação das políticas de saúde, com importantes inovações institucionais em termos da estrutura e dinâmica do processo decisório.

A nova concepção do sistema de saúde, descentralizado e administrado democraticamente, com a participação da sociedade organizada, e de acordo com as necessidades locais, prevê mudanças significativas nas relações de poder político e na distribuição de responsabilidades entre o Estado e a sociedade, e entre os distintos níveis de governo – nacional, estadual e municipal, cabendo aos gestores setoriais papel fundamental na concretização dos princípios e diretrizes da reforma sanitária brasileira.

Cabe ressaltar que as políticas públicas se materializam através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados. Por isso, o acompanhamento dos processos pelos quais elas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente, devem ser permanentes.

Nesta abordagem e no contexto da realidade brasileira, cabe refletir sobre como são desenvolvidas as políticas públicas de saúde, principalmente as de nível local e a relação destas políticas com a condição de vida dos cidadãos brasileiros. As ações e serviços de saúde devem ser planejados e programados, concomitantemente com as necessidades de saúde da população e de acordo com as condições de vida da realidade local a qual estão sendo desenvolvidas. Estas reflexões, ainda que difíceis, pela variedade de fatores que influenciam direta ou indiretamente devem ser consideradas. Não se pode unicamente planejar políticas de

saúde sem antes avaliar a necessidade local. Ações planejadas e organizadas poupam recursos e na grande parte das situações são resolutivas.

É importante destacar que as políticas públicas de saúde fazem parte de inter-relações com fatores que transcendem o universo da atenção à saúde, posto que seus resultados dependem também de determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais, espaciais e ambientais. Assim como qualquer outro processo decisório, a política de saúde é fruto de um complexo jogo de negociações e confrontações, que envolvem a população, os profissionais de saúde, o Estado, grupos de interesse e associações da sociedade civil.

Logo, no setor saúde, como nos outros espaços do processo de decisão política, os grupos se organizam e negociam seus interesses. Nestes interesses, ressalta-se a importância de avaliar as necessidades locais e melhorar a condição de vida da população. Porém não se pode ter a ilusão de que o intuito maior das políticas seja trazer melhorias na condição de vida, além disso as políticas devem impulsionar os processos de desenvolvimento, não deixando de refletir e ponderar a importância da sustentabilidade neste contexto. Esta abordagem propicia um planejamento e execução de políticas públicas locais de saúde, que utilizam os recursos naturais existentes sem prejudicar o ambiente de vida, criando situações de saúde e evitando problemas ecológicos muitas vezes irreversíveis.

Para se obter sucesso com as políticas públicas de saúde, deve-se realizar um planejamento estratégico que avalie a complexidade das ações e relevância das mesmas. Sob o aspecto ético, não se deve aceitar que sejam planejadas e organizadas ações políticas, que aumentem as diferenças socioeconômicas, esgotem os recursos naturais, poluam os espaços naturais e construídos, ou não melhorem as condições de vida. Ao contrário, exige-se um planejamento estratégico de ações públicas, que envolva o desenvolvimento sustentável em sentido amplo, que atenda às demandas sociais da população, inclusive a dos excluídos e melhore as condições de vida, preservando a vida e a saúde da população.

O próprio Ministério da Saúde (MS) tem reconhecido que os modelos econômicos adotados no Brasil, ao longo da história têm provocado fortes concentrações de renda e riqueza com exclusão de expressivos segmentos sociais resultando, em grande parte, nos problemas que o país enfrenta.

A última Constituição (1988) estabelece a saúde "como direito de todos e dever do Estado, garantida mediante o estabelecimento de políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (art. 196). Determina também que todos têm direito ao meio ambiente ecologicamente equilibrado, bem de uso comum do povo, e essencial à sadia condição e qualidade de vida, impondo-se ao poder público e à coletividade o dever de defendê-lo e preservá-lo, para as presentes e futuras gerações.

A legislação, embora preconize ações das políticas públicas envolvidas com a promoção da saúde, de forma integrada com a proteção do meio ambiente, necessita ainda de regulamentação e controle de gestão eficazes, de modo a garantir realmente aos cidadãos o direito à saúde e a melhora na condição de vida, integrados com o contexto do desenvolvimento sustentável.

É importante relacionar que envolvido com as políticas está à condição de vida que é influenciada por diversos fatores dentre eles a pobreza e o bem estar. As desigualdades são fatores preponderantes para proporcionar a ausência de bem-estar e piores condições de vida, frente ao escasso conhecimento e acesso às informações. É justo ressaltar, que as desigualdades têm conseqüências na saúde, afetam as possibilidades e condições de trabalho, o perfil socioeconômico, o ambiente espacial onde as pessoas residem.

A concentração de renda, que é um fato real no Brasil, é um empecilho extremamente grande para a melhoria da condição social da população. Deve-se lembrar que na desigualdade e exclusão social encontram-se, além dos fatores ligados a sobrevivência, a condição e produção de bens culturais, intelectuais, científicos, incluindo o desenvolvimento ambiental, econômico, social e espacial, além, é claro, do respeito aos direitos humanos.

Em Curitiba apesar do *slogan* de cidade saudável, com níveis de qualidade de vida classificado entre os melhores do país, verifica-se que os bairros têm realidades específicas, principalmente quando se analisa os indicadores separadamente. Isto demonstra a diversificação dos resultados dos indicadores e de determinadas realidades. Desta forma percebe-se a necessidade de estudos que valorizem a realidade dos bairros. Estas informações auxiliam no planejamento de políticas e estabelecem as características específicas de cada localidade.

“As mudanças estruturais da população curitibana, a intensa urbanização participou como um dos componentes reguladores do crescimento populacional e da sua distribuição espacial. Este fenômeno teve repercussões importantes pelo fato de que esta população, por um lado, foi beneficiada com maiores ofertas de emprego, de serviços e de infraestrutura mas, por outro lado, submetida a perdas nas condições de reprodução social de moradia, ausência de serviços, degradação ambiental e maior predisposição aos riscos em saúde” (PENTEADO, 2001, p. 1).

É importante citar que estas mudanças epidemio demográficas trazem diferenciais na condição de vida dos indivíduos ou populações. Na questão espacial, as cidades concentram, no mesmo espaço, diversos pensamentos, sistemas de vida, culturas e envolvem os agentes participantes das realidades. Desta forma, cada local ostenta particularidades distintas, inclusive os próprios bairros assumem características específicas inerentes aos mesmos.

Este estudo ressalta as características locais, refletindo no âmbito individual. Cabe salientar que concebe-se local como a região espacial delimitada cidade, para o global, se caracteriza a dimensão espacial estado ou país. Em face destas considerações, propõem-se uma reflexão sobre as políticas públicas locais de saúde da cidade de Curitiba e sobre a condição de vida da população curitibana. Resultando desta decisão a questão desafiadora e norteadora deste estudo é:

As políticas públicas locais de saúde melhoram a condição de vida da população de Curitiba?

Esta dissertação está vinculada à linha de pesquisa de políticas públicas e gestão social, devido ao fato de estar intrinsecamente relacionada a fornecer reflexões para o planejamento e monitoramento das políticas públicas locais, por meio da avaliação destas e da condição de vida da população, monitorando as necessidades e as ações executadas. Ainda como relevância deste, está à contribuição do presente estudo com demais dissertações realizadas no Mestrado em Organizações e Desenvolvimento da UNIFAE, estudos estes voltados para análise das políticas públicas e avaliação de Curitiba, estas pesquisas demonstram a preocupação do Programa de Pós Graduação da UNIFAE em desenvolver trabalhos que estejam relacionados com as políticas públicas e gestão social da cidade de Curitiba.

Sendo assim, este estudo busca contribuir para o monitoramento das ações de planejamento e execução de políticas públicas com as características das cidades. Acredita-se

que a presente pesquisa poderá trazer benefícios a categoria acadêmica, aos profissionais envolvidos na área de atuação estudada, e aos gestores das políticas públicas, pois as reflexões acerca das políticas e da condição de vida poderão trazer contribuições para o embasamento, planejamento e monitoramento das políticas públicas locais de saúde, com foco nas necessidades e realidades, bem como poderão servir de subsídios para implantação de novas ações específicas para a realidade local.

1.1 OBJETIVOS DO ESTUDO

1.1.1 Objetivo Geral

- Avaliar as políticas públicas locais de saúde relacionadas à condição de vida, da cidade de Curitiba, Pr.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Refletir sobre a conceituação da condição de vida;
- Identificar as políticas públicas locais de saúde relacionadas à condição de vida em Curitiba;
- Avaliar as políticas públicas locais de saúde relacionadas à condição de vida, da cidade de Curitiba.
- Avaliar mudanças na condição de vida da população, resultantes das políticas públicas locais de saúde.

1.2 HIPÓTESE

As políticas públicas locais de saúde melhoram a condição de vida da população de Curitiba.

1.3 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

Frente ao exposto, a presente dissertação está organizada em 6 (seis) títulos, o primeiro é composto pela apresentação, introdução, objetivo e pressuposto do estudo. O segundo expõem a revisão de literatura utilizada para este estudo, contendo conceitos, teorias relacionadas com a condição de vida e com as políticas públicas. O terceiro título descreve o método utilizado, incluindo o tipo do estudo, coleta de dados, análise dos dados, apresentação dos resultados, aspectos éticos e apresentação da pesquisa. O quarto explana os resultados do estudo. O quinto título apresenta as considerações finais e recomendações. E o último título, relaciona as referências utilizadas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

*Caminhante, não há caminho,
o caminho se faz ao andar.*

Antonio Machado

Esta seção aborda os principais assuntos que entremearam o estudo; ao avaliar as políticas públicas locais de saúde relacionadas à condição de vida, da cidade de Curitiba e mais precisamente, durante a construção do referencial teórico para esta prática, surgiu a necessidade de realizar recorte conceitual, que concedeu suporte na definição dos conceitos para conduzir o estudo, a saber: 1. Condição de vida: incluindo terminologias e conceitos; 2. Políticas públicas: envolvendo as políticas públicas existentes no Brasil e as políticas públicas locais de saúde, da cidade de Curitiba; 3. Descrição sumária da cidade de Curitiba; 4. Indicadores de condição de vida: abordando a descrição dos indicadores existentes, limitações e contexto.

Cabe relembrar que neste estudo a conceituação de condição social é idêntica a de condição de vida, sendo aqui sinônimos.

2.1 CONDIÇÃO SOCIAL/ CONDIÇÃO DE VIDA

Nesta subseção inicialmente serão descritas as definições e terminologias relacionadas à condição de vida e em seguida o conceito desta terminologia, ao qual este estudo corrobora.

2.1.1 Terminologias e conceitos relacionados à condição social/ condição de vida

De acordo com a conceituação dos Descritores em Ciências da Saúde (DCS), BIREME, “condição social/ condições sociais/condição de vida é a situação, estado ou circunstância de um indivíduo, grupo, população ou localidade, em relação a habitação,

escolaridade, infra-estrutura sanitária, emprego, pobreza e outros parâmetros socioeconômicos” (BIREME, 2006).

Para Januzzi (2004), o conceito de condição de vida poderia ser operacionalmente traduzido como o nível de atendimento das necessidades materiais básicas para sobrevivência e reprodução social da comunidade, desta forma algumas dimensões envolvidas são: habitação, trabalho, educação dos indivíduos e da comunidade. Nesta abordagem a condição de vida é traduzida no nível de necessidades materiais básicas, enfocando somente questões de habitação, trabalho e educação, porém existem várias outras dimensões que influenciam e devem estar incluídas nesta abordagem, a citar, saúde, economia, meio ambiente entre outras dimensões.

Devido à amplitude e complexidade da conceituação de condição social, várias terminologias se confundem, pois há diversas palavras, com diferenciações, porém significados semelhantes, como: felicidade, bem-estar, satisfação na vida, e qualidade de vida. Além destas, destacam-se também a boa vida, desenvolvimento humano, padrão de vida, estilo de vida, e valor da vida (LENTZ et al., 2000).

Apesar do uso disseminado do termo condição social/ condição de vida, seu significado não é o mesmo para todos os autores, variando em cada concepção ou população. Desta forma, cabe analisar as terminologias com o intuito de abordar este assunto com maior ênfase.

A iniciar pela **Felicidade**, que é refletida desde a antiguidade com Aristóteles, segundo este autor a felicidade é um bem mental (atividade ou ação própria da alma), implica em viver bem e inclui virtudes, prazeres e os bens externos. Aristóteles concebe a atividade virtuosa como a essência da felicidade, de todos os outros bens, ou como pré condições necessárias ou contribuintes naturais.

Ostenfeld *apud* Paschoal (2000, p. 31) cita que:

“Aristóteles nos ensina que, satisfação e bem estar devem ser encontrados dentro de uma estrutura de referências, que é biológica e sociologicamente definida. Ele nos oferece eudaimona mais que felicidade. Certamente precisamos afastar-nos do ceticismo improdutivo, do subjetivismo extremo e da visão de paraíso técnico insensato”.

“Eudaimona” para Aristóteles, se refere a um conjunto mais rico que a “felicidade”. Não é apenas uma experiência subjetiva, mas também a compreensão do potencial mental, das sensações, e da inteligência da pessoa.

Nesta concepção os elementos constitutivos da felicidade, são a felicidade com a vida, alegria, alegria de viver, bem estar, acontecimentos cotidianos, negócios, situação econômica, relações familiares, situação profissional, recursos internos, saúde, recursos naturais (água e solo), clima, ambiente cultural, sociedade com normas e leis, costumes, sistema político, ambiente psico social (parentes, amigos, colegas), e o trabalho. Este meio-ambiente complexo influencia nossas vidas de diferentes maneiras, que estão intrinsecamente ligadas à felicidade dos indivíduos (PASCHOAL, 2000).

Numa visão contrária a de Aristóteles, ainda com relação aos elementos da felicidade, Nordenfeld (1994), cita condições internas e externas. Comenta que “a vida perfeita”, é aquela de acordo com a mais alta das virtudes, não deixa espaço para escolha pessoal entre bem ou valores, pois a hierarquia já está dada. Percebe-se que algumas conceituações de felicidade se aproximam da visão aristotélica, porém há outras totalmente contrárias, em que não há hierarquia e todos os valores são escolhidos pelo indivíduo, seria uma forma de felicidade somente baseada em questões subjetivas.

Com base nestas reflexões acredita-se que a condição social influencia a felicidade, mesmo esta última, estando voltada a escolhas individuais e pessoais. A felicidade está baseada principalmente em questões subjetivas, o contexto (meio) traz conseqüências, mas o contrário não é real, pois a condição de vida (estruturas básicas) unicamente não suscita a felicidade, a não ser num âmbito motivacional para mudanças na condição de vida dos indivíduos ou coletividade.

A condição de vida é composta de dados objetivos e que não estão diretamente relacionados somente a escolhas pessoais. Desta forma, esta concepção anti-aristotélica, torna-se reducionista do contexto, pois interpele ao indivíduo todas as responsabilidades.

Fica clara a vinculação da condição de vida com a felicidade, pois a primeira está relacionada às estruturas básicas para os indivíduos viverem e se desenvolverem em sociedade, já a felicidade envolve muito mais do que condições, volta-se a aspectos individuais, coletivos, do contexto, do processo de viver e envolve ângulos pessoais e/ou próprios dos indivíduos e/ou coletividade.

Acrescentando ao esclarecido anteriormente, a felicidade dos indivíduos é influenciada pelas estruturas do meio, como ressalta Paschoal (2000), porém existem outras variáveis, de cunho subjetivo e pessoal que são preponderantes neste processo, sendo assim, uma boa condição de vida pode auxiliar os indivíduos a obterem felicidade, mas a primeira exclusivamente não garante a obtenção da felicidade.

Com relação ao *Bem Estar*, Cordi *et al.* (1996, p. 97), cita que:

“existem sérias distorções na organização material da sociedade capitalista, e o bem estar que deveria ser de todos torna-se privilégio de poucos. Estamos cara a cara com a fome, falta de trabalho, sistema educacional deficitário, hospitais mal equipados, transportes coletivos precários, estradas mal conservadas, crianças abandonadas, mau uso dos recursos públicos. Os grandes problemas estão na coletividade, crescem e não recebem soluções satisfatórias.”

Verifica-se a forte interferência da visão economicista nesta afirmativa, o autor citado anteriormente ao fazer a reflexão sobre a sociedade capitalista, acredita no bem estar, arraigado na concepção da condição social, pois cita diversas variáveis que são estruturas básicas necessárias para os indivíduos e sociedade, estando envoltas no conceito de condição de vida.

Na afirmativa de Cordi *et al.* (1996), as questões subjetivas são excluídas. Contrária a esta concepção apresenta-se o mencionado por Paschoal (2000), o qual acredita que diversos autores utilizam a terminologia bem-estar, porém não há unanimidade sobre o seu significado, chamando a atenção que termos diferentes têm sido empregados, para significar o mesmo bem-estar.

Na visão economicista, o bem estar, a condição de vida e a qualidade de vida, dependem somente da questão econômica, autores contrários a esta visão, incluem diversos itens, além do nível sócio econômico, que envolvem questões do âmbito individual como: estado civil, idade, raça, sexo, emprego, e a saúde (LARSON, 1978).

Refletindo sobre os apontamentos dos autores, verifica-se que “o bem estar de uma pessoa não é uma questão do quão rica ela é [...] o mesmo bem pode ajudar determinadas pessoas e prejudicar outras, ou favorecer muito o bem estar de uns e pouco o de outros [...] A posse de mercadorias é um meio para o fim que é o bem estar” (PASCHOAL, 2000, p. 34).

Nesta vertente o bem estar é envolvido com as necessidades, estrutura básica, questões individuais, pessoais e subjetivas. O autor *op cit.* defende que a posse de mercadorias é um meio para o fim, neste sentido o objetivo final é o bem estar e para obtenção do mesmo, as estruturas básicas e questões econômicas são variáveis relevantes.

O autor “Nussbam, afirma que os bens e a cobiça por eles, muitas vezes tornam as pessoas excessivamente competitivas, dominadoras, arrogantes e as levam a ter uma atitude mercenária em relação a outros tipos de coisas boas” (PASCHOAL, 2000, p. 34).

O bem estar não pode estar envolto somente na questão econômica, esta é importante e essencial, porém existem outras variáveis relevantes. Ressalta-se que os bens sociais primários são importantes para todos os indivíduos, independente de seus fins últimos na vida. São necessários para capacitar os seres humanos a realizar e exercitar suas capacidades e a prosseguir aos seus fins últimos (CROCKER *apud* PASCHOAL, 2000).

Seguindo para uma visão abrangente do bem estar, está inclusa a afirmação de Duchiate (1995) muito embora a noção de bem estar não possa ser restringir ao fator renda na medida que envolve diversas dimensões da vida humana, é inegável sua importância numa sociedade como a nossa, em que o acesso a bens e serviços essenciais á sobrevivência depende de possibilidades de pagar por estes.

A afirmativa citada referencia visão ampla do conceito de bem estar, que inclui renda, dimensão humana, sociedade, acesso a bens e serviços. Percebe-se que esta concepção vem de encontro com alguns elementos constitutivos da condição social. Enfoca-se um contexto amplo, no qual o bem estar é central, interagindo com as demais variáveis.

Analisando as diversas abordagens de bem estar, percebe-se que a estrutura básica é relevante, pois vai auxiliar os indivíduos a encontrarem o bem estar, a qualidade de vida, ou o bem viver, porém esta estrutura está voltada às necessidades básicas e não ao consumismo exagerado que não traz nenhum sentido real para melhorias na vida do indivíduo.

Reflexionando-se sobre a inter-relação da condição de vida com o bem estar, acrescenta-se a importância dos indicadores de condição social envolvendo não somente questões econômicas, mas também sociais, culturais, espaciais, e ambientais. Estas dimensões, além de estarem envolvidas e monitorarem a condição de vida, refletem o resultado de políticas públicas e auxiliam no planejamento das mesmas, visto que muitas políticas objetivam o bem estar individual e/ou da população.

A condição social interfere no bem estar, mas este envolve um contexto amplo, que inclui outras variáveis, cabe lembrar que as questões individuais, pessoais e subjetivas são essenciais para avaliar o bem estar.

Na área da saúde, a ampliação do conceito de saúde para inclusão de dimensões que possibilitem bem estar tem sido uma tendência que acompanha e mobiliza os debates sobre promoção da saúde na atualidade¹. Solidifica-se esta relação com a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1946) *apud* Hammerschmidt, Lamóglia, Bazoli (2006) sobre a saúde, definindo-a como “completo estado de bem estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade”, apesar de criticada por suas lacunas e excessiva idealização, avança pelo fato de excluir a doença e comportar o bem estar.

Saúde como bem estar é mais do que sentimentos ocasionais de felicidade e alegria, é expressão de autonomia e tem por referência alguma concepção de boa vida para o ser humano, como ter amigos, e a segurança que as necessidades básicas da condição de vida serão satisfeitas.

Reforçativo a relação do bem estar, saúde e condição de vida, cabe apresentar as formulações de Assis (2004, p. 20):

“retomando a distinção entre saúde e bem estar feita por Aristóteles, saúde como funcionamento biológico e bem estar como “florescimento”, “felicidade”, “benção” ou “prosperidade”, o autor sustenta que bem estar é telos de toda atividade humana guiada pela razão, meta diante da qual saúde e riqueza são bens instrumentais. Neste sentido, bem estar se aproximaria da idéia de busca da boa vida para os seres humanos, matéria essencialmente ética e política, dependente de auto conhecimento (*mindfulness*) e temperança (*sophrosine*), no nível individual, e de civilidade, confiança, solidariedade e cuidado no plano comunitário”.

É importante mencionar a temática *Qualidade de Vida (QV)*, que foi ressaltada como grande preocupação e importância no debate político e científico, em especial a partir da década de 60, devido ao rápido e desordenado crescimento das cidades. Consta-se que a

¹ Conforme definição apresentada no editorial do *American Journal Health Promotion*, as dimensões da saúde e os aspectos centrais em cada uma delas são: física (*fitness*, nutrição, autocuidado médico, controle de abuso de substâncias); emocional (cuidado para crise emocional, administração do estresse); social (comunidades, famílias, amigos); intelectuais (educacional, realização, desenvolvimento) e espiritual (amor, esperança e caridade). Consultado ao site <http://www.healthpromotionjournal.com/>, em 06/07/06.

despeito do imenso progresso e avanço tecnológico alcançados pela humanidade nos últimos cem anos, o modelo de desenvolvimento adotado gerou também a ampliação da desigualdade na distribuição de bens e serviços e nas condições da população, além de profunda degradação ambiental (NAHAS, 2006).

A qualidade de vida é definida de diversas formas, desde concepções que evidenciam somente como condição/estrutura mínima para viver, a concepções que a incluem ligação entre saúde, família e ambiente de trabalho, assim como, lazer. Bullinger acredita que a “qualidade de vida é um termo geral que inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, a sua condição de saúde” (BULLINGER *apud* GOLDENBERG; MARSIGLIA; GOMES, 2003, p. 123).

Romano (1993) defende que a qualidade de vida é maior que ausência ou presença de saúde, abrangendo também educação, saneamento básico, satisfação e condições de trabalho, além de outros aspectos. Há autores que incluem na definição a visão subjetiva do indivíduo, citam que:

“o significado de qualidade de vida está ligado à subjetividade das pessoas que associam a este conceito uma dimensão ampliada, a fim de satisfazer as necessidades básicas e as frações pessoais através de mecanismos de enfrentamento e adaptação as possíveis limitações que possam se apresentar” (SOUZA; BARROSO *apud* GOLDENBERG; MARSIGLIA; GOMES, 2003, p. 115).

Corroborando com esta idéia, Cardenas e Cianciarullo acreditam na qualidade de vida como conceito marcado pela subjetividade, envolvendo todos os componentes essenciais da condição humana, quer seja físico, psicológico, cultural ou espiritual. Esses autores referem que “diferentes fatores interferem na qualidade de vida dos indivíduos e, os classificam em indicadores sociais objetivos e subjetivos” (CARDENAS e CIANCIARULLO *apud* GOLDENBERG; MARSIGLIA; GOMES, 2003, p. 38).

Os aspectos objetivos defendidos são: condições ambientais, econômicas, sociais, e os subjetivos são: inquérito individual sobre a concepção de qualidade de vida. Estão imbutidos nas condições ambientais os aspectos naturais e físicos (água, verde, ar); na condição material coletiva incluem equipamentos, infra estrutura, nas áreas cultural, ensino, saúde, assistência social, transporte, comércio, serviços, condições nas cidades comum a coletividade. Nas

condições econômicas estão a condição individual (renda, consumo, mercado de trabalho, habitação, dinâmica econômica); sociedade (dimensão social da cidade e ao relacionamento entre as pessoas, escolhas individuais, participação do cidadão) (MARTINS, SANTOS, 2003).

E, aspectos subjetivos, inquéritos, sentimentos sobre qualidade de vida, percepção baseada em dados individuais e experiência pessoal, qualidade de vida na residência, conceito global de qualidade de vida, avaliação da situação da cidade, qualidade de vida pessoal (MARTINS; SANTOS, 2003).

O grupo de especialistas da Organização Mundial de Saúde - The WHOQOL GROUP, afirma que “embora não haja definição consensual de qualidade de vida, há concordância considerável entre os pesquisadores acerca de algumas características do construto, a citar três: subjetividade, multidimensionalidade, e bipolaridade” (PASCHOAL, 2000, p. 27).

Cabe ressaltar que “[...] não é subjetividade pura e total, pois há condições externas às pessoas, presentes no meio e nas condições de vida e trabalho, que influenciam na qualidade de vida das mesmas” (PASCHOAL, 2000, p. 28). Desta forma a condição de vida está estritamente relacionada e interfere diretamente na qualidade de vida.

Ainda como apontamento da OMS, com relação a definição do conceito de qualidade de vida, acredita-se que o mesmo se baseia na percepção que tem um indivíduo, em sua existência, no contexto da cultura e do sistema de valores, em relação com seus objetivos, suas normas e suas inquietudes (POUCHOUT *apud* QUEIROZ; BARROSO, 1999).

“Qualidade de vida depende, não apenas do indivíduo, mas de sua interação com os outros e com a sociedade” (PASCHOAL, 2000, p. 42). Nesta perspectiva, percebe-se a multiplicidade de critérios e de indicadores, objetivos e subjetivos que envolvem esta temática. A amplitude do conceito é muito maior que a definição da condição social.

Concordando com estas conceituações, definições e características, acredita-se na multidimensionalidade que envolve o ser humano e suas relações sócio-ambientais, culturais, espaciais, e pessoais. Vale ressaltar que a dimensão profissional é um fator indissociável da qualidade de vida e a condição social também, pois interferem diretamente no modo de vida do indivíduo ou coletividade.

Desta forma, dentre as relações no que tange a qualidade de vida, o trabalho (labor) está relacionado com um melhor bem-estar e satisfação pessoal e profissional, pois esta atividade profissional é diária e interfere diretamente na qualidade de vida.

A relação da condição de vida com o âmbito econômico se caracteriza pela fonte/subsídios econômicos que são originários da atividade profissional, já em relação à qualidade de vida além do quesito econômico, há as relações interpessoais e pessoais dos profissionais envolvidos com as atividades cotidianas e com os indivíduos que compartilham atividades profissionais.

Sendo assim, a maneira pela qual o trabalhador percebe e atribui um significado ao trabalho, o modo que está inserido no processo de trabalho e envolvido por ele, terá implicações em sua maneira de viver e ser saudável. Isto significa dizer que, dependendo do tipo de relação do homem com labor, este tem significações diferentes, refletindo em uma melhor ou pior qualidade de vida (CECAGNO *et al.*, 2002).

Talvez a criação da terminologia qualidade de vida tenha sido uma crítica atuante contra o conceito de bem estar somente relacionado a vertente econômica, pois esta construção mostra o quanto é complexo o ser humano e suas relações, contexto, necessidades, objetivos e modo de viver.

A dificuldade de apreensão do conceito deve-se por tratar de um construto influenciado por aspectos históricos, culturais, de classe, assumindo diversas conotações. Trata-se de uma noção eminentemente humana que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social, ambiental e a própria estética existencial. Uma possível expressão do conceito poderia ser “a síntese de todos os bens que uma sociedade considera como seu padrão de conforto e bem-estar” (MINAYO, 2000, p. 8).

As diferentes interpretações da terminologia reforçam a necessidade de compreendermos melhor nosso contexto, reforçando a questão de que não vive-se individualmente, há relacionamentos e deve-se buscar uma visão global, porém sem perder as particularidades.

Acredita-se que o monitoramento da qualidade de vida, exige necessidade de fundamentar e avaliar individualmente à satisfação/opinião dos indivíduos, devido à multiplicidade de estruturas e características individuais. Já na condição social o parâmetro subjetivo não é necessário, visto que esta última se caracteriza pela estrutura básica, incluindo questões individuais e do contexto de vida, não contemplando quesitos subjetivos.

Cabe lembrar que a condição social e a qualidade de vida passam aos aspectos do âmbito somente da saúde, quando se considera que as doenças e as intervenções realizadas pelos profissionais influenciam tanto sobre a quantidade de sobrevivência, como sobre a qualidade de vida do indivíduo.

Ressaltando-se que a condição e a qualidade de vida, ambas têm uma ligação muito forte com a questão saúde. A saúde pode ser considerada como um dos fatores condicionantes mais importantes da qualidade de vida. Quando o país rumava para a hiperinflação, a saúde era o segundo problema mais importante percebido pela população. Alcançada a estabilidade econômica, manteve, junto com salários, a segunda posição no ranking das preocupações da sociedade, ultrapassada somente pelo desemprego (GOLDENBERG; MARSIGLIA; GOMES, 2003).

Neste contexto, é oportuno envolver a pesquisa IBOPE, realizada no Brasil, sobre os problemas apontados pela população em ordem de importância, segue o tabela 1.

Tabela 1 – Problemas apontados pela população em ordem de importância, Brasil, 1998

Problema	%
Desemprego	48
Saúde	37
Salários	37
Segurança pública	21
Rede de água	16
Esgoto	16
Falta de lazer	13
Educação	12
Drogas	12

Fonte: IBOPE (pesquisa de opinião sobre a saúde pública), fev., 1998 In: GOLDENBERG; MARSIGLIA; GOMES, 2003, p. 312.

Cabe destacar que os problemas referidos pela população no trabalho citado anteriormente, repercutem, com maior ou menor intensidade, no sistema de saúde e na qualidade de vida. É sobre o sistema de saúde, principalmente sobre seu componente público, que incidem os efeitos das diferentes formas de violência, da falta de saneamento básico e do

uso de drogas lícitas e ilícitas. Diminuição da renda ou perda do emprego significam, em última análise, a impossibilidade total ou parcial de comprar medicamentos e ou de pagar a mensalidade do plano de saúde, além de impedir melhorias relacionadas à higiene e conforto. Baixas taxas de escolaridade, por sua vez, rebatem diretamente nas condições de saúde; é conhecida a correlação entre escolaridade da mãe e mortalidade infantil (GOLDENBERG; MARSIGLIA; GOMES, 2003).

Cianciarullo; Gualda; Melleiro (1998, p. 31) citam que:

“o estado de saúde, pressupõe condições dignas de trabalho, renda, de alimentação e nutrição, de educação, de moradia, de saneamento, de transporte e de lazer, assim como o acesso a esses bens e serviços essenciais, e o reconhecimento e salvaguarda dos direitos do indivíduo, como sujeito as ações e serviços de assistência em saúde”.

No domínio da produção teórica, Vaz (2006) destaca três âmbitos fundamentais de análise relativos à qualidade de vida, que não são, obviamente, mutuamente excludentes, mas pelo contrário interligam-se em grande medida. O primeiro está relacionado com a distinção entre os aspectos materiais (dizem essencialmente respeito às necessidade humanas básicas, como, por exemplo, as condições de habitação, de abastecimento de água, do sistema de saúde, ou seja aspectos de natureza essencialmente física e de infra-estrutura. Historicamente e para sociedades menos desenvolvidas, as questões materiais eram decisivas ou pelo menos tinham uma focalização muito grande; hoje em dia, as questões materiais estão mais ligadas ao ambiente, ao patrimônio cultural, ao bem-estar, tornando-se centrais) e imateriais da qualidade de vida.

Um segundo âmbito faz a distinção entre os aspectos individuais (os componentes individuais mais relacionados com a condição econômica, a condição pessoal e familiar dos indivíduos, as relações pessoais, e os componentes coletivos mais diretamente relacionadas com os serviços básicos e os serviços públicos) e coletivos.

Ainda segundo o autor *op cit.* pode-se considerar, num terceiro âmbito de análise, a distinção entre aspectos objetivos (seriam facilmente apreendidos através de definição de indicadores de natureza quantitativa) e subjetivos da qualidade de vida (remeteriam para a percepção subjetiva sobre a concepção da qualidade de vida, que é muito diferente de pessoa para pessoa, e de estrato social para estrato social). Este último aspecto é de fundamental

importância: os indicadores de qualidade de vida têm diferentes traduções, consoante a estrutura sócio-econômica da população e, portanto, o mesmo indicador pode ser percebido de formas diferentes por estratos sócio-econômicos diferentes.

Quando pensa-se em condição e qualidade de vida, não se pode utilizar somente impressões subjetivas, para avaliar os resultados e acompanhar a evolução, são necessárias informações quantitativas, que se expressam através de números, os chamados indicadores, que tem um papel fundamental para o planejamento e monitoramento de uma dada realidade ou situação (MARTINS; SANTOS, 2003).

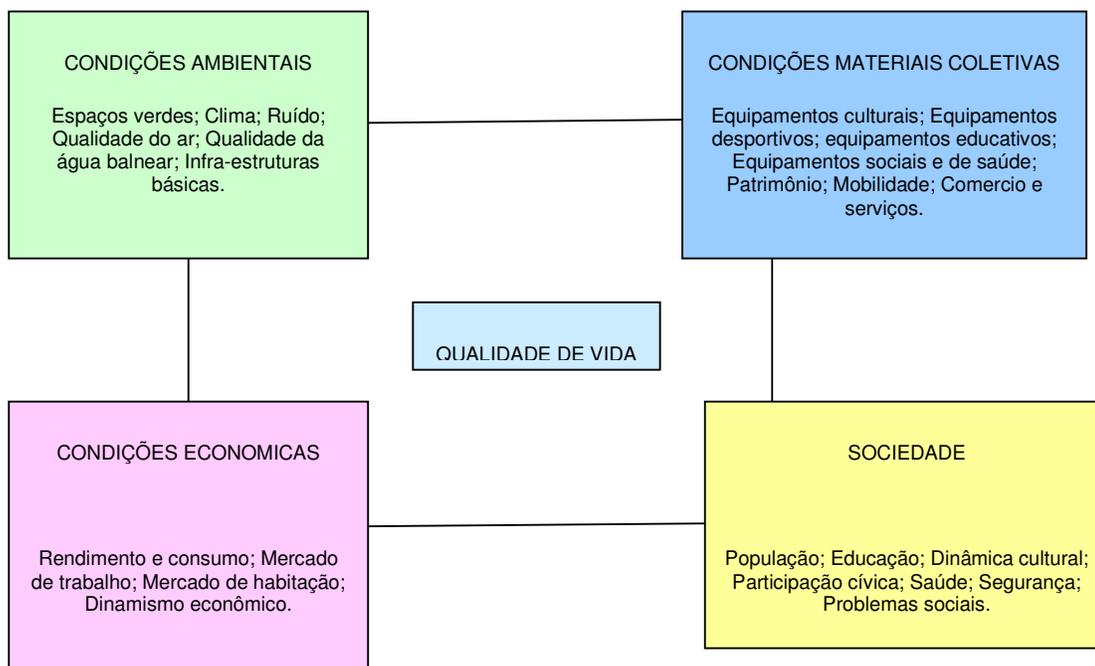
Frente à necessidade de quantificar estes dados para melhor acompanhar a condição social, Martins; Santos (2003) citam o sistema de monitorização da qualidade de vida urbana (SMQVU), que tem dois componentes: o primeiro, constituído por um painel de indicadores quantitativos, que são utilizados para medir aspectos concretos relacionados com as condições ambientais, económicas ou sociais de um determinado centro urbano, com base em dados de natureza estatística. O segundo componente, constituído por dados de natureza qualitativa, obtidos através de dados primários, no terreno mais subjetivo que os cidadãos fazem da qualidade de vida, através de inquéritos.

No trabalho apresentado por Martins; Santos (2003) num primeiro domínio, genericamente designado de Condições Ambientais, relacionado com o ambiente em geral, remete para aspectos naturais e físicos (ar, água, verde, resíduos, entre outros), o segundo, das condições materiais coletivas, relativo aos equipamentos e infra-estrutura que tem uma utilização frequente dos cidadãos, nas áreas de cultura, ensino, saúde, assistência social, transportes, comércio e serviços. Tratam-se, assim, de aspectos relacionados com as condições existentes na cidade, comuns para todos, e que condicionam, naquelas áreas, a vivência dos sujeitos.

No terceiro domínio, condições económicas, Martins; Santos (2003) pretendem caracterizar a cidade enquanto núcleo de atividade económica e trabalhar questões decorrentes ligadas às condições individuais de vida na cidade: rendimento e consumo, mercado de trabalho, habitação, dinâmica económica. Por último, um quarto domínio designado por sociedade, que integra indicadores ligados à dimensão social da cidade e ao relacionamento entre as pessoas, ou seja, questões relacionadas com as escolhas individuais e com a participação dos cidadãos.

Para cada um destes domínios, os autores *op cit.* identificaram temas concretos a analisar e selecionaram diversos indicadores de natureza quantitativa. A figura que segue esquematiza o modelo do SMQVU, apresentando-se, a listagem dos indicadores considerados:

Figura 1 – Domínios e áreas temáticas



Fonte: Martins; Santos, 2003, p. 26

A seleção dos indicadores no trabalho apresentado anteriormente, resultou da reflexão efetuada a partir da revisão bibliográfica, considerando não apenas as abordagens mais tradicionais em termos de definição e da avaliação da qualidade de vida, mas também as perspectivas emergentes que procuram redefinir o propósito e adaptá-lo as transformações da sociedade moderna, bem como da análise de experiências anteriores e de projeto atualmente em curso em diversas localidades, com objetivos operacionais semelhantes (MARTINS; SANTOS, 2003).

A percepção subjetiva dos cidadãos sobre a qualidade de vida, no trabalho citado anteriormente, foi obtida através dos inquéritos, desta forma foi possível avaliar o sentimento das pessoas, relativamente aos diferentes componentes da qualidade de vida, principalmente aqueles que estão fortemente ligados às políticas públicas locais, auxiliando para o planejamento e monitoramento das ações destas políticas na cidade.

Ainda segundo o trabalho apresentado por Martins; Santos (2003), pode ser verificada a percepção baseada nos dados individuais, e na experiência pessoal e introspectiva de cada um. Um modelo de questionário abordou quatro pontos principais: conceito global de qualidade de vida, avaliação da situação da cidade, qualidade de vida pessoal e ainda, qualidade de vida na área de residência. Estes dados podem ser cruzados com as características sócio demográficas dos indivíduos.

Frente a estas abordagens cabe salientar os apontamentos de Merege (2001, p. 8-9) afirma que:

“qualidade de vida é semelhante a liberdade, não há quem não a defina, não há quem não a entenda. Suscita-se então um complexo debate onde são inevitáveis os conflitos de valor, revelando que nossos desafios não se reduzem as escolhas técnicas, mas estão permeados por opções políticas e éticas”.

Refletindo sobre os diversos componentes que estão inseridos na vertente da qualidade de vida, cabe reforçar que a conceituação de condição social é diferenciada, enquanto a segunda tem características voltadas à estrutura básica para se desenvolver com bem estar e requisitos mínimos necessários aos seres humanos, estando relacionada estritamente com as estruturas e condições para se desenvolver e viver bem, caracterizando-se exclusivamente pela estrutura básica necessária. A qualidade de vida vai além da estrutura básica, está relacionada ao bem viver do indivíduo inclui a subjetividade dos sujeitos.

Em síntese, pode-se conceitualmente caracterizar a condição de vida em termos de necessidades vitais para a qualidade de vida, pois a condição social se caracteriza pelas estruturas mínimas para ser concebida a qualidade de vida, mas cabe lembrar que ambos os conceitos são momentâneos, podendo sofrer modificações constantes.

Do debate apresentado, apreende-se uma visão do termo qualidade de vida, comportando uma dimensão referida às condições objetivas de existência, ou patamar mínimo e universal de direitos básicos (alimentação, água potável, vestuário, trabalho, habitação, transporte, acesso a serviços, dentre outros), e em outro plano, aspectos subjetivos como amor, liberdade, realização pessoal, solidariedade, inserção social e felicidade.

Na área de saúde, a pretensão de abordar qualidade de vida é crescente nos últimos tempos e pode ser vista como uma vertente integral e humana da medicina; entretanto, apesar

das iniciativas ainda tem prevalecido uma visão focalizada, como experiência aferida após a ocorrência de doenças, agravos ou intervenções de saúde. Esta concepção restringe as potencialidades do conceito, cuja melhor expressão encontra-se atualmente no ideário de promoção da saúde. Partir de uma visão ampla da qualidade de vida e do reconhecimento das influências de determinantes desta na saúde e/ou modo de viver dos indivíduos ou coletividade, é essencial na perspectiva da luta e busca por políticas públicas que atendam as reais necessidades das localidades.

Na década de 80 houve intensa discussão, que perdura até hoje, a respeito de uma tentativa de se englobar os aspectos sócio econômicos com os subjetivos da qualidade de vida. Os expoentes são Nussbaum e Amartya Sen, que conceberam o que chamam de “**Desenvolvimento Humano**”, estes autores incluem como elementos constitutivos os sócio econômicos, aspectos subjetivos, desenvolvimento RH (capital humano), satisfação requisitos mínimos, participação ativa do desenvolvimento, vida longa e saudável, acesso ao conhecimento, padrão de vida decente.

Este conceito incorpora critérios de avaliação de mudanças sociais, permitindo verificar se estas foram benéficas ou não, defende que o crescimento econômico é somente um meio de atingir o bem estar ou a qualidade de vida. Estes autores acreditam que o “desenvolvimento tem por objetivos últimos melhorar o tipo de vida que os seres estão vivendo” (PASCHOAL, 2000, p. 32 - 33).

Os autores *op cit.* criticam a supervalorização dos indicadores econômicos, defendem que o desenvolvimento não corre sem os bens materiais, mas não é somente deles que se constrói o desenvolvimento, criticam ainda a fragilidade da visão somente econômica, e ainda o fetichismo das mercadorias, onde os meios são convertidos como objetivos finais, não valorizando o bem estar proporcionado, mas os bens materiais em si, valorizando a aquisição e o consumismo exacerbado.

O conceito de desenvolvimento humano reformula o conceito de qualidade de vida, num contexto mais adequado à realidade do crescimento econômico *versus* o desenvolvimento social, incorpora os conceitos de cidadania e democracia necessários para garantir a participação política nas decisões estratégicas e a liberdade.

Esta nova percepção supera a idéia de condição de vida, na medida em que vai muito além dos atributos quantitativos ou valores objetivos (salário, moradia, condições sanitárias, transporte urbano, entre outros) e interage com os valores subjetivos que devem oportunizar

as pessoas a desfrutar uma vida longa e saudável, adquirir conhecimentos e ter acesso aos recursos necessários a uma “condição de vida adequada (constituída pelo simbólico, pela paisagem, pela auto estima, pela memória, pela liberdade de ir e vir)” (PENTEADO, 2001 p. 71).

Este conceito é incorporado por autores como Gallopin *apud* Barbosa (1992), ao entendimento de qualidade de vida no qual o ambiente social das pessoas ou grupos devem ser destacados e a eles incluídos fatores tais como: o tipo e a qualidade das relações interpessoais, o acesso à educação e à cultura, os condicionantes externos da participação e a liberdade de expressão, as influências psicossociais entre outros. Isto é, vinculá-los aos fatores externos que incidem na probabilidade de satisfazer as necessidades humanas não materiais.

Em relação à noção de bem-estar, esta coloca as pessoas como receptoras no processo de desenvolvimento, mas não como participantes ativas do mesmo; o desenvolvimento humano contraria esta visão, envolvendo as pessoas ativamente no processo, não é parcial como o desenvolvimento dos recursos humanos, ou o de necessidades básicas, ou mesmo o de bem-estar. Na verdade, a idéia do desenvolvimento humano engloba todas as outras e, portanto, representa uma noção mais abrangente do desenvolvimento sendo, um conceito holístico.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e o conceito de desenvolvimento humano, foram elaborado(s) por um grupo de especialistas para o primeiro Relatório do Desenvolvimento Humano (RDH) Internacional, preparado para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), e publicado em 1990, vale ressaltar que este não é um conceito novo, mas ganhou força em 1990. O desenvolvimento humano toma um lugar central no processo de desenvolvimento, enfatizando tanto o papel de seres humanos como força matriz, quanto com o principal beneficiário. O crescimento econômico, é uma condição tão necessária para a efetivação e melhorias no desenvolvimento humano, como este é para o crescimento econômico (SLIWANY, 1997).

Existe uma tendência de identificar a noção de desenvolvimento humano tanto com o desenvolvimento dos recursos humanos quanto com as necessidades básicas ou com o bem-estar do ser humano. Essa percepção é incorreta, pois o conceito de desenvolvimento humano é mais abrangente do que qualquer dessas noções.

O desenvolvimento dos recursos humanos vê os seres humanos como insumos no processo produtivo, não como beneficiários do processo. O desenvolvimento humano trata do desenvolvimento dos recursos humanos com ênfase no incremento do capital humano, mas, ao mesmo tempo, destaca os indivíduos como beneficiários do processo de desenvolvimento. Em se tratando de necessidades básicas, considera-se a satisfação dos requisitos mínimos dos seres humanos, mas não das escolhas.

Frente a amplitude do conceito de desenvolvimento humano, este desafia a possibilidade de mensuração, desta forma o primeiro RDH internacional introduziu o Índice de Desenvolvimento Humano, uma medida do desenvolvimento humano em um país, ou região, com base em variáveis selecionadas.

O IDH apresenta 3 dimensões básicas: uma vida longa e saudável, o acesso ao conhecimento e um padrão de vida decente. A expectativa de vida ao nascer é uma variável eleita como relevante para a primeira dimensão que é a longevidade. A segunda é compreendida pela taxa de alfabetização de adultos, com peso correspondente a dois terços do total, e a taxa combinada de matrícula nos níveis primários, secundários e superior com peso de um terço (educação). O Produto Interno Bruto (PIB) real per capita foi adotado como indicador de um padrão de vida decente e, portanto, como um espelho decente de todas as outras dimensões do desenvolvimento humano não abrangido na saúde e no conhecimento (dimensão renda) (IPPUC, 2003).

Apresenta-se ainda o conceito de “*Boa Vida*”, que foi empregado principalmente após a segunda Guerra Mundial, referindo-se a conquista de bens materiais (possuir casa própria, carro, televisão, rádio, máquina de lavar, aplicações financeiras, aposentadoria, entre outros), seguiu-se ampliando até o momento em que servia para medir o quanto a sociedade havia se desenvolvido economicamente, sem levar em consideração a distribuição da riqueza (PASCHOAL, 2000).

Com o conceito de boa vida, surgiram indicadores econômicos (PIB, renda per capita, taxa de desemprego) e posteriormente o conceito foi ampliado incluindo o desenvolvimento social (saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho, crescimento individual). E com a amplificação dos indicadores muitos países estabelecem as políticas de bem estar social (PASCHOAL, 2000).

Os estados de bem estar social focavam as ações do bem estar da população, porém se responsabilizando por todos os envolvimento sem dividir responsabilidades com os indivíduos, a população somente se situava como receptora do processo, não interagindo ou sendo ativa na formulação das políticas e/ou ações.

Há também a terminologia “*Nível de Vida*” ou “*Nível de estilo de vida*”, que segundo Romano *apud* Paschoal (2000, p. 38) “agrega aquele conjunto de variáveis sócio econômicas, inicialmente identificadas ao conceito de qualidade de vida: estado de saúde, padrões de vida, moradia, satisfação e condição de trabalho, educação, condição de saneamento básico, acesso aos serviços de saúde, aquisição de bens materiais”.

A definição do nível de vida da população deve ser entendida, como um estado atual de suas condições concretas de vida e nunca como um estado desejado ou esperado. Se aceita como descrição para o nível de vida, o grau de satisfação das necessidades materiais e culturais das economias domésticas obtidas, no sentido da garantia da satisfação (SLIWANY, 1997).

A autora *op cit.* define como variáveis do nível de vida são: alimentação, habitação, saúde, educação, recreação, previdência social, instalações materiais (bens materiais duráveis). As outras variáveis, que não estão nesta composição são tratadas como agentes do nível de vida, são variáveis exógenas, tais como: econômicas, demográficas, ambientais, políticas, que condicionam ou determinam o alcançado nível de condições materiais e culturais das economias domésticas.

O conceito de nível de vida é totalmente diferente de qualidade de vida, pois enquanto o primeiro depende prioritariamente de definições e perspectivas políticas, voltadas à comunidade, o segundo é atribuído ao indivíduo. Percebe-se que nível de vida é semelhante ao conceito de condição social/ condição de vida, porém coloca todas as responsabilidades nas políticas públicas, e nenhuma no indivíduo. Acredita-se que esta conceituação de nível de vida é pertinente, porém necessita de complementações, pois nesta perspectiva a questão individual, por exemplo, econômica, não está contemplada e este é um fator extremamente importante. Desta forma o nível de vida pode agregar informações para a condição de vida, mas por si só não é suficiente para determinar a condição social de uma localidade.

Na crítica de O'Brien *apud* Assis (2004) sobre o nível de vida, está a fragmentação e a individualização que é o centro das preocupações; o autor não concorda com a defesa do estilo de vida como indicador de performance por excelência, referido a nada mais do que a si

mesmo, servindo para diferenciar a população, fragmentar seus interesses e distanciar seus membros.

“A forma como as pessoas vivem, as escolhas, que fazem é parte do que chamamos de estilo de vida. Dizemos parte porque algumas das opções que fazemos estão relacionadas com o contexto no qual vivemos, com a cultura de nossa região, com os hábitos que são adquiridos nos ambientes familiar e social e com o conhecimento acumulado sobre saúde que se dispõe em determinados momentos. Falar em estilos de vida é o mesmo que falar sobre como o sujeito se relaciona com ele mesmo, com os outros e com a natureza [...] Adotar hábitos de vida saudáveis e contribuir para o estabelecimento de relações mais solidárias, é participar da criação de políticas públicas que incidam positivamente na saúde de todos e, sobretudo, é ser capaz de lidar com o mundo de uma forma positiva” (ASSIS, 2004, p. 34).

Outra terminologia utilizada é a de *Satisfação de Necessidades*, nesta abordagem a satisfação é colocada como preenchimento de necessidades.

“há duas formas de considerar a relação entre satisfação das necessidades e a qualidade de vida, a primeira como uma relação causa (causa e efeito), satisfação das necessidades fundamentais resulta em alto grau de qualidade de vida ou um alto grau de qualidade de vida leva a necessidades satisfeitas” (LISS *apud* PASCHOAL, 2000, p. 50).

O conceito de necessidades pode ter duas formas: no primeiro a necessidade é um instrumento para atingir objetivos colocados; ou é considerada como uma tensão ou desequilíbrio no organismo, sendo então, uma força motriz ou motivadora, por exemplo, a conquista da liberdade ou de um bom salário. O termo também pode ser usado, para se refletir o objeto necessitado, ou seja necessidades do ser humano (moradia, emprego, transporte, saúde) (SLIWANY, 1997).

Nesta concepção a satisfação das necessidades é semelhante a condição de vida, porém com um adendo, além da abordagem das necessidades, a condição social aborda a estrutura oferecida, partindo não só da questão individual mas fazendo uma correlação importante, que tem sentido duplo, do individual para o global e vice versa.

2.1.2 Conceito de condição de vida/condição social adotado para este estudo

Analisando as diversas terminologias, semelhantes ou utilizadas como sinônimos a condição de vida, cabe definir a conceituação que este estudo corrobora. Para compreendermos melhor esta conceituação inicialmente precisa-se identificar o que representa as palavras condição e vida.

Nesta abordagem o termo condição, conforme Japiassú & Marcondes (1999, p. 50), designa “posição singular e única de cada homem no mundo (físico e social) e na história”; também é segundo Ferreira (1986, p. 448), “a maneira de viver resultante da situação de alguém”. Sendo assim, podemos acreditar que condição é o resultado de circunstâncias sociais, culturais, econômicas, ambientais, espaciais e biológicas que envolvem o ser humano, lembrando que é uma noção temporária.

Com relação à vida, Nordenfelt *apud* Paschoal (2000, p. 23) “faz distinção importante entre vida completa e vida parcial e diz que sua completude apresenta duas dimensões, uma relacionada ao tempo e outra a totalidade dos aspectos da vida.” A série contínua de eventos vitais, que dada pessoa vivencia durante sua existência, do nascimento à morte, é uma vida completa na dimensão relacionada ao tempo. Já a soma total de todos os aspectos de sua existência, num determinado momento, ou durante certo período de tempo, é uma vida parcial na dimensão relacionada à totalidade dos aspectos da vida.

Analisando o exposto pelos autores, cabe ressaltar que a condição de vida pode ser avaliada por instrumentos, mas os dados são momentâneos, estão relacionados à vida parcial, podendo ser modificado a qualquer momento por inúmeros motivos. Já a questão da condição nos remete a pensarmos em estruturação, situação em que se encontram num determinado contexto. Fazendo uma analogia com termo, ressalta-se que a condição de vida é a estrutura básica de determinado momento, no contexto em que estão vivendo indivíduos e/ou coletividades.

Sendo assim, após analisar as etimologias das palavras e refletir sobre as conceituações das terminologias que se mesclam à condição social, verifica-se que a mesma está presente em quase todos os outros termos enfatizados, porém não é o único fator incluído, existem outros.

Percebe-se a importância deste assunto, e o quanto interfere na vida das pessoas, de diversas formas, isto reforça a relevância desta análise, principalmente quando cogita-se o

planejamento e monitoramento de políticas públicas, que são constituídas buscando melhorias para a população, o quão é importante conhecer a condição de vida, para melhor adaptar as políticas a realidade local.

Analisando diversos termos, chega-se a conclusão que a condição social/condição de vida é utilizada de maneiras múltiplas, algumas vezes os conceitos são semelhantes, porém não idênticos. Atualmente se utiliza de forma indiscriminada esta terminologia, porém sem compreender ao certo o seu significado.

Acredita-se que a condição de vida está relacionada ao patamar mínimo e universal de direitos básicos, para que um indivíduo ou coletividade possam viver dignamente, e isto não inclui somente esperar que as melhorias ou ações cheguem, mas ir em busca, incluindo a participação ativa no planejamento e execução de políticas públicas e a devida utilização dos indicadores de condição social para o planejamento e monitoramento destas políticas, voltadas as necessidades locais e específicas do contexto, porém não esquecendo do todo, partindo da caracterização adotada pelo desenvolvimento sustentável, acreditando no global, como amplo, de maior conjuntura na análise, inserido em determinado local ou processo.

Com base na reflexão realizada anteriormente, este estudo apresenta as dimensões envolvidas e que aduzem destaque para a conceituação de condição de vida adotada, onde estão inseridas as dimensões: física, social, ambiental, espacial, econômica e cultural.

Os indicadores que compõem estas dimensões, podem ser úteis para o planejamento e o modelo de atenção das políticas públicas, em nível individual ou coletivo. Cabe ressaltar que este estudo teve como foco a região urbana, visto que a cidade de Curitiba, excluindo a região metropolitana, compõe-se de bairros urbanos, cabe lembrar que a zona rural tem outros elementos que seriam importantes.

O indivíduo exerce certa liberdade seja ela física, política, social, econômica, religiosa ou profissional, porém esta é condicionada, limitada por uma série de fatores que não dependem da vontade individual. E ainda existem outros que são condicionamentos ou determinismo evitáveis, criados pelo próprio homem. A liberdade, como a saúde, requer cuidados, vigilância, desta forma devemos estar inseridos na sociedade de forma a percebermos quais são as condições que estamos vivendo e se for necessário lutarmos para que esta seja transformada, e ainda nesta linha acrescenta-se a relação direta entre a liberdade e a condição social, seja esta individual ou coletiva (CORDI *et al*, 1996).

Ainda segundo o autor *op. cit.* (1996, p. 58) “um povo de analfabetos, doentes, e famintos tem uma liberdade de acordo com suas condições subumanas. O direito a liberdade é inseparável dos outros direitos fundamentais do homem. Sem as condições necessárias, a liberdade torna-se apenas teórica”. Muitos elementos da condição de vida são itens legalmente caracterizados como direito dos cidadãos, desta forma a análise da condição social está correlacionada com os direitos e com a emancipação dos indivíduos e da comunidade como um todo.

A complexidade de uma dada condição de vida, com suas múltiplas determinações e variáveis, tem sido objeto de estudo de diversos campos da ciência. A Epidemiologia, no âmbito de sua especificidade, tem feito contribuições importantes para o entendimento do processo saúde/doença/contexto e condições sociais, principalmente em seus determinantes e condicionantes.

“As condições de vida dos sujeitos condicionam as suas condições de saúde, uma vez que a precarização daqueles acarretam uma maior exposição dessas pessoas a situações variadas que fragilizam a saúde. Assim, a precarização das condições físicas e materiais presentes no serviço de saúde tornam tanto o usuário como o trabalhador mais vulnerável dentro da instituição estudada” (BELLATO; PEREIRA, 2005, p. 17).

O esforço de alcançar uma conceituação para condição de vida foi intenso. Todavia, tem-se ciência de que nem todas as nuances puderam ser identificadas e englobadas no conceito, visto a momentaneidade e multiplicidade de fatores que estão relacionados, restando continuamente à necessidade de um trabalho de refinamento e lapidação da reflexão realizada. Aprimorando as conceituações, que estão envolvidas neste estudo, cabe algumas considerações acerca da promoção da saúde, e finalmente a exposição do conceito de condição de vida de que este estudo defende.

Promover a saúde implica melhorar as condições sociais, considerar padrões adequados de alimentação, de habitação, de saneamento, além de boas condições de trabalho, acesso a educação, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos e estilo de vida responsável. A promoção da saúde corresponde a políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis a saúde, fortalecimento da ação comunitária, bem como o desenvolvimento de habilidades e atitudes favoráveis à saúde (VERDI; CAPONI, 2005).

Desta forma a trajetória do desenvolvimento do conceito de condição social embasado em reflexões e em estrutura metodológica, subsidiou a construção e análise do conceito que este estudo corrobora, sendo assim representado:

A condição social/condição de vida compreende a estruturação efêmera de determinado contexto, que designa posição singular e única de cada ser, resultando das circunstâncias da multiplicidade das dimensões envolvidas (espacial, social, ambiental, econômica e cultural), que resultam de processo interativo, influenciando e interferindo no processo de viver individual e/ou coletivo e nas particularidades momentâneas de estabelecido ambiente.

“Analisar as condições de vida das populações é uma etapa indispensável do processo de planejamento da oferta de serviços e da avaliação do impacto das ações de saúde. Indispensável, porém poucas vezes realizada. Várias são as justificativas: falta de tempo, de recursos, mesmo quando são feitos, raramente tem uma utilização prática” (CARVALHO, 1994, p. 13).

Nesta abordagem e acreditando na necessidade de monitoramento da condição social para planejamento de ações adequadas a determinadas realidades, cabe ressaltar as considerações de Sliwiany (1997, p. 17):

“Se de um lado já existem, pelo menos no Brasil, uma considerável prática de campo em pesquisas sobre a condição de vida da população [...]. Por outro, é evidente a falta de domínio de métodos quantitativos para a apreensão da realidade social (a disciplina estatística social é desconhecida até nos currículos universitários da própria área de estatística) e, em consequência, para o aproveitamento dos resultados das pesquisas empíricas, que venham a agregar, de forma sistemática, os diferentes dados em análises conjunturais”.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS

Políticas públicas são ações governamentais executadas com o dinheiro público e voltadas para fornecer serviços essenciais como educação, saúde, segurança, habitação,

cultura e informação, etc. para grande parte da população que não pode pagar por esses serviços (DOWBOR, 2003).

As políticas públicas são construídas e desenvolvidas para dar subsídios e melhores condições de vida para a população. Dentre as diversas políticas existentes, encontram-se as políticas públicas saudáveis, que são definidas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2007) como aquelas que têm uma grande repercussão nas condições de saúde das populações.

Segundo a Carta de Adelaide de 1988, as políticas públicas saudáveis caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e a equidade e pelo compromisso com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população.

O principal propósito de uma política pública saudável é criar um ambiente favorável para que as pessoas possam viver vidas saudáveis. Criam ambientes sociais e físicos que promovam a saúde. Para formular políticas públicas saudáveis, os setores da agricultura, comércio, educação, indústria e comunicação devem levar em consideração a saúde como um fator essencial. Estes setores deveriam ser responsabilizados pelas conseqüências de suas decisões políticas sobre saúde da população porque o crescimento econômico por si só, não contribui para a melhoria das condições de saúde (OPAS, 2007).

Já o conceito de condição de vida/ condição social, bem como sua utilização no planejamento em saúde, está embasado nos princípios da exposição e da vulnerabilidade dos indivíduos e/ou coletividades, na busca pelos determinantes de saúde. Essa identificação possibilita o planejamento específico às necessidades e demandas de saúde locais, priorizando recursos, conhecendo melhor a realidade e planejando ações eficazes para os problemas encontrados, ou para evitar futuras conseqüências que podem ser prejudiciais a saúde da população.

A análise da condição de vida pode demonstrar os fatores de risco e efeitos sobre a saúde de determinadas situações, contribuindo para a construção de políticas públicas de saúde que beneficiem a situação encontrada, prevenido-a ou remediando-a. É importante ressaltar que “o processo de produção de doenças é determinado e condicionado por diversos

fatores ambientais, culturais e sociais, que atuam no espaço e no tempo, sobre as condições de risco e populações sob risco” (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006, p. 171).

Acreditando-se que a condição de vida pode ser um indicador extremamente útil para o planejamento de políticas públicas, principalmente políticas de saúde, apresenta-se na seqüência alguns apontamentos históricos sobre as políticas públicas de saúde no Brasil e posteriormente apresenta-se as descrições sobre as políticas públicas locais de saúde da cidade de Curitiba, PR.

2.2.1 Políticas de saúde no Brasil

As políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. São também definidas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos.

As políticas públicas em saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (POLIGNANO, 2006).

Ao refletir sobre políticas de saúde deve-se ter conhecimento que a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-los. A lógica do processo evolutivo sempre obedeceu à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo a nível internacional; e a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada no periferia do sistema, como uma moldura de um quadro, tanto no que diz respeito a solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde (POLIGNANO, 2006).

Desenvolver um entendimento básico das políticas públicas brasileiras e de sua sustentabilidade, a médio e longo prazos, exige, portanto, não apenas o estudo do processo político e social do Brasil, como também uma análise das tendências e das forças externas que

impulsionam e limitam o processo de elaboração e implementação dessas políticas hoje (LOURENÇO, 2005).

Para melhor compreensão da discussão apresentada, a reflexão das políticas de saúde do Brasil será realizada de acordo com os períodos históricos vivenciados.

2.2.1.1 Período de 1500 até primeiro reinado

Um país colonizado, basicamente por degredados e aventureiros desde o descobrimento até a instalação do império, não dispunha de nenhum modelo de atenção à saúde da população e nem mesmo o interesse, por parte do governo colonizador (Portugal), em criá-lo (POLIGNANO, 2006).

Deste modo, a atenção à saúde limitava-se aos próprios recursos da terra (plantas, ervas) e, àqueles que, por conhecimentos empíricos (curandeiros), desenvolviam as suas habilidades na arte de curar.

A vinda da família real ao Brasil criou a necessidade da organização de uma estrutura sanitária mínima, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro.

Até 1850 as atividades de saúde pública estavam limitadas ao seguinte: 1 - Delegação das atribuições sanitárias as juntas municipais; 2 - Controle de navios e saúde dos portos. O interesse primordial estava limitado ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo da capital do império, tendência que se alongou por quase um século. O tipo de organização política do império era de um regime de governo unitário e centralizador, e que era incapaz de dar continuidade e eficiência na transmissão e execução à distância das determinações emanadas dos comandos centrais (POLIGNANO, 2006).

A carência de profissionais médicos no Brasil Colônia e no Brasil Império era enorme. No Rio de Janeiro, em 1789, só existiam quatro médicos exercendo a profissão. E em outros estados brasileiros eram inexistentes (SALLES, 1971).

A ausência de uma assistência médica estruturada, fez com que proliferassem pelo país os Boticários (farmacêuticos). Aos boticários cabiam a manipulação das fórmulas prescritas pelos médicos, mas a verdade é que eles próprios tomavam a iniciativa de indicá-los, fato que ainda hoje ocorre em alguns locais (POLIGNANO, 2006).

Não dispondo de um aprendizado acadêmico, o processo de habilitação na função consistia tão somente em acompanhar um serviço de uma botica já estabelecida durante um certo período de tempo, ao fim do qual prestavam exame perante a fisicatura e se aprovado, o

candidato recebia a “carta de habilitação”, e estava apto a instalar sua própria botica. (SALLES, 1971).

Em 1808, Dom João VI fundou na Bahia o Colégio Médico - Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade de Salvador. No mês de novembro do mesmo ano foi criada a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexa ao real Hospital Militar.

2.2.1.2 Início da república 1889 até 1930

Com a Proclamação da República, estabeleceu-se uma forma de organização Jurídica-Política típica do estado capitalista. No entanto, essa nova forma de organização do aparelho estatal assegurou apenas as condições formais da representação burguesa clássica, especialmente a adoção do voto direto pelo sufrágio universal (POLIGNANO, 2006).

A tradição de controle político pelos grandes proprietários (o coronelismo) impôs ainda normas de exercício do poder que representavam os interesses capitalistas predominantemente agrários. Apenas a eleição do Presidente da República pelo voto direto, de quatro em quatro anos, produziu lutas efetivas em que se condensavam os conflitos no interior do sistema.

Os programas partidários nunca chegaram a se configurar numa perspectiva de âmbito nacional. De fato, das dezenove organizações políticas que atuaram até o movimento de 1930, nenhuma excedeu a disciplina imposta pela defesa de interesses regionais, embora pudessem compor, eventualmente, alianças que dominaram as práticas políticas até aquela data.

No âmbito das questões sanitárias, a falta de um modelo sanitário para o país, deixavam as cidades brasileiras a mercê das epidemias. No início de 1900, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico, caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam à população, como a varíola, a malária, a febre amarela, e posteriormente a peste, o que acabou gerando sérias conseqüências tanto para saúde coletiva quanto para outros setores como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em função da situação sanitária existente na cidade (POLIGNANO, 2006).

Rodrigues Alves, então presidente do Brasil, nomeou Oswaldo Cruz, como Diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre-amarela na cidade do Rio de Janeiro. Foi criado um verdadeiro exército de 1.500 pessoas que passaram a exercer atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da febre-

amarela. A falta de esclarecimentos e as arbitrariedades cometidas pelos “guardas-sanitários” causaram revolta na população.

Este modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista, e foi concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios, e no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação.

A população, com receio das medidas de desinfecção, trabalho realizado pelo serviço sanitário municipal, revolta-se tanto que, o próprio presidente Rodrigues Alves chama Oswaldo Cruz ao Palácio do Catete, pedindo-lhe para, apesar de acreditar no acerto da estratégia do sanitarista, não continuar queimando os colchões e as roupas dos doentes (POLIGNANO, 2006).

A onda de insatisfação se agrava com outra medida de Oswaldo Cruz, a Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, que instituiu a vacinação anti-varíola obrigatória para todo o território nacional. Surge, então, um grande movimento popular de revolta que ficou conhecido na história como a revolta da vacina.

Apesar das arbitrariedades e dos abusos cometidos, o modelo campanhista obteve importantes vitórias no controle das doenças epidêmicas, conseguindo inclusive erradicar a febre amarela da cidade do Rio de Janeiro, o que fortaleceu o modelo proposto e o tornou hegemônico como proposta de intervenção na área da saúde coletiva durante décadas.

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

Na reforma promovida por Oswaldo Cruz foram incorporados como elementos das ações de saúde: o registro demográfico, possibilitando conhecer a composição e os fatos vitais de importância da população; a introdução do laboratório como auxiliar do diagnóstico etiológico; a fabricação organizada de produtos profiláticos para uso em massa.

Em 1920, Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, então ligado ao Ministério da Justiça e introduziu a propaganda e a educação sanitária na técnica rotineira de ação, inovando o modelo campanhista de Oswaldo Cruz que era puramente fiscal e policial.

Criaram-se órgãos especializados na luta contra a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas. A assistência hospitalar, infantil e a higiene industrial se destacaram como

problemas individualizados. Expandiram-se as atividades de saneamento para outros estados, além do Rio de Janeiro e criou-se a Escola de Enfermagem Anna Nery.

Enquanto a sociedade brasileira esteve dominada por uma economia agroexportadora, acentada na monocultura cafeeira, o que se exigia do sistema de saúde era, sobretudo, uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação. Por esta razão, desde o final do século passado até o início dos anos 60, predominou o modelo do sanitarismo campanhista (MENDES, 1993).

Gradativamente, com o controle das epidemias nas grandes cidades brasileiras o modelo campanhista deslocou a sua ação para o campo e para o combate das denominadas endemias rurais, dado ser a agricultura a atividade hegemônica da economia da época. Este modelo de atuação foi amplamente utilizado pela Sucam no combate a diversas endemias (Chagas, Esquistossomose, e outras) , sendo esta posteriormente incorporada à Fundação Nacional de Saúde.

Sendo assim pode-se concluir que durante a Primeira República (1889 – 1930), foram criados e implementados os serviços e programas de saúde pública em nível nacional (central). Nesta época Oswaldo Cruz organizou e implementou, progressivamente, instituições públicas e de higiene e saúde no Brasil. Em paralelo adotou o modelo das campanhas sanitárias, destinado a combater as epidemias urbanas e mais tarde, as epidemias rurais. Este modelo importado de Cuba, tornou-se um dos pilares das políticas de saúde no Brasil e no continente americano em geral (LUZ, 1991).

Em torno desse modelo de saúde se estruturaram o discurso dominante da política de saúde, simultaneamente as políticas de urbanização e habitação. Consolidou-se uma estrutura administrativa de saúde centralista, tecnoburocrática e corporativista, isto é, ligada a um corpo médico em geral proveniente de oligarquias de origem agrária que dominou a República Velha.

Estes traços caracterizaram o perfil autoritário que ainda hoje se mostra, em grande parte, pelo conjunto de instituições de saúde pública e dos sistemas de decisões em política de saúde no Brasil, por outro lado, a eficácia social do combate às doenças coletivas, ao longo do tempo, comparativamente ao período da Primeira República, foi de grande sucesso, principalmente quando esse modelo atingiu seu auge em termos de autoridade.

2.2.1.3 O nascimento da previdência social

No início do século a economia brasileira era basicamente agroexportadora, assentada na monocultura do café. A acumulação capitalista advinda do comércio exterior tornou possível o início do processo de industrialização no país, que se deu principalmente no eixo Rio-São Paulo.

Tal processo foi acompanhado de uma urbanização crescente, e da utilização de imigrantes, especialmente europeus (italianos, portugueses), como mão-de-obra nas indústrias, visto que os mesmos já possuíam grande experiência neste setor, que já era muito desenvolvido na Europa.

Os operários na época não tinham quaisquer garantias trabalhistas, tais como: férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria. Os imigrantes, especialmente os italianos (anarquistas), traziam consigo a história do movimento operário na Europa e dos direitos trabalhistas que já tinham sido conquistados pelos trabalhadores europeus, e desta forma procuraram mobilizar e organizar a classe operária no Brasil na luta pela conquistas dos seus direitos.

Em função das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919. Através destes movimentos os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais (POLIGNANO, 2006).

Assim que, em 24 de janeiro de 1923, foi aprovado pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's).

A propósito desta lei devem ser feitas as seguintes considerações: a lei deveria ser aplicada somente ao operariado urbano. Para que fosse aprovado no Congresso Nacional, dominado na sua maioria pela oligarquia rural foi imposta a condição de que este benefício não seria estendido aos trabalhadores rurais. Fato que na história da previdência do Brasil perdurou até a década de 60, quando foi criado o FUNRURAL.

Outra particularidade refere-se ao fato de que as caixas deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais; a criação da caixa de aposentadoria e pensão (CAP) também não era automática, dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação.

A primeira CAP criada foi a dos ferroviários, o que pode ser explicado pela importância que este setor desempenhava na economia do país naquela época e pela

capacidade de mobilização que a categoria dos ferroviários possuía. Segundo POSSAS (1981) “tratando-se de um sistema por empresa, restrito ao âmbito das grandes empresas privadas e públicas, as CAP's possuíam administração própria para os seus fundos, formada por um conselho composto de representantes dos empregados e empregadores.”

A comissão que administrava a CAP era composta por três representantes da empresa, um dos quais assumindo a presidência da comissão, e de dois representantes dos empregados, eleitos diretamente a cada três anos. O regime de representação direta das partes interessadas, com a participação de representantes de empregados e empregadores, permaneceu até a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) (1967), quando foram afastados do processo administrativo (POSSAS, 1981).

O Estado não participava propriamente do custeio das Caixas, que de acordo com o determinado pelo artigo 3º da lei Eloy Chaves, eram mantidas por: empregados das empresas (3% dos respectivos vencimentos); empresas (1% da renda bruta); e consumidores dos serviços das mesmas (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985).

A esse respeito, Silva e Mahar *apud* Oliveira & Teixeira (1985) afirmam que:

"A lei Eloy Chaves não previa o que se pode chamar, com propriedade contribuição da união. Havia isto sim, uma participação no custeio, dos usuários das estradas de ferro, provenientes de um aumento das tarifas, decretado para cobrir as despesas das Caixas. A extensão progressiva desse sistema, abrangendo cada vez maior número de usuários de serviços, com a criação de novas Caixas e Institutos, veio afinal fazer o ônus recair sobre o público em geral e assim, a se constituir efetivamente em contribuição da União. O mecanismo de contribuição tríplice (em partes iguais) refere-se à contribuição pelos empregados, empregadores e União foi obrigatoriamente instituído pela Constituição Federal de 1934 (alínea h, § 1º, art. 21)."

No sistema das Caixas estabelecido pela lei Eloy Chaves, as próprias empresas deveriam recolher mensalmente o conjunto das contribuições das três fontes de receita, e depositar diretamente na conta bancária da sua CAP (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1985).

Além das aposentadorias e pensões, os fundos proviam os serviços funerários, médicos, conforme explicitado no artigo 9º da Lei Eloy Chaves: 1º - socorros médicos em caso de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia; 2º - medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração; 3º - aposentadoria; 4º – pensão para seus herdeiros em caso de morte.

E ainda, no artigo 27, obrigava as CAPs a arcar com a assistência aos acidentados no trabalho. A criação das CAP's deve ser entendida, assim, no contexto das reivindicações

operárias no início do século, como resposta do empresariado e do estado a crescente importância da questão social.

Em 1930, o sistema já abrangia 47 caixas, com 142.464 segurados ativos, 8.006 aposentados, e 7.013 pensionistas (POLIGNANO, 2006).

2.2.1.4 A crise dos anos 30

A representatividade dos partidos obedecia a uma hierarquia coerente com o peso dos setores oligárquicos que os integravam. A política dos governadores foi a forma para qual se reorganizou a divisão do poder entre os segmentos da classe dominante durante este período.

Entre 1922 a 1930, sucederam-se crises econômicas e políticas em que se conjugaram fatores de ordem interna e externa, e que tiveram como efeito a diminuição do poder das oligarquias agrárias. Em particular, atuaram no Brasil as crises internacionais de 1922 a 1929, tornando mais agudas as contradições e instalações contra a política dos governadores.

A crise de 1929 imobilizou temporariamente o setor agrário-exportador, redefinindo a organização do estado, que vai imprimir novos caminhos a vida nacional. Assim é que a crise do café, a ação dos setores agrários e urbanos vão propor um novo padrão de uso do poder no Brasil.

Em 1930, comandada por Getúlio Vargas é instalada a revolução, que rompe com a política do café com leite, entre São Paulo e Minas Gerais, que sucessivamente elegiam o Presidente da República. Vitorioso no movimento, foram efetuadas mudanças na estrutura do estado. Estas objetivavam promover a expansão do sistema econômico estabelecendo-se, paralelamente, uma nova legislação que ordenasse a efetivação dessas mudanças.

Foram criados o Ministério do Trabalho, o da Indústria e Comércio, o Ministério da Educação e Saúde e juntas de arbitramento trabalhista. Em 1934, com a nova constituição, o estado e o setor industrial através dele, instituiu uma política social de massa que na constituição se configura no capítulo sobre a ordem econômica e social.

A implantação do estado novo representava o acordo entre a grande propriedade agrária e a burguesia industrial historicamente frágil. Coube ao Estado Novo acentuar e dirigir o processo de expansão do capitalismo no campo, de maneira a impedir que nele ocorressem alterações radicais na estrutura da grande propriedade agrária.

Em 1937 é promulgada nova constituição que reforça o centralismo e a autoridade presidencial (ditadura). O trabalhismo oficial e as suas práticas foram reforçadas a partir de

1940 com a imposição de um sindicato único e pela exigência do pagamento de uma contribuição sindical.

Em 1939 regulamenta-se a justiça do trabalho e em 1943 é homologada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). A maior parte das inversões no setor industrial foi feita na região centro-sul (São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte) reforçando ainda mais a importância econômica e financeira desta área na dinâmica das transformações da infraestrutura nacional, isto agravou desequilíbrios regionais, especialmente o caso do nordeste, com grandes êxodos rurais, e a proliferação das favelas nestes grandes centros.

A crescente massa assalariada urbana passa a se constituir no ponto de sustentação política do novo governo de Getúlio Vargas, através de um regime corporativista. São promulgadas as leis trabalhistas, que procuram estabelecer um contrato capital-trabalho, garantindo direitos sociais ao trabalhador. Ao mesmo tempo, cria-se a estrutura sindical do estado. Estas ações transparecem como dádivas do governo e do estado, e não como conquista dos trabalhadores. O fundamento dessas ações era manter o movimento trabalhista contido dentro das forças do estado.

2.2.1.5 A previdência social no estado novo

No que tange a previdência social, a política do estado pretendeu estender a todas as categorias do operariado urbano organizado os benefícios da previdência. Desta forma, as antigas CAP's são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP). Nestes institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional (marítimos, comerciários, bancários) e não por empresa.

Em 1933, foi criado o primeiro Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM). Seu decreto de constituição definia, no artigo 46, os benefícios assegurados aos associados: a) aposentadoria; b) pensão em caso de morte. para os membros de suas famílias ou para os beneficiários, na forma do art. 55; c) assistência médica e hospitalar , com internação até trinta dias; d) socorros farmacêuticos, mediante indenização pelo preço do custo acrescido das despesas de administração . § 2o - O custeio dos socorros mencionados na alínea c não deverá exceder à importância correspondente ao total de 8% , da receita anual do Instituto, apurada no exercício anterior, sujeita a respectiva verba à aprovação do Conselho Nacional do Trabalho.

Os IAP's foram criados de acordo com a capacidade de organização, mobilização e importância da categoria profissional em questão. Assim, em 1933 foi criado o primeiro instituto, o de Aposentadoria e Pensões dos Marítimos (IAPM), em 1934 o dos Comerciantes (IAPC) e dos Bancários (IAPB), em 1936 o dos Industriários (IAPI), e em 1938 o dos Estivadores e Transportadores de Cargas (IAPETEL) (POLIGNANO, 2006).

Segundo NICZ (1988), além de servir como importante mecanismo de controle social, os IAP's tinham, até meados da década de 50, papel fundamental no desenvolvimento econômico deste período, como instrumento de captação de poupança forçada, através de seu regime de capitalização.

As seguidas crises financeiras dos IAP's, e mesmo o surgimento de outros mecanismos captadores de investimentos (principalmente externos), fazem com que progressivamente a previdência social passe a ter importância muito maior como instrumento de ação político eleitoreira nos governos populistas de 1950-64, especialmente pela sua vinculação clara ao Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), e a fase áurea de “peleguismo sindical” (NICZ, 1988).

Até o final dos anos 50, a assistência médica previdenciária não era importante. Os técnicos do setor a consideraram secundária no sistema previdenciário brasileiro, e os segurados não faziam dela parte importante de suas reivindicações.

Em 1949 foi criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU) mantido por todos os institutos e as caixas ainda remanescentes.

É a partir principalmente da segunda metade da década de 50, com o maior desenvolvimento industrial, com a conseqüente aceleração da urbanização, e o assalariamento de parcelas crescente da população, que ocorre maior pressão pela assistência médica via institutos, e viabiliza-se o crescimento de um complexo médico hospitalar para prestar atendimento aos previdenciários, em que se privilegiam abertamente a contratação de serviços de terceiros.

Em 1949, as despesas com assistência médica representaram apenas 7,3% do total geral das despesas da previdência social. Em 1960 já sobem para 19,3%, e em 1966 já atingem 24,7% do total geral das despesas, confirmando a importância crescente da assistência médica previdenciária (NICZ, 1988).

Sendo assim no Período Populista, inicia-se a criação de institutos de seguridade social (institutos de aposentadorias e pensões, IAPs), organizados por categorias profissionais. Tais institutos foram criados por Getúlio Vargas ao longo dos anos 30, favorecendo as

camadas de trabalhadores urbanos mais aguerridas em seus sindicatos e mais fundamentais para a economia agro exportadora até então dominante.

Desde o início, a implantação dos programas e serviços de auxílios e de atenção médica foi impregnada de práticas clientelistas, típicas do regime populista que caracterizou a era de Vargas.

Luz (1991), afirma que durante este período pode-se observar: centralismo, verticalismo, e autoritarismo corporativo, do lado da saúde pública; clientelismo, populismo e paternalismo, do lado de instituições de previdência social, incluindo as de atenção médica. Estes traços modelados por quase cinquenta anos, ainda são características das instituições e políticas de saúde brasileiras e integram a própria ordem política que se constitui nesse período.

2.2.1.6 Saúde pública no período de 30 a 60

Na era do estado novo poucas foram as investidas no setor da saúde pública, destacando-se em 1930, a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, com desintegração das atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública (vinculado ao Ministério da Justiça), e a pulverização de ações de saúde a outro diversos setores como: fiscalização de produtos de origem animal que passa para o Ministério da Agricultura (1934); higiene e segurança do trabalho (1942) que vincula-se ao Ministério do Trabalho.

Em 1941, instituiu-se a reforma Barros Barreto, em que se destacam as seguintes ações: instituição de órgãos normativos e supletivos destinados a orientar a assistência sanitária e hospitalar; criação de órgãos executivos de ação direta contra as endemias mais importantes (malária, febre amarela, peste); fortalecimento do Instituto Oswaldo Cruz, como referência nacional; descentralização das atividades normativas e executivas por 8 regiões sanitárias; destaque aos programas de abastecimento de água e construção de esgotos, no âmbito da saúde pública; atenção aos problemas das doenças degenerativas e mentais com a criação de serviços especializados de âmbito nacional (Instituto Nacional do Câncer).

A escassez de recursos financeiros associado a pulverização destes recursos e de pessoal entre diversos órgãos e setores, aos conflitos de jurisdição e gestão, e superposição de funções e atividades, fizeram com que a maioria das ações de saúde pública no estado novo se reduzissem a meros aspectos normativos, sem efetivação no campo prático de soluções para os grandes problemas sanitários existentes no país naquela época (POLIGNANO, 2006).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, o que na verdade limitou-se a um mero desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação sem que isto significasse uma nova postura do governo e uma efetiva preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública de sua competência.

Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU), incorporando os antigos serviços nacionais de febre amarela, malária, peste.

2.2.1.7 A lei orgânica da previdência social e o processo de unificação dos IAP's

O processo de unificação dos IAP's já vinha sendo gestado desde de 1941 e sofreu em todo este período grandes resistências, pelas radicais transformações que implicava. Após longa tramitação, a Lei Orgânica de Previdência Social só foi finalmente sancionada em 1960, acompanhada de intenso debate político a nível legislativo em que os representantes das classes trabalhadoras se recusavam à unificação, uma vez que isto representava o abandono de muitos direitos conquistados, além de se constituírem os IAPs naquela época em importantes feudos políticos e eleitorais.

Finalmente em 1960 foi promulgada a lei 3.807, denominada Lei Orgânica da Previdência Social, que veio estabelecer a unificação do regime geral da previdência social, destinado a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluídos os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e naturalmente os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência.

Os trabalhadores rurais só viriam a ser incorporados ao sistema 3 anos mais tarde, quando foi promulgada a lei 4.214 de 2/3/63 que instituiu o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL).

A lei previa uma contribuição tríplice com a participação do empregado, empregador e a União. O governo federal nunca cumpriu a sua parte, o que evidentemente comprometeu seriamente a estabilidade do sistema (POSSAS, 1981).

O processo de unificação só avança com movimento revolucionário de 1964, que neste mesmo ano promove uma intervenção generalizada em todos os IAPs, sendo os conselhos administrativos substituídos por juntas interventoras nomeadas pelo governo revolucionário. A unificação vai se consolidar somente em 1967.

Em síntese o período do desenvolvimento (anos 50 e 60), ficou conhecido pela tentativa de implantar-se um projeto nacional de desenvolvimento econômico moderno,

integrado a ordem capitalista industrial, e pela crise do regime populista e nacionalista dos anos 60. As políticas de saúde da época exprimiam essa dupla realidade, através da dicotomia industrial progressivamente acentuada. O modelo campanhista, que chegara a um estágio burocrático rotineiro, ainda predominava largamente nos órgãos de saúde pública do então ministério da educação e saúde.

Opunha-se ao modelo curativista dominante nos serviços previdenciários de atenção médica, também burocratizados e ineficazes face aos crescentes problemas de saúde das populações rurais e urbanas. Uma tecnoburocracia médica, formada no exterior em administração dos serviços de saúde, instalou-se na gestão dos institutos de previdência, por oposição a tecnocracia sanitária, também médica, de tendência nacionalista e desenvolvimentista, predominante nos órgãos de saúde pública.

2.2.1.8 O movimento de 64 e suas conseqüências

O movimento de 64 contava com suportes políticos extremamente fortes. A maioria da burguesia defendia a internacionalização da economia e das finanças brasileiras, ampliando o processo que era ainda obstaculizado, segundo os capitalistas, pela proposta populista de fortalecimento das empresas estatais e de economia mista do governo João Goulart.

Havia ainda uma preocupação crescente em relação à proliferação do comunismo e do socialismo no mundo, especialmente na América Latina, e que punha em risco os interesses e a hegemonia do capitalismo, especialmente do americano nesta região, era o período da chamada guerra fria.

Diante destes fatos as forças armadas brasileiras articularam e executaram um golpe de estado em 31 de março de 1964, e instalaram um regime militar, com o aval dos Estados Unidos. Um processo que se repetiu na maioria dos países da América Latina, configurando um ciclo de ditaduras militares em toda a região.

Houve o fortalecimento do executivo e o esvaziamento do legislativo. Criaram-se atos institucionais, principalmente o de nº 5 de 1968, que limitavam as liberdades individuais e constitucionais.

O êxito da atuação do executivo justificava-se na área econômica, com o chamado milagre brasileiro, movido a capital estrangeiro. O longo programa ideológico do movimento foi acionado com a retirada dos estudantes, especialmente os de nível universitário, de

qualquer autonomia representativa e mantendo-os afastados de uma participação ativa nas transformações políticas.

Posteriormente, o processo prosseguiria pelo afastamento de professores, a partir de 1969, pela repressão brutal as manifestações estudantis, articuladas ou não a organizações políticas clandestinas.

O enquadramento ideológico completou-se pelo esvaziamento dos estudos sociais, negando-se reconhecimento a profissão de sociólogo e pela instauração de novas disciplinas como a Educação Moral e Cívica e OSPB, e, no âmbito superior, Estudo de Problemas Brasileiros, todas de filiação historicamente fascista missionária.

O regime militar que se instala a partir de 1964, de caráter ditatorial e repressivo, procura utilizar-se de forças policiais e do exército e dos atos de exceção para se impor.

A repressão militar seria incapaz de sozinha justificar por um longo tempo um governo ditatorial. Diante, deste quadro, o regime instituído procurava atuar através da formulação de algumas políticas sociais na busca de uma legitimação do governo perante a população.

Um outro aspecto importante do regime militar, diz respeito a utilização da tecnoburocracia. Em consequência da repressão e do dismantelamento de todas as organizações da população civil, não podendo contar com a voz e não querendo a participação organizada da sociedade civil, o regime militar ocupou-se de criar uma tecnocracia, constituída de profissionais civis retirados do seio da sociedade, e colocados sob a tutela do estado, para repensar sob os dogmas e postulados do novo regime militar, a nova estrutura e organização dos serviços do estado, os tecnoburocratas. Pessoas que realmente acreditavam estar fazendo o melhor, repensando a sociedade brasileira de acordo com dados e pressupostos teóricos, colocando como exemplo abstrato a participação da sociedade.

Assim, dentro do objetivo de buscar apoio e sustentação social, o governo se utilizou do sistema previdenciário. Visto que os IAP's eram limitados a determinadas categorias profissionais mais mobilizadas e organizadas política e economicamente, o governo militar procura garantir para todos os trabalhadores urbanos e os seus dependentes os benefícios da previdência social.

O processo de unificação previsto em 1960 se efetivou em 2 de janeiro de 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência social, reunindo os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, o Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social.

O INPS, produto da fusão dos IAP's, sofre a forte influência dos técnicos oriundos do maior deles, o IAPI. Estes técnicos, que passam a história conhecidos como “os cardeais do IAPI”, de tendências absolutamente privatizantes criam as condições institucionais necessárias ao desenvolvimento do “complexo médico-industrial”, característica marcante deste período (NICZ, 1988).

A criação do INPS propiciou a unificação dos diferentes benefícios ao nível do IAP's. Na medida em que todo o trabalhador urbano com carteira assinada era automaticamente contribuinte e beneficiário do novo sistema, foi grande o volume de recursos financeiros capitalizados. O fato do aumento da base de contribuição, aliado ao fato do crescimento econômico da década de 70 (o chamado milagre econômico), do pequeno percentual de aposentadorias e pensões em relação ao total de contribuintes, fez com que o sistema acumulasse um grande volume de recursos financeiros.

Ao unificar o sistema previdenciário, o governo militar se viu na obrigação de incorporar os benefícios já instituídos fora das aposentadorias e pensões. Um destes era a do assistência médica, que já era oferecido pelos vários IAPs, sendo que alguns destes já possuíam serviços e hospitais próprios.

No entanto, ao aumentar substancialmente o número de contribuintes e conseqüentemente de beneficiários, era impossível ao sistema médico previdenciário existente atender a toda essa população. Diante deste fato, o governo militar tinha que decidir onde alocar os recursos públicos para atender a necessidade de ampliação do sistema, tendo ao final optado por direcioná-los para a iniciativa privada, com o objetivo de apoiar setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia.

Desta forma, foram estabelecidos convênios e contratos com a maioria dos médicos e hospitais existentes no país, pagando-se pelos serviços produzidos (pro-labore), o que propiciou a estes grupos se capitalizarem, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos e de equipamentos médico-hospitalares, formando um complexo sistema médico-industrial.

Este sistema foi se tornando cada vez mais complexo tanto do ponto de vista administrativo quanto financeiro dentro da estrutura do INPS, que acabou levando a criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978.

Em 1974 o sistema previdenciário saiu da área do Ministério do Trabalho, para se consolidar como um ministério próprio, o Ministério da Previdência e Assistência Social.

Juntamente com este Ministério foi criado o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS). A criação deste fundo proporcionou a remodelação e ampliação dos hospitais da rede privada, através de empréstimos com juros subsidiados.

Algumas categorias profissionais somente na década de 70 é que conseguiram se tornar beneficiários do sistema previdenciário, como os trabalhadores rurais com a criação do PRORURAL em 1971, financiado pelo FUNRURAL, e os empregados domésticos e os autônomos em 1972.

No campo da organização da saúde pública no Brasil foram desenvolvidas as seguintes ações no período militar: Promulgação do Decreto Lei 200 (1967), estabelecendo as competências do Ministério da Saúde: formulação e coordenação da política nacional de saúde; responsabilidade pelas atividades médicas ambulatoriais e ações preventivas em geral; controle de drogas e medicamentos e alimentos; pesquisa médico-sanitário.

Em 1970 criou-se a Superintendência de Campanhas da Saúde Pública (SUCAM) com a atribuição de executar as atividades de erradicação e controle de endemias, sucedendo o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DENERU) e a campanha de erradicação da malária.

Em 1975 foi instituído no papel o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que estabelecia de forma sistemática o campo de ação na área de saúde, dos setores públicos e privados, para o desenvolvimento das atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde. O documento reconhece e oficializa a dicotomia da questão da saúde, afirmando que a medicina curativa seria de competência do Ministério da Previdência, e a medicina preventiva de responsabilidade do Ministério da Saúde.

No entanto, o governo federal destinou poucos recursos ao Ministério da Saúde, que dessa forma foi incapaz de desenvolver as ações de saúde pública propostas, o que significou na prática uma clara opção pela medicina curativa, que era mais cara e que no entanto, contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o INPS.

O Ministério da Saúde tornou-se muito mais um órgão burocrato-normativo do que um órgão executivo de política de saúde. Tendo como referência as recomendações internacionais e a necessidade de expandir cobertura, em 1976 inicia-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (POLIGNANO, 2006).

Concebido na secretaria de planejamento da presidência da república, o PIASS se configura como o primeiro programa de medicina simplificada do nível Federal e permite a entrada de técnicos provenientes do “movimento sanitário” no interior do aparelho de estado.

O programa é estendido a todo o território nacional, o que resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública.

2.2.1.9 Período de 1975 - a crise

O modelo econômico implantado pela ditadura militar entra em crise. Primeiro, porque o capitalismo a nível internacional entra num período também de crise. Segundo, porque em função da diminuição do fluxo de capital estrangeiro para mover a economia nacional, o país diminuiu o ritmo de crescimento que em períodos áureos chegou a 10% do PIB, tornando o crescimento econômico não mais sustentável.

A idéia do que era preciso fazer crescer o bolo (a economia) para depois redistribuí-lo para a população não se confirma no plano social. Os pobres ficaram mais pobres e os ricos mais ricos, sendo o país um dos que apresentam um dos maiores índices de concentração de renda a nível mundial (POLIGNANO, 2006).

A população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passou a conviver com o desemprego e as suas graves conseqüências sociais, como aumento da marginalidade, das favelas, da mortalidade infantil.

O modelo de saúde previdenciário começa a mostrar as suas mazelas: por ter priorizado a medicina curativa, o modelo proposto foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como as endemias, as epidemias, e os indicadores de saúde (mortalidade infantil, por exemplo); aumentos constantes dos custos da medicina curativa, centrada na atenção médica-hospitalar de complexidade crescente; diminuição do crescimento econômico com a respectiva repercussão na arrecadação do sistema previdenciário reduzindo as suas receitas; incapacidade do sistema em atender a uma população cada vez maior de marginalizados, que sem carteira assinada e contribuição previdenciária, se viam excluídos do sistema; desvios de verba do sistema previdenciário para cobrir despesas de outros setores e para realização de obras por parte do governo federal; o não repasse pela união de recursos do tesouro nacional para o sistema previdenciário, visto ser esse tripartite (empregador, empregado, e união) (POLIGNANO, 2006).

Devido a escassez de recursos para a sua manutenção, ao aumento dos custos operacionais, e ao descrédito social em resolver a agenda da saúde, o modelo proposto entrou em crise. Na tentativa de conter custos e combater fraudes o governo criou em 1981 o

Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) ligado ao INAMPS.

O CONASP passa a absorver em postos de importância alguns técnicos ligados ao movimento sanitário, o que dá início a ruptura, por dentro, da dominância dos anéis burocráticos previdenciários. O plano inicia-se pela fiscalização mais rigorosa da prestação de contas dos prestadores de serviços credenciados, combatendo-se as fraudes.

O plano propõe a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados as populações urbanas e rurais, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médicoassistencial e da revisão dos mecanismos de financiamento do FAS.

O CONASP encontrou oposição com a Federação Brasileira de Hospitais e de medicina de grupo, que viam nesta tentativa a perda da sua hegemonia dentro do sistema e a perda do seu status. Para se mencionar a forma desses grupos atuarem, basta citar que eles opuseram e conseguiram derrotar dentro do governo com a ajuda de parlamentares um dos projetos mais interessantes de modelo sanitário, que foi o PREV-SAÚDE, que depois de seguidas distorções acabou por ser arquivado (POLIGNANO, 2006).

No entanto, isto, não impediu que o CONASP implantasse e apoiasse projetos pilotos de novos modelos assistenciais, destacando o PIASS no nordeste.

Devido ao agravamento da crise financeira o sistema redescobre quinze anos depois a existência do setor público de saúde, e a necessidade de se investir nesse setor, que trabalhava com um custo menor e atendendo a uma grande parcela da população carente de assistência.

Em 1983 foi criada a Ações Integradas de Saúde (AIS), um projeto interministerial (Previdência-Saúde-Educação), visando um novo modelo assistencial que incorporava o setor público, procurando integrar ações curativas preventivas e educativas ao mesmo tempo. Assim, a Previdência passa a comprar e pagar serviços prestados por estados, municípios, hospitais filantrópicos, públicos e universitários.

Este período coincidiu com o movimento de transição democrática, com eleição direta para governadores e vitória esmagadora de oposição em quase todos os estados nas primeiras eleições democráticas deste período (1982).

Em síntese durante o período do estado militar e do milagre brasileiro (1964 – 1984), foram cortadas algumas conjunturas específicas, sobretudo no que concerne às políticas de

saúde. Durante o período do milagre se instituiu no Brasil uma política de saúde diferente dos dois modelos anteriores, realizando uma nova e perversa síntese, ela reorganizou os traços institucionais do sanitarismo campanhista, oriundo da Primeira República e os do modelo curativo da atenção médica previdenciária do modelo populista.

A centralização e a concentração de poder institucional deram a tônica a esta síntese, que aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país. No contexto do milagre se produziram as políticas de saúde, que passaram a ser vistas como um bem de consumo, especialmente um bem de consumo médico.

No período de 1968 a 1975, generalizou-se a demanda social por consultas médicas como resposta as graves condições de saúde; o elogio da medicina como sinônimo de cura e de restabelecimento da saúde individual e coletiva; a construção ou reforma de inúmeras clínicas e hospitais privados, com financiamentos da Previdência Social; a multiplicação de faculdades particulares de medicina por todo o país; a organização e complementação da política de convênio entre o INPS e os hospitais, clínicas e empresas de prestação de serviços médicos, em detrimento dos recursos destinados ao serviço público.

Essa política teve evidentemente uma série de efeitos e conseqüências institucionais e sociais entre as quais a progressiva predominância de um sistema de atenção médica de massa, no sentido massificado, sobre uma proposta de medicina social e preventiva, que chegou a ser o discurso dominante na conjuntura anterior ao golpe do Estado; o surgimento e o rápido crescimento de donos de estabelecimentos de serviços médicos. Todas estas ações fizeram surgir uma grande insatisfação popular em relação à política de saúde da ditadura, perceptível no fim do milagre (1974 – 1975).

Entre 1975 e 1982 os serviços de saúde se tornaram o foco da crise do modelo de política social vigente. As condições de saúde da população tornaram-se críticas, por causa de uma política concentradora, centralizadora, privatizante e ineficaz, expressão do regime autoritário. No início dos anos 80 a crise das políticas sociais (saúde, habitação e educação), era identificada como a crise do regime.

2.2.1.10 O fim do regime militar

O movimento das DIRETAS JÁ (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais inclusive na área de saúde, que

culminaram com a criação das Associações dos Secretários de Saúde Estaduais (CONASS) ou Municipais (CONASEMS), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS).

Estes fatos ocorreram concomitantemente com a eleição da Assembléia Nacional Constituinte em 1986 e a promulgação da nova Constituição em 1988. É preciso fazer um pequeno corte nesta seqüência para entender como o modelo médico neo-liberal procurou se articular neste momento da crise.

O setor médico privado que se beneficiou do modelo médico-privativista durante quinze anos a partir de 64, tendo recebido neste período vultuosos recursos do setor público e financiamentos subsidiados, cresceu, desenvolveu e “engordou”. A partir do momento em que o setor público entrou em crise, o setor liberal começou a perceber que não mais poderia se manter e se nutrir daquele e passou a formular novas alternativas para sua estruturação. Direcionou o seu modelo de atenção médica para parcelas da população, classe média e categorias de assalariados, procurando através da poupança desses setores sociais organizar uma nova base estrutural (POLIGNANO, 2006).

Deste modo foi concebido um subsistema de atenção médico supletiva composta de 5 modalidades assistenciais: medicina de grupo, cooperativas médicas, auto-gestão, seguro-saúde e plano de administração. Com pequenas diferenças entre si, estas modalidades se baseiam em contribuições mensais dos beneficiários (poupança) em contrapartida pela prestação de determinados serviços. Estes serviços e benefícios eram pré determinados, com prazos de carências, além de determinadas exclusões, por exemplo a não cobertura do tratamento de doenças infecciosas.

O subsistema de atenção médica-supletiva cresce vertiginosamente. Na década de 80, de tal modo que no ano de 1989 chega a cobrir 31.140.000 brasileiros, correspondentes a 22% da população total, e apresentando um volume de faturamento de US\$ 2.423.500.000,00 (MENDES, 1993).

Este sistema baseia-se num universalismo excludente, beneficiando e fornecendo atenção médica somente para aquela parcela da população que tem condições financeiras de arcar com o sistema, não beneficiando a população como um todo e sem a preocupação de investir em saúde preventiva e na mudança de indicadores de saúde.

Enquanto, isto, ao subsistema público compete atender a grande maioria da população em torno de 120.000.000 de brasileiros (1990), com os minguados recursos dos governos

federal, estadual e municipal. Em 1990 o Governo edita as Leis 8.080 e 8.142, conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde, regulamentando o SUS, criado pela Constituição de 1988.

Em síntese de 1985 a 1989, período da nova república e da luta pela reforma sanitária, a reorganização do país em direção a um Estado de direito desenvolveu-se lentamente e de maneira conflituosa.

No Brasil, as políticas públicas desempenharam um papel muito importante na consolidação da ordem republicana que, desde a origem, manteve traços antidemocráticos cujas raízes penetram profundamente nas estruturas existentes, fundindo-se a interesses sociais, objetivos, e contraditórios entre si. Neste período vale destacar o confronto de interesses econômicos e políticos no interior do campo da saúde e a conseqüente luta pela ocupação dos diferentes espaços institucionais por representantes desses interesses (LUZ, 1991).

Os discursos e os saberes das diversas corporações profissionais envolvidos na questão de saúde também foram um foco da luta política no cruzamento dos níveis macro e microanalítico de disputa pelo poder de traçar diretrizes, impor posições e conquistar hegemonia. Deve-se também observar o fato dos debates que ocorriam nos anos 80 entre profissionais da área de saúde e entre estes e a clientela das políticas médicas (principalmente populações urbanas de baixa renda), representadas, por organizações comunitárias.

Algumas medidas foram tomadas no sentido de facilitar o acesso da população aos serviços de saúde. O governo da Nova República favoreceu a descentralização dos serviços em níveis municipais e distritais. A concepção de saúde como um direito civil, ou seja, como um direito do cidadão e um dever do Estado, é a segunda grande oposição de base em relação às políticas para o setor; essa questão sitiou acaloradas discussões até outubro de 1988, quando a nova Constituição reconheceu formalmente este direito social de cidadania, tanto tempo postergado pela República.

A percepção social da saúde como um direito de cidadania é um dado novo na história das políticas sociais brasileiras. Essa percepção é fruto dos movimentos sociais de participação em saúde da segunda metade dos anos 70 e do início dos anos 80. Nesse sentido, a própria reforma sanitária pode ser vista como um elemento novo no cenário político do país, um elemento instaurador de uma política de saúde institucionalmente inédita. O lema “Saúde, direito de cidadania e dever do Estado”, implica uma visão desmedicalizada da saúde, na medida em que subentende uma definição afirmativa (positiva), diferente da visão tradicional, típica das instituições médicas, que identificam saúde como ausência relativa de doença.

No contexto dessa nova definição, a noção de saúde tende a ser socialmente percebida como efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como expressão ativa e participativa, do exercício dos direitos da cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, a salário justo, a participação nas decisões e as políticas institucionais e assim por diante, é um novo olhar para os direitos e deveres do cidadão.

A questão da reforma sanitária e o seu papel no estabelecimento de uma ordem social democrática contribuíram para transformar a política de saúde em um elemento fundamental na conjuntura de estabilização da ordem política.

A partir de 1960, percebe-se uma grande participação popular nos serviços de saúde, os conselhos integrados de saúde, estes são um dos exemplos de participação e reivindicação pelo movimento social ligado a saúde nos últimos anos. Percebe-se a necessidade e importância da participação popular do planejamento de políticas públicas, visto que estas são formuladas para atender as necessidades da população, estes movimentos de participação vem ganhando força. É imprescindível para o sucesso da saúde, a participação da sua principal clientela, as pessoas que utilizam o serviço buscando melhorias na prestação das ações e na qualidade de vida.

No que diz respeito às práticas e políticas de saúde, a partir dos anos 70, os principais sistemas de saúde do mundo, dentre os quais o do Brasil, entraram em crise. Surgem, então, propostas para uma nova política de saúde, centrada numa concepção e práticas positivas (PAIM, 1992, 1994 a, 1994 b, 1994 c, Mendes, 1996; Paim & Almeida filho, 1998. In: GOLDENBERG; MARSIGLIA; GOMES, 2003 p. 101-102). Dentre estas surge o Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2.1.11 O nascimento do SUS

A constituinte de 1988 no capítulo VIII da Ordem social e na seção II referente à Saúde define no artigo 196 que: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização , com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado , com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” .

O texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseado na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania.

Esta visão refletia o momento político porque passava a sociedade brasileira, recém saída de uma ditadura militar onde a cidadania nunca foi um princípio de governo. Embalada pelo movimento da diretas já , a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania.

Apesar do SUS ter sido definido pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080. Esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento Algumas destas concepções serão expostas a seguir.

Primeiramente a saúde passa a ser definida de um forma mais abrangente:

“A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais: os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (lei 8.080).

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada tem a possibilidade de participar do SUS em caráter complementar.

Foram definidos como princípios doutrinários do SUS: UNIVERSALIDADE - o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; EQUIDADE - é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da

população a ser atendida; INTEGRALIDADE - significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender à todas as suas necessidades.

Destes derivaram alguns princípios organizativos: HIERARQUIZAÇÃO - Entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; referência e contra-referência; PARTICIPAÇÃO POPULAR - ou seja a democratização dos processos decisórios consolidado na participação dos usuários dos serviços de saúde no chamados Conselhos Municipais de Saúde; DESENCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA ADMINISTRATIVA, consolidada com a municipalização das ações de saúde, tornando o município gestor administrativo e financeiro do SUS;

Os objetivos e as atribuições do SUS foram assim definidas: identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; formular as políticas de saúde; fornecer assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas; executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica; executar ações visando a saúde do trabalhador; participar na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico; participar da formulação da política de recursos humanos para a saúde; realizar atividades de vigilância nutricional e de orientação alimentar; participar das ações direcionadas ao meio ambiente; formular políticas referentes a medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção; controle e fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde; fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano; participação no controle e fiscalização de produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; incremento do desenvolvimento científico e tecnológico na área da saúde; formulação e execução da política de sangue e de seus derivados;

Pela abrangência dos objetivos propostos e pela existência de desequilíbrios socio-econômicos regionais, a implantação do SUS não tem sido uniforme em todos os estados e municípios brasileiros, pois para que isto ocorra é necessário uma grande disponibilidade de recursos financeiros, de pessoal qualificado e de uma efetiva política a nível federal, estadual e municipal para viabilizar o sistema.

A Lei 8.080 estabeleceu que os recursos destinados ao SUS seriam provenientes do Orçamento da Seguridade Social. A mesma lei em outro artigo estabelece a forma de repasse de recursos financeiros a serem transferidos para estados e municípios, e que deveriam ser

baseados nos seguintes critérios: perfil demográfico ; perfil epidemiológico; rede de serviços instalada; desempenho técnico; ressarcimento de serviços prestados.

O SUS ao longo da sua existência sempre sofreu as conseqüências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento. Independente da origem política e da respeitabilidade, os ministros da saúde como será visto na seqüência deste texto, foram transformados em reféns das indefinições e rupturas que sempre colocaram à deriva as instituições de saúde do Brasil (STROZZI, 1997).

Apesar das dificuldades enfrentadas pode-se afirmar que ao nível da atenção primária, o SUS apresentou progressos significativos no setor público, mas enfrenta problemas graves com o setor privado, que detém a maioria dos serviços de complexidade e referência a nível secundário e terciário. Estes setores não se interessam em integrar o modelo atualmente vigente em virtude da baixa remuneração paga pelos procedimentos médicos executados, o que vem inviabilizando a proposta de hierarquização dos serviços.

Em síntese o SUS, que passou por diversas etapas durante a sua organização, foi chamado de vários outros nomes com outros significados e com princípios desiguais aos atuais. Demonstra atualmente como um sistema único de saúde, descentralizado, que tem princípios de equidade, universalidade e com um importante papel na condição de vida e na construção social do país.

Não pode-se ter a ingenuidade de acreditar que é um sistema perfeito e acabado, ao contrário tem ajustes a ser feitos no sistema, com toda a certeza, porém isso não justifica dizermos que ele não funciona. O SUS é um sistema bom, inteligente e que tem um ônus muito pequeno quando comparado às atividades que são desenvolvidas.

Não poderia ser deixado de mencionar que um dos primeiros êxitos alavancados pela Reforma existente, foi à conceituação na Constituição Federal de 1988 de que a “a saúde é direito de todos e dever do Estado” (Art. 196). Defini-se aí a universalidade do Sistema Único de Saúde, que foi definitivamente implantado pela Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde. Este sistema seria financiado pelas três esferas do setor público, ou seja, pela União, pelos Estados e Municípios. Enfim, institui-se a partir da criação desta Lei no país, a universalidade e um sistema de saúde único, pelo menos teoricamente.

Souza (2002, p.22) refere que:

“O Sistema Único de Saúde vem passando, desde a sua instituição pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, por importantes mudanças, entre as quais pode-se destacar o significativo avanço obtido na sua universalização, principalmente em decorrência de um importante processo de descentralização de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para estados e municípios, em oposição ao modelo anterior do sistema de saúde, caracterizado por marcante centralização decisória e financeira no nível federal”.

Almeida, Zioni, Chioro (1997, p. 27) afirmam que:

“SUS é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988 e posteriormente às leis que a regulamentam. O SUS, não é sucessor do SUDS ou do INAMPS. É, portanto, um novo Sistema de Saúde que está em construção”.

O sistema único de saúde tem vários princípios, dentre estes destacamos os de maior relevância para a condição social e conseqüentemente para este estudo: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, resolutividade e descentralização, inclusão social e complementaridade do setor privado.

O Sistema Único de Saúde, tem função de dar assistência à saúde à toda a população por meio de um modelo que inclua a promoção, proteção e recuperação da saúde. A partir destes conceitos, pode-se dizer que o SUS é uma política pública considerando que propõe uma metodologia de assistência à saúde à toda população em diferentes níveis de complexidade, é regulado por leis e normas, integra as 3 esferas do poder público e, principalmente, inclui os usuários para a definição das ações a serem desenvolvidas, observando os interesses destes, são os pressupostos teóricos e ideais do sistema. Independente de ocorrerem ou não, são necessários e imprescindíveis para o sistema (STROZZI, 1997).

O SUS é um sistema que está sendo utilizado atualmente, porém no decorrer de sua utilização vai sofrendo ajustes, vale ressaltar que como processo social, tem dimensão política dado que vai sendo construído em um ambiente democrático, também tem dimensão

ideológica e tecnológica, uma vez que exige produção utilização e técnicas de conhecimento para que seja possível sua implantação.

2.2.1.12 Os governos neoliberais - a partir de 1992

A opção neoliberal, que se torna hegemônica no campo econômico, procura rever o papel do estado e o seu peso na economia nacional, propondo a sua redução para o chamado estado mínimo, inclusive na área social, ampliando os espaços nos quais a regulação se fará pelo mercado capitalista (POLIGNANO, 2006).

A Constituição de 1988 procurou garantir a saúde como um direito de todos e um dever do estado. No período de 1991 a 1994, com a eleição do Fernando Collor de Mello é implementada com toda a força uma política neoliberal-privatizante, com um discurso de reduzir o estado ao mínimo. Embora no discurso as limitações dos gastos públicos devessem ser efetivadas com a privatização de empresas estatais, na prática a redução de gastos atingiu a todos os setores do governo, inclusive o da saúde.

Neste período o governo começa a editar as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB), que são instrumentos normativos com o objetivo de regular a transferência de recursos financeiros da união para estados e municípios, o planejamento das ações de saúde, os mecanismos de controle social, dentre outros. A primeira NOB foi editada em 1991.

A NOB 01/91 sob o argumento da inviabilidade conjuntural de regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080 - que definia o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde, sendo 50% por critérios populacionais e os outros 50% segundo o perfil epidemiológico e demográfico, a capacidade instalada e a complexidade da rede de serviços de saúde, a contrapartida financeira, etc; redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece, em grande parte, vigorando até hoje.

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

Em 1993, outra NOB buscava um caminho de transição entre o anacrônico sistema implantado pela NOB 01/91 e o que era preconizado na Constituição Federal e nas Leis que a regulamentaram o SUS. A NOB 01/93 criou critérios e categorias diferenciadas de gestão

para a habilitação dos municípios, e segundo o tipo de gestão implantado (incipiente, parcial, semi-plena) haveria critérios também diferenciados de formas de repasse dos recursos financeiros

Em função da criação do SUS e do comando centralizado do sistema pertencer ao Ministério da Saúde, o INAMPS torna-se obsoleto e é extinto em 1993.

Também em 1993 em decorrência dos péssimos resultados da política econômica especialmente no combate do processo inflacionário, da falta de uma base de apoio parlamentar, e de uma série de escândalos de corrupção, o Presidente Fernando Collor de Mello sofreu um processo de Impeachment, envolvendo uma grande mobilização popular, especialmente estudantil, o que levou a perda do seu mandato presidencial, tendo assumido a presidência o então vice-presidente, Itamar Franco.

Em 1994, o então Ministro da Previdência Antônio Brito, em virtude do aumento concedido aos benefícios dos previdenciários do INSS, e alegando por esta razão não ter recursos suficientes para repassar para a área de saúde, determinou que à partir daquela data os recursos recolhidos da folha salarial dos empregados e empregadores seria destinado somente para custear a Previdência Social.

Apesar de estar descumprindo 3 Leis Federais que obrigavam a previdência a repassar os recursos financeiros para o Ministério da Saúde, o Ministério da Previdência a partir daquela data não mais transferiu recursos para a área da saúde, agravando a crise financeira do setor.

Em 1995, Fernando Henrique Cardoso assume o governo, mantendo e intensificando a implementação do modelo neoliberal, atrelado a ideologia da globalização e da redução o do “tamanho do estado”. A crise de financiamento do setor saúde se agrava, e o próprio ministro da Saúde (1996) reconhece a incapacidade do governo em remunerar adequadamente os prestadores de serviços médicos e de que a cobrança por fora é um fato.

Na busca de uma alternativa econômica como fonte de recurso exclusiva para financiar a saúde, o então Ministro da Saúde - Adib Jatene - propõe a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

O ministro Adib Jatene realizou uma intensa manifestação junto aos congressistas para a sua aprovação pelo congresso nacional, o que aconteceu em 1996, passando a imposto a vigorar à partir de 1997. É importante mencionar que o imposto teria uma duração definida de vigência que seria por um período de um ano, e que os recursos arrecadados somente poderiam ser aplicados na área de saúde.

No final de 1996, o ministro da saúde sentiu que os seus esforços para aumentar a captação de recursos para a saúde tinham sido em vão, pois o setor econômico do governo deduziu dos recursos do orçamento da união destinados para a saúde os valores previstos com a arrecadação da CPMF, e que acabou ocasionando o seu pedido de demissão do cargo neste mesmo ano.

Desde que começou a vigorar a CPMF, foram freqüentes as denúncias de desvios, por parte do governo, na utilização dos recursos arrecadados para cobrir outros déficits do tesouro. Em 1997 o governo Fernando Henrique Cardoso intensificou as privatizações de empresas estatais (a Companhia Vale do Rio Doce é privatizada) e colocou na agenda do Congresso Nacional a reforma previdenciária, administrativa e tributária na busca do chamado “estado mínimo” (POLIGNANO, 2006).

A crise de financiamento do SUS agrava a operacionalização do sistema, principalmente no que se refere ao atendimento hospitalar. A escassez de leitos nos grandes centros urbanos passa a ser uma constante. Os hospitais filantrópicos, especialmente as Santas Casas de Misericórdia, de todo o país tomam a decisão de criar planos próprios de saúde, atuando no campo da medicina supletiva.

Os Hospitais Universitários (HU), último reduto da assistência médica hospitalar de excelência a nível do SUS, também entram em crise. Em 1997 os Hospitais Universitários do país “são forçados” a reduzir o número de atendimentos, e induzidos pelo próprio governo à privatização como solução para resolver a crise financeira do setor. O motivo da crise foi o baixo valor pago pelos serviços prestados pelos hospitais conveniados ao SUS e a demora na liberação desses recursos. As dívidas dos hospitais universitários ultrapassaram a quantia de 100 milhões de reais (Abril / 1997). Muitos deles operavam com a metade do número de funcionários necessários ao seu funcionamento (POLIGNANO, 2006).

Frente a estas situações o governo edita a NOB-SUS 01/96, o que representa um avanço importante no modelo de gestão do SUS, principalmente no que se refere a consolidação da Municipalização. Esta NOB revoga os modelos anteriores de gestão propostos nas NOB anteriores (gestão incipiente, parcial e semiplena), e propõe aos municípios se enquadrarem em dois novos modelos : Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal.

É possível constatar as diferenças existentes nos dois modelos de gestão, sendo a gestão plena do sistema municipal o de maior abrangência, transferindo um número maior de

responsabilidades para os municípios, especialmente no que se refere gestão direta do sistema hospitalar, não incluído no modelo de gestão plena da atenção básica.

Esta NOB reformula e aperfeiçoa a gestão do SUS, na medida em que redefine: os papéis de cada esfera de governo e em especial, no tocante à direção única; os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS; os mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo progressiva e continuamente a remuneração por produção de serviços e ampliando as transferências de caráter global, fundo a fundo, com base em programações ascendentes, pactuadas e integradas; a prática do acompanhamento, controle e avaliação no SUS, superando os mecanismos tradicionais, centrados no faturamento de serviços produzidos, e valorizando os resultados advindos de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade; os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

É fundamental destacar que uma das alterações mais importante introduzidas pela NOB 96 refere-se a forma de repasse dos recursos financeiros do governo federal para os municípios, que passa a ser feito com base num valor fixo per-capita, Piso Assistencial Básico (PAB) e não mais vinculado a produção de serviços, o que possibilita aos municípios desenvolverem novos modelos de atenção à saúde da população.

O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal. Esse Piso é definido pela multiplicação de um valor per capita nacional (atualmente) pela população de cada município, fornecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e transferido regular e automaticamente ao fundo de saúde ou conta especial dos municípios.

Além disto, o município poderá receber incentivos para o desenvolvimento de determinadas ações de saúde agregando valor ao PAB. As ações de saúde que fornecem incentivo são: Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); Programa de Saúde da Família; Assistência Farmacêutica básica; Programa de combate as Carências Nutricionais; ações básicas de vigilância sanitária; ações básicas de vigilância epidemiológica e ambiental.

Percebe-se claramente a intenção da NOB/96 de fortalecer a implantação do PSF e do PACS. Segundo o documento do próprio Ministério da Saúde intitulado Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial (1996, p. 24):

“[...] O PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo PSF visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significado social.”

A NOB passa a vigorar efetivamente somente à partir de janeiro de 1998. Em 1998 as privatizações alcançam o setor de energia elétrica e sistema de telecomunicações (Telebrás). No congresso são aprovadas as reformas administrativa e da previdência. Apesar de assumir todos os compromissos com a agenda econômica da globalização, o país sofre as conseqüências de ataques especulativos de investidores internacionais, que lucraram com as altas taxas de juros oferecidos pela política econômica do governo.

Em outubro de 1998, Fernando Henrique Cardoso (FHC) é reeleito para mais 4 anos de governo. Tendo em vista a crise econômica vivida pelo Brasil e outros países “emergentes” o governo FHC aumenta ainda mais os juros para beneficiar os especuladores internacionais e propõe para o povo um ajuste fiscal prevendo a diminuição de verbas para o orçamento de 1999, inclusive na área de saúde. O corte previsto nesta área foi de cerca de R\$ 260 milhões.

Em novembro de 1998, o governo regulamentou a lei 9656/98 sobre os planos e seguros de saúde, que fora aprovada pelo congresso nacional em junho daquele ano. Se por um lado houve uma limitação nos abusos cometidos pelas empresas, por outro a regulamentação oficializa o universalismo excludente, na medida em que cria quatro modelos diferenciados de cobertura de serviços, a saber:

Plano ambulatorial (compreende a cobertura de consultas em número ilimitado, exames complementares e outros procedimentos, em nível ambulatorial, incluindo atendimentos e procedimentos caracterizados como urgência e emergência até as primeiras 12 horas);

Plano Hospitalar sem obstetrícia (compreende atendimento em unidade hospitalar com número ilimitado de diárias, inclusive UTI, transfusões, quimioterapia e radioterapia entre outros, necessários durante o período de internação. Inclui também os atendimentos

caracterizados como de urgência e emergência que evoluírem para internação ou que sejam necessários à preservação da vida, órgãos ou funções);

Plano Hospitalar com obstetrícia (acresce ao Plano Hospitalar sem obstetrícia, a cobertura de consultas, exames e procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao recém-nascido durante os primeiros 30 dias de vida);

Plano odontológico (cobertura de procedimentos odontológicos realizados em consultórios; e

Plano referência (representa a somatória dos quatro tipos de plano anteriores).

O plano básico que prevê unicamente o atendimento ambulatorial é o mais barato, acessível e o que oferece menos cobertura, por outro lado o Referencial é o mais completo, mais caro e o que oferece todo o tipo de cobertura tanto a nível ambulatorial quanto hospitalar.

Estes fatos demonstram claramente que o compromisso da Medicina Supletiva é primordialmente com o ganho financeiro e com o lucro do capital, e não com a saúde dos cidadãos. Prova maior disto é afirmação das seguradoras de que os planos deverão aumentar seus preços em até 20% para se adaptarem as novas regras (POLIGNANO, 2006).

No início de 1999, o país atravessa uma grave crise cambial provocada pelos efeitos da globalização e da política econômica do governo. Este procura responder mais uma vez com um novo acordo de empréstimo junto ao Fundo Monetário Internacional (FMI), e no plano interno com uma nova política recessiva, ditada pelo FMI, o que gera uma diminuição do PIB e um aumento ainda maior do desemprego no país.

No bojo do pacote recessivo propõe e aprova no congresso em Março de 1999 o aumento da CPMF de 0,20 para 0,38 %, aquele imposto criado para ser provisório e que deveria ser destinado unicamente para a saúde (SOUZA, 2002).

Os anos de 2000 a 2006 foram basicamente realizadas reproduções do modelo anterior, com ressalvas as pendências maiores de investimentos nas ações preventivas.

O Ministério da Saúde, com seu representante Saraiva Felipe, em setembro de 2005, definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde, O Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Destaca-se o Pacto pela Vida que constitui um conjunto de compromissos sanitários que deverão se tornar prioridades inequívocas dos três entes federativos, com definição das responsabilidades de cada um.

Entre as macroprioridades do Pacto em Defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento (BRASIL, 2006).

Nessa direção, o desafio colocado para o gestor federal do SUS consiste em propor uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde (BRASIL, 2006).

Em síntese os primeiros anos de 2000, incitaram um modelo de atenção voltado mais para a perspectiva preventiva e da integralidade, porém ainda com grandes resquícios do modelo curativista. Mas já demonstrando o início de mudança para a abordagem da promoção da saúde. É importante destacar que em março de 2006 foi lançado pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Promoção da Saúde.

A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde ratifica o compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006).

Assume-se a Promoção da Saúde como uma importante estratégia da saúde coletiva, contrapondo-se a medicalização da sociedade em geral e no interior do próprio sistema de saúde. Atualmente, a Promoção da Saúde é entendida como um campo conceitual, político e metodológico para analisar e atuar sobre as condições sociais que são críticas para melhorar a situação de saúde e a qualidade de vida das pessoas (BÓGUS, 2002).

Porém a promoção da saúde não começou a ser discutida somente nos anos de 2002 a 2006, desde a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, as demais conferências internacionais têm difundido conceitos básicos que exigem um reposicionamento da saúde coletiva em torno do compromisso de saúde para todos.

As discussões de Ottawa e debates posteriores, realizados ao redor do mundo, vêm ajudando a delinear o novo paradigma da produção social do processo saúde-doença. A saúde de cada indivíduo, dos vários grupos sociais e de cada comunidade depende das ações humanas, das interações sociais, das políticas públicas e sociais implementadas, dos modelos

de atenção à saúde, das intervenções sobre o meio ambiente e de vários outros fatores (ANDRADE; BARRETO, 2002; WESTPHAL & MENDES, 2000).

Os encontros e as conferências posteriores à de Ottawa reafirmaram as deliberações das Conferências de Alma-Ata e Ottawa. Mais que isto, desde então as posições avançaram conceitual e operacionalmente, ressaltando a necessidade de se adotarem propostas de intervenção inovadoras e mais abrangentes na implementação de políticas públicas saudáveis (BRASIL, 2002).

Na IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Jakarta em 1997 (BRASIL, 2002), foram reafirmados os vínculos entre saúde, desenvolvimento, meio ambiente, economia global e demais fatores discutidos em Adelaide e Sundsvall – e também discutidos e afirmados no Rio de Janeiro, com a Carta da Terra e a Agenda 21. Em acréscimo, também foram destacadas as possibilidades de novas alianças, especialmente quanto à participação do setor privado nas atividades de promoção da saúde.

A Declaração do México do ano 2000 (BRASIL, 2002) reafirmou a contribuição das estratégias de Promoção da Saúde para a sustentação das ações locais, nacionais e internacionais e expressou o compromisso de elaborar um plano de ação de alcance nacional para seguir de perto os progressos realizados na incorporação das estratégias de promoção da saúde na política e no planejamento em nível nacional e local.

Os estados membros da Organização Pan- Americana de Saúde e o conjunto da sociedade foram convocados a atuar em diversas áreas: emprego de provas científicas como fundamento da promoção da saúde, maiores investimentos em saúde, promoção da responsabilidade social, fortalecimento da capacidade dos indivíduos e das comunidades, garantia da infra-estrutura necessária para a promoção da saúde e a reorientação dos sistemas e serviços, usando critérios de promoção da saúde.

Além das Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, foram realizadas duas Conferências regionais nas Américas: Santa Fé de Bogotá, em 1992 e no Caribe, em 1993 (BRASIL, 2002). A Declaração de Bogotá afirma que a promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento. Sendo a primeira Conferência de Promoção da Saúde realizada em uma região em desenvolvimento, observa-se um sentido de maior urgência no alcance dos objetivos de desenvolvimento, igualdade, consenso, participação da sociedade civil e de todos os setores, culturas, gêneros e recursos para a obtenção da saúde.

A iniquidade foi considerada determinante estrutural na deterioração das condições de saúde e vida das populações na América Latina, potencializada pela crise econômica e políticas de ajuste macro-econômico.

Já a I Conferência Caribenha de Promoção da Saúde considerou a promoção da saúde uma abordagem adequada para a realidade da região, por reforçar a capacidade de indivíduos e comunidades no controle, implementação e manutenção do bem-estar físico, mental, social e espiritual e por não estar voltada exclusivamente para a prevenção das doenças.

Sendo assim, as políticas públicas de saúde, baseadas nos princípios da promoção da saúde, podem ser consideradas como um novo modelo de políticas de saúde que está sendo delimitado no país. Com ressalvas as importantes discussões e reflexões realizadas neste campo, bem como as iniciativas de políticas que privilegiam esta temática.

Ainda é importante salientar que principalmente a partir de 2003 as políticas de saúde voltaram-se com atenção especial para a população idosa, frente a explosão demográfica compartilhada por esta faixa etária. Frente a esta situação, em 2005, foi criado pelo Ministério da Saúde a política de saúde: envelhecimento ativo, voltada especificamente para a população idosa. Esta política tem o objetivo de “buscar dar informações para a discussão e formulação de planos de ação que promovam um envelhecimento saudável e ativo” (OPAS, 2005, p. 4). Cabe ressaltar que esta política também se utiliza de alguns princípios da promoção da saúde.

Nesta vertente a cidade de Curitiba, também esta desenvolvendo algumas políticas locais de saúde acreditando e baseando suas ações em princípios da promoção da saúde.

2.2.2 Políticas públicas locais da cidade de Curitiba

Curitiba vem construindo uma experiência de gestão pública que centraliza esforços na organização do espaço urbano, valorizando a responsabilidade social na construção de uma cidade mais justa e democrática para todos. A participação social tem sido uma estratégia de empoderamento, criando oportunidades de educação para cidadania, socialização de informações, envolvimento no diagnóstico e na tomada de decisões e execução dos projetos sociais, resultando no compartilhamento de responsabilidades na gestão da cidade.

A implementação de políticas saudáveis impõe uma agenda de gestão que implica ações intersetoriais. Entre os grupos de atores interessados na questão da saúde humana, na cidade, há um reconhecimento que a forma hegemônica, biomédica, de intervenção do setor

saúde apresenta baixo impacto sobre os graves e complexos problemas de saúde do mundo moderno (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004).

A concepção ampliada de saúde exige que profissionais e instituições, com campo de ação ou de interesses ligados à saúde, assumam a responsabilidade de atuar como mediadores entre estes diversos interesses que atravessam a produção da saúde. Assim, a intersectorialidade surge como proposta de uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

No caso curitibano, a intersectorialidade foi, muito cedo, traduzida pelo estabelecimento de alianças estratégicas. Estas são compreendidas como relações e acordos estabelecidos entre os diferentes interlocutores, representados por setores e organizações, com o objetivo de alcançar as metas almejadas. As alianças estratégicas mais comuns se estabelecem com agências governamentais, instituições de saúde e outros setores tais como educação, justiça, legislação, transporte, cultura e esportes, organizações não-governamentais (ONG), escolas, agentes de comunicação, grupos religiosos e organizações públicas e privadas. Conforme salienta uma publicação recente da Organização Pan-Americana de Saúde, todos estes atores vêm provando serem parceiros potenciais (OPAS, 2007).

Intersectorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, com saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos (FEUERWERKER; COSTA, 2000). Desta forma, a abordagem intersectorial da promoção da saúde ou o processo de construção da intersectorialidade não está isento de conflitos, contradições e problemas.

A experiência concreta de intervenção na cidade demonstra claramente a necessidade de criar espaços de compartilhamento de saber e poder, construir novas linguagens e novos conceitos, desenvolver capacidade de escuta e negociação. É preciso reconhecer que nenhum setor tem poder suficiente para dar conta do problema sozinho e que a ação intersectorial pode possibilitar uma ação mais potente e resolutiva (CURITIBA, 2007).

As inovações no processo de gestão urbana começam a priorizar a atuação estratégica intersectorial, descentralizada e compartilhada com a sociedade. A elaboração de projetos e planos de gestão balizadores na formulação do Modelo de Gestão Curitiba partiu de um processo metodológico construído coletivamente, batizado como: Decidindo Curitiba, no qual os diversos atores sociais ligados ao setor público e a sociedade, com lócus territorial nos distritos e bairros, identificaram problemas estruturais da cidade, bem como suas

especificidades locais, para a definição de prioridades de investimento e intervenção (CURITIBA, 2007).

A organização descentralizada da administração pública oportunizou a Curitiba, o compartilhamento e parcerias com instâncias formais e informais da sociedade, favorecendo o desenvolvimento de projetos e ações de forma matriciada, em que tal matriz concentra a visão integrada da cidade e a visão singular de cada bairro ou comunidade. A expressão da organização matriciada se dá na formulação de projetos estratégicos, denominados Projetos-Âncora, que partem da compreensão da complexidade da cidade, exigindo o desenvolvimento de ações multiinstitucionais e mobilização das comunidades para serem mais resolutivos (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004).

Um exemplo de Projeto-Âncora que tem a promoção da saúde e a intersetorialidade como estratégias para seu planejamento e desenvolvimento, denomina-se Projeto Vida Saudável. O Projeto Vida Saudável é uma política pública desenvolvida pela Prefeitura de Curitiba a partir de 2000. A articulação dos participantes é feita pela Secretaria Municipal da Saúde em parceria com as secretarias municipais da área social, como a de Educação, Esporte e Lazer, Abastecimento, a Fundação de Ação Social e a Fundação Cultural de Curitiba, além da Diretoria de Trânsito, recebendo apoio da Secretaria Municipal de Administração.

O objetivo é acolher as demandas e reconhecer as necessidades expressas por comunidades dos oito distritos e 75 bairros da cidade e, em interlocução horizontal com as mesmas, discutir caminhos sustentáveis para o enfrentamento de seus problemas. Com visão ampliada dos atores envolvidos, o que inclui a formação recíproca de competências entre os técnicos e os cidadãos para promover a saúde individual e coletiva, definem-se ações direcionadas para a população e para o ambiente onde esta população vive (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004).

Espaços públicos como parques e espaços comunitários são transformados em áreas de democratização da educação em saúde, e de estímulo à atividade física, adoção de hábitos alimentares saudáveis, atividades culturais e de lazer, educação ambiental, entre outros, criando oportunidades de participação que favorecem o empoderamento e aquisição de habilidades da população para uma vida mais saudável.

Entre os anos de 2001 e 2003, em torno de 500 mil pessoas participaram dos 285 eventos realizados nos vários espaços públicos da cidade, conduzidos com a participação de funcionários municipais, comunidade acadêmica, ONG's, organizações de classe, instituições privadas e atores voluntários da comunidade. A demanda crescente por materiais educativos,

o interesse da mídia em divulgar as atividades realizadas e o número de solicitações para realização de eventos em comunidades e instituições reafirmaram a necessidade e a busca das pessoas por suporte a práticas saudáveis (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004).

O exemplo do projeto Vida saudável, demonstra a importância do desenvolvimento de ações em parceria com os diversos setores, não somente a área da saúde. Porém ainda são tímidas as iniciativas de projetos desta magnitude, grande maioria, ainda está direcionada somente para uma área de atuação, por exemplo, a saúde. Desta forma, na sequência será apresentada algumas políticas de saúde locais desenvolvidas pela cidade de Curitiba.

Curitiba tem um sistema de saúde que envolve programas e ações desenvolvidas em nível nacional, estadual e municipal, esta última construída pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, destacando-se na atenção a saúde da mulher, através do programa Mãe Curitibana, com ações voltadas ao atendimento pré natal, parto, puerpério e planejamento familiar e o programa de prevenção do câncer de colo uterino e de mama.

Os programas voltados a saúde da criança e adolescente, como o pacto pela vida, Nascer em Curitiba, Crescendo com saúde e o programa de combate as carência nutricionais; na atenção básica, através do programa de saúde da família, um programa de âmbito nacional que explora as peculiaridades locais através de aprimoramento do modelo de gestão compartilhada, a partir do qual se enfatiza o envolvimento da comunidade, potencializando-se o meio familiar como núcleo de interesse no processo saúde-doença, além dos Agentes Comunitários de Saúde e da farmácia Curitibana.

Na atenção a saúde mental, Doença Sexualmente Transmissível (DST) e Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS), tuberculose e hanseníase; os programas nacionais como o da Cárie Zero (saúde bucal), saúde do trabalhador, programa do hipertenso e Programa do Diabetes; ações educativas para estilo de vida saudável, ações de saúde ambiental através da vigilância sanitária e de controle de zoonoses e vetores, ações epidemiológicas e a atenção pré hospitalar e hospitalar, através do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE) e internações hospitalares.

Dentre estes programas vale destacar aqueles que foram planejados e desenvolvidos especialmente a nível local (municipal), de acordo com a realidade, demanda e necessidades específicas da região, estes programas são:

Programa Nascer em Curitiba vale a vida: As maternidades, na alta da criança e mãe e no pós-parto, distribuem uma “pasta do bebê”, fornecida pelo Sistema Municipal de Saúde (SMS) aos hospitais, onde consta a cartilha do bebê, que vai sendo preenchida de acordo com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê no primeiro ano de vida. Paralelo a este processo e mediante acesso ao universo de nascimentos, o nível central faz busca ativa das Declarações de Nascidos (DN) que são classificadas como risco, segundo os critérios, baixo peso, prematuridade, apgar < 7 no quinto minuto e parto fora do ambiente hospitalar, idade materna < 20 anos, mãe com escolaridade até primeiro grau incompleto, com três ou mais filhos vivos ou dois ou mais filhos mortos e ausência do pai. Desta forma são realizadas visitas domiciliares com busca ativa dos casos para orientação.

O indicador utilizado para avaliar este programa é o indicador de mortalidade infantil.

Programa Mãe Curitibana: este programa foi uma estratégia de intervenção definida após amplo diagnóstico denominado Valorizando a Dignidade materna, pela prefeitura do Município de Curitiba, em 1996, que avaliou a qualidade do pré natal, parto e puerpério em Curitiba e as condições estruturais das maternidades da cidade.

O Programa Mãe Curitibana iniciado em 1999, visa dar atenção integral a todas as gestantes acompanhadas na rede pública mediante ações voltadas à humanização do atendimento, pré-natal completo com identificação e atendimento especial às gestações de risco, envolvendo também a rede privada e conveniada para realização de exames e vinculação da gestante ao hospital onde terá seu parto definido já no início do pré-natal.

Este programa objetiva a diminuição da mortalidade de mulheres e crianças durante os processos de gravidez e nascimento. Tem buscado melhorar o acesso e a qualidade do atendimento ao pré-natal, parto, puerpério e atenção ao bebê nas unidades de saúde e nas maternidades.

Já no segundo ano de desenvolvimento atingiu a marca de inclusão de 97% das gestantes vinculadas ao sistema público de saúde desde o início da gravidez. O Programa trabalha com recursos municipais e federais e custa anualmente R\$ 10,3 milhões, dos quais 15% são custeados pela Prefeitura e 85% pelo Ministério da Saúde, por meio do repasse de verbas do Sistema Único de Saúde SUS (PORTO, 2003).

O planejamento eficiente, criativo e sensível às necessidades da demanda, introduzido pelo Programa, trouxe profundas alterações no que concerne às rotinas e à forma como é

prestado o atendimento, melhorando o aproveitamento das instalações e dos recursos humanos.

Operando em grande escala, o Programa atua em 105 localidades, atendendo uma população estimada em 475 mil mulheres em idade fértil, com 4.849 servidores, que realizam um serviço cuja duração esperada é de 18 a 21 meses. Sua alta complexidade é determinada por rotinas específicas para a detecção e o cuidado diferenciado nas situações de baixo, médio e alto risco; e por ser dividido em quatro fases distintas – pré-parto, parto, puerpério e atenção ao bebê – cuja duração e tipos de cuidado requeridos são bastante diversificados (PORTO, 2003).

No pré-parto, realizam-se consultas e exames, juntamente com o fornecimento de vacinas, medicamentos e leite para a complementação alimentar. Também nessa fase a gestante participa de uma oficina e faz uma visita guiada ao hospital onde dará à luz.

No parto, a vinculação entre a unidade básica e secundária de assistência garante o atendimento à parturiente em local previamente conhecido e adequado às condições de risco de sua gestação. A vinculação ao hospital acabou com a “peregrinação das grávidas” que algumas vezes precisavam se deslocar de hospital em hospital buscando uma vaga para internação (CURITIBA, 2007).

No pós-parto são feitas duas consultas puerperais, uma até o décimo dia após o nascimento e outra em torno do quadragésimo. Além dessas consultas, a usuária recebe a visita do agente de saúde. A partir daí, inicia-se o acompanhamento à criança, com consultas, exames e vacinas específicos a esse estágio de seu desenvolvimento (CURITIBA, 2007).

O caráter inovador do Mãe Curitibana é enfatizado pelo fato de o Programa incluir entre os fatores de risco reprodutivo não só os aspectos ligados à manutenção do pleno funcionamento corporal, mas também a baixa escolaridade materna (PORTO, 2003).

A associação entre escolaridade e risco reprodutivo parte do reconhecimento da importância da educação na formação da cidadania. A vinculação é o termo usado no Protocolo para descrever a relação entre a gestante, a unidade de saúde e o hospital, nos quais é atendida.

Os profissionais que atendem no programa desenvolvem uma linguagem clara e acessível, com o objetivo é dar às usuárias melhor compreensão das transformações orgânicas, psicológicas e sociais relacionadas à gravidez e ao parto. Além de serem realizadas palestras e o treinamento na forma de oficinas. Ao todo são quatro módulos de Oficina para Gestantes com quatro horas de duração cada. Cada Unidade de Saúde organiza de forma

diferente seu calendário, adequando a carga horária às necessidades das usuárias (PORTO, 2003).

As oficinas misturam conversas, vídeos e atividades lúdicas, como dramatizações, jogos e montagem de painéis, buscando facilitar a fixação dos conteúdos transmitidos. Nas oficinas elas contam suas experiências. O aprendizado por meio das oficinas e da visita demonstra que se a ausência de instrução constitui um fator de risco, a educação deve ser uma prática social permanente.

Para avaliar a resolutividade do programa utiliza-se dados dos indicadores de mortalidade materna e mortalidade infantil.

Cabe destacar que o Programa Mãe Curitibana implementou a filosofia e a estrutura propostas pelo SUS, adequando os pressupostos teóricos às necessidades da realidade local. Esse feito, longe de destituir de valor a iniciativa, ao contrário, agrega-lhe o mérito do pioneirismo e a marca da inovação. Pondo em prática os preceitos teóricos do SUS, a estrutura operacional e a filosofia do Programa, serviram de subsídio para a criação do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, lançado nacionalmente pelo Ministério da Saúde em junho de 2000, e para o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PORTO, 2003).

Embora venha obtendo avanços significativos na prestação da atenção básica, programas como o Mãe Curitibana esbarram em limitações de ordem estrutural. Segundo o Ministério da Saúde (2000), “seria ingênuo acreditar que se possa reduzir o risco de óbito materno no Brasil aos níveis observados hoje nos países desenvolvidos, sem que ocorra uma substancial melhoria nas condições de vida da população”.

De acordo com a Constituição brasileira, “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Portanto, programas como o Mãe Curitibana são importantes não só por cumprirem a lei na busca da promoção, proteção e recuperação da saúde, mas por serem instrumento de cidadania que refletem os anseios do povo brasileiro por uma ordem social mais justa.

A fim de cumprir a determinação constitucional, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), por meio da criação do SUS, estabelece que o dever do Estado de prover as melhores condições de saúde à população deve estar alicerçado por políticas públicas que garantam o caráter universal e público do atendimento, sua integralidade, equidade e

humanização, bem como os princípios organizacionais relativos à descentralização, regionalização, hierarquização e controle social.

Desta forma reafirma-se a importância de planejamento e aplicação de políticas públicas compatíveis com as necessidades locais, o que poderá propiciar melhorias na condição de vida da população, o que acarretará em melhorias na saúde e na qualidade de vida.

Programa Alfabetizando com saúde: O programa Alfabetizando com Saúde é intersetorial - com a participação das secretarias municipais de Saúde e de Educação - e tem como meta zerar o analfabetismo, principalmente entre os idosos. Consiste num conjunto de ações que têm o propósito de estimular práticas saudáveis, contribuir para a erradicação do analfabetismo em Curitiba e oferecer oportunidades de desenvolvimento cognitivo e social para a população adulta usuária do SUS, por meio de uma efetiva rede de mobilização social, cujo alicerce é o trabalho do cidadão voluntário (SMC, 2005).

As aulas acontecem nas próprias Unidades Municipais de Saúde, final da tarde ou início da noite. O material didático foi elaborado pela Secretaria da Educação e da Saúde especialmente para o programa. A mobilização e a captação dos voluntários ocorre de formas diversificadas.

Verifica-se que estes programas na sua totalidade são ações que visam embasar políticas públicas e todos estão relacionados a condição de vida. Esta realidade de Curitiba, a qual desenvolve ações específicas para suas necessidades deve ser destacada, demonstrando a necessidade de conhecimento e estruturação do sistema de saúde para necessidades locais, sejam estas para cidades ou bairros.

A condição de vida deve estar priorizada nas ações de saúde e nas políticas públicas, pois grande parte destas atividades determinam e/ou condicionam a condição social local da população.

2.3 DESCRIÇÃO SOBRE INDICADORES

No entender de alguns autores (LAURENTI *et al*, 1987; MORAES, 1994), os dados se diferenciam de “informação”, que por sua vez se diferencia de “indicadores”, isto é: Dados são a “matéria prima” da informação, ou seja, são valores ainda não trabalhados. A informação é a tradução dos dados, após estes serem trabalhados, de forma que permita alterar

o conhecimento de outras pessoas. Faz o papel de “ponte” entre os dados e os usuários dessas informações. E os indicadores é a quantificação da realidade, que permite comparar níveis, por exemplo, de saúde entre diferentes populações, ou ao longo do tempo. Os indicadores também derivam de dados e são um dos instrumentos para gerar informações.

O termo indicador é originário do latim *indicare*, que significa descobrir, apontar, anunciar, estimar. Os indicadores podem comunicar ou informar sobre o progresso em direção a uma determinada meta (JANNUZZI, 2004). Um indicador pode ser uma medida que resume informações relevantes de um fenômeno particular ou um substituto dessa medida, semelhante ao significado do conceito de indicador, pode-se pensar em medida do comportamento do sistema em termos de atributos expressivos e perceptíveis. Deve ser entendido como um parâmetro, ou valor derivado de parâmetros, com uma extensão significativa. Algumas definições colocam um indicador como uma variável que está relacionada hipoteticamente a outra variável estudada, que não pode ser diretamente observada.

Indicador é um dado, uma informação, que retrata uma situação, um estado de coisas. Portanto, é um conceito vinculado à função, ao papel daquele dado, informação, valor ou descrição. Além desta característica, um indicador deve ter abrangência de expressão, ou seja, deve informar além daquilo que expressa diretamente (NAHAS, 2006).

Em geral o objetivo dos indicadores é agregar e quantificar informações de modo que sua significância fique mais aparente. Eles transformam informações acerca de fenômenos complexos em explicações compreensíveis, tentando melhorar com isso o processo de comunicação, contudo indicadores podem ser quantitativos ou qualitativos.

As principais funções dos indicadores são: avaliação de condições e tendências, comparação entre lugares e situações, avaliação de condição e tendências em relação às metas e aos objetivos, prover informações de advertência, antecipar futuras condições e tendências.

Os indicadores são construtos, recurso mental e metodológico que permite a compreensão de aspectos da realidade, não podem ser considerados a própria realidade, mas devem ser legítimos e construídos dentro de uma metodologia de mensuração coerente e correta, sendo assim, o indicador social é o elo entre os modelos explicativos da teoria social e a evidência empírica dos fenômenos sociais observados, de certa forma é um instrumento operacional para monitoramento da realidade social, para fins de formulação e reformulação

de políticas públicas. Os indicadores possibilitam o monitoramento das condições de vida e bem-estar da população (JANNUZZI, 2004).

Indicadores e índices são números que procuram descrever um determinado aspecto da realidade, ou apresentam uma relação entre vários aspectos. Adotando-se técnicas para ponderação dos valores, podem-se criar índices que sintetizem um conjunto de aspectos da realidade e apresentem conceitos mais abstratos e complexos como qualidade de vida, grau de desenvolvimento humano de uma comunidade ou, ainda, nível de desempenho da gestão. Estes indicadores estão sempre sujeitos a questionamentos, pois a escolha dos aspectos da realidade a serem consideradas é influenciada por opções políticas e distintas visões da realidade (VAZ, 2006).

Sistema de indicadores é o conjunto de informações para expressar determinada situação, estruturado em diversos níveis de agregação de acordo com os objetivos (NAHAS, 2006).

“A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer” (PEDE, 2002, p. 11).

2.3.1 Classificação dos indicadores

Na distinção entre os indicadores, há os descritivos, que apenas descrevem características e aspectos da realidade empírica e os normativos, que refletem explicitamente juízos de valor ou critérios normativos com respeito à dimensão social estudada, é uma questão de grau (aqueles indicadores de construção de definições conceituais mais específicas).

Ainda com relação à classificação dos indicadores, há dois conjuntos de indicadores: indicador simples e composto. Os indicadores simples são construídos a partir de uma estatística social específica, referida a uma dimensão social eleita. Já os indicadores compostos, também chamados de sintéticos ou índices sociais, são elaborados mediante aglutinação de dois ou mais indicadores simples, referidos a uma mesma ou diferentes dimensões da realidade social (VAZ, 2006).

Com relação a índice é um valor que expressa a agregação matemática de informações numéricas, sendo, portanto, um conceito vinculado à estrutura formal do cálculo.

Um índice pode se referir a um único tema ou a diversos temas, podendo estar composto pela agregação de dados simples ou pela agregação de dados compostos, ou seja, outros índices (NAHAS, 2006).

Ainda segundo o autor *op. cit.* (2006), índices parciais referem-se aos índices gerados pela agregação de indicadores (ou mesmo, de outros índices parciais) para dimensionar determinado tema, numa unidade espacial. Estes índices parciais representam os níveis de agregação de valores para cálculo do índice final (índice - síntese), ou seja, as etapas intermediárias de cálculo do índice síntese. Já o índice – síntese, refere-se à agregação de índices parciais para mensurar a situação de uma unidade espacial, relativamente à totalidade dos temas abordados (NAHAS, 2006).

Vaz (2006) construiu um Índice Social Municipal (ISM) composto por 16 indicadores setoriais, agrupados em seis índices sintéticos, que foi: Índice de Renda, Índice de Habitação, Índice Ambiental, Índice Alfabetização, foram incluídos Índice de Educação (composto por porcentagem de crianças entre 4 e 6 anos matriculadas em pré escolas públicas ou privadas, relação entre matrículas no segundo grau e matrículas no primeiro ano e as taxas de evasão e de reprovação no ensino público de primeiro grau) e Índice de Saúde (coeficiente de mortalidade infantil até um ano e número de leitos gerais disponíveis no município). O índice social municipal do Instituto Polis é, portanto, a síntese dessas 6 índices, que por sua vez sintetizam os 16 indicadores setoriais.

De acordo com o autor *op. cit.* os índices têm capacidade potencial em auxiliar a administração municipal e as organizações da sociedade civil. Além de serem importantes informações para diagnósticos do município, permitem que, através do acompanhamento de sua evolução a comparação ao longo do tempo, ou com outros municípios, contribuindo para o estabelecimento e prioridades, políticas públicas e metas para as localidades.

JANNUZZI (2004, p. 15) refere que:

“um indicador social é uma medida em geral quantitativa dotada de significado social substantivo, usado para substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato, de interesse teórico (para a pesquisa acadêmica) ou programático (para formulação de políticas). É um recurso metodológico, empiricamente referido, que informa algo sobre um aspecto da realidade social ou sobre mudanças que estão se processando na mesma. O indicador social é um instrumento operacional para monitoramento da realidade social, para fins de formulação e reformulação de políticas públicas”.

Ainda de acordo com o autor *op. cit.* os indicadores sociais se prestam a subsidiar as atividades de planejamento público e formulação de políticas sociais nas diferentes esferas do governo e possibilitam o monitoramento das condições de vida e bem estar da população.

As estatísticas públicas, obtidas através de dados censitários, estimativas amostrais e registros administrativo, constituem-se na matéria-prima para a construção de indicadores sociais. Os indicadores podem se referir à totalidade da população ou a grupos sociodemográficos específicos, dependendo do interesse substantivo inicialmente idealizado. Eles são expressos como taxas, proporções, médias, índices, distribuição por classes e também por cifras absolutas.

O processo de agregação de valor informacional no indicador é formulado através de eventos empíricos da realidade social que são transformados em estatísticas públicas, através de dados brutos levantados e estas informações que servem para análise e decisões das políticas públicas através do Indicador social.

De acordo com Jannuzzi (2004), na avaliação da condição social/condição de vida de uma comunidade, por exemplo, o conceito “Condição de Vida” poderia ser operacionalmente traduzido como o nível de atendimento das necessidades materiais básicas para sobrevivência e reprodução social da comunidade, desta forma as dimensões condição de saúde, habitação, trabalho e educação dos indivíduos e da comunidade são relevantes a este processo.

Os indicadores sociais em sua grande maioria são divididos segundo a área temática da realidade social a que se referem, desta forma há os indicadores de saúde, educacionais, de mercado de trabalho, demográficos, habitacionais, de segurança pública e justiça, de infraestrutura urbana, de renda e desigualdades.

O IDH, por exemplo, é um índice social, construído a partir da combinação de indicadores simples. A construção de indicadores compostos é justificada pela suposta simplicidade e capacidade de síntese em situações que exijam avaliação geral do bem-estar, condição de vida ou nível socioeconômico de diferentes grupos sociais.

O IDH, criado no início da década de 90 para o PNUD pelo conselheiro especial Mahbub Haq, é uma contribuição para a conceituação da qualidade de vida, e combina três componentes básicos do desenvolvimento humano: a longevidade, que também reflete, entre outras coisas, as condições de saúde da população; medida pela esperança de vida ao nascer. A educação; medida por uma combinação da taxa de alfabetização de adultos e a taxa combinada de matrícula nos níveis de ensino fundamental, médio e superior. A renda; medida

pelo poder de compra da população, baseado no PIB per capita ajustado ao custo de vida local para torná-lo comparável entre países e regiões, através de metodologia conhecida como Paridade do Poder de Compra (PPC) (JANNUZZI, 2004).

“Existem diversos diferenciais quanto à natureza dos indicadores sociais. Os indicadores insumo (*input indicators*) correspondem às medidas associativas a disponibilidade de recursos humanos, financeiros e equipamentos alocados para um processo ou programa que afeta uma das dimensões da realidade social. Os indicadores produto (*outcome* ou *output indicators*) são aqueles mais propriamente vinculados às dimensões empíricas da realidade social, são medidas representativas. Os indicadores de processo ou fluxo (*throughput indicators*) são indicadores intermediários, que traduzem em medidas quantitativas o esforço operacional de alocação de recursos humanos, físicos ou financeiros para obtenção de melhorias efetivas de bem-estar” (JANNUZZI, 2004, p. 23).

Verifica-se a necessidade dos indicadores sociais para o planejamento, monitoramento e melhorias nas políticas públicas, qualidade de vida e desenvolvimento das localidades, sejam estas, em bairros, cidades, estados ou países, sendo assim os indicadores sociais deixam de figurar apenas nos diagnósticos e relatórios governamentais ganhando um papel mais relevante nas arenas de discussão político, social da sociedade brasileira, principalmente devido ao fato de se mostrarem necessários nas discussões e do poder de utilização destes para a discussão relevantes para mudanças em determinadas realidades.

Os indicadores sociais são insumos básicos e indispensáveis em todas as fases do processo de formulação e implementação das políticas públicas, sejam eles programas de qualificação da mão de obra, projetos de expansão da infra-estrutura urbana ou ações focalizadas na distribuição de alimentos ou garantia de renda mínima. Cada fase do processo de formulação e implementação da política social requer o emprego de indicadores específicos, cada qual trazendo elementos e subsídios distintos para bom encaminhamento do processo. Cada aspecto de uma política pública – recursos empregados, métodos de alocação de recursos, resultados – deve ser avaliado através de indicadores adequados.

Os indicadores sociais se prestam a subsidiar as atividades de planejamento público e formulação de políticas sociais nas diferentes esferas do governo, e possibilitam o monitoramento das condições de vida e bem-estar da população por parte do poder público e sociedade civil e permitem aprofundamento da investigação acadêmica sobre a mudança social e sobre os determinantes dos diferentes fenômenos sociais.

A relevância social da temática a qual o indicador se refere é com certeza, um atributo fundamental para justificar sua produção e legitimar seu emprego no processo de análise, formulação e implementação de políticas.

As estatísticas públicas – dados censitários, estimativas amostrais e registros administrativos – constituem-se, pois, na matéria-prima para a construção de indicadores sociais. O que diferencia a estatística pública do indicador social é o conteúdo informacional presente, isto é, o “valor contextual” da informação disponível neste último.

A montagem de um sistema de indicadores envolve uma série de decisões metodológicas, agrupadas em quatro etapas, a saber: A primeira etapa corresponde à definição operacional do conceito abstrato ou temática a que se refere o sistema em questão, elaborada a partir do interesse teórico ou programático referido; a partir dessa noção preliminar do conceito ou temática a que se refere o sistema passa-se a especificação das suas dimensões, das diferentes formas de interpretação ou abordagem do mesmo, tornando-o, de fato, um objeto específico, claro e passível de ser “indicado” de forma quantitativa; definidas as dimensões a investigar, a etapa seguinte consiste na obtenção das estatísticas públicas pertinentes, provenientes de Censos Demográficos, pesquisas amostrais, cadastros públicos; por fim, através da combinação orientada das estatísticas disponíveis computam-se os indicadores, composto um sistema de indicadores sociais, que traduz em termos mais tangíveis o conceito abstrato inicialmente idealizado (JANNUZZI, 2004, p. 18).

Existem diferenças entre os indicadores sociais, os indicadores simples, estes últimos são construídos a partir de uma estatística social específica referida a uma dimensão social elegida. Já os indicadores compostos, também chamados de indicadores sintéticos ou ainda índices sociais, são elaborados mediante a aglutinação de dois ou mais indicadores simples, referidos a uma mesma ou diferentes dimensões da realidade social. A construção de indicadores compostos costuma ser justificada pela suposta simplicidade e capacidade de síntese dos mesmos em situações em que se precisa ter uma avaliação geral do bem-estar, condição de vida ou nível socioeconômico de diversos grupos sociais.

2.3.2 Classificação dos indicadores existentes relacionados à condição social/condição de vida

A grande maioria de indicadores relacionados ao bem estar, e condição de vida, são classificados como indicadores sociais. Segundo Laurenti *et al* (2002) o objetivo principal do

movimento de indicadores sociais é a mensuração do bem estar e a mudança social, bem como o seu monitoramento. Trata-se, mais especificamente da descrição de tendências sociais. A função primordial destes indicadores não é a influência direta sobre decisões políticas, mas o esclarecimento do público em geral, e apoio, de forma indireta para o planejamento e monitoramento das políticas.

A escala de satisfação com a vida elaborada por Neugarten, Havighurst, Tobin (1961) chamada *Life Satisfaction Index*, através de análise fatorial, encontra cinco dimensões: envolvimento e apatia, resolução e fortaleza, senso de equilíbrio entre metas desejada e alcançadas, humor e auto conceito positivo. Mais tarde esta escala foi reelaborada, havendo inclusão de outras dimensões como: felicidade, ajustamento, saúde, moral, longevidade, bem estar subjetivo e equilíbrio entre aspirações e realizações. Porém este instrumento encontrou fatores preditivos importantes de satisfação de vida, e como uma principal vertente a saúde, porém na qualidade de vida e na condição de vida há outros fatores extremamente importantes, como questões sociais, e econômicas, entre outras (PASCHOAL, 2000, 43). Desta forma este instrumento de avaliação não pode ser caracterizado com um visão abrangente da situação e também não cabe aos parâmetros utilizados na condição de vida, visto que esta escala está muito mais voltada a questões psicológicas e principalmente questões de saúde somente.

“Se for fundamental possuímos muitos dados sobre a realidade, mais fundamental ainda é saber o que fazer com eles. Essa é a diferença entre o conhecimento e a sabedoria” (CORDI et al., 1996, p. 29). Desta forma, pouco adiante termos diversos dados se não utilizamos estas informações, e isto reflete na construção do indicador de condição de vida, desenvolvido neste estudo, este indicador, foi construído a partir de diversos dados já existentes e correlacionando as informações que se caracterizavam como relevante para ser utilizada no indicador composto.

Ainda em relação a construto cabe citar a escala de qualidade de vida de Flanagan é um tipo de escala ordinal utilizada para obter medidas quantitativas em escores de qualidade de vida obtidas das respostas á quinze itens agrupados em cinco dimensões (bem estar físico, e material); relações com outras pessoas; atividades sociais, comunitária e civis; desenvolvimento pessoal e realização e a ultima dimensão que é recreação.

Flanagan (1982) propõem uma escala de qualidade de vida, que é composta por uma escala psicométrica de natureza ordinal em cuja aplicação obtém-se respostas em quinze itens agrupados em cinco dimensões: bem-estar físico e material; relações com outras pessoas; atividades sociais, comunitárias e cívicas; desenvolvimento pessoal e realização; e, recreação. O autor *op. cit.* desenvolveu esta escala com os dados colhidos de uma amostra de três mil homens e mulheres norte-americanos, com idades de 30, 50 e 70 anos, utilizando o método de incidente crítico.

Também é relevante destacar o The MOS 36 – item Short – *From Health Survey* (SF – 36) que é considerado um bom instrumento genérico de Qualidade de Vida Relacionado a Saúde (QVRS), alguns autores até falavam em “padrão-ouro” para construto Qualidade de vida. (PASCHOAL, 2000).

Há também o IDH que é um indicador voltado mais para a questão da condição de vida, se situa entre 10 (zero) e 1 (um), os valores mais altos indicando níveis superiores de desenvolvimento, quando o IDH for menor que 0,500 o país, região ou estado, ou qualquer outra divisão social é classificado como baixo desenvolvimento humano; médio desenvolvimento humano, para os valores entre 0,500 e 0,800; alto desenvolvimento humano, quando o índice for superior a 0,800 (IPPUC, 2003).

Entretanto o IDH não é uma medida da felicidade humana ou do seu bem-estar, ele não dá uma idéia tão abrangente da situação do desenvolvimento humano, como seria desejável, desta forma ele deve ser complementado com outros indicadores de desenvolvimento humano sustentável.

O relatório do Desenvolvimento Humano 1995 internacional introduziu novos índices que enfocam a questão de gênero. O primeiro é o Índice de Desenvolvimento Humano ajustado ao gênero (IDH – G) e o segundo é a Medida de Poder de Decisão relacionado ao Geral (MPG). No IDH – G as variáveis são exatamente as mesmas do IDH, mas cada uma delas explicitando as desigualdades entre homens e mulheres. Existem outros dois índices sintéticos de desenvolvimento humano: o Índice de Condição de Vida (ICV) e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

O ICV é uma extensão do IDH e procura, com base em metodologia similar, aumentar o número de dimensões e de indicadores básicos referentes às condições de vida. O IDHM tem metodologia de construção semelhante, mas não idêntica, à do IDH, agregando as mesmas três dimensões do índice ICV. Os indicadores sintéticos são construídos a partir de

diferentes indicadores básicos. O ICV é construído através de metodologia básica do IDH, mas incorpora um conjunto maior de indicadores que retratam realidades sociais, econômicas e ambientais, de modo a captar, da forma mais abrangente possível, o processo de desenvolvimento humano sustentável. Isso é feito de duas formas: pela aplicação do número de indicadores que compõem as dimensões renda, educação e longevidade e pela introdução de duas dimensões adicionais, com o objetivo de retratar a situação da infância e da habitação (IPPUC, 2003).

A qualidade de vida é, em última instância, uma condição individual, ou familiar. Podem existir pessoas vivendo em condições precárias mesmo em países com excelentes condições médias de vida. Indicadores utilizados na construção do ICV, os vinte indicadores utilizados formam agregados em cinco grupos, ou famílias de indicadores, de modo a retratar cinco diferentes dimensões da condição de vida: Renda – inclui indicadores que têm como objetivo descrever o nível e a distribuição de renda; educação – inclui cinco indicadores que têm por objetivo descrever o nível educacional da população; infância – inclui quatro indicadores com o objetivo de avaliar as condições de vida na infância; habitação – inclui quatro indicadores que têm por objetivo descrever as condições habitacionais da população; longevidade – inclui dois indicadores que retratam as condições de sobrevivência da população².

Qualidade de vida é uma das mais interdisciplinares terminologias da atualidade, sendo utilizada em vários contextos de pesquisa, sendo elo entre varias áreas especializadas do conhecimento como a sociologia, nutrição, medicina, enfermagem, psicologia, economia, história social, e filosofia.

² Grupo Renda inclui os seguintes indicadores: renda familiar per capita média; grau de desigualdade; porcentagem de pessoas com renda insuficiente; insuficiência média de renda; grau de desigualdade na população com renda insuficiente. Grupo Educação inclui os seguintes indicadores: taxa de analfabetismo; número médio de anos de estudo; porcentagem da população com menos de quatro anos de estudo; porcentagem da população com menos de oito anos de estudo; porcentagem da população com mais de 11 anos de estudo. Grupo Infância inclui os seguintes indicadores: porcentagem de crianças que trabalham; porcentagem de crianças que não freqüentam a escola; defasagem escolar média; porcentagem de crianças com mais de um ano de defasagem escolar. Grupo Habitação inclui os seguintes indicadores: porcentagem da população que vive em domicílios com densidade média acima de duas pessoas por dormitório; porcentagem da população que vive em domicílios duráveis; porcentagem da população que vive em domicílios com abastecimento adequado de água; porcentagem da população que vive em domicílios com instalações adequadas de esgoto. Grupo Longevidade inclui os seguintes indicadores: esperança de vida ao nascer; taxa de mortalidade infantil. Classificação retirada do livro Desenvolvimento Humano e Condição de Vida: indicadores brasileiros. p. 74 e 75. 1998.

Para diversos autores, a qualidade de vida tem componentes subjetivos e objetivos. O aspecto subjetivo é intrínseco a qualidade de vida, visto que na condição de vida este não está incluído. Já o componente objetivo é necessário em ambos.

Ao considerar-se que qualidade de vida é um valor subjetivo, a mesma só pode ser avaliada pela própria pessoa cuja qualidade de vida está sendo medida, contrariamente aos primeiros estudos do tema. (FLECK, 2000)

Ainda segundo FLECK, (2000), O World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL Group) grupo da Organização Mundial de Saúde que estuda qualidade de vida, baseia-se em três aspectos referentes ao construto qualidade de vida, quais sejam, subjetividade, multidimensionalidade e presença de dimensões positivas e negativas, define-a como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

O desenvolvimento da versão em português da avaliação de QV do WHOQOL – 100 seguiu a metodologia proposta pela OMS que foi realizada por FLECK e cols. no ano de 1997, sendo este um instrumento genérico de QV que tem um papel importante no estudo e avaliação desta em nosso meio. Este instrumento consta de 100 itens englobados em 6 domínios (físico, psicológico, nível de dependência, relações sócias, ambiente, aspectos espirituais, religião, crenças e pessoais), com um total de 24 facetas, que exploram um tipo de problema em cada faceta.

Um sistema de indicadores relacionados à qualidade de vida é o WHOQOL – 100 (1998), que conforme consta foi utilizado pela primeira vez, pelo presidente dos EUA, em 1964, que declarou: “o padrão de vida não pode ser medido através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da Qualidade de vida que proporcionam as pessoas”. Hoje, é possível perceber, através de instrumentos que podem ser utilizados para mediar a qualidade de vida, dentre eles, WHOQOL – bref, criado em 1996 e o WHOQOL – 100, formulado em 1998, que existe uma ampla preocupação, em nível mundial, no que tange à definição da qualidade de vida e suas relações, dentre elas, o trabalho (CECAGNO *et al.*, 2002).

Cabe citar aqui a importância e motivação da construção das escalas WHOQOL, que surgiu devido a ausência de um instrumento para a validação da qualidade de vida da população ao redor do mundo, isto motivou a organização Mundial de Saúde a criação de um

Grupo de Estudos sobre Qualidade de vida (WHOQOL Group), com a finalidade de estudar o conceito e desenvolver instrumentos de medida, perspectiva transcultural.

O método WHOQOL foi desenvolvido de forma colaborativa e simultânea em vários centros, incluindo países com diferentes níveis de industrialização, disponibilidade de serviços de saúde, importância da família e religiões dominantes, entre outros, além de utilizar uma entrada de dados interativa entre os pesquisadores, em cada estágio de seu desenvolvimento, permitindo em cada estágio de seu desenvolvimento, permitindo constante influência no processo. (FLECK, 2000)

O instrumento inicialmente elaborado, WHOQOL – 100, é composto por 100 perguntas que se referem a 6 domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade. Embora se tratando de instrumento bastante complexo e amplo, a necessidade de versões mais curtas que demandassem menos tempo para o seu preenchimento, levou o mesmo grupo ao desenvolvimento da forma abreviada do WHOQOL – 100, ou seja, o WHOQOL – bref que manteve a adequação das propriedades psicométricas do instrumento original (FLECK, 2000).

WHOQOL - bref é composto por 26 itens que representam as facetas, as quais, por sua vez, referem-se a 4 domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Os domínios físico e psicológico incluíram respectivamente, os domínios de nível de independência e espiritualidade da versão completa original. Os domínios são constituídos pelas mesmas 24 facetas do formato original, avaliadas por questões únicas, além de duas perguntas de validação sobre a qualidade de vida.

As respostas para todas as questões do WHOQOL – bref são obtidas através de uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos, na qual a pontuação pode variar de 1 a 5, além de duas questões sobre qualidade de vida geral calculadas em conjunto para gerar um único escore independente dos escores dos domínios, denominado overall ou qualidade de vida geral.

Para o cálculo dos escores dos domínios, os índices das facetas componentes resumem os domínios aos quais pertencem. Tanto os domínios como a qualidade de vida geral são medidos em direção positiva, ou seja, escores mais altos denotam melhor qualidade de vida. Para esse cálculo, utilizou-se a sintaxe oferecida pelo WHOQOL Group para ser usada no programa de software *Statistical Package for Social Science* (SPSS). Com ele o programa pôde checar, recodificar e estabelecer os escores dos domínios e das questões de qualidade de vida geral.

Cumpramos enfatizar que tanto o WHOQOL-bref como o WHOQOL-100 não permitem o estabelecimento de um escore total único. Ambos instrumentos foram desenvolvidos a partir da premissa de que a qualidade de vida é um construto multidimensional, havendo, portanto, maior coerência ao considerar-se cada domínio e respectivo escore individualmente (BREF, 2000).

Segundo BREF (2000) foram realizadas análises estatísticas descritivas dos dados sociodemográficos e clínicos e do WHOQOL-bref, através do cálculo da média, desvio padrão e proporções e análise inferencial por meio dos seguintes procedimentos estatísticos: intervalo de confiança de 95% (estimativa do valor médio real das variáveis quantitativas e porcentagens reais de alguns eventos de interesse do estudo), teste t-student (comparação entre as médias de variáveis de duas populações independentes), análise de variância (comparação entre as médias de variáveis de mais de duas populações independentes com distribuição normal), coeficiente de correlação linear de Pearson (avaliação das correlações entre variáveis numéricas contínuas) e análise de regressão linear múltipla (avaliação das variáveis que permaneceram estatística e independentemente associados com as questões que avaliam QV geral).

Além desses, ainda o coeficiente de *Alpha de Cronbach* e testes de correlação e comparação (coeficiente de correlação de Pearson, correlação linear e regressão linear múltipla) para avaliação das propriedades psicométricas do WHOQOL-bref para este estudo. Em todas as análises, o *p-value* inferior a 0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

A classificação de indicadores objetivos e subjetivos nada tem haver com questões normativas. Ela tão somente refere-se a pergunta, ou seja, se na mensuração houve apelação à subjetividade dos indivíduos ou não: os objetivos são estatísticas independente das avaliações pessoais; já os subjetivos são estatísticas sobre a experiência e a avaliação individual referente a assuntos sociais (LAURENTI *et al*, 2002, p. 15-16).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

*...seus conhecimentos e suas dúvidas, seu ensinar e seu aprender,
seus sonhos e suas conquistas, enfim, um pouco de suas vidas...
e neste espaço aprendiz, um sonho se fortaleceu.*

Albert Einstein

Apresenta-se a seguir explanação sobre o tipo de estudo, e os procedimentos para coleta e análise dos dados, que foram desenvolvidos durante a realização deste estudo. Conjuntamente estão descritos a apresentação da pesquisa e as considerações éticas.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Esta é uma pesquisa quantitativa, de natureza descritiva, com coorte transversal. Pode-se classificar este estudo como descritivo, pois está voltado a descrever os diversos determinantes relacionados com as políticas públicas locais de saúde e a condição de vida da população. As pesquisas descritivas têm como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas através de utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados. Neste estudo a relação estudada será entre a condição de vida e as políticas públicas locais de saúde, a abordagem da pesquisa está direcionada a investigar as relações entre as políticas de saúde e a condição de vida da população.

Ainda como característica das pesquisas descritivas, “elas pretendem descrever com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade, o que exige do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar” (TRIVIÑOS, 1992, p. 110).

Os dados estatísticos envolvidos na avaliação das políticas públicas e da condição de vida da população serão analisados com coorte do período de 1996 a 2005, pois a primeira política pública local de saúde da cidade foi implementada no ano de 1999, sendo assim existiu a necessidade de apresentar alguns dados anteriores ao ano de implementação. Porém é importante salientar que alguns dados estatísticos podem não abordar todos os anos

consecutivamente (devido à inexistência de dados encontrados), porém serão analisados minimamente três anos consecutivos, possibilitando a verificação de mudança na condição de vida, oriunda da intervenção de determinadas políticas públicas locais de saúde.

3.2 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Triviños (1992) e Merriam (1998) consideram que de um modo geral os dados utilizados nas pesquisas podem ser classificados em dois grupos: (1) dados primários - aqueles obtidos de forma direta, principalmente através de entrevistas -, e (2) dados secundários - aqueles obtidos de forma indireta, principalmente através da revisão da bibliografia existente.

A presente pesquisa foi realizada no período de setembro de 2005 a junho de 2007, subdividindo-se em duas fases: a primeira, constituída pelo aprofundamento teórico sobre a conceituação da condição de vida, a segunda fase, composta pelo desenvolvimento da análise específica sobre as políticas públicas locais de saúde e as conseqüências destas na condição de vida da população, esta análise será realizada com fundamentação em dados estatísticos.

Utilizou basicamente dados secundários, sendo que o processo investigativo esteve dividido em duas fases, a primeira constituída pelo aprofundamento teórico sobre a conceituação da condição de vida e a segunda pela análise dos resultados das políticas públicas locais de saúde na condição de vida da população.

Para a primeira fase, aprofundamento teórico sobre a conceituação da condição de vida, as informações necessárias para o estudo, foram coletadas nas doutrinas existentes, bem como relatórios e material bibliográfico, também foram consultados os acervos das bibliotecas da UNIFAE, UFPR, PUCPR e as bases de dados on-line (*LILACS, MEDLINE e PUBMED*).

Para as pesquisas nas bases de dados, foram utilizadas como palavra chave principal **“Condição social”** ou **“Condição de vida”**, palavra chave secundária **“Políticas públicas”** ou **“Políticas de saúde”** e como terciária **“Curitiba”**.

Na segunda fase, voltada para a análise dos resultados das políticas públicas na condição de vida da população, os dados secundários necessários para a análise, foram coletados em relatórios e dados estatísticos, transcritos de fontes como o Banco de dados do

Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC), Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Esta segunda fase do estudo utilizou diversos dados estatísticos, os indicadores utilizados nesta fase estão listados na seqüência.

As políticas públicas selecionadas para o estudo são apenas as políticas públicas locais de saúde da cidade de Curitiba, sendo que estas se definem como o: Programa Nascer em Curitiba Vale a Vida; Programa Mãe Curitibana; Programa Crescendo com Saúde e Programa Alfabetizando com Saúde. A análise da condição relacionando com as políticas públicas de saúde locais perpassa apreciação das variáveis de: esperança de vida ao nascer, mortalidade infantil, mortalidade materna, mortalidade em menores de cinco anos, baixo peso ao nascer, esperança de vida, população total, renda média do chefe da família, taxa de alfabetização, proporção de analfabetos, densidade intra domicílio, proporção de domicílio com coleta de lixo, proporção de domicílios com água encanada. Os dados serão discutidos e apresentados em redação descritiva.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

As informações secundárias coletadas foram analisadas de acordo com as doutrinas existentes sobre o assunto, dados estatísticos, bem como legislações aplicadas ao tema estudado, de forma a fundamentar a pesquisa realizada.

Na primeira fase do estudo foi realizada discussão de conceito de Walter e Avant (1988) sobre a conceituação da condição de vida, utilizando o material bibliográfico encontrado, de forma a discorrer sobre as terminologias que se misturam a conceituação, e definir o conceito de condição de vida utilizada e defendida para este estudo.

A análise de conceito de Walter e Avant (1988), conforme descrito anteriormente, é uma estratégia para conhecer os atributos ou características que lhe são inerentes, definindo-o como uma construção mental que representa categorias de informação. Ainda, valorizam a análise de conceito pela importância do uso de atributos no desenvolvimento de teorias e pesquisas.

Esta análise propicia a construção de um conceito, baseado em profunda reflexão sobre as terminologias encontradas, sustentando o conceito estabelecido para a condição de vida, neste estudo.

Para Walter e Avant (1998), a análise de conceito é uma estratégia para conhecer os atributos ou características que lhe são inerentes, definindo-o como uma construção mental que representa categorias de informação. Ainda, valorizam a análise de conceito pela importância do uso de atributos no desenvolvimento de teorias e pesquisas.

A opção por esse referencial se justifica pelo entendimento de que esse processo reflexivo e crítico e de todos os aspectos envolvidos com a representação de idéias com palavras, a distinção de características de um conceito, a explicitação de conceitos vãos e ambíguos até o refinamento dos termos são alguns dos aspectos considerados fundamentais para o alcance dos objetivos deste estudo.

Foram utilizadas algumas das etapas desse referencial com o objetivo de direcionar o desenvolvimento do conceito de condição de vida e contribuir para a reflexão da temática dentro do processo de trabalho.

De acordo com Walter e Avant (1998) a seleção do conceito é a primeira etapa. Geralmente, o conceito selecionado reflete um tópico ou área importantíssima de interesse. Na prática do planejamento de políticas públicas a condição de vida é fator relevante, pois demonstra e evidencia alguns dos resultados das políticas desenvolvidas. Porém o conceito de condição de vida ainda é pouco explorado, o que pode explicar a mistura de conceitos e terminologias com esta temática.

A seleção do conceito de condição de vida ocorreu em função da falta de clareza em relação a sua definição, e da dificuldade de entendimento em relação às diferenças entre o conceito de condição de vida e de outros conceitos que se misturam a este. O perfeito entendimento do termo condição de vida pode suscitar a sua incorporação no processo de análise das políticas públicas e contribuir para o desenvolvimento do conhecimento como um todo.

O objetivo ou propósito de análise para a construção do conceito de condição de vida está pautada na necessidade de definição da terminologia, para possíveis análises posteriores. A identificação do conceito está alicerçada com suporte da revisão de literatura.

Nesse estudo a etapa de definição do conceito iniciou-se na introdução estendendo-se pela revisão da literatura, onde foram identificados os diversos conceitos e terminologias que se relacionam com a condição de vida, nas diversas áreas do conhecimento. A continuidade desta etapa aconteceu no debate dos resultados das políticas públicas na condição de vida, onde apresentou-se claramente aspectos do conceito de condição de vida apresentado.

Na análise de conceito ocorre o exame dos atributos e características peculiares, ocorrendo a indicação de qual fenômeno é um bom exemplo para explicitar um conceito. O propósito básico é distinguir entre atributos definidores e os irrelevantes. Esse processo é útil e pode ser usado para refinamento de conceitos ambíguos em teorias e também precisar conceitos vagos. A elaboração de conceitos é considerada uma excelente forma de iniciar a investigação de informações na preparação para a pesquisa ou para a construção de teorias (WALTER e AVANT, 1988).

Esta etapa de definição do conceito é relevante para o estudo, visto que propicia um conceito claro que poderá contribuir inicialmente para reflexão do tema em pesquisas posteriores. É uma contribuição para as diversas áreas do conhecimento, pois a condição de vida é utilizada nas diversas áreas de atuação. Além disso, esta definição auxilia este estudo, embasando metodologicamente com uma construção única e inédita.

A abordagem da situação de saúde segundo as condições de vida ainda apresenta limitações conceituais, metodológicas e técnicas, inclusive pela dificuldade de operacionalizar as variáveis sociais (SILVA Jr, 1995). Diferentes recortes da realidade podem ser obtidos, dependendo das variáveis da condição de vida selecionadas.

Neste estudo, procurou-se operacionalizar o conceito de condição de vida, por meio de conjunto de variáveis inseridas no processo de reprodução social, nas dimensões: espacial (número de moradores por dormitório), ambiental (abastecimento de água, esgotamento sanitário, coleta de lixo), social (mortalidade materna, mortalidade infantil, baixo peso ao nascer, taxa de prevalência do aleitamento materno, incidência média de desnutrição em crianças, incidência de AIDS), econômica (renda média dos chefes de domicílio, taxa de desemprego) e cultural (educação – anos de estudo, analfabetismo).

A unidade de análise da condição de vida, ou como denomina Castellanos (1991), unidade geográfica (espaço) populacional, pela possibilidade de ser a unidade onde se operam os processos determinantes e condicionantes da condição de vida, são realidades, como por exemplo, a desagregação bairro, que podem apresentar limitações e especificidades. Ao

planejar as políticas de saúde, considerando esta questão, facilita-se a operacionalização de medidas que visam diminuir as iniquidades locais.

Na segunda fase do estudo foi realizada análise reflexiva sobre os resultados das políticas públicas locais de saúde na condição de vida dos curitibanos. Neste momento, inicialmente, foram identificadas as políticas públicas locais de saúde, na seqüência foram analisados os indicadores relacionados às políticas e a condição de vida. As políticas analisadas foram: Programa Nascer em Curitiba Vale a Vida; Programa Mãe Curitibana; Programa Crescendo com Saúde; Programa Alfabetizando com Saúde; foram avaliados os indicadores relacionados a estas políticas e a condição de vida, na seqüência mínima de três anos consecutivos, para determinar mudanças relacionadas às políticas.

A partir destas informações, foram discutidos os impactos das políticas na condição de vida, estes dados foram apresentados em redação descritiva. Esta fase do estudo seguiu as seguintes etapas:

1. Coleta de dados de fontes secundárias mencionadas, relacionadas às políticas públicas: Programa Nascer em Curitiba Vale a Vida; Programa Mãe Curitibana; Programa Crescendo com Saúde; Programa Alfabetizando com Saúde.

2. Inferência de períodos de estudo. Com base em análise prévia dos dados coletados, foram identificadas as políticas públicas locais de saúde e foi definido que os dados estatísticos foram analisados durante no mínimo três anos consecutivos, ficando padronizado o período de análise do estudo como três anos minimamente.

3. Análise de cada período. Foi analisada a evolução da condição de vida através da identificação e descrição dos eventos relevantes, determinados por meio da apreciação dos dados estatísticos relacionados com os indicadores da condição de vida. Os indicadores analisados foram: esperança de vida ao nascer, mortalidade infantil, mortalidade materna, mortalidade em menores de cinco anos, baixo peso ao nascer, esperança de vida, população total, renda média do chefe da família, taxa de alfabetização, proporção de analfabetos, densidade intra domicílio, proporção de domicílio com coleta de lixo, proporção de domicílios com água encanada.

Foi realizada análise da política pública local de saúde relacionada às demonstrações dos indicadores desta, tentando estabelecer relacionamentos com aspectos específicos da condição de vida. A avaliação das relações entre a condição de vida e as políticas locais de saúde, foi realizada mediante apreciação dos dados estatísticos relacionados com a condição

de vida, e a inserção da política local de saúde. Esta verificação pondera o comportamento dos dados estatísticos frente à consolidação das políticas.

4. Identificação de estratégias. Foram identificadas e analisadas as principais estratégias das políticas públicas locais de saúde, bem como seu impacto na condição de vida. Neste momento foi testada a hipótese da pesquisa, que é: as políticas públicas locais de saúde melhoram a condição de vida da população de Curitiba, afirmando sua veracidade ou falsidade.

É oportuno lembrar que a presente análise das políticas públicas foi realizada com corte do período de 1996 a 2005, pois a primeira política local de saúde da cidade foi implementada no ano de 1999, sendo assim existiu a necessidade de apresentar alguns dados anteriores a implementação da política para possíveis relações da mesma. Cabe salientar que alguns indicadores não abordam todos os anos, de 1996 a 2005, devido à inexistência de dados.

Primeiramente serão apresentados os indicadores demográficos, de cobertura e sócio econômicos, acredita-se que estes indicadores estão relacionados com todas as políticas públicas locais de saúde que serão apresentadas e analisadas neste estudo, sendo assim os indicadores supra citados não estão relacionados a nenhuma política pública de saúde em especial.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos (confiabilidade dos dados, respeito à citação de autores, devida apresentação das fontes e análise das sugestões realizadas pelos professores), foram respeitados em todos os momentos deste estudo: na elaboração do projeto, na apresentação à Banca de Qualificação, na apresentação do projeto para aprovação na banca de defesa.

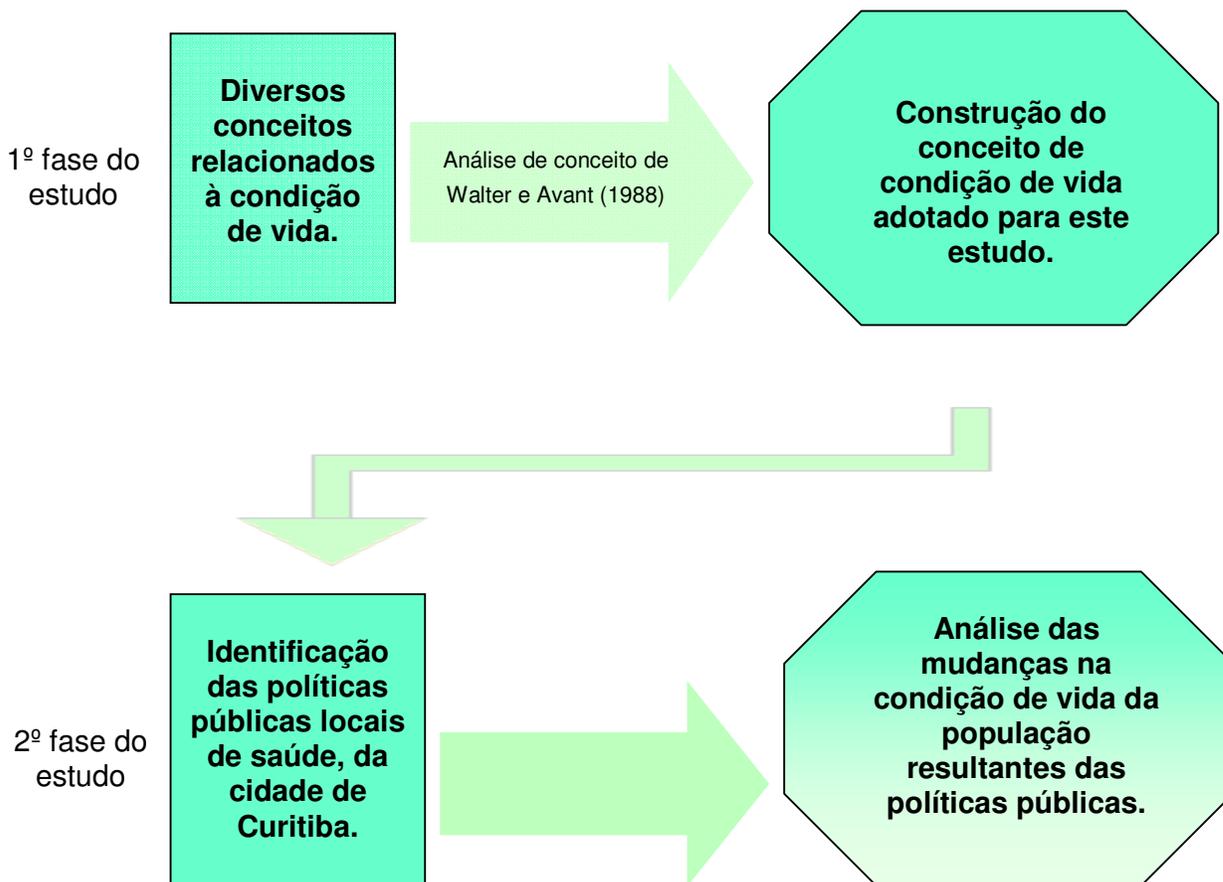
Tem-se ciência que os resultados do estudo afetam seres humanos, e as conclusões do trabalho podem ter efeito sobre a população. Esta pesquisa pode auxiliar o planejamento das políticas públicas que afetam a condição de vida, trazendo melhorias para a população. Estas são conseqüências indiretas, mas precisam estar consideradas neste estudo, enfatizando como meta fim a busca por melhorias para a população.

A presente pesquisa foi submetida à apreciação da banca de pré-qualificação em novembro de 2005. Também foi avaliada pela banca de qualificação em dezembro de 2006.

3.5 APRESENTAÇÃO DA PESQUISA (ESTRUTURA METODOLÓGICA DA PESQUISA)

A figura 2, apresentada na seqüência é uma representação esquemática do caminho metodológico adotado para o desenvolvimento dessa pesquisa.

Figura 2 – Representação esquemática do caminho metodológico



Elaboração da figura: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

O conceito de condição de vida foi amplamente analisado na contextualização do tema por constituir-se um ponto central para o entendimento da pesquisa realizada. A opção pelo

tema é fruto de reflexões realizadas durante a trajetória profissional e acadêmica da autora do presente estudo.

No tema da condição de vida, percebeu-se pluralidade de conceitos e definições para esta terminologia, sem existir um consenso sobre o conceito e/ou definição. Diante disso, ressaltou-se a necessidade de aprofundamento e discussão do tema, sendo assim foram apresentados teóricos cujas idéias serviram de base para o esclarecimento e definição de um conceito próprio para este estudo.

Na análise dos teóricos que apresentaram diversos conceitos e terminologias que se mesclam a condição de vida, foi utilizado análise de conceito de Walter e Avant (1988), os quais descrevem estratégias para análise de conceitos. Utilizando estes autores e acrescentando as reflexões realizadas foi construído o conceito de condição de vida adotado para este estudo.

Ainda como tema, objeto da pesquisa, está a identificação das políticas públicas locais de saúde, que também foram analisadas em relação à condição de vida da população. Esta análise seguiu as seguintes etapas: (1) coleta de dados secundários; (2) inferência do período; (3) análise dos períodos e (4) identificação de estratégias.

4 RESULTADOS

Uma cifra estatística isolada é

Como posto com luz queimada:

Pode servir como apoio,

Mas sozinho não ilumina nada.

Paulo de Martino Jannuzzi

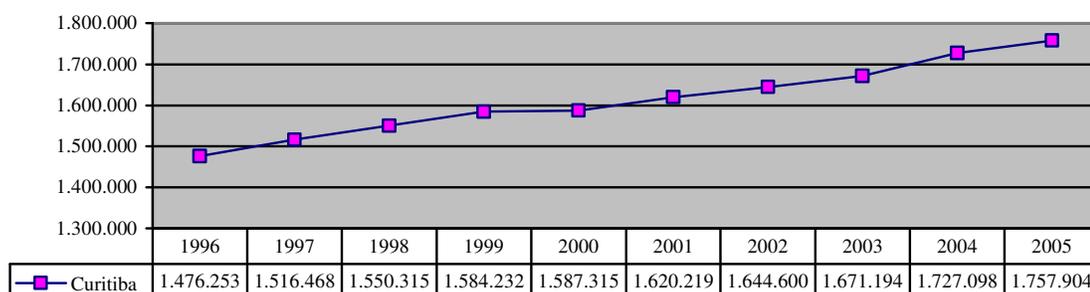
Nesta seção primeiramente foi explicitadas algumas características da população de Curitiba e por último foram estabelecidas às análises relacionadas às políticas públicas locais de saúde da cidade de Curitiba e a condição de vida da população.

4.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO CURITIBANA, COM ÊNFASE NA CONDIÇÃO DE VIDA

4.2.1 Indicadores demográficos

O indicador de população total aponta o número total de pessoas residentes em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Expressa a magnitude do contingente demográfico. Este indicador tem a finalidade de prover o denominador para cálculo de taxas de base populacional; dimensionar a população alvo de ações e serviços; orientar a alocação de recursos públicos (exemplo: o financiamento de serviços em base *per capita*); subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas de alcance social (BVS, 2007).

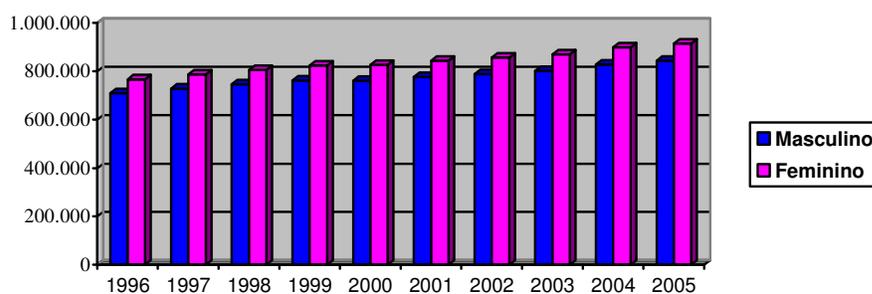
A população total de Curitiba, apresenta um crescimento contínuo no período de 1996 a 2005, sendo que a taxa de crescimento da população curitibana, foi de 17% em relação ao período referido, passando de 1.476.253 em 1996 para 1.757.904 em 2005.

Gráfico 1 – População total, por ano, Curitiba, 1996 - 2005

Fonte: IBGE/Censos demográficos, contagem populacional e projeções e estimativas demográficas

Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

Em relação a sexo, verifica-se no gráfico 2, que historicamente a população feminina predominante em relação a masculina. Este dado pode ser relevante para análise das políticas públicas, visto que estas são formuladas para a população que mais demanda, em consequência pode ser influenciada pela proporção do sexo da população.

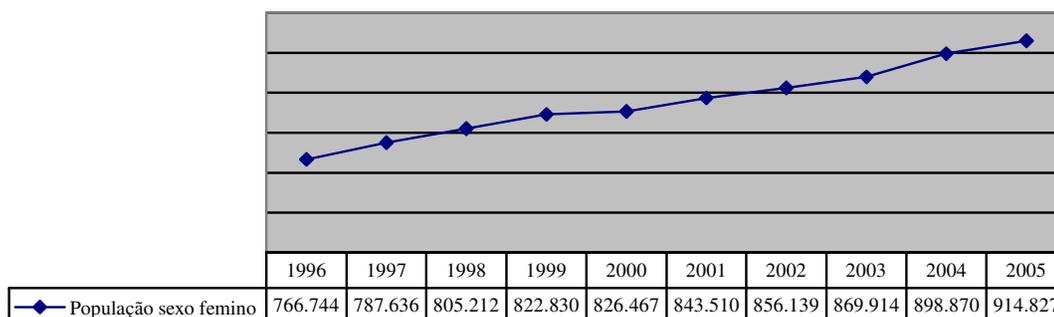
Gráfico 2 - População total, segundo sexo, Curitiba, 1996 - 2005

Fonte: IBGE/Censos demográficos, contagem populacional e projeções e estimativas demográficas

Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

Pode ser examinado no gráfico 3, o crescimento da população feminina na cidade de Curitiba. Verifica-se que no período de 1996 a 2005, esta população teve um aumento de aproximadamente 16%. Este fato é relevante, visto que algumas políticas públicas locais de saúde da cidade, são formuladas especialmente para as mulheres, como por exemplo o Programa Mãe Curitibana.

Gráfico 3 – População feminina, Curitiba, 1996 - 2005



Fonte: IBGE/Censos demográficos, contagem populacional e projeções e estimativas demográficas

Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

O indicador de esperança de vida ao nascer indica o número médio de anos de vida esperados para um recém nascido, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Este é um indicador sintético de mortalidade não influenciado pelos efeitos das distintas estruturas etárias, que reflete, de maneira geral, as condições de vida e níveis de saúde da população (IPPUC, 2003).

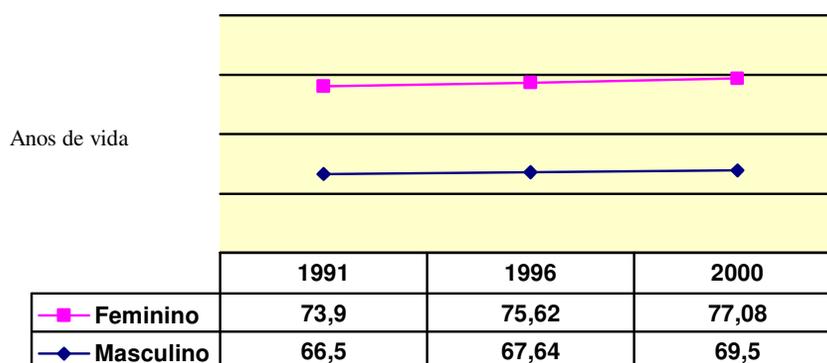
A esperança de vida não deve ser confundida com a duração máxima de vida, que constitui um limite biológico inerente a espécie. Embora precisamente fixado, admite-se geralmente que esse limite esteja situado pouco acima dos 100 anos, parecendo improvável que tenha experimentado qualquer alteração ao longo dos séculos. Já a esperança de vida, apresentando um valor sujeito as influências do meio, tem sofrido modificações substanciais com o correr do tempo, na medida em que as condições gerais de vida melhoram e as conquistas da ciência e da tecnologia são colocadas a serviço do homem (RAMOS, 1962).

O indicador de esperança de vida ao nascer utilizado neste trabalho, refere-se somente a “anos de vida”, diferente de “anos de vida saudáveis”, novo indicador proposto pela Organização das Nações Unidas (ONU) mais ainda difícil de ser calculado, principalmente pela dificuldade de obtenção dos dados necessários.

Estimativas da ONU apontam a média de esperança de vida ao nascer, para países classificados como de Desenvolvimento Humano médio, como o Brasil, é de 67,1 anos. Estes dados remetem entendimento que a situação econômica tem peso crucial na esperança da vida da população. No Brasil, este indicador demonstra tendência histórica de crescimento. Na década de 30 estimava-se uma média de esperança de vida ao nascer de 42 anos. Em 1960 este valor chegava a 51,9 anos, apresentando aumento de 10 anos em duas décadas em meia. Em 1991 e 2000 a esperança de vida do brasileiro passa de 66 para 68,6 anos (IPPUC, 2003).

Em Curitiba, de acordo com o gráfico 4, no ano de 2000, a esperança de vida média está em torno de 73,2 anos de idade. Porém com tendência a crescimento, visto que no período de 1991 a 2000 aumentou aproximadamente 5%. Verifica-se que esta média, apresentada no ano de 2000, na capital, supera a do Brasil, que se encontra em 67,1. Visto que a esperança de vida está relacionada a condição de vida da população se pode afirmar que Curitiba oferece a sua população uma condição de vida, que pode ser considerada boa, se comparada ao todo do país.

Gráfico 4 – Esperança de vida ao nascer, segundo sexo, Curitiba, 1991, 1996 e 2000

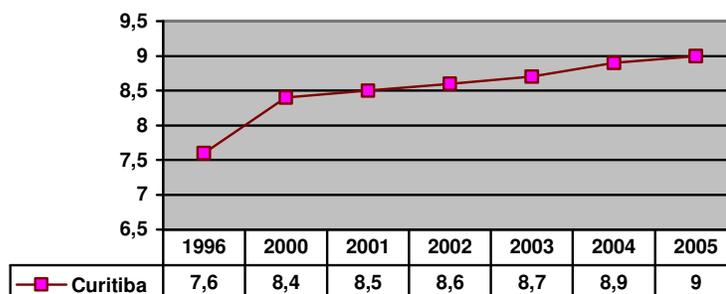


Fonte: Secretaria Municipal de Saúde/ CE/CDS

Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

O indicador da proporção de idosos na população é relevante para análise neste estudo, devido a criação de política voltada a esta população na cidade. No gráfico 5, verifica-se que a proporção de idosos, em Curitiba, vem aumentando de forma contínua entre 1996 e 2005.

Gráfico 5 - Proporção (%) de idosos na população, Curitiba, 1996 - 2005



Fonte: Censos Demográfico (1991 e 2000), Contagem Populacional (1996) e projeções e estimativas demográficas (2001-2005).

Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

Percebe-se no gráfico 5, que a proporção de idosos no ano de 1996, encontrava-se em 7,6% da população total, aumentando para 9% em 2005. Este aumento apesar de aparentemente pequeno, representa aproximadamente 158.211 idosos, pois a população total em 2005, encontrava-se em 1.757.904 pessoas. Este contingente de idosos é considerado representativo, principalmente no cenário de formulação de políticas públicas de saúde.

4.2.2 Indicadores de cobertura

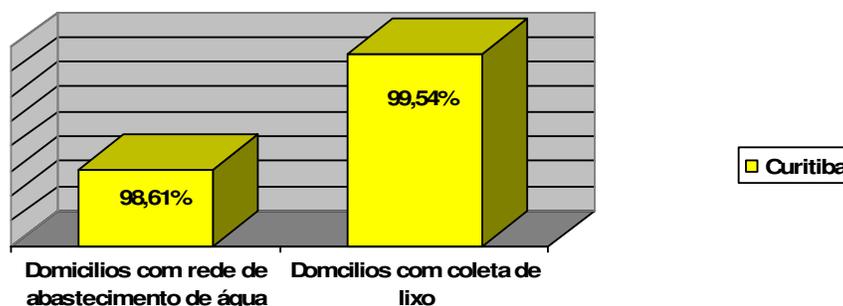
Dentre os indicadores de cobertura, destacam-se aqueles que afetam a dimensão ambiental da condição de vida, como os indicadores de abastecimento de água e de coleta de lixo, que são extremamente relevantes para análise da condição de vida. Estes indicadores estão entre os fatores que contribuem para o agravamento da mortalidade infantil por doenças infecto contagiosas, destacando-se a relação entre a frágil infra estrutura de abastecimento de água e esgoto no país (PNUD/IDHS, 2006).

O saneamento ambiental constitui-se de um conjunto de ações que visam proporcionar níveis crescentes de salubridade ambiental em determinado espaço geográfico, em benefício

da população que habita este espaço. Estas ações, quando adequadamente implementadas, podem produzir uma série de efeitos positivos sobre a condição de vida da população, bem estar e saúde dos indivíduos. Porém mais do que isto o “saneamento ambiental adequado é considerado parte constituinte do modo de viver moderno e um dos direitos fundamentais dos cidadãos e das sociedades” (BRASIL, 2004, p.20). Frente a estas considerações pode-se afirmar que alguns aspectos necessários para a melhoria da condição de vida, estão alicerçados em legislações e são direitos dos cidadãos e da sociedade.

Com vistas à melhoria das condições ambientais da população, e com o intuito de reduzir algumas doenças infecciosas e parasitárias, no âmbito do Ministério da Saúde, foram formuladas principalmente nos últimos anos, políticas de governo para aplicação de recursos destinados ao saneamento. As ações desenvolvidas compreenderam: Abastecimento de Água (AA), ações de implementação, ampliação e estruturação de sistemas públicos de abastecimento de água; Melhorias Sanitárias Domiciliares (MSD), ações que visa controlar doenças evitáveis mediante medidas de saneamento nos domicílios, envolvendo a construção de banheiros, privadas, fossas sépticas, vasos sanitários, pias de cozinha, lavatórios, tanques, reservatórios de água e filtros entre outros; Esgotamento Sanitário (ES), ações que procuram contribuir para o controle de doenças parasitárias transmissíveis pelos dejetos humanos e para a melhoria da condição e qualidade de vida da população, mediante a construção, a ampliação e a estruturação de serviços de coleta e tratamento de esgotos sanitários (BRASIL, 2004).

Gráfico 6 – Cobertura da rede de abastecimento de água (% domicílios com serviço da rede geral) e Cobertura da coleta de lixo (% domicílios com serviço de coleta), Curitiba, 2000



Fontes: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD (1992-1993, 1995-1999, 2001-2005); IBGE/Censos Demográficos 1991 e 2000

Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

De acordo com o gráfico 6, apresentado anteriormente, Curitiba tem 98,61% dos seus domicílios particulares permanentes ligados à rede geral de água. A coleta de lixo é realizada em 99,54% dos domicílios particulares. Estes dados confirmam que a referida capital apresenta uma boa condição em relação aos indicadores da dimensão ambiental (abastecimento de água e coleta de lixo).

4.2.3 Indicadores sócio econômicos

Dentre os indicadores sócio econômicos, destacam-se aqueles que afetam a dimensão espacial da condição de vida (densidade intradormitório), da dimensão social (mortalidade materna, mortalidade infantil, baixo peso ao nascer, taxa de prevalência do aleitamento materno, incidência média de desnutrição em crianças, incidência de AIDS, estes serão abordados na análise das políticas públicas locais de saúde, apresentadas na seqüência); da dimensão econômica (renda dos chefes dos domicílios taxa de desemprego); e da dimensão cultural (nível educacional; anos de estudo, e proporção de analfabetos).

Será iniciada a análise com os indicadores incluídos na dimensão social (densidade intradormitório). Este indicador reflete a aglomeração intradomiciliar, principalmente noturna e, portanto, durante o período de maior convivência dos habitantes do domicílio no mesmo ambiente (GUIMARÃES *et al*, 2003). O indicador de densidade do domicílio é calculado pela quantidade de famílias que têm mais de três pessoas por dormitório.

No Censo Demográfico de 1991, para o Brasil, foram evidenciadas 4,2 pessoas por domicílios, o que foi considerado adensamento excessivo. No Censo Demográfico de 2000 foram evidenciadas as médias de 3,8 pessoas por domicílio, média Brasil, o que demonstra certa redução de 1991, porém ainda se encontra excessivo.

Em Curitiba, a densidade de moradores em domicílio particular permanente, segundo Curitiba S. A (2005) encontra-se em 3,31%. Sendo assim pode-se afirmar que este valor é excessivo, visto que o preconizado é até 3 moradores por domicílio. Este indicador é relevante pois está relacionado a condição e estrutura econômica da família.

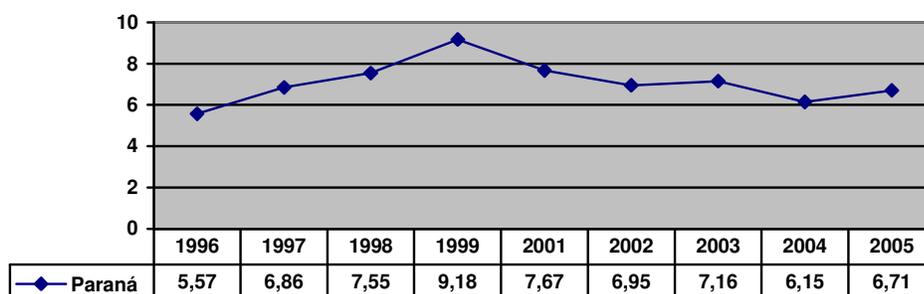
Na dimensão econômica (renda dos chefes dos domicílios, proporção de desemprego). A avaliação da renda dos chefes dos domicílios é extremamente importante, pois a renda, além de ser uma variável que expressa a posição social e econômica de uma família ou indivíduo, é também uma das medidas mais objetivas de bem-estar, sendo usualmente

utilizada como variável discriminante para o estabelecimento de políticas sociais com adequada focalização (TAFNER, FERREIRA, 2005).

Segundo o IBGE de 2000, Curitiba apresenta uma renda média dos responsáveis pelos domicílios particulares permanentes de R\$ 1.430,96 (9,48 salários mínimos), enquanto que esta mesma renda brasileira é de R\$ 768,83 (5,12 salários mínimos) (Curitiba S.A, 2005).

Ainda vinculado com os aspectos econômicos está a taxa de desemprego (gráfico 7).

Gráfico 7 – Taxa de desemprego (%), Paraná, 1996 – 1999, 2001 – 2005



Fonte: IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD
Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

Verifica-se no gráfico 7, que a taxa de desemprego teve crescimento entre 1996 e 1999, porém após esta data diminuiu, chegando em 2005, a 6,71% da população. Em Curitiba, segundo Curitiba S. A (2005), a taxa de desemprego no ano de 2005 encontra-se em 7,2%, portanto maior que a apresentada pelo Paraná. Este dado é relevante para a análise da condição de vida, visto que esta depende em parte da condição econômica da família ou da população.

Na dimensão cultural (taxa de alfabetização, índice de analfabetismo). A taxa de alfabetização, segundo o IBGE é o percentual de pessoas alfabetizadas na população avaliada. Já o índice de analfabetismo em maiores de 15 anos, é o percentual de pessoas analfabetas em determinada faixa etária. Considera-se, a faixa etária de 15 anos ou mais, isto é, o analfabetismo avaliado acima da faixa etária onde, por lei, a escolaridade seria obrigatória. Consideram-se como analfabetas as pessoas maiores de 15 anos que declaram não serem capazes de ler e escrever um bilhete simples ou que apenas assinam o próprio nome, incluindo as que aprenderam a ler e escrever, mas esqueceram (IBGE).

A taxa de alfabetização, em Curitiba, segundo IBGE, no ano de 1996, era de 93,67%, enquanto que no Paraná esta mesma taxa encontrava-se em 88,28%. Já no censo de 2000, Curitiba apresentou alfabetização de 96,86% da população. De acordo com esta mesma fonte, o índice de analfabetismo da população com 15 anos ou mais de idade foi de 3,38%. Estes dados demonstram crescimento da alfabetização da população curitibana, a alfabetização é essencial para a condição e qualidade de vida da população, a criação de políticas que melhore este indicador são essenciais, para progresso na condição de vida da população.

4.1.4 Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e Índice de Condição de Vida

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é elaborado com base nos indicadores de educação (alfabetização e taxa de frequência escolar), longevidade e renda da população. A taxa de alfabetização, com peso 2, é o percentual da população com idade de 15 anos e mais capaz de ler e escrever um bilhete simples; a taxa de frequência escolar, com peso 1, é o somatório de pessoas, independentemente da idade, que frequentam os cursos fundamental, médio, incluindo supletivos, e superior, incluindo pós-graduação, dividido pela população de 7 a 22 anos; a longevidade (esperança de vida ao nascer) sintetiza as condições de saúde e salubridade do local, uma vez que quanto mais mortes houver nas faixas etárias mais precoces, menor a expectativa de vida; e a renda municipal *per capita* é o somatório das rendas de todos os residentes, dividido pela população. Cabe chamar a atenção, no caso deste último componente, que para a elaboração do IDH de países e estados a renda considerada é o PIB *per capita*, inadequado para o caso de unidades menores, como o município (IPARDES, 2000).

O IDH-M do Paraná em 1970 era de 0,440, incluindo o Estado, portanto, na condição de baixo desenvolvimento humano. Durante a década, o Estado alcançou o maior salto qualitativo – fruto de um processo de crescimento econômico e urbanização, acompanhado de investimentos em infra-estrutura econômica e social –, atingindo, em 1980, o índice de 0,700, passando a compor o rol dos estados com classe de médio desenvolvimento. Essa posição se manteve pouco alterada nas décadas seguintes, com o índice de 0,760, em 1991, e 0,786 em 2000. Nessas três décadas, salvo estados de guerra ou calamidades, o padrão de melhora do Índice foi generalizado entre países e municípios (IPARDES, 2000).

Essas classes de índices não revelam, no entanto, a desigualdade da condição de desenvolvimento entre os municípios. Para melhor observar esse comportamento, as classes

devem ser organizadas considerando alguns casos de subclasses: 0,000 a <0,300, desenvolvimento humano baixo inferior; $\geq 0,300$ a <0,500, baixo; $\geq 0,500$ a <0,650, médio desenvolvimento humano; $\geq 0,650$ a <0,800, médio superior; e $\geq 0,800$, alto desenvolvimento. Nos anos 70, havia uma distribuição de municípios na condição de baixo desenvolvimento generalizadamente por todo o Estado. Sobressaíam pólos regionais e sub-regionais, e alguns municípios vizinhos a esses, particularmente nas atuais áreas de aglomerações urbanas e no litoral, com índices na classe de médio desenvolvimento. O grande destaque dava-se em Curitiba, posicionando-se como metrópole e distinguindo-se de todos os demais municípios, com o índice na classe de desenvolvimento médio superior (0,713) (IPARDES, 2000).

Esse padrão homogêneo de distribuição modifica-se na década seguinte. Verifica-se a qualificação de um grande número de municípios formando manchas contínuas nas proximidades dos pólos, em direção à classe de desenvolvimento médio superior, igualando-se com Curitiba, que em pouco altera sua posição (0,760). O conjunto de municípios deixa de ocupar posições na classe de desenvolvimento baixo inferior, porém ainda não atinge a classe de alto desenvolvimento. O Índice de 1991 revela pouca alteração na distribuição da década anterior, salvo Curitiba que novamente se destaca dos demais municípios, atingindo o nível de alto desenvolvimento humano (0,819), em 2000 Curitiba mantém-se como o município com o maior IDH-M do Paraná (0,856) (IPARDES, 2000).

O Índice de Condição de Vida, da cidade de Curitiba, no ano de 2000, foi de 0,808 (Curitiba S.A, 2005). Sendo assim, os índices de desenvolvimento humano municipal e de Condição de Vida da capital, no ano de 2000, apresentaram resultados acima de 0,8, destacando-se como um dos poucos municípios do Brasil que está no patamar de Alto Desenvolvimento Humano (Curitiba S.A, 2005). Lembrando que quanto mais próximo do 1 maior o grau de desenvolvimento, resultados acima de 0,8 são considerados como alto desenvolvimento humano.

4.2 ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS LOCAIS DE SAÚDE, CURITIBA/PR

Antes de iniciar a discussão sobre as políticas públicas locais de saúde, é importante mencionar que apesar do uso rotineiro e com diferentes sentidos, não existe um conceito

unificado de saúde, de modo que seu uso é sempre acompanhado de uma série de imprecisões que criam dificuldades de ordem conceitual, metodológica e/ou operacional. As definições disponíveis estão situadas em uma grande diversidade, e vão desde as mais abrangentes e operacionalmente intangíveis (o estado de completo bem estar físico, mental e social), até aquelas conceitualmente limitadas, enquanto operacionalmente úteis (a ausência de doenças) (BRASIL, 2004). Os níveis de saúde da população são determinados, por múltiplos fatores, dentre eles as políticas públicas locais.

Em Curitiba, a municipalização do Sistema Único de Saúde teve início em 1992, através de um processo gradativo de descentralização administrativa e, desde 1998, o município exerce a gestão plena do SUS (IPPUC, 2003).

As políticas públicas locais de saúde selecionadas para análise, são aquelas formuladas a nível local (municipal) e que estejam inseridas na esfera da saúde. Serão analisadas as políticas de acordo com os indicadores considerados clássicos do processo saúde-doença (esperança de vida ao nascer; coeficiente de mortalidade – geral, coeficiente de mortalidade infantil e mortalidade de menores de cinco anos; baixo peso ao nascer) que podem influenciar e/ou interferir na condição de vida da população. Além destes indicadores, outros poderão ser analisados para complementar as discussões.

É importante deixar explícito que os dados estatísticos utilizados neste estudo são provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, Ministério da Saúde, Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC), IPPUC. Entende-se que esta informação é relevante, visto que a utilização dos dados oficiais de saúde podem contribuir para o processo de qualificação da informação em saúde.

4.2.1 Programa Mãe Curitibana e Programa Nascer em Curitiba Vale a Vida

O programa mãe curitibana é um programa desenvolvido pela prefeitura de Curitiba, para dar atenção integral a gestante e ao bebê antes, durante e depois do parto, com estímulo ao parto normal, ao aleitamento materno e a maternidade responsável. Este programa objetiva a diminuição da mortalidade de mulheres e crianças durante os processos de gravidez e nascimento (CURITIBA, 2007).

O programa Nascer em Curitiba foi implementado em 2001, direciona suas ações para o recém-nascido que apresenta no momento do parto maiores riscos de adoecer. O bebê tem

atendimento priorizado na unidade de saúde e recebe visitas domiciliares, quando os agentes de saúde fornecem orientações à família sobre cuidados com a criança, aleitamento materno e vacinas.

Estes dois programas serão analisados em conjunto, por acreditar que envolvem potencialmente os mesmos indicadores nas suas análises. Em virtude dos objetivos dos programas, os indicadores que mais sofrem impacto do são: mortalidade materna, aleitamento materno, óbitos infantis, baixo peso ao nascer e incidência da AIDS. Na seqüência serão discutidos separadamente estes indicadores, explicitando possíveis mudanças com a implantação dos programas.

4.2.1.1 Mortalidade materna

A morte materna é definida pela Organização Mundial da Saúde, na décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID), como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez, independente da duração ou situação da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais (PNUD/IDHS, 2006).

Tabela 2 - Causas de mortalidade materna, segundo definição do CID -10

TIPO	CAUSAS OBSTÉTRICAS DIRETAS	CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRETAS
Definição	São resultantes de complicações da gravidez, parto ou puerpério, devidas a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer uma das causa acima mencionada.	São as que resultam de doença previa da mãe ou de doença desenvolvida durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.
Causas mais frequentes	Doenças hipertensivas (incluindo eclampsia, pré eclampsia, síndrome HELLP), hemorragias e infecção puerperal.	Diabetes, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares.

Fonte: CID – 10 (2007)

Elaboração da tabela: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

A mortalidade materna pode ser utilizada como um bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população, tendo em vista que, dependendo das condições em que morrem as mulheres e como morrem, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Elas podem indicar, especialmente, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade, além de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade e violência na família. Isso também se aplica a mortalidade infantil (PNUD/IDHS, 2006).

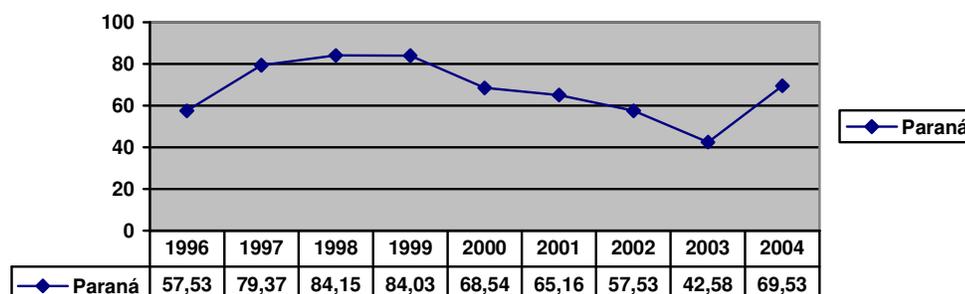
A mortalidade materna reflete a desigualdade social, a má qualidade do sistema hospitalar e a desorganização da assistência prestada a saúde da mulher durante a gestação, expondo as mulheres a morbimortalidade em uma fase crucial e delicada de sua vida. Nestes termos a questão é tida como um problema de saúde pública (PNUD/IDHS, 2006).

No Brasil, não é conhecida a real magnitude da mortalidade materna, dada a dificuldade na obtenção de dados precisos sobre suas causas, mesmo quando as mulheres têm tratamento médico. Entretanto o Ministério da Saúde destaca que apesar do sub registro e da sub informação, parece ser real a queda da mortalidade materna calculada com base nos dados do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação em Nascidos Vivos (SINASC) (PNUD/IDHS, 2006).

Segundo relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) concluído em 2001, relatório produzido que retrata a situação da mortalidade materna no Brasil. Ficou evidente que as vítimas são, em sua maioria, como em todo o mundo, mulheres de baixa renda e pouca escolaridade (PNUD/IDHS, 2006). Estas afirmativas demonstram a relação direta entre a mortalidade materna e a condição de vida, visto que, segundo dados do CPI, anteriormente relatado, a renda e escolaridade, indicadores que estão incluídos na avaliação da condição de vida, estão diretamente relacionados com a mortalidade.

No Paraná observa-se que a razão de óbitos maternos vem-se reduzindo, conforme mostra do gráfico 8. Visto que Curitiba tem grande influência nos dados estatístico do Paraná, pelo fato de ser a cidade mais populosas do estado, o Programa Mãe Curitibana, implementado em 1999, pode ter influenciado os dados estatísticos. Ao analisar o gráfico 8 na seqüência, verifica-se que a partir do ano de 1999, há um decréscimo na razão da mortalidade materna, reduzindo-se de 84,03 no ano de 1999, para 42,58 no ano de 2003, decréscimo de 50%.

Gráfico 8 - Razão da mortalidade materna, por 100.000 nascidos vivos, Paraná, 1996 – 2004



Fontes: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC; MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

Curitiba também apresentou redução histórica da mortalidade materna (tabela 3), em 1996, a razão da mortalidade, por 100.000 nascidos vivos era de 50,3, em 1999 apresentava-se em 71,1, neste ano foi implantado o programa Mãe Curitibana, no ano seguinte, verificou-se redução da mortalidade para 34, ou seja queda de 47,8%. Segundo últimas informações estatísticas em 2005, Curitiba atingiu um dos menores índices de mortalidade materna e infantil já registrados na cidade. A mortalidade materna ficou em oito óbitos - quatro pelo SUS - o que representa um coeficiente de 29 por 100 mil nascidos vivos. Na cidade foram realizados, no ano de 2005, 24 mil partos.

Tabela 3 - Série Histórica de Mortalidade Materna, Curitiba, 1994 - 2005

Ano	Nascidos Vivos	Nº de óbitos	C.M.M./ 100.000
1994	29.744	25	84.0
1995	29.783	20	67.1
1996	29.807	15	50.3
1997	29.833	16	53.6
1998	29.027	11	38.0

1999	29.522	21	71.1
2000	29.369	10	34.0
2001	27.079	14	51.7
2002	26.344	07	26.6
2003	24.807	08	32.3
2004	25.171	22	87,4
2005	24.442	08	32,7

FONTE: 1982 a 1988 / MS - 1989 a 2004 - Centro de Epidemiologia Nascidos Vivos - 1982 a 1993 / IBGE - 1994 a 2005 – SINASC

Elaboração da tabela: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

Vários fatores interferem na redução da mortalidade materna, desde os componentes estruturais na organização da assistência ao pré natal, ao parto e planejamento familiar, as condições sócio econômicas da população especialmente no que se refere a educação e renda, bem como os componentes destinados a sensibilização para prática da assistência a mulher de forma integral, preventiva e articulada tendo em vista a consequência social do óbito materno para a família e sociedade a que pertence (SMC, 2005).

É importante analisar a distribuição dos óbitos maternos quanto a realização do pré natal, conforme dados da tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição dos Óbitos Maternos quanto a Realização de Pré-Natal, Curitiba, 1996 - 2005

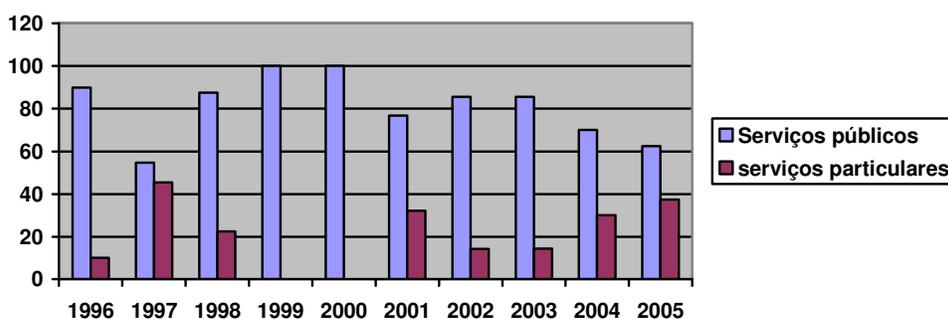
Pré natal	Realizado		Não realizado	
	Nº	%	Nº	%
1996	11	78.6	3	21.4
1997	15	93.7	1	6.3
1998	8	89.0	1	11.0
1999	15	75.0	5	25.0
2000	8	80.0	2	20.0
2001	13	92.8	1	7.2
2002	7	100.0	0	0
2003	7	87.5	1	12.5
2004	20	90.9	2	9.1
2005	08	100.0	0	0

FONTE: SMS/CE/CDS

Elaboração da tabela: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

A tabela 4 demonstra que em 1996, 78,6% das gestantes realizaram pré natal, em 1999, ano de implementação do programa Mãe Curitibana, 75% realizaram o pré natal, e a partir deste ano a porcentagem de gestantes que realizaram o pré natal somente aumentou, chegando em 2005, a 100,0% das gestantes realizando pré natal. Estas informações são relevantes, pois demonstram que o referido programa influenciou a participação e acompanhamento das gestantes no pré natal. É importante mencionar que o pré natal é essencial para melhorias na qualidade de vida da mãe e do bebê, a oportunidade de realização do acompanhamento se traduz em melhores condições de vida para a população.

Gráfico 9 – Percentual da realização do pré natal, segundo serviço público ou particular, Curitiba, 1996 – 2005.



Fonte: SMS/CE/CDS

Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

Quanto ao local da realização do pré natal (gráfico 9), verifica-se que a maioria das gestantes fazem o acompanhamento na rede pública. No ano de 1996, 90% das gestantes realizaram o pré natal nos serviços públicos, em 1999, 100% realizaram o pré natal no serviço público e no ano de 2005, último dado referente ao pré natal, 62,5% foram atendidas nas unidades de saúde municipais, e 37,5% (3 casos) em outros convênios e particulares. Este dado é relevante para a avaliação do Programa Mãe Curitibana, em virtude de que neste programa segundo dados analisados na tabela 3, estão sendo acompanhadas grande parte das gestantes de Curitiba, e estes dados seguem uma série histórica, sempre sendo atendidas mais gestantes pelo SUS, do que por serviços particulares.

Este dado é relevante para análise da condição de vida, uma vez que as gestantes com poder aquisitivo reduzido tem a possibilidade de realizar o acompanhamento pré natal. A disponibilidade do serviço a gestante, de maneira gratuita, pode trazer melhorias na condição de vida destas mulheres.

4.2.1.2 Aleitamento materno

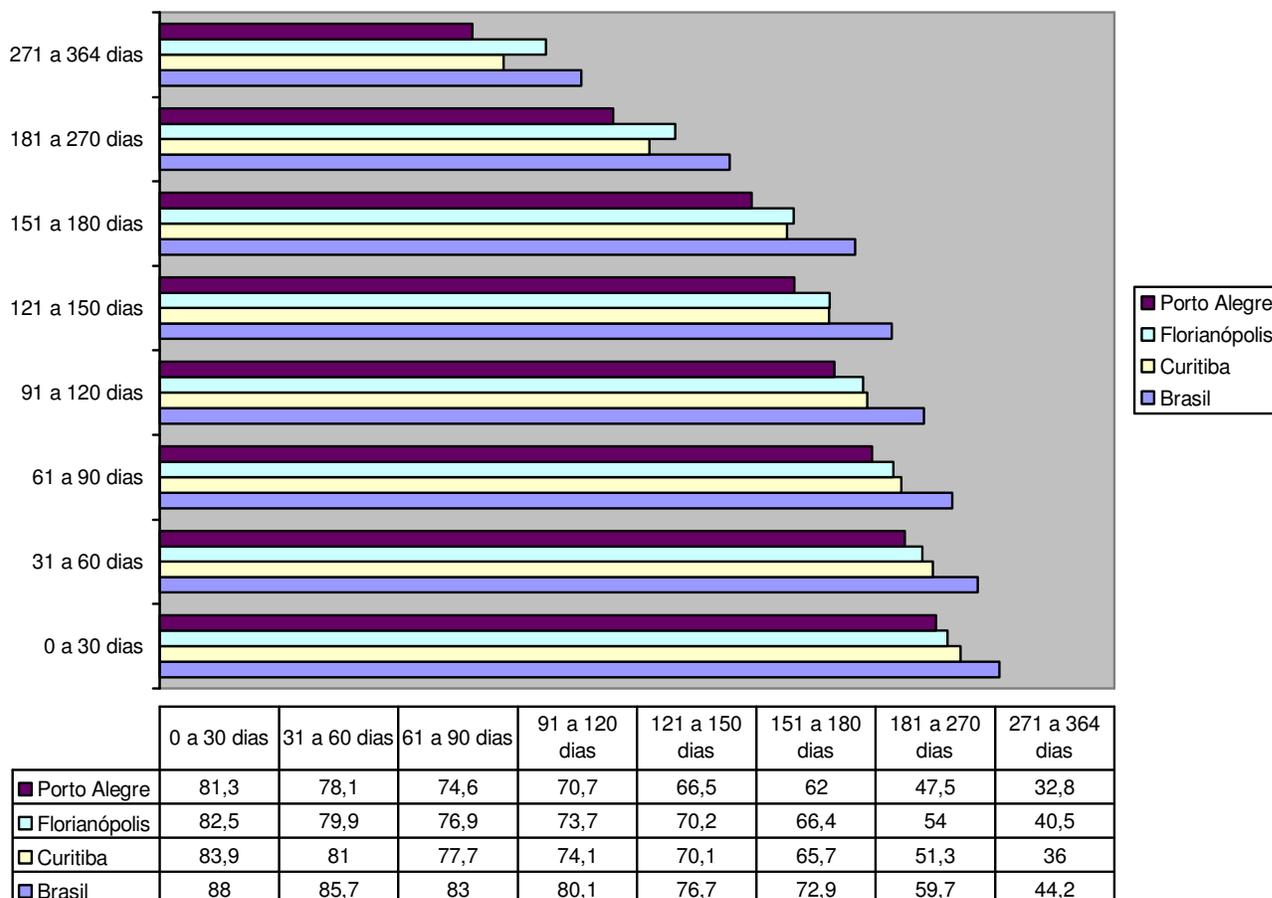
São inquestionáveis as vantagens do leite humano para a criança até o sexto mês de vida. A superioridade do leite humano está diretamente relacionada à sua digestibilidade, à sua composição química balanceada, à ausência de fenômenos alergênicos e à sua ação anti-infecciosa. A amamentação é valorizada ainda como importante fator na promoção da interação mãe e filho, o que é recomendável para o bom desenvolvimento psico-emocional e social da criança (BOWBY, 1990).

Assim, o aleitamento materno foi instituído e reafirmado ao longo dos tempos, como estratégia simplificada em nível de atenção primária para a redução da mortalidade e da morbidade infantis, principalmente em países do Terceiro Mundo. As políticas na área da saúde da mulher e da criança têm colocado a amamentação como de extrema relevância social, particularmente para a classe social pobre, onde ela deve ser amplamente estimulada por ser vital à sobrevivência das crianças no primeiro ano de vida, em razão das condições desfavoráveis de vida que trazem implicações para a saúde infantil.

No Brasil, estudos epidemiológicos evidenciam que, ao longo dos anos, tem-se conseguido saldos positivos na retomada do aleitamento materno. No entanto, as taxas de prevalência estão muito longe de atingir as recomendações da Organização Mundial da Saúde, ou seja, do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) por 6 meses e da manutenção do Aleitamento Materno (AM) após a introdução de outros alimentos até os 2 anos de vida ou mais (PEREIRA *et al*, 2004).

Na seqüência apresenta-se o gráfico 10 relacionado à taxa de prevalência do aleitamento materno:

Gráfico 10 - Taxa de prevalência (%) e do aleitamento materno, Brasil, Região Sul (Curitiba, Florianópolis, Porto Alegre), 1999



Fonte: MS/Secretaria de Políticas de Saúde-estudos amostrais

Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

Verifica-se que a média da prevalência do aleitamento materno em Curitiba é a maior da região Sul, ficando abaixo da média do Brasil. Este dado é relevante principalmente porque um dos objetivos do Programa Mãe Curitibana e do Programa Nascer em Curitiba é influenciar o aleitamento materno. Sendo assim verifica-se que a prevalência média encontrada em Curitiba, em comparação com as demais capitais da região sul, pode ser considerada boa. Estes dados traduzem-se em melhorias na condição de vida dos bebês, uma vez que estes dependem do aleitamento materno para seu desenvolvimento.

4.2.1.3 Mortalidade infantil

Sabe-se que as condições de saúde do recém nascido dependem do grau de normalidade do período gestacional, podendo-se atribuir parte da mortalidade e morbidade da fase perinatal aquele período (GIRON *et al*, 1974).

Pela vulnerabilidade as condições de vida e de acesso a bens e serviços, o primeiro ano de vida constitui-se em um dos períodos de maior risco de morte. Assim, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) tem sido considerada um indicador sensível às condições sociais e de saúde das populações humanas (VERMELHO, COSTA, 2002).

A taxa de mortalidade infantil é definida como a probabilidade de morte em menores de um ano de idade a cada mil nascidos vivos em determinada área geográfica e período, ou seja, a estimativa do risco de morte dos nascidos vivos durante seu primeiro ano de vida. As taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas em altas (50 óbitos por mil nascidos vivos ou mais), médias (20 a 49 óbitos por mil nascidos vivos) e baixas (menos de 20 óbitos por mil nascidos vivos) (SIMÕES, MONTEIRO, 2002).

De maneira geral, altas taxas de mortalidade infantil estão associadas a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida. A mortalidade infantil é composta por três períodos distintos: neonatal precoce (0 a 6 dias de vida), neonatal tardia (7 a 27 dias de vida) e pós neonatal (28 dias e mais de vida). Os períodos iniciais refletem diretamente a oferta e qualidade do sistema de saúde, bem como o estilo de vida da gestante. O período pós-neonatal, questões relativas à estrutura ambiental, urbana, sanitária, social e outros aspectos são decisivos (IPPUC, 2003).

A mortalidade infantil, no Brasil, vem mantendo a tendência de queda, conforme mostra a tabela 5, 6 e 7, que estão na seqüência, principalmente nas últimas duas décadas, quando se observam reduções mais significativas do indicador, resultado do declínio da fecundidade, de intervenções nas áreas de saneamento básico e educação, do aumento da cobertura vacinal e de medidas como o uso de soro de reidratação oral e promoção à amamentação.

Tabela 5 – Taxa de mortalidade precoce, Brasil, 1997-2004

Número de óbitos na idade de 0 a 6 dias por 1.000 nascidos vivos, Brasil, 1997-2004								
Região e UF	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Brasil	15,62	14,31	14,29	13,47	13,09	12,42	11,8	11,49
Região Norte	16,5	15,42	15,67	14,75	14,54	13,45	13,27	12,77
Rondônia	15,47	14,87	15,15	15,07	14,25	13,68	13,58	12,64
Acre	16,2	19,3	21,73	16,56	17,8	14,51	15,63	13,02
Amazonas	17,54	16,08	15,21	13,83	13,48	12,98	12,13	11,34
Roraima	12,18	10,73	8,37	8,44	10,27	8,22	8,44	6,7
Pará	16,45	15,05	16,05	15,08	14,9	13,65	13,62	13,28
Amapá	15,18	14,6	14,32	17,99	15,14	13,51	13,6	15,36
Tocantins	15,89	15,33	15,87	14,62	14,9	13,8	13,75	13,8
Região Nordeste	21,02	18,63	20,09	19,69	19,48	18,42	17,45	17,58
Maranhão	25,92	23,54	21,53	19,69	18,6	17,9	16,91	16,7
Piauí	24,86	24,29	21,22	19,98	19,18	17,73	16,9	16,9
Ceará	17,11	14,83	15,06	16,71	15,97	14,93	14,53	14,72
Rio Grande do Norte	23,87	22,02	27,91	20,88	20,9	20,27	19,61	18,94
Paraíba	19,43	18,37	20,02	20,03	22,34	20,46	19,25	19,36
Pernambuco	22,53	18,66	19,87	19,89	20,44	18,72	17,51	18,16
Alagoas	20,79	18,49	19,81	25,37	22,45	21,34	19,46	20,42
Sergipe	27,15	22,83	24,34	20,41	20,41	21,57	18,09	18,16
Bahia	20,72	19,1	21,18	19,18	19,26	18,45	17,79	17,52
Região Sudeste	12,32	11,28	10,7	9,49	8,71	8,41	8	7,61
Minas Gerais	14,07	13,02	13,08	12,78	11,91	11,81	11,12	10,82
Espírito Santo	9,63	9,9	8,82	9,88	8,88	8,99	8,31	7,17
Rio de Janeiro	12,79	11,78	11,42	10,24	9,68	9,74	9,12	8,8
São Paulo	11,54	10,37	9,5	8,85	8,24	7,84	7,45	7,11
Região Sul	8,6	8,78	8,84	8,55	8,22	7,98	7,58	7,42
Paraná	9,69	10,07	10,59	10,48	9,18	8,9	8,53	8,03
Santa Catarina	8,68	8,26	8,44	7,91	8,12	8,01	7,24	6,65
Rio Grande do Sul	7,4	7,71	7,31	6,94	7,27	6,98	6,76	7,2
Região Centro-Oeste	12,44	11,91	11,37	10,65	11,19	9,98	9,66	9,18
Mato Grosso do Sul	13	11,79	11,85	12,04	12,99	10,27	9,1	10,15
Mato Grosso	13,45	12,7	13,07	11,76	12,51	11,91	10,72	10,31
Goiás	12,54	12,17	12,06	10,84	11,35	10,25	10,63	9,76
Distrito Federal	10,13	10,32	7,95	7,67	7,84	6,91	7,09	5,97

Fontes: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC
MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Elaboração da tabela: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

Tabela 6 – Taxa de mortalidade tardia, Brasil, 1997-2004

Número de óbitos na idade de 7 a 27 dias por 1.000 nascidos vivos, Brasil, 1997-2004								
Região e UF	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Brasil	4,2	3,84	3,73	3,66	3,58	3,62	3,52	3,51
Região Norte	4,06	3,84	3,84	3,85	3,63	3,62	3,58	3,53
Rondônia	3,86	3,85	2,85	2,76	2,41	2,25	2,51	2,61
Acre	5	5,51	4,63	3,52	3,06	4,58	3,76	3,3
Amazonas	2,97	3,25	2,96	4,36	4,22	3,6	3,74	3,49
Roraima	3,35	1,67	2,19	4,84	2,37	4,72	2,2	3,25
Pará	4,92	4,16	4,48	4	3,89	3,67	3,8	3,67
Amapá	4,4	5,28	6,19	3,3	3,81	4,29	4,3	4,16
Tocantins	2,64	2,65	3,14	3,08	2,57	3,84	2,97	3,52
Região Nordeste	6,09	5,11	4,7	4,79	4,49	4,86	4,4	4,4
Maranhão	5,96	4,75	4,06	4,48	4,72	5,06	4,09	4,59
Piauí	3,91	3,46	4,45	4,23	3,82	3,95	3,64	3,64
Ceará	6,15	5,59	4,65	5,31	5,1	5,53	4,78	4,75
Rio Grande do Norte	6,39	4,82	4,91	4,64	5,85	4,72	4,64	5,09
Paraíba	5,61	5,63	5,13	4,98	4,96	5,15	5,32	4,98
Pernambuco	7,79	5,93	5,49	5,13	4,39	4,92	4,74	4,23
Alagoas	8,46	6,98	6,71	6,81	6,2	7,48	5,72	5,56
Sergipe	4,31	3,73	4,56	5,34	3,72	3,65	4,71	5,56
Bahia	4,83	4,16	3,68	3,82	3,64	3,96	3,56	3,54
Região Sudeste	3,25	3,03	3,03	2,77	2,75	2,64	2,7	2,66
Minas Gerais	3,24	2,81	2,94	2,8	2,88	3,03	2,92	2,97
Espírito Santo	2,88	2,72	2,71	2,57	2,54	2,69	2,62	2,7
Rio de Janeiro	3,65	3,31	3,55	3,38	3,1	2,95	3,14	3,01
São Paulo	3,1	3,01	2,84	2,83	2,96	2,78	2,84	2,8
Região Sul	2,3	2,35	2,32	2,33	2,41	2,5	2,58	2,58
Paraná	2,31	2,44	2,39	2,41	2,31	2,65	2,45	2,51
Santa Catarina	1,86	2,22	2,09	1,66	2,09	1,91	2,01	2,19
Rio Grande do Sul	2,52	2,34	2,36	2,6	2,68	2,67	3,03	2,87
Região Centro-Oeste	3,18	3,28	3,18	3,47	3,23	3,24	3,28	3,32
Mato Grosso do Sul	3,5	3,6	3,87	3,73	3,01	2,68	3,59	3,18
Mato Grosso	2,9	3,04	2,69	4,02	3,31	3,17	3,51	3,32
Goiás	3,31	3,23	3,51	3,61	3,38	3,76	3,39	3,43
Distrito Federal	2,64	3,16	2,38	2,38	3,05	2,8	2,47	3,18

Fontes: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC
MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Elaboração da tabela: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

Tabela 7 – Taxa de mortalidade pós-neonatal, Brasil, 1997-2004

Número de óbitos na idade de 28 a 364 dias por 1.000 nascidos vivos, Brasil, 1997-2004								
Região e UF	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Brasil	12,1	12,3	10,4	9,64	8,96	8,3	8,24	7,58
Região Norte	11,6	11,8	10,3	10,1	9,62	9,91	9,37	9,22
Rondônia	10,03	9,28	8,73	7,78	7,94	7,74	6,79	6,91
Acre	21,09	20,78	13,13	15,58	13,5	14,12	12,76	14,85
Amazonas	11,63	11,7	11,84	10,94	10,64	11,07	11,19	11,68
Roraima	10,76	12,4	9,61	9,19	8,82	7,52	9,05	9,04
Pará	11,38	12,17	9,61	9,94	9,21	9,77	8,86	8,61
Amapá	6,26	5,51	6,34	4,62	6,24	6,72	6,02	3,86
Tocantins	13,57	13,08	11,16	11,69	11,26	10,5	10,95	9,94
Região Nordeste	23,3	23,4	19,5	16,9	15,3	14	13,6	12
Maranhão	18,5	19,21	19,28	18,31	17,01	15,45	15,7	13,89
Piauí	15,2	13,71	13,45	12,75	11,96	11,47	10,94	9,43
Ceará	23,23	22,62	20,26	15,23	13,78	12,33	11,69	9,98
Rio Grande do Norte	23,08	23,65	14,87	15,96	12,84	12,92	12,17	11,08
Paraíba	28,36	26,39	22,5	20,18	15,64	15,34	14,59	13,22
Pernambuco	26,78	26,82	22,58	19,63	17,77	17,11	16,82	15,18
Alagoas	40,16	39,86	35,02	25,86	26,21	23,16	24,23	21,11
Sergipe	13,57	18,14	15	13,26	13,44	11,09	12,43	10,55
Bahia	19,28	18,92	14,86	14,44	12,46	11,06	10,42	9,19
Região Sudeste	7,5	7,29	6,23	5,75	5,35	4,68	4,91	4,65
Minas Gerais	8,69	8,92	7,59	7,03	6,9	6,05	6,13	5,75
Espírito Santo	6,75	7,49	6,15	6,39	6,45	4,41	5,43	5,15
Rio de Janeiro	7,6	7,47	6,32	6,12	5,47	5,25	5,4	5,42
São Paulo	6,96	6,46	5,56	5,65	5,3	4,68	4,9	4,59
Região Sul	6,64	7,59	6,01	6,15	5,78	5,57	5,62	4,98
Paraná	7,14	8,47	6,69	6,69	6	5,27	5,51	4,99
Santa Catarina	6,9	6,52	5,82	6,15	5,3	5,34	4,86	4,78
Rio Grande do Sul	5,98	7,25	5,43	5,6	5,8	6	6,17	5,09
Região Centro-Oeste	8,74	8,13	7,31	6,83	6,2	6,03	5,77	6,2
Mato Grosso do Sul	9,61	9,85	9,15	8,06	8	7,39	7,44	7,96
Mato Grosso	10,35	9,8	8,71	7,7	6,76	6,7	6,81	6,75
Goiás	8,56	7,94	6,91	7,04	5,99	6,01	5,39	5,66
Distrito Federal	6,36	4,86	4,81	4,35	4,29	3,94	3,73	4,8

Fontes: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC
MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM

Elaboração da tabela: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

Nos últimos anos, segundo tabelas 5, 6 e 7, no Brasil, tem sido registrada maior redução da mortalidade infantil, especialmente do componente pós neonatal. Esta diminuição vem ocorrendo principalmente em áreas com condições sociais mais desfavoráveis, queda essa atribuída, sobretudo, aos valores iniciais mais elevados do que os apresentados por áreas mais ricas, além dos efeitos de expansão de serviços de saúde e da transferência de tecnologias, propiciando acesso mais amplo a esses recursos, inclusive a parcelas da população menos privilegiadas socialmente (COSTA *et al*, 2003; HOLCMAN, LATORRE, SANTOS, 2004).

No Brasil, no período de 1990 a 2000 a mortalidade infantil passou de 48,4 óbitos por mil nascidos vivos para 33,6 óbitos por mil nascidos vivos, ou seja um decréscimo de 30,6%. É importante ressaltar que os contrastes sociais e econômicos interferem diretamente na mortalidade infantil. Este indicador está relacionado com a pobreza, reflete a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, principalmente aos cuidados pré natais e do recém nascido, na qualidade do atendimento médico prestado e no acesso ao saneamento básico.

Enquanto na região Nordeste, no ano de 1997, a taxa de mortalidade precoce chegava em média, a 19,69 mortes por mil nascidos vivos, a taxa de mortalidade tardia apontou 4,7 mortes por mil nascidos vivos, e a mortalidade pós neonatal indicou 19,5 mortes por mil nascidos vivos. Nas regiões Sul e Sudeste, no ano de 1997 os valores respectivos a taxa de mortalidade precoce, tardia e pós neonatal foram, 8,84 mortes por mil nascidos vivos, 2,32 mortes por mil nascidos vivos e 6,01 mortes por mil nascidos vivos. Verifica-se que a diferença da taxa de mortalidade entre a região nordeste e região sul foi de aproximadamente a metade de mortes na região sul, onde os padrões de desenvolvimento são bastante distintos. Pode-se examinar que esta proporção de mortes mantém-se constante ao longo dos anos, sem apresentar variações muito distintas a estas.

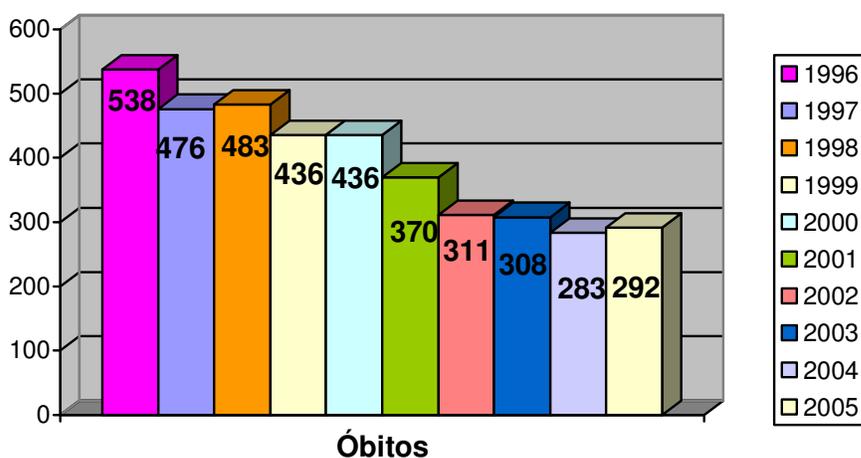
Conhecer os diferenciais nos padrões dessa mortalidade, de acordo com as condições de vida e ambiente das comunidades, é fundamental para o estabelecimento de políticas públicas mais apropriadas a cada realidade (ANDRADE *et al*, 2006).

Em síntese a medida que piora a condição de vida, há um crescimento no gradiente dos coeficientes de mortalidade infantil, neonatal, e pós neonatal (GUIMARÃES *et al*, 2003). A mortalidade infantil é considerado um indicador sensível das condições de vida e saúde de uma população (UNICEF, 1989). Este fato deve-se a sua estreita relação com as classes sociais através de um gradiente de mortalidade e a sua sensibilidade diante de mudanças

sociais e econômicas. A maior vulnerabilidade das crianças menores de um ano é atestada pela maneira dramática e contundente de suas reações aos agravos e as privações proporcionadas pelo meio onde vivem (LEITE, SILVA, 2005).

Em Curitiba a mortalidade infantil se apresenta da seguinte forma:

Gráfico 11 – Mortalidade proporcional por idade, menores de 1 ano, Curitiba, 1996-2005



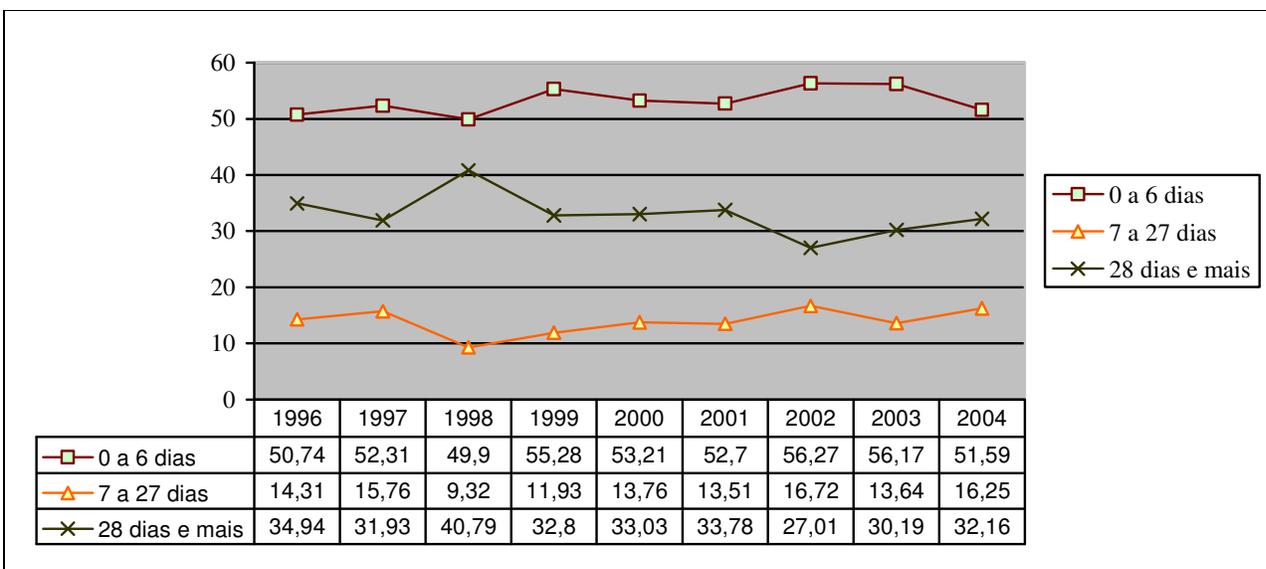
Fonte: Ministério da Saúde/SVS – Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

É importante ressaltar que o número de óbitos infantis em Curitiba é o menor da história. Se as mortes maternas caíram de 21, em 1999 (71,1 por 100 mil nascidos vivos), para oito, em 2005, no mesmo período a mortalidade infantil diminuiu de 436 óbitos - 14,73 por mil nascidos vivos - para 292 (12,08 por mil nascidos vivos). Verifica-se que houve uma redução da mortalidade infantil do período de 1996 a 2005, de 46%, ou seja de 538 óbitos em 1996, para 292 óbitos em 2005.

Boa parte destes resultados podem estar relacionados ao Programa Mãe Curitibana, a partir da ampliação dos exames de pré-natal (incluindo HIV e toxoplasmose) e vinculação da gestante à maternidade onde terá o bebê. E o programa Nascer em Curitiba Vale a Vida, através de ações de educação, orientação para a gestante, e acompanhamento do bebê.

Gráfico 12 – Proporção de óbitos infantis por faixa etária, menores de 1 ano, Curitiba, 1996 - 2004



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

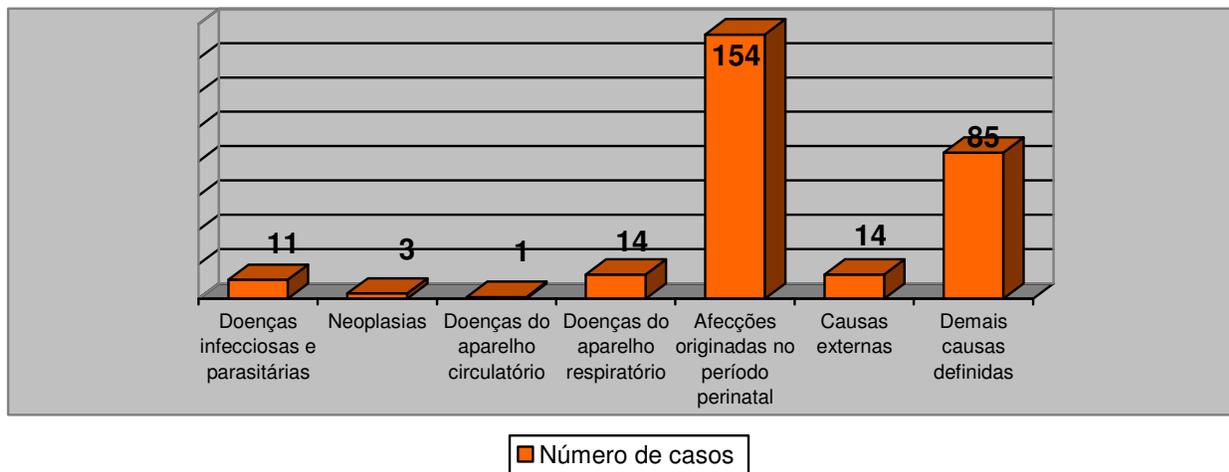
Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

Verifica-se no gráfico 12, que a mortalidade infantil, neonatal precoce manteve-se aproximadamente na mesma proporção no período entre 1996 e 2004, tendo um aumento nos anos de 2002 e 2003, mas decaindo em 2004. Sendo assim os programas Mãe Curitibana e Nascer em Curitiba não surtiram impacto significativo na faixa etária de 0 a 6 dias de vida. No período neonatal tardio (7 a 27 dias) a proporção não sofreu muitas alterações em relação à implantação dos programas. Os referidos programas influenciam com maior representatividade o período pós neonatal (28 dias e mais de vida), onde os dados acusam a proporção de 40,79 óbitos no ano de 1998, sofrendo redução constante, mantendo-se aproximadamente na proporção de 32 e 33. Em 2002 os óbitos no período pós neonatal, registraram o menor valor, 27,01.

Em comparação ao componente neonatal da mortalidade infantil, o período pós neonatal (de 28 dias até 1 ano) tem sido considerado um indicador mais específico das condições de vida, em geral, pelo padrão das causas de morte que prevalecem nesse período (doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório, entre outras) (VERMELHO; COSTA, 2002). O período pós neonatal da mortalidade infantil, discrimina adequadamente as condições de vida (ANDRADE *et al*, 2006), sendo assim pode-se afirmar

que os referidos programas influenciaram de maneira positiva a condição de vida da população de Curitiba.

Gráfico 13 - Mortalidade proporcional, menores de 1 ano, por grupos de causas, Curitiba, 2004



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

Em relação as principais causas de óbitos infantis (gráfico 13), observa-se que, dos 282 óbitos ocorridos no ano de 2004, aproximadamente 54% estavam relacionados a afecções originadas no período perinatal, a causa que ficou em segundo lugar, com maior proporção de mortalidade foi, demais causas definidas, com 30%, e em terceiro empatadas, causas externas e doenças do aparelho respiratório, com 5% cada uma. As doenças infecciosas e parasitárias encontraram-se em 2004, como a quinta causa de mortalidade, em menores de 1 ano. Este dado é importante para o estudo, visto que estas doenças estão diretamente relacionadas com a condição de vida da população.

4.2.1.4 Baixo peso ao nascer

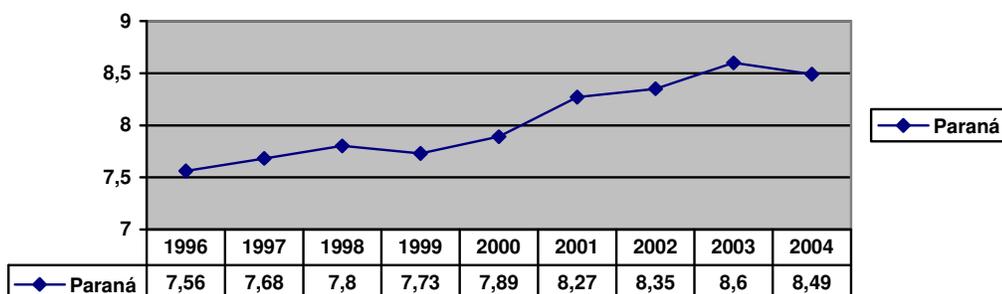
A taxa de baixo peso ao nascer (BPN) é definida como o percentual de nascidos vivos com peso inferior a 2500 gramas, na população residente em determinado espaço geográfico,

no ano considerado. O peso ao nascer é uma das principais medidas de desenvolvimento intra uterino da criança, indicadora, por um lado das condições de vida da mãe e, por outro, dos cuidados pré natais, construindo um dos fatores que influenciam a saúde da criança no primeiro ano de vida.

O nascimento antes do tempo expõe o recém nato a todos os riscos de uma vida extra uterina com pulmões e órgãos imaturos e a um elevado risco de morte no período neonatal (até 27 dias de vida). O retardo do crescimento intra-uterino pode indicar déficit de pré-natal e do estado nutricional da mãe, e se reflete na vida pós neonatal (28 dias a 1 ano de idade), apresentado um coeficiente de mortalidade neonatal mais baixo. Neste sentido o indicador de baixo peso é um bom indicador da qualidade de assistência à saúde da mulher, na medida em que grande parte de seus fatores causais são, em sua maioria, passíveis de controle através da atenção básica adequada a mulher em idade fértil.

Convenções internacionais estabelecem que a proporção de recém nascidos com baixo peso não deve ultrapassar 10%, sendo que em países desenvolvidos são encontrados valores em torno de 5 a 6% (ONU *apud* PNUD, 1998). No Paraná, segundo gráfico 14, as taxas de baixo peso ao nascer vem se mantendo acima de 7%, nos últimos anos, passando de 7,56 % em 1996 para 8,49 % em 2004. Apesar do aumento da porcentagem, ainda os dados encontram-se abaixo dos 10%, valor preconizados pela ONU *apud* PNUD (1998) para países em desenvolvimento.

Gráfico 14 – Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, Paraná, 1996 - 2004

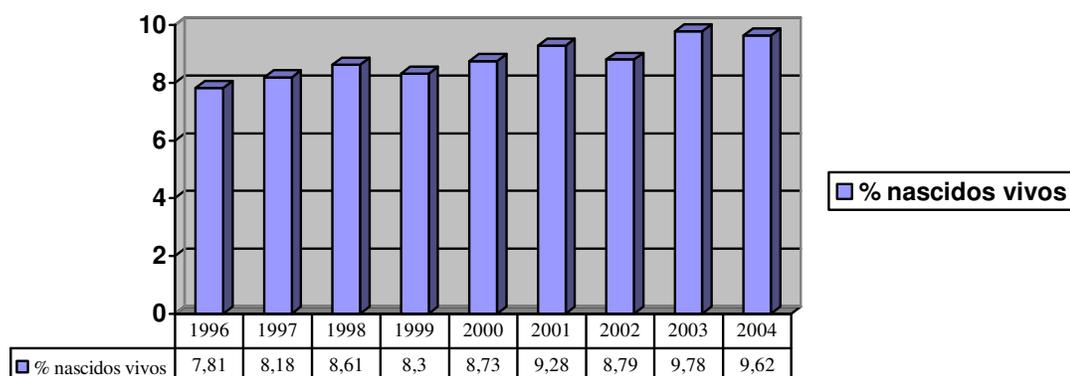


Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

Em Curitiba (gráfico 15), entre 1996 e 2000 o número de nascidos vivos passou de 38.092 para 39.204, um crescimento de 2,9% no período. Em relação ao percentual de nascidos vivos com baixo peso, conforme verifica-se no gráfico 15, manteve-se, nos últimos anos, média acima de 7%, sem apresentar tendência de redução, porém o percentual encontra-se menor que 10%, valor que, segundo a ONU *apud* PNUD (1998) não deve ser ultrapassado.

Gráfico 15 - Percentual de nascidos vivos com baixo peso (<2500g), Curitiba, 1996 - 2004



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos Elaboração: autora do estudo, Curitiba, 2007

Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

É importante verificar o percentual de nascidos vivos em relação ao período gestacional. Estes dados podem estar relacionados à intensificação dos programas de pré natal e da vigilância nutricional durante a gestação, neste caso específico estará sendo analisado o Programa Mãe Curitibana e Programa Nascer em Curitiba Vale a Vida.

Salienta-se que se consideram recém nascidos com baixo peso, aqueles que apresentam ao nascer peso igual ou inferior a 2500g. O tempo de gestação a termo é considerado de 37 a 41 semanas, sendo que pré termo, são as gestações com duração inferior a 37 semanas e pós termo aquelas com duração posterior a 41 semanas.

A seguir apresenta-se a tabela 8 relacionado aos recém nascidos de baixo peso, segundo a duração da gestação.

Tabela 8 – Número de recém nascidos com baixo peso, segundo duração da gestação, Curitiba, 1996 - 2004.

Ano	Pré-termo	A termo	Pós-termo	Ignorado	Total
1996	1.018	1.278	6	20	2.322
1997	1.010	1.400	6	23	2.439
1998	1.148	1.337	2	10	2.497
1999	1.129	1.317	3	5	2.454
2000	1.297	1.223	4	6	2.530
2001	1.238	1.272	1	3	2.514
2002	1.251	1.062	3	...	2.316
2003	1.357	1.070	2	...	2.429
2004	1.281	1.137	3	4	2.425

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Elaboração da tabela: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

Em Curitiba, verifica-se na tabela 8, que os recém nascidos com baixo peso, em sua grande maioria nascem a termo. Na seqüência, quase que na mesma quantidade de nascimentos, aparecem os nascimentos que tem período de gestação pré termo, ou seja nascem antes de completar as 37 semanas. E número bem menor nasce pós termo. Estes dados são importantes, porque indicam em parte como foi a gestação da mãe, em que condições de vida esta se encontrava.

Em relação ao percentual de nascidos vivos com baixo peso, verifica-se que os referidos programas quase não influenciaram os dados, estes mantiveram-se historicamente com valores semelhantes antes e após a implementação. Ressalva deve ser feita ao programa Nascer em Curitiba Vale a Vida, que pode ter influenciado positivamente. Isto pode ser verificado na tabela 8, que a partir de 2002 os recém nascidos de baixo peso, em sua maioria, nasceram pré termo, o que se contradiz aos períodos anteriores, em que a maioria nasceu a termo.

4.2.1.5 Incidência da AIDS

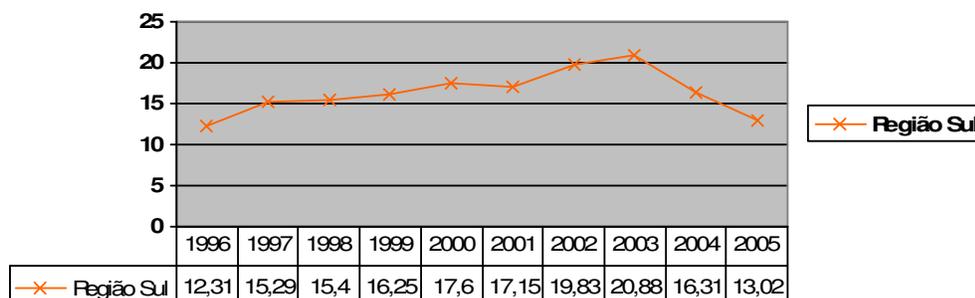
A AIDS é uma doença emergente que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade. No mundo, 35 milhões de pessoas vivem com HIV/AIDS, sendo 15 milhões de mulheres. Os países em desenvolvimento concentram 90% da epidemia, segundo a UNADIS (PNUD/IDHS, 2006).

A taxa de incidência da AIDS é definida como o número de casos novos confirmados da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida SIDA/AIDS, por 100 mil habitantes, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado. O indicador não reflete a situação da infecção pelo HIV e sim da doença, cujos sinais e sintomas surgem, em geral, ao longo período de infecção assintomática durante o qual o indivíduo permanece infectante.

Apesar de saber que a AIDS tem atingido indivíduos de diferentes faixas etárias e condições socioeconômicas, os dados do MS e Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) apontam que a maior incidência da AIDS está nas populações de menor renda e de menor escolaridade (PNUD/IDHS, 2006). De acordo com Santos & Santos (1999) há uma tendência de pauperização da doença, estando à população de menor renda e menor escolaridade mais exposta a AIDS.

O primeiro caso no Brasil foi identificado em 1980, nos anos seguintes, assistiu-se a um crescimento acelerado da doença. Do início de 1980 até dezembro de 2002 foram diagnosticados e notificados ao Ministério da Saúde 257.780 casos de AIDS, sendo 185.061 em homens e 72.719 em mulheres (IPPUC, 2003).

Na região sul a taxa da incidência da AIDS manteve conforme gráfico 16, apresentado na seqüência:

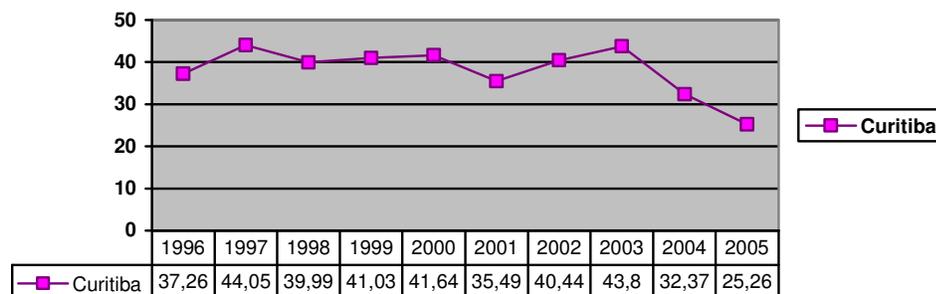
Gráfico 16 – Taxa de incidência da AIDS, Região Sul, 1996 - 2005

Fonte: Ministério da Saúde/SPS/Coordenação Nacional de DST/Aids

Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

Verifica-se que de 1996 a 2003 a incidência da AIDS teve a tendência de aumento, passando de 12,31 casos por 100.000 habitantes, no ano de 1996 para 20,88 casos por 100.000 habitantes em 2000, aumento aproximado de 42%. Porém pode-se constatar que a partir de 2003 houve uma desaceleração da incidência da doença, sendo que em 2005 encontra-se em 13,02 casos por 100.000 habitantes.

Em Curitiba o primeiro caso de AIDS foi diagnosticado em 1984 e até o ano de 2005 a taxa de incidência na população encontrava-se em 25,26 casos para 100.000 habitantes. A taxa de incidência da AIDS na capital, no período de 1996 a 2005 apresenta-se da seguinte forma:

Gráfico 17 - Taxa de incidência da AIDS, Curitiba, 1996 – 2005

Fonte: Ministério da Saúde/SPS/Coordenação Nacional de DST/Aids

Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

A incidência de AIDS no município mostra uma tendência a estabilização, apresenta-se segundo dados do MS, com aproximadamente 600 casos novos por ano. A taxa de incidência, que girava em torno de 40 casos/100.000 habitantes em 1997/1998, caiu para 35,49 casos /100.000 habitantes em 2001 e 25,26 casos/100.000 habitantes em 2005. A redução de 39% na taxa de incidência entre os anos de 1999 e 2005, pode estar relacionada com a implementação do Programa Mãe Curitiba, implantado em 1999, visto que as atividades que são realizadas envolvem orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis.

Em Curitiba, assim como no restante do país, a relação sexual continua sendo a principal fonte de exposição em maiores de 12 anos de idade. As relações heterossexuais, que no início da epidemia respondiam por 17% do total de casos notificados, assumem maior importância como forma de exposição. A letalidade da doença diminuiu significativamente desde o início da epidemia quando chegava a 100%. Em Curitiba, no ano de 2000 e 2001 o número de casos fatais, representava aproximadamente 17% do número de casos totais (IPPUC, 2003).

É importante ressaltar mais uma vez que o Programa Mãe Curitiba, envolve em suas atividades orientações sobre planejamento familiar e doenças sexualmente transmissíveis. A incidência da AIDS, pode ser influenciada com o desenvolvimento do programa. Também devem ser considerados a evolução dos recursos de diagnósticos e critérios de confirmação dos casos de AIDS. Sendo assim, pode-se afirmar que o referido programa demonstra influenciar positivamente a condição de vida da população.

4.2.1.6 Desdobramentos do Programa Mãe Curitiba e do Programa Nascer em Curitiba Vale a Vida

O Programa Mãe Curitiba teve sua implantação, no ano de 1999, este visa dar atenção integral a todas as gestantes acompanhadas na rede pública, objetiva diminuir a mortalidade de mulheres e crianças, está direcionado a gestantes e recém nascidos. O Programa Nascer em Curitiba Vale a Vida implantado em 2001, visa realizar o acompanhamento das crianças, através de visitas domiciliares, busca ativa e acompanhamento mensal da criança até 1 ano de idade.

Com relação ao indicador de mortalidade materna, Curitiba apresentou redução no número de óbitos de 1994 a 2005. Porém esta redução não foi constante, mas é importante mencionar que os menores valores do coeficiente de mortalidade materna por 100.000 habitantes, foram atingidos após a implementação dos referidos programas. Em 1996, 78,6% das gestantes realizaram pré natal, em 1999, ano de implementação do programa Mãe Curitibana, 75% realizaram o pré natal, e a partir deste ano a porcentagem de gestantes que realizaram o pré natal somente aumentou, chegando em 2005, a 100,0% das gestantes realizando pré natal.

Ainda pertinente ao indicador de mortalidade materna, especial atenção deve ser dada ao local de realização do pré natal. Em Curitiba, no ano de 2005, 62,5% gestantes foram atendidas nas unidades de saúde municipais, e 37,5% em outros convênios e particulares. Estas informações são relevantes para avaliação das políticas públicas relacionadas com a condição de vida da população, pois os serviços públicos são ofertados a toda a população.

O indicador de prevalência do aleitamento materno está relacionado com a condição de vida dos bebês, visto que estes dependem do aleitamento materno para seu desenvolvimento. Os programas mencionados possibilitam melhorias na condição de vida da população, na medida em que fornecem informações, orientações e estimulam a prática do aleitamento materno.

No indicador de mortalidade infantil, Curitiba apresentou redução constante depois da implantação do Programa Mãe Curitibana (1999) e este declínio ficou mais evidente após a implantação do Programa Nascer em Curitiba Vale a Vida (2001). É importante ressaltar que o número de óbitos infantis em Curitiba, em 2005, é o menor da história. A mortalidade infantil diminuiu de 436 óbitos (14,73 por mil nascidos vivos), para 292 (12,08 por mil nascidos vivos). Verifica-se que houve uma redução da mortalidade infantil do período de 1996 a 2005, de 46%, ou seja, de 538 óbitos em 1996, para 292 óbitos em 2005. Boa parte destes resultados estão relacionados às atividades desenvolvidas pelos programas, como a ampliação de exames pré natais, vinculação da gestante a maternidade, ações educativas e de orientação e acompanhamento dos bebês.

A mortalidade infantil neonatal precoce (0 a 6 dias), manteve-se em Curitiba aproximadamente na mesma proporção no período entre 1996 e 2004, tendo um aumento nos anos de 2002 e 2003, mas decaindo em 2004. Sendo assim os programas Mãe Curitibana e Nascer em Curitiba não surtiram impacto significativo na faixa etária de 0 a 6 dias de vida.

No período neonatal tardio (7 a 27 dias) a proporção também não sofreu muitas alterações em relação à implantação dos programas.

Os referidos programas influenciam com maior representatividade a mortalidade infantil no período pós neonatal (28 dias e mais de vida), onde os dados acusam a proporção de 40,79 óbitos no ano de 1998, sofrendo redução constante, mantendo-se aproximadamente na proporção de 32 em 2004. O período pós neonatal é considerado o mais sensível a condição de vida.

Quanto aos nascidos vivos, em Curitiba, entre 1996 e 2000 o número passou de 38.092 para 39.204, um crescimento de 2,9% no período. Em relação ao percentual de nascidos vivos com baixo peso, manteve-se, nos últimos anos, média acima de 7%, sem apresentar tendência de redução, porém o percentual encontra-se menor que 10%, valor que, segundo a ONU *apud* PNUD (1998) não deve ser ultrapassado.

Em relação ao percentual de nascidos vivos com baixo peso, verifica-se que os referidos programas não influenciaram os dados significativamente, estes mantiveram-se historicamente com valores semelhantes antes e após a implementação. Ressalva deve ser feita ao programa Nascer em Curitiba Vale a Vida, que pode ter influenciado positivamente. Pois a partir de 2002 os recém nascidos de baixo peso, em sua maioria, nasceram pré termo (inferior a 37 semanas de gestação), o que se contradiz aos períodos anteriores, em que a maioria nasceu a termo. O fato de nascerem a pré termo, em partes, justifica a ocorrência de nascidos vivos de baixo peso, visto que não estavam no período adequado (37 a 41 semanas) para nascer.

Quanto ao indicador de incidência da AIDS, Curitiba apresentou tendência a estabilização, em relação a casos novos. Houve redução de 39% na taxa de indecência entre 1999 e 2005, estes dados podem estar relacionados, em partes, a implementação do Programa Mãe Curitibana, que inclui ações de orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis.

Em síntese pode-se afirmar, conforme dados apresentados no item 4.2.1, que o Programa Mãe Curitibana e o Programa Nascer em Curitiba Vale a Vida auxiliam para a melhoria da condição de vida da população curitibana.

4.2.2 Programa Crescendo com Saúde

Em virtude dos objetivos do programa os indicadores que mais sofrem impacto são: mortalidade em menores de cinco anos. Na seqüência será discutido este indicador fundamentando a mudança verificada com implantação do programa.

4.2.2.1 Mortalidade em menores de cinco anos

A taxa de mortalidade em menores de cinco anos é definida como a probabilidade de morte de crianças de 0 a 5 anos de idade a cada mil nascidos vivos em determinada área geográfica e período, ou seja, a estimativa do risco de morte dos nascidos vivos durante seus primeiros cinco anos de vida.

O indicador de mortalidade de menores de cinco anos pode ser postulado como indicador do estado nutricional da população e do nível socioeconômico de maneira ampla, tem significado próximo ao da mortalidade infantil tardia. Foi proposto pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como o principal indicador da situação de saúde da infância, podendo ser visto como a mensuração do resultado final de um processo global de desenvolvimento.

A Investigação Interamericana de Mortalidade na Infância mostrou que o número de óbitos de crianças menores de cinco anos é inversamente proporcional a atenção pré natal recebida pela mãe durante a gestação. Colocando-se a falta de assistência pré natal como um dos fatores responsáveis por óbitos de crianças até os quatro anos (GIRON *et al*, 1974).

Tabela 9 - Proporção de menores de 5 anos de idade na população (% por ano segundo Capital, Brasil, 1991, 1996, 2000 - 2005)

Capital	1991	1996	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Porto Velho	14	12	11,5	11,1	10,9	10,6	10,1	9,9
Rio Branco	13,3	12,3	12,3	12,2	12,1	12	11,8	11,7
Manaus	11,9	11,6	11,9	11,9	11,9	11,9	11,9	11,9
Boa Vista	13,2	13,7	13,1	13,1	13,1	13,1	13,1	13,1
Belém	10,6	9,4	9,5	9,4	9,3	9,2	9	8,9
Macapá	14,6	12,6	13,4	13,4	13,3	13,2	13,1	13,1
Palmas	14	13,1	12	12	12	12	11,9	11,9

São Luís	11,8	9,5	9,7	9,5	9,4	9,2	8,9	8,8
Teresina	12,3	9,7	9,7	9,4	9,2	9	8,6	8,4
Fortaleza	11,4	10,3	9,5	9,4	9,2	9,1	8,8	8,7
Natal	11	9,5	9	8,8	8,6	8,5	8,2	8
João Pessoa	10,9	9,1	8,7	8,5	8,3	8,2	7,9	7,7
Recife	9,9	8,6	8,3	8,1	8	7,9	7,6	7,4
Maceió	11	10,1	10,3	10,2	10,1	10,1	10	9,9
Aracaju	10,7	8,9	8,9	8,8	8,6	8,5	8,2	8,1
Salvador	9,8	8,5	8,5	8,4	8,3	8,2	8	7,9
Belo Horizonte	9,5	8,1	8	7,8	7,7	7,6	7,3	7,2
Vitória	9,2	7,8	7,7	7,5	7,4	7,3	7	6,9
Rio de Janeiro	7,9	7,3	7,6	7,6	7,6	7,6	7,5	7,5
São Paulo	9,2	8,1	8,4	8,4	8,3	8,2	8,1	8
Curitiba	9,6	8,5	8,1	7,9	7,8	7,7	7,5	7,4
Florianópolis	9,4	7,7	7,4	7,3	7,1	7	6,8	6,6
Porto Alegre	8,6	7,6	7,6	7,5	7,5	7,4	7,2	7,1
Campo Grande	11,2	9,8	8,9	8,7	8,6	8,4	8,1	8
Cuiabá	11,7	9,6	8,9	8,7	8,5	8,3	7,8	7,6
Goiânia	10	8,7	8,3	8,1	8	7,9	7,6	7,5
Brasília	10,9	9,9	9,8	9,7	9,7	9,6	9,4	9,4

Fonte: Censos Demográfico (1991 e 2000), Contagem Populacional (1996) e projeções e estimativas demográficas (2001-2005).

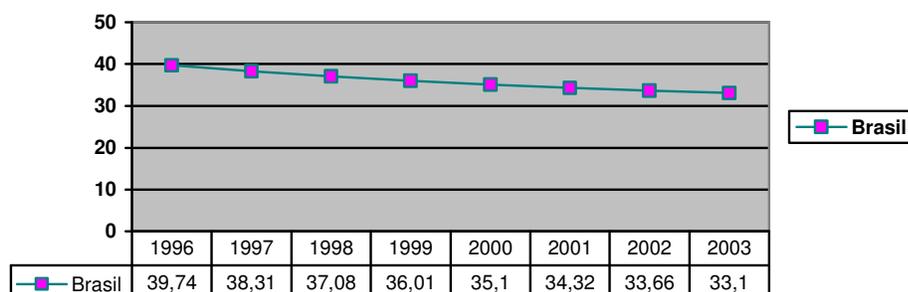
Elaboração da tabela: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

A proporção de crianças menores de cinco anos em Curitiba, de acordo com a tabela 9, sofreu uma redução de 23% no período de 1991 a 2005. Porém a proporção apresentada, por exemplo 7,4 em 2005, é importante para o planejamento de políticas de saúde, voltadas para a população infantil. Promovendo ações que melhorem a saúde dessas crianças estará sendo prevenido futuros agravos a saúde dos adultos.

No Brasil a mortalidade em menores de cinco anos de idade (gráfico 18), no período entre 1996 e 2003, sofreu redução de 17%, passando de 39,74 em 1996 para 33,1 em 2004. Verifica-se a relação direta deste indicador com as questões sanitárias e de doenças infecto contagiosas. Sendo assim a diminuição na taxa de mortalidade, está relacionada a melhores condições de vida da população brasileira no período analisado.

Apresenta-se na seqüência o gráfico de mortalidade em menores de cinco anos de idade:

Gráfico 18 – Taxa de mortalidade em menores de 5 anos de idade por 1.000 nascidos vivos, Brasil, 1996 - 2003

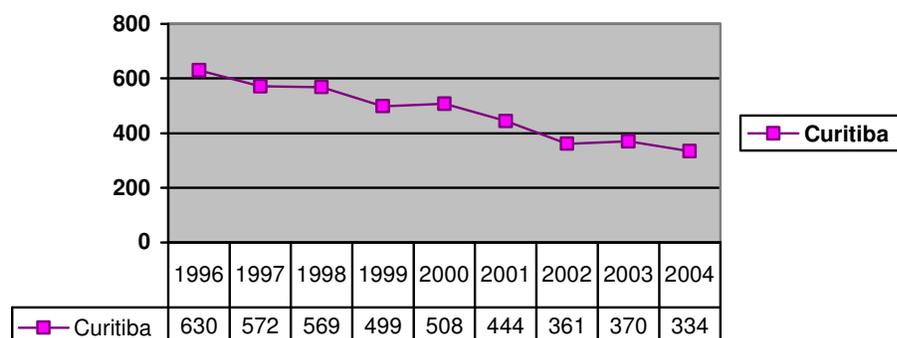


Fontes: MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM; IBGE/Estimativas demográficas

Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

Em Curitiba, verifica-se que a trajetória da mortalidade em menores de cinco anos (gráfico 19) apresenta queda, passando de 630 em 1996, para 444 em 2001 e 334 em 2004. É importante relacionar o decréscimo da taxa de mortalidade infantil em Curitiba à implantação do Programa Crescendo com saúde em 2001. Pois a grande diminuição na mortalidade deu-se após o referido ano de implementação.

Gráfico 19 – Mortalidade em menores de cinco anos (nº de óbitos), Curitiba, 1996 - 2004



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

Em relação as causas da mortalidade em menores de cinco anos, tem-se que em 1999, as doenças diarréicas contribuíram com 10,2% das causas de mortalidade proporcional no Brasil, em crianças menores de cinco anos. O número de casos de diarréia em menores de 2 anos, registrados pelo Banco de dados do sistema único de saúde (DATASUS) entre 1998 e 2003, aumentou em 39%, sendo que as maiores ocorrências, em 2003, concentraram-se nas regiões Nordeste e Norte, respectivamente com 54% e 19% dos casos registrados. Contudo, segundo o mesmo DATASUS, há uma redução de aproximadamente 38% na mortalidade proporcional por doenças diarréicas agudas em menores de 5 anos, entre 1994 e 2000 (PNUD/IDHS, 2006).

Em Curitiba as principais causas de mortalidade em crianças menores de 5 anos, em 2004, apresentam-se na tabela 10, a seguir:

Tabela 10 – Mortalidade em menores de cinco anos, proporcional por grupo de causas (% de óbitos por causas), Curitiba, 2004

	Doenças infecciosas e parasitárias	Neoplasias	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho respiratório	Afecções originadas no período perinatal	Causas externas	Demais causas definidas	Total
Curitiba	5,41	2,40	0,90	5,41	46,25	9,31	30,33	100,00

Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Elaboração da tabela: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

Verifica-se que em Curitiba, no ano de 2004, a principal causa de mortalidade em menores de cinco anos, foi as afecções originadas no período perinatal, em segundo lugar ficaram as demais causas definidas. Isto demonstra que ao contrário dos dados apresentados em relação a situação do Brasil, em 1999, em que aproximadamente 10% dos casos estavam relacionados a doenças infecciosas e parasitárias, em Curitiba a realidade não é esta, talvez este fato esteja relacionado as condições sanitárias da capital paranaense, que apresenta grande parte dos domicílios com água encanada e coleta de lixo.

4.2.2.2 Desdobramentos do Programa Crescendo com Saúde

O Programa Crescendo com Saúde foi implementado em Curitiba no ano de 2001. Está direcionado ao acompanhamento da criança até os 5 anos de idade, através de visitas domiciliares, com vistas a controlar o esquema vacinal e saúde das crianças.

Quanto à proporção de crianças menores de cinco anos na população, Curitiba, sofreu uma redução de 23% no período de 1991 a 2005. Em relação ao indicador de mortalidade em menores de 5 anos de idade por 1000 nascidos vivos, em Curitiba verificou-se que houve queda entre 2001 e 2004, respectivamente de 444 para 334 casos. É importante relacionar o decréscimo da taxa de mortalidade infantil em Curitiba à implantação do Programa Crescendo com saúde em 2001. Pois a grande diminuição na mortalidade deu-se após o referido ano de implementação. Estes dados demonstram a influência do programa supra citado na melhoria da condição de vida das crianças, uma vez que esta política está direcionado a realizar o acompanhamento da criança até os 5 anos de idade.

Dentre as principais causas de mortalidade em menores de cinco anos, no ano de 2004, foram às afecções originadas no período perinatal, em segundo lugar ficaram demais causas definidas. Isto demonstra que ao contrário dos dados relacionados à situação do Brasil, que em 1999, aproximadamente 10% dos casos estavam relacionados a doenças infecciosas e parasitárias, em Curitiba a realidade não é esta, talvez este fato esteja relacionado as condições sanitárias da capital paranaense, que apresenta grande parte dos domicílios com água encanada (98,61%) e com coleta de lixo (99,54%). As doenças infecciosas e parasitárias estão relacionadas diretamente com a condição de vida da população, sendo assim os dados analisados refletem, de certa forma, a condição de vida da população curitibana, visto que estão diretamente relacionados a estruturas básicas de vida.

Em síntese, conforme informações do item 4.2.2, pode-se afirmar que o Programa Crescendo com Saúde aliado as melhorias nas condições sanitárias da população, em partes melhoraram a condição de vida da população curitibana.

4.2.3 Programa Alfabetizando com Saúde

O programa Alfabetizando com Saúde é intersetorial, com a participação das secretarias municipais de Saúde e de Educação, tem como meta zerar o analfabetismo, principalmente entre os idosos. Consiste num conjunto de ações que têm o propósito de

estimular práticas saudáveis, contribuir para a erradicação do analfabetismo em Curitiba e oferecer oportunidades de desenvolvimento cognitivo e social para a população adulta usuária do SUS, por meio de uma efetiva rede de mobilização social, cujo alicerce é o trabalho do cidadão voluntário (SMC, 2005).

As aulas acontecem nas próprias Unidades Municipais de Saúde, final da tarde ou início da noite. O material didático foi elaborado pela Secretaria da Educação e da Saúde especialmente para o programa. A mobilização e a captação dos voluntários ocorre de formas diversificadas.

Atualmente estão participando do Programa Alfabetizando com Saúde 345 alfabetizandos e está implantado em 37 Unidades Municipais de Saúde. Há 61 alfabetizadores voluntários na data de hoje atuando. Vale salientar que muitos deles estão atuando desde o início do programa em 2002. Neste trabalho mostra-se que dentro de uma Unidade de Saúde, ao mesmo tempo, alfabetiza-se usuários adultos do SUS e potencializa-se a prevenção de doenças, uma vez que a saúde é elemento nucleador do processo de aprender a ler, escrever e fazer.

O indicadores diretamente envolvidos com o programa supra citado, são: índice de envelhecimento e taxa de alfabetização.

4.2.3.1 *Índice de envelhecimento*

O aumento da população de idosos no Brasil como um todo (tabela 11), ou seja o crescimento no índice de envelhecimento, tem levado a criação de políticas que envolvam esta população, trazendo melhorias para sua condição de vida. O programa supra citado, está relacionado à melhoria da condição de vida da população de idosos de Curitiba.

Tabela 11 – Índice de envelhecimento (número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens por ano), segundo capital, 1991, 1996, 2000 – 2005.

Número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens por ano, segundo Capital Brasil, 1991, 1996, 2000-2005								
Capital	1991	1996	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Porto Velho	8,5	10,4	12,7	13,4	13,9	14,4	15,5	16,2
Rio Branco	12,4	14,2	15,6	16,0	16,3	16,6	17,7	18,1

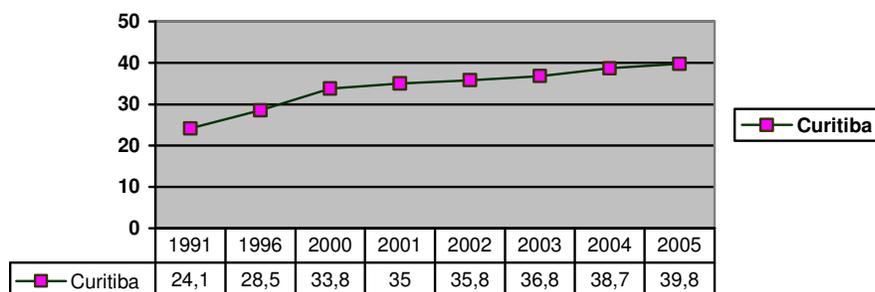
Manaus	10,8	12,4	14,0	14,3	14,6	14,8	15,2	15,5
Boa Vista	8,6	9,5	10,6	10,9	11,0	11,2	11,5	11,6
Belém	16,2	21,3	24,3	25,2	26,0	26,8	28,5	29,4
Macapá	9,4	10,4	11,1	11,3	11,4	11,5	11,7	11,9
Palmas	5,3	6,5	8,2	8,3	8,3	8,4	8,5	8,5
São Luís	12,7	16,1	18,7	19,4	20,0	20,5	21,7	22,4
Teresina	13,0	17,0	20,5	21,4	22,2	23,0	24,6	25,6
Fortaleza	18,7	21,3	25,4	26,2	26,8	27,4	28,6	29,3
Natal	20,3	23,5	27,9	28,7	29,6	30,3	31,9	32,8
João Pessoa	20,9	24,7	29,4	30,2	31,2	32,1	33,8	34,8
Recife	25,8	30,6	35,9	37,1	38,2	39,3	41,7	43,0
Maceió	16,9	19,0	21,5	21,9	22,3	22,7	23,4	23,8
Aracaju	17,3	21,0	25,3	26,3	27,1	28,0	29,9	31,0
Salvador	16,4	21,3	25,8	27,1	28,1	29,1	31,4	32,8
Belo Horizonte	24,2	31,5	37,6	39,0	40,8	42,4	45,8	47,7
Vitória	23,5	30,4	36,9	38,5	40,1	41,6	44,9	46,8
Rio de Janeiro	44,6	52,2	56,8	58,1	59,5	60,8	63,5	65,0
São Paulo	28,2	33,2	37,5	38,3	39,6	40,6	42,7	43,9
Curitiba	24,1	28,5	33,8	35,0	35,8	36,8	38,7	39,8
Florianópolis	24,7	30,4	35,3	36,4	37,3	38,2	40,1	41,1
Porto Alegre	37,7	45,2	51,2	53,1	54,7	56,4	60,0	62,1
Campo Grande	16,5	20,7	25,5	26,5	27,3	28,1	29,8	30,7
Cuiabá	12,0	15,4	19,5	20,4	21,2	21,9	23,6	24,5
Goiânia	17,2	21,9	27,2	28,3	29,4	30,4	32,6	33,8
Brasília	11,8	15,1	18,8	19,4	20,1	20,7	22,0	22,7

Fonte: Censos Demográfico (1991 e 2000), Contagem Populacional (1996) e projeções e estimativas demográficas (2001-2005).

Elaboração da tabela: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

Curitiba encontra-se no ano de 2005 como a oitava capital com maior proporção de idosos por 100 indivíduos jovens (tabela 10). O crescimento de 24,1 / 100 jovens em 1991, para 39,8 /100 jovens em 2005 (gráfico 20), demonstra a necessidade de preocupação e direcionamento de políticas para esta faixa etária. Pode-se concluir que o programa alfabetizando com saúde, apesar de não ser específico para os idosos, pode trazer melhorias na condição de vida, visto que proporciona alfabetização e melhoria no conhecimento educacional destes indivíduos.

Gráfico 20 – Índice de envelhecimento (número de pessoas idosas para cada 100 indivíduos jovens por ano), Curitiba, 1991, 1996, 2000 – 2005.



Fonte: Censos Demográfico (1991 e 2000), Contagem Populacional (1996) e projeções e estimativas demográficas (2001-2005).

Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

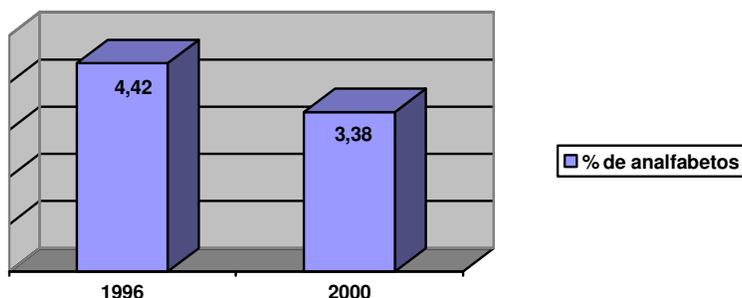
4.2.3.2 Taxa de alfabetização e Índice de analfabetismo

O analfabetismo é um dos indicadores mais significativos para construção do conceito de sustentabilidade justamente por ser sua antítese: ele reduz a capacidade de vida autônoma, na medida em que limita a sustentabilidade social, econômica, política e cultural do indivíduo. Ao analisar as capitais brasileiras constata-se que Curitiba tinha o segundo menor índice de analfabetismo do país, em 1991 (5,49%) depois de Porto Alegre (4,15%). Em 2000, o

município de Curitiba apresentava o menor índice de analfabetismo dentre as capitais brasileiras (3,38%) (IPPUC, 2003).

Observa-se que, em Curitiba, no período 1991/2000 a queda do analfabetismo foi de 2,19 pontos percentuais. Se for considerada esta mesma tendência linear, seriam necessários 13 anos para a sua erradicação, isso se forem superadas as dificuldades de atendimento das faixas etárias mais velhas, renitentes a participarem de processos educacionais (IPPUC, 2003).

Gráfico 21 – Taxa de analfabetismo (% de analfabetos na população total), Curitiba, 1996 - 2000



Fonte: IPPUC, 2003

Elaboração do gráfico: HAMMERSCHMIDT, K. S. A., 2007

De acordo com o gráfico 21, em 1996, a população analfabeta em Curitiba correspondia a 4,42% da população. No ano de 2000, esta porcentagem caiu para 3,38% da população, ou seja, 40.244 habitantes.

Conforme dados divulgados no Mapa do Analfabetismo no Brasil, a população analfabeta em Curitiba tem as seguintes características: quanto ao gênero (a taxa de analfabetismo é maior no sexo feminino 4,2%, que no masculino 2,5%); quanto a raça/cor (a taxa de analfabetismo é aproximadamente 3 vezes maior na população negra e parda. 7,2%, que na população branca e amarela - 2,6%); quanto a concentração por faixa etária (a taxa de analfabetismo é de 1,1% de 10 a 14 anos; 0,8% de 15 a 19 anos; 1,0% de 20 a 29 anos; 2,0% de 30 a 44 anos; 5,1% de 45 a 59 anos e 12,5% de 60 anos e mais); quanto a faixa de renda (a taxa de analfabetismo é maior na população com até 1 salário mínimo, 14,0%, de 1 a 3 SM é de 7,7%, de 3 a 5 SM - é de 2,7% e mais de 10 SM é de 0,9%) (IPPUC, 2003).

Segundo dados *op cit*, verifica-se que a maior proporção de analfabetos (12,5%) estão inseridos na faixa etária de 60 anos e mais; em segundo lugar está a faixa etária de 45 a 59 anos, com 5,1%. Este dado é importante para análise do Programa Alfabetizando com saúde, visto que este direciona suas ações para a população adulta e idosa.

Segundo Curitiba S.A (2005, p. 76) a taxa de alfabetização do município do Curitiba, de acordo com dados do IBGE, 2000, encontrava-se em 96,86% da população total.

Os dados demonstram que Curitiba possui uma taxa de alfabetização alta, porém ainda encontram-se na população diversos indivíduos analfabetos, a meta do Programa Alfabetizando com saúde é interferir nesta realidade zerando o número de analfabetos na capital, meta esta que ainda não foi alcançada, mas já demonstra sinais de redução no número de analfabetos.

Não pode-se avaliar com certeza o impacto do programa na alfabetização devido a inexistência de dados específicos para a população idosa em Curitiba.

4.2.3.3 Desdobramentos do Programa Alfabetizando com Saúde

O programa Alfabetizando com Saúde foi implantado em Curitiba, no ano de 2002, em princípio a proposta está voltada para a população adulta e idosa e visa zerar o analfabetismo nesta população, promovendo ações de educação aliadas a informações de saúde.

Quando ao índice de envelhecimento, Curitiba encontra-se no ano de 2005 como a oitava capital do Brasil, com maior proporção de idosos por 100 indivíduos jovens. O crescimento de 24,1 / 100 jovens em 1991, para 39,8 /100 jovens em 2005, demonstra a necessidade de preocupação e direcionamento de políticas para esta faixa etária. Pode-se concluir que o programa alfabetizando com saúde, apesar de não ser específico para os idosos, são estes indivíduos que estão mais envolvidos e se beneficiando da presente política. Sendo assim esta pode trazer algumas melhorias para a condição de vida dos idosos, visto que proporciona alfabetização e melhoria no conhecimento educacional destes indivíduos.

Para avaliar o Programa Alfabetizando com Saúde é essencial analisar os dados do índice de envelhecimento, da taxa de alfabetização e do índice de analfabetismo da população idosos, infelizmente não se obteve acesso aos dados necessários, sendo assim acredita-se que este programa apresenta lacuna, nos dados de avaliação.

Porém frente aos princípios que a presente política se propõe, acredita-se que possa trazer algumas melhorias na condição de vida da população, visto que proporciona alfabetização e informações sobre saúde. Possivelmente este programa trará muitos resultados positivos, porém reafirma-se que devido à inexistência de dados e a recente implantação do programa não se pode assegurar que este interferiu na condição de vida da população de Curitiba, no período analisado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Tão ou mais importante que construir é
dispor de um bom indicador social e
garantir sua aplicação apropriada na
formulação de Políticas Públicas.*

Paulo de Martinho Jannuzzi

A condição de vida foi vastamente analisada no presente estudo. Acredita-se que as reflexões realizadas foram importantes para a diferenciação e entendimento do termo, bem como de suas nuances e amplitude. Verificou-se que muito se utiliza a referida terminologia, porém sem existir uma definição única.

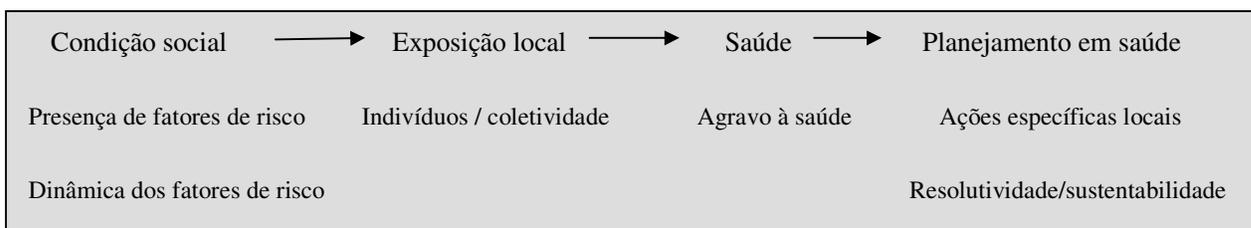
Neste estudo foi desenvolvido conceito para o termo condição de vida, este envolveu os princípios da sustentabilidade, por acreditar que as dimensões do desenvolvimento sustentável são necessárias nas ponderações sobre a condição social na interação para desenvolvimento de políticas públicas locais de saúde, sustentáveis e resolutivas.

O conceito de condição de vida/condição social, bem como sua utilização na avaliação e no planejamento em saúde, está embasado nos princípios da exposição e da vulnerabilidade dos indivíduos e/ou coletividades, na busca pelos determinantes de saúde. Essa identificação possibilita o planejamento específico às necessidades e demandas de saúde locais, priorizando recursos, conhecendo melhor a realidade e planejando ações eficazes para os problemas encontrados, ou para evitar futuras conseqüências que podem ser prejudiciais a saúde da população.

A análise da condição de vida pode demonstrar os fatores de risco e efeitos sobre a saúde de determinadas situações, contribuindo para a construção de políticas públicas de

saúde que beneficiem a situação encontrada, prevenido-a ou remediando-a. É importante ressaltar que “o processo de produção de doenças é determinado e condicionado por diversos fatores ambientais, culturais e sociais, que atuam no espaço e no tempo, sobre as condições de risco e populações sob risco” (BARCELLOS; QUITÉRIO, 2006, p. 171).

Figura 3 – Processo de interligação entre a condição social e planejamento em saúde
(adaptado de THACKER *et al.*, 1996)



Na figura 3, na **condição social**, está inserida a presença de fatores de risco, bem como a dinâmica destes, pois a condição social compreende a estruturação efêmera de determinado contexto, resultando das circunstâncias da multiplicidade das dimensões envolvidas influenciando e interferindo no processo de viver individual e/ou coletivo e nas particularidades momentâneas de estabelecido ambiente, desta forma esta inclui a presença de riscos.

A **exposição local** é compreendida como o risco/vulnerabilidade dos indivíduos e/ou coletividade que residem em determinada região espacial, são riscos provenientes e específicos que a realidade local apresenta. A **saúde** é caracterizada como a presença de agravos ou a possibilidade de prevenção para evitar futuras doenças, nesta abordagem à saúde é vista como necessária neste processo, pois ela subsidiará o planejamento que vem na seqüência. No **planejamento em saúde** são realizadas ações construídas com base nas necessidades e demandas específicas da realidade local, visando a resolutividade e sustentabilidade das atividades planejadas.

O processo de formulação e implementação de políticas públicas é eminentemente político, na medida em que certos grupos sociais, para verem executadas as ações públicas de seu interesse, exercem influencia sobre os tomadores de decisões governamentais (LOURENÇO, 2005).

Acredita-se que a avaliação de políticas públicas é um instrumento fundamental e imprescindível no processo de formulação e aperfeiçoamento das ações municipais. É importante mencionar que ao se avaliar as políticas públicas locais de saúde, busca-se elucidar se a política trouxe a efetiva apropriação dos benefícios a que se propunha (Rico *et al.*, 1998).

Pode-se afirmar que as políticas analisadas neste estudo (Programa Mãe Curitibana, Nascer em Curitiba Vale a Vida, Crescendo com Saúde e Alfabetizando com Saúde) auxiliam na promoção de melhorias para a condição de vida da população de Curitiba. Porém considera-se como mudanças tênues, pois as políticas por si só não melhoram a condição de vida, esta é afetada por diversos fatores. Sendo assim pode-se afirmar que a hipótese deste estudo, que se caracteriza por: as políticas públicas locais de saúde melhoram a condição de vida da população, pode ser considerada em partes como verdadeira, visto que ela auxilia na promoção de melhorias para a condição de vida, porém esta é afetada por outros fatores.

Ainda como consideração é essencial acrescentar, que em relação à análise específica da realidade curitibana, verificou-se a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas específicas para a população idosa, visto o crescimento desta classe na população. Torna-se imprescindível o planejamento de ações que beneficiem esta faixa etária, pois se verifica que esta é uma característica emergente e específica do município em questão.

“É muito difícil introduzir mudanças verdadeiramente estruturais nos sistemas de saúde, sejam nas políticas públicas ou na organização do sistema de atenção” (LABRA, 2001, p.23), porém estas ações são necessárias e podem ser consideradas como direito dos cidadãos, amparados pela legislação vigente em nosso país.

Vianna Júnior (1994) entende política pública como uma ação planejada do governo que visa, por meio de diversos processos, atingir alguma finalidade. Essa definição, agregando diferentes ações governamentais introduz a idéia de planejamento e ações coordenadas. Entretanto, as ações classificadas como políticas públicas são realizadas por diferentes organismos governamentais nem sempre articulados entre si, o que pode gerar alguns desencontros no processo de implementação e acompanhamento (DEMETERCO NETO, SANTOS, NAGEM, 2006).

Sendo assim e inter relacionando as políticas públicas locais de saúde com o desenvolvimento sustentável defende-se que estas devem ser avaliadas e tratadas de forma

pluridisciplinar. Entendendo a pluridisciplinaridade como “a justaposição de diferentes disciplinas em um processo de tratamento de uma temática unificada, desenvolvendo relações entre si” (ROCHA, ALMEIDA, 2000, p. 6). Nesta abordagem os objetivos são comuns, os campos (dimensões) são caracterizados em um mesmo nível hierárquico, há perspectiva de complementaridade, sem ocorrer coordenação de ações ou pretensão de criar uma axiomática comum. Ainda deve-se considerar a sustentabilidade das políticas públicas e os impactos destas na condição de vida da população.

É imprescindível que as políticas públicas sejam analisadas relacionando-as com a condição de vida. No presente estudo, iniciaram-se algumas reflexões, espera-se que estas possam contribuir, servindo como subsídios para a elaboração de estratégias que possibilitem o desenvolvimento de políticas locais de saúde sustentáveis.

Este estudo suscitou diversos outros questionamentos, entre eles: como deve ser elaborada uma política pública de saúde local?; de que forma a pluridisciplinaridade pode estar presente na elaboração de políticas públicas de saúde?; a avaliação da condição de vida deve ser requisito principal na elaboração de políticas públicas locais de saúde?.

Diante destas considerações apresentam-se como recomendações deste estudo a continuidade na elaboração de propostas que auxiliem na identificação de programas que tragam melhorias para a condição de vida da população. Ainda recomenda-se a avaliação das políticas de saúde desenvolvidas, de cunho estadual e nacional, avaliando o impacto destas na realidade de Curitiba. Também pode-se considerar como relevante e necessária a elaboração de propostas que envolvam a interação dos diversos setores, não só da saúde, para melhorias na condição de vida da população.

Sugere-se a realização de análise de todos os programas e políticas, da área da saúde, desenvolvidas no município, possibilitando visão macro da situação apresentada pelo setor na capital. Também recomenda-se a realização de estudo com coleta de dados primários junto aos usuários dos serviços de saúde, no intuito de avaliar as políticas públicas locais, segundo a visão dos usuários.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S., ZIONI, F.; CHIORO, A. **Estado, Políticas Públicas e Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS.** São Paulo: Mimeo, 1997.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: MINAYO, M. C. S. (org). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

ANDRADE, S. M. et al. Condições de vida e mortalidade infantil no Estado do Paraná, Brasil, 1997/2001. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 22, n 1, jan, 2006, p. 181 – 189.

ASSIS M. **Promoção da Saúde e Envelhecimento:** avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI / UERJ. Tese de doutorado. 2004. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

BARBOSA, S. R. C. S. **Ambiente, qualidade de vida e cidadania:** algumas reflexões sobre regiões urbano-industriais. In: HOGAN, D. J.; VIEIRA, P. F. (org) **Dilemas Socioambientais e Desenvolvimento Sustentável.** Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1992.

BARCELLOS, C.; QUITERIO, L. A. D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no sistema único de saúde. **Rev. Saúde Pública,** v. 40, n. 1, p 170-177, 2006.

BELLATO, R.; PEREIRA, W. R. Direitos e vulnerabilidade: noções a serem exploradas para uma nova abordagem ética na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.,** v. 14, n. 1, p. 17 – 24, Jan-Mar, 2005.

BIREME, DCS. **Descritores em Ciências da Saúde.** 2006. Disponível no site: <http://decs.bvs.br/> acesso em 20/06/2006.

BOBBIO, N.; MATTEUCCI, N.; PASQUINO, G. **Dicionário de Política.** Ed. Universidade de Brasília, 1983.

BÓGUS, C. M. **A promoção da saúde e a pesquisa avaliativa**. In: VILLELA, W; KALCKMANN, S. & PESSOTO, U. C. Investigar para o SUS: construindo linhas de pesquisa. Instituto de Saúde, São Paulo, 2002.

BOWBY, J. **Apego**. São Paulo: Editora Martins Fontes; 1990.

BRASIL. Leis, etc. **Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990**: dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília.

BRASIL. **Comissão Nacional de Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro, 1987. (Texto impresso para o componente de saúde da nova Constituição brasileira, 8ª revisão, de 30 a 31 de março de 1987, Brasília).

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988.

BRASIL. Leis, etc. **Decreto nº 1.232 de 30 de agosto de 1994**: dispõe sobre a transferência regular de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Estados, municípios e Distrito Federal.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e financiamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990, pp. 18055-18059.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional da Saúde**. 1986, Brasília.

_____. **Norma Operacional Básica INAMPS nº 1/91**. Resolução nº 273/91. *Diário Oficial da União* de 18 de julho de 1991, Brasília, pp. 14216 – 14219.

_____. **Norma Operacional Básica - SUS nº 2/92, Portaria nº 234/92**. *Diário Oficial da União*. Brasília. 1992.

_____. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Indicadores básicos Brasil**: IDB 2004. 2004. Disponível no site: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/matriz.htm> acesso em 12/04/2006.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BVS. Biblioteca virtual em saúde. **Indicador de população total**. 2007. Disponível no site: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/record.php?node=A.1&lang=pt> acesso em 27/05/07.

CARVALHO, G. de C. M. A Implantação do SUS: Nós Críticos a Nível Estadual. **Saúde em Debate**. v.45, p. 4-8, 1994.

CASTELLANOS, P. L. **Sistemas Nacionales de Vigilancia de la Situacion de Salud Segun Condiciones de Vida y del Impacto de las Acciones de Salud y Bienestar**. Organização Panamericana de la Salud/ Organização Mundial de la Salud. 1991.

CECAGNO, D. ET AL. **Qualidade de vida e o trabalho sob a ótica do enfermeiro**. Rev. Cogitare Enfermagem, Curitiba, V. 7, n. 2, p. 54 – 59, jul./dez., 2002.

CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. **C & Q - indicadores de qualidade: uma abordagem perinatal**. São Paulo: Ícone, 1998.

CID 10. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10^a revisão. 2007. Disponível no site: <http://www.datasus.gov.br/cid10/webhelp/cid10.htm> acesso em 28/11/2006.

CORDI, C. et al. **Para filosofar**. São Paulo: Scipione, 1996.

COSTA, M. C. N. et al. Mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, 2003, p. 699-706.

CURITIBA, PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Instituto Municipal de Administração Pública 2000. **Modelo de gestão Curitiba**. IMAP, Curitiba, 2000.

_____. **Manual de orientação sobre o Mãe Curitibana: o que você precisa saber sobre sua gestação**. Curitiba, 2007.

CURITIBA S. A. **Boletim de informações socioeconômicas de Curitiba**. 9ª ed. Curitiba: Curitiba S. A./ Prefeitura de Curitiba, 2005.

DEMETERCO NETO, A.; SANTOS, F. D. A.; NAGEM, J. V. G. Estado e desenvolvimento sustentável: o problema da aplicabilidade das normas constitucionais. In: SILVA, C. L (org) **Desenvolvimento Sustentável: um modelo analítico, integrado e adaptativo**. Curitiba, Vozes, 2006.

DOWBOR, L. **A reprodução social: propostas para uma gestão descentralizada**. Petrópolis: Vozes, 2003.

DUCHIADE, M. P. **População brasileira: um retrato em movimento**. In: MINAYO, M. C. S. org. Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec, ABRASCO, 1995.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1986.

FEUERWERKER, L. C. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na Rede Unida. **Divulg. Saúde para Debate**, n.22, p.25-35, 2000.

FLANAGAN, J. C. Measurement of quality of life: current state of the art. Arch Phys. **Med. Rehabil**, v.63, p. 56-59, 1982.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial de saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Cadernos de saúde coletiva**, n. 5 p. 33-38, 2000.

FLECK, M. P. A.; LOUZADAS, S.; Xavier, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL – BREF". **Rev. Saúde Pública**, n. 34, p. 138-183, 2000.

FIBGE. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (FIBGE), 1994. **Censo Demográfico**, Brasil 1991. Rio de Janeiro: FIBGE.

GIRON, S. G. et al. A importância do diagnóstico em nível local para o planejamento de serviços de saúde materna. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v 8, 1974, p. 43 – 49.

GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

GUIMARÃES, M. J. *et al.* Condição de vida e mortalidade infantil: diferencial intra-urbanos no Recife, Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 19, n. 5. Rio de Janeiro: set./out., 2003.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; LAMÓGLIA, L. B.; BAZOLI, T. N. **Reflexos e influências da saúde no processo de desenvolvimento.** In: SILVA, C. L (org). **Desenvolvimento Sustentável: um modelo analítico, integrado e adaptativo.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

HOLCMAN, M. M.; LATORRE, M. R. D. O.; SANTOS, J. L. F. Evolução da mortalidade infantil na região metropolitana de São Paulo, 1980 – 2000. **Rev. Saúde Pública,** v. 38, 2004, p. 180 – 186.

IPARDES. INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Situação social da população do Paraná.** Curitiba: IPARDES, 1992.

_____. **Temas Estratégicos para o Paraná.** Curitiba: IPARDES, 1994.

_____. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal:** anotações sobre desempenho do Paraná. Curitiba: IPARDES, 2000.

IPPUC. **Projeto qualidade de vida.** Curitiba: IPPUC, 2003

_____. **Curitiba em dados.** Curitiba, IPPUC, 2004.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores sociais no Brasil:** conceitos, fontes de dados e aplicações. 3º ed. São Paulo: Alínea, 2004.

JAPIASSÚ, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia.** 3 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

LABRA, M. E. Política e saúde no Chile e no Brasil. Contribuições para uma comparação. **Ciênc. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001.

LARSON, R. Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. **J Gerontol.** v.33, n.1, p. 109-125, 1978.

LAURENTI, R. *et al.* **Estatísticas de saúde.** São Paulo: E.P.U/Edusp, 1987.

LEITE, A. J. M.; SILVA, A. C. **Mortalidade Infantil: indicador das condições de vida das populações.** Disponível em: http://www.geocities.com/evidenciaufc/outros/documentos/artigo_mortalidade_infantil.pdf, acesso em 07/06/2005.

LENTZ, R. A. et al. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensões propostas por Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.8, n.4 Ribeirão Preto: agosto, 2000.

LOURENÇO, M. S. Políticas públicas e desenvolvimento. In: SILVA, C. L; MENDES, J. T. G. (orgs) **Reflexões sobre o desenvolvimento sustentável: agentes e interações sob a ótica multidisciplinar.** Curitiba, Vozes, 2005.

LUCCHESI, P. **Introdução:** Políticas Públicas em Saúde. Artigo publicado no site: [http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=2&subject=healthPolicies&search=\(*\)*\(introduction/\(channel\)\)](http://itd.bvs.br/itd-mod/public/scripts/php/page_show_introduction.php?lang=pt&menuId=2&subject=healthPolicies&search=(*)*(introduction/(channel))), com data de 30 de julho de 2004. Acesso em 15/12/2006.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Democrática”: anos 80. **Revista de Saúde Coletiva.** v. 1, n. 1, 1991.

MARTINS, I.; SANTOS L. D. **1º Relatório sobre a qualidade de vida urbana – Porto.** Porto: Gabinete de estudos e Planejamento, 2003.

MENDES, E. V. **Distrito sanitário:** o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1993.

MEREGE, L. C. **Análise de formações comunitárias em favelas: metodologia, perspectivas e resultados – o modelo da Associação Comunitária Monte Azul (ACOMA).** Série Relatórios de Pesquisa. São Paulo: EAESP-FGV, 2001.

MERRIAM, S.B. **The design of qualitative research**. In: _____. Qualitative Research and Case study Applications in Education. San Francisco: Allyn and Bacon, 1998.

MINAYO, C. **Pesquisa qualitativa**. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

MINAYO, M. C.; SHARTZ e BUSS, P M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, n. 1, 2000.

MINAYO, M. C. S. (org). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde RIPSAs, Universidade de São Paulo. 2000.

_____. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 1996.

MOYSÉS, S. J.; MOYSÉS, S. T.; KREMPEL, M. C.. Avaliando o processo de construção de Políticas Públicas: A experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 627-641, 2004.

MORAES, I. H. S. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994

NAHAS, M. I. P. **Indicadores intra urbanos como instrumentos de gestão da qualidade de vida urbana em grandes cidades: discussão teórico-metodológica**. Disponível em www.virtual.pucminas.br/idhs/site/imagens/nahas1.pdf, acesso em 23/03/2006.

NEUGARTEN B.L., HAVIGHURST R. J., TOBIN S. The measurement of life satisfaction. **J Gerontol**. v. 16, p. 134-43, 1961.

NICZ, Luiz F. **Previdência social no Brasil**. In: GONÇALVES, Ernesto L. Administração de saúde no Brasil. São Paulo: Pioneira, 1988.

NORDENFELD, L. **Introduction**. In: Nordenfeld, L. Concepts and Measurement of quality of live in health care. Dordrech: Kluwer Academic Publishers, 1994.

OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. F. T. **(Im)previdência social: 60 anos de história da Previdência no Brasil**. Petropólis: Vozes, 1985.

OMS. **Health Promotion Glossary**. Genebra, 1998.

OPAS. (Organização Pan-Americana da Saúde). **Conceito de Políticas públicas saudáveis**. 2007. Disponível no site: <http://www.opas.org.br/coletiva/temas.cfm?id=25&area=Conceito>, acesso em 08/01/07.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2005.

PASCHOAL, S. M. **Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião**. São Paulo, 2000. Dissertação de Mestrado Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-09112001-162639/> Acesso em 25/03/2006.

PEDE. Interagencial de Informações para a Saúde. **Indicadores básicos para a saúde: conceitos e aplicações**. Brasília: OPAS, 2002.

PENTEADO, P. T. P da S. **Idoso - Condições de vida, saúde e nutrição no município de Curitiba**. Tese Doutorado, 2001. Programa de Pós Graduação em Meio Ambiente e Desenvolvimento da Universidade Federal do Paraná.

PEREIRA, M. J. B. *et al.* Indicadores do aleitamento materno no município de Ribeirão Preto, São Paulo. **Rev. Bras. Epidemiol.** v.7, n. 1, 2004, p. 36 – 43.

PNUD Brasil. Projeto “Desenvolvimento Humano no Brasil”. **Desenvolvimento Humano e Condição de Vida: indicadores brasileiros**. Brasília: 1998

_____. **Relatório de desenvolvimento humano – Brasil 2005: racismo, pobreza e violência.** São Paulo: Primapagina, 2006.

PNUD/IDHS. Programa das Nações Unidas Brasil/ Instituto de Desenvolvimento Humano Sustentável. **Saúde: Objetivos do milênio.** Coleção de estudos temáticos sobre os objetivos de desenvolvimento do milênio. Rede de laboratórios acadêmicos para acompanhamento dos objetivos de desenvolvimento do milênio. 2006.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão.** 2006. Disponível no site: http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf. Acesso em 22 de dezembro de 2006.

PORTO, M. F. S. **Entre a saúde e a vulnerabilidade: em busca de uma abordagem ecossocial.** In: PORTO, M. F. S., FREITAS, C. (org) Problemas ambientais e vulnerabilidade: abordagens integradoras para o campo da saúde pública. Rio de Janeiro: Fiocruz/CESTEH, 2003.

POSSAS, Cristina A. **Saúde e trabalho – a crise da previdência social.** Rio de Janeiro, Graal, 1981.

QUEIROZ, M. V. O. e BARROSO, M. G. T. Qualidade de vida da mãe acompanhante de criança hospitalizada. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 147 - 161, set./dez/ 1999.

RAMOS, R. **Indicadores do nível de saúde: sua aplicação no município de São Paulo, 1894-1959.** São Paulo, 1962. 136 p. Tese de doutoramento.Fac. Saúde Públ. USP.

RICO, E. M. *et al.* **Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate.** Cortez: Instituto de estudos especiais, São Paulo, 1998.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, dez., 2000.

ROMANO, B. W. Qualidade de vida: teoria e prática. **Rev. Soc. Cardiologia**, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 6-9, 1993.

SALLES P: **História da Medicina no Brasil**. Belo Horizonte: G. Holman, 1971.

SAMAJA, J. **Introducción a la epistemología dialéctica**. Buenos Aires: Ed. Lugar, 1994.

_____. **Epistemología y metodología: elementos para uma teoria de la investigación científica**. Buenos Aires: Ed. Eudeba, 1997.

_____. **La Semántica del discurso científico y el análisis de matrices de dados**. Buenos Aires: FIOCRUZ, 1999.

SANDRONI, P. **Dicionário de Economia**. São Paulo: Editora Best Seller. Série Os Economistas, 1994.

SANTOS, V. L. & SANTOS, C. E. Adolescentes, jovens e AIDS no Brasil. **Rev. Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

SILVA Jr. J. B. **Diferenciais intra urbanos da saúde de Olinda, Pernambuco**. 1995. Dissertação de Mestrado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

SIMÕES, C. C. S. & MONTEIRO, C. A. **Tendência secular e diferenciais regionais da mortalidade infantil no Brasil**. In: MONTEIRO, C. A. Velhos e novos males da saúde no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2002.

SLIWANY, R. M. **Sociometria: como avaliar a qualidade e projetos sociais**. Petrópolis: Vozes, 1997.

SMC. Secretaria Municipal de Curitiba. **Perfil da Mortalidade Materna**: Curitiba, 2005. Disponível no site: [http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/areastematicas/epidemiologia/indicadores/mm20](http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/areastematicas/epidemiologia/indicadores/mm2005.pdf)

[05.pdf](http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/areastematicas/epidemiologia/indicadores/mm2005.pdf) , acesso em 27/05/07.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. (Dissertação). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da UERJ, 2002.

SOUZA, H. M. R. **Análise experimental dos níveis de ruídos produzido por peça de mão de alta rotação em consultórios odontológicos**: possibilidade de humanização do posto de trabalho do cirurgião dentista. (Doutorado). 107 p. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 1998.

STROZZI, J. B. **Sus pense**: uma reflexão epidemiológica sobre o SUS e outras aplicações acadêmicas. Londrina; CEBES; 1997

TAFNER, P; FERREIRA, M. C. Renda e consumo de bens duráveis no Brasil: a aplicação da escala ecd nas regiões urbanas do sudeste e nordeste, 1996/1997. **Economia**, Curitiba, v. 31, n. 1(29), p. 63-82, jan./jun. 2005. Editora UFPR.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 1ª ed. São Paulo: Atlas, 1992.

UNICEF, 1989. **A saúde das crianças cearences**: um estudo de 8.000 famílias. Fortaleza: UNICEF.

VAZ, J. C. **Medindo qualidade de vida**. Disponível em: <http://federativo.bndes.gov.br/dicas/D027.htm>. consultado em 22/03/2006.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n 1, p. 82 -88, jan./mar., 2005.

VERMELHO, L. I.; COSTA, A. J. L.; KALE, P. I. **Indicadores de saúde**. In: MEDRONHO, R. A. (org) Epidemiologia. São Paulo: Atheneu, 2002.

VIANNA JÚNIOR, A. Seminário populações, territórios, e recursos naturais. **Anais...** Brasília: Instituto de Estudos Amazônicos e Ambientais (IEA), 1994.

WACHOWICZ, R. C. 2001. **História do Paraná**. Curitiba: Ed. Imprensa Oficial do Paraná.

WALTER, L. O.; AVANT K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. Norwalk: Appletown e Lange, 1988.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Rev. Adm. Pública**, v.34, n.esp., p.47-61, 2000.

WOOD, G. L. e FAAN, J. H. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

ANDERSON, M. I. P. **Saúde e condições de vida do idoso no Brasil**. Dissertação. Mestrado em Saúde Coletiva. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

AUGUSTO, L. G. S. A construção de indicadores em saúde ambiental: desafios conceituais. In: MINAYO, M. C. S. (org). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

BARATA, R. B. **Equidade e saúde: contribuições da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

BARCELLOS, C. **Constituição de um sistema de indicadores socioambientais**. In: MINAYO, M. C. S. (org). **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

BELLEN, H. M. V. **Indicadores de sustentabilidade: uma análise comparativa**. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v 5, n 1, p. 163-177, 2000.

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

CAMARGO, J. M. **Política social no Brasil: prioridades erradas, incentivos perversos**. 2004. Disponível em: www.scielo.br/pdf/spp/v18n2/a08v18n2.pdf, acesso em 23/03/2006.

CZERESNIA, D. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

DRUMOND, M. Jr. **Epidemiologia nos municípios: muito além das normas**. São Paulo: Hucitec, 2003.

KEINERT, T. M. M.; KARRUZ, A. P. KARRUZ, S. M. Sistemas locais de informação e a gestão pública da qualidade de vida nas cidades. **Terra Livre**, São Paulo, v. I, n. 18, p. 115 – 132, jan./jun., 2002.

MENDONÇA, F. (org). **Impactos socioambientais urbanos**. Curitiba: UFPR, 2004.

NÉRI, A. L. org. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodológica científica**: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira, 2002.

OLIVEIRA , L. A. P. & MENDES, M. M. S. **Mortalidade infantil no Brasil: uma avaliação de tendências recentes**. In: MINAYO, M. C. Os Muitos Brasis Saúde e população na década de 80. São Paulo: Hucitec / Abrasco, 1995.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). **Guia dos Prefeitos para promover qualidade de vida**. 2004.

_____. **Hanseníase Hoje**. Brasília: OPAS, 1996.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, p. 73-78, 2006.

ROUQUAYROL, M. e ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Artmed, 1999.

SCHNEIDER, D. G.; BUB, M. B. C. Concepções de saúde e percepções sobre condição/situação de saúde em pessoas com doença arterial coronariana e/ou seus fatores de risco. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 11, n. 3, p. 44-50, set./dez., 2002.

SCHRADER, A.; NEVES, C. E. B.; SOBOTTKA, E. A. (orgs). **Métodos de pesquisa social empírica e indicadores sociais**. Porto Alegre: UFRGS, 2002.

SCHWARTZMAN, S. Desenvolvimento social e qualidade de vida: algumas perspectivas de pesquisa. **Revista de Ciências Sociais**, Fortaleza, v.5, n. 2, p. 101-111, 1974. Disponível no site: www.schwartzaman.org.br/simon/vida.htm, acesso em 20/09/2006.

SEIDL, E. M. ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, mar./abr., 2004.

TELLES, V. L. **Pobreza e cidadania**. São Paulo: Trinta e Quatro, 2001.

TOMASI, E.; BARROS, F. C.; VICTORA, C. G. Situações sócio-econômicas e condição de vida: comparação de duas coortes de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 15 – 19, 1996.

UNESCO. **Brasil: novos marcos de ação**. 2004.

WALDMAN, E. A. A transição epidemiológica: tendências e diferenciais dos padrões de morbimortalidade em diferentes regiões do mundo. **O mundo da saúde**. v. 24, n.1, 2000, p.10-18.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)