

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPIRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

TÂNIA MARA RIBEIRO DOS SANTOS

**FIOS E DESAFIOS DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: ANÁLISE DA MORTALIDADE DE
ZERO A CINCO ANOS COM GESTORES DO PROGRAMA
ESTADUAL DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

VITÓRIA

2013

TÂNIA MARA RIBEIRO DOS SANTOS

**FIOS E DESAFIOS DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: ANÁLISE DA MORTALIDADE DE
ZERO A CINCO ANOS COM GESTORES DO PROGRAMA
ESTADUAL DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Espírito Santo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo

VITÓRIA

2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Santos, Tânia Mara Ribeiro dos, 1969-

Fios e desafios da atenção à saúde da criança no estado do Espírito Santo : análise da mortalidade de zero a cinco anos com gestores do Programa Estadual de Saúde da Mulher e da Criança / Tânia Mara Ribeiro dos Santos. – 2013.

191 f. : il.

Orientador: Túlio Alberto Martins de Figueiredo.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Crianças - Cuidado e higiene. 2. Mortalidade infantil. 3. Serviços de saúde infantil - Administração. I. Figueiredo, Túlio Alberto Martins de. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

TANIA MARA RIBEIRO DOS SANTOS

Fios e desafios da atenção à saúde da criança no estado do Espírito Santo: análise da mortalidade de zero a cinco anos com gestores do Programa Estadual de Saúde da Mulher e da Criança

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Políticas e Gestão em Saúde.

Aprovada em 26 de fevereiro de 2013.

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientador



Dr^a. Cristiana Mara Bonaldi
Prefeitura Municipal de Vitória
Membro externo



Prof^a Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
PPGSC

CAÇADOR DE MIM¹

*Por tanto amor
Por tanta emoção
A vida me fez assim
Doce ou atroz
Manso ou feroz
Eu caçador de mim*

*Preso a canções
Entregue a paixões
Que nunca tiveram fim
Vou me encontrar
Longe do meu lugar
Eu, caçador de mim*

*Nada a temer senão o correr da luta
Nada a fazer senão esquecer o medo
Abrir o peito à força, numa procura
Fugir às armadilhas da mata escura*

*Longe se vai
Sonhando demais
Mas onde se chega assim
Vou descobrir
O que me faz sentir
Eu, caçador de mim*

(Composição: Luiz Carlos Sá e Sergio Magrão)

¹ Caçador de mim foi gravado em 1981, por Milton Nascimento, quando o cantor já havia se tornado bastante famoso no Brasil e no mundo. O disco contém dois de seus maiores sucessos: 'Caçador de mim' e 'Nos bailes da vida' [...] Nenhum outro intérprete chegou próximo à interpretação presente neste disco; apesar de haver outras boas versões da canção, a versão de Milton Nascimento é incomparavelmente melhor. Sua voz parece encaixar-se perfeitamente com a letra. E... Não tem como descrever mais do que isso. Eu apenas sinto... (JOSSA, 2013).

DEDICATÓRIA

Ao meu Deus e Senhor, força principal em todos os momentos de minha vida! Nos bons e nos difíceis, sustentando-me, honrando-me e me abençoando. Amado Deus e Jesus, obrigada por todas as vitórias, e esta é um testemunho de Tua existência em minha vida.

À minha família, em especial à minha amada mãe, *Nadir Ribeiro*. Obrigada por existir, pela dedicação, pela paciência e pela família que construiu, pois, mesmo precisando de cuidados, encontra forças para cuidar de seus filhos. Fui privilegiada, neste mundo, por tê-la como mãe. Que este meu passo seja motivo de orgulho para a senhora, pois, afinal, lutou a vida toda para que nós pudéssemos ser vitoriosos.

Ao meu irmão, Wellington, pela paciência, pela força e pela ajuda, filmando, gravando as entrevistas para a pesquisa.

À minha irmã, Raquel, pessoa justa, coerente, correta e verdadeira. Obrigada pela sua presença em todos os momentos de minha vida.

Ao meu pai, *Amaro*, e sua família, pela compreensão de minha ausência para a realização deste trabalho.

Ao meu padraastro, Sebastião (*in memoriam*), que me criou com imenso amor, proporcionando-me possibilidades. Este momento é um reflexo de sua dedicação.

AGRADECIMENTOS

O sonho e o esforço para hoje poder estar escrevendo estas palavras me faz ter a dimensão de quantas pessoas foram, são e sempre serão importantes para a minha existência, sustentando-me nesta caminhada. E não foram poucos os amigos.

Em primeiríssimo lugar, ao meu orientador, Professor Túlio Alberto Martins de Figueiredo, que não foi apenas um orientador de pesquisa, mas de vida. Ele me acolheu, não no meio do percurso, mas desde o início. Incentivou-me a ousar e encorajou-me a seguir por todo o conhecido e o desconhecido, tornando meu trabalho altamente prazeroso. Esteve ao meu lado, nem sob, nem sub, muito com. Fez-se, na minha vida, uma linda presença solidária, compreendendo todas as minhas dificuldades, e, com palavras carinhosas, tranquilizava-me. Uma pessoa de Deus! Como agradecer a ele?

À “grande”, “imensa” amiga, Márcia Portugal, que está sempre ao meu lado, ajudando-me em todos os momentos, sendo uma referência de profissionalismo e amizade. Obrigada por me dar a honra de fazer parte de sua caminhada.

À *amiga-irmã*, Cirlene Caser, amiga maravilhosa!!! Sempre esteve comigo, cuidando de mim, em todos os lugares. Cirlene, você me faz rir demais!!

A Wanessa Lacerda Poton, amiga que sempre admirei, mas que não imaginava que tivesse tamanha bondade, tamanha grandeza. Companheira com quem tanto tenho aprendido, segurou a minha mão no momento difícil de minha trajetória – gesto de completo desprendimento. Obrigada, amiga! Você é “absurdamente” especial.

Às amigas Helena de Arruda Penteado e Fabiane Lima Simões, “amigas rizomáticas” sendo Rizoma, o nome do Grupo da Análise Institucional a que pertencemos, com quem compartilhei disciplinas do mestrado, aprendizado e contribuições no meu saber para a construção da dissertação.

Aos amigos do grupo Rizoma, em especial Thiago, Renan, Mariana e muitos outros. Quanta alegria por estar com vocês!

Aos primos César e Sandra, que são para mim “irmãos”, pois têm os braços estendidos em todo o tempo, principalmente nos momentos mais difíceis. Obrigada, sempre, pelo carinho e cuidado dispensados a minha mãe.

Aos primos “irmãos” Genilton, Gizelda e Geziane, pelas orações, apoio e presença sempre fortes em nossas vidas.

À amiga Karla Toreta, “*amiga-anjo*”, que durante esse período, nos momentos mais difíceis, amenizou com sua doçura o nosso processo de caminhar, proporcionando a minha família e a minha mãe a melhor forma de cuidado. Eternamente obrigada!

À amiga Jairene Brasil, pelas orações, que tocam o coração de Deus em prol de minha família. Obrigada, amiga!

Às grandes amigas Bete Madeira, Hélia Márcia, Tânia Machado, Débora Catarina, Dora Mariani e Mônica Tosta, pela alegria de fazerem parte de minha vida, me acolhendo e me ensinando a cada dia.

Às amigas Célia Márcia, Maria Rodrigues (Cida), Lucimar Lessa, Camila Delbone, Márcia César, Edilene Vargas, Márcia Soares, Rosiane Catarina, Sandra Schmidt, Rita Rocha, Luciana Aguilar, Waleska Binda, Arleide e Rosa Montenegro. Como é bom estar sempre perto de vocês! É força sempre.

Aos amigos da APS Wallace, Ipojuca (meu amigo-mestre), Bete, Cláudia, Márcia, Júlio, Bernardete, Paula, Luciana, Vicente, e Geórgia e aos amigos da SESA, pela compreensão e ajuda. Obrigada!

Aos gestores do Programa Estadual Saúde da Mulher e da Criança (sujeitos da pesquisa), pela participação e pelo apoio. Como foi maravilhoso fazer este trabalho com vocês! Obrigada!

Ao Secretário Tadeu Marino e ao Subsecretário Geraldo Queiroz, pela liberação para a concretização deste sonho. Mas, quero agradecer principalmente pelo apoio dado a minha mãe.

Ao Dr. Francisco “Chiquinho” e a Gorette Casagrande, pela amizade e pelo apoio para a realização da pesquisa.

Aos colegas do mestrado, pela alegria dos dias que passamos juntos. Quanta saudade!!!

Ao amigo Geraldo Ramos, pelo companheirismo e ajuda a toda a minha família.

À amiga Aline Cavaca, pelo apoio e pela alegria de sua existência.

A Dona Celeste, a Gabriela (“*minha princesinha*”) e a Deonelza por compreenderem a minha ausência para a realização desta pesquisa.

A Fernanda Rockert, pela colaboração a meu trabalho. Obrigada!

À amiga Hedilamar Ferreira, que estendeu a sua mão por ocasião do início de minha caminhada na SESA. Sempre serei grata por esta oportunidade que hoje resultou em muita alegria.

À Professora Elda Coelho de Azevedo Bussinguer, que sempre foi e será uma referência de profissionalismo e de pessoa. Em poucas palavras me fez ser melhor.

Ao Professor Jairnilson Paim, a quem tive a honra de conhecer e que muito me ensinou com sua imensa sabedoria e humildade. Obrigada pela sua existência!

Aos professores da Universidade Federal do Espírito Santo, pela seriedade e compromisso com que vêm construindo um processo de formação de qualidade. Em especial, à Professora Rita de Cássia Duarte Lima, que acompanha minha vida, desde a graduação, com seu carinho, sempre me ensinando.

À Banca Examinadora do meu processo de qualificação, que com suas colocações acrescentou muito ao meu trabalho.

À Professora Gladys Amélia Vélez Benito, pelo acolhimento no início do processo.

Por fim, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, foram imprescindíveis na elaboração do trabalho, mas que, por falha de memória, acabei não citando nessas linhas, porém, não menos importantes.

A todos os amigos e parentes que de uma forma ou de outra me ajudaram nesta caminhada.

Muito obrigada a todos!

RESUMO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que objetivou discutir a mortalidade de zero a cinco anos, no estado do Espírito Santo, no lapso de agosto de 2011 a agosto de 2012, a partir de matérias veiculadas por um jornal diário da mídia impressa de grande circulação, a saber “A Gazeta”. As referidas matérias constituíram uma hemeroteca que subsidiou a criação de um painel reprográfico. Os sujeitos da investigação foram os técnicos que compõem a equipe da Coordenação do Programa Estadual de Saúde da Mulher e da Criança, e a produção do material de estudo se deu a partir da análise de um grupo focal, com roteiro semiestruturado, tendo como partida a análise de uma cópia do painel contendo todas as matérias. Todo o material foi gravado e filmado. A Análise Institucional foi a baliza norteadora de toda a elaboração e descrição do estudo. Conforme preconiza este quadro teórico proposto por Lourau, a etapa final do projeto constituiu-se em uma restituição concreta – parte do procedimento científico, tratando-se da discussão das produções na pesquisa com os interessados, de modo a possibilitar a sua interferência direta neste processo. O estudo demonstrou que os sujeitos, a partir do dispositivo analisador natural, a morte de crianças menores de cinco anos, conseguiram fazer uma reflexão sobre o quanto é necessário buscar uma interlocução com os demais setores e perceber que a análise institucional, com sua potência de provocar a autoanálise e a autogestão, proporcionou-lhes uma possibilidade de repensar seus processos de trabalho na atenção à saúde da criança.

Palavras-chave: Crianças; Cuidado e higiene; Mortalidade infantil; Serviços de saúde infantil; Administração.

ABSTRACT

This is a qualitative study aiming to discuss the children mortality from zero to five years old of Espírito Santo state, Brazil. The documental research was realized in the period comprehended between August 2011 to August 2012 using articles published by a daily newspaper of large circulation printed media, namely "A Gazeta". The articles have been arranged in a newspaper library that supported the creation of a panel reprographic. The research subjects were the technicians who make up the Coordination staff of State Program on Women and Children's Health. The production of study material was made from the analysis of a focal group using a semi-structured road map and taking as starting analyzing a copy of the panel and its materials. All material was recorded and filmed. The Analysis Institutional was the beacon guiding to the entire formulation and study description. As recommends this theoretical framework proposed by Lourau, the final step of the project consisted in a refund concrete as a part of a scientific procedure to improves the discussion of the productions in research with stakeholders to enable their direct interference in this process. The study proves two results. At first, the subjects were able to reflect on how much is needed pursue a dialogue with other sectors considering the natural analyzer that is the death of children under five years. On the other hand the institutional analysis, with its power to provoke self-analysis and self-management, gave them a chance to rethink their work processes in child health care.

Keywords: Child; Causes of Death; Health Management

LISTA DE REPRODUÇÕES DE PINTURAS

- Reprodução 1 RUBENS. A sagrada família. Painel 139 cm x 108 cm. 40
1615 – 1617, aproximadamente. Coleção Wallace,
Londres. In: RAWLEY, Thomas. **Obras-primas de
Rubens**. Lisboa / São Paulo: Editorial Verbo, 1978.
- Reprodução 2 COTES, Francis 1726 – 1770. Selina Chambers. Pastel, 41
55 cm x 45 cm. Assinado e datado. 1764. Acervo do
Osterley Park – Middlesex. In: RAWLEY, Thomas. **Obras-
primas da pintura inglesa**. Lisboa / São Paulo: Editorial
Verbo, 1978.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 Nascidos Vivos e Mortes Infantis na Comarca de Serro do Frio – 45
ES, 1776.
- Quadro 2 Distribuição dos gestores entrevistados de acordo com sexo,
raça/cor, estado civil, tempo de serviço público, tempo no 92
programa estadual e grau de instrução. Vitória – ES, 2012.

LISTA DE GRÁFICOS

- | | | |
|-----------|--|----|
| Gráfico 1 | Coeficiente de mortalidade infantil, do Estado do Espírito Santo, no período de 1993 a 2011. | 65 |
| Gráfico 2 | Taxa de mortalidade de crianças de 1 a 4 anos, no Estado do Espírito Santo, no período de 1993 a 2010. | 66 |

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
AI	Análise Institucional
AMAI	Atenção Materno-Infantil
APS	Atenção Primária à Saúde
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CER	Compensação de Especificidades Regionais
CF	Constituição Federal
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MI	Mortalidade Infantil
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica

OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PBL	Problem-Based Learning
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem
PRÓ-VIDA	Programa para Redução da Mortalidade Infantil
PROESF	Projeto de Fortalecimento e Expansão da Estratégia Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINASC	Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência

SUMÁRIO

1	EU CAÇADORA DE MIM: A IMPLICAÇÃO PROFISSIONAL DE UM PERCURSO EM PENSAR E AGIR EM SAÚDE	20
2	ANÁLISE INSTITUCIONAL (OU SOCIOANÁLISE) – APONTAMENTOS	25
3	TRAMAS DA INFÂNCIA NO BRASIL E NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO	36
3.1	O NASCIMENTO (HISTÓRICO) DA INFÂNCIA NO MUNDO OCIDENTAL	37
3.2	A INFÂNCIA NA PÁTRIA AMADA: Ô BRASIL	44
3.3	A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: UM ROMANCE INSTITUCIONAL.....	59
3.4	UMA ALEGORIA: AS MENINAS E OS MENINOS PERDIDOS.	68
4	OS DESAFIOS DE UM CAMINHO.....	71
4.1	O PEQUENO GRANDE ESTADO: UMA VIAGEM NO TEMPO.....	71
5	A POTÊNCIA DO JORNALISMO ENQUANTO DIVULGAÇÃO DE ANALISADORES NATURAIS EM SAÚDE	78
6	METODOLOGIA	83
7	FIOS E DESAFIOS: INTERLOCUÇÕES SAÚDE/MÍDIA	91
7.1	SAÚDE E MÍDIA: A RAZÃO DA COMUNICAÇÃO	91
7.2	FIOS DA GESTÃO ESTADUAL: A TECEDURA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA	93
7.3	A RELAÇÃO SAÚDE/MÍDIA: UM ENTENDIMENTO EM CONSTRUÇÃO	101
7.4	OS DESAFIOS A SEREM ENFRENTADOS: UM RECORTE DE INTENÇÕES	107
7.5	MÍDIA E DIVULGAÇÃO EM SAÚDE: SENSACIONALISMO OU INFORMAÇÃO?	112

8	RESTITUINDO O ESTUDO COM A EQUIPE DA COORDENAÇÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA	117
9	CONSIDERAÇÕES COMPARTILHADAS	120
10	REFERÊNCIAS	124
	APÊNDICES	
	ANEXOS	

1 EU CAÇADORA DE MIM: A IMPLICAÇÃO PROFISSIONAL EM UM PERCURSO DE PENSAR E AGIR EM SAÚDE

Por tanto amor

Por tanta emoção

A vida me fez assim

Doce ou atroz

Manso ou feroz

Eu caçador de mim

(Sá; Magrão)

Para uma compreensão melhor sobre a importância deste estudo, gostaria de colocar em revista a minha implicação profissional com a Política Pública de Saúde Estadual, especialmente no que diz respeito à Atenção à Saúde da Mulher e da Criança.

Para começo deste estudo que aqui se inicia, o que vem a ser implicação profissional?

Segundo Monceau, o conceito de implicação foi trabalhado por Lourau e Lapassade. O referido autor o entende como

[...] a relação que indivíduos desenvolvem com a instituição. Nós podemos dizer que o indivíduo é tomado pela instituição, querendo ele ou não. Eu não tenho a possibilidade de decidir que não estou implicado na instituição [...], mesmo que eu possa ter posições bastante críticas, mesmo que eu queira tomar uma distância, eu sou tomado por essa instituição. [...] Não podemos confundir implicação com engajamento, com investimento (MONCEAU, 2008, p. 21).

Ocupar um lugar no mundo é um processo complexo. Lourau (1993, p. 14) avalia que “[...] sentimos que é muito dolorosa a análise de nossas implicações: ou melhor, a

análise dos “lugares” que ocupamos, ativamente, neste mundo [...]”. Ainda segundo esse mesmo autor, (ibid, p. 14), “[...] a análise das implicações é o cerne do trabalho socioanalítico, e não consiste somente em analisar os outros, mas em analisar a si mesmo a todo momento, inclusive no momento da própria intervenção [...]”.

Amor e emoção: eu caçadora de mim...

Formada em Enfermagem e Obstetrícia, pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), conclusão no ano de 1996, inicio a aproximação com este tema — Atenção à Saúde da Criança — na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Enfermagem e que versou sobre a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida (SANTOS et al., 1996).

Em 1997, contratada pela Secretaria de Estado da Saúde, como docente, para o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem denominado PROFAE (Brasil, 1999), inicia-se aqui minha implicação profissional em uma história de anos buscando compreender por que algumas políticas públicas não se consolidam em ações concretas para melhoria de saúde e vida para a população.

Nesse mesmo ano, no estado do Espírito Santo, implantou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Brasil, 1997) e, no ano seguinte, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Esse processo foi muito rico e gratificante, pois, além de político-institucional, significou, também, uma mudança paradigmática que enfatizou o processo de saúde na atenção primária. Essa nova proposta, centrada na atenção à Saúde da Família, teve como implicação a reorientação do modelo assistencial, mediante a implantação de equipes multiprofissionais, em unidades básicas de saúde, com ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade.

Inserida em uma equipe, que construiu um projeto político-pedagógico, todos nós, “sonhando demais, mas onde se chega assim” (SÁ; MAGRÃO; 1981), vivenciamos o desafio de instituir no Estado, em 1998, a implantação do Polo de Capacitação,

Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, para a realização de vários cursos, destacando-se, entre eles, o Curso Básico em Saúde da Família, 23 vezes, com a formação de 69 turmas; o Curso Introdutório para Agentes Comunitários de Saúde, repetido com a formação de 15 turmas; o Curso de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), repetido cinco vezes e com a formação de 10 turmas; o Curso de Metodologia Baseada em Problemas (Problem-Based Learning - PBL), para dentistas, repetido duas vezes e com a formação de três turmas, e o Curso de Especialização em Saúde da Família, repetido duas vezes, ambos com a oferta de uma turma.

No tocante à atenção à saúde da criança, em 2004, a equipe do Programa Estadual de Saúde da Mulher e da Criança construiu um projeto para Redução da Mortalidade Infantil denominado PRÓ-VIDA, que buscava reduzir para um dígito, até 2007, essas mortes, mas esta política não foi consolidada. Em 2008, na região norte do Estado, iniciou-se a construção das Redes de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, buscando mais uma vez uma organização de serviços que garantiriam às mulheres uma assistência digna, principalmente na gestação, que, até à presente data, não se concretizou. Em 2010, outro projeto foi discutido pelos componentes do programa estadual, durante dois anos, denominado Atenção Materno-Infantil (AMAI), mas este também não saiu do papel, e, nesse mesmo ano, o governo federal deu um incentivo a vários estados, para diminuir a mortalidade infantil e materna, chamado Compensação das Especificidades Regionais (CER), este mantido até à presente data.

A aproximação com o quadro teórico denominado Movimento Institucionalista deu-se na oportunidade de cursar a disciplina Análise Institucional, também denominada Socioanálise, na condição de aluna especial, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) desta Universidade.

A Análise Institucional tenta, timidamente, ser um pouco mais científica. Quer dizer, tenta não fazer um isolamento entre o ato de pesquisar e o momento em que a pesquisa acontece na construção do conhecimento. Quando falamos em implicação com uma pesquisa, nos referimos ao conjunto de condições da pesquisa (LOURAU, 1993, p. 16).

Interligar, na Análise Institucional, o instituinte e o instituído com a morte de crianças menores de cinco anos fez-me buscar algumas inquietações para disparar um novo olhar sobre este assunto tão delicado.

Instituinte é o processo mobilizado por forças produtivo-desejante-revolucionárias que tende a fundar instituições ou a transformá-las, como parte do devir das potências e materialidades sociais. No transcurso do funcionamento do processo de institucionalização, o instituinte inventa instituídos e logo os metamorfoseia ou cancela, de acordo com as exigências do devir social (BAREMBLITT, 2002, p. 157).

Ao resultado da ação instituinte denomina-se instituído. Quando esse efeito foi produzido pela primeira vez, diz-se que se fundou uma instituição. O instituído cumpre um papel histórico importante porque vigora para ordenar as atividades sociais essenciais para a vida coletiva. Para que os instituídos sejam eficientes, devem permanecer abertos às transformações com que o instituinte acompanha o devir social. Contudo, o instituído tem uma tendência a permanecer estático e imutável, conservando *de juri* estados já transformados *de facto* e tornando-se assim resistente e conservador (BAREMBLITT, 2002, p. 157).

Visando ampliar a potência de um coletivo, na implicação profissional com a atenção à saúde, em particular, à saúde da criança, ao buscar inserção em um programa de formação *stricto sensu*, minha opção se deu pelo PPGSC, por ser este o espaço no qual, há algum tempo, venho compartilhando com os colegas do Grupo de Pesquisa “Rizoma — Saúde Coletiva e Instituições”², enquanto problemas intelectuais, muitas questões de minha vida prática.

Sobre a relevância deste estudo, trazer o tema *morte de crianças* para ser discutido na perspectiva da Análise Institucional enquanto intervenção no Serviço de Saúde, no Espírito Santo, poderá oferecer subsídios à descoagulação de conceitos colocados

² O Grupo de Pesquisa “Rizoma – Saúde Coletiva e Instituições”, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, tem como missão desenvolver saberes e práticas que tornem possíveis - a partir da Análise Institucional, da Esquizoanálise e do Esquizodrama - a produção e a invenção de subjetividades no campo da Saúde Coletiva.

como verdades absolutas – e, neste processo de desconstrução, afetar o coletivo -, provocando a geração de novas formas de pensar, produzir e avaliar a atenção à criança.

Neste sentido, o que se visa é a compreensão do emaranhado de linhas e das linhas de fuga que se dão nesse processo, visto que é condição essencial, uma vez que:

[...] possibilidades de territorialidades, desterritorialidades e reterritorialidades. Linhas que se cruzavam, entrecruzavam, fazendo de tudo uma geografia experimentada. Linhas de fuga, desesperadas, desejantes, erráticas e errantes. Um mapa onde tudo se traçava e fugia ao mesmo tempo, foi o que tentei desenhar (POTON, 2010, p. 95).

Quando falamos de linha de fuga, não estamos nos referindo à fuga como evasão, mas à fuga para ressaltar a invenção, a abertura de passagem para o imprevisível, que não foge da realidade, e sim compõe novas realidades possíveis.

O objetivo desta pesquisa ficou definido como a possibilidade de discutir com gestores estaduais do Programa de Saúde da Mulher e da Criança a mortalidade de crianças de zero a cinco anos, no período de um ano, no Espírito Santo, a partir de analisadores naturais veiculados por um jornal diário da mídia impressa.

2 ANÁLISE INSTITUCIONAL (OU SOCIOANÁLISE): APONTAMENTOS

[...]

Abrir o peito à força, numa procura

Fugir às armadilhas da mata escura

(Sá; Magrão)

Análise Institucional (AI) é um termo polissêmico, e elaborar um estudo sobre este quadro teórico implica, em princípio, explicitar o autor e abordagem de nosso interesse. Assim posto, achou-se por bem enquadrar o estudo nos pressupostos da AI ou Socioanálise, conforme proposição de René Lourau, aquele que gostava de se autoneamar “praticante” e que era aclamado como “analista institucional em tempo integral”. Mas traremos outros autores para maior discussão, entre eles Gregório Baremlitt.

Segundo Baremlitt (2002, p. 137), a AI traz como prática de seus agentes uma militância e propõe para eles o perfil de um intelectual implicado, diferentemente do intelectual orgânico (partidário) ou engajado (frequentemente um tanto especulativo).

Lourau (1993, p. 9) retrata a AI com muitos inícios, e também por essa amplitude, há várias dificuldades para se perceber seu campo de coerência. Ele neste conceito busca trabalhar a contradição, seguir uma lógica dialética em oposição à lógica identitária, característica das demais ciências – à exceção da Psicanálise. Nosso campo de coerência se apoia, essencialmente, na categoria de contradição, que se verá mais adiante.

Para se compreender a Análise Institucional, é necessário perpassar por caminhos que nos levam a refletir de forma crítica e discutir situações de contradição posta pelo instituído.

O termo AI traz consigo várias outras terminologias na perspectiva de reflexão, e, para entender estes caminhos, serão colocados em pauta alguns deles, como o Institucionalismo, que, segundo Baremlitt (2002, p. 54), é a expressão, de algo extremada, de um questionamento da hegemonia do pensamento científico como tal e de suas diversas especificidades, defendendo a fertilidade de todos os saberes, incluídos, por exemplo, os que existem em "estado prático" nas atividades leigas, artísticas, religiosas etc. [...] o Institucionalismo pode também transformar um conceito em uma categoria, ou em uma noção, ou até em uma alusão vaga, se considera que, em determinada conjuntura, torna-o revelador.

Siqueira (2010) descreve que outros autores, como Thelen e Steinmo (1992), afirmam que o institucionalismo histórico³ origina-se em estudos de política comparada entre países, em especial os estudos de economia política comparada, como os de Hall (1996). O institucionalismo histórico torna-se muito utilizado em estudos empíricos, busca uma análise para entender a continuidade e especificidades nas políticas, contribuindo para entender arranjos institucionais que estruturam as relações entre o Estado e a sociedade.

Para um entendimento mais ampliado, outros autores serão estudados no intuito de descortinar conceitos, como *instituições e organizações*. North (1994;1992) esclarece que, na medida em que se diferenciam estes dois conceitos, fica mais lapidada a reflexão para discussões e críticas. Desse modo, a concepção de instituições é definida como:

³ Numa outra perspectiva, Baremlitt, em suas reflexões sobre o institucionalismo, [...] afirma que a história não é apenas a reconstrução do que já aconteceu e que já está, de alguma maneira, morto, obsoleto, definido – “o que foi, já foi” -, mas consiste em uma localização daquilo que, de alguma forma, começou e teve início em um passado. Mas o interesse da História institucionalista é o de reconstruir o passado enquanto ele está vivo no presente, enquanto ele está atuante e pode determinar ou já está determinando o futuro. Passado e futuro se constroem e reconstroem incessantemente desde os valores que inspiram a um presente crítico e revolucionário (BAREMBLITT, 1992, p. 38).

As instituições constituem as regras do jogo numa sociedade; mais formalmente, representam os limites estabelecidos pelo homem para disciplinar as interações humanas. [...] as instituições são os constrangimentos humanamente impostos que moldam a interação humana e [...] estes constrangimentos definem tanto os limites e cursos de ação possíveis quanto o conjunto de oportunidades (NORTH, 1994 [1992], p. 9).

Escolher Lourau como referencial teórico para discutir análise institucional neste trabalho é permitir o diálogo enquanto conhecimento e entendimento de uma evolução política institucional. Trazer outros autores para dialogar com Lourau é fortalecer uma compreensão sobre o entender análise institucional.

Em meio a diversas concepções do termo instituição, a opção foi pelo gênero conceitual para Lourau (2004a, p. 71), segundo o qual:

[...] as instituições são normas. Mas elas incluem também a maneira como os indivíduos concordam, ou não, em participar dessas mesmas normas. As relações sociais reais, bem como as normas sociais, fazem parte do conceito de instituição. Seu conteúdo é formado pela articulação entre a ação histórica de indivíduos, grupos, coletividades, por um lado, e as normas sociais já existentes, por outro.

[...], a instituição não é um nível de organização social (regras, leis) que atua a partir do exterior para regular a vida dos grupos ou as condutas dos indivíduos; atravessa todos os níveis dos conjuntos humanos e faz parte da estrutura simbólica do grupo, do indivíduo.

Então, a diferença da Sociologia para a Psicanálise, para Lourau (1993), é que não se considera instituição um prédio, mas este pode ter outro significado, principalmente nas ciências sociais, onde as pessoas podem dizer, por exemplo, eu trabalho em uma instituição, como uma forma de capitalizar prestígio. Pensando assim, operários também trabalham em uma instituição. Então, que privilégio há para os trabalhadores dessas instituições? Nesse sentido, algumas linhas utilizam o modelo de instituição, como uma

fábrica, uma escola, quaisquer quatro paredes/muros e qualquer forma de organização material ou jurídica como instituição.

Portanto, não acreditar que o conhecimento não nasce ou não se constroi a partir de uma sociedade é dizer que não se tem uma sociedade com potencial de transformação. Para desmistificar essas questões, busca-se também trazer informações para descobertas das *gestões autônomas*, que criam condições para surpreendentes resultados protagonizados por participantes ou grupos dos quais "menos se poderia esperar". Por isso, para Baremlitt (2002, p. 79):

A Análise Institucional não é, então, um super-saber ou um meta-saber absoluto que poderia dar conta de todos estes desconhecimentos, positivando de uma vez por todas o tecido social. Pelo contrário: trata-se de uma investigação permanente, sempre lacunar e circunscrita de como o não-saber e a negatividade operam em cada conjuntura.

O institucionalismo, descrito aqui por vários autores, nos possibilita uma análise da conceituação de instituições como um conjunto de relações formais e não formais, seus sujeitos implicados na tomada de decisão, seus comportamentos, os grupos de interesse e seus conhecimentos que conduzem à mudança organizacional e institucional. Assim, no intuito de embasarmos as reflexões, foi importante destacar estes conceitos.

Segundo Lourau (1993, p. 13), o campo de coerência se apoia, essencialmente, na categoria de contradição. "O instituído, o *status quo*, atua como um jogo de forças extremamente violento para produzir uma certa imobilidade; [...] e poder conhecer melhor o instituído e os diversos níveis contraditórios na instituição." Este é o ponto forte da análise institucional, a Socioanálise. Conceito descrito anteriormente por Baremlitt (1989, p. 114), segundo o qual o institucionalismo é o devir⁴, a história, o

⁴ O devir é um termo relativo à economia do desejo. Os fluxos de desejo procedem por afetos e devires, independentemente do fato de que possam ser ou não rebatidos sobre pessoas, sobre imagens, sobre identificações (GUATTARI; ROLNIK, 2007, p. 382).

produto contraditório do instituinte e do instituído, em luta permanente, em constante contradição com as forças de autodissolução.

Institucionalismo se interessa pela questão do desejo, da intervenção de forças inconscientes em todas as atividades humanas, e não apenas na questão da saúde; onde quer que a subjetividade tenha participação, o institucionalismo está preocupado em desvendá-la; interessa-se pela questão do inconsciente postulando a existência de muitos inconscientes e a impossibilidade de universalizá-lo, totalizá-lo e sobretudo torná-lo de domínio de uma teoria só (BAREMBLITT , 1989, p. 114).

A teoria dos analisadores implica uma teoria da autodissolução das formas sociais (inclusive as que institucionalizam a teoria dos analisadores). [...] Dissolver o saber instituído (efeito de “revelador”) e modificar as relações de força constitutivas das formas da representação instituída (efeito de “catalisador”), tal é o trabalho dos analisadores; [...] daí a tendência à recuperação eventualmente observada, quando a primeira face de seu trabalho “revelador” é autonomizada e objetivada, tomando a frente da segunda face, política (LOURAU, 2004, p. 135-136).

As construções de uma sociedade não reprimida e imposta às vontades alheias têm que ter uma consciência de seu potencial ativo e de construção. Isto denota uma análise no seu caráter gestor de produção de vida com qualidade. Para que se tenha uma produção de gestão, é necessário viver a autoanálise e a autogestão, aqui explicadas:

[...] A auto-análise consiste em que as comunidades mesmas, como protagonistas de seus problemas, necessidades, interesses, desejos e demandas, possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um pensamento e um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca de sua vida, ou seja: não se trata de que alguém venha de fora ou de cima para dizer-lhes quem são, o que podem, o que sabem, o que devem pedir e o que podem ou não conseguir. Este processo de auto-análise das comunidades é simultâneo ao processo de auto-organização, em que a comunidade se articula, se institucionaliza, se organiza para construir os dispositivos necessários para produzir, ela mesma, ou para conseguir os recursos de que precisa para a manutenção e o melhoramento de sua vida sobre a terra. Na medida em que essa organização é consequência e, ao mesmo tempo, um movimento paralelo

com a compreensão dada pela auto-análise, ela também não é feita de cima para baixo, nem de fora, mas elaborada no próprio seio heterogêneo do coletivo interessado [...](BAREMBLITT, 2002, p.17).

Para uma discussão e reflexão neste trabalho, entender o envolvimento de vários setores do governo e da sociedade no processo de autoanálise e autogestão é indispensável, para que, num futuro próximo, a política seja voltada para o diálogo entre todos os atores envolvidos neste contexto.

[...] É óbvio que autogestão e auto-análise são dois processos simultâneos e articulados. Por quê? Porque auto-análise, para as comunidades, significa a produção de um saber, do conhecimento acerca de seus problemas, de suas condições de vida, suas necessidades, demandas etc., e também de seus recursos. Mas até para que a auto-análise seja praticada pelas comunidades, elas têm que construir um dispositivo no seio do qual essa produção seja realizável [...](BAREMBLITT, 2002, p.18).

Para melhor entender a Análise Institucional em seus aspectos operativos, é necessária a noção de intervenção. A intervenção em algumas teorias, como a da Psicologia Social e da Sociologia, faz uma classificação mais significativa. Na sociologia, a sociologia de intervenção faz oposição à sociologia do discurso, presente apenas em livros e artigos (LOURAU, 1993).

Segundo Lourau (1993), intervenção significa, ao mesmo tempo, técnico e praticante. O que entendemos por intervenção? Temos principalmente uma influência da intervenção psicossociológica. A intervenção psicossociológica trabalha, em geral, com pequenos grupos, e a Análise Institucional nasce precisamente da crítica à Psicossociologia ou à psicologia dos pequenos grupos, já que Georges Lapassade fez aparecer o que, de alguma forma, estava escondido nesse modelo de análise de grupo. Ele reintroduziu uma coisa que estava fora dos grupos enquanto fora do campo da análise de grupo. E essa coisa era a instituição, que faz, cria, molda, forma e é o grupo.

O sentido do termo intervenção quando circunscrito à realidade dos grupos é o que se chama de campo de intervenção. A intervenção socioanalítica se caracteriza pela consideração de um campo de análise e de um campo de intervenção que não se confundem. O modelo de análise de grupo se funde na compreensão de alguma coisa que é invisível e terrivelmente presente no grupo, como um espectro, isto é, a instituição (LOURAU, 1993).

O método de intervenção consiste em criar um agenciamento ou dispositivo de análise social coletiva. O que é, então, esse dispositivo? Consiste em analisar coletivamente uma situação coletiva. Nesse sentido, o socioanalista tem trabalhos a fazer que não são, necessariamente, de interpretação. Alguns, preferencialmente, se utilizam da interpretação; outros quase não a usam. Como em todas as linhas, há vários caminhos (LOURAU, 1993).

Agenciamento ou Dispositivo [...] é uma montagem ou artifício produtor de inovações que gera acontecimentos e devires, atualiza virtualidades e inventa o novo radical. [...] geradores da diferença absoluta, produzem realidades alternativas e revolucionárias que transformam o horizonte considerado do real, do possível e do impossível (BAREMBLITT, 2002, p. 135).

A Análise Institucional utiliza-se também de outro conceito, — o de analisador —, e um de seus defensores foi Felix Guattari. Esse trabalho busca falar do analisador natural como instrumento de autonomia da sociedade, assunto que será aprofundado mais adiante.

Autonomia no sentido de romper com esquemas centralizadores: não se trata de participar de um poder constituído e vertical, mas de ter poder, de estratégia, de ação polivalente. Assim, novos atores, antes excluídos e subalternos, emergem no cenário da vida comunitária, organizativa e institucional (PEREIRA, 2005, p. 60).

Descreve-se melhor, neste próximo momento, sobre uma forma crítica e participativa de análise institucional, os analisadores, podendo ser eles *naturais ou artificiais*.

Para se efetuar a pesquisa proposta, será descrito o conceito de analisador, que, de acordo com L'Abbate (2007), “retome à luz de certas situações e levar aos grupos a não possibilidade de escaparem de suas verdades”.

Analisador “[...] são acontecimentos ou fenômenos reveladores e ao mesmo tempo catalisadores, produtos de uma situação, que agem sobre ela” (LOURAU, 2004, p. 132), ou seja, “[...] àquilo que permite revelar a estrutura da organização, *provocá-la, forçá-la a falar*” (LOURAU, 1993, p. 284).

Buscando entender sobre estes analisadores que fazem girar as situações de conformidade ou não e que retratam a realidade da comunidade em expressar suas informações e sua potência em análise dos acontecimentos, deu-se a escolha da metodologia deste estudo.

Os analisadores são o “motor” da análise, pois permitem fazer a análise ao revelarem dimensões que permaneciam encobertas. São altamente provocadores, porque obrigam a sociedade (ou certos setores importantes) a falar, a mostrar faces que permaneciam à sombra. Ao serem identificados, revelam, sobretudo, as relações de pessoas, grupos, classes, instituições e organizações e também seu modo de funcionar, ou seja, “[...] **analisador** é qualquer acontecimento, ou conjunto de acontecimentos, que, devido a certas circunstâncias, torna-se revelador de aspectos que permaneciam ocultos num grupo, instituição, organização ou até numa “sociedade” (L'ABBATE, 2007 p. 1).

Nesta perspectiva, L'Abbate (2004, p. 82) afirma que

o conceito de analisador e sua aplicação constituem uma verdadeira inversão epistemológica, pois produzem uma união entre a análise e o fenômeno que a engendra, provocando assim uma inversão da relação entre o objeto real e o objeto de conhecimento, na medida em que eles não são mais considerados como entidades separadas.

Para Baremlitt (2002, p. 135), temos dois conceitos sobre analisadores:

[...] os analisadores artificiais ou construídos, que são dispositivos inventados e implantados pelos analistas institucionais para propiciarem a explicitação dos conflitos e sua resolução. Para tal fim, pode-se valer de qualquer recurso (procedimentos artísticos, políticos, dramáticos, científicos etc.), qualquer montagem que torne manifesto o jogo de forças, os desejos, interesses e fantasmas dos segmentos organizacionais.

[...] e os analisadores "espontâneos" ou "naturais", sendo estes analisadores de fato, produzidos *espontaneamente* pela própria vida histórico-social-libidinal e natural, como resultado de suas determinações e da sua margem de liberdade" [grifo do autor].

Para esta pesquisa foi escolhido o *analisador natural* para a contextualização dos acontecimentos, que, segundo o autor, são fenômenos mais ou menos similares [...] que surgem como resultante de toda uma série de forças contraditórias que se articulam nesse fenômeno que aparece. E são "naturais" porque **não foram fabricados** por um interventor institucional. (BAREMBLITT, 1998, p. 114) [grifo do autor]. Não fica melhor "que surgem como resultantes"?

A partir de então, tornou-se um desafio a possibilidade de estudar e pensar a atenção à saúde como modelo organizacional, a exemplo da Atenção Primária como ordenadora do sistema e possibilitar aos seus trabalhadores atuar nos seus microprocessos decisórios, em particular no terreno da gestão do trabalho, da produção do cuidado, como lugar onde há espaço para a resolubilidade das ações de saúde e a autonomia de uma comunidade para sua autogestão. Segundo Merhy (2002), a partir da lógica da satisfação de necessidades, sejam estas de usuários finais, sejam intermediários da própria organização, na sua potencialidade de formar linhas de uma dinâmica intensa de fluxos que percorram todo o sistema e se identifica como cogestor desta ação. Segundo Pereira (2007), a Análise Institucional é um procedimento coletivo, que visa realizar a análise dos integrantes de

uma organização, as relações, as estruturas, as atitudes, as convenções e as práticas habituais. O papel do coordenador, analista institucional, é propor o surgimento do “não dito”. Para isso, é necessário criar “dispositivos analisadores” históricos, espontâneos e naturais. Os analistas organizam a “subversão” (outra versão) da instituição com a ajuda da palavra, dos dispositivos analisadores e da participação dos membros.

Nesse sentido, este estudo faz menção ao analisador natural, mídia impressa, para informar e fazer pensar os acontecimentos. Um analisador não é apenas um fenômeno cuja função específica é exprimir, manifestar, declarar, evidenciar, denunciar. Ele mesmo contém os elementos para se autoentender, ou seja, para começar o processo de seu próprio esclarecimento. [...] chamados analisadores naturais [...] "Natural" quer dizer espontâneo, [...]. Então, a definição correta é dizer que são analisadores históricos, ou seja, que a própria vida histórico-social-natural os produz por conta própria como o resultado de suas determinações.

Como mencionado acima, torna-se interessante entender que, diante de tantas dimensões para o tema da pesquisa, a responsabilização do setor saúde perpassa por outras compreensões, a refletir a importância do modelo de atenção seja a Atenção Primária à Saúde (APS), que, segundo Starfield (2002, p. 28):

A Atenção Primária à Saúde é aquele nível do sistema de serviços de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa no decorrer do tempo, para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em outro lugar.

Outro conceito para mais adiante se discutir com mais detalhes e que proporciona aos seus profissionais e sociedade uma autonomia de intervenção é a Atenção Primária, que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1978), são cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados, socialmente aceitáveis e de acesso universal para os indivíduos e suas famílias, a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação.

Nossa pretensão foi trazer contribuições para que sejam analisadas as mortes de crianças menores de cinco anos, descritas na mídia impressa, no lapso de um ano, pelo pressuposto da Análise Institucional.

3 TRAMAS DA INFÂNCIA NO BRASIL E NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

[...]

Entregue a paixões

Que nunca tiveram fim

(Sá; Magrão)

O objeto deste estudo – tal qual anuncia o título —, versa sobre uma análise a respeito da morte de crianças até cinco anos de idade. Foi feito com gestores que elaboram, monitoram e avaliam a atenção à saúde da criança no estado do Espírito Santo. O estudo buscou como sustentação um diálogo, a partir do seguinte analisador natural: um painel retratando a morte das referidas crianças, elaborado a partir de matérias veiculadas em um dado jornal da mídia impressa local, no interstício de agosto de 2011 a agosto de 2012.

Entretanto, o ponto de partida do estudo — em função de minha implicação profissional com o tema —, foi o resgate de algumas considerações sobre como se deu o nascimento histórico da infância no mundo ocidental, resultando até na contemporaneidade. O quadro teórico adotado — Análise Institucional —, conforme proposição de Lourau —, me coloca, enquanto pesquisadora/analista, no papel de refletir junto com os sujeitos da pesquisa, sobre a perspectiva da saúde da criança no Estado.

Assim posto, inicia-se o próximo tópico em um diálogo com o historiador francês Philippe Ariès e autores brasileiros, em especial Mary Del Priore, que se debruçaram sobre o falar da infância ao longo dos tempos, propiciando-nos a compreensão das adversidades às quais ela foi submetida, com repercussões até o presente – em

particular no espaço geopolítico espiritosantense —, sobre a sua sobrevivência, qualidade de vida ou, até mesmo, o desfecho do indesejado - sua morte.

A consideração e a preocupação com a saúde da criança, no Brasil, é uma questão que se deu somente a partir do século passado, certamente por reflexo da própria história ocidental e do modo como a infância era compreendida.

3.1 O NASCIMENTO (HISTÓRICO) DA INFÂNCIA NO MUNDO OCIDENTAL

De acordo com o estudo elaborado por Ariès (1981), sobre a história social da criança e, por extensão, da família, a noção dos sentimentos de infância, ou seja, a consciência da particularidade infantil, só se deu a partir do século XVII; antes a criança era tratada como um adulto em miniatura.

Na falta dos registros escritos sobre cuidados destinados às crianças, assim como a subnotificação dos eventos nosológicos marcados por um alto índice de mortalidade, tal o desapego dos profissionais que naquela época lidavam com as crianças - especialmente médicos, pedagogos e professores em geral -, em documentar a vida das crianças, Kramer (2005, p.19) nos dá conta do árduo trabalho sobre o qual debruçou este historiador francês que:

[...] Estudando a transformação da concepção de criança e família, por meio do exame de pinturas, antigos diários e testamentos, inscrições em igrejas e pedras tumulares, seu trabalho, além das conclusões quanto ao momento e às condições de surgimento da família nuclear, da escola e da consciência da particularidade infantil, em especial na França, trouxe um novo ângulo de análise para a função desempenhada por essas instituições. A mudança da concepção de infância foi compreendida como sendo eco da própria mudança nas formas de organização da sociedade, das relações de trabalho, das atividades realizadas e dos tipos de inserção que nessa sociedade têm as crianças. Assim entendida a questão, não se trata de estudar a criança como um problema em si, mas compreendê-la segundo uma perspectiva histórica.

Na contemporaneidade, a concepção e o nascimento de uma criança, e aqui estamos nos referindo obviamente à maioria das famílias, é algo de festivo, motivo de celebração e alegria, uma data inesquecivelmente comemorada. O nome de nossas crianças é motivo de estudos, de escolhas felizes. Para Ariès (1981, p. 2), hoje, o nome pertence ao mundo da fantasia, e o sobrenome pertence ao mundo da tradição. No entanto, não podemos desconsiderar que muitas crianças ainda continuam sendo objeto de negligência ou mesmo de abandono.

Mas, voltando ao sentimento de alegria, esse não era tão habitual alguns séculos atrás. Por volta do século XII, Ariès (1981, p. 17) refere que a “arte medieval desconhecia a infância ou não tentava representá-la” e que essa ausência ocorria devido à incompetência ou à falta de habilidade para lidar com os aspectos relacionados a ela.

Na idade média, a identificação da criança era algo muito impreciso, quando o nome era uma configuração sem importância, e seu sobrenome, uma correlação com o lugar de nascimento e de vivência. Da mesma forma, a correlação entre faixas etárias e ciclos vitais não correspondia à do nosso entendimento atual (ARIÈS, 1981).

Eram abundantes os textos dessa época que relatavam sobre as idades, onde se registravam, segundo Ariès (1981, p. 6, grifo do autor), que:

A primeira idade é a infância, denominada *plantatio dentium*, que durava de zero a sete anos, pois quando se nascia, era chamado de *enfant* (criança), que quer dizer não-falante, pois nessa idade a pessoa não pode falar bem, nem formar perfeitamente suas palavras, pois ainda não tem seus dentes bem ordenados nem firmes.

A segunda idade, dos sete aos quatorze anos, denominava-se *pueritia*, assim chamada “porque nessa idade a pessoa é ainda como a menina do olho” (ARIÈS, 1981, p. 6). Na terceira idade, naquele contexto, a adolescência se prolongava “até o vigésimo primeiro ano, por ser uma idade que já pode procriar” (ARIÈS, 1981, p. 6, grifo do autor).

O crescimento, no entanto, termina antes dos trinta ou trinta e cinco anos, e até mesmo antes dos vinte e oito anos. Certamente devido ao trabalho precoce, que mobilizava mais cedo as reservas do organismo. Após a adolescência, surge a juventude, idade que dura até quarenta e cinco ou cinquenta anos, significando a plenitude de suas forças. Essa idade é chamada de juventude devido à força que está na pessoa, para ajudar a si mesma e aos outros, disse Aristóteles (ARIÈS, 1981, p. 6). Depois vinha a senectude, chamada de gravidade, pois é grave nos costumes e nas maneiras; a pessoa não é velha, mas passou da juventude. Chegava-se à velhice, que, segundo a compreensão da época, poderia durar até setenta anos ou sem fim, até à morte. *Velhice, porque as pessoas velhas já não têm os sentidos tão bons e caducam* (ARIÈS, 1981, p. 6).

Esta implicação de historicizar a infância, através dos séculos e de alguns autores, e capturar fatos sobre como eram tratadas será uma tentativa de trazer uma reflexão a respeito do porquê de ainda temos, nos dias atuais, atitudes inexplicáveis da sociedade em relação à criança.

Segundo Ariès (1981, p. 17), até o século XII a criança foi retratada em pinturas iconográficas como uma pessoa adulta de estatura pequena, verdadeiros mini-adultos, em que não se podia distinguir o vestuário adulto do infantil. O autor aponta como exemplo clássico desta representação uma miniatura otoniana do século XI, que:

[...] dá uma idéia impressionante da deformação que o artista impunha então aos corpos das crianças, num sentido que nos parece muito distante de nosso sentimento e de nossa visão. O tema é a cena do Evangelho em que Jesus pede que se deixe vir a ele as criancinhas, sendo o texto latino claro: *parvuli* (ARIÈS, 1981, p. 500–510, grifo do autor).

Por volta do século XIII, surgiram algumas representações de tipos de crianças um pouco mais próximas do sentimento moderno. Elas eram retratadas em telas e

esculturas como anjos, e, muitas vezes, esses anjos se transformavam em anjos adolescentes (ARIÈS, 1981).

De anjo, as crianças, ainda numa leitura iconográfica, evoluíram à condição humana, infantil e retratada no aconchego do colo do pai ou da mãe (ARIÈS, 1981). A reprodução da pintura⁵ apresentada a seguir ilustra tal condição:



Reprodução 1 - A Sagrada Família, de Rubens.
Fonte: Obras primas de Rubens (1978).

Trata-se de uma representação de *A Sagrada Família* — José (ao fundo), Maria (situada no Ponto de Luz da obra) —, recebendo a visita de Isabel, ambas com os seus filhos — Jesus Cristo e João Batista —, no colo (REPRODUÇÃO 1).

Entretanto, desde os séculos XIV e XV, e início do século XVI, a pintura medieval sofreu evolução: de sagrada a profana, sendo antes a criança obrigatoriamente retratada na companhia de um adulto, passando, posteriormente, a ser visualizada

⁵ RUBENS. A sagrada família. Painel, 139 cm x 108 cm, 1617, aproximadamente. Coleção Wallace, Londres. In: RAWLEY, Thomas. **Obras primas de Rubens**. Lisboa/São Paulo:Editorial Verbo, 1978.

sozinha. Porém, “era ainda a representação da *criança sozinha*, mas [...] retratada a criança morta, no túmulo de seus pais” (ARIÈS, 1981, p.23).

Essa época fica marcada pela forma como a infância era tratada; uma fase da vida sem importância. Não se conservava uma pintura de uma criança, quando esta conseguia sobreviver às doenças. *A infância era apenas uma fase sem importância, que não fazia sentido fixar-se na lembrança. E quando a criança morria, não se considerava que essa coisinha, tão cedo fosse, seria digna de lembrança* (ARIÈS, 1981, p.21).

No entanto, a partir do século XVII, a criança começa a ser representada sozinha e como tal. Esta foi a grande novidade: a pintura profana (REPRODUÇÃO 2). As famílias queriam possuir pinturas de seus filhos, mesmo na idade em que eles ainda eram crianças (ARIÈS, 1981, p. 10 e 25). A pintura retratando a menina Selina Chambers⁶ exemplifica isso:



Reprodução 2: Selina Chambers,
de Francis Cotes.
Fonte: Obras primas da pintura inglesa, 1978.

Nesta reprodução, que já não se trata mais de uma iconografia, pode-se evidenciar uma menina representada sozinha. Os seus traços infantis — o frescor do rosto e as

⁶ COTES, F. (1726-1770) Selina Chambers. Pastel, 55 cm x 45 cm, Assinado e datado. 1764. Acervo de Osterley Park, Middlesex. In: **Obras primas da pintura inglesa**. Lisboa/São Paulo: Verbo, 1978.

pequenas mãos trazendo uma boneca — contrastam com a nudez de seu colo, o colar e o penteado bem próprios de uma mulher adulta.

No século XIX, a fotografia substituiu a pintura, e os registros das crianças passaram a ser mais comuns junto à família.

Diante dos estudos do historiador francês Philippe Ariès, foi possível observar que o sentimento da infância não existia, por completo, o que não quer dizer que as crianças fossem negligenciadas, abandonadas ou desprezadas. Por essa razão, assim que a criança tinha condições de viver sem a solicitude de sua mãe ou de sua ama, ela ingressava na sociedade dos adultos e não se distinguia mais destes (ARIÈS, 1981).

Esse novo sentimento de infância começa a ser contextualizado pelos moralistas e educadores, perpassando pelo século XVII, fortalecendo-se no século XX. A sociedade nessa época preocupava-se com a questão moral e com o interesse psicológico. As famílias enviavam suas crianças para a escola com o intuito de *preservá-la da corrupção do meio, mantendo sua inocência, para fortalecê-la, desenvolvendo seu caráter e sua razão* (KRAMER, 2003, p. 18).

Assim posto, Ariès (1981) considera que o sentimento de infância, que se perpetua até os tempos atuais, correspondeu a duas atitudes paradoxalmente contraditórias dos adultos: através da paparicação, a criança foi entendida como ingênua, pura e inocente; através da moralização, ela foi tomada como um ser imperfeito e incompleto, cuja educação pelo adulto era necessária.

No século XVIII, chegando até à atualidade, começa a se fortalecer a instituição família, com dois elementos associados: a preocupação com a higiene e a saúde física. Tudo o que se referia às crianças e à família havia-se tornado um assunto sério e digno de atenção. Não apenas o futuro da criança, mas também sua simples presença e existência eram dignas de preocupação. A criança havia assumido um lugar central dentro da família (KRAMER, 2003).

No século XIX, afloram sentimentos em torno de nascimento e morte de crianças, podendo entender-se e permitir-se amar as crianças. Esses sentimentos eram expressos nas fotografias das famílias, que passam a considerar a criança como um ser importante, desde a descoberta da gravidez até seus sete anos, idade de superação das doenças da infância. Tais sentimentos eram evidenciados nas cartas de familiares, quando comunicavam o nascimento ou o falecimento de uma criança. Até nas cartas da nobreza pode-se constatar esse sentimento, como o relato de Fernando VII, irmão de Carlota Joaquina, sobre a morte de sua filha (DEL PRIORE, 2000). Já Dom Pedro II escreveu em seu diário os sentimentos de paternidade: [...] *o estudo, a leitura e a educação de minhas filhas, que amo extremosamente, são meus principais divertimentos* (DEL PRIORE, 2000, p.164).

Por fim, resta-nos considerar que, conforme ressalta Kramer (2005, p. 20), a ideia moderna de infância foi cunhada a partir da percepção das classes hegemônicas, visto que:

[...] numa sociedade de classes, as crianças desempenham, nos diversos contextos, papéis diferentes. Ocorre que a idéia de infância da sociedade moderna foi universalizada pelas classes hegemônicas com base no seu padrão de criança, tecido partindo-se de critérios de idade e de dependência do adulto, característicos de sua inserção específica no interior dessas classes.

Feitas estas considerações, nosso olhar volta-se a partir de agora, para alguns aspectos afeitos à infância no Brasil.

3.2 A INFÂNCIA NA PÁTRIA AMADA: Ó BRASIL

Ó Pátria Amada, Brasil, retrate aqui os acontecimentos⁷ de suas crianças. E assim continua a viagem pelos séculos, até os dias atuais, demonstrando seus caminhos ou (des)caminhos e o que nos comove na história da infância brasileira.

Não me aterei aqui às cartas dos navegadores, segundo as quais as crianças órfãs, com a missão de atraírem os curumins para os colégios jesuitas, chegavam à Colônia sob o jugo de uma história dura e cruel de violências feitas pelos marinheiros e piratas. Busca-se aqui evidenciar a educação obrigatória dos habitantes nativos, perpassando pelas décadas de evolução política, no último século, no Brasil.

Del Priore (2000, p. 56, grifo do autor) descreve que a educação passa a ser valorizada com a chegada dos jesuítas, que vieram ao Brasil para exercer seu papel missionário; aos poucos eles foram se transformando em uma ordem docente, *que correspondia ao desejo de formar jovens nas letras e na virtude, a fim de fazê-los propagar, eles mesmos, no mundo onde vivessem, os valores defendidos pela companhia.*

Relatos do século XVIII descrevem que, tanto em relação a crianças de famílias pobres quanto de negros, não havia sequer passagens de situações que caracterizavam alguma importância nessa fase. Segundo Del Priore (2000, p. 107), [...] *pouco se fala da vida diária e dos aspectos mais corriqueiros do cotidiano, e não há interesse em comentar como viviam os escravos e os pobres, as mulheres e, menos ainda, as crianças, mesmo em se tratando dos filhos de pessoas importantes.*

Assim chamadas de crianças esquecidas, por pouca importância que tinham, quando morriam, eram substituídas por outras que nasciam, pois não fariam falta. Esta era a

⁷ Acontecimento é o momento de aparição do novo absoluto, da diferença e da singularidade. Estes atos, processos e resultados, conseqüências de conexões insólitas, que escapam das constrações do instituído-organizado, estabelecido, são o substrato de transformações de pequeno ou grande porte que revolucionam a História, em todos os seus níveis e âmbitos. O acontecimento atualiza as virtualidades, cuja essência não coincide com as possibilidades (BAREMBLITT, 2002, p. 134).

maneira de encarar a vida na infância, pouco mencionada em relatos entre metrópole e colônia (DEL PRIORE, 2000).

No final do século XVIII, deu-se o crescimento populacional com a mistura de brancos e outras etnias, chamados de mulatos, de mestiços, de pardos, de cabras, assim designados *gente de cor* (DEL PRIORE, 2000, p. 112).

Para visualização da mortalidade infantil dessa época, abaixo está o registro, a contar do mapa de moradores da Comarca do Serro do Frio, de 1776, Quadro 1.

Raça/Cor	Nascidos Vivos	Mortalidade Infantil
Branca	473	246
Pardos, cabras e mestiços	717	239
Pretos e crioulos	544	596

QUADRO 1: NASCIDOS VIVOS E MORTES INFANTIS NA COMARCA DE SERRO DO FRIO – DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, EM 1776.

Fonte: DEL PRIORE, 2000, p. 116)

Pode-se constatar no quadro anterior uma discrepância: a mortalidade de “pretos e crioulos” é maior do que o número de nascidos vivos. Trata-se, a nosso ver, de uma questão muito comum ao contexto do século XVIII, a subnotificação de nascimento.

Conforme avalia a autora, a partir dos dados constantes neste quadro, “pretos e crioulos”, nascidos neste país, não conseguiam o crescimento vegetativo; a mortalidade infantil era muito alta, mas, sobrevivendo, eram mais valorizados no mercado de trabalho, por aprenderem mais depressa o ofício:

O crioulo é uma criança estragada, até que fica bastante forte para trabalhar; então, sem nenhum hábito prévio de atividade, espera-se que ele seja industrioso; tendo passado a existência a comer, beber e correr por aqui e ali, nos termos da igualdade familiar, espera-se que seja obediente (DEL PRIORE, 2000, p. 186).

Muitas vezes, os recém-nascidos – denominados anjinhos –, não eram computados, por morrerem antes do batizado, e esse momento era de grande importância, pois marcava o nascimento, tanto para crianças brancas quanto para negras. Nesses dados, percebe-se o maior número de mestiços e pardos sobreviventes, compreendendo a sua presença já marcante enquanto característicos da população brasileira (DEL PRIORE, 2000).

A história mostra que havia poucas mulheres brancas, e era natural o concubinato com mulheres *de cor*. Era normal seus filhos terem alforria e participarem das heranças, muitas vezes geridas por suas mães. Foi um período em que não se atingia idade avançada; encontravam-se registros com alta mortalidade em adultos. No início do século XIX, a grande maioria da população era formada por mulatos (mestiços) alforriados, sendo justificada pela decadência das mineradoras, pois entendiam que era melhor libertá-los do que sustentá-los. Entre eles, muitos eram músicos e artistas, bastante atuantes na discussão da política (DEL PRIORE, 2000).

Entre as mulatinhas e os mulatinhos, muitos eram aceitos pela sociedade, por terem entendimento e talento, vistos de modo diferenciado dos filhos de escravos, ainda que com certa discriminação. Evidentemente, existiam muitos filhos de negras forras que eram separados de suas mães, para não serem reconhecidos por seus pais brancos, que, em sua maioria, eram pobres e sem recursos (DEL PRIORE, 2000).

Essas crianças denominadas *de cor* tinham significativo papel nas festividades religiosas, aqui representadas pelo catolicismo, pois eram treinadas para cantar, tocar e representar, levando grande prazer à sociedade. Constam pagamentos de crianças por esses serviços, e isso mostra a profissionalização de crianças naquela época. Compreende-se que esses pequeninos forros, de mães negras livres, habitavam, de forma frágil e insalubre, em baixadas, morros e cortiços, com trabalhos desfavoráveis, levando a perigos iminentes. Os acidentes eram frequentes, e a possibilidade de adquirirem doenças infectocontagiosas comuns, trazidas pela miséria, promiscuidade, sujeira, má alimentação e outras, era confirmada pela elevada mortalidade infantil (DEL PRIORE, 2000).

Nos quilombos, havia plantações para alimentarem melhor as crianças, diferentemente das mulatas e mestiças, advindas de uma situação de vida mais miserável, imposta pela sociedade. Mesmo sendo melhor alimentadas, não escapavam das doenças mais afetantes da infância, como sarampo, varíola, diarreia, sarna e outras, com uma alta mortalidade infantil, porém pouco registrado em relação às crianças brancas, isto se deve, pela condição clandestina de viver (DEL PRIORE, 2000).

Nas primeiras décadas do século XIX, os dicionários já expunham reservadamente a palavra “criança” para a espécie humana, que, segundo Del Priore (2000, grifo nosso), vinha de cria da mulher, ao ato de criação, de amamentação. Nessa época, a fotografia dá lugar às esculturas e pinturas, para registrar nos álbuns de famílias, com preferência, as crianças e adolescentes.

Os avanços fotográficos nessa época eram enfatizados pela família imperial. O grande interesse de Dom Pedro II era retratar o crescimento de suas filhas, fazendo-as modelos quase que diariamente, e isso era tão marcante que a princesa Isabel, em sua adolescência, aprendeu a prática de fotografar. A literatura para a infância também foi ponto forte naquele século, por conter uma moral claramente identificável (DEL PRIORE, 2000).

A importância dada à educação se amplia com o passar dos anos. No entanto, a escola só poderia ter seu papel, se a educação doméstica cumprisse sua finalidade, os preceitos morais. *Se for preciso escolher, [...] antes educação do que instrução, antes moralidade do que ciência, antes fazermos homens de bem do que sabichões. Era no lar que a base moral deveria ser plantada, sem confundir educação com instrução.* (DEL PRIORE, 2000, p. 150).

No início do século XX, a industrialização marcou presença forte. O poder sobre os pequenos era grande, “crianças e adolescentes”, em relação ao trabalho infantil na recente industrialização brasileira, principalmente em São Paulo. As brincadeiras de crianças e suas atitudes resistiam à racionalidade imposta pelo ambiente de trabalho, não havendo obediência às regras impostas. Esses menores demonstravam como a

condição de criança e de adolescente era maior que a de trabalhador (DEL PRIORE, 2000).

Cargas horárias de trabalho absurdamente extensas, de 12 horas, na década de 1910, traz a legislação vigente, que proibia o trabalho noturno aos menores de 18 anos de idade, medida contida no Decreto Estadual n. 2141/1911, na Lei Estadual n. 1596/1917 e no Decreto que vem sancioná-la em abril de 1918. Este decreto nº 2918 fortalecia a identidade infantil e previa que o menor deveria apresentar “certificado de frequência anterior em escola primária e atestado médico de capacidade física” (DEL PRIORE, 2000 p. 272).

A *atenção* à criança em termos de política pública oficial se inicia na década de 30. Nessa época a instituição governamental responsável era o Ministério da Educação e Saúde, e, ao longo dos anos, a política pública excluía especificamente a coletividade e a criança que não tinha assistência previdenciária (KRAMER, 2003).

Segundo Kramer (2003, p. 16, grifo do autor), *entender a criança em relação ao contexto social, e não como natureza infantil, [...] e apontar o sentimento e a valorização atribuídos à infância*, que nem sempre existiram da forma como hoje são conhecidos e difundidos, tendo sido determinados a partir de modificações econômicas e políticas da estrutura social.

Em sua colocação, a autora descreve sobre os caminhos e os (*des*)caminhos que o atendimento à infância vem tomando de 1930 até o momento atual. Quais foram as iniciativas institucionais adotadas em nível governamental para o atendimento à criança de zero a seis anos de idade? De que criança falavam e tratavam?

Para Kramer (2003), Moncorvo Filho, grande personalidade, no importante enfoque infantil, organizou o histórico da proteção à infância no Brasil em três períodos. O primeiro foi do descobrimento até 1874, e pouco se fazia no Brasil pela “infância desditosa”; o segundo foi de 1874 a 1889, que se caracterizava pela existência de projetos elaborados por grupos particulares, em especial médicos, que tratavam do

atendimento a crianças; e, no terceiro, se intensificaram os progressos no campo da higiene infantil, médica e escolar.

Segundo Marcílio (1998), o pai de Moncorvo Filho, o grande Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo (1846-1901), nome da pediatria, que no Brasil do século XIX desejou criar um serviço ambulatorial capaz de permitir o ensino prático, coisa impossível na Santa Casa de Misericórdia ou na Casa de Expostos ou *Rodas de cuidados*. Segundo Del Priore (2000, p. 196), [grifo do autor], registros mostram que a mortalidade infantil pelos maus-tratos, nessas casas, atingia entre os deserdados a impressionante proporção de 750 por mil, considerada “normal”.

Por esses motivos, ele lutava por reforma no processo pedagógico vigente, defendendo a criação de novas cadeiras nas faculdades, de clínicas especializadas e laboratórios, principalmente uma clínica de partos e outra para doenças de crianças. Os especialistas do campo pediátrico, posteriores a Moncorvo de Figueiredo, começaram a intensificar campanhas de higiene e prevenção de doenças – puericultura – e se tornaram responsáveis pela consolidação da especialidade médica de crianças no Brasil (MARCÍLIO, 1998).

Na história, os países sempre buscaram políticas que contivessem doenças e criminalidades, fossem infantis ou adultas. Sobreviver, entretanto, continuou sendo tarefa difícil para a maioria da população, no Brasil, mesmo na época da República com tempos de fartura e propondo afastar situações como a que o imperador Pedro I relatou à Assembléia Constituinte, em 3 de maio de 1823,

A primeira vez que fui à Roda dos Expostos, achei, parece incrível, sete crianças com duas amas; sem berço, sem vestuário. Pedi o mapa e vi que em 13 anos tinham entrado perto de 12 mil e apenas tinham vingado mil, não sabendo a Misericórdia verdadeiramente onde elas se achavam (DEL PRIORE, 2000, p. 348).

Nesse gesto, o imperador mostra a necessidade de entendermos as causas de morte para poder enfrentá-las. Busca-se, então, uma forma de cuidado com esta fase infantil, onde estudos da primeira idade do homem vinham sendo discutidos em alguns momentos por estudiosos da época, com a nomenclatura puericultura (DEL PRIORE, 2000).

A terminologia puericultura — cuidado com crianças — pode ser entendida entre os séculos XVI e XVIII. Segundo Del Priore (2000, pp. 84 e 140), Galeno foi citado em manuais de medicina e era quem melhor definia o que era a primeira idade do homem, a *puerícia*, que tinha a qualidade de ser quente e úmida e durava do nascimento até os 14 anos. A segunda idade, chamada de adolescência, cuja qualidade era ser *quente e seca*, perdurava dos 14 anos aos 25 anos. Na lógica de Galeno, o que hoje chamamos infância corresponderia aproximadamente à puerícia. Para a adolescência, os sinônimos mais utilizados eram mocidade ou juventude. Os atributos do adolescente eram o crescimento e a conquista da maturidade. Uma *adolencêntula*, feminino de adolescente, era também uma rapariga em flor.

Inicia-se a luta pela consolidação da pediatria no Brasil. Kramer (2003) diz que por iniciativa da equipe do Departamento da Criança no Brasil, criado em 1919, cuja responsabilidade caberia ao Estado, as crianças de zero a seis anos eram assistidas basicamente por instituições de caráter médico, sendo muito poucas as iniciativas educacionais a elas destinadas. Essa tendência pode ser entendida mediante a escassez extrema de verbas destinadas à educação frente à situação de analfabetismo do país.

Essa busca de mudança para uma ação mais consolidada, no caso a pediatria, como forma de ação relevante à infância, nos remete ao que é necessário no empenho de situações e atitudes importantes. Foucault (1979) ressalta uma mudança na linguagem, no discurso médico na França do final do século XVIII. Um momento de reflexão, de produção de um discurso, de criação de um conhecimento, de um campo de saber, o saber médico, a criação de uma “verdade”. Nasce a relação entre o ver e o dizer; o

olhar se torna a fonte do saber. Ver é racionalizar, é trazer à luz algo que estava escondido nas sombras do desconhecimento.

Os anos trinta (1930) são considerados aqui como limite pelas modificações políticas, econômicas e sociais ocorridas no cenário nacional – em estreita relação com o cenário internacional – e que se refletiriam na configuração das instituições voltadas às questões de educação e saúde, como também na sua política (KRAMER, 2003, p. 56).

Kramer (2003, p. 58) refere que, em 19 de novembro de 1930, foi criado, pelo decreto nº 10.402, o Ministério da Educação e Saúde Pública, englobando várias instituições desmembradas do Ministério da Justiça e dos Negócios Interiores e tendo como ministro Francisco Campos. Foi o Ministério da Educação e Saúde Pública que criou, mais tarde, o Departamento Nacional da Criança, órgão que centralizou o atendimento à infância brasileira durante quase 30 anos. A lógica proposta do atendimento era médica: via-se na medicina preventiva um modo de remediar e socorrer a criança e sua família, genericamente concebida como família moderna, que era considerada como o foco do problema. Culpava-se, então, a família pela situação da criança.

Na política, para o fortalecimento de seu poder, sempre se atribuía a outros a culpa das situações encontradas na sociedade. Sendo assim, Kramer (2003, p. 60) relata que a culpabilização da família servia não só para escamotear as relações de classes existentes na sociedade brasileira, como também fortalecia a responsabilidade e o poder do Estado – um Estado considerado neutro, como já foi apontado. Dado o contexto político dos anos 30, o papel do Estado frente à criança era defendido pelas próprias autoridades governamentais de forma mais veemente que nos primórdios da República: enfatizava-se as relações entre “criança” e “pátria” e introduzia-se uma nova argumentação sobre a necessidade de “formação de uma raça forte e sadia”.

Foucault (2007) ressalta que onde há poder há resistência e que o poder em seu exercício passa por canais muito sutis e ambíguos, pois cada um de nós é titular de um determinado poder e, portanto, veicula o poder. Nesse sentido, as relações interativas entre os sujeitos desenvolvem suas estratégias de exercício desse poder em prol das

suas necessidades, das suas opiniões e de seus desejos, podendo contrapor a mídia em seus interesses.

O Presidente Vargas determinou que Olympio Olinto de Oliveira, então Diretor da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, analisasse o plano. Achou teórico, embora tivesse uma concepção bastante abrangente da questão, pois havia abordado todos os aspectos, tais como o aspecto médico, o social, o higiênico, o jurídico e o nacional. Para Olinto de Oliveira, o governo deveria buscar soluções para os problemas que exigiam resposta mais imediata, como a mortalidade infantil, a alimentação deficiente, o amparo social à mãe e à criança e a assistência à maternidade, em vez de tentar abarcar todo o complexo universo da questão, sobrecarregando e amplificando as atribuições do provável departamento, o que poderia torná-lo inviável (SOUSA, 2000).

Em 1953, cria-se o Ministério da Saúde, por meio da Lei Federal n. 1920, de 25 de julho de 1953, e, no decorrer dos últimos 50 anos, os discursos oficiais têm relacionado permanentemente a assistência médico-pedagógica à criança com o desenvolvimento da Nação. Há, no entanto, diferenças significativas no que diz respeito aos setores que se devem responsabilizar pelo atendimento: ora a ênfase recai sobre a iniciativa oficial, ora sobre a particular, ora sobre ambas, ora sobre a própria população (KRAMER, 2003, p. 59). Mas não seria de todos?

A relação entre a criança e sua infância na sociedade em que ela está inserida mostra como é um fator que determina os papéis e desempenhos no processo de socialização. O acesso escolar surge como uma ponte para ultrapassar as barreiras entre as classes sociais, dando condições e oportunidades iguais a todas as crianças. A criança é caracterizada como oposição do adulto pela idade e maturidade, mas a criança muitas vezes pode ser chamada como um adulto em potencialidade, dotada de habilidade e desenvolvimento acima de sua idade. Surgiram diversos órgãos estatais voltados para o atendimento à criança, seus métodos e suas finalidades, mostrando que, durante as duas primeiras décadas desse século referido, muitas instituições foram fundadas e

diversas leis proclamadas, das quais resultou o atual quadro institucional da educação pré-escolar no Brasil (KRAMER, 2003).

Segundo Kramer (2003), durante a década de 60, o Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF) e outras agências ligadas à Organização das Nações Unidas (ONU), como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), ampliavam suas atuações em relação à infância e reconheciam, ainda, a importância da *educação como preparação para a vida*. Aumentava a crença na importância de se prepararem crianças e jovens para contribuírem mais tarde para o desenvolvimento de seus países. E no Brasil, a presença do UNICEF deu-se em três momentos: o primeiro através do Departamento Nacional da Criança; o segundo, através da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor, e o terceiro, através do financiamento direto a projetos comunitários.

Nessa época, a política de educação pré-escolar supõe que se leve em conta que apenas a minoria das crianças dessa faixa etária estava sendo atendida no Brasil. Os dados referentes às crianças em idade pré-escolar no Brasil não são completos; entretanto, o mais grave é a situação precária das classes sociais de origem das crianças: o Censo Demográfico de 1970 mostrou, por exemplo, que mais da metade das famílias brasileiras tem renda mensal de até dois salários mínimos (KRAMER, 2003).

De acordo com Kramer (2003), o diagnóstico Preliminar da Educação Pré-Escolar no Brasil, a população de zero a seis anos oscilava, em 1975, em torno de 21 milhões. Segundo referências daquele diagnóstico, a mortalidade infantil dos menores de cinco anos chegava naquele ano a 37,97%. Apenas 3,51% da população em idade pré-escolar era atendida, e os índices de atendimento eram cerca de 50 vezes maiores no meio urbano em relação ao rural, não havendo nenhuma evidência de que tal diferença tendesse a diminuir. Isto referencia que os programas compensatórios fundamentados na abordagem da privação cultural se justificam e reforçam a discriminação das crianças e dos meios sociais, cujos padrões culturais não correspondem aos das classes dominantes.

Nas décadas de 70 e 80, o caráter de organização busca o formato de programas, e, para a saúde de nossos pequenos, denomina-se Programa Materno-Infantil, com metas e normas a serem cumpridas. Tyrrel (1997) destaca que os programas de saúde dos anos 70 e 80 apresentaram ambiguidades, amplitude e interpretação dos conceitos da APS e da educação em saúde de forma equivocada, gerando dificuldades operacionais e um modelo de atenção à saúde que nem sempre correspondia às condições de vida da população.

A discussão da saúde e da escola em união para demonstrar apenas programas compensatórios não se alicerça, pois a construção torna-se uma justificativa de atuar em algumas prevenções de doenças e não em construir uma consciência de promoção da saúde como é relatado abaixo:

[...] a relação entre Saúde e Educação, no que diz respeito à saúde escolar, nem sempre tem sido harmoniosa. Quando pensada numa perspectiva exclusivamente médica e focalizada no controle e prevenção de doenças, a educação em saúde tem sido pouco efetiva para provocar mudanças de atitudes que levem a opções mais saudáveis de vida (FIGUEIREDO et al., 2010, p. 4) .

Nos anos 80, foi elaborado o Programa para Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), sendo o foco central assegurar a assistência integral à saúde da criança, através das ações básicas como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes e de maior peso na mortalidade de crianças de 0 a 5 anos de idade. Com enfoque na assistência integral à saúde da criança, cinco ações básicas foram propostas: promoção do aleitamento materno e orientação alimentar no primeiro ano de vida, controle da diarreia, controle das doenças respiratórias na infância, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como metodologia para organização da assistência nessa faixa etária (BRASIL, 2009b).

No Brasil, desde a sua Constituição Federal (CF), em 1988, em seu artigo 196, concretizou-se o direito à saúde da população, que se inicia a partir do Sistema Único

de Saúde (SUS) e dá a garantia do acesso e da assistência, sem preconceito ou privilégio, fortalecido por seus princípios e diretrizes.

O SUS é o arranjo organizacional do Estado Brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 531).

A Lei Orgânica do SUS n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, traz à luz da sociedade a constitucionalidade do direito à saúde, desde a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a reabilitação, a partir de alguns de seus princípios, como a universalidade, a integralidade, a equidade e a igualdade, que buscam garantir o direito à vida.

Nesse processo, também foram destacados os princípios da APS, que foi retomada e ampliada na década de 90. As ideias da APS vêm ressaltar que os cuidados primários à saúde são os primeiros passos para a concretização do direito à saúde e estão ligados diretamente aos direitos humanos, implicando equidade, solidariedade, intersetorialidade, participação comunitária, controle social, universalidade de acesso aos serviços de saúde e reorientação do modelo assistencial. A saúde é reafirmada como direito humano, que é inviolável, inalienável, irrenunciável, indivisível e universal (FIOCRUZ, 2003).

Neste sentido, a população empodera-se de conhecimentos e informações, e de forma legal, pelos princípios da participação popular que a torna mais forte no vínculo com a busca de uma qualidade de vida que constroi sua potencialidade:

[...] a participação da sociedade civil é fundamental para a consolidação dos princípios organizativos do SUS e, portanto, deve ser entendida como condição para a melhoria dos indicadores de saúde e para a constituição das redes de atenção ao usuário do sistema, através da co-gestão e co-responsabilização (CASER, 2006, p. 101).

Este entendimento do conceito ampliado de saúde e, mais ainda, o de Saúde Coletiva, que traz a implicação dos profissionais junto a uma comunidade, que constrói autonomia para seus cuidados, traduz-se, segundo o autor,

“[...] onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes ‘(especializados ou não)’ dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como *setor saúde*” (PAIM, 2000, p.59, grifo do autor).

O setor saúde, nos anos 90, trouxe a revalorização do tema família, culminando, em 1994, com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que no início se chamava Programa Saúde da Família — PSF⁸ (BRASIL, 1998). O Ministério da Saúde, na tentativa de reorganizar a Atenção Básica (AB) em saúde, assumiu o desafio do PSF, embasada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência. O PSF vem-se apresentando como campo propício à incorporação da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Essa estratégia, adotada no Brasil em 1996, de acordo com a proposição da OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), teve como objetivos: a redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade, a diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas, especialmente pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculoses, malária, sarampo e, também, distúrbios nutricionais, a garantia de adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de cinco anos, tanto nos serviços de saúde como no domicílio e na comunidade, e o fortalecimento da promoção à saúde e de ações preventivas na infância (OPAS, 2000).

⁸ Posteriormente o Programa Saúde da Família (PSF) passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), para diferenciá-lo das ações tradicionalmente entendidas como programas de saúde.

No âmbito da AB à saúde, o Ministério da Saúde lançou, em 2002, o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. O documento expressa a adoção de medidas para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, enfocando a garantia de direito da população e cumprimento de dever do Estado. Essas medidas não anulam, e sim integram aquelas recomendadas pela estratégia AIDPI. As diretrizes políticas reafirmam que o crescimento e o desenvolvimento infantis são referenciais para todas as atividades de atenção à criança e ao adolescente nos aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. As normas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento foram sendo gradativamente incorporadas às atividades do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (BRASIL, 2002).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Nesse documento, os cuidados com a saúde infantil são colocados entre as ações essenciais do Ministério da Saúde, enfatizando o cuidado integral e multiprofissional, que responde pela compreensão das necessidades e direitos da criança como indivíduo, ressaltando a responsabilidade de disponibilizar assistência à saúde qualificada e humanizada. A mortalidade infantil é apontada como grande desafio para o país. Como princípios norteadores do cuidado da saúde da criança, o documento destaca o planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais, o acesso universal, o acolhimento, a responsabilização, a assistência integral, a assistência resolutiva, a equidade, a atuação em equipe, o desenvolvimento de ações coletivas com ênfase nas ações de promoção da saúde; a participação da família, o controle social na gestão local e a avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada (BRASIL, 2004).

Nesse mesmo ano, o estado do Espírito Santo também lançou um projeto para a diminuição da mortalidade infantil, denominado PRÓ-VIDA, citado anteriormente, que se estruturava para a redução dessas mortes, só que até um ano de vida das crianças.

No Brasil, novas políticas sempre são implantadas para avançar na organização da melhor qualidade de vida do cidadão, como ultimamente a interação do Programa

Saúde na Escola (PSE), parceria da saúde com a educação com orientações, expansão até às creches e implementação de uma alimentação saudável nessas escolas e creches (BRASIL, 2012).

O reconhecimento da força que a educação proporciona ao fortalecimento da saúde faz-se em um crescimento constante de reinventar a cada dia uma parceria, onde a sociedade se veja como protagonista permanente deste inventar, para proporcionar condição de vida melhor desde a infância, pois, segundo Bonaldi, a

“[...] recriação autônoma do cotidiano de trabalho e a reinvenção permanente da escola são pontos imprescindíveis para que se possa operar em uma perspectiva de expansão da vida” (BONALDI, 2004, p.16).

Os programas de saúde da criança estão amparados em diretrizes políticas que, em certa medida, contemplam o direito à saúde. Políticas e programas de saúde pública podem promover, ou violar, direitos humanos, trazendo a pesquisadores e profissionais de saúde questões difíceis para reflexão (FRANÇA-JUNIOR, 2003).

A necessidade de dar resposta à sociedade e organizar políticas públicas vem sendo discutida e implantada por muitos governos. Segundo Del Priore (2000, p. 350), as instituições religiosas cedem lugar às ações governamentais como políticas sociais, onde ocorrerá expansão entre duas ditaduras (Estado Novo e a Ditadura Militar). Nessa época aparecem os dois primeiros Códigos de Menores: o de 1927 e o de 1979, e, anos mais tarde, surge o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), por meio da Lei Federal n. 8.069, de 13 de julho de 1990.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é uma das maiores conquistas da sociedade civil organizada na década de 90. O ECA foi capaz de introduzir mudanças significativas em relação à legislação anterior, acima citada, o Código de Menores, de 1979. Com o estatuto, crianças e adolescentes passam a ser considerados cidadãos, com direitos pessoais e sociais garantidos, fazendo com que o poder público

implemente políticas públicas especialmente dirigidas a esse segmento. Por outro lado, esse documento estabelece também a responsabilidade da sociedade e dos pais na atenção à criança e ao adolescente. O que rege o ECA é a doutrina da proteção integral da criança e do adolescente, criada pela Organização das Nações Unidas, e não se dirige apenas aos abandonados e infratores (ESPÍRITO SANTO, 2011).

A busca da construção de uma saúde humanizada neste nosso sistema (SUS), a começar pela infância para garantir uma qualidade de vida, traz vários questionamentos que colocam a instituição governamental e a não governamental em reflexão e

[...] como pressuposto inegociável, a construção de um SUS humanizado que seja objeto de desejo, responsabilidade, compromisso e uso consciente da sociedade, inclusive dos estudantes, docentes e demais trabalhadores de saúde, [...] (LIMA, 2009, p. 3).

Novos rumos tomarão a política, no momento em que entenderem que o evento morte não se resguarda ao número estatístico do sistema de informação e uma pequena faixa etária, mas, sim, uma situação de pessoas, de famílias com histórias, muitas vezes, de condições evitáveis.

3.3 A POLÍTICA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: UM ROMANCE INSTITUCIONAL

Neste subcapítulo reserva-se o caminho histórico e registrado da construção da atual política estadual para a saúde da criança no Espírito Santo, *um romance institucional*⁹,

⁹ Por analogia com o termo freudiano "romance familiar do neurótico", o romance institucional refere-se às diferentes

fazendo uma contextualização do perfil da saúde da criança com os indicadores de saúde. O problema — morte de crianças — teve início, para seu enfrentamento, no ano de 2002, com o Projeto Nascer. Esse projeto previa ações para enfrentar a transmissão vertical do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e para controle da sífilis congênita, através de capacitações realizadas junto com as equipes multiprofissionais das maternidades do Estado (ESPÍRITO SANTO, 2002).

É importante destacar que mesmo de forma não instituída, nos registros oficiais, existia anteriormente uma organização de serviço para a diminuição da morte de crianças no Estado, onde profissionais implantavam ações, como orientação às famílias sobre a importância da amamentação, da imunização, dos cuidados de puericultura, entre outros.

No ano de 2004, o então governador realizou cerimônia de lançamento do Programa (PRÓ-VIDA) no Palácio do Governo, que tinha como objetivo reduzir a Mortalidade Infantil (MI) no Estado, de 15,89 por mil nascidos vivos (NV), em 2002, para 12,68 até o ano de 2006, buscando chegar a um dígito até 2007 e à redução da mortalidade materna em 20% (ESPÍRITO SANTO, 2004). Dentre várias ações previstas pelo programa, a que se destaca

“[...] é a organização de uma rede assistencial, integrada, descentralizada e com organização microrregional, oportunizando o acesso e a assistência qualificada à gestante, à parturiente e à puérpera” (ESPÍRITO SANTO, 2004, p. 4).

versões que podem ser reconstruídas da história de uma organização, grupo ou movimento. Os elementos a partir dos quais tal reconstrução se efetua são muito variados. Trata-se de comportamentos, atitudes, mitos, documentos, tradições, grafitos etc. Mesmo o Romance Institucional sendo composto de dimensões simbólicas, realísticas, a tendência é vê-lo como um relato fortemente influenciado pelo desejo e por ele tingido de matizes imaginários e fantasmáticos (BAREMBLITT, 2002, p. 166).

Apesar de uma proposta ousada e que traria impactos positivos na redução da morte de crianças no estado do Espírito Santo, ela não se consolidou enquanto política pública. Todavia, o PRÓ-VIDA tinha enfoque na assistência à mulher durante o seu ciclo gravídico-puerperal e à criança no período neonatal.

Já no ano de 2008, o governo inicia uma proposta de construção de uma rede de cuidados às mulheres e crianças capixabas, no intuito de, mais uma vez, implantar ações efetivas para a redução da morbidade e mortalidade de mulheres e de crianças, desde a atenção primária até à atenção terciária. Nessa época, foram realizadas Oficinas de Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, com a participação ativa e efetiva dos municípios na construção e reorganização do sistema de saúde, pensando na construção de uma rede de atenção integral (ESPÍRITO SANTO, 2008), em arranjos produtivos, com os serviços de atenção primária dispersos pelos municípios e os serviços de maior densidade tecnológica concentrados regionalmente, preferencialmente (MENDES, 2011).

A partir dos relatórios das oficinas, foi construído um novo projeto de estruturação da Atenção à Saúde da Mulher e da Criança no Estado, denominado Atenção Materno-Infantil (AMAI), que tinha como objetivo aumentar o acesso da gestante, da puérpera e dos recém-nascidos à atenção primária, secundária e terciária, com foco na melhoria da qualidade e no aumento da resolutividade dos serviços, promovendo a atenção certa, no local certo, no tempo certo, de forma ética, segura e resolutiva. O projeto AMAI previa ações de atenção à saúde da mulher, desde o aconselhamento sexual e reprodutivo, e à criança, desde o nascimento até o período da adolescência, demonstrando uma evolução da política pública no Estado, a partir de uma visão ampliada do cuidado, representando o princípio da integralidade, como pensado por Machado et al. (2007, p. 336), que “[...] extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde” [...].

Tal como a proposta anterior, o projeto AMAI não conseguiu se consolidar enquanto política pública, apesar de ter sido construída com a ideia de rede. De acordo com o autor,

As redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações. (Mendes, 2011, p. 79).

A participação de atores diversos na construção dessa rede, entre eles os profissionais de saúde que atuam nos municípios e nos hospitais, foi importante para a implantação e consolidação de uma política de saúde que estava ainda em fase de elaboração.

No ano de 2012, implantou-se mais uma iniciativa com o objetivo de diminuir o índice de mortalidade materno-infantil no Estado, a partir da Rede Bem Nascer. A Rede Bem Nascer propõe incentivo financeiro para as maternidades, diferindo da essência do projeto anterior, o AMAI, que previa ações ao longo do ciclo de vida da criança, desde a gestação até sua adolescência, e em todos os níveis de atenção à saúde.

A Rede Bem Nascer com a proposta de complementar as ações da Rede Cegonha, que é um projeto do Governo Federal. A Rede Cegonha prevê a implantação de uma rede de cuidados, assegurando à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, a atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, e às crianças o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis. Com a implantação da Rede Cegonha, cria-se o fórum perinatal, que se constitui em um espaço coletivo, plural, gestor interinstitucional, onde se firmam acordos ético-políticos do Estado com instituições, conselhos e sociedade civil, tornando uma nova possibilidade para a efetivação do princípio da integralidade do cuidado, como descrito por Mattos (2001, p. 42), que diz:

“A integralidade na atenção à saúde é um conceito polissêmico, ou seja, possui vários sentidos. A ideia que representa se torna, muitas vezes, algo abstrato se não colocada em prática pelos atores que a utilizam em todos os seus sentidos.”

Outra estratégia lançada pelo Governo Federal, em 2012, foi o programa Brasil Carinhoso, um Benefício de Superação da Extrema Pobreza na Primeira Infância (BSP). Este benefício de transferência de renda é destinado a famílias extremamente pobres com crianças entre 0 e 6 anos. Esta é mais uma política para garantir uma qualidade de atenção à criança, no intuito de diminuir a mortalidade.

Essas propostas surgem para o enfrentamento das metas do milênio. Essas metas, no total de oito, foram criadas pelas Nações Unidas no ano de 2000 e adotadas por 191 países, que pactuaram a redução de várias iniquidades sociais e de saúde. O objetivo quatro prevê a redução em dois terços, até 2015, da mortalidade de crianças menores de cinco anos (BRASIL, 2009).

O Brasil vem reduzindo essa taxa praticamente no mesmo ritmo que a média dos países latino-americanos. Se seguir nesse ritmo, os números sugerem que, até 2015, o país conseguirá reduzir em dois terços essa proporção (BRASIL, 2009).

A mortalidade das crianças no Espírito Santo é maior no primeiro ano de vida, principalmente no período neonatal. Embora o Estado tenha um dos menores índices de mortalidade materno-infantil do Brasil, mais de 85% desses óbitos poderiam ser evitados por meio do acesso adequado aos serviços de saúde, com qualidade garantida no pré-natal, no parto e no atendimento ao recém-nascido. Para atingir o objetivo quatro do Milênio, o Espírito Santo precisa reduzir a mortalidade infantil para 9,24 por mil nascidos vivos.

A análise das causas de óbitos infantis mostra a complexidade dos fatores envolvidos, desde a qualidade, abrangência e cobertura do atendimento de pré-natal à gestante, que no Estado é de 85%, até à garantia de leitos de alto risco para a gestante e o conceito, e a compreensão da participação da sociedade neste processo (CNDSS, 2008; ES, 2010; UNICEF, 2010).

Este estudo discute morte de crianças menores de cinco anos, mas as organizações em todo o mundo discutem a mortalidade infantil, e, para maior entendimento, descreve-se que a taxa ou coeficiente de mortalidade infantil representa a morte de crianças antes de completar o seu primeiro ano de vida. Ela reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil (CNDSS, 2008; RIPSAs, 2002; UNICEF, 2010).

A taxa de mortalidade infantil é classificada como alta, média e baixa, quando acima de 50, entre 20 e 49, e menor que 20, respectivamente. O valor aceitável pela OMS (2006) é de no máximo dez óbitos para cada mil nascimentos. Valores abaixo de dez por mil nascidos vivos são encontrados em vários países, mas deve-se considerar que taxas reduzidas podem estar encobrindo más condições de vida em segmentos sociais específicos (PEREIRA, 1995).

Nos países como Canadá, Cuba e em muitos países europeus, o coeficiente de mortalidade infantil está abaixo de dez por mil nascidos vivos (NV), e na Suécia esse coeficiente é de apenas três por mil nascidos vivos (OMS, 2006; UNICEF, 2010).

O coeficiente de mortalidade infantil, tanto no Brasil como no ES, vem apresentando declínio na última década, sendo que em 2011, no ES, foi de 11,9 óbitos por mil nascidos vivos, não apresentando declínio desde 2009. De acordo com o gráfico 01, abaixo apresentado, o ES situa-se, no tocante à mortalidade infantil, na categoria de bom nível, abaixo da média nacional, que, segundo Brasil (2009), é de 20,5 óbitos por mil nascidos vivos.

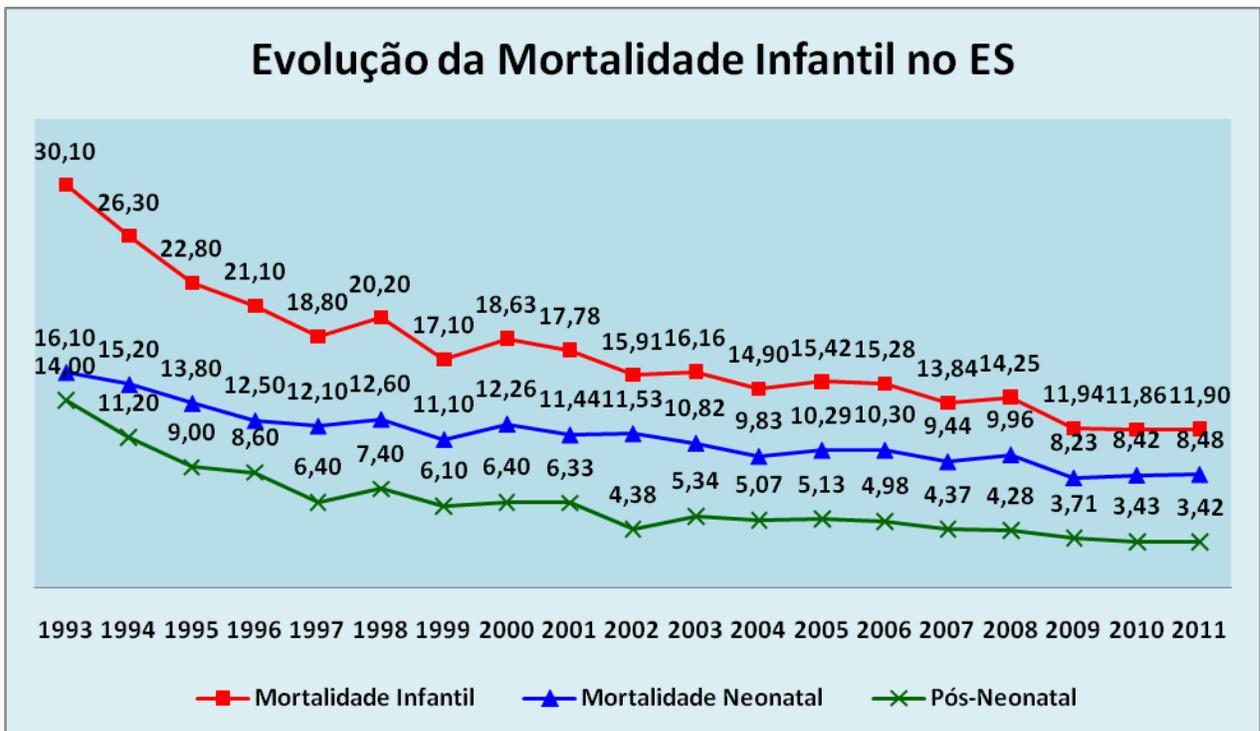


GRÁFICO 1: COEFICIENTE DE MORTALIDADE INFANTIL, DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, NO PERÍODO DE 1993 A 2011.

Fonte: SIM e SINASC/SESA, 2012

Essa queda na mortalidade infantil, no entanto, quando analisada por município, demonstra as desigualdades existentes, sendo que os indicadores mais desfavoráveis são encontrados nas regiões com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), merecendo uma análise institucional das ações governamentais (ES, 2012).

No Estado, trinta e um municípios, com IDH baixo e MI alta, recebem um recurso adicional do governo federal, desde 2009, denominado, como já mencionado, Compensação de Especificidades Regionais, para contribuir com esta redução. Porém, muitos não utilizam este recurso para esta ação, e suas taxas de mortalidade infantil continuam altas, necessitando repensar suas políticas e práticas para a criança.

Neste contexto é necessário institucionalizar a avaliação como uma ferramenta de gestão, tornando-a uma forte aliada na tomada de decisão, para melhoria nas atividades dos programas e serviços prestados, uma vez que:

[...] processos avaliativos contribuirão para que o Espírito Santo avance no debate sobre a definição de propostas para o setor saúde, entendendo-os como primordiais no processo de planejamento das políticas públicas, ao apontar as necessidades de melhorias e indicar lacunas para intervenções (BIRCHLER, 2007, p. 129).

Todavia, a morte de crianças de um ano a quatro anos vem-se mantendo com pequenas variações ao longo dos anos, sendo que em 2011, no ES, foi de 2,42 óbitos por mil nascidos vivos, como demonstrado no gráfico 2.

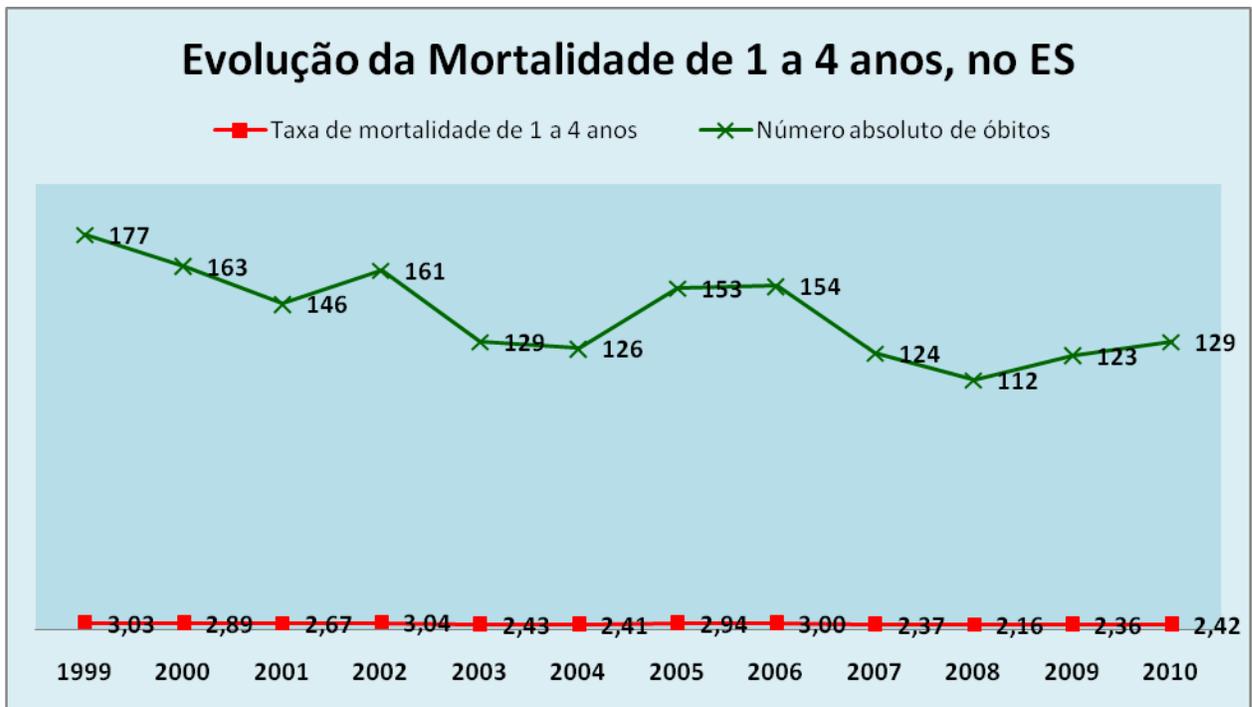


GRÁFICO 2: TAXA DE MORTALIDADE DE CRIANÇAS DE 1 A 4 ANOS, NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, NO PERÍODO DE 1993 A 2010.

Fonte: SIM e SINASC/SESA, 2012

O fato de a morte de crianças refletir, simultaneamente, o grau de desenvolvimento socioeconômico e a qualidade do sistema de saúde não exclui a responsabilidade do sistema; muito pelo contrário, estabelece a exigência de que os serviços de saúde sejam mais acessíveis e eficientes em locais onde as condições socioeconômicas aumentam os riscos de uma população já exposta (CHARLTON et al., 1983; UNICEF, 2010).

Para Costa (1995), o coeficiente de mortalidade infantil é um indicador de saúde que, além de informar a respeito dos níveis de saúde de uma população, sintetiza as condições de bem-estar social, político e ético de dada conformação social. Medidas de baixa complexidade e de reduzido custo, tais como a terapia de reidratação oral, o incentivo ao aleitamento materno, o maior acesso à rede de saúde básica, o saneamento básico, entre outras, influenciam positivamente na redução da mortalidade de crianças.

A construção de um novo cenário com o fortalecimento da gestão da sociedade e das instituições de serviço para a redução da mortalidade das crianças, a partir da APS, demonstra a necessidade de evolução das políticas públicas para a busca de um único resultado: o direito da criança a viver uma vida saudável.

Na busca de construir cenários propícios, sendo instituição governamental ou não, é necessário entender que os esforços vão além do setor saúde, mas todos em prol de uma condição melhor de atenção às nossas crianças, pois, segundo a autora,

É preciso repensar a prática profissional, que envolve disposição para alterar atitudes e posturas, até a adoção de medidas implementadas por meio da inserção de atores externos aos espaços de atuação das equipes, como: gestores nos três níveis de governo, Ministério Público, instituições de ensino, a inserção de órgãos que extrapolam o setor saúde e a sociedade civil (BIRCHLER, 2007, p. 128).

É nesse contexto que este estudo se insere, discutindo com gestores estaduais do Programa de Saúde da Mulher e da Criança a mortalidade de zero a cinco anos, no Espírito Santo, a partir de analisadores naturais veiculados pela mídia impressa, no período delimitado de um ano, e quais devem ser as medidas para a redução desta situação.

3.4 UMA ALEGORIA: AS MENINAS E AS MENINOS PERDIDOS

Na atualidade, a política pública de atenção à criança vem formalizando estratégias de controle da qualidade de vida no sentido de evitar a mortalidade infantil, contextualizada no período de zero a um ano de idade, deixando de priorizar, por uma questão estratégica de cunho econômico-social, ou, então, como queremos crer, por uma determinação histórico-social, as demais faixas etárias – pré-escolares e escolares.

Exemplo típico desse descaso histórico é a instituição do Programa Saúde na Escola (PSE), que só se deu a partir de dezembro de 2007, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica, por meio de ações de prevenção de doenças, promoção e atenção à saúde, mas que na prática ainda não se consolidou na maioria dos municípios brasileiros (BRASIL, 2009).

A política pública de saúde está alicerçada em programas que buscam garantir a assistência de crianças, desde sua vida no ventre de sua mãe até seu crescimento, mas, enquanto prática, este monitoramento se dá até um ano de idade, e as demais faixas de idade ficam esquecidas, tornando essas crianças meninos e meninas “perdidos”, como se fossem habitar a “Terra do Nunca”, numa alusão à história infantil Peter Pan, de 1953, do autor escocês James Matthew Barrie (BARRIE, 2010), [Grifo nosso].

Neste contexto de avanços da política de saúde no Brasil, torna-se necessário discutir as questões de saúde em um dos pontos mais sensíveis que caracterizam evolução em uma política, a Saúde da Criança. Um país que demonstra sua soberania em um sistema de saúde tão inovador tem a responsabilidade de mostrar a resolubilidade de ações e situações que garantam esta melhoria de saúde da infância, já que, desde os tempos remotos, a fragilidade de qualquer sociedade é demonstrada na Mortalidade Infantil, caracterizando, assim, maior compromisso com estas ações (BRASIL, 2009).

Desde o início do século XX, tornou-se preocupação política apenas a faixa etária de um ano, e as demais faixas etárias ainda ficam subestudadas e não valorizadas como política. Para tanto, este estudo abrangerá a mortalidade de crianças, e será pesquisada uma faixa mais extensa, que alcançará até os cinco anos de idade, pois o conceito mais abordado e monitorado pelas instituições governamentais no mundo é a mortalidade infantil, dividida em mortalidade neonatal, que compreende os óbitos de zero a 27 dias, e em mortalidade pós-neonatal, correspondente aos óbitos ocorridos entre 28 dias a 1 ano de vida. A Mortalidade Neonatal ainda se subdivide em Neonatal Precoce (zero a 6 dias) e Neonatal Tardia (de 7 a 27 dias), (BRASIL, 2001).

A mortalidade de criança de zero até cinco anos de idade torna-se uma busca pela abrangência nesta fase da vida de nossos pequenos cidadãos e um desafio em ver quais são as causas do óbito e como podemos intervir para diminuir estes acontecimentos. Muitos estudos buscam sempre focar na faixa de zero a um ano de idade, não reconhecendo a realidade de uma faixa etária frágil mais extensiva.

A representatividade no primeiro ano de vida se dá por ser um indicador, em que o coeficiente de mortalidade infantil, além de informar a respeito dos níveis de saúde de uma população, sintetiza as condições de bem-estar social, político e ético de dada conformação social (COSTA, 1995). Isto porque indica a probabilidade de sobrevivência no primeiro ano de vida e, por essa razão, reflete não só as condições concretas de moradia, salário etc., mas também - e, talvez, principalmente - o compromisso de determinada sociedade com a sua reprodução social, ou seja, em que medida a sociedade protege a sua renovação geracional (LEAL et al., 1996).

Toda esta discussão é para chegarmos ao entendimento de que o desafio para este estudo é compreender, a partir da AI, neste caso o *Analizador Natural*, os acontecimentos de mortalidade de crianças de zero a cinco anos de idade e as ações de políticas públicas em saúde no estado do Espírito Santo, para a redução destes eventos.

Busca-se proporcionar a oportunidade de olhar a fundo as questões envolvidas nestas convivências e responsabilidades, que compõem o objeto da Atenção à Saúde e suas redes, avaliando resultados, com o alcance de metas positivas que impulsionem a *análise* da organização dos serviços de saúde e da sociedade.

Compreendendo que, para se ter uma sociedade ativa em suas questões de vida com qualidade, é necessário empoderá-la mostrando seu poder de gestão e transformação. Porém, a forma de o Estado conduzir a sociedade é autoritária, não revelando à população seu poder participativo e transformador (BAREMBLITT, 1998).

Buscar uma sociedade mais participativa e uma política mais próxima da comunidade é estabelecer prioridade, oficializando a criança como ponto central, e sua fase de fragilidade até os cinco anos de idade, como prática de serviço e assistência, não os fazendo *meninos perdidos*, enfocando, assim, este momento como uma análise institucional.

4 OS DESAFIOS DE UM CAMINHO

[...]

Longe se vai

Sonhando demais

(Sá; Magrão)

4.1 O PEQUENO GRANDE ESTADO: UMA VIAGEM NO TEMPO



Igreja e residência dos jesuítas, em Anchieta¹⁰

Não temos a pretensão de escrever a história do estado do Espírito Santo, mas, em poucos relatos, nos situar, conhecendo, na linha do tempo, o seu passado, para compreender o seu presente e buscar construir o futuro deste pedaço de Brasil.

¹⁰ Foto Humberto Capai: Do livro História do Estado do Espírito Santo, de José Teixeira de Oliveira, Vitória, (2008, p. 79).

Alguns trechos foram retirados do livro da História do Espírito Santo, organizado por José Teixeira de Oliveira (2008)¹¹, e, como ele mesmo relata, existe carência de bibliografia sobre alguns períodos e também relatos de acontecimentos registrados na mídia, em cada época.

O estado do Espírito Santo foi colonizado pelos portugueses, sob o estigma de um sistema escravagista – um paradoxo, visto que tal sistema já havia sido extinto na sociedade europeia daquele contexto. A abolição do trabalho escravo no Brasil, que se deu pela Lei Áurea de 13 de Maio de 1888, abriu espaço para a imigração de colonos europeus. No estado do Espírito Santo tal imigração contou especialmente, dentre outros grupos minoritários, com a presença de pomeranos e dos mais notáveis de todos, os italianos, segundo Luiz Derenzi, “que conhece o tema e dá os últimos retoques a um livro sobre a imigração italiana” (OLIVEIRA, 2008, p.31).

Segundo Oliveira (2008, p. 435), em dois de maio de 1892, foi solenemente promulgada a nova Constituição, seguindo-se, no mesmo dia, a eleição do presidente do Estado, José de Melo Carvalho Muniz Freire, inaugurando-se, com este, uma fase de arrojadas realizações em terra capixaba.

A partir daqui, serão retratados dezoito anos de história capixaba, período de muitos “ditos” e “não ditos¹²”, de muitos “mandos e desmandos¹³”. Essa fase será iniciada pelo governo do médico e professor Vitor Buaziz, que durante a década de 70 esteve envolvido com a luta contra a ditadura militar.

¹¹ A história do Espírito Santo pode ser encontrada no acervo documental do Arquivo Nacional do Rio de Janeiro, no Arquivo do Palácio do Itamaraty, na Biblioteca Nacional do Rio de Janeiro, no próprio Arquivo Público Estadual do Espírito Santo, entre outros (OLIVEIRA, 2008, P.503).

¹² No Institucionalismo, o termo "não-dito" parece recolher todas as significações que essa fórmula adquiriu nas ciências humanas e na cultura ocidental. Basicamente, refere-se a todas aquelas informações que estão omitidas ou distorcidas nos discursos, textos, atitudes, comportamentos ou qualquer outra forma de expressão ou manifestação. Essa omissão ou distorção pode ser voluntária ou involuntária, consciente ou não, assumida ou não, mas é considerada invariavelmente fonte de mal-entendidos e conflitos que afetam a convivência, ou então causas ou efeitos de um desconhecimento cuja superação se supõe enriquecedora (BAREMBLITT, 2002, p. 161).

¹³ Ato ou efeito de desmandar. Ato de indisciplina; transgressão de ordens; desobediência; excesso; abuso; desregramento (Ferreira, 2001, p. 458).

Fernandes (2011, p. 1), em entrevista com o próprio ex-governador, descreve sua participação na vida política, afirmando que em 1986 foi eleito Deputado Federal, pelo PT, interrompendo o mandato para assumir a Prefeitura de Vitória. Foi prefeito da capital entre 1989 e 1992. Como prefeito, Vítor Buaiz conquistou um saldo positivo, tendo como base uma política de enfrentamento à pobreza urbana e à degradação ambiental. De 1995 a 1998, eleito governador, assumiu o Palácio Anchieta e também uma crise econômica herdada do governo anterior, motivada pelo “inchaço” nos órgãos públicos e pelos salários desproporcionais. O governo de Vítor Buaiz, um dos poucos do Partido dos Trabalhadores à época, ficou marcado por medidas econômicas que desestabilizaram as finanças de um Estado já em crise, com aumento de 25% salarial, não sustentado pela arrecadação, trazendo insatisfação aos funcionários públicos, com atrasos nos pagamentos. Para dar conta de pagar os vencimentos dos servidores, o Governo Estadual fez sucessivos empréstimos, aumentando ainda mais a dívida do Espírito Santo.

O funcionamento dos serviços básicos, como saúde e educação, naquele contexto, ficaram extremamente comprometidos, com mais de cinquenta por cento de servidores em greve, tamanha a insatisfação que se instalou. Esse governo ficou marcado pelas polêmicas privatizações e concessões públicas, em que se tinha o montante de milhões e milhões em jogo, apesar das muitas contestações judiciais e manifestações públicas contrárias. Nesse período inicia-se uma história vergonhosa na vida da Casa Legislativa do Estado.

A partir de 1999 até 2002, deu-se o governo catastrófico de José Inácio Ferreira, descrito em várias reportagens e processos judiciais sobre sua atuação como governador.

Tomazelli (2011, p. 1) [grifo do autor], em reportagem, descreve sobre as prisões, escândalos de corrupção, desvios de dinheiro e pedido de intervenção federal. Nessa época, o Espírito Santo vivia sua mais grave crise política e institucional, com repercussão em todo o país. Foi uma era traumática para o Estado, quando o presidente da Assembléia Legislativa (AL) tomou de assalto o governo e passou a

mandar no Estado. Em julho de 2001, deputados da oposição pediram o *impeachment* de Ignácio, mas o pedido foi engavetado pelo então presidente da Casa Legislativa, e, com um momento histórico, autoproclamou-se *invencível*. Nessa época, a Organização dos Advogados do Brasil, Seção/ES (OAB/ES), pediu intervenção federal no Estado. O pedido foi negado pela Procuradoria-Geral da República, mas o governo federal enviou ao Estado, em 2002, um grupo especial de combate à corrupção. Era o final de um governo já minado.

Assim, sentindo na pele esse período, pode-se dizer algo jamais visto (dito): a humilhação era tamanha que os servidores públicos tiveram que fazer empréstimos no Banestes, para receberem seus próprios salários. Uma situação esdrúxula, aparentemente inexplicável e que justificava o caos que se instalou no Estado.

O Procurador da República no Espírito Santo, à época da crise de 2001, avalia aquele período como um dos mais impactantes de sua carreira. "Isso sufocava a capacidade de reação da população, alheia ao que ocorria nos bastidores do governo, refém de uma Assembleia que administrava o Estado por vias oblíquas e até ostensivamente." O procurador cita o apoio que recebeu de entidades, "figuras de resistência", como religiosos, promotores e advogados, Receita Federal e Ministério Público. "Foi um somatório de forças para resgatar a dignidade da administração pública (TOMAZELLI, 2011, p. 2).

Chega-se ao governo de Paulo César Hartung Gomes, governador de 2003 a 2010. Hartung iniciou sua trajetória política no movimento estudantil, num período conturbado da história brasileira, os últimos anos do Regime Militar de 1964, quando era aluno da UFES, eleito o primeiro presidente do DCE (Diretório Central dos Estudantes) da Universidade.

Depois do triste relato e da vergonhosa história do Estado do Espírito Santo, nesses últimos anos, em 2003, surge para esta população a esperança de um tempo melhor. Hartung eleito, ainda no primeiro turno, governador do Estado, por dois mandatos,

recebeu de seu antecessor um estado sem crédito junto aos órgãos financeiros federais e mundiais, seriamente endividado, com graves problemas na máquina administrativa e sem capacidade para os investimentos necessários nas áreas sociais e na estrutura física (construção de escolas e recuperação de estradas, por exemplo). No primeiro mandato à frente do Executivo Estadual, conseguiu de certa forma recuperar as finanças e também, até certo ponto, a desgastada imagem do Espírito Santo em nível federal. Obtida de Wikipédia, acesso em 13 de janeiro de 2013.

Em todo o período de seu mandato, Hartung fez várias inserções midiáticas, mostrando milhões e milhões em investimentos de obras e serviços e lançamentos de política para melhoria de ações e indicadores em geral. Porém, pode-se averiguar, em meio a tantos investimentos, que os indicadores, em nosso caso, de mortalidade de crianças teve uma tímida diminuição, destacada nos gráficos 1 e 2, anteriormente descritos.

Diante de todos estes relatos, pode-se compreender a apatia das ações políticas em várias áreas, inclusive na saúde, durante esses anos. Então, para entender nossa retomada à condição de enfrentamento dos indicadores, será escrito um breve histórico da economia capixaba.

Caçador (2009, et al., p. 1), destaca que, na década de 1850, o Espírito Santo entrou em seu 1º Ciclo de Desenvolvimento Econômico (1850-1960), caracterizado pelo predomínio da cafeicultura até os anos 1950. Seu 2º Ciclo de Desenvolvimento Econômico (1960-1990) foi marcado pelo crescimento liderado pelas empresas dos Grandes Projetos industriais. O período que se inicia em 1990, que compreende o 3º Ciclo de Desenvolvimento Econômico do Espírito Santo, é caracterizado neste artigo como um processo de “diversificação concentradora”. Diversificação não significa que novas atividades produtivas tenham surgido na economia capixaba, mas, sim, que se ampliou o leque de atividades importantes para a economia, a partir da evolução qualitativa nos anos 1990, de atividades como os serviços de comércio exterior, entre outras, como a do Petróleo Brasileiro S/A (Petrobras) e *commodities*, característica marcante no seu 3º Ciclo de desenvolvimento.

Nesse período, a Petrobras investiu cifras de bilhões de dólares, que foram destinados à infraestrutura e à exploração da camada pré-sal. A Vale investiu também na casa de bilhões de dólares, na construção da 8ª usina de pelotização em Vitória, que, segundo Cardoso, (2008c), estava programada para ser concluída em 2012. Não diferentemente, a Samarco Mineração, com estudos para implantar a sua 4ª usina de pelotização, fez investimentos pesados no setor (Cardoso, 2008b). Outras empresas estrangeiras investiram na casa de bilhões de reais, para construir um porto e três usinas de pelotização com capacidade para produzir sete milhões de toneladas de minério de ferro, semiprocessado, ao ano, no município de Presidente Kennedy (Zandonadi, 2008).

Olhando outras grandes empresas, como Aracruz Celulose e Arcelor Mittal, o padrão de crescimento é o mesmo, com ampliações sucessivas do parque produtivo nos últimos anos.

Diante de todo este crescimento, Caçador (2009, et al., p. 2), questiona se este impulso financeiro contribuiu para a melhoria dos indicadores de crescimento e desenvolvimento econômico capixaba, nas últimas décadas. O resultado disso é que o Espírito Santo tem o 11º maior PIB brasileiro, correspondendo a 2% do PIB nacional, enquanto em 1970 correspondia a 1,2% do PIB brasileiro. Reportando-se ao PIB *per capita*, nota-se que com o crescimento nas últimas décadas fez o Espírito Santo atingir uma posição econômica importante, sendo atualmente o 5º colocado no *ranking* nacional.

O estado do Espírito Santo atingiu o patamar de alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), acima de 0,8, estando na 7ª colocação entre todas as unidades da federação brasileira. No entanto, essa situação não corresponde a alguns indicadores de saúde, como, por exemplo, o de mortalidade de crianças, apresentado no discurso oficial, como prioridade de governo.

Caçador (2009, et al., p. 2) destaca que, com base na Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD), 2007, no Espírito Santo ocorreu importante redução da taxa de pobreza, de 28,08% em 2001 para 12,90% em 2007 – queda de 54,0% no período –, ao passo que na média nacional essa redução foi de 30,3%. A partir desse resultado, o Estado saiu da 16ª posição do *ranking* nacional de menor taxa de pobreza, em 1970, para a 5ª, em 2007, superado apenas por Santa Catarina (7,03%), São Paulo (10,61%), Mato Grosso do Sul (12,47%) e Goiás (12,85%), enquanto essa taxa foi de 23,0% para o Brasil.

Como visto, a partir dos dados apresentados, o Espírito Santo cresceu acima da média brasileira nas últimas décadas, o que possibilitou melhorias sensíveis no nível de vida da população, colocando-o como um dos estados mais desenvolvidos do país. De acordo com todos estes dados, é inegável que os indicadores poderiam estar melhores, por exemplo, os da saúde e os da educação. Porém, há um descompasso entre a melhoria da condição econômica e a de alguns indicadores em geral.

Que explicação podemos agora ter? Nesta pesquisa, estamos destacando a mortalidade de crianças, que poderia ter um enfrentamento maior e indicadores melhores. Com tamanho crescimento, por que não houve melhorias? Questionam-se governos que, em uma situação confortável, não demonstraram um crescimento nas condições reais de vida e saúde da população.

5 A POTÊNCIA DO JORNALISMO ENQUANTO DIVULGAÇÃO DE ANALISADORES NATURAIS EM SAÚDE

Mas onde se chega assim

Vou descobrir

(Sá; Magrão)

Na organização *institucional* da Nação existem três poderes: o Judiciário, o Legislativo e o Executivo, sendo que a imprensa pode ser denominada como o quarto poder não instituído pela Nação, mas, sim, por seu grande poder de mobilização e, atualmente, cada vez mais caracterizado como uma fonte de demonstração das demandas da sociedade civil.

Na análise de poder estabelecida por Foucault (2007), entende-se que toda relação de forças representa uma relação de poder. Portanto, o poder se manifesta em todas as práticas sociais. Sendo assim, não se restringe ao Estado e suas manifestações, mas, sim, é exercido através das microrrelações sociais presentes em instituições como a escola, o mercado, a família, a religião, o judiciário, e, por que não, a mídia.

Traquina (2004) descreve que mais especificamente o jornal escrito, o jornalismo que se conhece nas sociedades democráticas de hoje, teve origem no século XIX, quando se verificou o desenvolvimento do primeiro *mass media* (meios de comunicação de massa) — a imprensa. Começa a emergir um novo paradigma jornalístico — o jornal de informação — tornando-se mais importante que a propaganda, visto que os jornais, até o início do século XIX, eram influenciáveis pela questão política e, principalmente, ligados aos que os financiavam.

Nos tempos de hoje, nunca houve tantas e tão variadas tecnologias e suportes de comunicação, com tamanha circulação de conteúdos, com tanta informação sobre tudo

e também sobre saúde, disponíveis nas mídias. Mas quando se fala de mídia, fala-se de informação, que significaria mais entendimento, portanto mais autonomia. Isto traz uma implicação necessária da transformação do cotidiano que não se quer, do desejo, das complexas relações que regem as escolhas pessoais e sociais. Com certeza, a informação é um elemento importante à autonomia do sujeito, porém temos que observar a qualidade, a abrangência, a pertinência desta informação.

É notório o poder que os meios de comunicação (a mídia) têm sobre a sociedade, sejam eles jornais (impressos, eletrônicos, diários, semanais, regionais, nacionais, de classe, institucionais), revistas, rádios, emissoras públicas, televisão (aberta, diversas emissoras com diversos padrões, fechada, digital) etc. Todos eles têm seu poder de sensibilizar e de agenciar a sociedade. Não será foco deste trabalho falar de todas; há de se falar de uma, a mídia impressa.

O cuidado em se falar de saúde na mídia é grande, pela forma como hoje é tratada. Busca-se associar saúde com mercadoria, uma comercialização, ou tragédias e incompetências.

Cavaca (2011, et al., p. 03) destaca que a questão da educação em saúde está fortemente atrelada às instituições escolares e da própria saúde, porém os meios de comunicação representam um importante instrumento pedagógico, uma vez que podem atingir um grande número de pessoas ao mesmo tempo. Ela ainda frisa que a mídia possui a capacidade de agendamento, ou seja, os temas apresentados pela mídia determinam a presença, ou não, desses temas na pauta de interesse das pessoas. Assim, a sociedade tende a atribuir valor e a incluir ou excluir do seu próprio conhecimento aquilo que os meios de comunicação de massa incluem ou excluem de seu conteúdo, definindo, também, a hierarquia de importância e prioridade desses assuntos em relação a outros, de acordo com sua disposição nos meios.

A cobrança de uma saúde recheada de tecnologia, como forma comum de apropriação de cientificista, de eficácia, de qualidade e de progresso, não valoriza o saber popular, o referencial empírico, o saber qualificado em uma prática de viver no cotidiano.

É preciso compreender a mídia como agente sobre os conceitos de saúde, com atores diversos, envolvendo não só as ciências, mas os saberes populares, os discursos religiosos e as próprias mídias. É necessário saber avaliar os nossos próprios instrumentos de comunicação em saúde, para, assim, sabermos trabalhar a comunicação da saúde nas mídias.

Não fazemos, por exemplo, avaliação por triangulação¹⁴ de abordagens, nem sequer nos apropriamos de metodologias de avaliação de impacto na área da comunicação, nem mesmo nos utilizamos do enorme potencial que a área da saúde construiu e dispõe em termos de conhecimentos de métodos estatísticos de análise, para se tornar público nesta mídia.

A reflexão sobre a saúde, bem como das formas pelas quais a comunicação em saúde é capaz de articular-se com as mídias (envolvendo negociação, confronto, intervenção), parece uma urgência que beira à obviedade. O contato com as mídias, seja por meio das assessorias de imprensa institucionais, seja por outros meios, é fundamental para que nossos “bens simbólicos” a respeito da promoção da saúde sejam também inseridos na circulação desse mercado como capital importante. Não se realiza articulação com competência ou eficácia. Ao contrário, estamos nos tornando especialistas em oferecer às mídias o que as mídias desejam e no formato que desejam. Isso significa abrir mão de nossos lugares de fala, ao mesmo tempo em que se compra a ilusão de que estamos pautando as mídias, quando, na verdade, são elas que nos pautam.

É necessário repensar a comunicação que temos e fazemos, e repensá-la em contato estreito com a educação. A educação comunicativa, isto é, o reconhecimento do caráter pedagógico de suas práticas, significa assumir efetivamente sua função e sua responsabilidade social, que passa, necessariamente, por um repensar de sua prática nas instituições públicas de saúde. É uma proposta de um relacionamento a ser

¹⁴ TRIANGULAÇÃO: “Ato ou efeito de triangular. Levantamento topográfico ou geodésico em que se cobre a área levantada com uma série de triângulos.” (Dicionário Aurélio Ferreira, 2001)

construído pacientemente, que potencializa as práticas (educativas, comunicativas) em direção à plenitude de suas missões e sentidos sociais.

Diante deste raciocínio de parceria que se destaca: “[...] um maior diálogo entre mídia, instituições de pesquisa e sociedade [...] ressalta a necessidade de se exigir o pluralismo de vozes na divulgação dos temas de saúde [...]” (EMMERICH, 2012, p. 8).

Que cada um venha a tornar-se sujeito de sua própria saúde. Esse é o projeto ambicioso sobre o qual idealmente estão fundamentadas as leis, as políticas e ações do SUS, desde as primeiras formulações do chamado Movimento da Reforma Sanitária. Desde lá, é igualmente reconhecido que a comunicação — saberes, práticas e processos — é um dos mais importantes instrumentos de realização do ideal da autonomia cidadã em relação à saúde.

A partir, principalmente, de meados da década de 80, temos um corte notável entre o que chamamos de “comunicação em saúde” e o que se poderia rotular indistintamente como “saúde na mídia”. Cenários separados, cada um desses dois campos de processos, práticas, pesquisas e diretrizes possui *ethos* próprio, que implica lugares de fala, público, objeto e finalidade específicas (CADERNO MÍDIA E SAÚDE PÚBLICA, 2006, p. 43).

A comunicação em saúde e a saúde na mídia são ferramentas importantes que levam a informação para uma construção de políticas, trazendo instrumentos para ações críticas que implicam transformações, levando a um espaço desejante de mudanças de atitudes, um lugar de fala muito preciso, pelos quais são capazes de induzir muitas reflexões.

Busca-se convergir forças para que a comunicação se torne aliada da informação para conhecimento popular. Assim destaca-se que:

É necessário que se aprimore um olhar crítico da sociedade para a divulgação midiática e que se exerça um controle social efetivo na luta por uma

comunicação em saúde contextualizada e que atenda aos interesses sociais. Afinal, o comprometimento com uma comunicação em saúde de qualidade exige, basicamente, coragem para encontrar soluções e não, simplesmente, apontar culpados (CAVACA, 2011, p. 102).

Neste estudo, a mídia impressa, A GAZETA, foi selecionada devido à sua influência e ao caráter duradouro; ao seu poder norteador às demais mídias; à capacidade de agendamento; ao seu poder de convencimento junto às camadas formadoras de opinião; à durabilidade da notícia, haja vista que pode ser guardada a forma impressa com facilidade por qualquer pessoa, pode ser lida e relida no instante oportuno. Além disso, o jornal encerra em si valor documental, proporcionando aos pesquisadores facilidade de acesso e de recuperação do material publicado sobre a temática.

6 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, inspirada nos pressupostos da Análise Institucional, conforme proposição de Lourau (1993) e de Baremblytt (2002).

A opção deste estudo pela abordagem qualitativa levou em conta a captura do ponto de vista dos atores sociais, privilegiando a subjetivação entre o sujeito e o pesquisador e os significados atribuídos pelos atores num determinado contexto (TRIVIÑOS,1987).

Segundo Minayo (2008), a opção pela abordagem qualitativa considera que esta aplica-se ao estudo das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os homens fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. A autora reafirma que, dentro dessa abordagem, o processo é mais importante do que os resultados, que não se busca a verdade única, explicações causais ou generalizações e que os fenômenos são únicos do mesmo modo como são apreendidos e interpretados.

Este estudo contextualiza-se na imprensa local de maior projeção estadual, cujos objetos de observação e pesquisa foram as notícias impressas sobre mortes de crianças menores de cinco anos, tendo como cenário todo o estado do Espírito Santo, que, segundo a Secretaria de Estado da Saúde/Plano Diretor de Regionalização (SESA/PDR, 2011), ocupa uma área de 46.098,1 km² e apresenta densidade demográfica de 76 hab./km².

O Espírito Santo, em conjunto com outros estados da federação, compõe a grande faixa litorânea brasileira, tendo 40% de área plana e 60% de área montanhosa, chegando a atingir 2.892m acima do nível do mar. Nele está situado o terceiro ponto mais elevado do território nacional — o Pico da Bandeira.

Situa-se na região sudeste do país e constitui-se no menor e menos populoso estado da região, com população de 3.514.952 habitantes (IBGE, 2010), distribuída desigualmente em 78 municípios, em sua maioria de pequeno e médio porte. Dentre os municípios, 52,56% possuem menos de 20 mil habitantes, 33,33% situam-se na faixa de 20 a 50 mil habitantes e somente 9 municípios (11,54%) apresentam uma população maior que 100 mil habitantes.

O Espírito Santo é formado pelo resultado do encontro de raças, que, ao longo do tempo, estabelece uma história rica em tradição e costumes. Como destaques tem os índios, as comunidades quilombolas e a etnia pomerana. A taxa de crescimento populacional do Espírito Santo entre os censos de 2001 e 2010 foi de 1,14%, superior à do Brasil, que apresentou 1,10% no mesmo período. A distribuição populacional por faixa etária tem-se modificado no Estado. Do ano de 1991 para 2010 houve um estreitamento da base e ampliação do topo da pirâmide etária¹⁵. Essa distribuição evidencia o declínio da taxa de natalidade da população, além de indicar maior parcela populacional vivendo até idades mais avançadas.

Dessa forma, a tendência nos próximos anos é de envelhecimento progressivo da população, conferindo maiores valores na razão de dependência total e principalmente da população idosa, aumentando as responsabilidades sociais para com este grupo etário. Na saúde, esse quadro sugere que os gestores estejam atentos às novas demandas que surgem no bojo desse quadro de mudança demográfica em virtude da modificação do perfil epidemiológico resultado desse processo, necessitando de readequação na oferta de serviços e nas ações de saúde, principalmente de prevenção de doenças e promoção da saúde.

Assim foi elaborado o desenho político-regional do Estado, em um processo de oficinas realizadas nas quatro regiões, sendo convidados representantes dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde, gestores municipais, profissionais de saúde e outros

¹⁵ Pirâmide etária, também conhecida como pirâmide demográfica ou pirâmide populacional, é uma ilustração gráfica que mostra a distribuição de diferentes grupos etários em uma população (tipicamente de um país ou região do mundo) em que normalmente cria-se a forma de uma pirâmide. Esse gráfico é constituído de dois conjuntos de barras que representam o sexo e a idade de um determinado grupo populacional. É baseado numa estrutura etária da população, ou seja, a repartição da população por idades (ANDRADE, et al., 2001).

atores que, de alguma forma, são referência para a área da saúde, configurando o novo modelo de regiões de saúde do Espírito Santo.



Figura 1: Plano Diretor de Regionalização/SESA, Espírito Santo, 2011
Fonte: Plano Diretor de Regionalização/SESA, 2011

Os sujeitos deste estudo foram os técnicos que compõem a Coordenação Estadual do Programa Saúde da Mulher e da Criança da SESA-ES. A referida coordenação é constituída por sete técnicos de diversas formações básicas, a saber: Enfermagem, Medicina, Psicologia e Serviço Social. Ressalta-se que, por licença-maternidade e pela impossibilidade de um servidor comparecer ao encontro, foram cinco técnicos participantes do grupo focal.

Os critérios de inclusão dos participantes deste estudo foram os seguintes:

- Ser membro da Coordenação Estadual do Programa Saúde da Mulher e da Criança da Secretaria de Estado da Saúde.
- Estar de acordo em participar da pesquisa.

No contexto em que se deu o estudo, os técnicos daquela Coordenação foram convidados pessoalmente pela pesquisadora para participarem do estudo. Foram incluídos apenas os cinco técnicos que estavam de acordo em participar do estudo e que concordaram com a gravação.

Nestes critérios foram incluídas matérias publicadas no jornal A Gazeta, no período de 1º de agosto de 2011 a 31 de agosto de 2012, relacionadas com morte de crianças até cinco anos de idade.

O instrumento utilizado para a produção do material do estudo foi o grupo focal, com seção única, que teve duração de três horas, tendo sido realizada em uma sala do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), cedida gentilmente pelo órgão, que se situa ao lado da SESA-ES, tornando fácil o acesso dos participantes. Tal opção pelo grupo focal se deu, por considerar que nele “as pessoas estão mais propensas a acolher novas ideias e a explorar suas implicações” (GASKELL, 2002, p. 76).

A respeito do grupo focal, este tem por objetivo estimular os participantes a reagir e a falar aquilo que é posto por outras pessoas no grupo, tendo na figura do entrevistador uma espécie de catalizador da interação social entre os participantes (GASKELL, 2002).

Antecedendo o estudo empírico propriamente dito — o grupo focal — a pesquisadora, buscando apropriar-se de analisadores naturais sobre a morte de crianças menores de cinco anos, no lapso de agosto de 2011 a agosto de 2012, em todo o Estado, realizou um levantamento sobre o tema no Jornal “A Gazeta”.

Por se tratar de um estudo que se apropriou de um material de domínio público, a saber, notícias veiculadas em um jornal diário, tal investigação dispensou autorização do jornal “A Gazeta”, que havia sido solicitada de acordo com o APÊNDICE B. Segundo a própria Rede Gazeta, esse tipo de busca tem autorização verbal, tendo que ser apenas marcados dia e hora para a consulta, em sua biblioteca.

As matérias do jornal A Gazeta foram selecionadas através de programa de busca do próprio jornal, realizado através de palavras-chave correspondentes à temática. As notícias foram disponibilizadas em formato impresso, mediante pagamento de taxa por notícia.

A opção pelo referido diário da mídia impressa levou em consideração ser ele “[...] o mais antigo periódico em circulação no Estado, com linha editorial conservadora, com características éticas e sem jornalismo apelativo e sensacionalista, focado em todas as classes sociais” (TITO; SANTANA; TARCISO, 2008).

O referido levantamento possibilitou a criação de uma hemeroteca¹⁶ com oito matérias versando sobre a morte de crianças menores de cinco anos (ANEXO D). A referida hemeroteca subsidiou a construção de painel reprográfico de dimensões 56cm x 76 cm e de gramagem 190g/m² (tamanho cartolina), contendo todas as oito matérias levantadas (APÊNDICE C).

Um roteiro de grupo focal, para dar suporte ao entrevistador, também foi utilizado como dispositivo de produção do material (APÊNDICE A).

Na discussão que emerge em um grupo focal, sempre existe a possibilidade de consensos ou divergências. No sentido de se evitar quaisquer constrangimentos à pesquisadora – dada a sua condição de ser funcionária pública com vínculo efetivo daquela instituição e de manter laços estreitos com os técnicos daquela Coordenação, colocou-se como observadora-participante e, em alguns momentos, estimulava a

¹⁶ Hemeroteca (do grego *heméra*, que significa "dia", mais *théke*, que significa "depósito" ou "colecção"), refere-se a qualquer colecção ou conjunto organizado de periódicos (jornais e/ou revistas). (Dicionário Aurélio, 2001).

discussão em conjunto com a entrevistadora. A entrevistadora — enquanto figura catalisadora da interação social dos participantes, foi Helena de Arruda Penteado, cientista social e psicóloga, também mestranda em Saúde Coletiva pelo PPGSC e membro do Grupo de Pesquisa “Rizoma — Saúde Coletiva e Instituições”, com notória experiência na área de processos grupais.

Antecedendo o momento de acolhimento, todos os participantes do grupo foram informados sobre a natureza acadêmica do trabalho, seu objetivo, o direito de aceitar ou não a participação, a garantia de sigilo, a autorização para gravação das falas e vídeo, a divulgação do estudo nos fóruns acadêmicos e periódicos científicos e, por fim, o direito de se retirar do espaço e mesmo do estudo a qualquer momento. Havendo concordância, cada um dos participantes deveria assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), o que ocorreu em relação aos cinco participantes.

Distribuídos os painéis reprográficos, acompanhados de pincéis atômicos para alguma anotação ou destaque, a entrevistadora reservou aos participantes um tempo de 20 minutos, suficientes para apreciação daquele material.

A seguir, tendo como base um roteiro (APÊNDICE A), a entrevistadora deu início à discussão, estimulando cada um dos participantes a reagirem sobre o que estava sendo falado no grupo.

Conforme já mencionado, foi realizada a gravação autorizada das falas dos atores participantes do grupo focal, tendo sido posteriormente transcritas para que pudessem ser devidamente registradas e guardadas todas as manifestações orais dos participantes. Após a transcrição do material gravado, procedeu-se à leitura flutuante do texto, em concomitância com a escuta da gravação.

A análise do material buscou explorar interesses e preocupações articuladas por um único indivíduo, por partes ou por todos, que se deu à luz dos conceitos fundantes socioanalíticos.

Lourau (1993, p. 52) diz que a restituição na socioanálise, para ser verdadeiramente construtiva, supõe o respeito a certas regras. Entre estas, certamente, as regras ontológicas da descrição e as regras técnicas relativas à escolha do momento oportuno para a restituição. É um pouco como na vida cotidiana, quando escolhemos o que deve ser dito das coisas que pensamos (e quando). Realmente nunca dizemos tudo o que pensamos, não importa em qual situação.

A restituição, enquanto conceito socioanalítico, supõe que se deva, e se possa, falar de algumas coisas que, em geral, são deixadas à sombra. Essas coisas seriam as comumente silenciadas, faladas apenas em corredores, cafés, ou na intimidade do casal. De fato, para nós, tais "coisas" são aquela "fala" institucional que não pode ser "ouvida" de forma pública.

Há, frequentemente, um aspecto de indiscrição no conceito de restituição e, mesmo, o risco de se cair na denúncia meramente recriminatória. É preciso estar muito atento quando se maneja essa técnica, e a melhor maneira de combater seus riscos – a mera indiscrição, a acusação revanchista, as denúncias impotetizantes, as alianças espúrias e, até, irrefletidas – é aplicá-la a si mesmo. Ou seja, deve-se enunciar "coisas", e não denunciar outrem (LOURAU, 1993).

Restituir às pessoas com quem trabalhamos o saber científico que se permitiu construir é uma ideia relativamente recente que, por muito tempo, escapou completamente aos pesquisadores. Os primeiros sociólogos de campo não se preocupavam em restituir à população estudada os resultados da pesquisa. Ou, simplesmente, falar da importância que teve essa população para a produção científica (LOURAU, 1993).

Após a elaboração da análise dos dados, repassamos, através de uma restituição, os dados desta pesquisa para os técnicos que compõem a equipe do Programa Estadual de Saúde da Mulher e da Criança, numa restituição que pretendeu ser concreta.

Em atenção às Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 1996), este projeto foi submetido à Plataforma Brasil sob o nº 148.882 e à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES), na data de 28 de novembro de 2012 (ANEXO A), e do Comitê da SESA, na data de 27 de novembro de 2012 (ANEXO C), tendo sido aprovado em todas as instâncias e autorizada pela gerente da SESA a entrevista com os sujeitos da pesquisa.

Todos os participantes foram informados sobre a natureza acadêmica e os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

7 FIOS E DESAFIOS: INTERLOCUÇÕES SAÚDE/MÍDIA

[...]

Doce ou atroz

Manso ou feroz

(Sá; Magrão)

7.1 SAÚDE E MÍDIA: A RAZÃO DA COMUNICAÇÃO

Este capítulo caracteriza os gestores do Programa Estadual de Saúde da Mulher e da Criança e apresenta as situações sobre a efetiva gestão e política para a diminuição da morte de crianças no Estado.

Na busca dos acontecimentos midiáticos, foi possível perceber que, na palavra-chave, pela coleta eletrônica, apareceram 32 notícias relativas ao tema morte de crianças, mas, dentre as notícias veiculadas sobre esses acontecimentos, no período de 2011 a 2012, existiam oito que, de fato, eram referentes a esta informação, e destas, pode-se constatar que quatro eram motivos relacionados ao cuidado do setor saúde e quatro sobre questão social.

Quanto ao tempo de trabalho, encontramos uma quantidade maior de gestores com tempo razoável de gestão, visto que a maioria (60%) trabalha há poucos anos na gestão do programa – menos de cinco anos –. Segundo Schimith e Lima (2004), o tempo de trabalho torna-se importante, principalmente para o entendimento do papel do gestor, que é construído em seu cotidiano laboral e no seu tempo de permanência e vínculo com a política.

O quadro apresentado a seguir revela alguns aspectos aqui pesquisados.

Aspectos Observados dos Sujeitos		Número de Gestores	%
Sexo	Feminino	4	80
	Masculino	1	20
Raça/Cor	Branca	4	80
	Parda	1	20
	Preta	0	0
Estado Civil	Solteiro	1	20
	Casado	4	80
	Divorciado	0	0
	Viúvo	0	0
Formação	Médico	3	60
	Enfermeiro, Assistente Social, Psicólogo	2	40
	Outros	0	0
Grau de Instrução	Ensino Médio	0	0
	Especialização <i>Lato Sensu</i>	5	100
	Residência	3	60
	Especialização <i>Stricto Sensu</i>	0	0
Tempo Servidor Público (Estatutário)	Menor que 5 anos	0	0
	De 5 a 10 anos	0	0
	Maior que 10 anos	5	100
Tempo de Servidor Público (Outros)	Menor que 25 anos	0	0
Tempo no Programa Estadual de Saúde da Mulher e da Criança	Menor que 5 anos	3	60
	De 5 a 10 anos	1	20
	Maior que 10 anos	1	20
Idade	Menor que 35 anos	0	0
	De 35 a 50anos	2	40
	Maior que 50 anos	3	60

QUADRO 2 : Distribuição dos gestores entrevistados de acordo com sexo, raça/cor, estado civil, tempo de serviço público, tempo no programa estadual e grau de instrução. Vitória – ES, 2012.

Podemos caracterizar os gestores do Programa Estadual de Saúde da Mulher e da Criança como sendo, em sua maioria, do sexo feminino (80%), maioria de raça/cor branca (80%), maioria casados (80%), todos com especialização *lato sensu* (100%), nenhum com *stricto sensu*, três com residência médica (60%), idade média de

cinquenta anos, acima de dez anos como servidores públicos (100%), maioria atuando há menos de cinco anos (60%) na coordenação do programa, sendo todos estatutários.

7.2 FIOS DA GESTÃO ESTADUAL: A TECEDURA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Entender a importância do tempo dos gestores na coordenação estadual do Programa Estadual de Saúde da Mulher e da Criança permite refletir sobre o projeto político que um dado período de governo propõe para a sociedade, sendo, assim, identificados, neste estudo, trazendo à luz suas implicações.

Esses gestores são protagonistas da definição da política temática para a área em estudo, de planejamento e gestão estadual, com o conhecimento de necessidades ascendentes, a partir dos municípios, para que possam dar concretude às intenções políticas, no cotidiano dos serviços, com metas que pretendem alcançar, no desenvolvimento da política de saúde.

Segundo Lourau, (1975, pp. 88-89) [grifos do autor], podemos entender esta implicação:

Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, idéias, etc. [...] O intelectual [...] com sua linguagem de sábio, com a manipulação ou o consumo ostensivo do discurso instituído e o jogo das interpretações múltiplas, dos *pontos de vista* e *níveis de análise*, esconde-se atrás da cortina das mediações que se interpõem entre a realidade política e ele. O intelectual programa a separação entre teoria e política [...].

Neste contexto, a análise institucional proporciona elementos para uma discussão muito importante da política pública, podendo demonstrar os constrangimentos dados pelas estruturas institucionais em que os sujeitos estão inseridos. E é neste cenário que este

estudo perpassou, buscando reconhecer situações e fatos que promoveram avanços, retrocessos e estagnações da política de saúde da mulher e da criança, entendendo, assim, as intenções dos tomadores de decisão e apontando alguns *movimentos* que levaram à mudança institucional.

Diante disto, Pires (2004) concorda que uma política pública se constitui a partir da articulação de um aglomerado de instituições e nos leva a constatar que as suas etapas de implementação e manutenção possuem a capacidade de influenciar os resultados políticos, uma vez que incorporam elementos capazes de moldar a identidade, o poder e a estratégia dos atores.

Ainda segundo Pires, a explicação do processo de implementação de uma política pública e a respectiva mudança institucional podem ocorrer de duas formas:

[...] a) através da investigação e mapeamento histórico das políticas públicas implementadas anteriormente e das instituições relacionadas a elas; e b) por meio da análise da influência recíproca entre instituições (e políticas públicas) e ideologia (ibidem, 2004).

Assim, este estudo busca discutir, a partir de notícias de morte de crianças menores de cinco anos, como sendo um analisador, qual a postura institucional e quais as ações para estes acontecimentos, dialogando com os gestores estaduais do Programa Estadual de Saúde da Mulher e da Criança.

Lourau (2004, p. 123) [grifo do autor] diz que a análise não é o oposto da ação. A ação é a análise. Ou melhor, para não confundir sob um mesmo nome coisas tão diferentes como a análise feita por um especialista, dotado de jargões, e a análise no sentido que propomos aqui, digamos que a ação é o *analisador*, inclusive da análise instituída como atividade especialista.

Não é nossa intenção enumerar os discursos dos entrevistados, mesmo porque

supomos este universo não totalizável. Estaremos aqui buscando demonstrar o *peso de ser linha de frente* do instituído, suas responsabilidades e suas conveniências de medidas a serem adotadas, tanto pela política, logística, estratégia, técnicas, modalidades de divulgação, implantação, desenvolvimento, avaliação de resultados e alianças, que devem ser revistos quando se busca fortalecer a instituição. Baremlitt (2002, p. 121) diz que isso não significa exclusivamente que esses conhecimentos devam ser produzidos, mas que muitos deles precisam ser apenas comunicados, intercambiados e elaborados coletivamente.

Abordar o tema morte de crianças, por todo o significado cultural e afetivo que acarreta, é tarefa árdua e extremamente dolorosa. Construir uma política para ter a garantia de organização e de responsabilização de vidas em uma gestão não é fácil, principalmente quando observamos atores que podem contribuir para descosturar os fios alinhavados de uma política em questão.

Sabe-se que o acontecimento *morte* tem vários contextos e é algo de uma dimensão que extrapola o setor saúde, pois abrange a sociedade; por isso, busca-se entender, neste caso, a morte de crianças menores de cinco anos, a responsabilidade de todos em acolhê-las, protegê-las e amá-las.

A instituição e seu institucionalismo devem ter a afirmação da positividade, indicar a capacidade de apropriar-se do discurso, da organização, do estatuto ou da prática, incluídas aí as específicas e profissionais, e remetê-los a funcionar segundo se produzam e a produzi-las segundo funcionem. Baremlitt, (2002, p. 132) diz que o institucionalismo não deve interessar muito à negatividade crítica. Melhor dedicar-se a pinçar neles cada elemento produtivo, tudo que "abra", "possibilite" e "conecte", e agenciá-la de acordo com a lógica de seus "princípios" e intensificá-la até gerar um acontecimento.

Nesta pesquisa discute-se a mídia como instrumento analisador de condutas políticas e ações sociais. Segundo Porto (2003, p. 156), a presença do contraditório na cobertura

da mídia é essencial porque tem reflexos diretos na formação da opinião pública. Quando as mensagens sobre um tema se caracterizam pela ausência de diversidade de interpretações, os cidadãos têm menos recursos para pensar criticamente sobre a questão. Há uma confrontação da notícia rígida e o envolvimento da notícia com os profissionais implicados — uma notícia viva em ato!

Para que os gestores estaduais possam instituir-se, é necessário compreender suas limitações e suas possibilidades, e isto vem pela característica da política que os abarca. Assim, de acordo com a importância deste tema, os entrevistados 2 e 3 contam que:

“É preciso sensibilização de todos” (entrevistado 2).

“Gestão tem que ter conhecimento e sensibilização” (entrevistado 3).

Dussault (1992, p. 34) diz que a baixa *governabilidade*, praticamente sinônimo de baixa autonomia, condiciona negativamente as regras de *direcionalidade e responsabilidade*, ainda que a primeira se apresente como regra mais condicionada.

Ser da gestão significa poder construir linhas de projetos e de programas. Assim, os gestores estaduais têm a possibilidade de construção desses projetos. Para um Estado, porém, dar a liberdade de escrever projetos, sem dar-lhes a autonomia e a governabilidade na sua concretude, fragiliza a condução do processo, não permitindo o alcance dos objetivos finalísticos, como também deixa uma imagem de impotência e incompetência a quem está à frente do processo, principalmente perante a sociedade.

Falar sobre impactos que a mídia produz em cada notícia significa compreender que ela é um instrumento e um equipamento que traz à luz subjetividades e informações que nominam o que nossos dados oficiais nos dão como números frios. A mídia, as manchetes nos dão rostos, gritos e choros. Segundo Coimbra (2001, p. 71), as notícias

tendem a legitimizar ou não, dar voz, tornar público o que se produz sobre um real que assim está sendo construído. Esse poder se concentra nas mãos de “quem” escolhe as manchetes, as fotos, as notícias de primeira página. Pretendemos buscar em uma série de manchetes, notícias, editoriais pesquisados, assim como nas informações obtidas nas entrevistas, essas questões peculiares. Ainda segundo a autora (2001, p. 138), podemos chamar emergências algumas subjetividades.

De acordo com a mesma autora, o termo subjetividade:

é bastante amplo, abarcando sistemas perceptivos, de sensibilidade, etc., e conjuntos extrapessoais. As subjetividades, assim, são produzidas a cada momento da história, conforme certas conjugações de forças [...] (COIMBRA, 1996, p. 18).

A mídia tornar-se interessante, e não podemos colocá-la apenas como vilã, pautando notícias negativas, mas devemos compreender que pode também ser um equipamento positivo para informações à população e tem um poder muito grande. Segundo Guattari (1995), uma das coisas mais importantes no sentido de dominar o outro, povos, populações – mais importante do que fazer uma guerra – é produzir subjetividades, produzir modos de viver e existir. Podemos também dizer que há uma mídia como um processo de produção de consumo e consumação. Isto se representa na fala da maioria dos entrevistados:

“Qual a nossa responsabilidade junto à mídia? O Estado faz muito, mas é importante trabalhar a mídia pela questão de educação, e a responsabilidade não pode ser somente do Estado” (entrevistado1).

“Nunca ouvi mídia dizer que nosso país é o melhor em vacina, transplante e outros” (entrevistado 2).

“Nós temos culpa, pois não veiculamos a mídia positiva; a mídia explora o emocional, e nós não fazemos nosso papel, mostrar o lado bom; nós os deixamos pautar o lado ruim” (entrevistado 3).

“Família chama jornal para conseguir o que precisa” (entrevistado 5).

Coimbra (2001, p. 31) diz que esse equipamento forja determinadas formas de existência — [...] esse meio de comunicação de massa tem tido papel efetivo, (2001, p. 73) “substituíram as grades” — já que estamos vivendo numa “sociedade de controle”. Segundo Deleuze, 1992, há, entretanto, outros equipamentos sociais responsáveis por tal processo.

A mídia tem o poder de pautar notícias que irão sensibilizar a população, sem, às vezes, se preocupar se estará levando a um senso crítico ou não. Barembliitt (2002, p. 76) nos faz refletir quando diz que o poder sobre a natureza, o poder sobre o controle dos fenômenos da vida também é injusto e desigualmente repartido. Com o saber acontece a mesma coisa. A imensa maioria dos homens que trabalham reunidos vive uma situação de impotência, e não é apenas a fragilidade perante a natureza, frente à condição mortal e frágil de seu próprio corpo, mas a incapacidade devido à desigual distribuição da riqueza, do poder, do prestígio e do conhecimento. Isto se torna manipulável quando fala do cotidiano da sociedade.

Segundo Cavaca (2012), o discurso midiático poderia, assim, contribuir para uma conscientização do indivíduo, fundamentando-se nos princípios da corresponsabilidade, sendo o cidadão e o Estado corresponsáveis pela promoção da saúde para que se possa estabelecer uma relação de alteridade.

Santos (2006, p. 95) diz que o processo comunicacional tanto pode ser determinado quanto alterado pelas redes de poder que sobre ele atuam, lembrando que os indivíduos agem e interagem a partir de diferentes situações e inserções nas situações vivenciadas.

Para Foucault (1995, p. 107), o poder é o conjunto de recursos, de natureza psicológica, material ou econômica, existentes na sociedade, que os indivíduos põem a serviço de uma autoridade suprema, para manter a ordem pública.

Neste caso, o poder está com a sociedade, que descreve seus acontecimentos e impacta, que busca uma organização e uma ordem de viver, de conviver. Baremblytt (2002, p. 21) descreve: [...] mas o que acontece quando o coletivo revitaliza seu saber, revaloriza o saber espontâneo que ele tem acerca do que precisa? [...] Pode-se delegar a ele algumas áreas do saber com menos perigo de que ele o transforme em poder, e não numa potência de colaboração com o coletivo. Nesse caso, o coletivo já não está desqualificado – ele sabe julgar o que se faz e o que se acha que se sabe. Isso não descarta que possam acontecer novamente problemas de concentração de saber e de poder, porque este processo de auto-conhecimento e autogestão é interminável.

Outro espaço importante neste percurso é a educação em saúde, ponto forte sobre o qual algumas questões podem ser discutidas, no intuito de se evitarem mortes de crianças. Imputam aos profissionais, pelo modelo hegemônico ainda vigente na sociedade, que os médicos tornam-se sujeitos imprescindíveis nesta intervenção, e, para isto, a população acredita que é preciso ensinar a viver. Segundo Coimbra (2001, p. 95), estes espaços são analisados, esquadrihados e disciplinados a partir do nascimento das ciências humanas e sociais. Além das teorias sobre a natureza perigosa dos negros, mestiços e pobres em geral, os médicos também são os responsáveis por conceber a cidade como um espaço a ser cuidado. Foucault (1988) afirma que não se estabelecem relações entre os saberes; ao contrário, desqualificam-se uns como incompetentes, sobrepondo-se os considerados “científicos”, “verdadeiros”.

A comunicação e a informação são responsáveis por dar visibilidade à práxis dos atores sociais e, simultaneamente, produzir o compartilhamento de sentidos, fazendo com que tudo o que vem a público possa ser visto, ouvido e comentado por todos (ARENDR, 1993).

Mas o que é preciso entender é que uma política de saúde não começa nem acaba no campo da medicina. Seus problemas têm efeitos médicos, mas suas

causas, na grande maioria, são problemas de habitação, de alimentação, de vestuário e de saneamento básico, entre outros. Assim, os entrevistados compreendem que:

“O Estado não vai responder a tudo, e a educação é dentro da família” (entrevistado1).

“Desafio é multifatorial, o problema é da sociedade, da família, das pessoas e dos profissionais, responsáveis; não podemos ficar no papel de apenas ficar tutoriando” (entrevistado 3).

Diante disto, podemos compreender que o percurso para uma somatória de forças no sentido de evitar mortes de crianças é árido e fértil ao mesmo tempo. Isto pode vislumbrar por que a política avança, retrocede ou estaciona, pois necessita de todos os envolvidos na questão, seja na organização da política pelos órgãos responsáveis, seja pela implementação por todos, inclusive de instituições que se tornam parceiras, construindo pontos de atenção em vários espaços coletivos, seja da sociedade que impulsiona a concretude destas políticas, assim como a mídia, podendo alinhar todos estes momentos.

7.3 A RELAÇÃO SAÚDE/MÍDIA: UM ENTENDIMENTO EM CONSTRUÇÃO

É inegável que no mundo contemporâneo não reconheça que a mídia tem um papel fundamental, propiciando cada vez mais que a sociedade caminhe na direção do conhecimento, da informação, da comunicação. Não há como negar que a televisão, a imprensa escrita e falada e a *internet* são, potencialmente, espaços privilegiados de transformação e reflexão, aproximando pessoas e grupos, familiarizando o cotidiano, sustentando ou derrubando ideologias, apontando caminhos mais criativos, denunciando deformidades sociais, como a corrupção e a miséria. Agora, cabe à sociedade capixaba, como receptora e emissora ativa e exigente, cobrar posturas éticas no cumprimento das atribuições jornalísticas e transparência na divulgação dos informes governamentais e institucionais.

Neste tópico, nossa pretensão é promover a reflexão sobre o papel da mídia no sistema de defesa à saúde e também propiciar a análise das notícias, as posturas das instituições públicas de saúde e mostrar como esta ferramenta exerce poder nos movimentos sociais.

Foram percebidos nas falas dos sujeitos da pesquisa vários aspectos das notícias, desde o reconhecimento da pouca transversalidade entre a política de saúde e a mídia até à dramaticidade que a mídia impõe para a transformação em um espetáculo.

Para a Análise Institucional, a transversalidade é “[...] a instituição como um “cruzamento de instâncias” (econômica, política e ideológica), [...] toda instituição é *atravessada* por todos os “níveis” de uma formação social [...] (LOURAU, 2004b, p. 76) [Grifos do original].

Sendo assim, a transversalidade é

O fundamento da ação *instituinte* dos grupamentos, na medida em que toda ação coletiva exige uma perspectiva dialética da autonomia do grupo e dos limites objetivos dessa autonomia. A transversalidade reside no saber e no não-saber do grupamento a respeito de sua polissegmentaridade. É a condição indispensável para passar do grupo-objeto ao grupo-sujeito (LOURAU, 1995, p. 270) [Grifo do original].

Já o termo *espetáculo*, segundo Debord (1997), é o processo de acumulação capitalista da sociedade que avança sobre a vida cotidiana com fins de organizá-la para o consumo, tornando momentos espetaculares. Nós nem discernimos as raízes históricas e as consequências políticas dessa que podemos dizer midiatização; às vezes até nos divertimos, seja no dia a dia ou na crítica.

Entender que movimentos institucionais são indutores da construção de políticas como vertente de acontecimentos em uma sociedade nos faz compreender o que diz Lourau (2004, p. 122) [grifo do autor]: [...] não é suficiente afirmar que a política está na vida cotidiana. É mais exato afirmar que ela é a *vida cotidiana*. É a política que tece as relações sociais banais, insignificantes, públicas ou privadas, de dia e de noite.

Os entrevistados reconhecem as dificuldades em relação à interferência negativa que as notícias trazem à sociedade, não permitindo o reconhecimento do SUS como uma potência política, mesmo ele salvando milhares de vidas, todos os dias.

Dentre as questões jornalísticas analisadas pelos entrevistados, no painel da hemeroteca, notou-se pluralidade de vozes, opiniões e a profundidade da discussão da temática, nas causas de mortes de crianças. Eles tiveram a sensibilidade de reconhecer que, das oito mortes da pesquisa, cinquenta por cento delas eram de responsabilidade do setor saúde e que é necessário uma melhor preparação dos profissionais, desde sua base, para as atuações. Como relatam em seus discursos,

[...] “Com capacitação, algumas mortes podem ser evitadas” (entrevistado 1).

“Informação e educação permanente têm, mas têm que ter monitoramento” (entrevistado 2).

“Duas questões refletem esta situação: uma é a formação dos profissionais e a outra é a educação de uma sociedade” (entrevistado 4).

Diante disto, os sujeitos da pesquisa veem a SESA como uma importante aliada na oportunidade de transformar este cenário, em função de sua capacidade de intervir na realidade, a partir de *capacitações e induções de diálogos* na mudança de uma formação, com uma política estadual que atenda a esses movimentos de processos de trabalho, para o fortalecimento da atenção integral à saúde da mulher e da criança, no Estado.

Verificou-se que os sujeitos possuem a noção de necessidade de parceria com a mídia, para que esta se torne um veículo de possibilidade de educação em saúde e divulgação das políticas de saúde.

Santos (2006, p. 68) reconhece que a saúde ainda é preferencialmente tratada como ausência de doenças, as políticas públicas não ocupam o lugar de destaque que poderiam ocupar, e os instrumentos jornalísticos, para o aprofundamento conceitual sobre saúde, ainda são pouco veiculados.

Cavaca (2012, *et al.*, p. 12) admite que a disjunção entre os critérios valorativos da comunicação em saúde e os interesses jornalísticos [...] é real, uma vez que aquilo que interessa ao jornalismo é o extraordinário e o inusitado, ao passo que o relevante para a comunicação em saúde é o discurso preventivista e promotor de saúde, ordinários do dia a dia.

A comunicação em saúde é uma forma estratégica da política pública de levar a informação e a parceria da população para seus interesses. Diante disto, Santos (2006, p. 103-104) afirma que:

A comunicação estratégica representa uma forma de construir e estabelecer processos comunicativos de forma planejada, e não espontânea. De maneira geral, a necessidade de trabalhar a comunicação de forma estratégica, nas

sociedades, surgiu a partir da emergência e consolidação de um modo de vida moderno, da ampliação dos regimes políticos democráticos e com a necessidade, imposta a inúmeras instituições, de estabelecer uma atividade que cuidasse especificamente da relação dessas instituições com públicos a ela vinculados direta ou indiretamente.

Outro aspecto que levou à unanimidade entre os entrevistados foi que a mídia traz mais o lado negativo do SUS do que o positivo, fazendo com que a sociedade faça severas críticas ao sistema.

Verificou-se que os sujeitos desta pesquisa possuem essa noção de dificuldades no que tange à construção de uma visão correta do SUS, porque o que causa ibope é uma mídia que produz escândalos, a partir destes acontecimentos. Isto faz com que a população não veja a importância de defender o sistema, como uma *instituição* ou uma *organização* gestada por ela mesma, nem para ter uma condição de vida mais libertária e autônoma. Dessa perspectiva, é importante ressaltar a edição do Pacto pela Saúde em 2006, pelo MS, em suas três dimensões: Pacto de Gestão, Pacto Pela Vida e Pacto em Defesa do SUS, sendo este último entendido como estratégia e respectivas ações para a valorização do SUS pela sociedade e pelos profissionais de saúde (MS, 2006).

Assim, é possível afirmar que a relação com o comportamento social, tanto de grupos quanto de indivíduos, é o fortalecimento do saber como poder; isto também é instituição. Mas, quando falamos deste “saber”, “poder” que a mídia tem de evidenciar as questões, perguntamos: A mídia colabora por instituir qual SUS? Qual é o SUS que nós queremos? Sem uma real informação do que é um sistema que proporciona a todos uma condição de atenção, uma informação de forma consciente, sem estes entendimentos, sem a defesa destas pessoas, qual é o sentido desta instituição? Paim (2009, p. 148) descreve que foi uma conquista que precisa ser divulgada e reconhecida como vitória da sociedade. Assim, ele enfatiza que:

[...] o SUS é luta, conquista e esperança, haja vista que, para sua criação, uma multidão de militantes transformou uma proposta nascida na sociedade em parte de um sistema de proteção social, por meio do processo constituinte.

A contribuição de Baremlitt (2002), por outro lado, ajuda a compreender melhor o caráter das instituições, na medida em que argumenta que uma sociedade está ordenada por um conjunto aberto de instituições. Isto é,

Uma instituição é um sistema lógico de definições de uma realidade social e de comportamentos humanos que classifica e divide, atribuindo-lhes valores e decisões, algumas prescritas (indicadas), outras proscritas (proibidas), outras apenas permitidas e algumas, ainda, indiferentes (BAREMLITT, 2002, p. 78-79).

Já para as organizações e seus atores sociais [os jogadores], geralmente é muito mais fácil adaptar-se às *regras do jogo* [instituições] vigentes do que envidar esforços para modificá-las. Uma vez estabelecido um caminho de desenvolvimento, o processo de aprendizagem das organizações e a forma como os atores analisam historicamente suas ações atuam de forma a reforçar as decisões tomadas.

Assim, podemos questionar por que algumas políticas são construídas e não são colocadas em prática, mesmo tendo uma dimensão que proporcione uma garantia de qualidade de atenção concreta. Essas políticas construídas pelos gestores da saúde muitas vezes são anuladas pelas interferências dos modelos políticos em vigência e dos interesses envolvidos em questão, permitindo uma estagnação e até mesmo retrocessos gerenciais, conforme nosso gráfico 1 mostrou: de 2009 a 2011, não houve evolução dos indicadores para a diminuição de morte de crianças.

Desse modo, fica claro o entendimento de que não são só governantes e indivíduos que, isoladamente, têm força nas instituições, mas também grupos de interesse que influenciam as políticas públicas e o estabelecimento de regras formais e informais que regem essas instituições. Dentre os grupos de interesse, há os de especialistas de determinada área do saber, que têm papel determinante sobre as políticas públicas, podendo estas assumir diferentes nuances e formas, a depender do tipo de mudanças e propostas no conjunto de ideias que defendem os referenciais que orientam a abordagem

da realidade por esses especialistas, a natureza dos problemas abordados, a tomada de decisões e os instrumentos aplicados para sua solução. Vemos neste relato:

“A Rede Bem Nascer era para ser “a” política estadual, mas foi apenas um recorte de uma política construída com discussões concretas há dois anos, nominada AMAI, e a Rede Cegonha, uma política federal, chega atropelando os processos de trabalho. É preciso ter a vontade política para avançarmos” (entrevistado 2).

Na Análise Institucional, na linha da autogestão, faz-se referência a uma sociedade de condições de escolhas, de entendimento ao que quer para sua construção coletiva, em suas necessidades, mas não é o que vivenciamos. Baremblytt (2002, p. 16) traz o que o Institucionalismo tenta mostrar:

[...] em todas as épocas da história, mais particularmente na nossa, não existem necessidades básicas "naturais", não existem demandas "espontâneas", pois, em todas e em cada uma dessas organizações que acabamos de descrever, a noção das necessidades é produzida, assim como a demanda é modulada, [...] as comunidades que têm alguma noção vivencial acerca de suas necessidades a perdem, de modo que já não sabem mais do que precisam e não demandam o que "realmente" aspiram, mas acham que necessitam daquilo que os *experts* dizem que elas necessitam e acham que pedem o que querem e como querem, mas, na verdade, precisam, querem e pedem o que lhes inculcam que devem necessitar, desejar e solicitar. É, então, muito evidente que nossos coletivos estão, atualmente, nas mãos de um enorme exército de *experts* que acumulam o saber que lhes permite fazer com o que as pessoas achem que precisam e solicitem aquilo que os *experts* dizem que precisam e que os grupos e as classes dominantes lhes concedem.

Perante estes relatos, é importante perceber o papel da mídia na divulgação da saúde e do seu relacionamento com esta área: a mídia como papel da comunicação estratégica, e esta como ferramenta para a mobilização social.

Espera-se, assim, que esta discussão cumpra o papel a que se destina: o de contribuir para uma reflexão junto à mídia, junto à sociedade e junto aos serviços públicos de saúde.

7.4 OS DESAFIOS A SEREM ENFRENTADOS: UM RECORTE DE INTENÇÕES

Alguns desafios podem ser apontados para a política de saúde da mulher e da criança, e um deles é reconhecer que tais mortes se transformam em acontecimentos e são a *mola-mestra* de mobilização e de indignação de uma sociedade.

Coimbra (2001, p. 69) diz que um acontecimento pode ser importante para alguns segmentos sociais; entretanto, se não for apresentado pelos *mass media* como forma de atrair, ele não será notícia.

No entanto, apesar dos desafios da política estadual, todos os sujeitos entrevistados relataram que acreditam na melhoria dos indicadores de saúde e que a forma de perceber a condução política para a melhoria desses indicadores e acontecimentos seja o reconhecimento de causas multifatoriais e que, para isto, é preciso que todos se articulem em prol de uma melhor condição de vida. De acordo com o autor,

Nada impede, pois, ao institucionalista "devir" [...] Se isso está correto, boa parte dos pruridos, assim como os purismos e desviacionismos internos ao movimento instituinte, que acima descrevíamos, são passíveis de ser analisados, avaliados e resgatados para um fortalecimento geral do institucionalismo, que precisa cada vez mais de dispositivos fortes, amplos e numerosos (Baremlitt, 2002, p. 132).

Então, de acordo com o autor acima citado, o movimento instituinte é um dos grandes desafios, pois proporcionar a construção coletiva, reconhecendo a potência que cada um tem, é proporcionar ao institucionalismo um unir forças de todos os lados, para esta transformação e não só na melhoria de resultados, mas na condução de processos em coparticipação e corresponsabilização.

Outro desafio descrito pelos sujeitos é a institucionalização da avaliação como instrumento de averiguar se as políticas estão sendo efetivas ou não, pois há uma

ineficiência em alguns municípios no uso de recursos e de práticas adequadas para a assistência às crianças. Segundo eles, é preciso fazer o monitoramento das ações para que se propicie melhor atenção e resolutividade. Podemos entender nas falas que:

“Se faz capacitação, repasse de recurso, tem que ter monitoramento, tem que avaliar, pois o Ministério da Saúde e o Estado gastam milhões e não vemos tanta melhoria; isto é questão de gestão” (entrevistado 2).

“Temos que monitorar, senão não teremos condição de reconhecer as inadequações da assistência” (entrevistado 2).

“Sabemos qual é a primeira causa de morte; é neonatal, por pré-natal de baixa qualidade. Precisamos monitorar estas ações e avaliá-las” (entrevistado 3).

“Criança que passa por quatro profissionais de saúde, e não viram o seu problema, tem que avaliar o que está acontecendo. Que qualidade de assistência é esta” (entrevistado 4).

Hartz (2011) descreve que institucionalizar a avaliação tem o sentido de integrá-la em um sistema organizacional em que ela seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação, ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas.

Outro autor que também fortalece a importância de avaliar e monitorar é Contandriopoulos (2006), e, segundo ele, é um julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões.

Todos os entrevistados concordam que são necessários esforços diversos para uma melhoria desta atenção e a diminuição destes acontecimentos, mas é necessária a discussão da intersetorialidade, de toda a sociedade, de vários segmentos ou organizações. Deve haver também um entendimento maior de falar sobre saúde ou morte. A grande maioria depende de vários setores, como relatam:

“Temos que trabalhar as responsabilidades de todos” (entrevistado 1.)

“A APS pode trazer orientação em vários setores (entrevistado 2).

“A APS em alguns municípios é fantástica, levando esta conscientização e articulação a vários setores” (entrevistado 3).

“A discussão é multifatorial e tem que começar dentro da SESA, com os setores APS/Materno-Infantil/Violência/Planejamento, tem que ser interfaceada”. (entrevistado 4).

“Envolve muitos fatores e muitos setores; todos têm que estar envolvidos” (entrevistado 5).

Esta interface com todos os setores, sociedade e organizações é um dos grandes desafios em suas ações, que faz com que os gestores estaduais reflitam sobre uma condução que não seria apenas o entendimento do saber científico de doenças, com condições que possibilitem a todos os atores sociais construir suas corresponsabilidades, suas interfaces, para uma melhoria de vida das crianças.

Cem por cento dos entrevistados relatam que todas as matérias apresentadas pela hemeroteca com as oito mortes foram de extrema sensibilização e todas causam inquietação, porém as mortes por violência os deixam mais impotentes sobre as intervenções, já que necessitam de outros setores e da sociedade.

Eles relatam que nesses casos de violência, enquanto gestores de saúde, pouco podem intervir, pois não há uma única causa, e suas condições de intervenção direta nos acontecimentos sociais, a partir dos seus próprios saberes acadêmicos, não são suficientes, pois é uma questão de intersectorialidade. Isto se explica sob a ótica de poder, que, segundo FOUCAULT (1995, p. 108), pode ser tudo e qualquer coisa. Não são os recursos de poder que o definem. O poder não se constitui de coisas ou objetos. O que chamamos de recursos ou instrumentos de poder só dão lugar ao fenômeno do poder, quando são postos a serviço de uma autoridade suprema, para manter a ordem política.

Para a análise institucional, esta impossibilidade de poder sobre o potencial de conhecimento específico é descrito por Lourau (1993, p. 30) como o campo de intervenção, que, pelo método, consiste em criar um dispositivo de análise social coletivo, e este dispositivo permite analisar uma situação coletiva. Neste sentido, o socioanalista tem trabalhos a fazer que não são, necessariamente, os de interpretação. Alguns se utilizam dela, outros quase não a usam. Como em todas as linhas, há vários caminhos.

Então, podemos entender que para a AI, antes de ter já definidas as diretrizes para problemas tão complexos, é importante utilizar-se da intervenção com o coletivo, buscando juntos soluções para que todos se comprometam em melhorar e se responsabilizem em construir uma situação mais adequada a uma condição de vida digna, principalmente para nossas indefesas crianças.

Por unanimidade, os sujeitos reconhecem que precisam melhorar suas interlocuções com a sociedade e com uma mídia mais positiva, no intuito de ser um instrumento de educação e conscientização de uma sociedade.

Todos os entrevistados relatam que a relação existente entre as notícias sobre morte de crianças e Política de Saúde da Criança no Estado os faz refletir sobre a condução da criança. Esta inquietação pode ser explicada na AI.

A Análise Institucional constitui-se em autoanálise e autogestão, e podemos dizer que:

[...] devem submeter seu saber, suas glórias, seus métodos, suas técnicas, suas inserções sociais como profissionais a uma profunda crítica que os faça separar, dentro dessas teorias, métodos e técnicas, dentro dos organismos aos quais pertencem, o que é produto de sua origem, e que pertença ao bloco dominante das forças sociais e o que pode ser útil a uma auto-análise, a uma autogestão, da qual os segmentos dominados e explorados sejam protagonistas. Para poderem efetuar essa autocrítica, os experts não podem fazê-lo no seio de suas torres de marfim, não podem fazê-lo nas academias ou exclusivamente nos laboratórios experimentais. Eles têm que entrar em contato direto com esses coletivos que estão se auto-analisando e autogestionando para incorporar-se a essas

comunidades desde um estatuto diferente daquele que tinham. Esse estatuto deve resultar de uma crítica das posições, postos, hierarquias que eles têm dentro dos aparelhos acadêmicos ou jurídico-políticos do Estado [...] BAREMBLITT, (2002, p. 18).

Diante disto, pode-se inferir que a análise institucional, a partir de seus fundamentos de movimentos instituintes, busca fazer com que as pessoas possam reformular seu saber específico, permitindo, assim, que os *experts* organizem-se com a comunidade em seu conhecimento, em sua capacidade e em sua potência produtiva, plenamente integrados ao movimento de autoanálise e autogestão, construindo um aprender e um ensinar que na AI chamamos de *campo de intervenção*.

Lourau (1993, p. 29) nos explica que na AI a intervenção socioanalítica se caracteriza pela consideração de um campo de análise e um campo de intervenção que não se confundem. O nosso modelo de análise de grupo se funda na compreensão de alguma coisa que é invisível e terrivelmente presente no grupo, como um espectro, isto é, a instituição. Então ele completa dizendo que o método de intervenção consiste em criar um dispositivo de análise social coletiva.

Já foi descrito anteriormente que esse dispositivo consiste em analisar coletivamente uma situação e que os socioanalistas utilizam-se ou não da interpretação.

Importante reconhecer que os sujeitos estão sensíveis a esta forma de análise da situação em que estão implicados. Isto caracteriza um reconhecimento de situações a serem revistas e modificadas, de acordo com a necessidade. Isto caracteriza o movimento institucional — o instituinte.

7.5 MÍDIA E DIVULGAÇÃO EM SAÚDE: SENSACIONALISMO OU INFORMAÇÃO?

Os meios de comunicação de massa têm tudo para colaborar com a democratização – no seu sentido mais amplo —, colocando em análise a produção de subjetividades. Todos os profissionais têm que estar preocupados com isso, que é o que chamamos, em análise institucional, de análise de implicação. Trata-se de colocar em análise o que estamos produzindo. Neste contexto, é interessante refletir sobre o que estamos fazendo com nossas práticas e com as pessoas com as quais estamos lidando. Que implicações temos com isso?

Existe uma ideia de que a mídia estaria criando uma realidade evidente por si mesma, que segue suas próprias regras e independe de qualquer vínculo com as relações sociais. Pensando assim, temos que reconhecer nossa responsabilidade em uma veiculação que seja favorável à evolução da sociedade.

O que a Análise Institucional propõe é a criação de dispositivos para que o coletivo se reúna e discuta, descubra a maneira como esses efeitos antiprodutivos são a expressão, a consequência, tanto do não saber das contradições da estrutura e da função do sistema como de um desvio das forças críticas e revolucionárias. Trata-se de criar condições para que possam, dessa maneira, correlacionar esses analisadores com suas causas e dar conta delas — de forma a adquirir consciência de que não vão poder solucionar esses fenômenos sem uma ampla reflexão da estrutura e do processo produtivo em si mesmos.

Pode-se perceber nas falas dos entrevistados como isto aflora enquanto preocupação. Uma mídia com um papel cada vez mais informacional, mas pergunta-se: Como essas informações estão sendo repassadas para a sociedade e qual o caráter dessas informações? Não se pode dizer se isso é bom ou ruim, mas a AI busca refletir sobre o que podemos fazer diante disso. Não se pode ignorar esta realidade, este grande veículo, mas, diante dela, o que fazer? Vejamos os relatos:

“Temos que trabalhar as responsabilidades de todos perante a mídia” (entrevistado 1).

“Não podemos sair da responsabilidade de mostrar os caminhos” (entrevistado 1).

“Estou propondo aos residentes do jornalismo envolverem a mídia em conceitos de saúde e da política de saúde, para que eles tenham o conhecimento das ações, para uma boa informação (entrevistado 3).

Esta forma de agir denomina os institucionalistas, segundo Baremblytt (2002, p. 68):

[...] logística é o balanço que fazem de todas as forças, habilidades, elementos, recursos etc. de que se dispõe ao começar uma intervenção; quer dizer, com que se pode contar a favor e contra para poder levar o trabalho adiante com um mínimo de possibilidades de realização. Outra forma também já descrita é a estratégia, que sistematiza os grandes objetivos a serem conseguidos (cuja máxima expressão é a auto-análise e autogestão do coletivo intervindo), assim como a progressão das manobras, dos espaços e territórios que se colocarão nas alternativas, nos avanços, nos retrocessos etc. E por último, nesta tentativa de intervenção, as técnicas, que são pequenos segmentos nos quais se decompõe a estratégia [...].

Quando se pensa a mídia como sensacionalismo ou informação, precisaríamos recordar que, em meados da década de 80, começou um momento notável, a “comunicação em saúde” e o que se poderia rotular indistintamente como “saúde na mídia”. Cada um desses dois campos de processos, práticas, pesquisas e diretrizes possui *ethos* próprio, que implica lugares de fala, público, objeto e finalidade específica. Segundo Santos (2006, p. 45) [grifo do autor], a comunicação em saúde é institucional e diz respeito às diretrizes de comunicação pública a partir do Estado e de suas políticas e instrumentos. A comunicação em saúde tem, portanto, um lugar de fala muito preciso e alguns importantes instrumentos, pelos quais é capaz de induzir muita reflexão, mas alcança pouca repercussão e abrangência. Já a “saúde na mídia” refere-se aos modos pelos quais o conceito de saúde é apropriado, veiculado, “mediado” e posto em circulação pelas várias mídias de massa em nosso país.

Então, nesse cenário, entendemos “mídia” como uma tecnologia de informação e comunicação na conformação de uma nova forma de consciência social baseada na não linearidade.

Para finalizarmos nossas reflexões, vem à mente uma pergunta: A política de saúde para a criança no Estado teve mesmo o apoio dito pela gestão passada e tem o apoio da atual?

Depois de uma história cruel vivida pelo Estado, alguns anos atrás, e pela “esperança” lançada nos últimos oito anos, tendo demonstrado um crescimento financeiro do Estado, pergunta-se: Por que os indicadores de saúde não melhoraram na mesma velocidade da evolução econômica?

Pode-se entender uma apatia política devido à situação vexatória encontrada nas gestões de 1995 e de 1999. Já na gestão de 2003 a 2010, houve uma visível condição positiva da dimensão socioeconômica, no Estado, sendo posicionado em um ranking confortável, do grau de bem-estar da sociedade e de acesso da população a bens materiais e culturais, isto em consonância com a política nacional.

Diante disto, busca-se uma reflexão, a partir da evolução do desenvolvimento histórico, político, econômico, social e tecnológico da sociedade capixaba, com a promessa de reestruturação dos processos de trabalho, com “autonomia” de seus profissionais e da sociedade. Entretanto, não vimos um investimento efetivo em ações reais, concretas nos locais e setores mais impactantes, causadores de morte de criança. Podemos dizer, sobre os diagnósticos feitos para elaboração dos planos de saúde, que os estabelecimentos que não poderiam estar funcionando pela precariedade de condições, físicas ou de processos de trabalho equivocados, ainda faziam parte da rede de serviços de saúde como pontos de atenção à população, no caso em questão, para atendimentos ao nascimento, portanto para mães e seus bebês.

Neste sentido, a mídia vem fazendo um trabalho de denúncia às condições extremas e absurdas, onde os desmandos políticos favorecem situações que colocam em risco a vida de nossas crianças, pelo descaso de uma assistência verdadeiramente eficaz e resolutiva, levando a uma desatenção e gerando, assim, uma legião de meninas e meninos perdidos — sem atenção devida —, por políticas públicas que não se consolidam.

Os gestores estaduais do programa, em suas responsabilidades magnânimas, buscam reconhecer os pontos de maiores problemas e gravidades, atuando neles e lutando, muitas vezes, de forma pessoal, em suas implicações, pelos ditos da política e os não ditos, que levam *estas políticas, não consolidadas* — a uma apatia de ações.

Neste sentido, os sujeitos da pesquisa sabem que precisam atuar mais fortemente nos pontos críticos destes acontecimentos, como percebemos nas falas:

“São os municípios com mortalidade alta que nós temos que focar mais” (entrevistado 2).

“Temos um dever de casa: reconhecer a importância de trabalhar a matriz de risco, os municípios de risco, com intervenções prioritárias, a exemplo dos municípios do Norte; tem que trabalhar pontualmente” (entrevistado 3).

“Ainda estamos em uma conjuntura arcaica; o SUS é excelente, mas na execução há falhas, falta funcionamento efetivo, não conseguimos melhorar os indicadores sozinhos”(entrevistado 3).

A partir destes relatos, pode-se ver que os entrevistados reconhecem onde estão os pontos frenéticos a serem trabalhados, mas é preciso ter a possibilidade da autonomia, ver sua força na micropolítica do cenário onde atua. Isto traz à cena as tensões de autonomia e controle. A análise se faz no entendimento de que é na efetiva reestruturação produtiva em saúde, com modelos assistenciais mais humanizados, que se pode lutar contra um mercado regido pela acumulação do capital e os seus consumidores.

Desta forma, pode-se concluir que, diante de todas estas indagações e reflexões, a população capixaba goza atualmente de melhores condições de vida do que nos anos anteriores. Contudo, mesmo tendo sido constatada uma posição altamente vantajosa da população, deve ser ressaltada a existência de diferenças entre a condição socioeconômica e os indicadores de saúde, que apontam na direção da necessidade de construção de uma política de saúde de fato, voltada para a saúde de nossas crianças e responsavelmente consolidada.

A população precisa conhecer seu poder e potencial, mediante notícias veiculadas na mídia como instrumento de informação, para articulações com os setores públicos e melhoria de condição de vida.

8 RESTITUINDO O ESTUDO COM A EQUIPE DA COORDENAÇÃO DO PROGRAMA ESTADUAL DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

[...]

Nada senão o correr da luta

Nada a fazer senão esquecer o medo

(Sá; Magrão)

A análise institucional tem uma vertente de responsabilidade que se implica dentro da pesquisa, onde se fazem reflexões e se busca construir uma devolução compartilhada aos sujeitos do trabalho, para autenticidade desta discussão e reflexões.

Lourau (1993, p. 55) considera que a restituição concreta “compreende uma restituição pessoal, implicada e posta dentro da pesquisa como um procedimento real do ato de pesquisar”. Dessa forma, a restituição faz parte do procedimento científico, tratando-se da discussão das produções da pesquisa junto com os interessados, de modo a possibilitar a sua interferência direta neste processo.

Segundo Lourau (1993, p. 55), concreto não significa apenas enviar, um ano mais tarde, um artigo, um livro publicado à população participante da pesquisa; concreto compreende uma restituição pessoal, implicada e posta, dentro da pesquisa, como um procedimento real e necessário do ato de pesquisar (intervir). Enviar o artigo apenas é muito fácil. Ainda mais quando muitas dessas populações pesquisadas são analfabetas. Como única "restituição", não entendo o que podem fazer com esses "inteligentes" textos, a não ser que os possam usar bem pouco convencionalmente, de uma forma não muito adequada.

Em nosso estudo, após a elaboração do relatório final, foi repassado, através de uma assembleia¹⁷, os dados desta pesquisa para os gestores estaduais do Programa Saúde da Mulher e da Criança, numa restituição concreta.

A restituição do material deste estudo aconteceu no dia 25 de janeiro de 2013, na sala do Programa Saúde da Mulher e da Criança, na Secretaria de Estado da Saúde. Compareceram ao encontro três gestores estaduais, os quais participaram do estudo como sujeitos, pois dois estavam de férias.

Baptistini (2012, p. 36), ao vivenciar em seu estudo tal restituição, considerou-a como um modo de possibilitar aos sujeitos o acesso e a interferência direta neste processo.

Os dados da pesquisa foram repassados aos gestores do programa, através de uma apresentação de slides contendo todas as informações referentes ao estudo, tais como os objetivos, a metodologia, os resultados e as falas dos sujeitos do estudo. Durante a assembleia, os gestores tiveram total liberdade para intervir e expressar suas opiniões.

Todos reconheceram a importância da restituição, pois tornou-se uma devolutiva que traz o refletir com mais atenção ao que foi discutido no dia do grupo focal.

As informações repassadas foram bem aceitas pelos sujeitos, sendo que uma fala despertou nos sujeitos um esclarecimento sobre o que de fato representa esta nova etapa da política do Estado, que pauta a Rede Bem Nascer.

Um dos entrevistados valorizou uma das falas que fazem parte do estudo, enfatizando que a Rede Bem Nascer é parte integrante da Política Estadual de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança e é um projeto coincidente e complementar ao projeto federal da Rede Cegonha, proporcionando um projeto sinérgico e não apenas uma parte de uma política anterior, mas a continuidade desta.

¹⁷ Significa onde todas as pessoas envolvidas no processo de intervenção possam estar presentes, em um único lugar (LOURAU, 1993, p. 30).

A restituição não é um ato caridoso, gentil; é uma atividade intrínseca à pesquisa, um diálogo tão importante quanto os dados contidos em artigos de revistas e livros científicos ou especializados. Ela nos faz considerar a pesquisa para além dos limites de sua redação final; ou melhor, de sua transformação em mercadoria cultural para servir unicamente ao pesquisador e à academia. A pesquisa, para nós, continua após a redação final do texto, podendo até mesmo ser interminável. Se a população estudada recebe essa restituição, pode se apropriar de uma parte do status do pesquisador, tornar-se uma espécie de "pesquisador coletivo", sem a necessidade de diplomas ou anos de estudos superiores, e produzir novas restituições, tanto ao agora talvez ex-pesquisador quanto ao presente social mais imediato ou global. Isso seria, efetivamente, a socialização da pesquisa (LOURAU, 1993).

9 CONSIDERAÇÕES COMPARTILHADAS

[...]

O que me faz sentir

Eu, caçador(a) de mim

(Sà; Magrão)

Estas considerações são compartilhadas, pois, como Barembritt (2002) descreve, busca-se a potência no coletivo dos sujeitos da pesquisa e da pesquisadora, todos envolvidos em uma intervenção consciente e efetiva. Além da pesquisadora e dos sujeitos, muitos outros também participaram do processo de criação deste estudo.

Depois de muitas reflexões, e sem a pretensão de apresentar algum juízo de valor, à guiza de encerrar este relatório, achei por bem discorrer sobre a travessia que significou a feitura deste estudo e os acontecimentos ocorridos durante a sua realização, sob os refletores do referencial teórico adotado. Nesta pesquisa, lendo e relendo o referencial teórico de Lourau, pude melhorar minha postura na qualidade de ouvir, de perceber, de não julgar, e sim de discutir para construir. De fato, este estudo afetou-me.

Esta pesquisa teve como analisadores o estudo de mortes de crianças menores de cinco anos, relatadas na mídia, por todo o estado do Espírito Santo. Juntamente com os técnicos que compõem a equipe da Coordenação do Programa Estadual de Saúde da Mulher e da Criança e usando tais analisadores como dispositivos, tive como poder refletir os impactos que estas notícias causam à sociedade e à política de saúde.

Coloquei também em revista acontecimentos políticos recentes de nossa história e a sua repercussão, neste estudo, no campo da saúde. No histórico do Espírito Santo, nestes dezoito anos passados, houve acontecimentos que trouxeram consequências

graves, como questões econômicas, sociais, morais e éticas, tentando ser resgatadas na última gestão e na atual, trazendo uma apatia de gestão.

O Estado teve uma elevação em seu potencial de gestão, proporcionando, assim, uma possibilidade de reação aos indicadores de mortalidade de crianças, que, neste estudo, foram até os cinco anos de idade. Porém, o que vemos ainda é tímido perante a grandeza de condições que se apresentaram, sendo relatadas na mídia, como um termômetro do cotidiano da sociedade. De abordagem qualitativa, nos preceitos de Lourau e Baremlitt e com base em um diálogo com os sujeitos, gestores estaduais do Programa Saúde da Mulher e da Criança, utilizando método de grupo focal, em seção única, buscou-se, inicialmente, caracterizar estes sujeitos, anteriormente descritos, para se observar a potência de seus diálogos e suas práticas.

Pode-se observar que, em relação ao impacto das notícias, todos reconheceram que ficaram sensibilizados com as oito matérias sobre as mortes das crianças. Relataram que quatro delas eram de condições de cuidado inerentes ao setor saúde e, portanto, de maior possibilidade de intervenção setorial. Entretanto, as outras quatro notícias eram inerentes à questão de violência, diante das quais tiveram um sentimento de impotência, pois o setor saúde, em sua característica de atuação imediatista — para dar respostas à sociedade —, tendo que depender de outros setores para tal intervenção, torna-se mais impotente no resultado de suas ações. Isso configura o conviver com o trabalho de intersetorialidade no dia a dia.

Na Análise Institucional, a intervenção é feita no coletivo, tendo a potência da manutenção no entendimento de que vários seriam responsáveis pela condução de processos.

Os sujeitos que participaram deste estudo relataram que, mesmo a pesquisa tendo utilizado um dispositivo de idade menor que cinco anos, a atuação para evitar que esses eventos aconteçam independentemente de serem crianças menores de um ano

ou de cinco anos de idade, necessita de grandes intervenções, de grandes mobilizações.

Eles reconhecem que a mídia tem o poder de grande sensibilização, pois traz o rosto de um ser, de famílias sofridas, de uma causa que precisa ser investigada e de intervenção, em relação aos dados oficialmente trabalhados, que são os do sistema de informação, aqui dito em números, que não permite reconhecer, no momento da análise, com que grau de sofrimento ocorreu tal fato. Mas isso não quer dizer que não haja sensibilidade para entender a magnitude do evento.

Mesmo reconhecendo que “o ser humano se atrai por notícias dramáticas”, eles discutiram e reconheceram que é necessária uma aproximação com a comunicação de massa, como veículo para levar informação, já que é um espaço de diálogo, de corresponsabilidade, de conhecimento do cuidado social e do autocuidado e de parcerias para a construção de melhorias da política, a partir do poder que esse espaço “democrático” traz.

A restituição proporcionou aos sujeitos considerarem que o dispositivo desta pesquisa trouxe um contexto de atualidade e que o apelo midiático com um tema palpitante, morte de crianças, fez com que pudessem refletir sobre o papel técnico e apresentar ao seu entorno um contexto de corresponsabilidade para adoção de uma política e práticas que contribuam para um horizonte desejável.

Que essas situações sejam um aprendizado e não vistas apenas como morte numérica, mas que possam ser levadas para uma discussão em que o trabalho não fique resumido apenas a equipes do setor saúde; que transpasse os muros da saúde, com possibilidades de capilaridade em todos os setores da sociedade, propiciando, assim, condição de todos adotarem atitudes que vislumbrem maior eficiência para evitar esses fatos.

Em tempos de discussão das micropolíticas, de autonomias de gestão, é possível observar que ainda existe a necessidade de se concretizar a força dos sujeitos,

reconhecer suas potências, em seus espaços institucionais, para a concretude de movimentos instituintes. Percebe-se ainda o chamado atravessamento das políticas superiores e que ainda não se permite ao instituinte a chamada transversalidade, pois teria a dimensão da vida social e organizacional, não se reduzindo à ordem hierárquica da verticalidade, nem à ordem informal da horizontalidade, mas um diálogo de construção de co-responsabilidades

Assim, os entrevistados foram afetados pela discussão sobre a importância de reconhecerem que a mídia também traz contribuições, não somente sensacionalistas, mas de fatos que necessitam de atenção, tendo suas linhas de fuga. Os sujeitos da pesquisa, logo após o grupo focal, reuniram-se para discutir a importância de ter a seu lado a comunicação de massa, como parceira, em um papel de informação e de transformação do modo de vida.

Então, podemos reconhecer esses momentos de transformações institucionais, essas forças que buscam transformar as instituições, nossos movimentos instituintes, que, por sua vez, serão transformados no instituído.

Diante do exposto, a pretensão do estudo era buscar na análise institucional uma discussão com os gestores estaduais do Programa Saúde da Mulher e da Criança, a partir do dispositivo analisador natural, com foco, a mídia, sobre notícias de morte de crianças menores de cinco, com o intuito de afetá-los para a percepção de uma forma de condução política, com processos autogestivos e autoanalíticos, para deflagrar, na instituição ou na organização, intervenção e a condição de poder analisar também os seus próprios conflitos, em um processo coletivo.

10 REFERÊNCIAS

ALSINA, M. R.. **La construcción de la noticia**. Barcelona: Paidós, 1989.

ANDRADE, S. M. de A. et al. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina/Rio de Janeiro: UEL/ABRASCO, 2001.

ARENDT, H. **A condição humana**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1993.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro. LTC, 2ª ed., 1981.

BAREMBLITT, G. F. Apresentação do movimento institucionalista. In: LANCETTI, A. et al. **Saúde Loucura 1**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 114.

_____, **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1992.

_____, **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 4 ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 1998.

_____, **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5 ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BARRIE. J. M. **Theatre website at**. Disponível em: <www.gallerytheatre.com>, 2010
Acesso em 02 nov 2012.

BAPTISTINI, R. A. O desafio de ser agente comunitário de saúde rural no município de Jerônimo Monteiro – ES: um estudo na perspectiva da análise institucional. 2012.[**dissertação**]. Vitória: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2012.

BIRCHLER, C. M. Estratégia saúde da família e interações por condições sensíveis a atenção ambulatorial: relação produzida no campo da prática profissional. [dissertação]. 2007. Vitória, 2007.

BONALDI, C. M. Discutindo saúde: uma experiência no sindicato dos trabalhadores em educação pública do estado do Espírito Santo (SINDIUPES). [dissertação] **2004**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Portaria N° 1886 de 18 de dezembro de 1997. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1997.

_____. _____. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2ªed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Recursos Humanos**. Portaria nº1262/GM, de 15 de outubro de 1999. Brasília, 1999.

_____. _____. **Norma operacional da assistência à saúde**. NOAS-SUS01/2001. Brasília, DF:Ministério da Saúde, 2001.

_____. _____. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Cadernos de Atenção Básica**, n.11, série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

_____. _____. **Normas para pesquisas envolvendo seres humanos**: Res. CNS no. 196/96. Brasília: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, 2003. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/norma_pesq_serres_hum.pdf. Acesso: 9 out. 2012.

_____. _____. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

_____. _____. Portaria MS/GM nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.portal.saude.gov.br>>. Acesso em: 9 out. 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Acesso em 10 out. 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/decreto/d6286.html.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde(SVS). Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, DF. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação do Brasil, 2009**.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde(SVS). Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, DF. **Saúde Brasil 2009: Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal, 2009a**.

_____. **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, Série E. 2012.

CAÇADOR, Sávio Bertochi; GRASSI, Robson Antonio. **A evolução recente da economia do Espírito Santo: um estado desenvolvido e periférico?**. Acesso em 15 jan 2013. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/encontro2009/inscricao.on/arquivos/000-acbb55edea8d55d858feb624d6b49f0d.pdf>.

CARDOSO, L. **Impacto Ambiental veta Baosteel em Anchieta**. Disponível em: <www.gazetaonline.com.br>, acesso em 27 de novembro de 2008a. Acesso em 13 de Janeiro de 2013.

_____, **Samarco paralisa usinas em Ubu e coloca 700 funcionários de férias coletivas**. Disponível em: <www.gazetaonline.com.br>, acesso em 21 de novembro de 2008b. Acesso em 13 jan. 2013.

_____, **Vale vai gerar três mil empregados no ES até 2012**. Acesso em 13 jan. 2013. Disponível em: <www.gazetaonline.com.br>, acesso em 7 de agosto de 2008.

CARVALHO MB, Bicudo Pereira IMT. O jornal e a educação em saúde bucal. **Rev. Bras. Saúde Esc** 1994; 3(1-4):39-43.

CASER, M. C. O pacto dos indicadores da atenção básica: contando experiências e buscando novas possibilidades na construção do SUS – o caso Vitória-ES. 2006. **[Dissertação]**. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2006.

CAVACA, A. G. Análise das matérias de saúde bucal veiculadas na mídia impressa no Espírito Santo, nos anos de 2004 a 2009. 2011. **[Dissertação]**. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2011.

CAVACA, A. G; GENTILLI. V; ZANDONADI. E; JÚNIOR.M.C; EMMERICH. A. A saúde bucal na mídia impressa: análise das matérias jornalísticas nos anos de 2004-2009, **Revista Temas Livre**, RJ, 2011.

CAVACA, A. G ; GENTILLI, V; ZANDONADI, E; MARCOLINO, E. M; EMMERICH, A. As Representações da saúde bucal na mídia impressa. **Interface: Comunicação e Educação**, Botucatu, SP, 2012.

CHARLTON, J. R. H.; SILVER, R.; HARTLEY, R. M.; HOLLAND, W. W. Geographical Variation in Mortality from Conditions Amenable to Medical Intervention in England and Wales. **The Lancet**, v. 26, p. 691-696, 1983.

COIMBRA, C. M. B. **Operação Rio**: o mito das classes perigosas. Rio de Janeiro: Oficina do Autor/Intertexto, 2001.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**: relatório final. CNDSS, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Cienc S Colet**, vol.11(3):705-712,2006.

COSTA, N. R.. **Políticas públicas, justiça distributiva e inovação**: saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1995.

COTES, F. (1726-1770) Selina Chambers. Pastel, 55 cm x 45 cm, Assinado e datado. 1764. Acervo de Osterley Park, Middlesex. In: **Obras primas da pintura inglesa**. Lisboa/São Paulo: Verbo, 1978.

DEBORD, G. **A sociedade do espetáculo**: comentários sobre a sociedade do espetáculo. Rio de Janeiro. Contraponto, 1997.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro, Editora 34, 1992.

DEL PRIORE, M. **A história da criança no Brasil**. (Org.) 2ª ed. Contexto. São Paulo. 2000.

DUSSAULT G. **A gestão dos serviços públicos de saúde**: características e exigências. Revista Administração Pública, Rio de Janeiro. 1992; 2(2):8-19.

EMMERICH, A. et al. **A saúde bucal na mídia impressa**: análise das matérias jornalísticas nos anos de 2004-2009. Ciênc. Saúde Coletiva, vol.17, nº.5, Rio de Janeiro. Mai. 2012, p. 4.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado da Saúde. Gerência Planejamento de Desenvolvimento Institucional-GEPDI/Núcleo Especial de Análise de Tendência em Saúde, Vitória, 2002.

_____. _____. Gerência Planejamento de Desenvolvimento Institucional-GEPDI/Núcleo Especial de Análise de Tendência em Saúde/**Caderno PRÓ-VIDA**, Vitória, 2004, p. 4.

_____. _____. Gerência Planejamento de Desenvolvimento Institucional-GEPDI/Núcleo Especial de Análise de Tendência em Saúde/SIM, Vitória, 2008.

_____. _____. Gerência Planejamento de Desenvolvimento Institucional-GEPDI/Núcleo Especial de Análise de Tendência em Saúde. **Pacto pela Saúde – 2010**. Vitória, 2010.

_____. _____. Gerência Planejamento de Desenvolvimento Institucional-GEPDI/Núcleo Especial de Análise de Tendência em Saúde/SIM, Vitória, 2010a.

_____. _____. Gerência Planejamento de Desenvolvimento Institucional- GEPDI/Núcleo Especial de Análise de Tendência em Saúde /SINASC, Vitória, 2010b.

_____. _____. Gerência Planejamento de Desenvolvimento Institucional- GEPDI/Núcleo Especial de Análise de Tendência em Saúde/**PDR**, Vitória, 2011.

_____. Ministério Público do Estado do Espírito Santo. Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude (CAIJ). **Estatuto da criança e do adolescente & legislação congênere**. Vitória, 2011.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência Planejamento de Desenvolvimento Institucional-GEPDI/Núcleo Especial de Informação, Vitória, 2012.

FERNANDES, E. **O Governo de Vitor Buaiz (1995-1998)**. Just another WordPress.com.site. Disponível em: <http://labtestufes.wordpress.com/2011/06/13/o-governo-de-vitor-buaiz-1995-1998>. Acesso em 15 jan 2013.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciênc S Colet** vol.15 n^o.2. Rio de Janeiro-Mar, 2010, p. 8.

FRANÇA-JÚNIOR I; AYRES, J.R.C.M. Saúde pública e direitos humanos. In: Fortes PAC, Zoboli ELCP, organizadores. **Bioética e Saúde Pública**. São Paulo (SP): Edições Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2003. p.63-69.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social in: **Microfísica do Poder**: Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____, M. História da Sexualidade I: **A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. Teoria do poder. Tempo Social; **Rev. Sociol. USP**, S. Paulo, 7(1-2): 105-110, 1995.

_____. M.. **A verdade e as formas jurídicas** / Michel Foucault, (tradução Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais, supervisão final do texto Léa Porto de Abreu Novaes... et al. J. – Rio de Janeiro : Nau Ed., 1999.

_____. M. **Microfísica do poder**. 23 edição. São Paulo: Graal, 2007.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.B.; GASKELL, G. (Orgs). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som** – um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

GUATTARI, F. **Psicanálise e transversalidade**. Ed. Siglo XXI, México, 1995.

_____, F.; ROLNIK, S. **Micropolíticas: cartografia do desejo**. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2007, p. 382.

HALL, S. et al. A produção social das notícias: o mugging nos medias. In: TRAQUINA, Nelson. **Jornalismo: questão, teorias e estórias**. Lisboa: Veja, 1993.

HALL, P. A. e TAYLOR, R. C. R. **As três versões do neo-institucionalismo**. Maryland University. 1996. Tradução de Gabriel Cohn. Lua Nova. n. 58. 2003.

HARTZ, Z. M. A; CONTANDRIOPOULOS, A-P; BROUSSELLE, A; CHAMPAGNE, F. **A avaliação: conceitos e métodos**, Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. 2010: IBGE - **Censos demográficos**. : IBGE - Contagem Populacional. 2010: IBGE - Estimativas preliminares para o ano intercensitário do total populacional. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popces.def>> Acesso em: 20 agosto 2012.

KRAMER, S. **A política do pré-escolar no Brasil: a arte do disfarce**. 7ªed. Rio de Janeiro: Achiamé, 2003.

KRAMER, S.. Pensando a infância: um encontro com Walter Benjamin. In: KRAMER, S.; LEITE, M. I.. **Infância: fios e desafios da pesquisa** (Orgs). 8 ed. Campinas: Papirus, 2005.

L'ABBATE, S. A Análise Institucional e Educação em Saúde: um diálogo produtivo. **Boletim do Instituto de Saúde**, nº 34, dezembro de 2004.

_____, S. **A relevância da implicação na análise institucional e na socioanálise: implicação e sobreimplicação**. Palestra ministrada, Salvador-BA, 2007.

LEAL, M. C.; SZWARCOWALD, C. L. Evolução da mortalidade neonatal no Estado do Rio de Janeiro, Brasil (1979-1993): análise por causa segundo grupo de idade e região de residência. **Cad. Saúde Pública**, v. 12, n. 2, p. 243-252, 1996.

LEFÉVRE, F. A saúde como fato coletivo. **Saúde & Sociedade**. V. 8, N.2, P. 83-91, 1999.

LIMA, R. C. D. SUS e as teias de diálogos (im)pertinentes para transformar a formação dos trabalhadores de saúde com vistas à humanização das práticas. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. vol.13 supl.1 Botucatu, 2009, p. 2.

LOURAU, R. **A Análise institucional**, Petrópolis/RJ: Vozes, 1975.

_____, R. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

_____, R. **A Análise institucional**. 2ª ed, Petrópolis: Vozes, 1995.

_____, R. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org.) René Lourau. **Analista institucional em tempo integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004a. p. 186-198.

_____, R. Objeto e método da análise institucional. In: ALTOÉ, S. (Org.) René Lourau. **Analista institucional em tempo integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004b. p. 66-86.

_____, R. Implicação: um novo paradigma. In: ALTOÉ, S. (Org.) René Lourau. **Analista institucional em tempo integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004c. p. 246-258.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc S Colet**, v. 2, n. 2, p. 335-42, 2007.

MARCÍLIO, M. L.. **História social da criança abandonada**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001, p. 42.

MEDEIROS, H. R. F. **Cuidando da criança, trabalhando pela pátria: puericultura e políticas públicas na assistência à saúde infantil no Brasil (1930-1945)**. 2010. [Dissertação]; Niterói. Universidade Federal Fluminense, 2010.

MEDINA, M. G. **Análise do pacto pela vida – 2008**. MS/Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2009.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: OPAS, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal Revista de Psicologia**. 2008 Jan./Jun, p. 21.

NORTH, D.; DENZAU, A. T. **Shared Mental Models: Ideologies and Institutions.** *Kyklos*, v. 47, n. 1, p. 3-31. 1994.

OLIVEIRA, J. T. **História do estado do Espírito Santo.** Arquivo Público do Estado do Espírito Santo: Secretaria de Estado da Cultura, VI 8, Coleção Canaã, Vitória, 2008.

OLIVEIRA, R.A. **Rua: a arte que ninguém vê.** São Paulo: SESC Santo Amaro, 2005.

Organização Mundial de Saúde – OMS, Alma-Ata, 1978. **Cuidados primários em saúde.** Genebra, 1978.

Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Melhorando a saúde das crianças. **ICPCD: o enfoque integrado.** Brasília (DF): OPAS/ICPCD; 2000.

PAIM, J.S. e FILHO, N.A. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva.** Ed. Casa da Qualidade, 2000, p. 59.

_____, J.. S. **O que é SUS.** Editora Fiocruz, (Coleção Temas em Saúde); Rio de Janeiro, 2009. P.148.

PEREIRA, W. C. C. Movimento institucionalista – principais escolas. In: PEREIRA, W. C. C. (Org.). **Análise institucional na vida religiosa consagrada.** Belo Horizonte: O Lutador, 2005. p. 59-90.

_____, W. C. C. Movimento institucionalista: principais abordagens. **Estudos e pesquisas em Psicologia**, UERJ. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, 2007.

PIRES, R. R. C. **Orçamento participativo e planejamento municipal: uma análise neoinstitucional a partir do caso da Prefeitura de Belo Horizonte.** 2001. Monografia (Especialização). Curso superior de Administração Pública, Escola de Governo – Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2001.

PORTO, M. A importância do contraditório no conteúdo da mídia. In: ANDI. **Que país é este?** São Paulo: Cortez, 2003. p. 155-156.

POTON, W. L. **Devir-Flor**: a mulher buscando superar a depressão. 2010 [dissertação] 2010. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2010.

RIPSA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil 2002**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde/Ministério da Saúde, 1ª ed., 2002.

RUBENS. A sagrada família. Painel, 139 cm x 108 cm, 1617, aproximadamente. Coleção Wallace, Londres. In: RAWLEY, Thomas. **Obras primas de Rubens**. Lisboa/São Paulo:Editorial Verbo, 1978.

SANTOS, T.M.R.; CASTRO,K.C.; CASTRO,K.R. **Aleitamento materno até o sexto mês**. [monografia]. 1996. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 1996.

SANTOS, A. **Caderno Mídia e Saúde Pública**. (org). – Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/FUNED, 2006, p. 43.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SIQUEIRA, M. P. **Regulação assistencial e integralidade na assistência à saúde em Vitória-ES, sob a perspectiva da análise institucional**. 2010 [Dissertação]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2010.

SOUSA, C. P. de. Saúde, educação e trabalho de crianças e jovens: a política social de Getúlio Vargas. In: **Capanema** : o ministro e seu ministério / Organizadora Ângela de Castro Gomes. – Rio de Janeiro : Editora FGV, 2000.

STARFIEL, B.. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

THELEN, K.; STEINMO, S. **Structuring Politics**: Historical Institutionalism in Comparative Analysis. New York, Cambridge: Cambridge University Press. 1992.

TITO, A.; SANTANA, J.C.; TARCISO, J.A Trajetória dos Meios de Comunicação Capixabas. IN: MARTINUZZO, J.A. (Org.) **Quase 20**. Vitória: DIO, 2008.cap.2, p. 37-54.

TRAQUINA, N. **Teorias do jornalismo**: porque as notícias são como são. Florianópolis: Insular, 2004.

TOMAZELLI, R. Dez anos depois da crise. **Jornal A Gazeta**.2011. Acesso em 15 jan 2013. Disponível em: http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2011/07/noticias/a_gazeta/politica/900527-dez-anos-depois-da-crise.html.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TYRREL M.A.R.B. Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto social e inserção da enfermagem. **Rev Bras Enfermagem** 1997;1(1):119-34.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Levels & Trends in Child Mortality**: report 2010. UNICEF, 2010.

VACONCELOS. C, M; PASCHE. D, F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo HUCITEC; RJ Ed. FIOCRUZ, 2006. p. 531-562.

WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Obtida em 13 de janeiro de 2013. "http://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Paulo_Hartung&oldid=33327942"

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2006**: Health Systems, Improving Performance. Geneva, WHO, 2006.

ZANDONADI, F. **Ferrous investe R\$ 2,7 bi na construção de porto e usinas em Presidente Kennedy**. Disponível em:< www.gazetaonline.com.br>. Acesso em 15 jan 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA DO GRUPO FOCAL

N.º de Identificação do entrevistado:

1) Dados de caracterização dos entrevistados:

a) Idade: _____ b) Sexo: _____

c) Formação básica (especificar): _____

d) Pós-graduação Lato Sensu: Sim. (Especificar): _____
 Não.

e) Pós-graduação Stricto Sensu: Sim. (Especificar): _____
 Não.

f) Vínculo Institucional na época em que ocupou o cargo: Estatutário
 Em Comissão
 Outros _____

g) Cargo: Gestor Gerente

h) Tempo de atuação como Gestor/Gerente (em anos e meses): _____

2) Questões abertas:

- A) Das matérias veiculadas pela mídia e aqui apresentadas neste painel reprográfico, qual delas mais te sensibilizou, no sentido de causar inquietação?
- B) Que relação existe, na sua opinião, entre estas notícias e a Política de Saúde da Criança no Estado?
- C) De que forma tais mortes poderiam ser evitáveis? Como gestores ou gerentes, que dispositivos poderiam ser utilizados?
- D) No tocante a mídia impressa sobre o assunto de morte de crianças menores de 5 anos, em seu Estado, como você avalia a atuação da mesma ao noticiar tais acontecimentos?

APÊNDICE B

SOLICITAÇÃO À REDE GAZETA

Ilmo. Sr.

Editor Chefe do Jornal “A Gazeta”

Prezado Senhor,

Apresento-me a V.S. como pesquisadora do curso de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, turma 2011.

Na oportunidade, venho manifestar o interesse em desenvolver minha pesquisa de mestrado, denominada *Morte de crianças menores de 5 anos no espírito santo: uma análise institucional com gestores do programa estadual de saúde da mulher e da criança*, como veículo a mídia impressa, sobre todas as mortes de crianças no período de um ano, como impulsionador de discussão, sob a orientação do Professor Doutor Túlio Alberto Martins de Figueiredo, utilizando como fonte de dados, as matérias afeitas ao referido tema, veiculadas neste conceituado jornal escrito, no período de agosto de 2011 a agosto de 2012.

Minha opção por este jornal se deu por considerar o compromisso social do mesmo e sua grande circulação junto à sociedade capixaba.

Certa de contar com a permissão de V.S. apresento meus agradecimentos

Atenciosamente,

Tânia Mara Ribeiro dos Santos

APÊNDICE C

PAINEL DA HEMEROTECA

APÊNDICE D

TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TCLE – Concordo em participar da pesquisa abaixo discriminada, nos seguintes termos:

Título da pesquisa: **FIOS E DESAFIOS DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO: ANÁLISE DA MORTALIDADE DE ZERO A CINCO ANOS COM GESTORES DO PROGRAMA ESTADUAL DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA**

Pesquisador: **Tânia Mara Ribeiro dos Santos**

Orientador: **Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo**

Instituição: **Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) / Centro de Ciências da Saúde (CCS) / Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC)**

Local de Pesquisa: **Secretaria de Estado da Saúde - ES**

OBJETIVO

Discutir com gestores estaduais do Programa de Saúde da Mulher e da Criança, da Secretaria Estadual da Saúde, a mortalidade de crianças de zero a cinco anos, no período de agosto de 2011 a agosto de 2012, no Espírito Santo, a partir de analisadores naturais veiculados por um jornal diário da mídia impressa.

Instrumentos utilizados na produção do material: grupo focal, com discussão a partir da análise de painel reprográfico retratando as mortes divulgadas pela mídia impressa, no período de um ano, no Estado do Espírito Santo.

INFORMAÇÃO AO ENTREVISTADO SOBRE O TERMO DE CONSENTIMENTO

O (a) Sr (a) está sendo convidado para participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde agora denominado pesquisador.

Para participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Qualquer dúvida solicite ao pesquisador os esclarecimentos necessários.

O propósito deste documento é revelar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar do estudo.

Sua participação na pesquisa é voluntária, ou seja, você só deve participar do estudo se quiser. Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

O pesquisador coletará informações que serão mantidas de forma confidencial, sua identidade não será revelada em nenhuma circunstância. Os dados coletados poderão ser utilizados em publicações científicas sobre o assunto.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Após a leitura do termo e a explicação de todos os itens pelo pesquisador, eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendo que sou livre de aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas.

Eu recebi uma cópia assinada e datada deste documento de Consentimento.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do orientador

Telefones para contato:

Professor Dr. Tulio Alberto Martins de Figueiredo: (27) 9891-7601

Tânia Mara Ribeiro dos Santos: (27) 9963 – 5383

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde UFES: (27) 3335 – 7211

www.ccs.ufes.br/cep ou cep@ccs.ufes.br ou CEP.ufes@hotmail.com

APÊNDICE E

**SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA AOS
SUJEITOS DA PESQUISA NA SESA**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Vitória - ES, 30 de Outubro de 2012.

Do: Dr^o. Túlio Alberto Martins de Figueiredo
Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Federal do Espírito Santo

À: Sra. Maria Gorette Casagrande dos Santos
Gerente Especial da Regulação Assistencial da Saúde do Estado do Espírito Santo

Assunto: Solicita anuência para realização de projeto de pesquisa.

Senhora Gerente

Vimos através deste, submeter à apreciação de V.Sa., para anuência, o projeto de pesquisa intitulado **“MORTE DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS NO ESPÍRITO SANTO: Uma análise de abordagem institucional com gestores do programa estadual de saúde da mulher e da criança”**, de autoria de TÂNIA MARA RIBEIRO DOS SANTOS, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, sob minha orientação.

O referido projeto - exigência para a autora elaborar seu relatório de dissertação e submeter-se à defesa do título de Mestre em Saúde Coletiva -, além da construção de um referencial teórico-metodológico, constará de um estudo empírico que – se autorizado por V.Sa. -, incluirá dados de abordagem qualitativa a serem obtidos através de um grupo focal com os gestores desta Secretaria, que compõem o Programa Estadual de Saúde da Mulher e da Criança, versando sobre notícias de morte de crianças veiculadas pela mídia escrita, a saber, o jornal “A Gazeta”, no espaço de um ano.

Em atenção à Resolução 196/96, que normaliza a pesquisa envolvendo seres humanos, o referido projeto foi registrado na Plataforma Brasil, da Comissão Nacional

de Pesquisa (CONEP), estando em tramitação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde desta Universidade, para avaliação.

Assim posto, o referido trabalho de campo - um grupo focal com duração de 03 (três) horas - só terá início quando de sua aprovação pelo CEP.

Cada um dos gestores do Programa Estadual de Saúde da Mulher e da Criança, doravante denominado SUJEITO do estudo, será esclarecido sobre a natureza acadêmica do mesmo, dos objetivos a serem alcançados, da garantia de anonimato, da possibilidade de divulgação dos resultados através de publicação em periódico científico e do direito de se recusar a participar ou se retirar da investigação a qualquer momento. Havendo concordância, os mesmos deverão assinar, conforme reza a Resolução 196/96, um Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE).

Após a defesa da dissertação, a autora se compromete a encaminhar à V.Sa. uma cópia da versão final da dissertação, assim como, se disporá a socializar, através de exposição oral, o estudo em sua íntegra.

Considerando a implicação profissional da pesquisadora TÂNIA MARA RIBEIRO DOS SANTOS, enquanto membro dessa respeitosa Instituição, e a relevância do projeto de dissertação da mesma e na certeza de contar com todo o apoio de V.Sa, apresento, desde já, meus sinceros agradecimentos.

Atenciosamente

Túlio Alberto Martins de Figueiredo
Professor Associado
Membro do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

APÊNDICE F

ARTIGO

ARTIGO**FIOS E DESAFIOS DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NO ESTADO DO
ESPÍRITO SANTO: UM DIÁLOGO COM GESTORES DO PROGRAMA
ESTADUAL DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA****Autores**

Tânia Mara Ribeiro dos Santos
Túlio Alberto Martins de Figueiredo
Rita de Cássia Duarte Lima
Cristiana Mara Bonaldi
Wanessa Lacerda Poton
Helena de Araujo Penteado

Resumo

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa objetivando discutir a mortalidade de zero a cinco anos no Estado do Espírito Santo, no lapso de agosto de 2011 a agosto de 2012, a partir de matérias veiculadas por um jornal diário da mídia impressa de circulação, a saber “A Gazeta”. As referidas matérias constituíram uma hemeroteca que subsidiou a criação de um painel reprográfico. Os sujeitos da investigação foram os técnicos que compõem a equipe da Coordenação do Programa Estadual de Saúde da Mulher e da Criança e a produção do material de estudo se deu a partir da análise de um grupo focal, com roteiro semi-estruturado, tendo como partida a análise de uma cópia do painel contendo todas as matérias. Todo o material foi gravado e filmado. A Análise Institucional foi a baliza norteadora de toda a elaboração descrição do estudo. Conforme preconiza este quadro teórico proposto por Lourau, a etapa final do projeto constituiu-se em uma restituição concreta – parte do procedimento científico, tratando-se da discussão das produções na pesquisa junto aos interessados, de modo a possibilitar a interferência direta dos mesmos neste processo. O estudo demonstrou

que os sujeitos a partir do dispositivo analisador natural, a morte de crianças menores de cinco anos, conseguiram fazer uma reflexão sobre o quanto é necessário buscar uma interlocução de com os demais setores e que a análise institucional, com sua potência de provocar a auto-análise e a autogestão, proporcionou-lhes uma possibilidade de repensar seus processos de trabalho na atenção à saúde da criança.

Palavras chave: Criança; Cuidado e higiene; Mortalidade infantil; Serviço de saúde infantil; Administração.

Abstract

This is a qualitative study aiming to discuss the children mortality from zero to five years old of Espírito Santo state, Brazil. The documental research was realized in the period comprehended between August 2011 to August 2012 using articles published by a daily newspaper of large circulation printed media, namely "A Gazeta". The articles have been arranged in a newspaper library that supported the creation of a panel reprographic. The research subjects were the technicians who make up the Coordination staff of State Program on Women and Children's Health. The production of study material was made from the analysis of a focal group using a semi-structured road map and taking as starting analyzing a copy of the panel and its materials. All material was recorded and filmed. The Analysis Institutional was the beacon guiding to the entire formulation and study description. As recommends this theoretical framework proposed by Lourau, the final step of the project consisted in a refund concrete as a part of a scientific procedure to improves the discussion of the productions in research with stakeholders to enable their direct interference in this process. The study proves two results. At first, the subjects were able to reflect on how much is needed pursue a dialogue with other sectors considering the natural analyzer that is the death of children

under five years. On the other hand the institutional analysis, with its power to provoke self-analysis and self-management, gave them a chance to rethink their work processes in child health care.

Keywords: Child; Care and hygiene; Infantile mortality; Services of infantile health; Administration.

Introdução

A criança tem a história descrita ao longo dos séculos, de descaso e (des)atenção, demonstrada na falta de registros sobre cuidados, assim como a subnotificação dos eventos nosológicos, registrados a partir do século XII e evidenciados por um alto índice de mortalidade.

O resgate de algumas considerações sobre como se deu o nascimento histórico da infância no mundo ocidental e de como o descaso ao longo dos séculos, desde a colonização do Brasil, se constituirá como um marcador da referida (des)atenção, resultando até na contemporaneidade, em mortes, em sua maioria evitáveis.

Segundo o historiador francês Ariès (1981), a noção dos sentimentos de infância, ou seja, a consciência da particularidade infantil, só se deu a partir do século XVII, sua identificação era algo muito impreciso, onde o nome era uma configuração sem importância, e seu sobrenome, uma correlação com o lugar de nascimento e de vivência. Da mesma forma, a correlação entre faixas etárias e ciclos vitais não correspondia à do nosso entendimento atual. Era tratada como um adulto em miniatura, isso ocorria devido à incompetência ou a falta de habilidade para lidar com os aspectos relacionados à mesma.

Diante dos estudos de Ariès (1981), foi possível observar que o sentimento da infância não existia, por completo, por essa razão, assim que a criança tinha condições de viver sem a solicitude de sua mãe ou de sua ama, ela ingressava na sociedade dos adultos e não se distinguia mais destes.

Kramer (2003) relata que um novo sentimento de infância começa a ser contextualizado pelos moralistas e educadores, perpassando pelo século XVII, fortalecendo-se no século XX. A sociedade nesta época preocupava-se com a questão moral e o interesse psicológico. As famílias enviavam suas crianças para a escola com intuito de preservá-la da corrupção do meio, mantendo sua inocência, para fortalecê-la, desenvolvendo seu caráter e sua razão. No século XVIII até o atual, começa a fortalecer a instituição família, com dois elementos associados: a preocupação com a higiene e a saúde física. Tudo o que se referia às crianças e à família tornara-se um assunto sério e digno de atenção. Não apenas o futuro da criança, mas também sua simples presença e existência eram dignas de preocupação, a criança havia assumido um lugar central dentro da família.

Nas primeiras décadas do século XIX, a importância dada a educação se amplia com o passar dos anos. No entanto, a escola só poderia ter seu papel, se a educação doméstica cumprisse sua finalidade, os preceitos morais. Era no lar que a base moral deveria ser plantada, sem confundir educação com instrução. Já no Brasil, no início do século XX, a industrialização marca presença forte, o poder sobre os pequenos era grande, com trabalho infantil na recém-industrialização brasileira, principalmente em São Paulo. (DEL PRIORE, 2000).

No Brasil, a “atenção” à criança em termos de política pública oficial inicia na década de 30, nesta época a instituição governamental responsável era o Ministério da Educação e Saúde, e ao longo dos anos a política pública excluía especificamente, a coletividade e a criança que não tinha assistência previdenciária (KRAMER, 2003).

A necessidade de dar resposta à sociedade e organizar políticas públicas, vem sendo discutida e implantada por muitos governos. O setor saúde, nos anos 90, trouxe a revalorização do tema família, culminando, em 1994, com a criação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que busca avançar na melhor qualidade de vida do cidadão. De acordo com proposição da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a atenção a criança tem objetivos como a redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade, diminuição da

incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas, especialmente pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculoses, malária, sarampo e, também distúrbios nutricionais, garantia de adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de cinco anos, tanto nos serviços de saúde como no domicílio e na comunidade.

As Nações Unidas no ano de 2000, fez propostas para redução de várias iniquidades sociais e de saúde chamada “Metas do Milênio”, sendo pactuadas por 191 países. Em relação a saúde, o objetivo quatro prevê reduzir em dois terços, até 2015, a mortalidade de crianças menores de cinco anos. O Brasil vem reduzindo essa taxa praticamente no mesmo ritmo que a média dos países latino-americanos. Se seguir nesse ritmo, os números sugerem que, até 2015, o país conseguirá reduzir em dois terços essa proporção (BRASIL, 2009).

No Espírito Santo, a mortalidade de crianças é maior no primeiro ano de vida, e principalmente no período neonatal. Embora o Espírito Santo tenha um dos menores índices de mortalidade materno-infantil do Brasil, mais de 85% desses óbitos poderiam ser evitados por meio do acesso adequado aos serviços de saúde, com qualidade garantida no pré-natal, no parto e no atendimento ao recém-nascido. Para atingir o objetivo quatro do Milênio, o Espírito Santo precisa reduzir a mortalidade infantil para 9,24 por mil nascidos vivos.

A mídia, os meios de comunicação sejam elas jornais (impressos, eletrônicos, diários, semanais, regionais, nacionais, de classe, institucionais), revistas, rádios, emissoras públicas, televisão (aberta, diversas emissoras com diversos padrões, fechada, digital), todas têm seu poder de sensibilizar e de agenciamento da sociedade. Eles tornam os acontecimentos significativos por meio dos processos de identificação e contextualização. Estes acontecimentos ou informações são elementos importantes à autonomia do sujeito, porém é importante observar a qualidade e a pertinência destas informações.

Este estudo se insere em uma abordagem da Análise Institucional (também conhecida como Socioanálise), conforme proposição de Lourau (1993). Como corrente do Movimento Institucionalista ou Instituínte trabalha com a contradição, buscando criar a lógica dialética, da diferença em vez de manter a lógica identitária, do sempre igual. A prática desses ideais tem como premissa desencadear rupturas objetivas e subjetivas em certo modo conservador e coagulado de experiências institucionais, contrapondo à alienação a autonomia, a cidadania e a expressão da diversidade e da alteridade.

O objetivo deste estudo foi o de com os técnicos que compõem a equipe da Coordenação do Programa Estadual de Saúde da Mulher e da Criança a mortalidade de zero a cinco anos no Estado do Espírito Santo, no lapso de um ano, tendo como dispositivo as matérias divulgadas por um diário impresso da mídia local

Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa. A opção por tal abordagem qualitativa levou em conta a captura do ponto de vista dos atores sociais, privilegiando a subjetivação entre o sujeito e o pesquisador e os significados atribuídos pelos atores num determinado contexto (TRIVIÑOS, 1987).

O cenário foi o estado do Espírito Santo, que se situa na região sudeste do país e constitui-se no menor estado da região com uma população de 3.514.952 habitantes (IBGE, 2010).

Os sujeitos deste estudo foram os técnicos que compõem a Coordenação Estadual do Programa Saúde da Mulher e da Criança da Secretaria de Estado da Saúde (SESA). A referida coordenação está constituída por seis técnicos de diversas formações básicas, a saber: Enfermagem, Medicina, Psicologia e Serviço Social.

No contexto em que se deu o estudo estavam integrados à equipe seis profissionais, dos quais, uma estava em licença maternidade, portanto, somente cinco técnicos

participaram do grupo focal, instrumento utilizado para a produção do material, que teve duração de três horas, sendo realizado em uma sala reservada.

A respeito do grupo focal, o mesmo tem por objetivo estimular os participantes a reagir e a falar aquilo que é posto por outras pessoas no grupo, tendo na figura do entrevistador uma espécie de catalizador da interação social entre os participantes (GASKELL, 2002).

A intenção pelo grupo focal foi que a pesquisadora buscou no diálogo, parte integrante da Análise Institucional, entrevistas (algumas perguntas para dar suporte ao entrevistador), propiciar aos sujeitos um ambiente mais propenso a acolher novas ideias e a explorar suas implicações, caminho da análise institucional com uma reflexão mútua entre os entrevistados, uma especialista nesta intervenção e a pesquisadora. Foi em seção única e duração de três horas. Todas as entrevistas foram gravadas mediante permissão dos sujeitos investigados.

Sobre a mídia impressa como um analisador natural foi devido a mesma ter seu poder junto às camadas formadoras de opinião e sociedade, tornando os acontecimentos significativos. Este é um instrumento utilizado pela análise institucional, a qual busca trazer a prática de seus agentes, uma implicação em suas ações, descreve o analisador como segundo LOURAU (2004, p. 132), “[...] acontecimentos ou fenômenos reveladores e ao mesmo tempo catalisadores, produtos de uma situação que age sobre ela”. O analisador pode ser natural ou artificial, neste caso, a mídia é um instrumento importante que descreve o sentimento das pessoas, sendo então, um dispositivo que leva os sujeitos da pesquisa, à reflexão sobre tais fatos, neste caso da pesquisa, a morte de crianças até cinco anos, no lapso de um ano, em todo o Estado, por um levantamento realizado no Jornal “A Gazeta”.

O diálogo com os gestores estaduais do programa saúde da mulher e da criança, no grupo focal foi previamente agendado, realizado em uma sala reservada e gravado com autorização de todos. Após transcrição do material procedemos à leitura do mesmo

procurando através de unidades de sentido a sua categorização. A Análise Institucional conforme proposição de Lourau (2004) norteou toda a condução deste estudo.

Após a elaboração do relatório do estudo, repassamos, através de uma assembleia, os dados desta pesquisa para os gestores estaduais, numa restituição concreta.

Em atenção às Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 1996), este projeto foi submetido à Plataforma Brasil sob nº 148.882 e apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES), ao Comitê da SESAsendo aprovado em todas as instâncias. Todos os participantes do estudo foram informados sobre a natureza acadêmica e objetivos do mesmo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e discussão

Podemos caracterizar os gestores do programa estadual de saúde da mulher e da criança como em sua maioria em três pontos: sexo feminino (80%), raça/cor branca (80%), casados (80%), todos com especialização *lato sensu* (100%), nenhum com *stricto sensu*, três com residência médica (60%), idade média de cinquenta anos, acima de dez anos como servidores públicos (100%), maioria atuando menos de cinco anos (60%) na coordenação do programa, sendo todos estatutários.

Buscou-se levar aos gestores na coordenação estadual do programa saúde da mulher e da criança uma reflexão sobre a questão morte de crianças menores de cinco anos, com instrumento mídia impressa, como analisador natural, no intuito de trazer à luz desta discussão, suas implicações, em uma política de melhoria de assistência à criança, no Estado.

Estes gestores estaduais são protagonistas de planejamento e gestão com o conhecimento de necessidades ascendente, a partir dos municípios, para que possam

dar concretude às intenções políticas, no cotidiano dos serviços, com metas que pretendem alcançar, no desenvolvimento da política de saúde.

Neste contexto, a análise institucional proporciona elementos para uma discussão muito importante da política pública, podendo demonstrar os constrangimentos dados pelas estruturas institucionais em que os sujeitos estão inseridos, buscando reconhecer situações e fatos, que promoveram os avanços, retrocessos e estagnações da política de saúde da mulher e da criança.

Falar sobre impactos que a mídia produz em cada notícia, significa compreender que este é um instrumento e um equipamento que traz à luz, subjetividades e informações que nominam o que nossos dados oficiais, nos dão como números frios. A mídia, as manchetes nos dão rostos, gritos e choros. Segundo Coimbra (2001, p. 71) as notícias tendem a legitimar ou não, dar voz, tornar público, que se produzem sobre um real que, assim está sendo construído. Pretende-se buscar em uma série de manchetes e notícias, assim como nas informações obtidas nas entrevistas, questões peculiares, sobre política pública sobre saúde da crianças e mortes das mesmas.

A mídia tem o poder de pautar notícias que irão sensibilizar a população, sem às vezes, se preocupar se estará levando a um senso crítico ou não. Barembliitt (2002) diz que o poder sobre a natureza, o poder sobre o controle dos fenômenos da vida, também é injusto e desigualmente repartido. Com o saber acontece a mesma coisa. A imensa maioria dos homens que trabalham reunidos vive uma situação de impotência, e não é apenas a fragilidade perante a natureza, frente à condição mortal e frágil de seu próprio corpo, mas a incapacidade devido à desigual distribuição da riqueza, do poder, do prestígio e do conhecimento. Isto se torna manipulável quando fala do cotidiano da sociedade. A sensibilidade é um sentimento que busca reconhecer as necessidades:

“é preciso sensibilização de todos” (entrevistado 2)

“gestão tem que ter conhecimento e sensibilização” (entrevistado 3)

Para que os gestores estaduais possam instituir-se é necessário compreender suas limitações e suas possibilidades, onde parte da Análise Institucional discute esta limitação para institucionalização e isto vem pela característica da política que os abarcam, que segundo os mesmos é necessário sensibilidade da gestão para alcançarem o interesse da sociedade e de suas necessidades.

A maioria dos entrevistados reconhece que não se pode colocar a mídia como vilã, pautando notícias negativas, mas compreender que pode também ser um equipamento positivo para informações à população, descortina o que somente os órgãos oficiais poderiam discutir. Eles entendem que ela produz subjetividades, modos de viver e existir e por isto tê-la como parceira, um veículo que leva informação e conseqüentemente, desalienação e co-responsabilidade, mas não podemos negar que há uma mídia como um processo de produção de consumo e consumação, assim:

“qual nossa responsabilidade junto à mídia? O Estado faz muito, mas é importante trabalhar a mídia pela questão de educação e a responsabilidade não pode ser somente do Estado” (entrevistado1)

“nunca ouvi mídia dizer que nosso país é o melhor em vacina, transplante e outros” (entrevistado 2)

“nós temos culpa, pois não veiculamos a mídia positiva, a mídia explora o emocional e nós não fazemos nosso papel, mostrar o lado bom, os deixamos pautar o lado ruim” (entrevistado 3)

“família chama jornal para conseguir o que precisa” (entrevistado 5)

A educação em saúde é um ponto forte sobre o qual, algumas questões podem ser discutidas, debatidas, no intuito de evitarem mortes de crianças, levando maior conhecimento do auto-cuidado e da responsabilização. Imputam aos profissionais, e pelo modelo hegemônico ainda vigente na sociedade, que os médicos se tornem sujeitos imprescindíveis nesta intervenção e para isto a população acredita que é preciso ensinar a viver. Segundo Coimbra (2001, p. 95) estes espaços são analisados, esquadrihados e disciplinados a partir do nascimento das ciências humanas e sociais. Além das teorias sobre a natureza perigosa dos negros, mestiços e pobres em geral, os médicos também são os responsáveis por conceber a cidade como um espaço a ser

cuidado. Foucault (1988) afirma que não se estabelecem relações entre os saberes, ao contrário, desqualificam-se uns como incompetentes, sobrepondo-se os considerados “científicos”, “verdadeiros”.

Mas o que é importante compreender que, uma política de saúde não começa nem acaba no campo da medicina, seus problemas, têm efeitos médicos, mas suas causas, na grande maioria, são problemas de habitação, de alimentação, de vestuário e de saneamento básico, entre outros. Assim os entrevistados compreendem que:

“o Estado não vai responder a tudo e a educação é dentro da família”
(entrevistado1)

”desafio é multifatorial, o problema é da sociedade, da família, das pessoas e dos profissionais, responsáveis, não podemos ficar no papel de apenas ficar tutoriando” (entrevistado 3)

Diante disto, podemos compreender que o percurso para uma somatória de forças no sentido de evitar mortes de crianças é um campo árido e fértil ao mesmo tempo, onde os entrevistados reconhecem as dificuldades em relação à interferência negativa que as notícias trazem à sociedade, não permitindo o reconhecimento do SUS, como uma potência política, mesmo ele salvando milhares de vidas, todos os dias.

Dentre as questões jornalísticas analisadas pelos entrevistados, no painel da hemeroteca, notaram pluralidade de vozes, opiniões e a profundidade de discussão da temática, causas de morte de crianças. Eles tiveram a sensibilidade de reconhecer que das oito mortes da pesquisa, cinquenta por cento, delas, eram responsabilidade do setor saúde, e que é necessário uma melhor preparação dos profissionais, desde a base, em suas formações, para as atuações. Como relatam em seus discursos,

[...] “com capacitação, algumas mortes podem ser evitadas” (entrevistado 1)
“informação e educação permanente têm, mas tem que ter monitoramento”
(entrevistado 2)

“duas questões refletem esta situação, uma é a formação dos profissionais e a outra é a educação de uma sociedade” (entrevistado 4)

Diante disto, os sujeitos da pesquisa vêem a SESA como uma importante aliada na oportunidade de transformar esta realidade em sua capacidade de intervir, a partir de *capacitações e induções de diálogos* na mudança de uma formação, com uma política estadual que atenda esses movimentos de processos de trabalho, para um fortalecimento de atenção integral à saúde da mulher e da criança, no Estado.

Verificou-se que os sujeitos possuem a noção de necessidade de parceria com a mídia, para que a mesma torne um veículo de possibilidade de educação em saúde e divulgação das políticas de saúde.

A comunicação em saúde é uma forma estratégica da política pública de levar a informação e parceria da população para seus interesses. Diante disto, Santos (2006, p. 103-104) afirma que:

A comunicação estratégica representa uma forma de construir e estabelecer processos comunicativos de forma planejada, e não espontânea. De maneira geral, a necessidade de trabalhar a comunicação de forma estratégica, nas sociedades, surgiu a partir da emergência e consolidação de um modo de vida moderno, da ampliação dos regimes políticos democráticos e com a necessidade, imposta a inúmeras instituições, de estabelecer uma atividade que cuidasse especificamente da relação dessas instituições com públicos a ela vinculados direta ou indiretamente.

Outro aspecto que levou à unanimidade entre os entrevistados foi que a mídia traz mais o lado negativo do SUS do que o positivo, fazendo com que a sociedade faça severas críticas ao sistema.

Verificou-se que os sujeitos dessa pesquisa possuem essa noção de dificuldades no que tange construir uma visão correta do SUS, porque o que causa ibope, é uma mídia que produz escândalos, a partir destes acontecimentos, isto faz com que a população não veja a importância de defender o sistema, como uma *instituição* ou uma *organização* gerida por ela, nem para ter uma condição de vida mais libertária e autônoma.

Para Foucault (1995, p. 107) o poder é o conjunto de recursos, de natureza psicológica, material ou econômica, existentes na sociedade, que os indivíduos põem a serviço de uma autoridade suprema, é para manter a ordem pública.

Desse modo, fica claro o entendimento de que não são só governantes e indivíduos que, isoladamente, têm força nas instituições, mas também grupos de interesse que influenciam as políticas públicas e o estabelecimento de regras formais e informais que regem essas instituições. Dentre os grupos de interesse, há os de especialistas de determinada área do saber, que têm papel determinante sobre as políticas públicas, podendo estas assumir diferentes nuances e formas, a depender do tipo de mudanças e propostas no conjunto de idéias que defendem os referenciais que orientam a abordagem da realidade por esses especialistas, a natureza dos problemas abordados, a tomada de decisões e os instrumentos aplicados para sua solução. Vimos nestes relatos,

“A Rede Bem Nascer era para ser “a” política estadual, mas foi apenas um recorte de uma política construída com discussões concretas há dois anos, nominada AMAI e a Rede Cegonha, uma política federal, chega atropelando os processos de trabalho, é preciso ter a vontade política para avançarmos” (entrevistado 2).

Na análise institucional, na linha da autogestão refere-se a uma sociedade de condições de escolhas, de entendimento ao que quer para sua construção coletiva, em suas necessidades, mas não é o que vivenciamos.

No entanto, apesar dos desafios da política estadual, todos os sujeitos entrevistados relataram que acreditam na melhoria dos indicadores de saúde e que a forma de perceber a condução política para a melhoria destes indicadores e acontecimentos, seja reconhecimento de causas multifatoriais e que para isto precisa de que todos se articulem em prol de uma melhor condição de vida e de acordo com o autor:

Nada impede, pois, ao pesquisador institucionalista inferir, [...] Se isso está correto, boa parte dos pruridos, assim como os purismos e desviacionismos

internos ao Movimento que mais acima descrevíamos, são passíveis de serem analisados, avaliados e resgatados para um fortalecimento geral do Institucionalismo, que precisa cada vez mais de dispositivos fortes, amplos e numerosos. (Baremlitt, 2002, p. 132).

Outro desafio descrito pelos sujeitos é a institucionalização da avaliação como instrumento de averiguar se as políticas estão sendo efetivas ou não, pois há uma ineficiência em alguns municípios no uso de recursos e de práticas adequadas a assistência às crianças. Segundo eles é preciso fazer o monitoramento das ações para que se propicie melhor atenção e resolutividade. . Podemos entender nas falas:

“se faz capacitação, repasse de recurso, mas tem que ter monitoramento, tem que avaliar, pois o Ministério da Saúde e o Estado gastam milhões e não vemos tanta melhoria, isto é questão de gestão” (entrevistado 2)

“temos que monitorar, senão não teremos condição de reconhecer as inadequações da assistência” (entrevistado 2)

“sabemos qual é a primeira causa de morte, é neonatal, por pré-natal de baixa qualidade, precisamos monitorar estas ações e avaliá-las” (entrevistado 3)

“criança que passa por quatro profissionais de saúde e não viram o seu problema, tem que avaliar o que está acontecendo, que qualidade de assistência é esta” (entrevistado 4)

Hartz (2011), descreve que institucionalizar a avaliação tem o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas.

Outro autor que também fortalece a importância de avaliar e monitorar é Contandriopoulos (2006), segundo ele, é um julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões.

Segundo os entrevistados todos concordam que são necessários esforços diversos para uma melhoria desta atenção e diminuição destes acontecimentos, mas é

necessário a discussão da intersectorialidade e um entendimento maior que falar de saúde ou morte, na grande maioria depende de vários setores, como relatam:

“temos que trabalhar as responsabilidades de todos” (entrevistado 1)

“APS pode trazer orientação em vários setores (entrevistado 2)

APS em alguns municípios é fantástica, levando esta conscientização e articulação dos setores. (entrevistado 3)

“a discussão é multifatorial e tem que começar dentro da SESA, com os setores APS/Materno Infantil/Violência/Planejamento, têm que ser interfaciado”. (entrevistado 4)

“envolve muitos fatores e muitos setores, todos têm que estar envolvidos” (entrevistado 5)

Cem por cento dos entrevistados relataram que todas as matérias apresentadas pela hemeroteca com as oito mortes foram de extrema sensibilização e todas causam inquietação, porém as mortes de violência os deixam mais impotentes sobre as intervenções, já que necessitam de outros setores e da sociedade.

Consideraram, no entanto, que nestes casos de violência, enquanto gestores de saúde, pouco podem intervir, pois não há uma única causa e suas condições de intervenção direta nos acontecimentos sociais, a partir dos seus próprios saberes acadêmicos, não são suficientes, pois é questão de intersectorialidade. Isto se explica sobre a ótica de poder que segundo FOUCAULT (1995, p. 108) o poder pode ser tudo e qualquer coisa. Não são os recursos de poder que o definem. O poder não são coisas ou objetos. O que chamamos de recursos ou instrumentos de poder só dá lugar ao fenômeno do poder, quando são postos a serviço de uma autoridade suprema, para manter a ordem política.

Por unanimidade, os sujeitos reconhecem que precisam melhorar suas interlocuções com a sociedade e uma mídia mais positiva, no intuito de ser um instrumento de educação e conscientização de uma sociedade. Todos os entrevistados relatam que, a relação existente entre as notícias de morte de crianças e a Política de Saúde da Criança no Estado, os fazem refletir sobre a condução da mesma. Esta inquietação pode ser explicada na AI.

Os meios de comunicação de massa têm tudo para colaborar com a democratização, democratização no seu sentido mais amplo, colocando em análise a produção de subjetividades. Todos os profissionais têm que estar preocupado com isso, é o que chamamos em análise institucional, de análise de implicação. É colocar em análise o que estamos produzindo. Neste contexto é interessante refletir o que estamos fazendo com nossas práticas e com as pessoas com as quais estamos lidando. Que implicações temos com isso?

Segundo Coimbra, (2001), existe uma ideia de que a mídia estaria criando uma realidade evidente por si mesma, que segue suas próprias regras e independe de qualquer vínculo com as relações sociais. Pensando assim, temos que reconhecer nossa responsabilidade em uma veiculação que seja favorável à evolução da sociedade.

Pode-se perceber nas falas dos entrevistados como isto aflora enquanto preocupação, uma mídia cada vez mais com um papel informacional, mas pergunta-se, como está sendo repassado para a sociedade, estas informações, em que caráter? Não se pode dizer se isso é bom ou ruim, mas a AI, busca refletir sobre o que podemos fazer diante disso. Não se pode ignorar essa realidade, deste grande veículo, mas, diante dela, o que fazer. Vejamos os relatos:

“temos que trabalhar as responsabilidades de todos perante a mídia”
(entrevistado 1)

“não podemos sair da responsabilidade de mostrar os caminhos” (entrevistado 1)

“estou propondo aos residentes do jornalismo, envolverem a mídia em conceitos de saúde e da política de saúde, para que eles tenham o conhecimento das ações, para uma boa informação. (entrevistado 3)

Quando se pensa mídia: sensacionalismo ou informação, precisaríamos recordar que meados da década de 80, começou um momento notável, a “comunicação em saúde” e o que se poderia rotular indistintamente como “saúde na mídia”. Cada um desses dois campos de processos, práticas, pesquisas e diretrizes possui *ethos* próprio, que implica

em lugares de fala, público, objeto e finalidade específica. Segundo Santos (2006, p. 45) a comunicação em saúde é institucional e diz respeito às diretrizes de comunicação pública a partir do Estado e de suas políticas e instrumentos. A comunicação em saúde tem, portanto, um lugar de fala muito preciso e alguns importantes instrumentos, pelos quais é capaz de induzir muita reflexão, mas alcança pouca repercussão e abrangência. Já a “saúde na mídia”, refere-se aos modos pelos quais o conceito de saúde é apropriado, veiculado, “mediado” e posto em circulação pelas várias mídias de massa em nosso país.

Neste sentido, a mídia vem fazendo um trabalho de expor condições extremas e absurdas, onde os desmandos políticos favorecem situações que colocam em risco a vida de nossas crianças, pelo descaso de uma assistência verdadeiramente eficaz e resolutiva, levando a uma desatenção e gerando assim, uma legião de meninas e meninos perdidos, por políticas públicas que não se consolidam.

Os gestores estaduais do programa em suas responsabilidades magnânimas buscam reconhecer e atuar nos pontos de maiores problemas e gravidades, lutando muitas vezes, de forma pessoal, pelos ditos da política e os não-ditos que levam a uma apatia de ações.

Constatamos que os sujeitos da pesquisa sabem que precisam atuar mais fortemente nos pontos críticos destes acontecimentos, como percebemos nas falas:

“são os municípios com mortalidade alta que nós temos que focar mais”
(entrevistado 2)

“temos um dever de casa, reconhecer a importância de trabalhar a matriz de risco, os municípios de risco, com intervenções prioritárias, a exemplo dos municípios do norte, tem que trabalhar pontualmente” (entrevistado 3)
“ainda estamos em uma conjuntura arcaica, o SUS é excelente, mas na execução há falhas, falta funcionamento efetivo, não conseguimos melhorar os indicadores”(entrevistado 3)

A população precisa conhecer seu poder e potencial, mediante notícias veiculadas na mídia como instrumento de informação, para articulações com os setores públicos e melhoria de condição de vida.

Considerações Compartilhadas

Estas considerações são compartilhadas, pois como Baremlitt (2002) descreve, busca-se a potência no coletivo dos sujeitos da pesquisa e da pesquisadora, todos envolvidos em uma intervenção consciente e efetiva. Além da pesquisadora e dos sujeitos muitos outros também participaram do processo de criação deste estudo.

Esta pesquisa teve como analisadores o estudo de mortes de crianças menores de cinco anos, relatadas na mídia, por todo o Estado do Espírito Santo. Juntamente com os técnicos que compõem a equipe da Coordenação do Programa Estadual de Saúde da Mulher e da Criança e usando tais analisadores como dispositivo tive como poder refletir os impactos que estas notícias causam à sociedade e à política de saúde.

Coloquei também em revista acontecimentos políticos recentes de nossa história e a repercussão dos mesmos, neste estudo, no campo da saúde. No histórico do Espírito Santo, nestes dezoito anos passados, teve acontecimentos que trouxeram conseqüências graves como questões econômicas, sociais, morais e éticas, tentando ser resgatadas na última gestão e na atual, trazendo uma apatia de gestão.

O Estado teve uma elevação em seu potencial de gestão proporcionando assim, uma possibilidade de reação aos indicadores de mortalidade de crianças, que neste estudo, é até os cinco anos. Porém, o que vemos ainda é tímido perante a grandeza de condições que se apresentaram, sendo relatadas na mídia, como um termômetro do cotidiano da sociedade. De abordagem qualitativa, nos preceitos de Lourau e Baremlitt e com base em um diálogo com os sujeitos, gestores estaduais do programa saúde da mulher e da criança, utilizando método de grupo focal, em seção única, buscou

inicialmente, caracterizar estes sujeitos, anteriormente descrito, para observar a potência de seus diálogos e suas práticas.

Pode-se observar que em relação ao impacto das notícias, todos reconheceram que ficaram sensibilizados com as oito matérias das mortes das crianças, relataram que quatro delas eram de condições de cuidado do setor saúde, para tal, maior possibilidade de intervenção e quatro delas, sobre a questão de violência, as quais tiveram um sentimento de impotência, pois na questão imediatista que vive o setor saúde, têm que depender de outros setores para tal intervenção.

A análise institucional, a intervenção é feita no coletivo, tendo a potência da manutenção no entendimento que vários seriam responsáveis pela condução de processos.

Os sujeitos que participaram deste estudo relataram que independente de serem mortes de crianças menores de um ano ou menores de cinco, reconhecem que a mídia, em relação aos dados oficiais do sistema de informação, traz o rosto de um ser, de famílias sofridas, de uma causa que precisa ser investigada e feita intervenção.

Mesmo reconhecendo que “o ser humano se atrai por notícias dramáticas” discutiram e reconheceram que é necessário uma aproximação com a comunicação de massa, como veículo para levar informação, sendo um espaço de diálogo, de co-responsabilidade, de conhecimento ao cuidado social e ao autocuidado e de parcerias para construção de melhorias da política, a partir do poder que este espaço “democrático” traz.

A restituição proporcionou aos sujeitos consideraram que o dispositivo desta pesquisa trouxe um contexto de atualidade e que o apelo midiático com um tema palpitante, morte de crianças, fez com que pudessem refletir no papel técnico e apresentar ao seu entorno, um contexto de co-responsabilidade para uma adoção de uma política e práticas que contribua para um horizonte desejável.

Que essas situações sejam como aprendizado não visto apenas como uma morte numérica, mas levar para uma discussão, onde o trabalho não fique resumido apenas em equipes do setor saúde, que transpasse os muros da saúde, com possibilidades de capilaridade em todos os setores da sociedade, propiciando assim, condição de todos terem adoção de atitudes que vislumbre maior eficiência para evitar esses fatos.

Em tempos de discussão das micropolíticas, de autonomias de gestão, é possível observar que ainda há a necessidade de se concretizar a força dos sujeitos, reconhecer suas potências, em seus espaços institucionais, para a concretude de movimentos instituintes. Percebe-se ainda o chamado atravessamento, das políticas superiores e que ainda não se permite ao instituinte, a chamada transversalidade, pois teriam a dimensão da vida social e organizacional, não se reduzindo à ordem hierárquica da verticalidade, nem à ordem informal da horizontalidade, mas um diálogo de construção de co-responsabilidades.

De tal forma, os entrevistados foram afetados pela discussão da importância de reconhecerem que a mídia também traz contribuições, não somente sensacionalistas, mas de fatos que necessitam de atenção, tendo suas linhas de fuga, onde os sujeitos da pesquisa, logo após o grupo focal, reuniram-se para discutir a importância de ter a comunicação de massa, ao lado, como parceira, em um papel de informação e transformadora do modo de vida. Então, podemos reconhecer esses momentos de transformações institucionais, essas forças que buscam transformar as instituições, nossos movimentos instituintes, que por sua vez será transformada no instituído.

Diante do exposto, a pretensão do estudo era buscar na análise institucional, uma discussão junto aos gestores estaduais do programa saúde da mulher e da criança, a partir do dispositivo analisador natural, com foco, a mídia, de notícias de morte de crianças menores de cinco, com o intuito de afetá-los para a percepção de uma forma de condução política, com processos auto-analíticos e

auto-analíticos, para deflagrar na instituição ou na organização intervinda, a condição de poder analisar também os seus próprios conflitos, em um processo coletivo.

Referências

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro. LTC, 2ª ed., 1981.

BAREMBLITT, G. F. Apresentação do movimento institucionalista. In: LANCETTI, A. et al. **Saúde Loucura 1**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 114.

_____, **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1992.

_____, **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 4 ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 1998.

_____, **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 5 ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BRASIL, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília, DF. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação do Brasil**, 2009.

COIMBRA, C. M. B. **Operação Rio: o mito das classes perigosas**. Rio de Janeiro: Oficina do Autor/Intertexto, 2001.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a Institucionalização da avaliação. **Ciênc S Coletiv**, vol.11(3):705-712,2006.

DEL PRIORE, M. **A história da criança no Brasil**. (Org.) 2ª ed. Contexto. São Paulo. 2000.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. Teoria do poder. *Tempo Social*; **Rev. Sociol. USP**, S. Paulo, 7(1-2): 105-110, 1995.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.B.; GASKELL, G. (Orgs). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som** – um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

HARTZ, Z. M. A; CONTANDRIOPOULOS, A-P; BROUSSELLE, A; CHAMPAGNE, F. **A avaliação: conceitos e métodos**, Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. 2010: IBGE - **Censos demográficos**. : IBGE - Contagem Populacional. 2010: IBGE - Estimativas preliminares para o ano intercensitário do total populacional. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popos.def.>> Acesso em: 20 agosto 2012.

KRAMER, S. **A política do pré-escolar no Brasil: a arte do disfarce**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Achiamé, 2003.

SANTOS, A. **Caderno Mídia e Saúde Pública**. (org). – Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/FUNED, 2006, p. 43.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

ANEXO A

**Parecer de aprovação da Plataforma Brasil e Comitê de Ética em
Pesquisa da UFES**

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MORTE DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS NO ESPÍRITO SANTO: UMA ANÁLISE DE ABORDAGEM INSTITUCIONAL COM GESTORES DO PROGRAMA ESTADUAL DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

Pesquisador: TANIA MARA RIBEIRO DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 09213012.0.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde ((CCS-UFES))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 148.882

Data da Relatoria: 28/11/2012

Apresentação do Projeto:

Estudo de abordagem qualitativa, tendo como objetivo de discutir com gestores da coordenação do Programa de Atenção à Saúde da Criança da Secretaria de Estado da Saúde, a mortalidade de crianças de zero a cinco anos no Espírito Santo, a partir de notícias veiculadas em um jornal diário da mídia impressa local, no período de agosto de 2011 a agosto de 2012. O universo do estudo será constituído pelos sete componentes da referida coordenação e o grupo focal será utilizado como instrumento para a coleta de material do estudo. A discussão que se dará no grupo focal será gravada e posteriormente transcrita. A análise do material será feita à luz dos pressupostos da Análise Institucional, conforme proposição de Lourau.

Objetivo da Pesquisa:

Discutir com gestores estaduais do Programa de Saúde da Mulher e da Criança, a mortalidade de zero a 5

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



anos, no Espírito Santo, a partir de analisadores naturais veiculados pela mídia impressa. Identificar as notícias impressas sobre morte em crianças zero a 5 anos, no período de ano, a saber de agosto de 2011 a agosto de 2012, Espírito Santo. Utilizar tais notícias como Analisadores Naturais para discutir com os gestores as mortes das referidas crianças.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os resultados desta pesquisa, que tem como escopo os processos de autoanálise e autogestão do grupo de coordenadores poderá oferecer subsídios aos mesmos, para uma reorientação da política de atenção à saúde da criança. A investigação não constitui risco para os participantes

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Oferecer subsídios a reorientação da política estadual de atenção à saúde da criança, no tocante a redução da mortalidade na faixa etária de zero a cinco anos.

Reflexão e reorientação dos cuidados à saúde da criança de zero a cinco anos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O estudo encontra-se de acordo com as normas da Res. 196/96.

Recomendações:

Dentro das normas dos princípios Bioéticos da Res. 196/96, recomendamos que sejam seguidas as normas com adequação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Está de acordo com as normas da Res. 196/96.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Marechal Campos 1468	CEP: 29.040-091
Bairro: S/N	
UF: ES	Município: VITORIA
Telefone: (27)3335-7211	E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



VITORIA, 20 de Novembro de 2012

Adauto Emmerich Oliveira

Assinador por:
Adauto Emmerich Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1468
Bairro: S/N
UF: ES Município: VITORIA
Telefone: (27)3335-7211

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com ; cep@ccs.ufes.br

ANEXO B

**Parecer de autorização da SESA/GERA para coleta de dados aos
sujeitos da pesquisa**



OF/SESA/SCAROAS/GERA Nº 241/2012

Vitória, 31 de outubro de 2012

Prezado Senhor,

A Secretaria de Estado da Saúde/Sesa, por meio da Gerência Estadual de Regulação Assistencial/Gera, autoriza a coleta de dados de abordagem qualitativa a ser obtida através de um grupo focal com os gestores desta Secretaria.

Registra-se que, estes gestores compõem o Programa Estadual de Saúde da Mulher e da Criança.

A pesquisa versa sobre notícias de morte de crianças veiculadas pela mídia escrita, a saber, o jornal "A Gazeta", no espaço de um ano, do projeto de pesquisa intitulado "MORTE DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS NO ESPÍRITO SANTO: UMA ANÁLISE DE ABORDAGEM INSTITUCIONAL COM GESTORES DO PROGRAMA ESTADUAL DE SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA", de autoria de TÂNIA MARA RIBEIRO DOS SANTOS, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, sob orientação de V. Sa.

Após a defesa da dissertação, a autora se comprometerá em encaminhar a esta Secretaria, uma cópia da versão final da dissertação, assim como, se disporá a socializar, através de exposição oral, o estudo em sua íntegra.

Cordialmente


Maria Gorette Casagrande dos Santos
 Gerente de Regulação Assistencial

Ao:

Drº. Túlio Alberto Martins de Figueiredo
 Professor
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
 Universidade Federal do Espírito Santo-UFES

ANEXO C

**APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL
INFANTIL NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SESA**



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

Vitória, 27 de novembro de 2012.

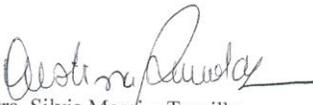
Da: Profª. Dra. Sílvia Moreira Trugilho
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

Para: Tânia Mara Ribeiro dos Santos
Pesquisadoras Responsáveis pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Morte de crianças menores de 05 anos no Espírito Santo: uma análise de abordagem institucional com gestores do programa estadual de saúde da mulher e da criança”**.

Senhoras pesquisadoras

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, após analisar o Projeto de Pesquisa, nº de Registro no CEP 26/2012, intitulado: **“Morte de crianças menores de 05 anos no Espírito Santo: uma análise de abordagem institucional com gestores do programa estadual de saúde da mulher e da criança”**, cumprindo os procedimentos internos desta instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 08292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto em reunião ordinária realizada em 26 de novembro de 2012.

Gostaríamos de lembrar que cabe ao pesquisador **ELABORAR E APRESENTAR OS RELATÓRIOS PARCIAIS E FINAIS** de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX. 2, letra “c”.


Profª. Dra. Sílvia Moreira Trugilho
Coordenadora do CEP-HINSG/SESA

ANEXO D

HEMEROTECA

A Gazeta: *Recorte de acontecimentos de morte de crianças menores de cinco anos*

6 CIDADES

A GAZETA QUARTA-FEIRA, 14 DE SETEMBRO DE 2011

MENINGITE NO ESTADO**Menina de 3 anos morre em hospital**

A Secretaria Estadual de Saúde (Sesa) confirmou, na manhã de ontem, o 26º caso e a 9ª morte por meningite meningocócica no Estado, em 2011. Raquel Carvalho Pereira, 3 anos, morreu no Hospital Infantil, onde deu entrada na manhã de ontem. Segundo o médico Julius

Caesar Ramalho, da Vigilância Epidemiológica da Serra, na manhã de hoje a prefeitura inicia os procedimentos de quimioprofilaxia na comunidade rural de Santiago, onde a criança morava. Todas as pessoas que tiveram contato direto com a menina nos últimos 15 dias deverão receber antibiótico. As crianças vão receber uma dose de reforço na vacina.

A GAZETA QUINTA-FEIRA, 23 DE FEVEREIRO DE 2012

Cidades.

Filho de policial é baleado

Um adolescente de 17 anos, filho de um policial civil, foi baleado no carnaval da Ponta da Fruta, Vila Velha. Uma outra jovem de 17 anos também foi atingida. Página 7

 ESTRELA
 CÉLULA ARIE
 carves@republica.com.br
 Fone: 3321.1344
 www.republica.com.br

BALAS PERDIDAS 16 CRIANÇAS ATINGIDAS

Elas são as vítimas inocentes da guerra do tráfico nas ruas

DA REDAÇÃO MULTIMÍDIA

DOR SEM FIM

Nada menos que 16 crianças foram vítimas de bala perdida no Estado nos últimos 12 meses. Em todos os casos, os disparos ocorreram durante disputa entre gangues rivais ou grupos de traficantes. O levantamento foi feito com base em matérias publicadas em A GAZETA, já que a própria polícia não possui o detalhamento. Este ano, já são duas crianças mortas, vítimas de bandidos em bairros de periferia. Na noite de ontem mais uma foi ferida, em Vila Velha (veja na página 6).

Na maioria dos casos, as vítimas são atingidas durante tiroteios, dentro de casa, caminhando pela rua ou brincando em praças. Os autores dos disparos, segundo a polícia, são rivais em guerra na disputa pelo tráfico de drogas e também em busca de acerto de contas de rixas pessoais.

A cada semana, uma pessoa é vítima de bala perdida na Grande Vitória. Ano passado, mais de 50 vítimas foram atingidas. Um exemplo do que ocorre foi registrado na última terça-feira. Thaislayni de Jesus Silva, de apenas dois meses de vida, foi morta por uma bala perdida quando estava no colo do pai, no quintal de casa, no bairro São João Batista, em Cariacica. Além da criança, mais duas pessoas foram atingidas pelos disparos.

DENÚNCIAS

Os tiroteios que acontecem pelas comunidades da Grande Vitória são, na maioria das vezes, resultado da disputa pelo controle do tráfico. Nesses casos, a ajuda da população é decisiva para a prisão dos culpados.

"Não sabemos como estamos aguentando essa dor. Se a minha filha não tiver um tratamento, é capaz até de ela ficar 'passada do juízo'. Ela está tão abalada que não quis ver a minha netinha. Se fala tanto em autoridade e em polícia, mas a violência não acaba. Nós não sabemos o que fazer. Está nas mãos de Deus"

JOSÉ BATISTA DE JESUS
62 ANOS, GARI Avô da criança morta

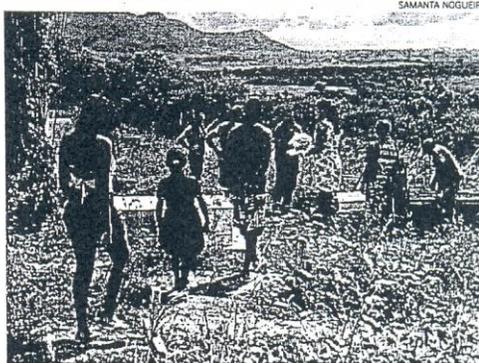
O delegado Diego Yamashita, titular da Delegacia de Tóxicos e Entorpecentes (Deten), destaca que em metade dos casos as prisões são resultado de informações passadas por moradores, por meio do disque-denúncia 181.

"No Estado, não temos áreas de domínio pelos traficantes, como acontece no Rio de Janeiro. As situações de toque de recolher na Grande Vitória são pontuais, e duram, no máximo, dois dias. São ações isoladas", afirma.

ADEUS A THAISLAYNI

A menina Thaislayni de Jesus Silva, de apenas dois meses de vida, foi sepultada na manhã de ontem no Cemitério Jardim da Saudade, em Nova Rosa da Penha, Cariacica.

Desolada, a mãe da criança não conseguiu ir ao enterro. A cerimônia ocorreu em silêncio e durou poucos minutos. Amigos e familiares estavam informados com a maneira como o bebê morreu.



Thaislayni, de apenas dois meses, foi enterrada ontem em Cariacica

Tiroteios são comuns no bairro, dizem moradores

Revolta e medo são os sentimentos dos moradores do bairro São João Batista, em Cariacica, após a morte de Thaislayni, de dois meses, vítima de bala perdida na tarde de terça-feira. Segundo os vizinhos da família da vítima, a violência tomou conta da região e há tiroteios frequentes entre traficantes do bairro São João Batista e do Morro da Mangueira.

Por isso, as pessoas evi-

tam sair de casa depois das 19 horas e as crianças não brincam mais nas ruas.

Ontem, o comércio estava aberto e os moradores passavam pela rua onde ocorreu o crime. O medo, no entanto, era evidente. O principal assunto era a morte da menina e a falta de segurança no bairro.

Uma merendeira de 41 anos afirmou que, mesmo antes do crime, já sentia medo de morar em São

João Batista. Segundo ela, o policiamento é raro na região. "Não tem segurança nenhuma nesse lugar. A polícia só passa, mas não olha o que está acontecendo. Parece que até eles têm medo de ficar aqui."

De acordo com um pedreiro de 57 anos, os confrontos entre traficantes são comuns. "Os tiroteios ocorrem a qualquer hora do dia. Eles ficam no Morro da Mangueira atirando no morro de cá. Esses dias, um disparo atingiu a panela dentro da casa de uma mulher. Vozou de um lado para o outro", contou.

Polícia ainda não sabe quem atirou

No dia seguinte à morte de Thaislayni de Jesus Silva, ontem, nenhum suspeito havia sido detido. No entanto, a Polícia Militar garantiu que permanece na região à procura de pistas que levem aos motociclistas envolvidos no crime.

Os militares informaram, também, que o policiamento no bairro São João Batista - onde aconteceu a imposição do toque de recolher que resultou na morte do bebê - foi reforçado por outras companhias do 7º Batalhão, além de grupamentos

do GAO. Há, ainda, a previsão para que outras guarnições da PM reforcem a segurança no local.

O caso será encaminhado hoje para a Delegacia de Crimes Contra a Vida (DCCV) de Cariacica, que investigará o crime.

14 CIDADES

A GAZETA QUARTA-FEIRA, 7 DE MARÇO DE 2012

PELO ESTADO

CACHOEIRO

Criança passa por 4 médicos, não é diagnosticada e morre

Apenas o quinto profissional percebeu que Ana Samara estava com coqueluche

▲ SARA MOREIRA
agazeta@ultraredegazeta.com.br

A pequena Ana Samara Costa Gomes, de dois meses de idade, morreu de coqueluche após a mãe ter peregrinado por quatro médicos de Mimoso do Sul e um em Cachoeiro de Itapemirim. Apenas com a ajuda do quinto profissional a doença foi diagnosticada.

Segundo o relato da mãe, a dona de casa Rosângela Fidelis Costa Gomes, a filha começou a passar mal no dia 5 de fevereiro. "Ela começou a tossir e a gemer nos meus braços. No mesmo dia, corri para o Pronto-Socorro do hospital, e o médico disse que ela estava bem, deu um xarope e voltamos para casa", contou.

Ao voltar com a filha, no mesmo hospital no dia seguinte, um outro médico examinou a criança e disse tratar de uma gripe leve. "Mas ela não melhorava,

afí voltei ao pronto-socorro no dia 10 de fevereiro, e um terceiro médico nos atendeu. Ele disse que ela estava com bronquite, receitou remédios e disse que poderíamos vaciná-la contra coqueluche. No dia 13 de fevereiro, ela recebeu a primeira dose da vacina", afirma.

As crises de tosse na criança foram aumentando, e a mãe levou a criança novamente ao hospital, no dia 15 de fevereiro.

"Um quarto médico disse que ela já estava medicada e ela fez nebulização. Ela teve duas paradas respiratórias durante o processo. Só aí que perceberam que o caso era grave", diz Rosângela.

Ana Samara foi transferida, no mesmo dia, para o Hospital Infantil de Cachoeiro. "O médico de lá constatou que era coqueluche e ela já estava em estado grave. Ele perguntou por que eu deixei minha filha chegar nesse estado. Eu estive lutando com ela desde o início do mês, fiz de tudo para salvá-la", ressalta.

A menina ficou 13 dias



SARA MOREIRA

"No hospital, eu a vi olhar para mim, sorrir. Tive esperança. Mas, depois, vi minha filha indo embora, sofrendo"

— ROSÂNGELA C. GOMES, MÃE DE ANA



O bebê começou a sentir os sintomas há um mês

internada, mas morreu no dia 28 de fevereiro.

O secretário de Saúde de Mimoso do Sul, Paulo Roberto Vivas, informou que a

morte da criança foi uma tragédia, pois é difícil diagnosticar a doença no início. Segundo ele, outros quatro casos de coqueluche foram notificados no município, em crianças de oito meses, 2, 8 e 12 anos de idade.

"A primeira fase da doença pode durar até duas semanas, ficando difícil diagnosticar. Infelizmente, no caso do bebê, foi uma tragédia, pois ele evoluiu de uma maneira inesperada na segunda fase, tornando-se um caso atípico", explica.

Estado tem 30 casos da doença

▲ A Secretaria Estadual de Saúde informou que, em todo o Estado, já foram registrados 30 casos de coqueluche e dois óbitos - um em Cariacica e um em Mimoso do Sul. Segundo o órgão, a realização de exames laboratoriais nem sempre é necessária para confirmação da doença.

A GAZETA – VITÓRIA – ES - QUINTA-FERIA – 26/04/12

16 CIDADES SEGURANÇA

A GAZETA QUINTA-FEIRA, 26 DE ABRIL DE 2012

CARIACICA

Presos pela morte de dois bebês em dois meses

Uma criança foi baleada dentro de uma casa na última segunda; a outra, em fevereiro

DA REDAÇÃO MULTIMÍDIA
Foram presos os suspeitos de serem os responsáveis pelas mortes de dois bebês, baleados em Cariacica, nos últimos dois meses. Eliezer Martins Silva Júnior, 22, Jean Maycon dos Santos, 18, e um adolescente de 17 anos são suspeitos da morte da menina Cauanie Soares dos Santos, de um ano e 10 meses, baleada dentro de uma casa no bairro Vale Esperança, na última segunda-feira.

O alvo, de acordo com o delegado Adroaldo Lopes, titular da Delegacia de Homicídios e Proteção à Mulher, era Leonardo Rodrigues do Nascimento, 23, morto durante a ação. O motivo seria vingança. Os três suspeitos contaram, em depoimento, que não



RICARDO MEDEIROS

Eliezer e Jean Maycon são suspeitos da morte de Cauanie, de um ano e 10 meses

tiveram a intenção de atingir a criança. Outras duas pessoas, que ainda não foram presas, estariam envolvidas neste crime.

Em outro caso, Fábio Brandão dos Santos, 22, Jhonny Darc e um rapaz de 16 anos são apontados como responsáveis pela mor-

te de Thaislayne de Jesus Silva, que tinha dois meses de idade quando foi baleada na cabeça, no dia 21 de fevereiro, no bairro São João Batista. Segundo Lopes, a morte da criança foi resultado de um tiroteio promovido por gangues rivais do tráfico de drogas da

região. Na ação, mais duas pessoas foram baleadas.

A prisão das pessoas apontadas como responsáveis pelas mortes das duas crianças em Cariacica é resultado de uma operação integrada das polícias Civil e Militar. (Patrícia Maciel)

16 CIDADES

A GAZETA QUINTA-FEIRA, 5 DE JULHO DE 2012

PELO ESTADO

HOSPITAL DE LINHARES

Justiça ouve 17 sobre morte de crianças

Dois anos após a morte de duas crianças no Hospital Geral de Linhares (HGL), por motivos ainda não esclarecidos, foi realizada ontem a audiência de instrução do processo que investiga o caso. Foi ouvido um total de 17 tes-

temunhas apontadas pelo Ministério Público da comarca. Trata-se de um caso que teve forte repercussão no município, localizado no Norte do Estado. Riquelme Balbino Macedo, 3 anos, e Guilherme Canuto dos Santos, 1 ano, de-

ram entrada no hospital em abril para serem submetidos a procedimentos cirúrgicos simples, como extração de uma verruga, caso do segundo menino, mas morreram. Segundo informações fornecidas pelo juiz, dois médicos e dois anestesistas do HGL foram indiciados por homicídio culposo – quando não há intenção de matar.

MORTE DE MENINA

Queda pode ter sido negligência

Polícia descarta hipótese de homicídio, mas mãe ainda pode ser responsabilizada

■ MAYRA BANDEIRA
mbandeira@redgazeta.com.br
DA REDAÇÃO MULTIMÍDIA

A polícia descartou a hipótese de homicídio na morte da menina Maria Kézia Lacerda, 4 anos, que caiu de um prédio na tarde da última segunda-feira, em São Diogo II, Serra. A hipótese mais provável é mesmo de acidente. Po-

rém, a mãe da criança poderá ser responsabilizada por negligência.

Debora da Silva Souza, 23, mãe da menina, deverá ser ouvida ainda nesta semana pela polícia. Ela estava sozinha no apartamento, que fica no sétimo andar, com Kézia e os outros dois filhos, uma menina de 8 e um menino de 5 anos.

A perícia da Polícia Civil esteve no local logo após a queda da criança, e o laudo deve ficar pronto entre 10 e 30 dias, informou o

chefe da Divisão de Homicídios e Proteção à Pessoa (DHPP), delegado Claudio Victor. O caso agora vai ser encaminhado à Delegacia de Homicídios e Proteção à Mulher (DHPM).

Ainda não se sabe se a mãe dormia na sala enquanto as crianças brincavam ou se ela estava no quarto no momento do acidente.

A menina foi enterrada ontem, no Cemitério Jardim da Paz, em Laranjeiras, Serra, por volta

das 15h30. Muito abalados, familiares da criança não permitiram a entrada da imprensa no velório e também não quiseram dar entrevistas.

PAI ASSASSINADO

Não é a primeira vez que a família da menina Maria Kézia vive uma tragédia. Há nove meses, o pai da menina, Alexandre Krugel da Silva, que na época tinha 26 anos, foi morto com 14 tiros na zona rural de Cariacica.

33 vítimas de queda em 2010

■ O acidente envolvendo a menina Kézia que caiu do 7º andar de um edifício na segunda-feira, não é incomum. Levantamento da ONG Criança Segura aponta que a queda de edifício foi responsável pela morte de 33 crianças no país no ano de 2010, na faixa etária de zero a 14 anos.

Segundo a família, o rapaz era comerciante e não tinha envolvimento com drogas.

"Foi uma emboscada. Ele recebeu uma mensagem de texto pelo celular de uma pessoa que a gente não sabe quem é. Foi morto no mesmodia. Meu filho era trabalhador e não se envolvia com coisa errada", disse o pai de Alexandre e avô de Kézia, Paulo Henrique Silva, 48 anos. (Com informações de Patricia Maciel)

OUTRAS NOTÍCIAS

REPORTAGEM ESPECIAL

Morte de menina de 6 anos foi mais um capítulo na guerra do tráfico que amedronta os moradores em Inhanguetá

Refêns da violência

DA RESCÃO NA TRINCA
Um morto da guerra em São Paulo é mais um capítulo da guerra imposta pelo tráfico de drogas que faz reféns os moradores do bairro de Inhanguetá, região da Grande São Paulo, em Vitória. A criança, atingida por um tiro na cabeça no último domingo, foi vítima de uma luta perdida entre gangues locais.

Em algumas situações, as gangues se enfrentam diretamente para o controle do tráfico de drogas, apesar de não serem responsáveis por a maioria dos crimes no local. Moradores relatam que os motes são constantes e que podem ocorrer em qualquer momento e sem aviso prévio.

O comandante da segunda companhia do 12º Batalhão da Polícia Militar, capitão Almir Amor, afirma que a polícia tem enfrentado crimes de rotina. Segundo ele, a taxa de homicídios não tem apresentado uma redução, mas sim uma estabilização em torno de 100 por cento.

INSEGURANÇA
Apesar de não serem responsáveis por a maioria dos crimes, os moradores de Inhanguetá vivem com medo de ataques de novos traficantes, especialmente os moradores de Inhanguetá, que a maioria das vítimas são crianças. Segundo o comandante da segunda companhia do 12º Batalhão da Polícia Militar, capitão Almir Amor, a polícia tem enfrentado crimes de rotina. Segundo ele, a taxa de homicídios não tem apresentado uma redução, mas sim uma estabilização em torno de 100 por cento.



"Aqui eles é que mandam e a gente tem que conviver com o medo de deixar os nossos filhos saírem"

"As pessoas tinham que entender que não é matando que se resolve as coisas"

SEBASTIÃO FERREIRA MARIDO DA AVÓ DE MICHELE

A comunidade foi às ruas com cartazes para pedir o fim da violência no bairro e uma maior presença da polícia



Família e amigos seguiram à pé até o cemitério de Santo Antônio

le é a terceira criança que morreu desde então aqui. Foi o primeiro caso de violência no bairro. Sem muitos detalhes, nem da para contar quando. Mas o mais importante é que a menina tinha sido atingida. A polícia precisa estar presente, sob o risco de ser "aldrado".

A comunidade se organizou e seguiu em frente. Queremos que o bairro tenha ações para que as nossas crianças possam viver e crescer em paz. Em dois anos foram seis crianças mortas. Se não mudar nada, vamos continuar a morrer. Mas não vamos desistir. Mas não vamos desistir.

MUDANÇA
Resistência e mudança: mais e melhor presença policial e maior presença da comunidade.

TRAGÉDIA EM VITÓRIA

Avô teve sonho de que algo ruim iria acontecer com um dos netos

Menina foi enterrada ontem, sob forte comoção da família e amigos do bairro

A avó materna de Michele, Lúcia dos Santos, chegou a ter um pressentimento de que algo de ruim iria acontecer com um de seus netos. Segundo o marido dela, o bombeiro Sebastião Ferreira, a mulher, que é evangélica fervorosa, teve uma visão. "Deus mostrava dois caixões de criança para ela. Ela perguntava o que era, mas ele não falava", contou. Ele recorda que depois do fato a avó pediu a todos que fossem mais cuidadosos com os seus netos.

No velório da menina, que aconteceu na Igreja Deus é Amor, frequentada pela família no bairro Inhanguetá, parentes e amigos estavam bastante abalados.

A mãe de Michele tinha a revolta estampada no rosto e chegou carregada de pedras para que os repórteres se retirassem da igreja e não permitissem que fossem



No alto, a avó, Lúcia dos Santos, segue, aos prantos, o cortejo ao lado, foto de Michele, que tinha apenas seis anos e sonhava se tornar cantora evangélica



feitas fofas. "Está todo mundo arrasado. Até as crianças não quiseram almoçar. Foi algo que comoveu o bairro inteiro. Eu não desço mais pra família de ninguém."

Praticamente criou a Michele desde pequena e ela me chamava de pai", contou Sebastião.

CORTEJO
Ela gerou, amigos e familiares seguiram a pé até o Cemitério de Santo Antônio em um cortejo, com o canção da menina à frente e cartazes pedindo o fim da violência no bairro.

Com um cortejo de som,

"Era uma criança que só nos dava alegrias. Agora, só as outras netas para me consolar"

LÚCIA DOS SANTOS AVÓ DE MICHELE

os moradores passavam pela rodovia Sete Anos Dezenz cantando músicas evangélicas e fazendo orações.

Na chegada ao cemitério, a mãe da menina voltou a demonstrar sua revolta. Depois do enterro, bastante abalada, a avó, Lúcia dos Santos, disse que a netinha era uma criança que só trazia alegrias. A menina sonhava em se tornar cantora evangélica.

"Agora, só as outras netas para me consolar", disse, aos prantos. A mãe da menina passou mal durante o enterro e teve que sair do cemitério carregada por combatedores.

DESTAQUE DO DIA 3

TERÇA-FEIRA, 8 DE NOVEMBRO DE 2011 A GAZETA

BALAS PERDIDAS

UMA VÍTIMA POR SEMANA

No caso mais recente, menina de 3 anos foi ferida em Vitória

ANNY GIACOMIN
agiacomin@redgazeta.com.br

NUNO MORAES
nunomoraes@redgazeta.com.br

Pelo menos uma pessoa é vítima de bala perdida por semana, na Grande Vitória. Neste ano, foram mais de 50 atingidas, segundo levantamento foi feito com base em matérias publicadas em A GAZETA, já que a própria polícia não tem esse detalhamento. Em 2009, durante todo o ano, foram 13.

O caso mais recente foi registrado no último domingo. Uma criança de 3 anos de idade – cujo nome não será revelado por motivos de segurança – brincava em um pula-pula montado na praçinha do bairro São Pedro I, em Vitória, quando foi atingida por dois tiros. Os disparos teriam sido feitos por dois homens.

O fato aconteceu por volta das 22 horas. A criança estava com o padrasto e havia saído de casa cerca de uma hora antes. A menina estava no pula-pula com outras crianças, brincando.

O padrasto da garota contou que tudo corria bem até o momento em que dois rapazes – ainda não identificados pela polícia – chegaram à praça.



Criança foi ferida quando brincava em praça de São Pedro I; um disparo também quebrou farol de picape

FOTOS: NESTOR MULLER

Eles discutiam e faziam ameaças mútuas.

No momento da discussão, a praça estava cheia. Ambos os rapazes sacaram armas, mas em uma delas os tiros mascaram. O outro conseguiu atirar contra o rival, que saiu correndo.

TIROTEIO

Um dos disparos acertou o farol de uma picape, estacionada na rua. Houve correria e pânico na praça. Desesperados, os pais correram em direção aos brinquedos montados no local

OCORRÊNCIAS

3 casos de bala perdida foram registrados entre os dias 12 e 16 de outubro deste ano.

68 anos é a idade da vítima mais velha desses casos. A mais nova é a criança de 3 anos.

para pegar os filhos.

"Ela estava consciente na hora em que a pegamos. Só depois que a tiramos do pula-pula é que ela reclamou de dor. Ai, vimos que havia sido ferida por uma das balas", explicou o padrasto da criança baleada.

A menina ferida foi levada para a Policlínica de São Pedro. De lá, após receber os primeiros socorros, foi encaminhada para o Hospital Infantil Nossa Senhora da Vitória, na Praia do Canto, também na Capital.

A família da criança

preferiu preservar o anonimato. Com medo de represálias, o padrasto apenas comentou, ainda no hospital, que a menina estava bem de saúde.

"Um tiro a acertou no ombro direito e saiu pelo esquerdo. Foi quase superficial, não acertou osso nem órgão. E outro acertou a mão esquerda dela. Os médicos disseram que ela não corre risco de morte, nem de ficar com sequelas", disse.

A garota teve alta ontem à tarde e passa bem, apesar do susto.

Com medo, comunidade cobra mais presença da PM

«A comunidade de São Pedro I está preocupada com os tiroteios que estão acontecendo na região, envolvendo rivais em guerra por disputas pelo tráfico de drogas e rixas pessoais, rotineiramente.

"Nem gostamos de falar sobre o assunto, com medo de represálias", declarou uma moradora, que pediu para não ter o nome divulgado. Segundo ela, na noite de domingo, vários disparos foram efetuados na praça e na Rua Natalino de Freitas Neves.

Já o líder comunitário de São Pedro I, Paulo Simão, disse que só o reforço do policiamento na região pode garantir a segurança dos moradores que fre-

quentam a praça do bairro, no domingo à noite.

"Nós temos policiamento sim. Mas a radiopatrulha passa uma vez por aqui e, depois, demora mais de uma hora para passar novamente. O ideal seria que, das 19 horas, quando começa o movimento, até às 22h30, uma radiopatrulha ficasse parada no local. Ou que du-

plas da PM fizessem a ronda a pé no local."

A Polícia Militar informou que o policiamento preventivo no bairro é mantido em todos os horários. Acrescentou que faz constantemente reuniões com o Movimento Comunitário de São Pedro para que os moradores possam dar sugestões a respeito do policiamento na região.

MINIENTREVISTA

"VI QUE ESTAVA FERIDA AO TIRÁ-LA DO PULA-PULA"

X. Padrasto da vítima

«O padrasto da criança baleada na praçinha de São Pedro I, na noite do último domingo, estava no Hospital Infantil de Vitória na manhã de ontem. Ainda tenso e preocupado por conta do ocorrido, ele falou sobre o caso.

O que aconteceu na praça?

Dois rapazes chegaram discutindo, sacaram as armas e iniciaram o tiroteio. Não houve um motivo aparente. Eles estavam só discutindo mesmo.

E houve correria?

Sim. Todo mundo ficou procurando um abrigo para tentar escapar dos disparos. Quem estava com os filhos correu para protegê-los.

O senhor viu quando sua enteada foi baleada?

Não sei como aconteceu. Só percebi que ela estava ferida ao tirá-la do pula-pula. Ela ainda estava consciente, reclamou que estava sentindo um pouco de dor.

Como a criança está?

Graças a Deus, está bem. Os médicos disseram que não corre risco de morte nem de ficar com sequelas.

EPISÓDIOS QUE ACABARAM EM MORTE

Após culto

O menino Robert Bryan Costa (foto à direita), 10, morreu atingido por bala perdida, em Jardim Limoeiro, Serra, em fevereiro. Ele havia acabado de sair de um culto.



Em praça

Mateus Vidal Arruda, 8, foi morto, em abril, com um tiro na cabeça. Ele estava na praça de Inhanguetá, Grande São Pedro, onde compraria bolo



Proteção

No último dia 16, Waldeilson Campos, 34, foi atingido com tiro no abdome ao proteger uma amiga num tiroteio, em Pedra dos Búzios, Vila Velha

Tadeu Marino

É secretário estadual da Saúde

« Com o lançamento da Rede Bem Nascer, o Espírito Santo dá um passo importante para diminuir a mortalidade materno-infantil

Nasceu a Bem Nascer

Controlar a mortalidade materno-infantil é um desafio no Brasil. Evitar que mães e filhos percam a vida por motivos, na maioria das vezes, preveníveis, como a realização de um pré-natal adequado, é inerente a um país em desenvolvimento.

Embora no Espírito Santo os índices de mortalidade se apresentem abaixo da média nacional, a partir de agora damos um passo importante para acelerar a diminuição dessas taxas com o lançamento da Rede Bem Nascer.

A Rede Bem Nascer é uma estratégia do governo do Espírito Santo com o objetivo de diminuir, até 2015, os índices de mortalidade materno-infantil para taxas aceitáveis pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Levando-se em consideração dados mais atuais de 2011, queremos reduzir a mortalidade infantil de 11,90 óbitos por grupo de mil nascimentos para 9,26. Em relação à mortalidade materna, nossa meta é diminuir o coeficiente de 58,19 óbitos por 100 mil nascimentos para 34.

Obviamente, não se trata de pactuar o número de óbitos, o ideal seria que não houvesse mortes. Temos que tra-

balhar com índices mais próximos de zero. Para atingir o objetivo, a Rede Bem Nascer organizará a assistência materno-infantil de forma integrada nos vários níveis de complexidade, desde o pré-natal e até os cinco anos de vida da criança.

Um dos pontos principais é o investimento de recursos estaduais na melhoria da ambiência e humanização do atendimento nas maternidades.

Ao todo, a Secretaria de Estado da Saúde (Sesa) disponibilizará um total de R\$ 12 milhões para melhorias em 20 maternidades – de alto risco, risco habitual ou ambas – identificadas como referência para pacientes de cada uma das quatro regiões de saúde do Estado (Norte, Central, Metropolitana e Sul).

O recurso será alocado de acordo com a necessidade de cada unidade, desde que contemplem adequação de estrutura física e aquisição de equipamentos hospitalares, trazendo melhoria para os pacientes.

Mas não é só isso. Vale destacar o trabalho de parceria com os municípios, que terão o importante papel de “abrir a porta” da Rede Bem Nascer para as gestantes.

Por isso, estamos estendendo nossas ações para melhorias na atenção primária, com a construção de 63 Unidades de Saúde da Família. Além disso, vamos iniciar a implantação de quatro centros de referência especializados em regiões estratégicas do Estado.