Coleção Criança com todos os seus direitos

Salvando Vidas no Nordeste Brasileiro

Volume 4

Uma conversa sobre saúde materna e infantil

Cofinanciador

União Europeia

Coordenação

Fundação Abrinq

Save the Children

Realização

Cará – Associação Civil de Articulação para a Cidadania

Campanha Nacional pelo Direito à Educação

Campaña Latinoamericana por el Derecho a la Educación

Colaboração

Reckitt Benckiser

Parceiro

Unicef 10 Anos

Centro de Cultura Luiz Freire

Cendhec

Centro Nordestino de Medicina Popular CNMP

tcdp

Coleção

Criança com todos os seus direitos

Salvando Vidas no Nordeste Brasileiro

Uma conversa sobre saúde materna e infantil

Volume 4

1ª Edição

Recife

Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente

2014

FUNDAÇÃO ABRINQ

Save the Children

Criança com todos os seus direitos

EXPEDIENTE

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Presidente
Carlos Antonio Tilkian

Vice-Presidente
Synésio Batista da Costa

Secretário
Bento José Gonçalves Alcoforado

Conselheiros

Bento José Gonçalves Alcoforado, Carlos Antonio Tilkian, Claudio Roberto I Sen Chen, Daniel Trevisan, David Baruch Diesendruck, Dilson Suplicy Funaro, Eduardo José Bernini, Elias Jonas Landsberger Glik, Fernando Vieira de Mello, Hector Nuñez, José Eduardo Planas Pañella, José Ricardo Roriz Coelho, José Roberto dos Santos Nicolau, Karin Elisabeth Dahlin, Kathia Lavin Gamboa Dejean, Lourival Kiçula, Luiz Fernando Brino Guerra, Mauro Antonio Ré, Mauro Manoel Martins, Natânia do Carmo Oliveira Sequeira, Otávio Lage de Siqueira Filho, Raul Antonio de Paula e Silva, Rubens Naves, Synésio Batista da Costa e Vitor Gonçalo Seravalli

CONSELHO FISCAL

Audir Queixa Giovanni, Geraldo Zinato, João Carlos Ebert, Mauro Vicente Palandri Arruda, Roberto Moimáz Cardeña e Sérgio Hamilton Angelucci

SECRETARIA EXECUTIVA

Administradora Executiva
Heloisa Helena Silva de Oliveira

Gerente de Desenvolvimento de Programas e Projetos
Denise Maria Cesario

Gerente de Desenvolvimento Institucional
Victor Alcântara da Graça

PROGRAMA CRIANÇA COM TODOS OS SEUS DIREITOS

Daniela Resende Florio, Douglas Souza, Elza Ferraz Luiz Mendonça, Luyla Karina, Miguel Minguilo e Péricles Barbosa

FICHA TÉCNICA

Texto
Silvoney Matos Júnior, Ricardo Alexandre Amaral Muniz, Maria da Conceição Paiva e Jamile Drubi

Edição
Daniela Resende Florio

Colaboração
Denise Maria Cesario, Gislaine Cristina de Carvalho, Stéfany Terceiro dos Santos, Thais Moreira Arruda e Victor Alcântara da Graça

Revisão ortográfica e gramatical
Mônica de Aguiar Rocha

Projeto gráfico e diagramação
Priscila Hlodan

Ilustração
Vanessa Alexandre

Impressão
Pro Visual Gráfica e Editora Ltda ME

Tiragem
1.500 exemplares

SUMÁRIO

6 Introdução

7 Apresentação

9 1. Cenário das políticas públicas

12 2. Sobre a situação da saúde infantil

25 3. Contribuições do PCTD e PSV

34 4. Desafios e lições aprendidas

37 5. Referências bibliográficas

INTRODUÇÃO

A Fundação Abrinq, criada em 1990, é uma organização sem fins lucrativos e tem a missão de promover a defesa dos direitos e o exercício da cidadania de crianças e adolescentes. Sua meta é o reconhecimento de todas as crianças e adolescentes como sujeitos de suas próprias histórias, e que têm o direito de viver com dignidade, respeito e liberdade, com saúde, alimentação adequada, educação de qualidade, acesso a esportes, lazer, cultura e à profissionalização.

Desde 2010, a Fundação Abrinq é representante da Save the Children no Brasil e, com essa parceria, foi capaz de aumentar seu impacto na proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes do país, aprendendo com as melhores práticas globais e com a possibilidade de acesso a recursos internacionais.

O **Programa Criança com Todos os Seus Direitos** é uma iniciativa da Fundação Abrinq – Save the Children, cofinanciado pela União Europeia, e realizado pela Associação Civil de Articulação para Cidadania (Acari), Centro Dom Helder Câmara de Estudos e Ação Social (Cendhec), Centro de Cultura Luiz Freire (CCLF), Centro Nordestino de Medicina Popular (CNMP), Campanha Latino-Americana pelo Direito à Educação, Campanha Nacional pelo Direito à Educação e International Child Development Programme. Ele surge em resposta às precárias condições de sobrevivência e desenvolvimento das crianças de 0 a 5 anos, na Região do Semiárido brasileiro e nos Altiplanos do Peru.

Em 2013 lançamos os primeiros três volumes da *Coleção Criança com Todos os seus Direitos* em conjunto com os parceiros do Programa. Os primeiros cadernos temáticos tiveram a intenção de reforçar e incentivar a implementação de hábitos alimentares mais saudáveis, para melhorar a saúde e a qualidade de vida das crianças de 0 a 5 anos, bem como de suas famílias. Visou ainda contribuir com a proteção integral das crianças, através de informações e dicas que ajudarão a prevenir situações de violência, e refletir sobre a educação das crianças de 0 a 5 anos, principalmente a educação oferecida pelos espaços institucionais da Educação Infantil: as Creches e Pré-Escolas.

Os novos volumes apresentados agora trazem a voz da criança pequena sertaneja com seus desejos e necessidades, a sistematização do projeto CAQi (Custo Aluno Qualidade Inicial) da Educação Infantil do Semiárido e um olhar sobre a situação da mortalidade materna e infantil nos municípios trabalhados pelo Programa.

APRESENTAÇÃO

A redução da taxa de fecundidade, associada à melhoria das condições gerais de vida da população e à provisão de serviços básicos de saúde, além de políticas voltadas à saúde infantil, como aumento na divulgação da re-hidratação oral, do aleitamento materno e da intensificação dos programas de imunização contra o sarampo, são apontadas como os principais determinantes na redução da taxa de mortalidade infantil (PNUD apud IPEA, 2009).

Apesar desse declínio acentuado, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o nível da mortalidade infantil no Brasil não pode ainda ser considerado baixo, sendo cerca de sete vezes maior que as taxas verificadas nos países mais desenvolvidos. A cada ano, cerca de 70 mil crianças brasileiras morrem antes de completar seu primeiro ano de vida (UNICEF apud IPEA, 2009).

Sob essa perspectiva, a Fundação Abrinq – Save the Children, através do **Programa Criança com Todos os Seus Direitos (PCTD)**, se propõe a apoiar agentes não governamentais e autoridades locais na implantação de serviços básicos integrados para a melhoria da saúde e bem-estar na primeira infância. Além de pretender ampliar a participação de gestores públicos, familiares e membros das comunidades na proteção dos direitos das crianças em populações excluídas do Semiárido do Nordeste brasileiro. Criou-se o **PCTD** com o objetivo de melhorar o atendimento integral para as crianças de até 5 anos de idade e mobilizar a sociedade civil e governos locais para garantir educação, saúde e o bem-estar das crianças e unir forças para criar políticas e projetos integrados voltados para crianças entre iniciativas locais, nacionais e internacionais.

Em 2010 o **PCTD** realizou um diagnóstico sobre a análise da situação dos direitos das crianças do Semiárido o qual apontou que, entre os 35 municípios envolvidos em suas atividades, nove possuíam alta vulnerabilidade no que diz respeito à situação de saúde materna e infantil, necessitando de ações específicas e de alto impacto. A partir dessa realidade, a Fundação Abrinq – Save the Children lançou um novo projeto, denominado **Projeto Salvando Vidas no Nordeste do Brasil (PSV)**, cujo objetivo é contribuir para o fim das mortes maternas e infantis no Nordeste do país e ajudar essas crianças a ter uma vida saudável e segura.

A Fundação Abrinq – Save the Children, portanto, organizou uma série de ações no período de 2010 a 2014 para viabilizar, à população de alguns municípios do Nordeste, atividades de apoio ao poder público e à sociedade

que resultem na melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Os Projetos surgiram diante da identificação de uma série de dificuldades de mães e crianças terem acesso a serviços de pré-natal, parto, puerpério, nutrição, assim como informações sobre diabetes, hipertensão, cuidados com o bebê e a saúde sexual e reprodutiva.

A parceria com a Comissão Europeia, Associação Civil de Articulação para Cidadania (Acari), Centro Dom Helder Câmara de Estudos e Ação Social (Cendhec), Centro de Cultura Luiz Freire (CCLF), Centro Nordestino de Medicina Popular (CNMP), Campanha Latino-Americana pelo Direito à Educação, Campanha Nacional pelo Direito à Educação e International Child Development Programme foi fundamental, permitindo-nos implantar o projeto de saúde infantil e materna e garantir que crianças, gestantes e puérperas (mulheres que acabaram de dar à luz) em Pernambuco sejam capazes de sobreviver.

Nesta publicação será apresentada a análise da situação da saúde das crianças e das gestantes nos municípios do Nordeste em que se manifestam os maiores índices de mortalidade materna e infantil a partir dos marcos estabelecidos na Convenção dos Direitos da Criança. Além disso, visa identificar quais os direitos estão sendo violados e as razões dessas violações na saúde, fornecendo indicações sobre que processos de mudança são necessários para que todas as crianças da região tenham seus direitos efetivados.

Os dados encontrados neste estudo mostram que, embora o Brasil tenha avançado significativamente na formulação de políticas públicas nacionais básicas, como saúde, que impactam positivamente na vida das crianças, essas ações não atendem às necessidades de todas as regiões do país. Isso significa que o Brasil melhorou muito em regiões médias, mas as regiões críticas seguem sendo palco de inúmeras violações de direitos humanos de crianças e gestantes, a exemplo da taxa de mortalidade infantil que na região Nordeste apresenta a mais alta, enquanto na região Sul a mortalidade infantil é a mais baixa do país, 17 mortes por mil nascidos vivos, e considerada baixa pelos padrões da OMS. Para ser considerada baixa, a mortalidade infantil precisaria ser inferior a 20 mortes por 1.000 nascidos vivos (CEBRAP apud IPEA, 2009).

1 CENÁRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Em nível federal

Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal

O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal foi lançado na gestão do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2004. Promove a melhoria da atenção obstétrica e neonatal através da mobilização e da participação de gestores das esferas federal, estadual e municipal e da sociedade civil organizada – universidades, sociedades médicas e ONGs. Para tanto, propõe amplo diálogo social que objetiva, entre outros, a promoção e o monitoramento das ações realizadas pelo Ministério da Saúde para a redução da mortalidade materna e neonatal.

Diretrizes do Pacto

a) Rede Cegonha

O plano do governo federal é garantir pelo Sistema Único de Saúde (SUS) atendimento seguro e humanizado desde a confirmação da gravidez até os dois primeiros anos de vida do bebê. Isso significa que a medida abrange a assistência obstétrica (às mulheres), com foco na gravidez, no parto e pós-parto, como também a assistência infantil (às crianças).

Para tornar o projeto realidade, o Ministério da Saúde prevê maiores investimentos de seu orçamento no Projeto. Esses recursos serão aplicados na construção de uma rede de cuidados primários à mulher e à criança.

Metas da Rede Cegonha

O objetivo é que ações sejam aplicadas em todo o Brasil. Porém, a prioridade do cronograma está sobre as regiões da Amazônia Legal e Nordeste – que têm os mais altos índices de mortalidade materna e infantil – e as regiões metropolitanas, envolvendo a maior concentração de gestantes.

Em nível estadual

Gerência de Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Tem como missão planejar, coordenar, assessorar, monitorar e avaliar a execução dos programas e estratégias que abrangem a saúde de crianças e adolescentes, assim como a vigilância à segurança alimentar e nutricional, para melhoria da assistência, prevenção de agravos, redução da morbimortalidade e promoção da saúde em Pernambuco.

Monitoramento da criança de risco

Busca reduzir a mortalidade infantil no Estado através do monitoramento de crianças menores de 1 ano, que estejam inseridas nos critérios que aumentem a probabilidade do adoecimento e morte. São eles: baixo peso, prematuridade, desnutrição moderada e grave, filhos de mães adolescentes, residentes em microáreas de risco, índice Apgar menor que 07. Essas crianças são acompanhadas dentro da Unidade de Saúde da Família de forma diferenciada.

1. Aleitamento Materno;
2. Assistência ao Recém-Nascido (Método Canguru);
3. Triagem Neonatal;
4. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI);
5. Vigilância do Óbito Infantil e Fetal Adolescente;
6. Programa Minha Certidão.

a) Programa Mãe Coruja

Criado em 2007, por meio do decreto de n° 30.859, o Programa Mãe Coruja Pernambucana tem o objetivo de garantir uma boa gestação e um bom período posterior ao parto às mulheres, e às crianças, o direito a um nascimento e desenvolvimento saudável. A ação busca reduzir a morbimortalidade materna e infantil, assim como estimular o fortalecimento dos vínculos afetivos entre mãe, filho e família. Cada Canto Mãe Coruja conta com dois profissionais para cadastrar e acompanhar as gestantes e seus filhos, articulando as ações das diversas secretarias estaduais, municipais, sociedade civil organizada e parceiros, criando assim uma rede solidária para o cuidado integral da gestante, filho e família. No sentido de monitorar, visualizar necessidades e encaminhamentos, criou-se na Diretoria Geral de Tecnologia da Secretaria Estadual de Saúde um sistema de informação por onde se faz o monitoramento das ações, possibilitando no computador, via web, interligar todos os Cantos do Programa Mãe Coruja com o nível central, para agilizar o acesso a informações sobre as gestantes.

Em nível municipal

Estratégia de Saúde da Família

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) visa à reversão do modelo assistencial vigente, em que predomina o atendimento emergencial ao doente, na maioria das vezes em grandes hospitais. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. A ESF inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

Percebendo a expansão do Programa Saúde da Família (PSF) que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o governo emitiu a Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, em que se estabelecia que o PSF seria a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica. Esta tinha como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. Em 2011 a portaria GM Nº 2.488/2011 revogou a portaria GM Nº 648/2006 e demais disposições em contrário ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs).

Como consequência de um processo de humanização do SUS, o Programa tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde da criança e da mulher como prioridade no enfrentamento da mortalidade materno-infantil nos municípios.

2 SOBRE A SITUAÇÃO DA SAÚDE INFANTIL

A mortalidade infantil no Brasil vem caindo significativamente. É consenso entre os estudiosos que o país tem obtido êxito neste campo, inclusive, cumprindo as Metas do Milênio (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Pnud) para 2015. Estudo sobre a região, realizado recentemente pela Fundação Abrinq – Save the Children, mostra que esse resultado também é positivo no Semiárido. E o que se percebe quando se analisa em perspectiva comparada é que diferenças importantes marcam a região (FUNDAÇÃO ABRINQ – SAVE THE CHILDREN, 2011).

Torna-se importante verificar que a taxa de mortalidade infantil (TMI) para menores de 1 ano é maior na região Nordeste do que em todo o Brasil. E, para os municípios do Semiárido, essa taxa é significativamente mais elevada: para todo o Brasil em 2011 a TMI foi de 13,5 por 1.000 nascidos vivos; para os municípios do Semiárido, a TMI cresceu para 16,6/1.000 NV.

Como apresentado na Tabela 1, oito dos nove municípios avaliados pelo **Projeto Salvando Vidas de Crianças no Nordeste** apresentam o índice da taxa de mortalidade infantil maior do que a média nacional e regional, chegando até a 22,50/1.000 NV no município de Santa Filomena em 2011. Isso mostra que a região está muito abaixo do esperado em termos de controle da mortalidade e que merece atenção especial em termos de cuidados com a infância.

Tabela 1 - Coeficiente de mortalidade infantil em menor de 1 ano (por nascidos vivos) em 9 municípios do Nordeste, no ano de 2011

Município	TMI	Coef. mortal. perinatal	Coef. mortal. neonatal precoce	Coef. mortal. neonatal tardio	Coef. mortal. pós-neonatal
Afrânio	8,92	14,88	5,95	2,98	0
Cabrobó	12,52	16,10	3,58	5,37	3,58
Trindade	17,26	10,80	3,60	14,40	11,24
Lagoa Grande	16,16	6,93	6,93	0	9,24
Santa Filomena	22,50	15,03	0	17,50	16,50
Ipubi	19,70	3,10	0	3,10	0
Petrolina	19,20	21,39	9,82	2,63	6,84
Santa Maria da Boa Vista	15,93	24,24	9,70	1,21	4,85
Ouricuri	17,90	10,30	3,40	13,70	11,36

Fonte: MS/SVS/Dasis - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2011.

Esses dados requerem uma leitura cada vez mais cuidadosa, sobretudo quando se impõe a tarefa de analisar realidades específicas, bastante regionalizadas e que podem esconder diferenças importantes. Ou seja, se na análise quantitativa mais generalizada, o Brasil tem atingido suas metas, a análise deste recorte específico para o Semiárido mostra que as dificuldades são maiores. As crianças continuam tendo seu mais elementar direito negado – o direito à vida – e, para esses casos, a intervenção exige estratégias específicas. Como se observa no Brasil, os óbitos infantis se concentram no período perinatal (entre as 22 semanas completas (154 dias) de gestação e os sete dias de vida do bebê). Essa informação expressa diretamente a assistência dada ao pré-natal e ao parto, refletindo a cobertura e a qualidade dos serviços de saúde de uma região. A mortalidade perinatal está vinculada a causas previníveis como: o acesso e uso dos serviços de saúde, qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

***IMPORTANTE** Estima-se que 62% dos óbitos de nascidos vivos com peso superior a 1.500 g são evitáveis, sendo as afecções perinatais o principal grupo de causas básicas, correspondendo a cerca de 60% das mortes infantis e 80% das mortes neonatais. Esta compreende as quatro primeiras semanas de vida (0 a 28 dias incompletos), com destaque para a prematuridade e suas consequências, como desconforto respiratório do recém-nascido, doença da membrana hialina, enterocolite necrosante, infecções específicas do período perinatal e asfixia (LANSKY, 2009).*

A pergunta onde e como morrem as crianças é um bom ponto de partida para orientar ações de prevenção e de atenção à saúde. Isso porque o óbito infantil deve ser considerado uma ocorrência potencialmente evitável, tratando-se de um evento que expressa deficiências no acesso e resolubilidade dos serviços de saúde.
Ao verificarem-se os números das causas das mortes para a faixa etária dos menores de 1 ano, se observa que o percentual de morte por septicemia bacteriana do recém-nascido, desconforto respiratório do recém-nascido, transtornos relacionados com a gestação de curta duração e peso baixo ao nascer apresentam a maior frequência entre os municípios observados. Dentre eles destaca-se trabalho de parto prematuro, ruptura de membranas mais de dezoito horas antes do parto, colonização materna por *Streptococcus* do grupo B, febre materna durante ou imediatamente após o trabalho de parto, baixo peso ao nascimento (<2.500 g), corioamnionite e filho anterior com história de infecção neonatal.
A alta proporção de óbitos por afecções perinatais constitui sinal de alerta, pois está associada à interrupção precoce da gravidez ou do crescimento intrauterino retardado, sinalizando um deficitário acompanhamento da assistência pré-natal.

A Tabela 2 apresenta detalhadamente o índice de mortalidade infantil para a faixa etária de 1 a 5 anos em alguns municípios acompanhados pelo Projeto. Ao compararmos a mortalidade na infância dos municípios citados com as referências nacionais, percebemos que no Brasil os índices são 16,03 mortes por 1.000 nascidos vivos, essa taxa ainda é altíssima. Os indicadores da região Nordeste em menores de 5 anos é de 18,20 mortes por 1.000 nascidos vivos e somente três dos municípios acompanhados (Afrânio, Cabrobó e Santa Filomena) apontam indicadores inferiores à média regional. Os demais apresentam um valor acima de 20 mortes por 1.000 nascidos vivos em 2011.

VOCÊ SABIA?

A grande maioria dessas mortes poderiam ser evitadas através de um pré-natal de qualidade, oferta de exames laboratoriais, controle da pressão arterial da gestante e impedindo a prematuridade.

Tabela 2 - Taxa de mortalidade na infância de 1 a 5 anos (por nascidos vivos), dos municípios acompanhados pelo PSV no ano de 2011

Município	Taxa de mortalidade na infância na faixa etária de 1 a 5 anos	Taxa de mortalidade infantil (TMI) em menores de 1 ano
Afrânio	14,90	8,92
Cabrobó	12,50	12,52
Trindade	22,00	17,26
Lagoa Grande	20,80	16,16
Santa Filomena	12,30	22,50
Ipubi	23,00	19,70
Petrolina	20,90	19,20
Santa Maria da Boa Vista	20,80	15,93
Ouricuri	23,00	17,90
Média	19,03	16,75

Fonte: MS/SVS/Dasis - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2011.

Entretanto, o padrão do comportamento dos dados não é o mesmo. Os municípios que têm bom desempenho até 1 ano não necessariamente são bons na faixa de 1 a 5 anos, e vice-versa. Isso significa que o município cuida mais das crianças de 1 a 5 anos? Não se deve acreditar nisso. A verdade é que a alta taxa de mortalidade até 1 ano já condena as crianças no seu primeiro ano de vida. Municípios com taxas de mortalidade altas na faixa etária de 1 a 5 e pequenas na faixa até 1 ano demonstram que fizeram a tarefa incompleta. Na verdade, estão perdendo a oportunidade de salvar crianças justamente na idade em que têm mais possibilidades de sobreviver. Isso significa que, provavelmente, as mortes de 1 a 5 anos poderiam ter sido evitadas se a atenção com a saúde nesses municípios fosse além dos cuidados materno-infantis necessários ao primeiro ano de vida.
À medida que a taxa de mortalidade em menores de 5 anos diminui, o peso da mortalidade infantil e, mais especificamente da mortalidade neonatal, torna-se mais importante. Vale destacar que populações com altas taxas de mortalidade em menores de cinco anos apresentam cerca de 20% de óbitos neonatais (PEIXOTO 2011).

No que concerne às ações que podem reduzir a taxa de mortalidade infantil neonatal, os estudiosos em países em desenvolvimento reconhecem que é necessário investir em três estratégias:
1) melhorar a qualidade do pré-natal, intensificando o enfoque na identificação e condução da gestação de risco;
2) melhorar a assistência ao parto, com a presença efetiva de obstetras, enfermagem especializada e pediatras;
3) melhorar a assistência ao recém-nascido, especialmente o de risco, com disponibilidade de estrutura de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Utin) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatais (Ucin) para ao menos dois terços dos recém-nascidos de risco.

Razão de mortalidade materna – RMM

Outro fator que compromete o desenvolvimento e a vida de qualquer criança é a sobrevida de sua mãe. O que se observa é que a média da razão de mortalidade materna dos municípios foi de 167,93/100.000 NV, o que pode ser considerada muito elevada, tomando-se como parâmetro a registrada no Brasil em 2011 (63/100.000 NV), último ano oficialmente encerrado. Ressalta-se que a Meta de Desenvolvimento do Milênio (ODM) recomenda que seja de 35/100.000 NV.

Tabela 3 - Distribuição de nascidos vivos (NV), óbitos maternos e razão de mortalidade materna nos municípios em 2011

Município	NV	Razão de mortalidade materna
Afrânio	336	297,62
Cabrobó	559	178,89
Trindade	637	272,47
Ipubi	609	328,40
Lagoa Grande	433	0
Santa Filomena	243	411,52
Petrolina	5.703	105,21
Ouricuri	1.173	85,25
Santa Maria da Boa Vista	816	0

Fonte: SIM/Sinasc/SUS, 2011.

Os dados do SIM (Sistema de Informações sobre Mortalidade) demonstram também ao se considerar a categoria do óbito materno, que as causas mais recorrentes em 14,28% dos casos são complicações hipertensivas preexistentes na gestação e eclampsia, ambas associadas ao controle da pressão arterial durante o pré-natal, além do aborto que também aparece com 14,28% das causas de morte materna.

Simões et al. (2003) concluíram, em estudo realizado sobre as características da gravidez na adolescência em São Luiz (MA), que as adolescentes com idade inferior a 18 anos tiveram maiores proporções de filhos com baixo peso ao nascer, prematuros e com maior risco de mortalidade infantil. Isso sugere que a imaturidade biológica possa estar associada a maiores taxas de prematuridade, baixo peso ao nascer e mortalidade infantil.

É importante ressaltar que a mortalidade materna está atrelada ao alto índice de partos cesáreos na região. Segundo Sanches (2012), o grau de vulnerabilidade da gestante aumenta com o tipo de parto que está sendo submetida. Para ele, uma das principais causas de mortalidade materna no país tem origem na intervenção durante o parto.

VOCÊ SABIA?

A mortalidade materna também pode estar associada a outros fatores, como gestação na adolescência, o que representou em 2011, 17,65% dos óbitos em mulheres de 10 a 19 anos. A idade materna é considerada fator importante principalmente no que se refere à mortalidade neonatal, em que os grupos etários extremos, mulheres menores de 20 anos e maiores de 35 anos de idade, apresentam mais elevados riscos de mortalidade tanto materna quanto neonatal (MAGALHÃES e TEIXEIRA, 2012).

PARA SABER MAIS

A prematuridade provocada pelos partos cesarianos é uma realidade nos municípios, pois, como observado na Tabela 4, percebemos que os números de parto cesáreos, em alguns municípios, são quase a metade dos procedimentos. No município de Cabrobó, especificamente os partos cesáreos chegam a 53,63%. Magalhães e Teixeira (2012) relatam que os partos cesáreos eletivos contribuem com os altos índices de mortalidade infantil e materna no Brasil.

Nos municípios acompanhados pelo Projeto, os partos cesáreos chegaram a 39,41% dos procedimentos, o que se configura um indicador muito alto. A OMS recomenda que 15% dos partos sejam operatórios. No Brasil, em 2011, 44% dos partos também possuíam essa origem, o indicador demonstra que o Brasil possui um dos maiores do mundo. Há no país uma preferência pelos partos cesáreos, preterindo o procedimento dito "parto normal/vaginal", mais seguro para mulher e para a criança.

Embora a cesariana seja um procedimento para salvar vidas quando corretamente indicada, recentes pesquisas têm mostrado que a associação entre as taxas de cesariana e de mortalidade neonatal e materna é diversa entre os países. Enquanto em países de baixa renda e baixíssimas taxas de cesárea a redução da morbidade e mortalidade neonatal e materna se relaciona com o aumento do acesso e da disponibilidade de cesarianas, em países de média e alta renda não há mudanças significativas nas taxas de mortalidade (SANCHES, MAMEDE e VIVANCO, 2012). Ao contrário, observa-se que altas taxas de cesárea eletiva, cesarianas realizadas fora de situação de emergência e cesarianas por indicação outra que não médica, estão associadas com os piores resultados perinatais.

O uso indiscriminado do parto cesário envolve riscos adicionais desnecessários tanto para a mãe como a criança e custos adicionais para o sistema de saúde. Além de aumento da mortalidade, as cesarianas em excesso estão associadas a maior necessidade de tratamento pós-natal com antibióticos, mais transfusões de sangue, menor frequência e duração da amamentação e necessidade de maior tempo de permanência hospitalar após o parto. Também podem comprometer a sobrevivência neonatal, devido ao aumento da ocorrência de baixo peso ao nascer e "prematuridade iatrogênica" (bebê nascido prematuramente como resultado de cesárea eletiva). Portanto, exigem maior tempo de internação, uso de materiais cirúrgicos, unidade de terapia intensiva neonatal e mais pessoal capacitado, adicionando custos aos orçamentos da saúde.

Tabela 4 - Proporção de nascimentos de parto normal e cesárea de nascidos vivos, no ano de 2011 em municípios acompanhados pelo Projeto Salvando Vidas de Crianças no Nordeste

Proporção (%) de nascimentos de parto normal e cesárea				
Município	Tipo de parto			
	Vaginal	Cesário	Ignorado	Total de nascimentos
Petrolina	57,88	42,04	0,09	5.703
Afrânio	63,99	34,82	1,19	336
Cabrobó	46,15	53,67	0,18	559
Lagoa Grande	68,82	31,18	0	433
Stª Maria da Boa Vista	68,38	30,76	0,86	816
Ouricuri	50,04	49,53	0,43	1.173
Ipubi	67,16	32,84	0	609
Santa Filomena	67,49	32,51	0	243
Trindade	49,76	49,76	0	637

Fonte: MS/SVS/Dasis - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2011.

Segundo dados do Sistema de Pré-Natal (Sisprenatal, 2011), nos municípios acompanhados pelo Projeto, 24,5% das mulheres estão na faixa etária de 10 a 19 anos. No Brasil, como um todo, segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus, 2011), esse número chega a 19,31% entre mulheres na faixa de 10 a 19 anos. Anualmente cerca de 20% dos nascidos vivos são filhos de mulheres de 10 a 19 anos. Entre as adolescentes de 12 a 17 anos, 3% já tiveram um filho ou mais. Entre as mortes por causas maternas, 9,5% são de garotas entres 10 e 19 anos no Brasil, e nos municípios pesquisados esse índice sobe para 17,65% (BRASIL, 2012).

VOCÊ SABIA?

A grande maioria das adolescentes grávidas no mundo em desenvolvimento é casada ou vive em situação marital, mas para muitas dessas meninas, a gravidez tem pouco a ver com uma escolha voluntária e informada. Ela pode ser uma consequência das desigualdades de gênero, discriminação, violação de direitos (incluindo o casamento infantil), educação inadequada ou mesmo coerção sexual (SIMÕES, 2009).

Tabela 5 - Número de nascidos vivos de mães adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos, e sua proporção (%) nos municípios do Nordeste no ano de 2011

	Nº de adolescentes grávidas - 10 a 19 anos		
Municípios	NV	2011	%
Petrolina	5.703	1.227	21,50
Afrânio	336	87	25,90
Cabrobó	559	122	21,82
Lagoa Grande	433	105	24,25
Stª Maria da Boa Vista	816	198	24,26
Ouricuri	1.173	308	26,25
Ipubi	609	160	26,27
Santa Filomena	243	58	23,87
Trindade	637	177	27,79

Fonte: MS/SVS/Dasis - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), 2011.

Esses dados apontam que, na região do Semiárido, o número de adolescentes grávidas de 10 a 19 anos em 2011 superam os índices nacionais: no Brasil cerca 20% das adolescentes encontram-se na condição de gravidez. Em todos os dez municípios pesquisados, o número de gestantes supera os 20%, nas cidades de Afrânio, Ouricuri, Ipubi. Em Trindade, os índices superam os 25% de adolescentes em período gestacional. Segundo estimativa da OMS, é preconizado que 10% a 15% da população em período gestacional esteja na faixa etária de até os 19 anos.

A gravidez na adolescência é uma questão de saúde: as mães mais jovens enfrentam um maior risco de complicações maternas, morte e deficiência, incluindo a fístula obstétrica. Seus filhos também enfrentam grande risco. É também uma questão de direitos humanos, muitas vezes, a gravidez na adolescência significa um fim abrupto da infância, educação reduzida e uma perda de oportunidades, como também, promove riscos de vida a adolescente e ao bebê (PEIXOTO C. R. et al., 2011).

Tabela 6 - Proporção (%) de gestantes acompanhadas em consultas de pré-natal, por nascidos vivos, nos 9 municípios acompanhados pelo PSV no ano de 2011

Municípios	Nenhuma	De 1 a 3 consultas	De 4 a 6 consultas	7 ou mais consultas	Ignorado	Total de nascimentos
Petrolina	0,56	9,35	34,46	54,12	1,51	5.703
Afrânio	2,38	4,17	35,71	57,14	0,60	336
Cabrobó	2,15	7,33	29,70	60,82	0	559
Lagoa Grande	1,85	6,24	31,64	60,05	0,23	433
Stª Maria da Boa Vista	0,61	5,64	28,68	64,83	0,25	816
Ouricuri	0,85	6,99	35,89	56,10	0,17	1.173
Ipubi	0,82	7,22	33,99	57,31	0,66	609
Santa Filomena	0,82	3,70	23,46	72,02	0	243
Trindade	1,57	7,06	49,14	41,92	0,31	637

Fonte: MS/SVS/Dasis - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2011.

Para o Ministério da Saúde, para que uma gestação possa ser segura, a gestante necessita passar por sete ou mais consultas de pré-natal. Nos municípios acompanhados pelo Projeto apenas um, Santa Filomena, conseguiu acompanhar acima de 70% das gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal. Em todos os outros nove municípios, o número de sete consultas foi inferior a 65%. No município de Juazeiro, no ano de 2011, 10% das gestantes fizeram apenas uma ou três consultas de pré-natal. Segundo Peixoto C. R. et al. (2011), mulheres em período gestacional que não realizam sete ou mais consultas podem ter mais chances de desenvolver complicações durante a gestação, assim como, vir a morrer durante o parto.

O baixo número de pré-natal pode sugerir uma tendência em complicações durante a gestação, assim como, prematuridade e consequentemente recém-nascidos com baixo peso. A Tabela 7 a seguir aponta que os municípios de Petrolina, Trindade e Santa Maria da Boa Vista possuem indicadores preocupantes em relação à proporção de nascidos vivos com baixo peso. Os dados sugerem que a relação baixo peso e poucas consultas de pré-natal refletem as condições de saúde das mães e a qualidade da atenção dispensada durante a gestação e o parto.

Tabela 7 - Proporção de recém-nascidos com baixo peso (< 2.500 g) em relação ao total de nascidos vivos em 2011

Proporção (%) de recém-nascidos com baixo peso (< 2.500 g)					
Município	Peso				
	Menos de 500 g	500 a 999 g	1.000 a 1.499 g	1.500 a 2.499 g	TOTAL %
Petrolina	0,21	0,61	0,84	7,35	9,02
Afrânio	0	0	0,30	5,95	6,25
Cabrobó	0	0,18	0,54	5,55	6,26
Lagoa Grande	0	0,23	0,46	6,24	6,93
Stª Maria da Boa Vista	0	0,61	0,49	6,37	7,48
Ouricuri	0,09	0,17	0,60	6,22	7,08
Ipubi	0	0,16	0,49	6,24	6,90
Santa Filomena	0	0,41	0	3,29	3,70
Trindade	0	0	0,31	7,22	7,54

Fonte: MS/SVS/Dasis - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2011.

Os municípios de Petrolina, Santa Maria da Boa Vista e Trindade apresentam porcentagem acima de 7% de nascidos vivos com baixo peso. A OMS considera o baixo peso ao nascer (BPN) um dos mais importantes, senão o maior, problema de saúde pública em crianças de todo o mundo, contribuindo substancialmente para a morbimortalidade infantil e as repercussões no desenvolvimento neurológico e intelectual da criança (OMS, 2003).

O principal determinante do baixo peso ao nascer é o nascimento prematuro, sendo o fator responsável mais importante para a alta taxa de mortalidade infantil. O estudo de índices de proporcionalidade das crianças de baixo peso ao nascer é útil para identificar as crianças de elevado risco para óbito.

Avaliação nutricional

A Fundação Abrinq – Save the Children atua em diversos projetos no Semiárido nordestino e tem como proposta apoiar agentes não governamentais e autoridades locais na implantação de serviços básicos integrados para a melhoria da saúde e bem-estar da primeira infância. Para atingir esse objetivo, possui vários parceiros, entre eles o Centro Nordestino de Medicina Popular (CNMP).

O CNMP desenvolveu no âmbito do **Programa Criança com Todos os Seus Direitos** uma pesquisa sobre a situação nutricional em 2009 e posteriormente entre 2010 e 2012, diagnósticos e oficinas sobre saúde e nutrição em crianças de 0 a 5 anos de idade em 6 municípios da área de abrangência do Programa: Orocó, Salgueiro, Serra Talhada, Cabrobó, Ouricuri e Petrolina. Sendo os três últimos também municípios do **Projeto Salvando Vidas de Crianças no Nordeste**.

A pesquisa abordou mães e crianças residentes nos municípios pernambucanos focalizados pelo **Programa Criança com Todos os Seus Direitos**, que em seguida alguns fizeram parte do **Projeto Salvando Vidas de Crianças no Nordeste**.

Para pesquisa, utilizaram-se dados secundários provenientes de quatro fontes de informação: a) banco de dados estadual do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (dados de 2007); b) Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), do Estado de Pernambuco; c) banco de dados estadual da Vigilância Epidemiológica dos Óbitos Maternos (período de 2005 a 2007); d) III Pesquisa Estadual sobre Saúde e Nutrição (2006).

Os pesquisadores organizaram e analisaram informações relativas às condições de nascimento das crianças (porcentagem de nascidos vivos, baixo peso ao nascer, prematuridade, característica do parto) e as características de suas mães (mães adolescentes, com escolaridade menor que quatro anos de estudo e frequência do acompanhamento pré-natal). Focalizaram, ainda, as condições de saúde e nutrição das crianças menores de 5 anos de alguns municípios, considerando vacinação, aleitamento materno, ocorrência e manejo de diarreias, incidência de infecção respiratória aguda, hospitalização, estado nutricional e anemia. Analisaram, por fim, as taxas de mortalidade neonatal, infantil e de menores de 5 anos (e suas causas), a taxa de fecundidade das mulheres, a mortalidade feminina na idade fértil e a mortalidade materna.

Os resultados desses diagnósticos serviram de linha de base para orientar as atividades a serem desenvolvidas para superar os problemas nutricionais encontrados no diagnóstico, como o alto índice de anemia em torno de 40% do universo pesquisado.

Para coleta de dados, foram desenvolvidas 25 atividades de educação nutricional e de saúde, envolvendo cerca de 300 mães, além da utilização da metodologia do ponto focal para monitorar as mudanças produzidas na saúde das crianças através de melhoria da alimentação, sendo as famílias promotoras dessas mudanças.

Nas oficinas de educação nutricional repassaram-se sugestões de preparações para enriquecer a alimentação das crianças menores de 6 anos (público-alvo), receitas para desjejum, lanches, almoço e jantar. Em todos os encontros as mães eram orientadas também sobre a higienização e armazenamento dos alimentos e utensílios utilizados na elaboração dos alimentos.

Nas práticas culinárias foram feitos

- Sucos enriquecidos, utilizando-se hortaliças como couve e hortelã, cenoura, beterraba, associados a frutas ricas em vitamina C, como limão, abacaxi, goiaba
- Paçoca, utilizando-se rapadura, amendoim e gergelim
- Receitas com macaxeira e charque (por exemplo, escondidinho)
- Refrigerante natural
- Bolo da casca de banana
- Bolo de farelo de trigo
- Cocada da casca do abacaxi
- Pão de abóbora
- Multimistura (farelo de trigo, aveia, linhaça e gergelim)

Por que avaliar e discutir nutrição

O estudo dos hábitos alimentares e dos tipos de alimentos consumidos é de suma importância na redefinição das ações de educação nutricional. A maioria dos problemas de saúde e nutrição durante a infância está relacionada ao consumo alimentar inadequado e infecções de repetição. Essas duas condições estão intimamente ligadas ao padrão de vida da população, que inclui o acesso à alimentação, moradia e assistência à saúde.
Nas oficinas de educação nutricional, as mães surpreenderam-se com a possibilidade de aproveitar melhor os alimentos, evitar o desperdício e com a necessidade de melhorar a alimentação da sua família.

O trabalho com o grupo focal contribuiu para incentivar a mudança dos hábitos alimentares. Durante os encontros com as mães, foi possível orientá-las sobre alimentação saudável e apoiar na melhoria da alimentação dos seus filhos, de maneira segura e com custo relativamente baixo, considerando alimentos regionais nutritivos e levando em consideração a situação socioeconômica das famílias.

De acordo com a tabela dos alimentos consumidos antes e depois da intervenção, houve melhoria nos seguintes itens:

alimentos fonte de ferro
• Diminuição da frequência dos que nunca comiam ou comiam raramente e aumento na frequência de consumo daqueles que comem de uma a quatro vezes por semana ou diariamente: couve, rapadura, farinhas de trigo e milho, feijão, coentro, peixe e vísceras.
• Carne de boi, aves e gema de ovo tiveram aumento na frequência dos que nunca comem ou comem raramente (1 a 3 vezes por mês). Poderia ser pela diversificação, já que aumentou a frequência dos demais.

alimentos fonte de Vitamina C
• Aumento da frequência do consumo semanal ou diário de acerola, goiaba, limão, manga, couve, pimentão, repolho e tomate.

alimentos que dificultam absorção de ferro
• Aumento da frequência dos que consomem nunca ou menos de três vezes ao mês: iogurte, queijos e refrigerantes.

Após conclusão do trabalho e análise dos resultados, foi possível verificar que as crianças que apresentaram melhoras significativas do quadro de anemia passaram a consumir com maior frequência alimentos ricos em ferro e vitamina C.
Em relação às crianças que pioraram ou mantiveram a taxa de hemoglobina menor que 11,0 g/dl, houve pouca mudança de seus hábitos alimentares, no que se refere ao consumo de alimentos ricos em ferro e vitamina C.

3 CONTRIBUIÇÕES DO PCTD E PSV

A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas se configuram como violação dos direitos humanos de mulheres e crianças. Além de grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras, principalmente o Nordeste, com maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais.

Os programas e projetos da Fundação Abrinq – Save the Children no Nordeste do Brasil contribuíram com a redução da mortalidade materna e infantil de crianças de 0 a 5 anos e o desenvolvimento da primeira infância. Integrou as áreas de saúde, educação e proteção à criança em Pernambuco, apoiando tecnicamente municípios, sistematizando e disseminando experiências de atenção integral à criança, e promovendo o intercâmbio entre diferentes experiências municipais bem-sucedidas na área da saúde da criança e da mulher. Assim como fortalecendo a participação da sociedade civil nas ações sobre saúde da mulher, criança e direitos sexuais e reprodutivos.

Programa Criança com Todos os Seus Direitos

O **Programa Criança com Todos os Seus Direitos (PCTD)**, com foco no desenvolvimento integral da primeira infância, buscou fortalecer políticas públicas, principalmente, por meio da formação de profissionais das áreas de saúde e educação, na perspectiva de que as melhorias introduzidas por essa via se consolidem em suas práticas, aperfeiçoando a prestação dos serviços. Desenvolver capacidades locais é o que de melhor pode fazer uma cooperação. A culminância desse fortalecimento pode ser representada pela elaboração de Planos Municipais pela Primeira Infância, cuja execução exigirá empenho do poder público, orientando suas ações setoriais e o uso de seus recursos, vinculados ou provenientes de planos e programas federais e estaduais, de acordo com as prioridades ali definidas. Exigirá, também, o exercício constante do controle social, por meio de organizações, movimentos e campanhas da sociedade civil, e da atuação dos conselhos setoriais e de direitos.

Os processos formativos do Programa, desenvolvidos em parceria com a Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf), ocorreram em duas fases: entre o segundo semestre de 2010 e durante 2011 e entre 2012 e o primeiro semestre de 2013. Abordaram-se quatro

temas: Educação Infantil; cuidado e desenvolvimento psicossocial; direitos, proteção e bons tratos; e saúde e nutrição na primeira infância. Seminários de conclusão ensejaram a apresentação de trabalhos elaborados pelos cursistas. Tais seminários contaram com a presença de profissionais de saúde e educação não participantes dos encontros de formação, de outros profissionais que atuam no campo dos direitos da primeira infância, de professores e alunos da Universidade do Vale do São Francisco e de autoridades locais.

De modo geral, os processos formativos focalizaram as concepções de criança e infância, segundo o marco conceitual adotado pelo Programa, superando ideias equivocadas que restringem as crianças "aos adultos do futuro", sem direito à voz e à participação na vida comunitária. O módulo sobre Educação Infantil, especialmente no processo formativo realizado com as comunidades educativas aglutinadas em torno dos Centros de Educação Infantil, propiciou o reconhecimento da importância do brincar e da leitura literária no cotidiano das crianças, principalmente da literatura africana, afro-brasileira e indígena, e a apropriação do marco regulatório da Educação Infantil pelos cursistas.

Outra ação realizada junto aos Centros de Educação Infantil foi a avaliação dos cardápios e da qualidade nutricional da merenda escolar, concluindo-se pela reduzida quantidade de calorias e baixo teor de vitaminas e sais minerais. A partir dessas análises, foram feitas sugestões de mudanças na alimentação diária das crianças, sobretudo com maior utilização de frutas e verduras.

- O módulo sobre cuidado e desenvolvimento psicossocial resultou em importantes desdobramentos que serão descritos ao tratar-se do fortalecimento das famílias.
- O módulo sobre direitos, proteção e bons tratos representou momento de discussão e esclarecimento acerca do Estatuto da Criança e do Adolescente, forma de superar mal-entendidos, ideias preconcebidas e resistências, e – importante – orientou os profissionais para o reconhecimento de situações de violência sofridas pelas crianças.
- O módulo sobre saúde e nutrição permitiu a disseminação de conceitos usualmente veiculados apenas nos meios especializados, como os de segurança alimentar e nutricional, soberania alimentar e direito à alimentação adequada. Forneceu noções básicas de nutrição, em especial, aquelas relacionadas à nutrição na primeira infância, tratou das doenças prevalentes nessa faixa etária e de como preveni-las e do uso de plantas medicinais. Outro aspecto trabalhado consistiu no atendimento integral às crianças.

Cardápios da Merenda Escolar: Diagnóstico e Sugestões[1]

Cardápios da merenda escolar: análise

- Cardápio monótono e repetitivo.
- Pouca utilização de alimentos regionais (por exemplo: tapioca, batata-doce, macaxeira).
- Ausência da utilização de sementes oleaginosas, como o gergelim, sementes de abóbora e amendoim, como forma de enriquecimento da dieta.
- Excesso de carboidratos em algumas opções.
- Pouca variedade de hortaliças, sempre oferecidas cozidas (sem opção de salada crua).
- Poucas opções de alimentos ricos em ferro.
- Oferecimento de líquidos associados às refeições, ocasionando um mau hábito alimentar desde a infância.
- Quantidade não definida para cada criança, o que dificulta o cálculo do valor calórico consumido.
- Mesmo cardápio oferecido por período muito longo.

Cardápios da merenda escolar: sugestões

- Oferecer suco e biscoito ou pão ou macaxeira no desjejum, visto que algumas crianças vão para a escola sem realizar essa refeição.
- Oferecer frutas e hortaliças *in natura*, no mínimo, três vezes por semana.
- Oferecer alimentos regionais rico em ferro (por exemplo: rapadura, couve, semente de abóbora).
- Realizar o aproveitamento integral do alimento, como uma das formas de enriquecer a merenda escolar.
- Estabelecer e/ou cumprir a quantidade per capita das refeições.
- Elaborar Ficha Técnica de cada preparação.
- Alterar o cardápio, mensalmente.
- Possibilitar a participação das gestoras nos treinamentos de merendeiras, como forma de melhorar a interação entre elas.

Cardápios da merenda escolar: dificuldades para introdução de mudanças

- Elaboração de cardápios e aquisição de gêneros feitas de forma centralizada, pelas Secretarias Municipais de Educação.
- Aquisição de gêneros por processo licitatório, dificultando a compra de produção local (especialmente de hortaliças).
- Pouca participação dos Conselhos de Alimentação Escolar nas questões pertinentes à política da merenda escolar.
- Resistência de merendeiras em aceitar sugestões de mudança.

1 Informações fornecidas pelo Centro Nordestino de Medicina Popular, responsável pela ação.

O **Programa Criança com Todos os Seus Direitos** também vem contribuindo para a disseminação do debate e de ações voltadas à atenção integral à primeira infância, orientadas pela perspectiva de direitos, especialmente a partir da participação em seminários, congressos e conferências e da articulação de organizações comprometidas com o tema.

Projeto Salvando Vidas de Crianças no Nordeste

Nos últimos anos o **Projeto Salvando Vidas de Crianças no Nordeste (PSV)** realizou, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, Centro Nordestino de Medicina Popular, escolas, associação de moradores, sindicatos e profissionais de saúde, uma série de atividades, entre elas a formação de gestores da área de saúde, de profissionais de saúde, de mulheres líderes de suas comunidades e de promotoras de saúde. Além de promover apresentações de peças teatrais para jovens de escolas públicas de seis cidades, foram transmitidas informações sobre a saúde materna e infantil em 38 rádios do Nordeste, além da formação de grupos técnicos municipais de vigilância do óbito materno e infantil e implementação de um comitê regional de investigação do óbito materno, infantil e fetal.

O **Projeto Salvando Vidas de Crianças no Nordeste** obteve a compreensão do enfrentamento à problemática da morte materna e neonatal na região Nordeste e desenvolveu ações que procurassem envolver diferentes atores sociais, para garantir que as políticas nacionais sejam, de fato, executadas e respondam às reais necessidades locais da população. Sendo assim o **PSV** em parceria com o poder público promoveu o fortalecimento do Comitê Regional da IX Região de Saúde do Estado de Pernambuco e contribuiu com a criação de 11 grupos técnicos de investigação do óbito materno e infantil.

Algumas ações que o Projeto realizou em seus anos de execução no Semiárido nordestino propiciaram a melhoria na sobrevivência e qualidade de vida para mulheres, mães, gestantes e crianças. Deixando frutos para os municípios participantes. A seguir tais ações são apresentadas.

Desenvolvimento de uma análise situacional da mortalidade infantil e materna nos municípios envolvidos no Projeto

Este estudo permitiu uma análise das variáveis associadas à mortalidade infantil e materna, uma avaliação da assistência de saúde dos municípios envolvidos com o **Projeto Salvando Vidas de Crianças no Nordeste**, servindo de subsídio às políticas públicas e às ações de intervenção, contribuindo para o melhor conhecimento sobre os óbitos e a redução da mortalidade.
Com a análise geográfica do perfil de mortes infantis e maternas na amostra, foi possível identificar a necessidade de atividades de sensibilização junto aos diversos profissionais de saúde que atuam desde o planejamento familiar até ao pós-parto, pois são os profissionais que têm a responsabilidade ética e jurídica pelo cuidado de gestantes, muitas vezes adolescentes, nos serviços de saúde e comunidades.
Os resultados do estudo revelaram uma realidade condizente com o cenário nacional onde apresenta coeficiente de mortalidade infantil em declínio e mortalidade materna em crescimento; e um maior percentual de óbitos infantis ocorridos no período perinatal com as afecções consequentes como as principais causas de morte. A análise mostrou que mulheres gestantes ainda são atendidas por profissionais pouco qualificados; que ainda há mulheres que participam de menos de seis consultas de pré-natal; e que há poucos profissionais de saúde treinados nas áreas de conhecimento em cuidados com a saúde infantil e materna.
O estudo indicou ainda que um número significativo de mães parou de amamentar antes dos seis primeiros meses de vida da criança; e que inclusive há uma grande proporção de adolescentes grávidas.

Treinamento de profissionais de saúde sobre saúde infantil e materna

Com a parceria do Centro Nordestino de Medicina Popular (CNMP), O **Projeto Salvando Vidas de Crianças no Nordeste** desenvolveu atividades junto aos profissionais de saúde em seis munícipios que compõem o **PSV**: Trindade, Santa Filomena, Ipubi, Ouricuri, Cabrobó e Lagoa Grande. As formações ocorreram em parcerias com a Casa dos Conselhos Municipais, Secretarias de Educação, Secretarias de Saúde e Gerência Estadual de Saúde. Nelas, trabalharam-se temas como *Planejamento Familiar e Cuidados durante o Pré-Natal* e *Cuidados com o Parto e Cuidados com o Recém-Nascido*. Participaram profissionais de saúde, entre eles, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, parteiras, técnicas de enfermagem, médicos, assistentes sociais e psicólogas.
O curso auxiliou na sensibilização dos profissionais de saúde sobre os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres atualizando sobre prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST), HIV/Aids e hepatites; além de proporcionar técnicas de como reconhecer os sinais e sintomas da gravidez de alto risco e detectar sinais de perigo durante esse período.
A formação também deu ênfase ao incentivo ao parto normal fisiológico, e à melhoria da comunicação popular em saúde baseadas em evidências para sensibilizar as mulheres sobre os cuidados ao recém-nascido e à amamentação.

Apoio às Secretarias Municipais de Saúde para melhoria dos serviços de saúde infantil e materna

As atividades de apoio aos gestores municipais de saúde se deram concomitantemente à formação dos profissionais de saúde, ocorrendo nas cidades de Trindade, Santa Filomena, Ipubi, Ouricuri, Cabrobó e Lagoa Grande. Os encontros contaram com a participação da facilitadora do CNMP e a parceria das Secretarias Municipais de Saúde.

Nestes encontros foram abordados temas ligados à regulação dos fluxos de assistências/atendimento a gestantes e à criança nos municípios e o desenvolvimento dos protocolos clínicos assistenciais à saúde da mulher e da criança. Nesse espaço discutiu-se a implementação da proposta da Rede Cegonha, desenvolvida pelo governo federal; foi proposta a criação dos protocolos clínicos de atenção à saúde da mulher e da criança; e formuladas estratégias para aumentar a eficácia na busca ativa de gestantes que não iniciaram pré-natal até o 1º trimestre.

A educação em saúde, como não poderia deixar de se fazer presente, também foi discutida buscando-se entendimentos para que a população participe e conheça as campanhas de divulgação da atenção aos cuidados em saúde da gestante e da criança.

Participaram gestores de saúde de diversos cargos e funções das Secretarias Municipais de Saúde, entre eles: secretários Municipais de Saúde, diretores da atenção básica, coordenadoras do Programa Mãe Coruja, coordenadores de epidemiologia, coordenadoras de saúde da mulher, coordenação das maternidades e do hospital de referência em partos dos municípios. Foram mais de 190 horas de formação junto aos gestores municipais de saúde. E o resultado desse trabalho é percebido pelo fortalecimento de parteiras hospitalares e médicos para executarem os partos de baixo risco nas casas de parto municipais; pelo aumento do número de visitas puerperais e planejamento das visitas na primeira semana pós-parto; pela sensibilização dos gestores municipais para a elaboração de protocolos de atendimento ao pré-natal; e pelo fortalecimento dos grupos técnicos municipais de investigação do óbito materno e infantil.

Produção de materiais para sensibilização da saúde infantil e materna

Elaboraram-se materiais gráficos, com o objetivo de orientar gestantes, adolescentes, mães sobre o cuidado materno e infantil. Neles, oito temas foram abordados: planejamento familiar, cuidados durante o pré-natal, cuidados com o parto, nutrição da gestante, doenças prevalentes na infância, cuidados com a gestante, direito das mulheres e cuidados nos primeiros anos de vida. Os folders foram distribuídos pelos profissionais de saúde em suas consultas, assim como diretamente aos adolescentes nas apresentações de teatro.

Treinamento de promotoras de reprodução e saúde materna

Com o objetivo de garantir a sustentabilidade do Projeto, realizou-se o processo de multiplicação das informações a outras mulheres para que se pudesse abranger um maior número de pessoas nas comunidades onde o número de óbitos infantis fosse maior. O Projeto formou promotoras de saúde em seis municípios: Ipubi, Lagoa Grande, Cabrobó, Trindade, Santa Filomena e Ouricuri. Durante os encontros foram debatidos temas como doenças sexualmente transmissíveis (gonorreia, candidíase, hepatite B, tricomôniase, clamídia, herpes e HIV/Aids); políticas de saúde e os direitos de participação popular; e cuidados com os rescém-nascidos e as doenças prevalentes na infância.
As promotoras formadas são profissionais ligadas à saúde da mulher, sendo algumas agentes comunitárias de saúde, e membros de grupos comunitários, religiosos e de associação de moradores.

Realização de apresentações teatrais

Com o apoio das Secretarias Municipais de Saúde, em parceria com o Programa Saúde na Escola e o apoio das Secretarias Municipais de Educação, o **PSV** realizou as apresentações das peças de teatro em escolas estaduais de Pernambuco, nas cidades de Ouricuri, Trindade, Ipubi, Cabrobó e outras. Houve apresentações nas praças dos bairros dos municípios onde a gravidez na adolescência é mais acentuada, nas cidades de Santa Filomona e Lagoa Grande.
Com o objetivo de sensibilizar adolescentes sobre as consequências e responsabilidades da gravidez precoce, divulgar o problema da mortalidade infantil na comunidade, os direitos reprodutivos e o planejamento familiar, o **Projeto Salvando Vidas de Crianças no Nordeste**, integrou saúde e educação no enfrentamento à mortalidade materna e infantil que afeta a região Nordeste. Através da peça de teatro *Rosinha Está Grávida e Florzinha Quer Nascer*, o Grupo de Teatro Companhia Biruta problematizou e informou, de forma lúdica, a vida de uma adolescente grávida e as dificuldades que ela tem durante a gestação, assim como, disponibilizou informações aos adolescentes sobre os cuidados à saúde e como buscar apoio às Unidades de Saúde da Família.

Programas de rádio sobre saúde infantil e materna

Foram veiculados diariamente spots de áudio em cinco Estados do País: Bahia, Pernambuco, Maranhão, Pará e Tocantins. Por meio do alcance das rádios, pôde-se atingir um público de 39.885 pessoas, sendo 3.988 crianças. No total, 38 rádios de diferentes municípios transmitiram durante a sua programação diária os spots, e, assim, conseguimos atingir 100% das cidades pactuadas no Projeto. As informações veiculadas falavam sobre saúde da gestante, postura saudável e direito ao pré-natal de qualidade; direito ao parto humanizado e assistência de qualidade; cuidados nos primeiros dias de vida do bebê e a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses; doenças evitáveis na primeira infância e a importância da vacinação infantil; importância da nutrição no desenvolvimento das crianças durante a primeira infância, e água potável e saneamento básico contribuindo com a saúde de gestantes e crianças.

Estabelecimento e/ou melhoria de comitês municipais de mortalidade infantil e materna

A atividade de formação dos 11 grupos técnicos municipais de investigação do óbito e do comitê de mortalidade materna, infantil e fetal aconteceu no município de Ouricuri na sede da IX Gerência Regional de Saúde (Geres). Participaram da atividade profissionais de saúde, representações da vigilância epidemiológica dos municípios, representantes de movimentos sociais, instituições de ensino e Secretaria Estadual de Saúde.

Os integrantes desenvolveram o manuseio no acesso aos dados de mortalidade materna, fetal e infantil disponibilizados pelo portal da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Permitindo, assim, a prática da elaboração dos indicadores relacionados à investigação dos óbitos, úteis para realizar o monitoramento e importante para o empoderamento da informação como ferramenta para o controle social.

O **PSV,** portanto, exerceu importante papel de controle social, alinhando os seus objetivos ("Objetivo Específico: Melhorar a capacidade de grupos sociais em nível municipal e regional para pleitear por serviços melhores de saúde infantil e materna; indicador - possuir comitês/ grupos técnicos para redução da mortalidade materna e infantil funcionando e profissionais que participaram de formação" e, "Resultado: Comitê/Grupo Técnico para Redução de Mortalidade Materna e Infantil capacitados") aos objetivos do comitê.

Como exposto nos resultados da pesquisa, o **PSV** permitiu aos profissionais de saúde e membros da sociedade civil identificar a magnitude da mortalidade materna e infantil, suas causas, os fatores que a determinam; e propor medidas que previnam a ocorrência de novas mortes. Proporcionou também contribuições para a melhoria da informação sobre o óbito materno e infantil, permitindo avaliar os resultados da assistência prestada às gestantes.

Nesse sentido o PSV promoveu:

1. Estímulo à criação de comitês
a) Promoção de seminários regionais e municipais de sensibilização, em articulação com a sociedade civil organizada.
b) Capacitação permanente dos membros de comitês.

2. Investigação de óbitos
a) Realização de investigações dos óbitos maternos nas localidades onde o setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde não está capacitado. Ou, ainda, quando essa for a decisão local.

3. Análise do óbito
a) Avaliação dos aspectos da prevenção da morte: definição da evitabilidade do óbito materno e infantil;
b) Identificação dos fatores de evitabilidade.

4. Informação
a) Participação na correção das estatísticas oficiais, facilitando o fortalecimento dos sistemas de informações.

5. Educação
a) Promoção da discussão de casos clínicos nos comitês e grupos técnicos municipais;
b) Promoção do debate sobre a persistência dos níveis de mortalidade materna a partir de evidências epidemiológicas;
c) Promoção do debate sobre a problemática da mortalidade materna através da realização de eventos de prevenção, de programas de reciclagem e de educação continuada e da produção de material educativo.

6. Definição de medidas preventivas
a) Elaboração de propostas de medidas de intervenção para a redução do óbito materno a partir do estudo de todos os casos.

7. Mobilização
a) Promoção da interlocução entre instituições pertencentes a qualquer dos poderes públicos ou setores organizados da sociedade civil, com a finalidade de garantir a execução das medidas apontadas.

A partir da formação realizada pelo **Projeto Salvando Vidas de Crianças no Nordeste**, o público tomou conhecimento sobre o perfil da mortalidade materna, infantil e fetal da IX Geres em paralelo com o perfil do Estado de Pernambuco.
Considerou-se a relevância da vigilância dos óbitos com base nas etapas que a compõem: notificação, investigação (ação compartilhada entre assistência e vigilância), discussão/ conclusão e recomendações (grupos técnicos), divulgação (visibilidade ao problema), e ação do controle social nos comitês compreendendo que esse ciclo deve servir como dispositivo que gera inquietação para iniciativa das mudanças.
Com esta ação, conseguimos realizar durante os módulos de formação 22 investigações de óbitos, sendo quatro mortes maternas, seis fetais e 12 infantis. As recomendações realizadas por meio das investigações foram encaminhadas, pelos grupos técnicos de investigação do óbito, aos secretários municipais de saúde para que possam modificar o modelo de atenção à saúde da criança.

Treinamento de defensores da saúde infantil e materna

Esta atividade teve como objetivo formar defensoras de saúde materna e infantil e lideranças comunitárias em seis municípios: Ouricuri, Ipubi, Santa Filomena, Lagoa Grande, Cabrobó e Trindade. Foram realizadas parcerias com Associação de Moradores e Casa dos Conselhos de Direito.
Participaram das atividades mulheres líderes comunitárias. O público das formações exercem diferentes funções em sua comunidade, como: dirigentes sindicais, integrantes de diretoria de associação de agricultores, membros do Conselho de Saúde do município, agentes comunitários de saúde, educadoras sociais, lideranças de grupo jovem, membros de diretoria de associação de moradores, membros da comunidade quilombola, participantes de espaço de controle social e a coordenadora do projeto Mulheres Mil, do Instituto Federal de Educação.
Realizou-se também uma audiência pública, organizada pelas integrantes da formação do **PSV**, na Câmara de Vereadores de Ouricuri, com o objetivo de informar às autoridades locais e regionais as dificuldades que as mulheres encontram ao acessarem as Unidades Básicas de Saúde, aos profissionais médicos e aos exames de pré-natal. Foi um espaço de controle social em que as participantes contribuíram na diminuição do índice de mortalidade materna e infantil da região. Fato que reflete as discussões que o programa propiciou no decorrer de seus trabalhos com temas como: políticas públicas em saúde, controle social, cidadania, democracia e direitos humanos. Ao final dessa audiência, o público feminino proprôs rediscutir a saúde da mulher nos municípios da IX Geres e sugerir novas estratégias onde sejam garantidas melhorias.

4 DESAFIOS E LIÇÕES APRENDIDAS

Durante a execução dos Programas, atingimos diversos municípios do Semiárido nordestino, de forma direta e/ou indireta, e percebeu-se que as formações permitiram envolver o poder público e a sociedade civil consolidando e despertando interesses dos municípios vizinhos. Identificamos que os gestores municipais ainda possuem dificuldade em participar das atividades propostas, assim como, desenvolver mecanismos de planejamento estratégico para programar aquelas que possam reduzir a mortalidade materna e infantil. Dessa forma, nossa perspectiva foi ampliar o diálogo, formulando encontros com os gestores para viabilizar conteúdos de planejamento em saúde, com o objetivo maior de construir um plano de ação que viabilize alterações nas políticas públicas locais. E que com ações como esta, e todos os outros programas e projetos da Fundação Abrinq – Save the Children, possamos obter o sucesso necessário para redução da mortalidade materna e infantil no Nordeste do Brasil.

Por estarem os projetos ainda em execução, as lições aprendidas consistem em resultados de vivências e de reflexões que, sempre que possível, vêm sendo postos em prática pelas próprias equipes, como forma de aperfeiçoar o trabalho realizado.

• É fundamental a identificação do potencial de mobilização da sociedade civil, com sensibilidade para captar as fragilidades, as agendas ocultas, os pactos, compromissos e alianças, e definir, desde logo, estratégias de envolvimento sistemático, para garantir a participação qualificada em atividades posteriores. Mobilização e articulação, mais que atividades, devem ser comportamentos permanentes dos condutores das intervenções.

• A dinâmica, as potencialidades e o contexto político, social e cultural de cada município precisam ser efetivamente levados em conta, no planejamento das ações. É preciso ter flexibilidade para redirecionar ações, sempre que necessário.

• É imprescindível envolver em programas que se destinem a fomentar a garantia de direitos, de forma intencional e estruturada, profissionais do

Programa Saúde da Família, profissionais da Assistência Social (setor que, hoje, concentra grande quantidade de atribuições e recursos voltados à proteção), bem como as instâncias de defesa de direitos e responsabilização (integrantes dos sistemas de justiça e segurança pública).

• As Secretarias Municipais devem ser envolvidas de modo sistemático em perspectiva de atuação intersetorial. Momentos de interlocução com a sociedade civil favorecem a prestação de contas. Adicionalmente, é equívoco considerar que pressão política só pode ser exercida pela sociedade civil; ela se exerce em vários níveis e direções, inclusive no âmbito do poder público. Excluir seus representantes, além de pouco produtivo – tendo em vista que é o poder público que dispõe de estruturas e recursos para a promoção dos direitos –, expressa contraposição e confronto, em vez de articulação, participação e integração.

• As gestões municipais precisam estar mais próximas, nos processos formativos, para compreender as concepções que estão sendo discutidas e disseminadas, favorecendo o diálogo sobre propostas eventualmente conflitantes emanadas da gestão, assim como a manutenção das orientações, ao término da intervenção.

• Em contextos de pouca participação política e desmobilização, a sociedade civil deve ser fortalecida, prioritariamente, para o exercício do controle social. Fundamental para a garantia de direitos, consiste em um estágio que a qualifica para a formulação de políticas.

• Um amplo processo formativo de conselheiros de direitos, tutelares e setoriais, que contemple os principais eixos da atenção integral à infância (vidas saudáveis, educação de qualidade e proteção), sem dúvida, contribui para a melhoria da atuação dessas instâncias, criadas para serem representativas da sociedade civil e, em seu nome, exercerem o controle social.

• Dar visibilidade a ações e seus resultados expressa reconhecimento e motiva maior envolvimento.

• Em toda e qualquer iniciativa voltada a temas sociais, é conveniente incluir estratégias de diálogo franco com universidades e instituições de educação superior: há generalizada percepção de baixa qualificação dos profissionais de diferentes áreas, carência de sólida fundamentação, dificuldade de fazer a transição da teoria à prática, o que reduz a produtividade dos processos formativos.

• As metodologias devem estar claramente definidas, a partir da consideração dos propósitos da intervenção e das condições locais, antes que se iniciem as atividades. Redirecionamentos, aperfeiçoamentos e mesmo renúncias ocorrerão ao longo da execução, mas a segurança inicial ajuda, exatamente, a incorporá-los.

• Cada município tem uma situação específica. É preciso aprender a lidar positivamente com as peculiaridades locais e não se "desesperar" com os casos mais difíceis!

• Em qualquer tema de formação, o uso de dinâmicas e brincadeiras que lembram a infância favorece muito o processo de aprendizagem e a compreensão do universo infantil. Do mesmo modo, a participação de crianças em rodas de diálogo com as famílias cria a possibilidade de que os presentes observem e reflitam sobre a criança e as compreendam como sujeitos com saberes e expressões próprias.

• A participação dos profissionais nos processos formativos deve ocorrer por livre adesão, indicativa de interesse e preditiva de bom desempenho e de incorporação das aprendizagens a suas práticas.

• Todos os processos formativos, de todas as áreas, devem incluir "lições de casa": projetos e ações a serem desenvolvidos pelos participantes, entre os encontros. Isso ajuda a incorporação paulatina das aprendizagens às práticas e costuma trazer novos elementos, da realidade vivida pelos profissionais, para os momentos coletivos.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise de situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto das ações de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde: Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disponivel em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html > Acesso em: 13 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: mortalidade perinatal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

FUNDAÇÃO ABRINQ – SAVE THE CHILDREN. **Análise de Situação dos Direitos das Crianças e Adolescentes do Semiárido.** São Paulo/Brasil, 2011.

ESTADO DE PERNAMBUCO. Lei nº 13.959, de 15 de dezembro de 2009. Disponivel em: < http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=13959&complemento=0&ano=2009&tipo= >. Acesso em: 13 ago. 2014.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Brasil em Desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.** Brasília: IPEA, 2009.

OMS. **Estratégia Global para a Alimentação de Lactentes e Crianças.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2003.

PEIXOTO C. R. et al. O Pré-natal na Atenção Primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 286-289, abr./jun. 2011.

SIMÕES, Vanda Maria Ferreira et al. Características na Gravidez na Adolescência em São Luiz, Maranhão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, out. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102003000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 jul. 2009.

SANCHES, Natália Canella; MAMEDE, Fabiana Villela; VIVANCOS, Raquel Bosquim Zavanella. Perfil das Mulheres Submetidas à Cesareana e Assistência Obstétrica na Maternidade Pública em Ribeirão Preto. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 21, n. 2, p. 418-426, 2012.

FUNDAÇÃO ABRINQ – SAVE THE CHILDREN. **Estratégia para a redução da pobreza no Brasil e no Peru, por meio do acesso justo a serviços integrados para o desenvolvimento e a sobrevivência de crianças de 0 a 5 anos.** Programa Criança com Todos os Seus Direitos. BRASIL – PERU Sistematização da primeira fase: 2010–2011. SILVEIRA, M. Luisa (Coord.). (Documento Interno)

FUNDAÇÃO ABRINQ - SAVE THE CHILDREN. **Linha de Base: Sobre a saúde materna e infantil do Projeto Salvando Vidas de Crianças no Nordeste do Brasil. Projeto Salvando Vidas.** p. 01-41, agosto de 2013.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA

Aprovada pelas Nações Unidas em 30 de Novembro de 1959.

Todas as crianças têm direito

1 À igualdade, sem distinção de raça, religião ou nacionalidade.

2 A especial proteção para o seu desenvolvimento físico, mental e social.

3 A um nome e a uma nacionalidade.

4 À alimentação, moradia e assistência médica adequada para a criança e a mãe.

5 À educação e a cuidados especiais para a criança física ou mentalmente deficiente.

6 Ao amor e à compreensão por parte dos pais e da sociedade.

7 À educação gratuita e ao lazer infantil.

8 A ser socorrida em primeiro lugar, em caso de catástrofes.

9 A ser protegida contra o abandono e a exploração no trabalho.

10 A crescer dentro de um espírito de solidariedade, compreensão, amizade e justiça entre os povos.

Em 12 de Outubro de 1990, entrou em vigor o ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, marco histórico na garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente no Brasil.

Missão
Promover a defesa dos direitos e o exercício da cidadania de crianças
e adolescentes.

Visão
Uma sociedade justa e responsável pela proteção e pleno desenvolvimento de
suas crianças e adolescentes.

Valores
Ética, transparência, solidariedade, diversidade, autonomia e independência.

FUNDAÇÃO ABRINQ

Save the Children

Escritório São Paulo

Av. Santo Amaro, 1386 I 1º andar

Vila Nova Conceição I 04506-001 I São Paulo/SP

55 11 3848-8799

Escritório Pernambuco

Rua Ernesto Paula Santos, 1260 I 4º andar

Boa Viagem I 51021-330 I Recife/PE

55 81 3033-1282

www.fundabrinq.org.br

/fundabrinq

@FundacaoAbrinq