

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DAS PRÁTICAS PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL EM ÁREA COBERTA E NÃO COBERTA PELA ESF NO MUNICÍPIO DE GARANHUNS-PE

SANTANA, P. R¹
AZEVEDO, S.V²
PEDROZA, R.M³
SILVA, M.J⁴.

¹Doutor em Nutrição pela UFPE/CAV

²Residente pela Residência Multiprofissional de Interiorização da Atenção à Saúde UFPE/CAV

³Mestrando em Saúde Pública pela UFRN

⁴Graduando em Educação Física UFPE-CAV

Introdução: Com a perspectiva de fortalecer a atenção básica, na década de 90 o Ministério da Saúde definiu os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSE). Entre as inúmeras contribuições as atividades desenvolvidas por esses programas trouxeram avanços para a redução nos números de mortalidade infantil. Apesar das mudanças trazidas pelo PACS e PSE, alguns aspectos socioeconômicos interferem na redução da TMI e no acesso à saúde, esses estão inseridos na lista das oito metas do milênio traçadas pela ONU. Os profissionais de saúde que trabalham nos grupos das ESF e PACS voltados para a saúde infantil exercem suas funções a partir de recomendações documentais com o objetivo de reorganizar a assistência à população infantil e facilitar a identificação das linhas de cuidado prioritárias para a saúde da criança e a redução da mortalidade infantil.

Garanhuns, município onde foi realizada a pesquisa, possui equipes de PACS em áreas cobertas e descobertas pelas ESF e se identifica como área que apresenta alta taxa de mortalidade infantil onde o TMI foi calculado em 19,7/1000 nascidas vivas no ano de 2010.

Diante desta contextualização pergunta-se: as ações realizadas pela estratégia de saúde da família são mais afetivas do que as ações realizadas pela área que não é coberta pelo ESF?

Metodologia: Para responder ao problema a metodologia da pesquisa foi conduzida por abordagem quanti-qualitativa baseada em fontes secundárias e primárias, MS e SIAB e as entrevistas com os profissionais envolvidos, respectivamente.

A escolha da área foi intencional, devido à facilidade do acesso, bem como pelas áreas serem caracterizadas por aspectos semelhantes e cobertas pelas equipes do Ministério da Saúde. A amostra foi constituída por profissionais que faziam parte das equipes de ESF e PACS com a atuação na área investigada nos anos de 2007 a 2011.

Para inclusão dos profissionais na pesquisa foi estabelecido critérios: ser profissional de saúde da área coberta pela ESF e da área não coberta pela ESF com atuação na área investigada, no caso, redução da mortalidade infantil. Os que não atendiam a esse critério eram automaticamente excluídos do estudo.

Uma parte da coleta foi realizada através dos registros da SIAB, referentes aos anos 2007 a 2011. Foi feito um levantamento dos óbitos e nascidos vivos, ocorrido durante esses anos e calculada a TMI. Já a coleta primária, foi realizada por entrevistas através de texto semi-estruturado. Para a análise dos dados primários foi-se realizado um procedimento metodológico de natureza qualiquantitativa que busca superar os impasses das pesquisas tradicionais de representação social denominado de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Os depoimentos dos entrevistados foram transcritos na íntegra e posteriormente agrupados como forma de expressar o pensamento coletivo formulando-se o DSC. Durante todo estudo foi levado em conta os aspectos éticos, sendo solicitado aos participantes um termo de consentimento e esclarecidos.

Discussão e Resultados: Teve-se a formulação do DSC para a identificação da TMI. Nesta formulação estava inserido um questionário contendo questões relacionadas à mortalidade infantil, para entrevistar os profissionais que estavam divididos em duas equipes. Dentre as respostas tivemos destaques nas questões 4 e 5, abaixo descritas:

4 QUESTÃO: Vocês se baseiam em algum documento do Ministério da Saúde? Tem algum que versa sobre as linhas de cuidado prioritárias com foco na redução da mortalidade infantil?

Quando foi perguntado para os agentes comunitários de saúde da equipe 1 e equipe 2 sobre os documentos do Ministério que eles se baseiam para realização das práticas nas visitas domiciliares e se conheciam algum documento com foco nas linhas de cuidado prioritárias para a redução da mortalidade infantil, suas respostas proporcionaram o seguinte DSC, com a ideia central de não possuem os manuais do MS.

(...)“Utilizamos o manual que recebemos no curso agente ou técnico de agente de saúde”(…) (...)“é mais nas capacitações, não temos manual do agente. E quando tem um problema mais sério, sempre busco na internet. Se tiver uma taxa de mortalidade infantil alta, a secretária junta a gente e faz um treinamento. Sempre tem mortalidade por doenças contagiosas, então sempre temos oficinas pra atualizar. Temos capacitações com temas gerais. Sempre que tem reunião, eles informam o que está acontecendo. (...)“Nossa reunião é tipo um estudo de caso, cada um vai pegando experiência um do outro e assim aprendemos. Nós baseamos também no dia a dia, nas experiências com os colegas, sempre buscamos resolver de alguma coisa. Nos baseamos na troca de experiência”(…) “Nós nos baseamos de acordo com o dia-a-dia, nas visitas, mas não conheço nenhum específico para reduzir a mortalidade infantil”(…)

A fala dos entrevistados revela que os agentes comunitários de saúde não possuem o manual da categoria profissional, assim como desconhecem a agenda para redução da mortalidade infantil. O conhecimento é baseado nos cursos que fazem para ser agente comunitário de saúde ou técnico de agente de saúde, nas capacitações e no compartilhamento de experiência com a equipe.

O manual do agente comunitário de saúde contempla as ações direcionadas a saúde da mulher e da criança, com as orientações nas visitas domiciliares²⁴. E a agenda para redução da mortalidade infantil contempla as práticas de atenção à criança de todos os profissionais no âmbito na atenção básica cada qual dentro de sua missão, e foi criada para reorganizar a assistência, a fim de atingir níveis cada vez mais baixos de mortalidade infantil⁶. Nesta agenda encontram-se linhas prioritárias para o cuidado das crianças, com uma visão global da dimensão da vida. É uma ferramenta importante, pois a maioria desses óbitos poderiam ser evitados através de serviços e profissionais treinados, a partir das recomendações desta agenda.

Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde não existe protocolo para redução da mortalidade infantil no município, porém um dos problemas identificados no Plano Municipal de Garanhuns é a mortalidade infantil.

No que tange os profissionais de nível técnico da equipe 1 e 2, quando foi feito a mesma indagação, obteve-se o seguinte DSC permeando a ideia central de que estes profissionais não utilizam os manuais do MS.

(...)“Nós temos capacitação, e os manuais ficam mais com o enfermeiro. Tem os manuais, mas a gente se baseia mais pelas capacitações. Quando muda alguma coisa sempre tem uma reunião, quando tem uma campanha, mesmo que a gente já esteja sabendo de tudo, sempre tem uma reunião. Não conheço nenhum manual que fale sobre a redução da mortalidade infantil”(...)

Quanto aos profissionais de nível superior da equipe 1 e 2, a ideia central foi possuir os manuais preconizados pelo MS, através do DSC abaixo:

(...)“Temos os manuais do ministério da saúde referente ao pré-natal, crescimento e desenvolvimento da criança, vacinas e nutrição infantil. E desconheço a agenda para redução da mortalidade infantil”(...)

5ª QUESTÃO: Quais as práticas realizadas na atenção básica para a redução da mortalidade infantil?

Segue os DSC's dos profissionais da ESF, formulados a partir das expressões-chaves do questionamento acima, de acordo com as ideias centrais de práticas educativas, práticas assistenciais e práticas intersetoriais.

(...) “Nas visitas o nosso trabalho é identificar, orientar e encaminhar. Identificamos logo o perigo, orientamos a fazer o pré-natal, orientamos quanto a puericultura”(...) Fazemos vacinação na gestante e na criança e quando o bebê nasce, faz visita puerperal. Na visita puerperal, orientamos quanto a importância de vim fazer a puericultura, de vacinar, se for cesárea, orientamos quanto a retirada de pontos”(...) (...)“Orientamos que procure o posto para fazer o planejamento familiar para não engravidar tão rápido, uma gravidez atrás da outra” (...) Gestantes e crianças nós damos prioridade nas nossas visitas, sempre vamos na casa. Com a gestante orientamos em relação a alimentação e com a criança a amamentação exclusiva até os 6 meses”(...)

(...)“Tem um dia para o pré-natal, porém também atendo livre demanda em todos os dias. A adesão é boa e nós atingimos os 100%. Tem um dia para puericultura, tem um número bom de puericultura, mas não fecha os 100%, tem mais AIDPI, mas atendemos um número bom. “Tem um dia para AIDPI, mas atendo livre demanda (...) “Atendo pré-natal de baixo e alto-risco, puericultura é com o enfermeiro, alguns casos de doença são encaminhados para mim, trabalho com demanda espontânea”(...)

(...)“Temos grupo de gestante no dia do pré-natal, realizado pelo NASF, e depois desse grupo, percebemos que a resistência tá menor e que elas estão mais informadas. (...) “Orientamos a participar das palestras do posto do dia de pré-natal, realizada pelo NASF. A atenção maior é voltada para o peso, saber se está diminuindo, aumentando demais ou se estacionou. Qualquer coisa, recorreremos a nutricionista”(...)

No que se refere à compreensão dos profissionais da equipe 1 quanto às práticas realizadas na atenção básica para a redução da mortalidade infantil, foi relatado que executam pré-natal de baixo e alto risco, puericultura, AIDPI, imunização, visita domiciliar, visita puerperal, planejamento familiar e educação em saúde. Dessa forma, a prática dos profissionais voltada para a atenção à saúde da criança na ESF envolve ações individuais e coletivas, com enfoque na prevenção de doenças, promoção da saúde, cura e reabilitação, com apoio do NASF para a realização destas ações.

As ações realizadas pela equipe 1 acima citadas estão contempladas na agenda de atenção integral à saúde da criança e redução da mortalidade infantil, que traz as linhas de cuidados que devem ser priorizadas no cuidado a crianças, tais como promoção do nascimento saudável; acompanhamento do recém-nascido de risco; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e imunização; promoção do aleitamento materno e alimentação saudável; atenção aos distúrbios nutricionais e anemias carências; abordagem das doenças respiratórias e infecciosas. Todas as ações devem ter como enfoque a promoção da saúde⁶.

O atendimento ou acompanhamento no pré-natal foi apontado como uma das principais estratégias da equipe para reduzir a mortalidade infantil, contando com o apoio do NASF na resolução dos casos de desnutrição ou sobrepeso em gestantes e crianças, bem como orientações de uma forma geral. O NASF, enquanto apoio matricial, dar suporte para a execução das práticas, aumentando a resolutividade da própria Unidade.

O peso da criança ao nascer é um dos indicadores de saúde necessários para avaliar a qualidade de vida de uma população, pois reflete a qualidade da atenção dispensada à gestante, seu estado nutricional antes e durante a gestação e os fatores de risco aos quais está exposta, permitindo a identificação de áreas e situações de risco e o direcionamento de políticas e programas específicos de saúde e nutrição e este indicador está presente na rotina de ambas equipes²⁵.

A educação em saúde, com o grupo de gestante, é realizada pelo NASF, enquanto apoio matricial, nos dias de atendimento no pré-natal, na própria Unidade de Saúde da Família. Os profissionais da ESF não participam do grupo, reforçando a prática hegemônica da biomedicina em discordância com as recomendações, pois estes profissionais também poderiam contribuir em muito com informações às mães.

A inserção dos profissionais na realização de visitas domiciliares propicia a criação de vínculos e a compreensão dos determinantes sociais no adoecimento, pela avaliação de risco e vulnerabilidade do indivíduo e família. É um espaço em que deve ser reforçada a promoção e a prevenção de doenças.

As crianças e gestantes são prioridades nas visitas domiciliares, principalmente as crianças consideradas de risco, até um ano de idade. O acompanhamento domiciliar é a principal estratégia de acompanhamento dessas crianças, no qual é realizada a pesagem, o controle do calendário vacinal e incentivo à amamentação.

O profissional de saúde possui grande importância no incentivo ao aleitamento materno, apoiando e esclarecendo dúvidas a nutriz, através do acompanhamento no pré e no pós-parto, formação de grupos de nutrizes, durante a puericultura e na promoção de campanhas de incentivo, pois na medida em que se conhecem os motivos contribuintes do desmame precoce, atua-se de maneira mais eficaz na prevenção dos mesmos²⁶.

A puericultura, em ambas equipes, é realizada pelo enfermeiro e o médico participa apenas quando a criança está doente, reforçando a prática médica que ainda é baseada no modelo curativista. Em outra pesquisa também foi constatado que o médico atende apenas crianças enfermas²⁷.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é o que estrutura o cuidado da atenção integral à saúde da criança permitindo identificar necessidades específicas e é uma prática que merece ser resgatada

A AIDPI é outra estratégia do Ministério da Saúde, que envolve ações para profissionais de saúde que atendem crianças nos serviços de atenção básica no Brasil. O Ministério da Saúde enseja que a AIDPI, juntamente com a organização dos serviços e a um processo de educação permanente, envolvendo a família e a comunidade, consigam uma melhoria significativa dos indicadores de saúde no país, principalmente na redução da mortalidade infantil.

Nas duas equipes estudadas a visita puerperal não é realizada para todas as puérperas e recém-nascidos. Muitas vezes o momento em que a criança comparece na Unidade. Vários estudos referem que estas visitas são de grande importância na atenção primária à saúde, pois são nestes dias iniciais que podemos estabelecer a prática do aleitamento materno, e neste período inicial de vida da criança, o aleitamento materno pode vir a ser um sucesso ou substituído pelo aleitamento artificial (BRASIL, 2006, BRASIL, 2009b, CATAFESTA, 2009).

Muitas vezes o momento em que a criança comparece na Unidade para fazer a primeira consulta com um mês é aproveitado para fazer a avaliação na mãe e recém-nascido. A visita puerperal deve ser realizada até 42 dias após o parto, e caso a mãe não tenha comparecido para a primeira semana de saúde integral na Unidade, estas ações devem ser feitas na visita puerperal (BRASIL, 2005).

O acompanhamento do calendário vacinal das crianças é feito nas consultas de puericultura e nas visitas domiciliares. Como relatado nos depoimentos, a busca ativa de crianças com vacina atrasada é ação estratégica no âmbito da ESF e ajuda na prevenção de doenças infecciosas.

O Programa Nacional de Imunização (PNI) criado em 1973 vem também representando um artifício de promoção da saúde infantil e consequente prevenção da mortalidade nessa faixa etária. A cobertura vacinal aumentou rapidamente desde a sua criação e é hoje quase universal (VICTORA, 2011).

O planejamento familiar também foi citado enquanto estratégia para redução da mortalidade infantil ao estimular o intervalo interpartal, de no mínimo dois anos (BRASIL, 2005).

Conclusão: Para qualificar e reorganizar a rede de saúde com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil, o Ministério da Saúde criou a agenda para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil, que inclui as práticas de todos os profissionais em todos os níveis de complexidade. Ressalta a importância da criação da ESF e do PACS enquanto porta de entrada preferencial do sistema de saúde e que estas vêm contribuindo para redução da TMI (BRASIL, 2004). Neste estudo, apesar da TMI da ESF e PACS estarem acima de 10 óbitos/mil nascidos vivos, as práticas realizadas nas respectivas áreas adscritas diminuíram a incidência de óbitos.

Com relação às práticas das equipes pesquisadas, estas devem garantir educação coletiva para a população, através de grupos, conforme preconizado pelo MS, com enfoque para a promoção e prevenção de doenças.

Em consonância com as ações preconizadas pela agenda de atenção integral a saúde da criança e redução da mortalidade infantil, o planejamento familiar não foi reconhecido pelos profissionais da equipe 2 enquanto estratégia potencial para redução da mortalidade infantil. Ainda na equipe 2, a atenção aos distúrbios nutricionais encontra-se fragilizada, pois os agentes de saúde não possuem balança e pela resistência das mães em comparecerem com suas crianças na puericultura, prejudicando o acompanhamento das crianças que estão em risco, como baixo peso ou sobrepeso. A desnutrição é colocada como uma das principais ações que devem ser priorizadas pelos serviços de saúde, de acordo com a agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2004). Dessa forma, esta diretriz não está sendo seguida conforme protocolo do Ministério da Saúde.

Houve controvérsias quanto ao tempo e a realização da visita puerperal em ambas as equipes. Os primeiros dias de vida de um recém-nascido caracterizam-se por uma maior vulnerabilidade e risco de adoecer e conseqüentemente por uma maior mortalidade neonatal. Este é um momento fundamental para garantir a saúde infantil (BRASIL, 2005).

A atenção às anemias carências é prejudicada, pela insuficiência de medicação (ácido fólico e sulfato ferroso) nas duas equipes. A anemia, principalmente a ferropriva, é importante fator de risco que precisa ser evitado, durante a gestação, visto que segundo a Organização Mundial da Saúde a anemia severa e a desnutrição são os fatores que mais afetam o crescimento fetal e o peso ao nascer, contribuindo conseqüentemente para a mortalidade perinatal (GUERRA et al, 1990).

Dentre as dificuldades colocadas pelos entrevistados, foi unânime a dificuldade em abordar as gestantes adolescentes. Como estratégia, a família deve fazer parte desse momento, pois a maioria não tem apoio familiar, não possuem parceria estável e convivem com uma gravidez que não foi planejada. Todas essas variáveis devem ser consideradas para conseguir a captação precoce desta gestante.

E para garantir a atenção integral à criança, a educação permanente das equipes é extremamente importante para a plena inserção de todos os profissionais, aproveitando o potencial de toda a equipe multiprofissional. Deve ter como enfoque principal a visão global da gestante e da criança, inserida no meio em que vive, e identificada através da avaliação de risco e vulnerabilidade, inserindo a família nesse processo. Dessa forma, a atenção prestada à criança ou a gestante não será fragmentada e estas serão vistas de uma forma integral. (BRASIL, 2004).

A mortalidade infantil foi maior na área coberta pelo PACS (20/1000) quando comparada com a área coberta como PSF (15/1000), foi constatado que o número de famílias cadastradas (maior no PACS), o território sem delimitação (PACS), o oferta dos serviços limitados e a não utilização da Agenda de Redução á mortalidade infantil (PACS), melhor conceituação e identificação dos determinantes a respeito da mortalidade infantil pelos profissionais do PSF, indicaram ser determinantes nesta diferença entre as duas taxas encontradas. O estudo sugere ainda um maior aprofundamento destas questões, entretanto, pela magnitude do Problema (MI), faz-se mister indicar a substituição do PACS, por equipes do PSF, por estarem mais completas (serviços ofertados, profissionais, territórios bem definidos e adscrição da população) a enfrentarem o desafio exitoso de redução da mortalidade infantil como recomenda a Agenda de Redução da MI. 1Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011: aprova a Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Referências Bibliográfica

1 Lansky S *et al.* Evolução da mortalidade infantil no Brasil- 1980-2005. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil, 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 416p.

2 Ibmge. Informação Demográfica e Socioeconômica número 25. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 2009, 152p.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal. Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed. 2009, 96p.

- 4 Harzeim E, Stein AT. Efetividade do programa de saúde da família> qual o papel do psf na redução da mortalidade infantil? Informe da atenção básica, ano VII, 33p, jan/fev 2006
- 5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 80p.
- 6 Malta DC, Duarte EC. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. Ciênc Saúde Coletiva 2007; 12:765-76.
- 7 Garanhuns. Plano Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Garanhuns, 2010/2013.
- 8 Secretaria Estadual de Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Pernambuco em síntese: indicadores sociodemográficos e de saúde. Recife, 2010, 24p.
- 9 Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: editora Hucitec, 2007, 406p.
- 10 Rouquayrol, M Z. Epidemiologia descritiva. In: Rouquayrol, M Z.; Almeida Filho, N. Epidemiologia e Saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999, 600p.
- 11 Lefevre F, Lefevre AMC. O discurso do sujeito coletivo: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do Sul: Educs, 2003.
12. NOAS PORTARIA Nº 373, DE 27 DE FEVEREIRO DE 2002. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 07 de jul 2012.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006, 72 p