

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO E REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL: A EXPERIÊNCIA DE CAXIAS DO SUL (RS)

STRATEGIC PLANNING AND INFANT MORTALITY REDUCTION: THE EXPERIENCE OF CAXIAS DO SUL, SOUTHERN BRAZIL

Rosane de Castro Vebber¹, Paulo Eduardo Mayorga Borges²

RESUMO

A mortalidade infantil, indicador que reflete a qualidade de vida da população, vem sofrendo poucas variações no município de Caxias do Sul nos últimos anos. Apesar da ampliação dos recursos com a construção de unidades básicas, contratação de profissionais de saúde, de serviços especializados e complementares, incremento de leitos hospitalares em unidades pediátricas, gineco-obstétricas e de terapia intensiva, além de investimentos crescentes na assistência farmacêutica, o coeficiente se mantém flutuante. Em 2003, apresentou aumento, sofrendo variação de 2,4/1.000, partindo de 13,06/1.000 NV, no ano anterior, para 15,46/1.000 NV. Mais de 70% dos óbitos decorreram de causas consideradas evitáveis. Este trabalho apresenta uma proposta para o enfrentamento dos problemas relacionados aos óbitos precoces e pretende intervir nos fatores de risco e nas causas evitáveis, visando o controle e a redução da mortalidade infantil. Foram adotadas as ferramentas do Planejamento Estratégico Situacional (PES), proposto por Matus. No estudo dos fatores determinantes e conseqüentes da mortalidade infantil no município, foram identificados os nós críticos. A seguir, foi elaborado plano de ações para cada nó crítico, definidas as operações a serem desenvolvidas, os recursos necessários, bem como responsabilidades, apoio e prazos para sua concretização. O plano foi formatado para cada área de atuação, quer sejam a assistência pré-natal, a atenção ao parto, o acompanhamento da criança e a assistência ao adolescente. O trabalho foi concluído com a análise das motivações dos atores sociais envolvidos, na busca de viabilizar as ações planejadas e possibilitar a execução do plano.

Unitermos: Planejamento estratégico, planejamento em saúde, administração e planejamento em saúde, mortalidade infantil.

ABSTRACT

Infant mortality, an indicator of the population quality of life, has not changed very much in the city of Caxias do Sul in the last years. In spite of the increased availability of resources: health centers, health care services, pediatric and obstetric hospital beds, neonatal intensive care units and pharmaceutical assistance; neonatal mortality remains relatively stable. In 2003, neonatal mortality increased from 13.06/1,000 in 2002 to 15.46/1,000. More than 70% of deaths were considered to be from avoidable causes. This work proposes a plan to neonatal mortality by risk factors management and intervention control of avoidable causes of deaths. The "Strategic Situation Planning" methodology, proposed by Matus, was used to identify the determinants and consequences of infant mortality; and to identify the critical related nodes in the health service process. Based in this analysis an action plan was developed for each critical node including: key

¹ Médica pediatra, especialista em saúde da família e gestão de sistemas e serviços de saúde, coordenadora do Núcleo de Ações em Saúde da Criança e do Adolescente da Secretaria de Saúde da Caxias do Sul, RS.

² Farmacêutico, mestre e doutor em ciências farmacêuticas, diretor da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Correspondência: Paulo Eduardo Mayorga Borges, Departamento de Produção e Controle de Medicamentos, Faculdade de Farmácia, UFRGS, Av. Ipiranga, 2752, 90610-000, Porto Alegre, RS. E-mail: mayorga@farmacia.ufrgs.br.

services, resources requirements, responsibilities, support and an implementation schedule. Each part of the plan: prenatal assistance, perinatal services and delivery, child and adolescent health services was developed principally by the sector responsible for those services. The article concludes with an analysis stake-holders motivation to implement and operationalize the plan.

Key words: Strategic planning, health management, administration and planning in health, infant mortality.

INTRODUÇÃO

A definição de saúde adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como completo bem-estar físico, mental e social abandona o paradigma limitado da ausência de doença. Apesar do conceito ampliado de saúde e de uma formulação positiva, a avaliação das condições de saúde de uma população ainda se vale dos parâmetros opostos. O conhecimento do nível de saúde de um povo implica na identificação das doenças que o acometem e dos agravos que o matam.

O grupo materno-infantil apresenta significativa vulnerabilidade, por características próprias, merecendo especial atenção. Para tal, torna-se fundamental, para subsidiar decisões do planejamento e nortear a política de saúde, o estudo pormenorizado das causas e fatores de risco relacionados à mortalidade infantil, transformada, para fins de análise, no coeficiente de mortalidade infantil (1) – um dos mais sensíveis indicadores para avaliar as condições de vida de uma população. Representa o risco que a população de nascidos vivos tem de morrer antes de completar o primeiro ano de vida (2).

A análise das causas de óbito infantil e de seus fatores determinantes demonstra variações de acordo com a faixa etária no primeiro ano de vida. Por este motivo, a mortalidade infantil é dividida de acordo com a idade em dois componentes: mortalidade neonatal e mortalidade pós-neonatal (3).

A mortalidade neonatal é influenciada principalmente pelas condições da gestação e do parto, portanto, a assistência pré e perinatal têm fundamental importância no controle dos óbitos nos primeiros 27 dias de vida. Destacam-se como principais causas de óbitos nesta faixa etária as afecções perinatais e as anomalias congênitas (4). No período pós-neonatal, observam-se como principais causas de óbitos as doenças diarréicas, respiratórias e infecto-contagiosas. Dessa forma, à medida que as condições de vida da população se alteram positivamente, observa-se redução do componente pós-neonatal na mortalidade infantil, já que o mesmo é substancialmente vulnerável aos fatores ambientais (4-8).

O Brasil convive com contrastes marcantes. Grandes diferenças no perfil de saúde das diversas regiões

acompanham as desigualdades socioeconômicas. Ao mesmo tempo, numa região, ou mesmo em microrregiões, desigualdades também se verificam e geram diferenças na qualidade de vida, conseqüentemente nas condições de saúde, refletindo-se, dessa forma, nos indicadores de saúde (9).

Apesar da constatação de elevadas taxas de mortalidade infantil nas regiões subdesenvolvidas, observa-se que sua redução independe em alguns momentos de significativas alterações socioeconômicas. Isto demonstra que ações que interferem nos fatores ambientais, bem como na ampliação do acesso aos cuidados de saúde, são capazes, por si só, de influenciar positivamente, sem que mudanças macroestruturais sejam sentidas.

Não obstante a grande variabilidade observada nos níveis de mortalidade infantil entre as diversas regiões do Brasil, é evidente a tendência ao declínio, sendo que o gestor estadual tem como meta um coeficiente inferior a 10/mil nascidos vivos em 2006. Salienta-se que, entre 1980 e 2002, houve uma inversão na proporção dos componentes da mortalidade infantil no estado: número de óbitos neonatais passou de 46,5, em 1980, para 61,6% do total de óbitos em menores de 1 ano em 2002.

Ações com vistas à ampliação do acesso e qualificação dos serviços de saúde vêm sendo desenvolvidas no município de Caxias do Sul, intensificadas particularmente a partir de 1998. Apesar dos esforços em qualificar a assistência à gestante e à criança, não se observou proporcional redução no coeficiente de mortalidade infantil, que vem se mantendo flutuante.

MODELO TECNOASSISTENCIAL ADOTADO EM CAXIAS DO SUL

Em Caxias do Sul, com a gestão plena do sistema de saúde a partir de 1998, iniciou-se um processo de reestruturação das bases gerenciais e funcionais do município. A definição e demarcação dos territórios de saúde e identificação dos recursos de saúde existentes em cada área territorial apontaram para a necessidade de criação e/ou ampliação dos recursos disponíveis (10).

Investiu-se, então, na qualificação das instalações físicas, com reforma, ampliação e construção de unidades básicas de padrão diferenciado, e na contratação de profissionais de saúde e áreas afins. Esse processo se fez acompanhar da implementação e formalização de convênios com hospitais e serviços de terapia e diagnose, e do investimento na implantação de um centro regional de hemoterapia e de serviço próprio de apoio diagnóstico e na implementação de pronto-atendimento 24 horas e de centro especializado de saúde (11).

O município adotou projeto político-assistencial originário do modelo "Em Defesa da Vida", proposto por profissionais de saúde vinculados ao Laboratório de Planejamento e Administração em Saúde (LAPA). Este modelo amplia a concepção de unidade básica, propondo ações de vigilância à saúde através da identificação e controle de risco (ações programáticas) e incorporando a necessidade da atenção imediata, garantida a partir do vínculo e acolhimento (11).

Dentre as estratégias implementadas com vistas a consolidar o modelo e efetivar o Sistema Único de Saúde (SUS) municipal, consideraram-se fundamentais: a elaboração do Protocolo das Ações Básicas de Saúde - Uma Proposta em Defesa da Vida e o Processo de Capacitação Gerencial (11).

A concepção do protocolo teve como eixo norteador os ciclos vitais, definindo as necessidades e particularidades de cada etapa da vida. Este recurso não se limita à busca da padronização de condutas; referindo-se à concepção da integralidade das ações e da interdisciplinaridade, propõe uma reorientação do processo de trabalho, com valorização do trabalho em equipe e da vigilância da saúde orientada pela epidemiologia (11,12). Prevê ações na garantia da equidade na assistência, através de projetos terapêuticos individualizados, especialmente nas situações de risco.

Na busca da ampliação do acesso e qualificação dos serviços, tendo identificado o crescimento da doença respiratória como causa de óbito infantil entre 1996 e 1998, o município implantou ambulatório pediátrico especializado em doenças respiratórias. Em 1998, a reestruturação do ambulatório contou com a incorporação de um pneumologista pediatra e definição clara dos critérios de encaminhamento e acompanhamento.

Em 1998, foi criado o ambulatório de DST/AIDS, que, desde então, entre suas ações, mantém equipe multidisciplinar na assistência pré-natal às gestantes HIV positivo e no acompanhamento aos seus filhos, disponibilizando suporte nutricional e medicamentoso. Neste mesmo ano, também foi implantado um ambulatório para atendimento dos recém-nascidos de alto risco, assistidos nas unidades de terapia intensiva e que necessitam de acompanhamento periódico e contínuo por equipe multidisciplinar.

Em 1999, o município implantou o Programa "Acolhe o Bebê", com o objetivo de reduzir a morbimortalidade infantil. Este programa prevê a captação precoce e vinculação da gestante ao pré-natal e o acompanhamento do recém-nascido pela rede básica de saúde. Entre suas ações, estão previstas: o agendamento da puérpera e do recém-nascido para a primeira consulta na unidade onde foi realizado o pré-natal (10); gineco-obstetra e pediatra em 36 das 38 unidades básicas de saúde (UBS) do município; garantia da consulta a partir de agendamento antes da alta hospitalar, por profissional de saúde capacitado para fornecer orientações quanto aos cuidados com o recém-nascido; acompanhamento do bebê pela UBS, com a primeira consulta entre 7 e 10 dias de vida ou, se necessário, imediatamente após a alta hospitalar.

O programa baseia-se na identificação do risco perinatal e na adoção de estratégias de controle e redução de danos desde a concepção, através do monitoramento das gestantes e das crianças recém-nascidas em todos os níveis de atenção. Vale-se de intervenções com foco primordial na prevenção e visa subsidiar a organização dos serviços básicos e hospitalares (10). O vínculo se dá com a UBS, e o acompanhamento da criança prossegue segundo padrões estabelecidos pelo protocolo, ou conforme projeto terapêutico individualizado e implementado por equipe multidisciplinar.

O município aderiu ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, do Ministério da Saúde, e através dos indicadores do SISPRENATAL, sistema de informações que gerencia o referido programa, observa-se que houve um incremento da ordem de 9,4 pontos percentuais, entre 2002 e 2003, no que se refere à captação precoce para o pré-natal nas UBS.

O SUS municipal presta assistência ao parto em 55 a 60% das gestantes. Portanto, existe parcela significativa que não procura os serviços públicos ou o faz de forma irregular, dificultando a adoção e concretização de rotinas instituídas e incorporadas pela rede básica. Essa constatação assumiu especial importância quando a análise dos componentes da mortalidade infantil no município apontou a mortalidade neonatal como o que mais tem contribuído para o aumento da mortalidade infantil.

Em 2003, visando expandir os métodos de planejamento familiar, o município credenciou instituição hospitalar para desenvolver programa de esterilização cirúrgica e instituiu fluxo que prevê vínculo e encaminhamento através das UBS. O programa oferece aos usuários do sistema laqueadura tubária e vasectomia. A referência ao ambulatório de esterilização cirúrgica impõe participação dos interessados em atividades educativas junto à UBS, o que se mostra como fator de incentivo ao desenvolvimento dessas ações em nível local.

A Secretaria Municipal de Saúde, motivada pelo aumento da mortalidade infantil em 2003, implantou, em abril de 2004, a Comissão de Prevenção e Controle da Mortalidade Infantil. Constituída por técnicos da Vigilância em Saúde, do Sistema de Informação da Mortalidade e da Coordenadoria de Ações em Saúde (médicos, enfermeiros e assistente social), objetiva, a partir da análise e investigação dos óbitos em menores de 1 ano, propor ações para o enfrentamento da mortalidade infantil.

A PROPOSTA DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL (PES)

Apesar da busca constante de subsídios ao planejamento e efetivação de ações para redução da morbimortalidade, o coeficiente de mortalidade infantil vem resistindo à redução no município de Caxias do Sul. Nesse contexto, tornou-se fundamental o uso de ferramentas que potencializassem as ações implementadas de promoção da saúde e prevenção dos agravos ao binômio mãe-bebê e que propusessem novas ações com vistas a ampliar a resolutividade dos serviços de saúde.

Surge como ferramenta o PES, que, ao reconhecer a existência de vários planos, formulados por diferentes atores sociais, serve de potente instrumento de gestão para o enfrentamento das incertezas no campo da saúde.

O PES se vale da identificação do problema e procura sua explicação a partir de diferentes olhares, processo denominado de análise situacional (13,14). Essas diferentes visões são carregadas de subjetividade, já que ator social não se apresenta como mero espectador; seu interesse no jogo impregna sua explicação da realidade. Outros aspectos importantes do PES estão na análise das oportunidades e ameaças e na construção da viabilidade política de um plano.

Segundo Matus, o processamento dos problemas proposto pelo PES se realiza em quatro momentos: (1) explicação do problema; (2) elaboração de planos para atacar as causas do problema através de operações; (3) análise da viabilidade política do plano e a construção de sua viabilidade; (4) execução do plano através das operações desenhadas (13-16).

A explicação do problema e seus determinantes, que se faz no primeiro momento da elaboração do PES, é denominada de momento explicativo. Consiste na descrição do problema e na identificação das causas e conseqüências diretas e indiretas (14-16). Dentre as causas, há que se identificar os “nós críticos”, as causas que têm maior peso no problema, que, se enfrentadas e

resolvidas ou amenizadas, terão grande influência na solução do problema em questão.

Nesse momento, também se procede à descrição do problema, que consiste na enumeração dos fatos que comprovam a sua existência. Pode-se verificar a eficácia do plano ao longo de sua execução, através da análise de seu efeito sobre os descritores do problema.

No segundo momento do PES, o momento normativo, desenham-se as operações a serem executadas. É a hora da definição do conteúdo propositivo do plano. Deve-se elaborar planos concretos para enfrentamento de cada nó crítico, definindo as operações e os recursos necessários, bem como os produtos e resultados esperados (16).

Nesse momento, tornam-se prioritárias a construção dos possíveis cenários onde o plano será executado e a análise da trajetória das operações propostas em cada cenário, com vistas a diminuir a vulnerabilidade do plano.

O PES se configura em dois outros momentos: momento estratégico e momento tático-operacional. O momento estratégico tem como função avaliar e preparar a viabilidade do plano. É hora da análise de cenários e reconhecimento dos diversos atores sociais envolvidos e suas motivações diferenciadas, que terão influência positiva ou negativa sobre a execução das operações desenhadas. Nesse momento, identificam-se ameaças e oportunidades, o que pode favorecer a realização do plano com máxima eficácia (16).

O momento tático-operacional é o de pôr em prática o plano. Nesse momento, é fundamental propor debate sobre o sistema de gestão da organização, seus recursos de poder e interesses na execução das estratégias definidas. Deve-se criar ferramentas gerenciais de avaliação e formular mecanismos de participação democrática na condução do plano (16).

É o momento de monitorar e apreciar a resolutividade do plano através de indicadores de avaliação de impacto sobre os descritores do problema. A avaliação, ao longo do processo de execução do plano, cria condições de redirecionamento de ações e redefinição de estratégias a partir das alterações verificáveis na realidade.

EXPERIÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DA FERRAMENTA DO PES

No processo de planejamento de ações para redução da mortalidade infantil em Caxias do Sul, aplicou-se a ferramenta do PES, trabalhando com a equipe multidisciplinar do Núcleo de Investigação dos Óbitos Infantis, constituído por pediatras, ginecologista obstetra, enfermeiras e auxiliar de enfermagem.

O resultado final foi apresentado como monografia de conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, convênio OPAS/MS/Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Este artigo expõe uma versão resumida do que foi construído durante as fases do processo.

O trabalho se desenvolveu em quatro momentos. No primeiro momento, a equipe do planejamento estratégico se reuniu, procurando, inicialmente, sistematizar os conhecimentos sobre a mortalidade infantil no município. Partiu das causas identificadas como imediatas e buscou os fatores de risco associados, visando chegar às causas básicas do problema.

Os encontros, na busca das explicações da mortalidade infantil no município, tiveram como resultado a elaboração de sua árvore de problemas em Caxias do Sul.

Esquematizada, a árvore de problemas forneceu, de forma ilustrativa, subsídios para identificação dos pontos onde se faziam necessárias intervenções. Embora os conhecimentos acumulados viessem apontando para alguns deles, a árvore possibilitou a identificação das relações existentes entre as causas, do raio de ação de cada uma delas e das possíveis repercussões que o seu controle poderia determinar.

Foram identificadas três áreas de intervenção: a assistência pré-natal, a assistência ao parto e a assistência pós-natal. A atuação nas duas primeiras visa o controle da mortalidade infantil no seu componente neonatal, em especial.

No que se refere à assistência pré-natal, observa-se a inexistência de padronização no acompanhamento da gestação de risco, considerando que a gestante acompanhada na UBS é atendida por equipe multidisciplinar, e que o calendário mínimo de consultas, definido no Protocolo de Ações Básicas, prevê mensalmente consulta médica com ginecologista até 32 semanas completas de gestação (12). A seguir, consultas quinzenais e, a partir da 36ª semana, consultas semanais, além de acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos garantido em toda a rede básica. Acredita-se que, definidos os critérios, as UBS detêm os recursos necessários ao acompanhamento da gestação de risco. Caberia apenas o encaminhamento da gestação de alto risco e das gestantes HIV positivo aos serviços de referência.

Outra questão a se considerar é que a gestante, ao ser encaminhada, perde o vínculo com a equipe que a referenciou. Desta forma, fica difícil certificar-se de que a mesma esteja realmente tendo o acompanhamento adequado, já que a continuidade do atendimento nos serviços de referência depende da procura da usuária.

O monitoramento do pré-natal desenvolvido na rede básica é realizado rotineiramente em nível central através do SISPRENATAL, e a equipe que gerencia o sistema, semanalmente, envia as pendências às UBS. As pendências qualiquantitativas demonstram que o monitoramento do pré-natal em nível local ainda é incipiente e difere significativamente nas diversas unidades e territórios.

Sabe-se que a gestação, período de vulnerabilidade maior à saúde da mulher e do conceito, é acompanhada, em alguns casos, de risco ampliado. Observa-se que as situações que motivam maior atenção das equipes de saúde se referem àquelas onde são identificados riscos de natureza biológica, e que os riscos sociais não são igualmente valorizados.

Outro dado que se identifica em relação à assistência pré-natal é que a desenvolvida pela rede privada não sofre o monitoramento do setor público, apesar da sua influência nos indicadores de saúde do município.

Na investigação de eventos, tais como óbitos em menores de 1 ano, especialmente no período neonatal, e casos de transmissão vertical do vírus da imunodeficiência adquirida, observa-se que o seguimento de um protocolo pelos profissionais da rede privada, no acompanhamento do pré-natal, é insuficiente.

A rede básica se orienta através do Protocolo das Ações Básicas de Saúde, em consonância ao protocolo do Ministério da Saúde, embora as informações acessadas através do SISPRENATAL demonstrem, em algumas circunstâncias, deficiência na sua utilização, especialmente no que se refere aos exames laboratoriais de rotina e aos momentos específicos para sua solicitação, bem como à agenda mínima de consultas no pré-natal e puerpério.

Observa-se que as ações preventivas que apresentam atuação significativa, tanto na assistência pré-natal como no acompanhamento da criança (assistência pós-natal), e cujo carro-chefe é a educação em saúde, mostram-se extremamente dependentes do perfil da equipe local. O investimento em ações de educação em saúde se dá, outrossim, de forma descontinuada.

Na área da assistência ao parto, verifica-se que o monitoramento do trabalho de parto se faz de forma inadequada. Os hospitais conveniados ao SUS possuem como documento obrigatório no prontuário o "partograma", instrumento desenvolvido especificamente para o monitoramento do trabalho de parto, mas o mesmo não se verifica nos hospitais da rede privada. Dessa forma, a identificação de alterações na evolução do parto e a definição, quando necessária, do momento adequado para intervenção ficam comprometidas (17).

No acompanhamento da criança através das consultas de puericultura, é possível identificar desvios da

normalidade no crescimento e desenvolvimento (18-21). O primeiro ano de vida, período onde o crescimento se processa de forma acelerada e onde distúrbios no desenvolvimento poderão ter grandes repercussões futuras, exige atenção diferenciada das equipes de saúde; porém, há que se identificar quais os fatores que devem exigir olhares mais intensivos.

Ações preventivas, tais como vacinações, incentivo ao aleitamento materno, higiene alimentar e acidentes na infância, devem ser desenvolvidas nas visitas programadas, definidas pelo calendário mínimo de consultas, bem como nas eventuais consultas motivadas por intercorrências na criança (12,21).

Também em relação ao acompanhamento da criança, observa-se que o enfoque de risco não é utilizado rotineiramente, o que por vezes impede que os recursos sejam empregados de forma equânime.

Em Caxias do Sul, o desmame precoce confirma-se como fator de risco à morbimortalidade infantil. Este é um tema, portanto, que merece investimento substancial, sob pena de que as ações, amplamente desenvolvidas na área da atenção à saúde, não venham a gerar o impacto desejado na redução da mortalidade infantil, no seu componente pós-neonatal.

A investigação dos óbitos no município demonstra que a gravidez indesejada é fator de risco tanto para os óbitos neonatais quanto para aqueles ocorridos a partir do 28º dia de vida. Este fator mostra-se determinante na motivação da mulher à procura de assistência pré-natal, bem como sua adesão ao acompanhamento oferecido nos serviços de saúde. Dessa forma, apresenta significância na redução do óbito neonatal, especialmente nos que ocorrem nos primeiros dias de vida, que têm relação com a qualidade da assistência pré-natal e da atenção ao parto.

O município, a partir de outubro de 2003, passou a oferecer aos usuários do sistema de saúde tanto os métodos anticoncepcionais reversíveis quanto os irreversíveis. Homens e mulheres podem se submeter à esterilização cirúrgica desde então. Verifica-se, porém, que o acesso a métodos anticoncepcionais não se expandiu na mesma medida em todas as faixas etárias.

As jovens, cuja iniciação sexual vem ocorrendo cada vez mais precocemente, são vítimas freqüentes da gravidez indesejada. Também apresentam risco maior de complicações na gestação e, como agravante, nessa situação, mantêm-se afastadas dos serviços de saúde. Engrossam, portanto, a lista das mulheres que não fazem o pré-natal, ou o fazem de maneira irregular, procurando a assistência tardiamente.

Verifica-se também que a gravidez na adolescência contribui significativamente para o abandono esco-

lar da jovem e, conseqüentemente, irá repercutir no cuidado com sua prole futuramente. Sabe-se que a baixa escolaridade da mãe é fator de risco para o óbito no primeiro ano de vida (22).

O consumo da droga e do álcool interfere na vida de uma criança desde a concepção. Quando a gestante é consumidora, a morfogênese pode sofrer desvios, e o feto pode apresentar malformações, que podem determinar abortamento espontâneo e até mesmo, no caso da gestação seguir seu curso, tornar a vida fora do útero inviável. Além disso, é mais freqüente a ocorrência, no recém-nascido, de distúrbios metabólicos e infecções de transmissão vertical, o que aumenta a morbidade no período neonatal.

Se as repercussões da droga e do álcool não se fazem sentir na vida intra-uterina ou nos primeiros dias de vida, o mesmo não acontece durante os meses seguintes. Os filhos de famílias cujos pais são consumidores destas substâncias estão sujeitos, por cuidados insuficientes e indevidos, a adoecimento mais freqüente e maior risco de óbito.

Verifica-se que muitos dos fatores determinantes da mortalidade infantil necessitam, para sua reversão, de ações intersetoriais; porém, a intersetorialidade ainda se faz de forma desarticulada no município.

De posse da análise situacional da mortalidade infantil no município, identificados os pontos-chave através da árvore de problemas, a equipe do PES se reuniu para elaborar plano de ação para o enfrentamento de cada nó crítico, constituindo o segundo momento.

Foram definidas as operações a serem executadas. A partir dessa definição, as operações foram tornadas factíveis através de um roteiro de ações. E, para cada ação, foram enumerados os recursos necessários, os resultados esperados, além dos indicadores para a avaliação de desempenho.

A previsão de cenários se mostrou desnecessária, já que o panorama, quer em nível municipal, quer em nível estadual, vem, nos últimos 5 anos, confirmando a tendência observada de poucas variações anuais no comportamento da mortalidade infantil, apesar de investimentos crescentes na assistência.

As áreas consideradas críticas através da análise situacional e que exigem intervenção foram a assistência pré-natal, a assistência ao parto e a assistência pós-natal.

Além dessas áreas críticas, outro ponto-chave foi identificado. O mesmo apresenta interface com o acompanhamento da gestação e do puerpério e deve permear a vida fértil da mulher, bem como o período reprodutivo mais extenso do homem. Trata-se do planejamento familiar, tema que deve ser abordado e desmitificado na gravidez e no puerpério. O planejamento familiar é tema

que transcende a atenção à saúde, e como tal deve ser tratado. A constatação de que a vida sexual do jovem tem iniciado cada vez mais precocemente reclama a intersectorialidade como estratégia de enfrentamento. Há que se firmar parcerias para que a informação e os recursos possam chegar ao jovem, incentivando hábitos e comportamentos saudáveis.

A garantia da captação precoce da gestante impõe ações que visem tanto a identificação quanto a busca das gestantes faltosas e deve se valer dos recursos da área, tais como agentes comunitários de saúde, escolas, associações de bairro, associações religiosas, entre outros.

É fundamental que o período perinatal seja monitorado adequadamente. No que se refere ao trabalho de parto, especificamente, o partograma é peça-chave no acompanhamento, na identificação de intercorrências durante a evolução e na definição do momento no qual se faz necessária a intervenção. E, como tal, sua utilização deve ser incentivada nas maternidades do município, sejam elas conveniadas ou não ao SUS.

O atendimento ao recém-nascido representa área de grande importância na qualificação da assistência ao parto. Os pediatras e as equipes de enfermagem que assistem o recém-nascido em sala de parto devem estar devidamente treinados em reanimação neonatal. O investimento em capacitação nessa área tem repercussão positiva, por prevenir seqüelas e proporcionar a utilização dos recursos das unidades de terapia intensiva no atendimento a recém-nascidos com melhores prognósticos.

A assistência hospitalar durante o período perinatal é determinante na saúde da criança. O Projeto Nascer - Maternidade, implantado no Hospital Geral de Caxias do Sul, deve ser expandido a todas as maternidades do SUS. Caberia ao município, então, criar condições para que todas as parturientes e seus recém-natos tenham acesso às medidas profiláticas previstas no projeto. E promover o acompanhamento dessas crianças, bem como das que estejam contaminadas pelo HIV, por equipe de saúde comprometida e capacitada.

É nesse sentido que se propõe discussão de calendário diferenciado no acompanhamento das crianças filhas de mães HIV positivo e articulação entre o ambulatório de DST/AIDS, que vem acompanhando integralmente essas crianças no primeiro semestre de vida, e as UBS.

A incorporação da estratégia de saúde da família pelo município determinou a contratação, em 2004, de médicos gerais comunitários, enfermeiros e auxiliares de enfermagem para trabalharem junto à rede básica de saúde, no programa Pra Vida Caxias. Esses profissionais devem passar por processo de capacitação permanente e se integrar aos profissionais que atuam nas UBS.

No que se refere à atenção da criança, devem estar aptos na identificação de situações de gravidade e no manejo dos casos. Para tal, adotar-se-á, nas capacitações das equipes do Pra Vida Caxias, a metodologia Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI).

O incentivo ao aleitamento materno é outra ação que necessita de investimento permanente. Considera-se necessária a criação de Unidades Amigas da Criança, UBS que têm na promoção do aleitamento materno um de seus principais objetivos no acompanhamento da criança no primeiro ano de vida.

Na assistência pós-natal, deve-se levar em conta a necessidade do desenvolvimento de ações específicas para o adolescente. E no que se refere à redução da mortalidade infantil, deve-se atuar com medidas preventivas da gravidez na adolescência, das doenças sexualmente transmissíveis, em especial a sífilis e a AIDS, e do uso de álcool e drogas.

A constatação de que os adolescentes têm baixa frequência aos serviços de saúde e que apresentam tendência à identificação e apoio no seu grupo social motivou a estratégia de implementação da parceria serviço de saúde/escola e do investimento em formação de jovens multiplicadores.

O momento estratégico do PES teve como ponto de partida a identificação dos atores sociais envolvidos e de suas reais motivações. Iniciou-se em consonância à elaboração do plano de ação, já que a identificação dos recursos necessários e das responsabilidades na efetivação de cada ação contribuiu para esclarecer as intenções de alguns dos atores sociais envolvidos no processo.

No campo da saúde, em Caxias do Sul, e com envolvimento em pelo menos uma das ações propostas, foram identificados os seguintes atores: Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação, Hospital Geral de Caxias do Sul, Hospital Nossa Senhora de Pompéia, hospitais privados, profissionais de saúde das UBS e dos serviços especializados próprios e contratados, profissionais de saúde que atuam nos hospitais e estudantes da rede municipal de ensino (fundamental e médio).

Reconhecidos os atores, utilizou-se uma matriz de motivações no estudo dos interesses de cada um deles. Foram analisadas, separadamente, as motivações dos diversos atores para cada operação definida no plano de ação. Não foi identificado, entre os atores, nenhum opositor, apesar do grau de motivação diverso entre eles.

A mortalidade infantil mobiliza os interesses públicos. Observa-se, através da matriz de motivações, o valor significativo conferido por todas as instâncias de

governo ao problema. Isto se reflete nas políticas públicas que vêm priorizando a atenção à saúde da mulher e da criança.

Em relação à atenção ao adolescente, em especial ao incentivo de políticas educacionais que estimulem efetivamente a inclusão de temas de saúde de forma transversal no currículo, verificam-se, no município, iniciativas ainda restritas, embora perceba-se nas esferas educacionais, em todos os níveis, um alto valor conferido à questão.

A Secretaria Municipal de Educação tem grande poder e abrangência nas questões do adolescente, devendo ser, portanto, sensibilizada a participar da captação de gestantes. Sabe-se que a escola é espaço social freqüentado por grande parte dos jovens, e que lá se refletem problemas não apenas da esfera educacional. É possível que uma gravidez seja de conhecimento da escola antes mesmo da família ter ciência do fato. Além disso, atividades desenvolvidas na escola podem influenciar comportamentos; portanto, a Secretaria Municipal de Educação é ator fundamental para que ações propostas na atenção ao adolescente se efetivem e tenham continuidade.

Há necessidade de dobrar esforços no sentido de resgatar as contra-referências dos serviços especializados que prestam atendimento às gestantes de risco. Cabe ao gestor municipal solicitar dessas instituições as informações necessárias e criar fluxo de rotina para o fornecimento dos dados referentes ao acompanhamento pré-natal nestes serviços. Só assim poderá ter noção mais exata da assistência pré-natal desenvolvida na rede pública.

Os profissionais que atuam na rede básica de saúde mostram-se sensíveis à necessidade do acompanhamento diferenciado nas situações de risco que envolvem a criança, a gestante, a puérpera e a família; porém, a dificuldade de manejo dessas questões diminui o valor por eles conferido ao trabalho nessa linha. Acredita-se que investimentos em capacitação e discussões na elaboração de critérios de risco locais possam vir a contribuir no sentido de fornecer os instrumentos necessários à atuação da equipe de saúde, qualificando a assistência.

O momento da execução e monitoramento das ações, momento tático-operacional, iniciou-se ainda durante a elaboração do plano. Foram implementadas ações nas áreas do acompanhamento da criança. Priorizou-se a capacitação, já que a incorporação à rede de novos profissionais para atuarem no Pra Vida Caxias demandou investimento nesta área. Foram concluídos treinamentos para os agentes comunitários, auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos. Os encontros procuraram fornecer instrumentos para identificação do

risco biológico na criança. Avançou-se também com os profissionais que atuam na rede básica, nas discussões sobre situação de risco.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mortalidade infantil é problema multifatorial e, como tal, deve ser enfrentada através de implementação de políticas sociais, de saúde e de educação.

O estudo demonstra, nas várias etapas de desenvolvimento, do momento explicativo ao estratégico, a necessidade de articulação de parcerias intersetoriais para o controle da mortalidade infantil no município.

Ações que promovam o desenvolvimento social e econômico, como programas de geração de renda, de educação para jovens e adultos e de prevenção do uso de álcool e drogas, através de atividades culturais e de esporte e lazer, refletem-se na melhoria da qualidade de vida e têm conseqüências na redução da mortalidade infantil.

O modelo de atenção adotado pelo município considera a UBS como centro do sistema e preconiza o vínculo permanente do usuário a esse serviço. Há que se resgatar a proposta de responsabilização das equipes locais, que não transferem sua responsabilidade ao lançar mão dos recursos necessários ao cuidado.

A estrutura dos serviços de saúde dispõe de recursos para oferecer uma assistência de qualidade aos usuários do SUS municipal. Deve-se, porém, investir em mudanças na sua organização e no processo de trabalho, para que os recursos disponíveis possam ser empregados de forma eqüânime e ter a efetividade alcançada.

É importante lembrar que a atenção à saúde não é exclusividade do poder público, mas cabe a ele desenvolver políticas que venham garantir à população acesso a cuidados de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção.

Nesse sentido, a Comissão Municipal de Controle e Prevenção da Mortalidade Infantil pretende tornar público estudo desenvolvido no primeiro semestre de 2004, conclamando os atores sociais que possam fazer a diferença. E, através de esforços conjuntos entre poder público, iniciativa privada, profissionais de saúde e população, trabalhar no sentido da prevenção dos óbitos precoces.

O momento é de se implementar o plano e pôr em prática as ações nele propostas. O monitoramento contínuo é ferramenta fundamental para o redimensionamento e a reprogramação das operações, mantendo a dinâmica do planejamento estratégico. O plano não está pronto; ele se faz e se refaz continuamente.

Pretendeu-se, com este trabalho, além de propor ações de controle dos óbitos infantis, consolidar nova ótica de enfrentamento dos problemas que afligem a comunidade, através da utilização de metodologia participativa.

REFERÊNCIAS

1. Novaes HMD, Almeida MF, Ortiz LP. Redução da mortalidade infantil. São Paulo: Bireme/OPAS/OMS; 2002.
2. Vermelho LL, Costa AJL, Kale PL. Indicadores de saúde. In: Medronho RA, ed. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2003. Pp. 33-55.
3. Pinheiro RS, Escsteguy CC. Epidemiologia e serviços de saúde. In: Medronho RA, ed. Epidemiologia. São Paulo: Atheneu; 2003. Pp. 361-9.
4. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
5. Rosen G. Uma história da saúde pública. 2.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Unesp, Hucitec/Abrasco; 1994. [Tradução de MFS Moreira et al.]
6. Nery MES, Vanzin AS. Enfermagem em saúde pública: fundamentação para o exercício do enfermeiro na comunidade. 2.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998.
7. Almeida VL. Saúde e cidadania: a experiência de Icapuí, CE. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura; 1999.
8. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Benguigui Y, Antuñano FJL, Schmunis G, et al. Infecções respiratórias em crianças. Washington, DC: OPAS; 1998.
9. Costa MCN, Mota ELA, Paim JS, Teixeira MGLC, Mendes CMC. A mortalidade infantil no Brasil em períodos recentes de crise econômica. Rev Saude Publica. 2003;699:706-37.
10. Caxias do Sul, Secretaria Municipal de Saúde. Projeto acolhe o bebê. Caxias do Sul: Secretaria Municipal de Saúde; 2004.
11. Claus SM, Capra MLP. Potencializando a gestão para organizar o SUS a partir da rede básica. In: Ferla AA, Fagundes SMS. Tempo de inovações: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa; 2002. Pp. 67-85.
12. Caxias do Sul, Prefeitura Municipal, Secretaria de Saúde; Capra MLP, org. Protocolo das ações básicas de saúde: uma proposta em defesa da vida. Caxias do Sul: Solar Editoração e Design; 2000.
13. Matus C. Como não se pode planejar. In: Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA; 1996. Vol. II. Pp.35-53.
14. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA; 1993. Vol. II.
15. Huerta F. A primeira pergunta: "como explicar a realidade?". In: Huerta F. O método PES: entrevista com Matus. São Paulo: FUNDAP; 1996.
16. Huerta F. A terceira pergunta: "como tornar viável a realidade?". In: Huerta F. O método PES: entrevista com Matus. São Paulo: FUNDAP; 1996.
17. De Toni J. O planejamento estratégico e situacional. In: Brose, Markus, orgs. Metodologia participativa: uma introdução a 29 instrumentos. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2001.
18. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Temática da Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
19. Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
20. Brasil, Ministério da Saúde. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
21. Brasil, Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde DF; 2004.
22. Bertelli MIE. Mortalidade infantil em Caxias do Sul nos primeiros anos do novo milênio, 2000 – 2001 [monografia]. Caxias do Sul; 2002.