

Atenção Básica

O PODER DO ACOLHIMENTO NO PROCESSO DE TRABALHO NO COMBATE A MORTALIDADE MATERNO INFANTIL.

Suelen Do Nascimento Gonçalves Ramos 1, Carolina Aparecida Das Neves Ferreira 1, Jucinéia Reis Da Costa 1, Lucilia Aparecida Rocha 1, Josefa Clemilda Gaspar Reis 1, Janete Mitsue Kanamura 1, Janaina Pereira Lopes Da Silva 1, Elson Osawa Kanashiro 1

1 Prefeitura Municipal De Registro - Prefeitura Municipal De Registro

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Trata-se de investimento maciço no combate a mortalidade materno infantil na Estratégia de Saúde da Família, dentre a avaliação das vulnerabilidades no território. Este estudo que o atendimento acolhedor facilita a construção do vínculo e surge como estratégia para organização do processo de trabalho, ampliando o acesso á demanda, identificando riscos e ou oportunizando a promoção, prevenção e diagnóstico precoce. Portanto, qualificar a escuta e a capacidade resolutiva dos profissionais deve ser um processo continuado e permanente.

A equipe de Estratégia de Saúde da Família da Vila São Francisco trata-se de um território com perfil epidemiológico de vulnerabilidade sociodemográfico, entre outros fatores determinantes no processo saúde-doença.

OBJETIVOS

Identificar e avaliar a situação de risco e vulnerabilidade na assistência ao pré-natal, reduzindo as complicações da gestação e minimizando a mortalidade perinatal.

METODOLOGIA

As técnicas de enfermagem realizam a primeira escuta qualificada e o exame HCG. Com a confirmação da gestação, a gestante recebe agendamento de consulta e orientações quanto a documentação necessária para o pré-natal e importância do parceiro na primeira consulta. Inicialmente serão realizados os exames físicos gerais e específico; questiona se também se a gestação é desejada e/ou planejada, sobre os históricos familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos; situação de moradia; orienta sinais de alerta na gestação, avalia os riscos gestacionais, inicia suplementação de ferro e ácido fólico, solicitação de exames laboratoriais de rotina e ultrassom obstétrico; é feito a verificação da caderneta de vacinação, realização de testes rápidos na gestante e no parceiro e encaminhamento para atendimento odontológico. Destacam-se também a discussão em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências. Ocorre nesse processo, a busca de gestantes faltosas.

RESULTADOS

O empoderamento das gestantes por meio da informação tem papel fundamental no processo de autotransformação no pré-natal. Dessa forma tem-se autonomia e participação ativa das gestantes, sendo estas capazes de reivindicar e/ou lutar pelos seus direitos, tendo condições e argumentos para fazer questionamentos antes, durante e pós-parto, uma vez que a paciente terá condições para cobrar um melhor atendimento. Com base nesta forma de atendimento não há registro de óbito materno infantil na unidade relacionado ao pré-natal, conforme pesquisa realizada na Vigilância Epidemiológica Municipal nos últimos dez anos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que o atendimento acolhedor facilita a construção do vínculo, e surge como estratégia para organização do processo de trabalho, ampliando o acesso à demanda, identificando riscos e o oportunizando a promoção, prevenção e diagnóstico precoce. Portanto, qualificar a escuta e a capacidade resolutiva dos profissionais deve ser um processo continuado e permanente.

As condições sensíveis à Atenção Primária representam um conjunto de indicadores utilizados internacionalmente (Estados Unidos- para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde; Reino Unido, com acesso à saúde universal e gratuito, para mensurar a qualidade dos serviços ofertados) que sinalizam agravos potencialmente evitáveis por uma Atenção Primária com acesso e qualidade ao usuário. O acesso a serviços, a continuidade do cuidado e a efetividade das ações na atenção básica, evitam a hospitalização e agravamento dos problemas, em contraponto, altas taxas de internação refletem deficiências na cobertura ou no desempenho da atenção primária em saúde (APS)^{1, 2, 3, 4}. No Brasil, com o Pacto pela Saúde em 2006, quando foram estabelecidos os indicadores de pactuação do Sistema Único de Saúde (SUS) e posteriormente com a Portaria nº 221 de 17 de abril de 2008 que apresentou a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, os gestores passaram a utilizar esta lista e ter referência do impacto que os principais agravos poderiam causar no número de hospitalizações, pois antes disso não havia parâmetro estabelecido para tal fim^{5, 6}. Apesar de alguns estudos nacionais indicarem declínio das taxas de internação por IC e AVC em ambos os sexos, as doenças cardiovasculares são a maior causa de mortes no mundo e trazem em seu bojo elevada carga social e econômica, onde as mortes representam 20% em países de alta renda, enquanto 80% delas ocorrem em países de baixa e média renda^{7, 8, 9}.

OBJETIVOS

Avaliar longitudinalmente o impacto do PSF nos indicadores de hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária: Insuficiência cardíaca (IC) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) nos municípios do estado de São Paulo entre 1998-2013.

METODOLOGIA

O estudo realizado foi do tipo ecológico longitudinal, o qual obteve dispensa do Comitê de Ética e Pesquisa da FOP- UNICAMP, protocolo nº 013/2016 por se tratar de estudo envolvendo dados secundários de bancos de acesso público. As unidades representativas são os 645 municípios do estado de São Paulo, os quais apresentavam no ano de 2013 uma população de 43. 663. 669 habitantes¹⁰, avaliando o impacto do Programa Saúde da Família (PSF) no número de internações por insuficiência cardíaca (IC) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) por 10000 habitantes no período de 1998 a 2013. Foram consideradas como Condições Sensíveis à Atenção Básica (CSAP) as causas 11 e 12 das internações constantes na portaria 221/2008 do Ministério da Saúde⁶ que trata da lista de condições sensíveis à atenção primária e identificadas pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) como: Insuficiência cardíaca (I50) e doenças cerebrovasculares (I63 a I67; I69, G45 e G46). As variáveis dependentes foram o número de internações pelos agravos- “Insuficiência Cardíaca (IC) e Acidente Vascular Cerebral (AVC)” em ambos os sexos e todas idades - ambos dados obtidos pelo Sistema de Informação Hospitalar (SIH), disponibilizado pelo DATASUS¹¹. As variáveis independentes consideradas foram as

seguintes: População (IBGE)¹⁰, proporção de cobertura populacional municipal pelo PSF (Departamento de Atenção Básica-DAB)¹² e PIB (Produto Interno Bruto)¹³. Análise dos dados: Inicialmente foram calculadas as estatísticas descritivas das variáveis analisadas. Posteriormente foram estimados modelos de regressão simples para avaliar a associação da proporção de cobertura de PSF e ACS com o número de internações por IC e AVC. Os dados foram analisados por meio do Generalized Linear Mixed Models for Non-Gaussian Longitudinal Data (GLIMMIX) do programa SAS¹⁴. Os modelos foram estimados considerando o número de internações por IC e AVC como variáveis de resposta e a proporção de PSF e ACS (ajustados para o ano) como preditoras. O próximo passo foi testar no modelo as possíveis variáveis de confundimento (população, PIB e IDH).

RESULTADOS

Verificou-se que o IC diminuiu no decorrer dos anos de um valor de mediana de 26, 9/10 mil hab. em 1998 a 11, 7/10mil hab. em 2013. O valor de AVC apresentou flutuações ao longo do tempo apresentando valores de mediana de 6, 2/10mil hab. em 1998, 10, 3/10mil hab. em 2004 e 6, 5/10mil hab. em 2013. Verificou-se também que a proporção de PSF permaneceu com mediana igual a 0% entre 1998 e 2000, e foi aumentando de 2001 a 2013, variando de 4, 9 a 40, 2% de cobertura. Além disso, verificou-se que a população variou de 25 milhões para mais de 31 milhões, o PIB passou de 5. 494, 38 reais para 18. 620, 84 reais, enquanto o IDH passou de 0, 788 para 0, 688 de 1998 a 1999 e se manteve (devido a questões de métrica do índice) até 2009, passando para 0, 729 em 2012. Os resultados dos modelos de regressão estimados confirmaram a diminuição significativa do número de internações por IC e AVC por 10000 com o aumento na Proporção de PSF ($p < 0, 01$) e essa relação continua significativa quando as possíveis covariáveis de confundimento (População, PIB e IDH) foram incluídas no modelo ($p < 0, 001$)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o resultado da análise desse estudo, a abordagem do cuidado no modelo do PSF, inserido dentro da Política Nacional de Atenção Básica, inclui diversos fatores associados que podem ter contribuído simultaneamente para o decréscimo das internações por AVC e IC como a oferta da abordagem longitudinal do cuidado ao paciente, através das equipes multiprofissionais como o NASF, o suporte terapêutico gratuito com a Política Nacional de Medicamentos, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica bem como políticas preventivas e protocolos de tratamento, fatores esses também citados no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT) de 2011 a 2022^{15, 16, 17, 18, 19}. Conclui-se portanto, que o modelo de atenção baseado no Programa Saúde da Família impactou positivamente os indicadores de internação por IC e AVC, comprovando que este modelo é efetivo na prevenção das Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP).

O Programa São Paulo pela Primeiríssima Infância SPPI é realizado de forma intersetorial em parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde, c municípios paulistas e a Fundação Maria Cecilia Souto Vidigal e tem como pressuposto a articulação com os poderes públicos, estadual e municipal, e com organizações não governamentais visando qualificar a atuação de instâncias públicas estaduais e municipais, das famílias e dos profissionais que atuam com educação, saúde e assistência social para potencializar o processo de promoção do Desenvolvimento Integral da Primeira Infância (0 a 3 anos) em âmbito regional. A Região de Saúde de Jundiaí mais os municípios de Itatiba e Morungaba foi pioneira enquanto região na implantação do programa

em abril de 2012, com o apoio financeiro, estratégico e metodológico da FMCSV nos três primeiros anos de acompanhamento e transferência de know-how (2012-2015). A partir de 2016, terminado o período da parceria ficou o desafio do programa ganhar vida própria nos nove municípios enquanto região sem o apoio direto da FMCSV.

OBJETIVOS

Relatar a forma encontrada pelos municípios da região para continuidade do SPPI.

METODOLOGIA

A implantação e o desenvolvimento do SPPI fundamenta-se em eixos estratégicos: de governança local e regional através da criação de comitês gestores intersetoriais; de qualificação do atendimento às gestantes e crianças de zero a três anos nos serviços de saúde, educação e desenvolvimento social, principalmente através da formação dos profissionais desses setores em temas relativos ao desenvolvimento infantil; de mobilização e sensibilização da comunidade local para a importância da primeira infância (semana do bebê); de criar e aplicar o Índice Paulista da Primeira infância. Todos esses eixos foram implantados e implementados na região durante o período abril de 2012 a dezembro de 2015 com o apoio direto da FMVSV com o apoio de sua metodologia de intervenção local. Apesar da saída FMCSV durante o ano de 2016 as ações do programa foram mantidas através de reuniões do comitê regional e comitês locais; reedições locais intersetoriais; oficina de apoio técnico aos comitês regional e locais; semana do bebê regional e locais e, assinatura da carta de intenções de continuidade do programa pelos novos prefeitos eleitos na região.

RESULTADOS

Em 2016 : reuniões mensais do comitê gestor regional: 11; realização de reedições intersetoriais para profissionais dos equipamentos dos três setores envolvidos, nos nove municípios (oito encontros em cada município) com um total de 232 participantes; semana do bebê (evento regional) 550 participantes; semana do bebê nos municípios 588 ações realizadas com 23 346 participantes; oficina de apoio técnico para os comitês regional e locais : 95 participantes. Em 2017: Apresentação do programa às novas equipes gestoras nos nove municípios participantes; realização de evento regional para assinatura de carta de intenções de continuidade do programa pelos prefeitos dos nove municípios: 120 participantes; oficialização de novos comitês gestores locais em cinco municípios, estando os demais em fase de finalização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante de realização do projeto pode-se verificar que o trabalho intersetorial além de possibilitar resultados mais efetivos é uma ferramenta de motivação e mobilização dos profissionais e comunidade. O caráter regional possibilita que as ações ocorram simultaneamente mobilizando um contingente populacional equivalente a 885. 338 habitantes. Convém ressaltar que a experiência acumulada com o desenvolvimento do programa e a estruturação da governança regional e local garantiu sua continuidade após a saída da FMCSV enquanto apoio direto, permitindo não só a manutenção como a ampliação das ações para outros segmentos e outros setores da sociedade como um todo. Isso pode ser constatado principalmente com a assinatura da carta de intenções assinadas pelos prefeitos dos nove municípios da região em 17 de fevereiro de 2017.