

Organização das práticas de saúde e vulnerabilidade à diarreia infantil

Organization of health practices and vulnerability to childhood diarrhoea

Rosana Fiorini Puccini*

Os anos 80 e 90 testemunharam importante declínio das taxas de mortalidade infantil no país, merecendo destaque a redução da diarreia, que se apresentava como uma de suas principais causas em décadas anteriores. Mantiveram-se, entretanto, diferenças marcantes entre regiões e segmentos da população, acentuando-se o diferencial entre crianças de famílias ricas e pobres, filhos de mães com e sem instrução, presença ou ausência de saneamento básico, fato revelador da desigualdade diante da morte, já bem demonstrado em inúmeros trabalhos¹⁻⁴.

Chama a atenção que essa redução na taxa de mortalidade infantil, expressiva também no Norte e Nordeste, ocorreu apesar da histórica inflexibilidade da estrutura socioeconômica que mantém excluído e em condições indignas de vida um grande contingente populacional. A uma conjugação de fatores tem sido atribuída a trajetória deste indicador, destacando-se o papel das ações médico-sanitárias, maior acesso da população à informação sobre cuidados de saúde e o efeito indireto ocasionado pelo declínio da fecundidade⁵.

As atuais taxas de mortalidade infantil, entretanto, encontram-se em níveis ainda elevados e, nesse sentido, o trabalho "Organização das práticas de saúde e vulnerabilidade à diarreia infantil", das Dras. Kátia V.O. Feliciano e Maria Helena Kovacs, apresentado neste número do *Jornal de Pediatria*, é de grande relevância, pois avalia as ações de saúde em unidades básicas e hospitais, incluindo nessa avaliação a análise do processo de trabalho nesses serviços, e expõe, de forma clara, a fragilidade do sistema de saúde – sua estrutura, as práticas, o modelo assistencial e o despreparo de seus recursos humanos. Os resultados apre-

sentados constituem-se em importante subsídio para a elaboração de propostas e intervenções visando à necessária integralidade e à qualidade na atenção à saúde, que devem, porém, procurar compreender e incorporar o contexto histórico e político no qual essas práticas estão inseridas.

A significativa expansão de programas e iniciativas voltadas à saúde materno-infantil ocorre como parte do processo de profundas transformações do sistema de saúde do país nestes últimos vinte anos. O Programa das Ações

Integradas de Saúde – AIS (1983), o Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS - 1987) e, posteriormente, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS – 1988) ampliaram as responsabilidades sanitárias e o poder do nível local. A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº

8080/90) estipula a existência de um comando único a cada nível de governo e atribui ao município a gerência e execução de todas as ações de saúde em sua abrangência territorial. A Lei nº 8142/90 garante a participação da comunidade na gestão descentralizada do SUS⁶.

Supera-se a concepção que reduzia os cuidados de saúde ao oferecimento de serviços médico-hospitalares que os mais ricos podiam comprar e os mais pobres receberiam, precariamente, como um favor do Estado e na dependência de sobras orçamentárias. A Constituição de 88 proclama a existência do direito à saúde como um dos direitos fundamentais da pessoa humana^{6,7}.

Esse processo determinou uma grande ampliação da rede de unidades básicas e, principalmente, a incorporação de novas atribuições, entre elas responder ao princípio da integralidade. O atendimento à demanda espontânea, enquanto parte desta integralidade, sempre se constituiu em um dos grandes desafios desses serviços. A falsa contradição entre atendimento à demanda espontânea e atividades programáticas, a falta de recursos financeiros adequados, entre outros fatores, levaram a uma atuação pouco eficiente destas unidades tanto no que se refere à resolução de

Veja artigo relacionado na página 27

* Professora adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo. Chefe da Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária do Departamento de Pediatria da Unifesp.

problemas mais imediatos que se apresentavam nesses serviços, como também na consolidação das atividades programáticas.

Esse processo revela que a concepção de integralidade requer a superação de um modelo assistencial centrado na consulta médica, desarticulado dos níveis de maior complexidade, sem disponibilidade de meios diagnósticos e mecanismos de estímulo aos profissionais, incluindo a educação continuada. Com poucas exceções, o que ainda verificamos é uma baixa resolubilidade e grandes dificuldades de acesso. A população, insatisfeita e desacreditando dessas unidades básicas, continua recorrendo aos serviços de emergência, muitas vezes desnecessariamente. Estes, desarticulados do restante do sistema, não oferecem uma continuidade ao atendimento, atuando pontualmente frente ao problema imediato.

Cabe ressaltar que essa dificuldade em se garantir a atenção integral, que inclui a articulação entre os serviços de diferentes complexidades no âmbito do município, não é conseqüente apenas a entraves de ordem técnica ou inadequação de seus recursos humanos despreparados para essa nova concepção dos serviços. A Norma Operacional nº1 (NOB Nº1 – 7/01/91), editada pelo Ministério da Saúde, estabeleceu um sistema de repasse de recursos para os municípios que os transformou em prestadores de ações de saúde, impondo-se uma lógica de mercado, isto é, para se obter maiores recursos deveria se adotar uma racionalidade semelhante à dos serviços privados - priorizar atos com melhor remuneração, ampliar pronto atendimento médico, reprimir ou não realizar procedimentos custosos ou pior remunerados como por exemplo as ações de saúde coletiva, saúde mental e reabilitação. A assistência hospitalar, em grande parte de caráter privado, manteve-se desarticulada do poder local, dificultando ainda mais a organização desses sistemas locais⁶.

As normas operacionais subseqüentes (NOB-93 e NOB-96) apresentaram algumas mudanças com o objetivo de superar o papel exclusivo de prestador dos municípios. Entretanto, na prática, não ocorreu alteração significativa no montante de recursos repassados aos municípios, gerando uma falta de estímulo para o planejamento das ações, já que não há recursos adicionais, salvo para alguns programas definidos pelo Ministério da Saúde, alguns deles nem sempre adequados às diferentes realidades. A compreensão de toda a estrutura, organização e financiamento do sistema de saúde torna evidente a complexidade e o caráter mais geral dessa discussão sobre vulnerabilidade.

Entretanto, essa compreensão não diminui a importância de experiências e propostas que busquem intervir no processo de trabalho na área da saúde, visando a uma prática de construção da integralidade, que se apresenta como um dos espaços fundamentais para intervenção. Cam-

pos⁶ propõe uma reestruturação das unidades básicas ou centros de saúde tendo como base as equipes de saúde, quebrando a divisão do processo de trabalho, atribuindo a todos as responsabilidades pelo resultado do trabalho coletivo. Coloca, ainda, a importância de se romper a impessoalidade dos serviços públicos, que impede a expressão individual e cotidiana da clientela. Merhy⁸ reforça o aspecto da responsabilização da equipe de saúde e afirma que o acesso e o acolhimento à população não devem ser problemas da recepção e que a função da “porta” não é barrar e limitar o atendimento, mas responder aos problemas que ali aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias disponíveis em nosso saber e em nossas relações. Destaca a importância de se estabelecer uma relação humanizada, acolhedora entre trabalhadores da saúde e usuários^{6,8}.

Considerando as realidades diversas, no que se refere às características tanto da população quanto dos recursos existentes, diferentes formas de organização dos serviços de saúde poderão ser propostas, contemplado-se o acesso universal, a equidade, a humanização, o atendimento às necessidades mais imediatas, as ações programáticas, sendo fundamental uma atuação na formação dos profissionais, envolvimento de toda equipe de saúde na construção e avaliação dessas propostas, garantindo-se, ainda, mecanismos efetivos de controle social.

Referências bibliográficas

1. Monteiro CA, Benício MHD. Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo, SP (Brasil), 1984/1985. *Rev Saúde Publ São Paulo* 1987; 21:380-86.
2. Victora CG, Barros FC, Vaughan JP. *Epidemiologia da Desigualdade*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 1988.
3. Victora CV, Barros FC, Tomasi E, Ferreira FS, MacAuliffe J, Silva AC, et al. A saúde das crianças dos Estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Sergipe, Brasil: descrição de uma metodologia para diagnósticos comunitários. *Rev Saúde Publ São Paulo* 1991; 25: 218-25.
4. Victora CG, Barros FC, Halpern R, Menezes AMB, Horta BL, Tomasi E, et al. Estudo longitudinal da população materno-infantil da região urbana do Sul do Brasil, 1993: aspectos metodológicos e resultados preliminares. *Rev Saúde Publ São Paulo* 1996; 301: 34-45.
5. Oliveira LA, Mendes MMS. Mortalidade infantil no Brasil: uma avaliação de tendências recentes. In: Minayo MCS. *Os muitos Brasis – saúde e população na década de 80*. 2ª ed. São Paulo: Rio de Janeiro: Hucitec/ABRASCO; 1999. p. 291-303.
6. Campos GWS. *Reforma da Reforma – repensando a saúde*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 1992.
7. Carvalho GI, Santos L. *Sistema Único de Saúde – Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90 e Lei 8142/90)*, 1ª ed. São Paulo: Hucitec; 1992.
8. Mehry EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecilio LCO. *Inventando a mudança na saúde*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec/Saúde em Debate – Série Didática; 1994. p. 117-60.