



ARTIGO ORIGINAL

Organização das práticas de saúde e vulnerabilidade à diarreia infantil

Organization of health practices and vulnerability to childhood diarrhoea

Katia V. de O. Feliciano¹, Maria Helena Kovacs²

Resumo

Objetivos: Este estudo teve como objetivo caracterizar, em nível ambulatorial, a organização das práticas de saúde relacionadas com a redução da vulnerabilidade à diarreia infantil.

Métodos: Estudo longitudinal, com dois cortes transversais interrelacionados, em 14 serviços de saúde (11 centros de saúde e 3 hospitais), localizados em seis municípios de Pernambuco, participantes do projeto de implementação das ações de controle da diarreia coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde. As informações foram obtidas através de observação, entrevistas com profissionais e usuários e revisão de histórias clínicas.

Resultados: Em geral, constataram-se alta frequência de rechaço da demanda, demora para o atendimento, falta de orientação para o uso da terapia oral no domicílio, escassez de informação sobre os sinais de agravamento do episódio, elevada prescrição de medicamentos para as crianças com diarreia e grande omissão no registro do estado de hidratação e das condutas. Em apenas três unidades a prática educativa é sistemática, há delegação de atividades à enfermagem e articulação com os agentes comunitários. Na segunda etapa, uma das poucas mudanças identificadas foi um discreto aumento da tomada de peso e do seu registro no Cartão. Contudo, durante o período da intervenção, 69,6% dos membros da equipe de saúde perceberam melhorias na atenção à criança.

Conclusões: Os resultados mostram a grande fragilidade dos serviços avaliados para operar as atividades educativas e curativas voltadas à diarreia. Assim, as práticas observadas de atenção à criança têm contribuído para aumentar a vulnerabilidade infantil, tornando premente a necessidade de reorganizar, no conjunto das ações voltadas para este grupamento social, o controle da doença.

J. pediatr. (Rio J.). 2000; 76(1): 27-36: serviços de saúde, diarreia infantil, análise de vulnerabilidade e estudos longitudinais.

Introdução

Proposto por Mann e colaboradores para analisar a resposta às políticas e às atividades relacionadas com a

Abstract

Objectives: This study aimed to characterize, the organization of health practices related to the reduction of vulnerability to childhood diarrhoea.

Methods: A longitudinal study was carried out, with two interconnected transversal cuts, in 14 health services (11 health centres and 3 hospitals), located in six municipalities of Pernambuco that participated of the Diarrhoea Control Implementation Project coordinated by the Health State Department. The data collection was performed through observation, interviews with professionals and mothers of the children, and clinic histories revision.

Results: Overall, there was a high proportion of patients who either did not get consulted or had to wait for a long time after their arrival at the health service. No orientation was given on the use of oral rehydration salts at home; little advice on the signs and symptoms of an aggravating episode was given, an elevated number of drugs were prescribed to the children with diarrhoea; and there was high degree of omission to record the patients' hydration status and the treatment offered. The educational practice is systematic only in 3 services, and only in these services there is delegation of activities to the nursing team and articulation with community health agents. On the 2nd phase of the study, one of the few changes identified was a discrete increase in weight measurement and its recording on a Chart. However, in the intervention period 69,6% of the health team members noticed an improvement on the pediatric assistance.

Conclusions: The results reveal the great deficiency of the evaluated services in operating educational and healing activities related to diarrhoea control. So the observed practices concerning the attention to the children have contributed to increase childhood vulnerability, which shows the need to reorganize disease control actions, among the myriad of other actions related to this social group.

J. pediatr. (Rio J.). 2000; 76(1): 27-36: health services, childhood diarrhoea, vulnerability analysis, longitudinal study.

AIDS¹, o conceito de vulnerabilidade traduz as diferentes situações dos indivíduos e das coletividades frente à infecção e adoecimento pelo HIV, levando em conta os conflitos do ambiente social, as deficiências de informação e educação, os problemas de acesso e de qualidade da oferta dos serviços sociais e de saúde. E, define três planos analíticos interdependentes: o individual ou comportamental, o pro-

1. Mestre em Epidemiologia, Faculdade de Ciências Médicas/UPE.

2. Mestre em Medicina Preventiva, Prof. Adjunta do Departamento de Medicina Social, Faculdade de Ciências Médicas/UPE.

Trabalho financiado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

gramático ou institucional e o social ou contextual. O uso da noção de vulnerabilidade tem sido estendido para outros aspectos ligados à saúde de populações e a estratégias preventivas como a questão das drogas e da violência nas relações de gênero².

Esta formulação reconhece o limitado alcance das intervenções isoladas para produzir modificações de maior importância na saúde dos grupos populacionais e considera fundamental o desenvolvimento de ações que contemplem um amplo conjunto de necessidades. Logo, reitera o valor de organizar as práticas de saúde em torno da atenção integral, propiciando a complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas em um sistema articulado de cuidados em níveis progressivos de atuação³. Além disso, mostra com clareza que o respeito conferido dentro de cada sociedade (e entre sociedades) à dignidade e aos direitos humanos guarda íntima relação com a maior ou menor fragilidade à doença⁴. Portanto, o caráter político da discussão sobre a vulnerabilidade aponta a necessidade de tratar o problema como um desafio não estritamente técnico².

No que diz respeito à diarreia, as diferenças na vulnerabilidade social se revelam nas desigualdades presentes num conjunto de características que modificam as condições relacionadas com a ocorrência da doença na infância e a capacidade de resposta frente à mesma. Incluem-se os significados, as experiências e as expectativas relacionados com os episódios diarreicos, o saneamento básico inadequado, a participação da mãe como única provedora do sustento da criança, a elevada dependência econômica, a alta frequência de analfabetismo e a baixa escolaridade das mães e dos membros das suas redes de suporte domiciliar, além dos obstáculos no acesso a serviços de saúde e na qualidade da atenção recebida⁵⁻⁷.

Não obstante o importante declínio observado na mortalidade por doenças diarreicas, estas se mantêm como uma das principais causas de doença e morte entre as crianças menores de cinco anos de idade que vivem sob condições desfavoráveis^{5,6,8-11}. Em Pernambuco, apesar das limitações do sistema de registro de morbidade e das características do manejo familiar das doenças na infância, a diarreia representa, entre as crianças deste grupo etário, um dos principais motivos para procurar os serviços de saúde¹². Em Recife, em 1997, no total dos hospitais conveniados pelo Sistema Único de Saúde, as doenças diarreicas foram responsáveis por 8,7% do total de internações ocorridas em menores de um ano de idade. No ano de 1995, a mortalidade proporcional por diarreia neste grupamento social foi de 13,6%, em todo o Estado, e de 23,3%, no Recife¹³.

Na presença de deficiências na nutrição, a doença pode se prolongar por mais de quatorze dias (diarreia persistente) e/ou apresentar uma maior frequência de episódios. Há estudos mostrando que na faixa etária de seis a onze meses, em localidades pobres da América Latina, o número de episódios/criança/ano foi estimado em 10 ou mais^{6,10}. Em menores de cinco anos de idade, de 3% a 20% das diarreias agudas tornam-se persistentes¹⁴. A maior frequência de

episódios de diarreia durante o ano e, em particular, a maior duração destes, estão intimamente relacionadas com o comprometimento do estado nutricional. Entre os sobreviventes, uma elevada proporção acumula seqüelas em seu crescimento e desenvolvimento^{5,15,16}.

No âmbito da assistência à saúde na infância, apesar do alcance limitado das ações setoriais, as atividades de prevenção e controle da diarreia desenvolvidas pelo sistema de atenção de saúde são fundamentais para reduzir a vulnerabilidade individual à doença e, por conseqüência, a mortalidade infantil. As atividades programáticas de vigilância à saúde – promoção do aleitamento materno, melhoria das práticas de desmame através da educação alimentar, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, vacinação contra sarampo e rotavírus (quando esta estiver disponível), promoção da higiene pessoal e doméstica – contribuem para modificar a intensidade da transmissão nos casos de origem infecciosa e a frequência da doença^{17,18}.

No manejo dos casos, a história clínica e o exame físico, cuidadosamente realizados, são fundamentais para estabelecer uma orientação diagnóstica e terapêutica individualizada. O adequado suporte hidroeletrólítico e nutricional é decisivo para a redução da mortalidade e, nos casos agudos, o uso dos medicamentos deveria ser uma exceção. A utilização da terapia de reidratação oral – método eficaz, de fácil aplicação e baixo custo – evita o agravamento dos episódios e diminui a letalidade por diarreia aguda, desde que realizada no devido tempo no processo de atenção à criança doente. A prática educativa deve fazer parte de todo atendimento feito por qualquer membro da equipe de saúde^{5,8,19}.

No entanto, como o modelo hegemônico de atenção à saúde está voltado para o atendimento da demanda espontânea e as aspirações da população estão centradas na resolução imediata do problema, o atendimento integral tem sido pouco desenvolvido como forma de conciliar a assistência médica individual, a partir da queixa apresentada, às ações consideradas necessárias dos pontos de vista epidemiológico e sanitário^{20,21}. Daí, nas diversas situações relacionadas com a maior vulnerabilidade das crianças à diarreia, além dos comportamentos que criam a oportunidade de adoecer e/ou de agravar as manifestações e das condições do meio natural e social em que se dão estes comportamentos (em particular o acesso a saneamento, informação e educação), destacam-se as deficiências no desenvolvimento de ações institucionais específicas para a doença.

A vulnerabilidade programática se evidencia nos problemas referentes aos recursos financeiros, materiais, humanos e organizacionais. Em 1989 foi realizada, no Nordeste do Brasil, uma avaliação do manejo da diarreia pela rede básica de serviços de saúde, a qual constatou falhas na história clínica e no exame físico dos casos, falta de soro reidratante oral e de material básico necessário para ministrar a terapia oral nas unidades, fornecimento de instrução incompleta para preparo e utilização desta, uso abusivo de medicamentos e baixa frequência de atividades educati-

vas²². Estudo sobre o tratamento de casos de diarreia, realizado em 1993 na mesma região, confirmou os achados anteriores, ou seja, a deficiência generalizada na apreciação clínica e no tratamento dos pacientes com diarreia. Apenas 1,0% dos casos recebeu orientações sobre a atenção domiciliar e a prevenção da doença²³.

Por outro lado, uma grande parte das crianças com diarreia só é levada ao médico quando se esgotam os recursos terapêuticos familiares^{24,25}. As mães movem-se com maior ou menor facilidade através de um amplo espectro de recursos tradicionais, populares e técnicos disponíveis. Esta prática pode aumentar as complicações, as seqüelas e a letalidade provocadas pela diarreia, desde que as experiências e as informações acumuladas sobre a doença não propiciem uma maior compreensão sobre as suas características e sobre os cuidados preventivos e curativos que devem ser oferecidos às crianças.

Para muitas famílias, mesmo quando conhecem a terapia de reidratação oral e sabem distinguir entre as diarreias leves e moderadas, parecem contraditórias a gravidade atribuída à doença pela equipe de saúde e a banalidade do tratamento^{26,27}. As dificuldades encontradas quando da busca de serviços de saúde, a insatisfação com o atendimento recebido e as características das percepções sobre a diarreia afetam o reconhecimento e a valorização das necessidades, bem como os comportamentos, individuais e coletivos, relacionados à doença, nas distintas culturas e lugares.

O conhecimento da realidade local (significados socialmente construídos, condições de subsistência, acesso a serviços sociais, morbidade, mortalidade) e a avaliação sistemática das atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde são essenciais para a redefinição de caminhos de ação, nos níveis comunitário e institucional. Além disso, permitem subsidiar a reflexão sobre a prática, podendo estimular uma maior participação dos componentes da equipe de saúde no processo de transformação que se impõe à organização do trabalho nestes serviços^{19,28}.

Neste sentido, com base nas perspectivas abertas pelo conceito de vulnerabilidade, este estudo toma o plano programático como porta de entrada à questão da diarreia e avalia o desenvolvimento no ambulatório dos serviços de saúde, de primeiro e segundo níveis de atenção, das ações voltadas para a prevenção e controle da doença em menores de cinco anos de idade. Foram examinados a organização, a infra-estrutura e o processo de trabalho das unidades estudadas, buscando estabelecer uma maior aproximação com a realidade diária da prestação de assistência de saúde para conhecer a participação desses serviços na suscetibilidade infantil e discutir alternativas para alcançar a sua redução.

O caráter específico da infra-estrutura, do processo de trabalho, dos acordos, dos jogos de interesses e das estratégias presentes no interior dos serviços de saúde avaliados indica a necessidade de muita cautela no que diz respeito à generalização dos resultados obtidos. Porém, questões se-

melhantes podem surgir em outros lugares, e as sugestões feitas para reduzir a vulnerabilidade programática, certamente, podem ser úteis em contextos aproximados.

Métodos

Este estudo longitudinal dos serviços de saúde foi realizado, em dois cortes transversais interrelacionados, para avaliar as ações de prevenção e controle das doenças diarreicas em seis municípios do estado de Pernambuco (Recife, Camaragibe, Olinda, Agrestina, Brejo da Madre de Deus e Araripina) que, sob a coordenação da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, implementaram essas atividades²⁹.

A população alvo do presente trabalho foi constituída por quatorze serviços de saúde: seis no interior – três centros de saúde e um hospital da rede pública e dois hospitais (um privado e outro filantrópico) que contam com convênio do Sistema Único de Saúde; oito na Região Metropolitana do Recife (RMR) – todos centros de saúde da rede pública. Na RMR, essas unidades estavam localizadas dentro dos três bairros selecionados para intensificar a intervenção sobre a diarreia, e a clientela correspondeu basicamente a esta população. No interior, a clientela estava representada por toda a população do município.

No período compreendido entre as duas etapas da avaliação, foram treinados os componentes da equipe de saúde que desenvolvem atividades de atenção à criança, 72,2% dos médicos (81,8% na RMR e 57,1% no interior), 77,8% das enfermeiras (80,0% na RMR e 75,0% no interior), 45,2% das auxiliares de enfermagem (42,3% na RMR e 50,0 no interior) e 22,2% dos agentes comunitários de saúde (88,9% daqueles do interior).

O trabalho de campo foi feito, nos períodos de 26 de fevereiro a 29 de março (1ª etapa) e de 08 de julho a 09 de agosto de 1996 (2ª etapa), por uma médica sanitária, pediatra, com experiência em avaliação, devidamente treinada. Para caracterizar a infra-estrutura e a organização dessas unidades, as informações foram coletadas utilizando formulários padronizados, através de entrevistas com membros da equipe administrativa – marcação de consulta, triagem, oferta de atividades, recursos humanos, normas técnicas sobre diarreia, material permanente, material de consumo para reidratação oral e registro de informações.

Para conhecer o processo de trabalho, cada serviço foi submetido a um exame minucioso da rotina de atendimento, em dias da semana aleatoriamente selecionados, estabelecendo-se uma “amostragem de tempo”³⁰. Cada unidade foi observada durante três turnos, num total, na 1ª etapa, de 123 horas e 25 minutos e, na 2ª etapa, de 136 horas e 10 minutos. Os dados foram coletados utilizando-se formulários próprios – aprazamento da consulta, triagem, acesso a atendimento, trabalho educativo, preparo e oferta da terapia de reidratação oral, delegação de atividades, pré-consulta, consulta médica, pós-consulta, sistema de referência, articulação com os agentes comunitários e sistema de registro (estado de hidratação e manejo da diarreia).

Entrevistaram-se todas as mães de crianças menores de cinco anos presentes nos serviços, antes e depois do atendimento – consulta médica ou de enfermagem – idade da criança, local de residência, aprazamento prévio, acesso à atenção, motivo para procurar serviço de saúde, tempo de doença, disponibilidade de Cartão da Criança e presença deste no contato atual, tomada e registro de peso, fornecimento de informações sobre a diarreia durante o atendimento, conteúdo das informações recebidas e condutas orientadas (incluindo a entrega de sal reidratante e a observação da receita). Na primeira etapa obteve-se uma amostra ilustrativa de 309 crianças – 33,7% eram menores de 1 ano e 66,3% eram do grupo de 1 a 4 anos de idade, 67,0% moravam na RMR e 33,3% no interior –, havendo 43 com diarreia. Na segunda etapa, de 253 crianças – 40,3% eram menores de 1 ano e 59,7% eram do grupo de 1 a 4 anos de idade, 65,1% residiam na RMR e 34,9% no interior –, 38 estavam com diarreia.

A partir da listagem obtida quando da caracterização dos recursos humanos dos serviços estudados, foram identificados 26 médicos, 15 enfermeiras e 55 auxiliares de enfermagem que efetuam algum tipo de atividade na atenção à criança, além de 42 agentes comunitários de saúde. Para conhecer as percepções dos membros da equipe de saúde sobre a execução das atividades de prevenção e controle da diarreia, foram entrevistados, na segunda etapa da avaliação, 18 médicos, 9 enfermeiras e 42 auxiliares de enfermagem que, durante as observações, estavam desenvolvendo suas atividades de rotina, além de 36 agentes comunitários que compareceram aos serviços de referência no dia pré-estabelecido para aplicação do questionário.

Para a análise dos resultados os serviços foram distribuídos de acordo com a localização - RMR: Recife, Camaragibe e Olinda - e interior: Agrestina, Brejo da Madre de Deus e Araripina. Na comparação dos perfis das amostras independentes de crianças menores de cinco anos de idade atendidas nos dois grupos de unidades, a significância da associação foi avaliada através do Qui-Quadrado ou do teste exato de Fisher (quando necessário). O termo tendência é usado para descrever resultados em que se delineiam diferenças sem significância estatística.

Resultados

Dois modelos assistenciais distintos são operacionalizados pelos quatorze serviços de saúde submetidos à investigação. Em onze unidades, há um modelo que poderíamos chamar de tradicional, restrito ao atendimento da demanda espontânea da qual captam usuários que recebem algumas ações programáticas; numa unidade, há o Programa de Saúde da Família (PSF), atuando em área delimitada com ênfase nas atividades educativas e nas ações preventivas voltadas aos grupos de risco; e, em duas unidades, os dois tipos de atenção ocupam a mesma área física e utilizam os mesmos equipamentos, ainda que atuando sobre suas respectivas clientela, ou seja, demanda espontânea e população adstrita.

Em seis serviços de saúde (cinco da RMR e um do interior) é feito aprazamento prévio da consulta, com antecedência de 24 horas naqueles localizados na RMR e, no interior, só para a clientela que conta com convênios de empresas privadas. Na primeira etapa, 63,5% das crianças conseguiram a ficha no mesmo dia do atendimento e na segunda, 70,7%. Doze unidades apresentaram rechaço na atenção à criança por excesso de demanda. Nas duas unidades do interior que contam com Serviço de Pronto-Atendimento e não apresentaram rechaço na atenção à criança, as mães, às vezes, retornam para casa sem que seus filhos tenham consultado, pois, quando os médicos plantonistas são clínicos gerais, preferem aguardar a consulta com o pediatra.

Em todos os serviços as crianças são atendidas por ordem de chegada, independentemente das características do quadro clínico. A triagem para excluir o atendimento no dia ou para definir o acesso ao pediatra é realizada em três unidades da RMR e em duas do interior; entretanto, esta não é uma atividade sistemática. Nas demais unidades, após distribuição das fichas para o médico, o excedente da demanda é orientado para retornar no dia seguinte, para nova tentativa. A clientela, em geral, necessita chegar muito cedo para conseguir marcar a consulta e espera muito para ter acesso à mesma.

Apenas em dois municípios do interior as unidades de menor complexidade do projeto de prevenção e controle da diarreia dispõem de uma unidade formal de referência, a qual serve de suporte para pronto-atendimento e, nos casos de maior gravidade, internação. Nos demais, a escolha do serviço para onde a criança será encaminhada fica a critério do profissional. Na primeira etapa, só uma unidade do interior dispunha de transporte próprio para deslocamento dos pacientes, mas, na segunda etapa, mesmo este se encontrava em reparo e sem previsão de entrega. Portanto, o deslocamento é responsabilidade exclusiva da família, independente da sua condição financeira e do quadro clínico da criança.

A Figura 1 evidencia, para ambas as etapas da avaliação, uma deficiência geral na execução da vigilância do crescimento, ainda que as unidades do interior apresentem um desempenho significativamente pior ($p=0,000$) no que diz respeito à omissão das mães em trazer o Cartão dos seus filhos, dos serviços em realizar a tomada de peso das crianças, independente da disponibilidade do Cartão, a pesagem e o registro de peso daquelas que dispunham do Cartão no momento da consulta. No interior, uma proporção significativamente maior das crianças atendidas na segunda etapa ($p=0,029$) teve o peso registrado no Cartão. Houve, na RMR, uma importante tendência para aumentar o número de crianças que foram pesadas ($p=0,096$), bem como daquelas cujos pesos foram registrados no Cartão ($p=0,100$). Foi escasso o registro do estado de nutrição no prontuário. Os serviços avaliados, independentemente do modelo de atenção, apresentaram desempenho semelhante quando se considera a tomada e interpretação do peso na

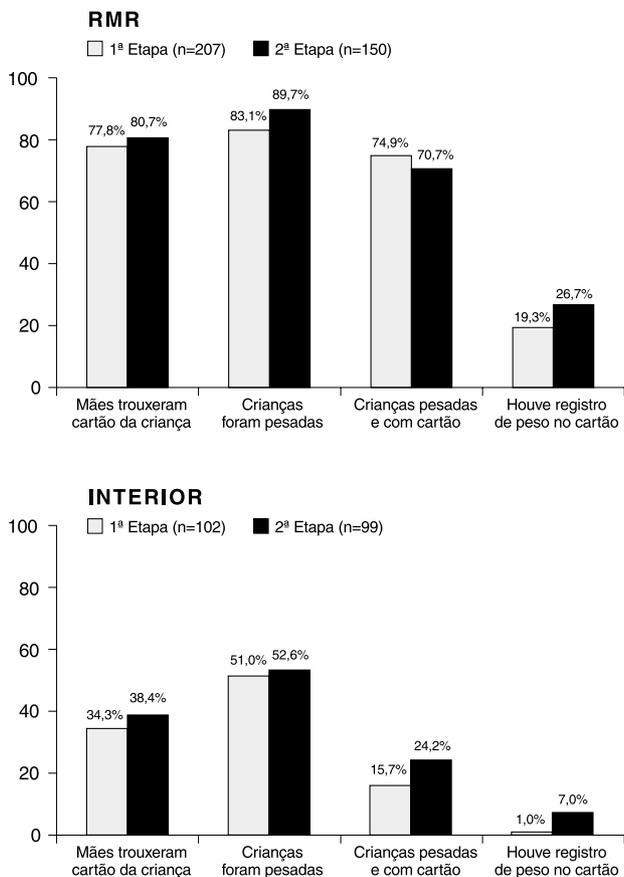


Figura 1 - Aspectos operacionais da vigilância do crescimento, em menores de 5 anos, atendidos nos serviços de saúde avaliados, Pernambuco, 1996

clientela que demandou consulta. Todos estes serviços dispõem de infra-estrutura material básica para desenvolver essa atividade, ou seja, balança e Cartão da Criança.

O trabalho educativo coletivo não é uma atividade de rotina nos serviços que oferecem apenas atenção tradicional, mas é desenvolvido de forma sistemática nos três com Programa de Saúde da Família. Apenas seis serviços, quatro na RMR (três do PSF) e dois no interior, informam fazer este trabalho (dois quando há tempo), nenhum havia realizado durante a primeira etapa e dois o fizeram numa das observações na segunda. Portanto, nos contatos da clientela com estas unidades de saúde, houve uma pequena troca de experiências e conhecimentos sobre a diarreia na infância. O incentivo ao aleitamento materno é realizado durante a assistência pré-natal em duas unidades localizadas no interior, assim como pelas equipes do Programa de Saúde da Família na RMR. Não houve registro, em nenhum serviço, da experiência com grupos de mães em apoio à amamentação.

Das 43 crianças com diarreia atendidas durante a primeira etapa da avaliação, 44,2% eram menores de 1 ano e 55,8% eram do grupo de 1 a 4 anos de idade, 58,1% residiam na RMR e 41,9% no interior. A mediana do tempo

transcorrido entre o início da diarreia e a consulta foi de 3,0 dias (2,0-6,0) na RMR e 2,0 (1,0-3,0) no interior, (p=0,071). Na segunda etapa, das 38 crianças deste grupo de idade atendidas com diarreia, 44,7% eram menores de 1 ano e 55,3% eram do grupo de 1 a 4 anos, 47,4% moravam na RMR e 52,6% no interior. A mediana foi de 3,0 dias (3,0-14,0) na RMR e 3,0 (1,0-3,5) no interior, (p=0,032).

A Figura 2 mostra que na RMR, na primeira etapa, 20,0% das crianças com diarreia foram rechaçadas quando aguardavam consulta. No interior, houve manejo de casos da doença pela auxiliar de enfermagem, apesar da delegação de atividade não se constituir numa primeira opção para os serviços, ocorrendo em função da ausência de médico – absentismo do profissional e horário sem oferta de consulta médica para criança – ou na presença de excesso de demanda. Das crianças com queixa de diarreia, 92,1% na primeira e 94,7% na segunda etapa, receberam tratamento ambulatorial, e só no interior houve referência de casos para internação (Figura 3).

Apenas dois serviços localizados no interior dispunham de espaço próprio para a oferta da terapia de reidratação oral, cinco realizavam terapia de reidratação oral na unidade (um da RMR e quatro do interior) e um destes, na segunda etapa, apresentava problemas no fluxo do suprimento de material para seu preparo e oferta. Todas as unidades tinham soro reidratante oral. Na primeira etapa, em apenas seis destas o armazenamento do soro oral era feito de forma satisfatória, sendo as condições inadequadas

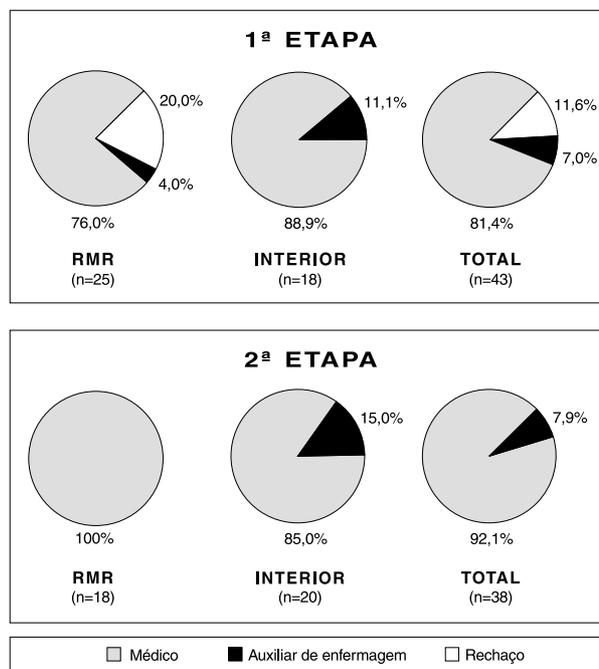


Figura 2 - Características do atendimento dos casos de diarreia, em menores de 5 anos, nos serviços de saúde avaliados, Pernambuco, 1996

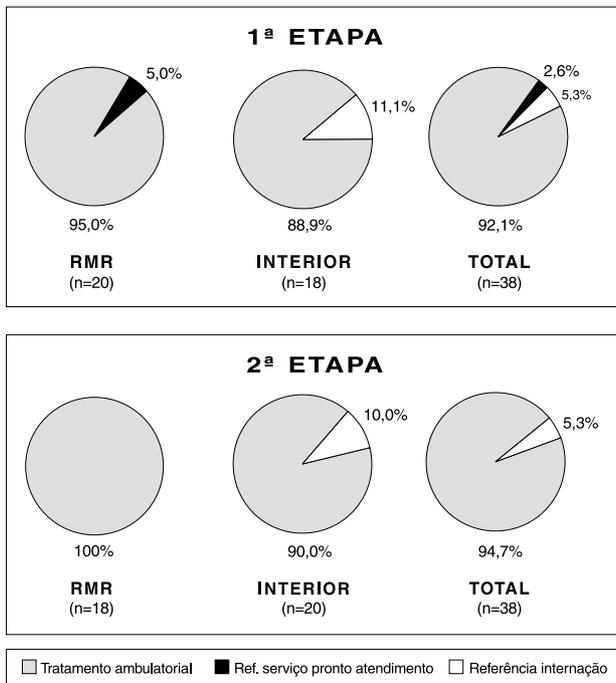


Figura 3 - Manejo geral dos casos de diarreia, em menores de 5 anos, nos serviços de saúde avaliados, Pernambuco, 1996

de temperatura o principal problema identificado. Na segunda etapa, houve uma melhoria no armazenamento, considerado satisfatório em nove unidades. Em três serviços havia normas escritas sobre o manejo da terapia de reidratação oral.

Os dois grupos de unidades apresentaram um comportamento bastante similar, na primeira etapa, em relação às principais condutas orientadas pelos médicos, com uma discreta tendência de maior indicação de terapia de reidratação oral no domicílio na RMR. A reavaliação do quadro de diarreia foi indicada para apenas dois casos na RMR. Na segunda etapa, houve um nítido declínio na frequência de orientação para aumentar ingestão de líquidos, principalmente no interior. As prescrições de terapia de reidratação oral no domicílio e de medicamentos foram semelhantes para os dois grupos de unidades, mas o uso de trimetopim+sulfametoxazol foi maior no interior. Apenas uma pequena proporção de crianças doentes, na RMR, teve indicação de retorno para reavaliar o quadro de diarreia (Figura 4).

A reidratação oral na unidade foi realizada, na primeira etapa, para cinco crianças com diarreia atendidas em três serviços de saúde localizados no interior, duas tiveram a prescrição feita pelo médico, e as demais, pela auxiliar de enfermagem. Em nenhum dos casos as mães assistiram à preparação do soro, e o pesquisador de campo só pode observar o preparo da solução reidratante em dois casos, atendidos em unidades diferentes, com diluição incorreta num deles. Três crianças receberam reidratação oral duran-

te, aproximadamente, uma hora e apenas uma criança permaneceu mais de quatro horas fazendo a terapia. Em duas unidades as auxiliares responsáveis pela terapia de reidratação oral não haviam sido treinadas. Na segunda etapa, três crianças com diarreia atendidas pela auxiliar de enfermagem iniciaram a reidratação oral no serviço, as mães não assistiram à preparação do soro – diluído de forma correta de acordo com a observação do pesquisador –, e a duração do tratamento foi de aproximadamente uma hora.

A Figura 5 mostra que 60,0% das mães de crianças atendidas com diarreia, na primeira etapa da avaliação, disseram ter recebido alguma informação sobre a doença durante a consulta médica, com comportamento semelhante na RMR e no interior. Entre as mães do interior existiu uma tendência para receber informações simultâneas sobre a importância da diarreia e sinais de risco ou manejo da terapia de reidratação oral. À saída da unidade, em ambas as etapas, aproximadamente metade das mães desconhecia qualquer sinal de desidratação.

Nenhum dos serviços de saúde observados realiza atividades de pós-consulta e naqueles de atenção tradicional não existe contra-referência dos casos de diarreia aos agentes comunitários de saúde que atuam na área. No Programa de Saúde da Família, o acompanhamento domiciliar das crianças com diarreia faz parte do elenco de atividades.

A Figura 6 mostra a grande omissão no registro de informações, relacionadas com o estado de hidratação e as condutas, nos casos de diarreia atendidos pelos médicos dos serviços estudados. O sub-registro, na primeira etapa, foi significativamente maior no interior quando comparado

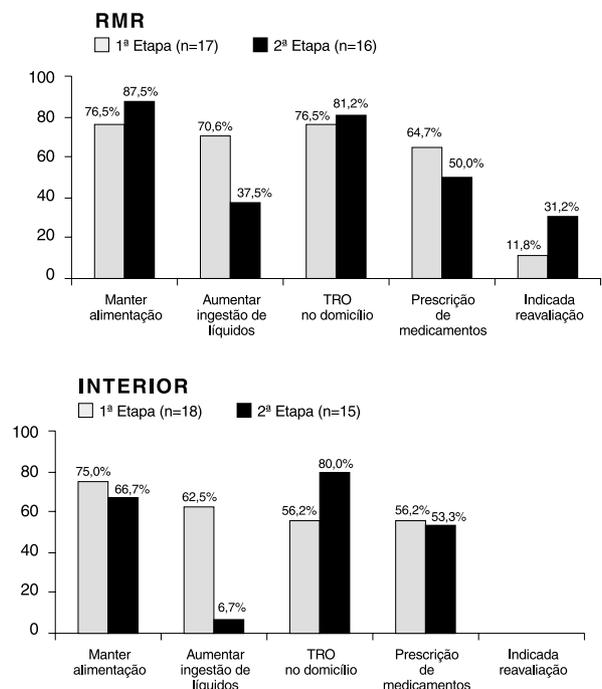


Figura 4 - Condutas orientadas pelos médicos para as crianças menores de 5 anos com diarreia, Pernambuco, 1996

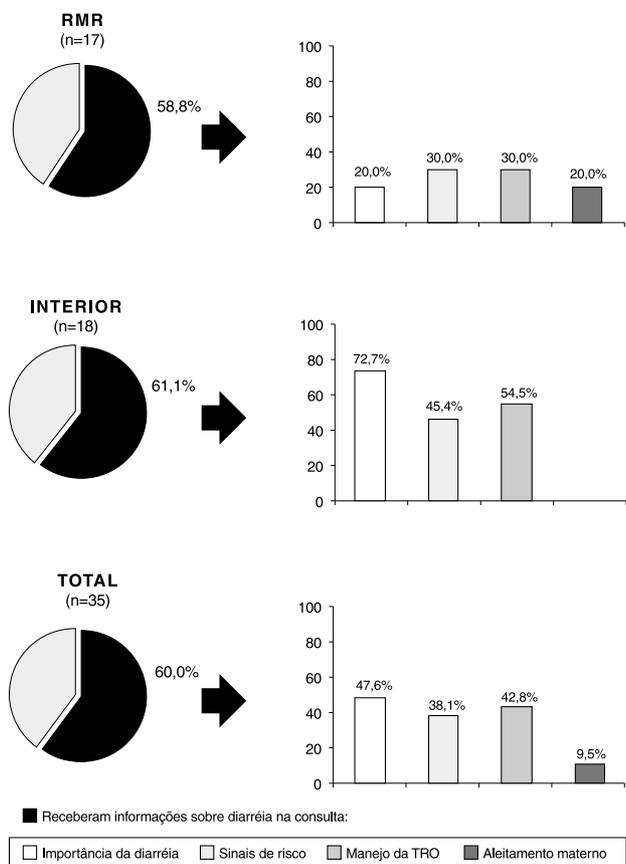


Figura 5 - Crianças menores de 5 anos com diarreia, atendidas nos serviços de saúde. Informações às mães sobre a doença na consulta médica, Pernambuco, 1996

à RMR ($p=0,031$). Na segunda etapa, a proporção total de prontuários com registro apresentou uma forte tendência ao crescimento ($p=0,088$), sendo este comportamento consequência da melhoria no desempenho dos serviços localizados no interior. Nos prontuários com registro, a anotação do estado de hidratação foi menos valorizada. A omissão é ressaltada quando se comparam as condutas orientadas pelos médicos que foram registradas nos prontuários com aquelas informadas pelas mães, as observadas pela entrega do envelope de reidratante oral e a prescrição na receita. Das condutas, a maior omissão diz respeito aos medicamentos receitados (Figura 7).

Todas as enfermeiras, 77,8% dos agentes comunitários, 63,4% dos auxiliares de enfermagem e aproximadamente metade dos médicos entrevistados, na segunda etapa, perceberam a ocorrência de mudanças na atenção à criança durante o período de intervenção (Figura 8). As principais mudanças citadas, independentemente da categoria profissional, foram a melhoria no acompanhamento das crianças desnutridas e uma maior ênfase no trabalho educativo.

Apenas 16,7% dos médicos (9,1% na RMR e 28,6% no interior) e 55,5% das enfermeiras (40,0% e 75,0%) tiveram acesso ao relatório da primeira etapa da avaliação.

Discussão

A importância das unidades estudadas é ressaltada quando se considera o perfil de utilização de serviços de saúde encontrado no inquérito populacional realizado entre 26 de fevereiro e 2 de abril de 1996 em amostra representativa de 1026 crianças menores de cinco anos de idade, residentes em onze áreas geográficas localizadas nos seis municípios do estado de Pernambuco que implementaram as ações sobre a diarreia. Os resultados mostram que 2,9% das crianças com idade entre dois meses e quatro anos (todas residentes no interior) nunca haviam utilizado um serviço de saúde, 83,4% (79,9% das crianças da Região Metropolitana e 87,4% do interior) são usuárias de uma ou mais unidades de saúde dentre as quatorze avaliadas e 13,7% demandam para outros serviços (20,1% e 6,3%)³¹.

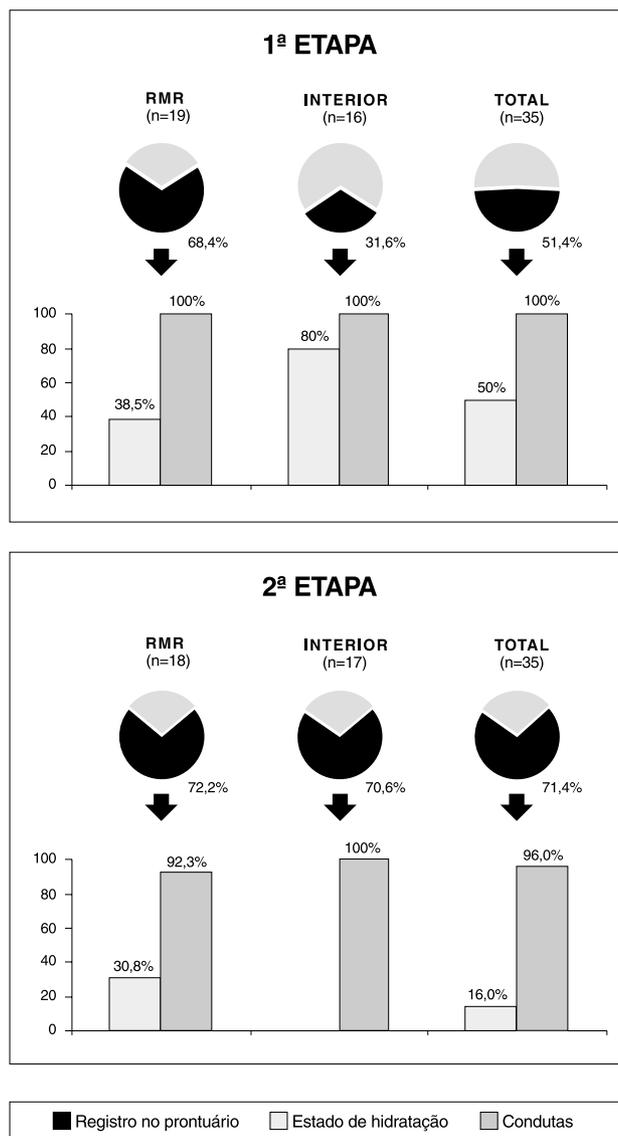


Figura 6 - Crianças menores de 5 anos com diarreia; percentual de registro no prontuário do estado de hidratação e condutas, Pernambuco, 1996

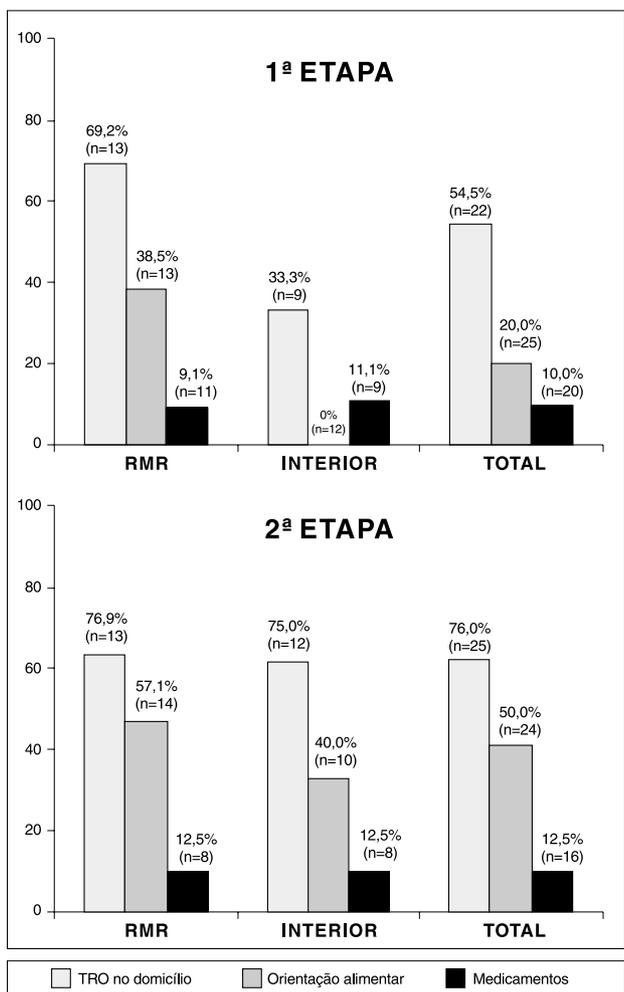


Figura 7 - Crianças menores de 5 anos com diarreia; comparação das condutas médicas registradas nos prontuários com as informadas por outras fontes*, Pernambuco, 1996
* informações da mãe, envelope de reidratação oral e receita

A acessibilidade a ações de saúde e a qualidade da atenção à criança são essenciais para reduzir, em particular, a ocorrência de complicações e a mortalidade por diarreia. Porém, na rotina dos serviços de saúde avaliados, as crianças encontram, com muita frequência, obstáculos como falta de acesso às atividades, necessidade de chegar muito cedo para conseguir consulta, demora para ser atendida, absentismo do profissional, realização de encaminhamentos apenas orais feitos pelos funcionários do Arquivo e ausência de apoio para deslocamento, mesmo quando o médico faz a referência por escrito. Alia-se à gravidade da situação o fato de a grande maioria das crianças ter sido trazida aos serviços devido a uma doença.

No entanto, apesar da baixa potencialidade do pronto-atendimento como instrumento isolado de impacto, foram poucas as tentativas feitas nestes serviços para integrar o atendimento do motivo da consulta às ações programáti-

cas³². A assistência médica não está articulada a um trabalho coletivo (captação, apoio laboratorial, trabalho educativo, aprazamento, convocação de faltosos). Em geral, depois de superadas as dificuldades para acesso, a consulta médica se restringe ao atendimento da queixa.

A pequena delegação de atividades à enfermagem, na atenção à criança com diarreia, nos serviços voltados para o atendimento da demanda espontânea, independentemente do grau de desidratação, certamente prolonga o tempo de espera dentro da unidade e provoca o agravamento do quadro clínico. A delegação de funções a outros membros da equipe, com treinamento e supervisão continuados, permite atender um maior número de crianças, além de assegurar a oferta de atividades no devido tempo do processo de atenção destas. Cabe destacar que, de acordo com as escalas de gravidade estabelecidas para a diarreia, os pacientes com manifestações clínicas mais graves devem ter a consulta médica garantida.

Constata-se também uma pequena oferta de atividades educativas, tais como incentivo ao aleitamento materno, esclarecimentos sobre os principais fatores relacionados com a ocorrência da diarreia, troca de experiências e orientação sobre as condutas preferenciais para reduzir a frequência dos episódios e a ocorrência de complicações nas crianças doentes. Há uma grande desvalorização do Cartão da Criança para monitorar o estado de nutrição das crianças atendidas²¹⁻²³, apesar da discreta tendência de aumento da tomada de peso e do seu registro no Cartão, observada quando se comparam as duas etapas da avaliação.

Não obstante o reconhecimento de que o momento mais oportuno para ensinar às mães o manejo da terapia de reidratação oral é quando ela leva a criança com diarreia à unidade de saúde³³, a maior parte dos serviços observados continua sem iniciar a terapia oral na unidade. Na primeira etapa da avaliação, identificaram-se as ocorrências de preparo e oferta inadequados do soro oral, em alguns casos da

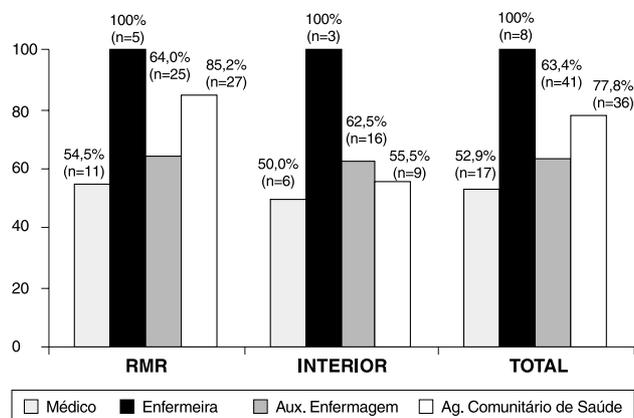


Figura 8 - Percepção de mudanças na atenção à criança pela equipe dos serviços de saúde avaliados, Pernambuco, 1996

doença em que a terapia foi realizada no serviço, mostrando a importância do treinamento, da reciclagem e do acompanhamento da assistência oferecida. As deficiências encontradas no processo de trabalho destes serviços são semelhantes àquelas identificadas por outros estudos realizados no Nordeste do Brasil^{22,23}.

Além disso, o grande desconhecimento dos sinais sugestivos de desidratação pelas mães entrevistadas nas unidades ressalta a importância da dimensão educativo-comunicacional dos cuidados de saúde. Como se espera uma mudança nos comportamentos das mães e da rede social que ajuda no cuidado das crianças, o trabalho educativo precisa ser realizado de forma permanente e atender às necessidades próprias de cada realidade em seus diferentes momentos. Este trabalho, vinculado à ação dos agentes comunitários, deve respeitar as especificidades culturais traduzidas nos valores e nas práticas cotidianas das famílias, ajudando a superar as dificuldades existentes no manejo da prevenção e do tratamento das doenças diarreicas²⁴⁻²⁷.

As interpretações sobre a saúde e a doença, o reconhecimento e a valorização das manifestações clínicas da diarreia, as dificuldades para acesso a serviços de saúde, as características do atendimento e a confiança na atenção oferecida por estes serviços, estão profundamente relacionados com as decisões sobre a utilização da atenção de saúde. É no confronto, diário, entre as necessidades da população e a organização das práticas de saúde, que se revela a vulnerabilidade institucional, com as suas consequências sobre a vulnerabilidade individual. A oferta e a utilização das ações de controle das doenças diarreicas estão submetidas às contingências da trama de interesses que envolve a atenção de saúde num determinado modelo de assistência³⁴.

É possível que as dificuldades encontradas para a utilização desses serviços e a insatisfação com o poder resolutivo reforcem a mobilização dos conhecimentos e recursos disponíveis no meio social imediato das famílias. De acordo com os achados do estudo anteriormente citado³¹, no decorrer de um episódio de diarreia em curso, apenas 31,1% das crianças procuraram um serviço de saúde, 61,5% das menores de um ano e 43,5% daquelas de 1 a 4 anos na RMR e 28,6% e 17,2% no interior. Durante a vida, cerca de 29,1% dos menores de um ano (19,6% na RMR e 35,5% no interior) e 33,7% daqueles de 1 a 4 anos (21,1% e 45,5%) tinham apresentado um ou mais episódios de diarreia tratados sem recorrer a qualquer componente da equipe de saúde.

A autonomia materna deveria até ser estimulada, desde que as condutas adotadas frente à doença fossem corretas. Entretanto, na população estudada, entre as crianças que apresentavam diarreia no dia da entrevista ou que haviam apresentado um episódio iniciado nas duas últimas semanas, o manejo da doença foi considerado adequado – manteve a dieta habitual, tomou soro reidratante, aumentou a ingestão de outros líquidos (opcional) e quando fez uso de medicamento, este foi prescrito pelo médico – para apenas

30,0% das menores de um ano (33,3% na RMR e 28,6% no interior) e 24,5% daquelas de 1 a 4 anos (15,9% e 30,6%)³¹.

O atendimento das necessidades de saúde e a utilização adequada dos recursos materiais, humanos e organizacionais do setor saúde impõem que os serviços organizados em níveis de complexidade crescente garantam a equidade do acesso em função das características de cada situação. Porém, a falta de cumprimento dos papéis a serem exercidos por cada unidade na rede de serviços de saúde, associada à falta de articulação formal entre os diferentes serviços e entre estes serviços e os agentes comunitários de saúde, reiteram a extensão da vulnerabilidade institucional. Esta tem grande repercussão na atenção aos problemas de saúde, individuais e coletivos.

As atividades de avaliação são essenciais para orientar o processo de implantação, consolidação e reformulação das ações. Nesse sentido, para acompanhar toda a dinâmica das ações e suas repercussões, é fundamental estruturar um sistema de informação que apoie a definição das necessidades sobre as quais intervir e da infra-estrutura para operar as intervenções, além de permitir o conhecimento dos resultados que nos usuários podem ser atribuídos às ações executadas. As informações devem ser sistematicamente discutidas com todos os participantes da intervenção, subsidiando, a cada momento, as decisões sobre o processo de trabalho³⁵.

Nas unidades avaliadas, o sistema de informação mostra uma grande omissão no registro da história clínica, do exame físico, do diagnóstico, das orientações e das condutas indicadas para as crianças atendidas. Esse fato compromete a atenção à infância, considerando-se que o registro de informações é um instrumento primordial para o exercício competente da clínica, possibilitando realizar o seguimento do paciente. Da mesma forma, repercute na vigilância epidemiológica, uma vez que não permite o preenchimento adequado dos Boletins de Notificação de Monitoramento dos Casos de Doenças Diarreicas do Centro Nacional de Epidemiologia do Ministério da Saúde, nem a avaliação da concordância das condutas adotadas com as normas estabelecidas. O uso da informação pelo nível local, certamente, estimula um maior cuidado com a qualidade do registro.

Os resultados da primeira etapa da avaliação, os quais ressaltavam os aspectos mais importantes presentes em cada serviço, enviados e discutidos com os níveis decisórios de cada município, não foram comunicados à maioria dos membros das equipes locais de saúde. Esse comportamento, em parte, é consequência da falta de tradição no uso das informações produzidas a partir do atendimento da demanda e indica que é preciso fortalecer a utilização das mesmas, na rotina desses serviços, tornando-as instrumento cotidiano de reflexão sobre as ações de saúde.

Nesse contexto, é preciso reconhecer que, embora a assistência individual tenha um papel a ser desempenhado, são as grandes desigualdades nas chances de vida socialmente estruturadas que deveriam proporcionar o ponto de partida para as intervenções nos serviços de saúde e, ao

mesmo tempo, indicar os limites no interior dos quais a assistência individual tem lugar. Assim, a redução da vulnerabilidade infantil à diarreia passaria, necessariamente, pela concentração de esforços no desenvolvimento da atenção integral, a qual incluiria as condições adversas presentes ou potenciais vivenciadas no cotidiano das famílias e dos grupos sociais, além de estimular uma prática clínica de melhor qualidade, voltada à manutenção do equilíbrio entre a atividade preventiva e a curativa, dando à primeira o seu devido valor.

Agradecimentos

À Dra. Dionila Ferreira de Andrade, responsável pelo trabalho de campo, e à OPAS, pelo financiamento do Projeto.

Referências bibliográficas

- Mann JM, Tarantola DJM, Netter TW. Assessing vulnerability to HIV infection and AIDS. In: Mann JM, Tarantola DJM, eds. AIDS in the world, the global AIDS policy coalition. Boston: Harvard University Press; 1992. p. 577-602.
- Ayres JRCM. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. São Paulo: Casa de Edição; 1996.
- Mann JM, Tarantola DJM. Vulnerability: personal and programmatic. In: Mann JM, Tarantola DJM, eds. AIDS in the world II - global dimensions, social roots, and responses. Boston: Harvard University Press; 1996. p. 441-3.
- Mann JM, Tarantola DJM. From vulnerability to human rights. In: Mann JM, Tarantola DJM, eds. AIDS in the world II - global dimensions, social roots, and responses. Boston: Harvard University Press; 1996. p. 463-76.
- Silva LR. Diarreia aguda na infância. 53º Curso Nestlé de Atualização em Pediatria. Manaus: Sociedade Brasileira de Pediatria/Sociedade Amazonense de Pediatria; 1996. p. 84-97.
- Galvão CE, dos Reis Filho SA, da Silva AAM, Novochadlo MAS, da Silva RA, Galvão CES. Morbidade infantil por diarreia aguda em área metropolitana da região Nordeste do Brasil, 1986-1989. *Rev Saúde Pública* 1995; 29: 132-9.
- Kadt E, Tasca R. Risco, equidade e o processo de priorização para a saúde. In: Kadat E, Tasca R, eds. Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor da saúde. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 17-30.
- Brasil, Ministério da Saúde. Assistência e controle das doenças diarreicas. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1993.
- World Health Organization. New programme review process for diarrhoeal disease control. *World Health Forum* 1994; 15: 96-8.
- Bern C, Martinez J, Zoysa Y, Glass RI. Magnitud del problema global de las enfermedades diarreicas: actualización decenal. *Bol Oficina Sanit Panam* 1993; 115: 523-35.
- UNICEF. Crianças e adolescentes em Pernambuco: saúde, educação e trabalho. Pernambuco, 1992: 38-9.
- Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Mortalidade infantil em Pernambuco (1980-1991): geografia, magnitude e significados. Recife: Cadernos de Avaliação, Série Projeto Salva-Vidas (Nº 2). 1996.
- Kovacs, FT, da Silva, GAP. Mortalidade por doenças diarreicas entre crianças e adolescentes, residentes no Recife, no período de 1980 a 1995. *Anais do VI Congresso de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pernambuco*; 1998 Novembro 20-21; Recife (PE). 1998. p. 590.
- Lima AAM, Fang G, Schorling JB, Albuquerque L, McAuliffe JF, Mota S, et al. Persistent diarrhea in Northeast Brazil: etiologies and ainteractions with malnutrition. *Acta Paediatr* 1992; 381: 39-44.
- Bittencourt SA, Leal MC, Rivera J. Diarrhea and growth among children under 18 months of age in Rio de Janeiro. *Bull Pan Am Health Organ* 1993; 27: 135-44.
- Bittencourt SA, Leal MC, Gadelha AMJ, Oliveira MA. Crescimento, diarreia e aleitamento materno: o caso da Vila do João. *Cad. Saúde Pública* 1993; 9: 7-13.
- Feachem, RG. Preventing diarrhoea: what are the policy options? *Health Policy and Planning* 1986; 1: 109-17.
- Victora, CG, Barros, FC, Feachem, RG. Prevenção da diarreia em crianças brasileiras: uma revisão de possíveis intervenções. *J pediatr (Rio J.)* 1989; 65: 330-6.
- Organización Panamericana de la Salud. Prevención de enfermedades. *Educación Médica y Salud* 1992; 26:349-76.
- Kovacs MH, Feliciano KV de O. Atenção integral no ambulatório: algumas reflexões. *Rev Pediatr Pernambuco* 1996; 9: 15-7.
- Braugman PH, Tarimo E. El reconocimiento sistemático en atención primaria de salud. In: Braugman PH, Tarimo E, orgs. Determinación de prioridades con recursos limitados. Ginebra: OMS; 1996. p. 95-107.
- Barros FC, Victora CG. Avaliação do manejo da diarreia em menores de cinco anos no Nordeste do Brasil. *J pediatr (Rio J.)* 1989; 65: 436-51.
- Ribeiro HC, Drasbek C. Tratamiento de la diarrea en preescolares: encuesta en nueve capitales de estados del nordeste del Brasil. *Bol Oficina Sanit Panam* 1996; 120: 291-302.
- Loyola MA. Médicos e curandeiros, conflito social e saúde. São Paulo: Difusão; 1984, p. 125-58.
- Paredes, P. Cuando buscan tratamiento las personas?... y de quien? *Diálogo sobre la Diarrea* 1992; 42: 6-7.
- Desjeux D, Favre I, Simongiovanni J, Varge L, Caillol MH, Taponnier S. Why is oral therapy associated with drugs in the treatment of diarrhea? *Pediatr Gastroenterol Nutr* 1996; 22: 112-3.
- Campbell H. Es indispensable conocer la actitud de la población local. *Noticias sobre IRA* 1993; 24: 1.
- Paim JS. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: Mendes EV, org. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1993. p. 187-220.
- Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Projeto para prevenção e controle das doenças diarreicas e cólera em 6 Municípios do Estado de Pernambuco. Recife: Comissão Estadual de Prevenção e Controle de Doenças Diarreicas e Cólera; 1995. (Documento mimeografado).
- Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1992; 116-73.
- Feliciano KVO, Kovacs MH. Crianças em áreas-piloto de Pernambuco: família, suporte social, utilização dos serviços de saúde e manejo da diarreia. Relatório final do projeto de avaliação das atividades de prevenção e controle das doenças diarreicas desenvolvidas pelos serviços de saúde, Pernambuco. Recife, Novembro de 1996. (Documento mimeografado).
- Dalmaso ASW. Atendimento à demanda espontânea: pronto-atendimento e atividades programáticas. In: Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB, Nemes MIB, orgs. Saúde do Adulto, Programas e Ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 151-64.
- Alam AN. Pautas útiles para administrar la terapia de rehidratación oral en el hogar. *Diálogo sobre la Diarrea* 1993; 45: 2.
- Vellozo VRO, Souza RG. Acesso e hierarquização: um caminho (re)construído. In: Bodstein R, org. Serviços Locais de Saúde: construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. p. 97-116.
- Kovacs MH, Feliciano KVO, Dias MGC. Sistema de registro em nível ambulatorial. In: Sayeg DC, Dickstein J, orgs. Manual de Pediatria Ambulatorial. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 1995. p. 79-92.

Endereço para correspondência:

Dra. Katia V. de O. Feliciano
Rua Arnóbio Marques, 310 - Santo Amaro
Recife - PE - CEP 50100-130
Fone: (81) 423.6851 - Fax: (81) 423.3371