

Nordeste e Amazônia Legal são alvo de ação governamental para a redução da mortalidade infantil

Em 1990, a cada mil crianças que nasciam no Brasil, 47 morriam antes de completar um ano de vida. Ao longo dos últimos vinte anos, o país experimentou uma queda contínua na taxa de mortalidade infantil, que, em 2007, já havia diminuído em quase 60%, chegando a 19,3 mortes para cada mil nascidos vivos.

Embora a redução seja uma tendência nacional, duas regiões ainda mantêm índices preocupantes e, juntas, são responsáveis por quase metade das mortes desse tipo no Brasil. Dados do Ministério da Saúde (MS) revelam que entre 2000 e 2007, houve 443.946 óbitos de bebês com menos de um ano no país. Na Amazônia Legal – área que engloba nove estados pertencentes à Bacia Amazônica que, além da Região Norte, inclui Maranhão e Mato Grosso –, o número foi de 76.916 e no Nordeste chegou a 144.003.

Ainda de acordo com o MS, aproximadamente 70% das mortes de recém-nascidos poderiam ser evitadas se houvesse uma atenção adequada à mulher durante a gestação e o parto. Outros determinantes sociais também estão associados à mortalidade infantil, como o nível de escolarização da população, o acesso aos serviços de saúde, à água tratada e à rede de esgoto e o grau de informação das mães.

Como tentativa de fazer frente a essas questões, o governo federal lançou em dezembro de 2008 o 'Compromisso para Acelerar a Redução das Desigualdades no Nordeste e na Amazônia Legal', que traz quatro ações prioritárias: a redução do analfabetismo, o fortalecimento econômico no meio rural, a erradicação do sub-registro civil e a redução da mortalidade infantil.

Ao Ministério da Saúde, coube a coordenação da última ação, que gerou o 'Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil Nordeste/Amazônia Legal', que tem como meta a redução da taxa de mortalidade infantil em, no mínimo, 5% , entre 2009 e 2010.

O Pacto

A estratégia do MS, construída em parceria com as secretarias estaduais de saúde durante reunião realizada em Brasília entre 02 e 06 de março do ano passado, tem seis eixos principais: 'Qualificar a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido', 'Educação na Saúde'; 'Gestão da Informação'; 'Vigilância

do óbito infantil e neonatal'; 'Fortalecimento do Controle Social, Mobilização Social e Comunicação'; e 'Produção de conhecimento e pesquisas'.

A adesão dos governadores do Nordeste e da Amazônia aconteceu, respectivamente, em 24 de março e 27 de abril daquele ano. No termo de cooperação, ficou definido que o governo federal deve priorizar recursos orçamentários e técnicos em apoio aos municípios, além de garantir equipamentos e insumos para a qualificação da assistência ao parto e ao nascimento. Aos estados cabem a ampliação e qualificação das equipes neonatais, bancos de leite e leitos de UTI e UCI, a instalação de comitês estaduais e hospitalares de mortalidade materna e neonatal e a extensão da cobertura e qualificação da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A partir de um levantamento feito pela Secretaria de Vigilância em Saúde do MS, que contabilizou os óbitos infantis nos componentes neonatal precoce, neonatal e pós-natal, foram priorizados os 256 municípios que contribuem com 50% dos óbitos infantis nos 17 estados. São 38 no Maranhão, 33 na Bahia, 26 em Pernambuco, 24 no Piauí, 21 na Paraíba, 18 no Ceará, 15 no Pará, 14 em Alagoas, 13 no Tocantins, 12 no Amazonas e em Mato Grosso, nove no Rio Grande do Norte e Sergipe, quatro em Rondônia e dois no Amapá.

Segundo Maria Elizabeth, diretora da Escola Técnica do SUS Dr. Manoel Aires (ETSUS Pará) e representante da Região Norte na Comissão de Coordenação da RET-SUS, é importante lembrar que, como os equipamentos e serviços de saúde estão concentrados em algumas cidades-polo, a população de outros municípios acaba migrando para esses locais, incrementando o índice de mortalidade.

Adson França, assessor especial do Gabinete do Ministro da Saúde e coordenador do Grupo Ministerial implantado para monitorar o Pacto, explica que esse fluxo foi levado em consideração: "A sobrecarga de determinadas cidades é fruto de um processo histórico. Sabemos que as capitais, principalmente, recebem um aporte maior de usuários do SUS e se esses usuários – seja a mulher, seja a criança –, morrem, são contabilizados nas cidades de destino e não nos seus municípios de origem. Por isso, quando definimos os municípios prioritários tivemos o cuidado de fazer um desenho de fluxo, que vai permitir um salto

de qualidade na perspectiva de fortalecimento das redes de atenção à saúde, principalmente nas cidades que têm perfil de maior fragilidade".

As ações, no âmbito estadual, foram detalhadas durante caravanas que aconteceram entre maio e julho de 2009, em que foi apresentada a situação por estado e feita a demanda de preenchimento do plano de ação com os municípios prioritários.

■ Educação na saúde

No eixo 'Educação na Saúde' estão previstas qualificações para 64.792 profissionais do Nordeste e 43.907 da Amazônia Legal que atuem nas equipes dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASFs) e da ESF, nas maternidades, nas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatais (UTIN), no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) e na Vigilância em Saúde.

A coordenadora-geral de Ações Técnicas do Departamento de Gestão da Educação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Deges/SGTES/MS), Clarice Ferraz, contou que os estados mapearam o número de profissionais que precisariam ser capacitados. "Essa articulação do governo foi feita por meio de caravanas, que definiram planos estaduais. À Coordenação de Ações Técnicas coube a formação especializada na área materno-infantil, com foco na Atenção Primária, no pré-natal e no pós-parto de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), auxiliares e técnicos de enfermagem", diz.

Ainda de acordo com Clarice, as estruturas curriculares dos cursos foram desenvolvidas por representantes das Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) e da Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), em oficinas realizadas em Brasília pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. A partir dos eixos temáticos definidos, cada ETSUS desenvolveu o projeto dos cursos, de maneira a contemplar as especificidades regionais.

As ações de qualificação para o nível médio são financiadas com recursos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). A meta é que 20.541 ACS sejam qualificados, sendo que 6.710 já passaram pelo curso e 3.702 estão se formando. Com carga horária de 60 horas, o programa prevê conteúdos referentes às ações de promoção da saúde voltadas para a mulher grávida, para o recém-nascido e os familiares na comunidade.

Já os cursos para auxiliares e técnicos têm uma carga horária de 180 horas. Foram mapeados 4.277 profissionais na Atenção Primária. Destes, 546 já foram capacitados e 753 estão cursando o aperfeiçoamento, que, além das linhas de cuidado para a gestante, o recém-nascido e a comunidade, tem como

eixos o cuidado em enfermagem em situações de urgência e emergência e ações de promoção, proteção e apoio na amamentação.

Nas maternidades, o número de profissionais que farão o curso é de 3.368, dos quais 758 já foram capacitados e 1.388 estão recebendo a capacitação. Os eixos trabalhados são síndromes hipertensivas, hemorrágicas e infecções obstétricas no ciclo gravídico puerperal e urgências e emergências do recém-nascido no processo de nascimento, puerpério e amamentação.

Nas UTIs neonatais (UTIN) serão 1.251 profissionais qualificados – 84 já finalizaram o curso e 212 estão em processo. Os eixos trabalhados são a admissão do recém-nascido de risco, o cuidado humanizado ao recém-nascido de risco e sua família, o monitoramento do bebê de risco, problemas respiratórios e oxigenoterapia, terapia intravenosa, alimentação e aleitamento materno.

Tatiana Sturcker / MS



As ETSUS têm relatado dificuldades na realização dos cursos, principalmente no que diz respeito à liberação dos trabalhadores. É o caso da Escola Técnica de Saúde do Tocantins Dr. Gismar Gomes que não consegue dar prosseguimento à qualificação nas maternidades e UTIN. "Temos dificuldades no que se refere à liberação dos trabalhadores por parte dos gestores dos hospitais. Por conta desse impasse, só pudemos fazer os cursos voltados para a Atenção Primária", contou a presidente da instituição, Aldenira Gomes, durante oficina do Profaps realizada em agosto em Brasília.

"Existe toda uma cultura ainda a ser construída e é por isso que a gente quer muito fazer o monitoramento de todos os cursos para que possamos ter um diálogo com todos os gestores analisando o impacto da formação para o serviço. Acho que isso é o mais importante: o impacto que a formação dos trabalhadores pode ter, de fato, na atenção", avalia Clarice.

A visão do Conasems e do Conass

A Revista RET-SUS convidou o presidente do Conasems, Antônio Nardi, e o secretário-executivo do Conass, Jurandi Frutuoso, para detalharem a visão que as instituições têm sobre dois aspectos que envolvem o Pacto de Redução da Mortalidade Nordeste/Amazônia Legal. Confira abaixo:

Quais são os desafios na implementação do Pacto?

■ **Antonio Nardi:** Nordeste e Amazônia Legal são regiões que necessitam de um olhar diferenciado no desenvolvimento de políticas equitativas. Os municípios da região amazônica possuem vastas áreas geográficas e baixas densidades demográficas, o que dificulta o acesso da população às ações de prevenção, promoção e assistência à saúde. Além disso, há uma imensa distância entre eles e as capitais, que concentram os leitos de UTI neonatal. É muito comum vermos parteiras – que não possuem capacitação e tampouco dispõem de materiais adequados – atendendo à população.

Outro problema é a rotatividade e a formação inadequada de profissionais de saúde, que fragiliza a gestão do cuidado, a escuta e o vínculo com os usuários. Tais regiões sofrem ainda com a falta de uma política de transporte sanitário que garanta o acesso dos usuários aos serviços e, sobretudo, que garanta a realização do atendimento no momento certo, evitando agravos.

Outros fatores que colaboram para a manutenção das desigualdades regionais são a desinformação das mães, o número significativo de adolescentes grávidas, o desemprego entre as mulheres e o desmame precoce. Essas questões que devem ser consideradas na definição de políticas públicas de saúde, inclusive, no que diz respeito ao financiamento, que deve ser diferenciado.

Nesse sentido, o Conasems entregou aos candidatos à presidência um documento reivindicando uma política diferenciada no financiamento, na infraestrutura e na formação para as duas regiões.

■ **Jurandi Frutuoso:** É importante lembrar que o problema não se limita a fatores apenas afeitos às ações do sistema de saúde, exigindo uma política intersetorial e abrangente, envolvendo saneamento, emprego e renda, educação, assistência social, entre outros.

Não há dúvida de que as ações de saúde podem impactar a mudança dessa realidade, por meio da priorização de ações estratégicas, devidamente pactuadas nas comissões intergestores e com responsabilidades claramente definidas para cada esfera de governo.

Ampliar a oferta de serviços e qualificar a força de trabalho são pilares desse processo, que, necessariamente, deve contar com as políticas já em curso, nos relevantes papéis das Escolas Técnicas do SUS e com o desenvolvimento da educação permanente planejada nas Comissões de Integração Escola-Serviço.

Amazônia Legal e Nordeste são, a um só tempo, regiões semelhantes e distintas. No que diferem e no que se assemelham?

■ **Antonio Nardi:** A diferença principal entre as duas regiões é a fragilidade na garantia do acesso da população aos serviços de saúde por conta da densidade demográfica existente na Amazônia Legal que exige, na maioria das vezes, a existência de transporte fluvial, encarecendo significativamente o custo da atenção à saúde.

■ **Jurandi Frutuoso:** As semelhanças são muitas, entre elas as desigualdades sociais de saúde em ambas as regiões que geram iniquidades, o número e distribuição insuficientes de estabelecimentos de saúde nos diversos níveis de atenção, com poucos pontos diversificados e maior concentração destes nos grandes centros urbanos e a baixa densidade de insumos e de tecnologia.

Entre as diferenças citaria a taxa de cesáreas, que na Região Norte é bem menor do que na Nordeste, as grandes barreiras de acesso decorrentes das extensões territoriais, a baixa malha viária e baixa densidade populacional na região Norte, os aspectos educacionais e hábitos culturais e a quantidade maior de população indígena no território amazônico, que ainda sofre alta mortalidade infantil, incidindo no aumento da taxa no estado como um todo.

É importante destacar que Norte e Nordeste enfrentam problemas similares quando falamos em dificuldades gerais para a formação de profissionais, uma vez que a maioria dos centros formadores encontra-se no eixo Sul-Sudeste. Outro aspecto importante diz respeito às dificuldades para a fixação dos profissionais nessas regiões, principalmente nos municípios de menor porte que têm menos a oferecer em termos de infraestrutura, ensino, lazer e cultura. ■