

ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS VISANDO A PREVENÇÃO EM ASSISTÊNCIA PERINATAL NA REGIÃO METROPOLITANA DE QUÉBEC¹ - CANADÁ

SERVICE ORGANIZATION AIMING THE PREVENTION OF PERINATAL ASSISTANCE IN URBAN REGION OF QUEBEC – CANADA

Roseli Maria de CAMPOS²

RESUMO: As informações aqui apresentadas constituem o resultado de entrevistas realizadas durante o outono de 1995 na Província de Québec- Canadá com 15 integrantes da Rede de Saúde e de Serviços Sociais, situados na esfera Provincial, Regional e Local. Nosso interesse foi direcionado basicamente na planificação e organização dos serviços em *Perinatalogia* e sobretudo na prevenção de deficiências (ênfase na prevenção primária e secundária) da *Prematuridade e do Baixo Peso ao Nascer (P/BPN)*. Domínios esses, julgados como prioritários pelas Políticas e Planos de Ação do Governo da Província de Québec. A análise global dos resultados permite dizer que nos diferentes níveis, as orientações ministeriais reforçaram a importância de intervenções no domínio da perinatalogia e P/BPN. Porém, obstáculos ligados a organização dos serviços, tais como a falta de recursos (humanos, físicos e financeiros), a disparidade destes de um estabelecimento à outro, a existência de um sistema paralelo e competitivo entre os cuidados médicos e os cuidados sociais etc, freiam a atualização das diversas estratégias prioritárias de intervenção anunciadas nos diferentes documentos. No período em que o estudo foi realizado, os serviços em perinatalogia estavam sendo revistos em toda a região de Québec, afim de se resgatar as necessidades a nível dos serviços e o estabelecimento de um modo mais operacional das ligações entre os diversos atores implicados na oferta dos mesmos.

PALAVRAS-CHAVE: Perinatalogia; prematuridade; baixo peso ao nascer; prevenção; políticas de saúde; serviços de saúde.

ABSTRACT: The group of information here presented are the results of interviews carried out during the autumn of 1995 in the Province of Quebec – Canada with fifteen members of the health and social work network, which covers provincial, regional and local areas. Our interest was directed basically to the planning and organization of the services in Perinatology and mainly to the prevention of deficiencies (focus on primary and secondary prevention) of prematurity and low birth weight (P/LBW), which are prioritized by the policies and action plans of the Quebec government. A global analysis of the results shows that, in all areas, the Ministerial Directions reinforced the importance of interventions in the domain of perinatology and P/LBW. Nevertheless, obstacles related to job organization, such as lack of resources (human, physical and financial), and their disparity from an establishment to another, the existence of a parallel and competitive system between medical and social care, etc, restrain the update of the various prior strategies of intervention announced in the several documents. At the time this study was done, the services in Perinatology were being totally revised in Quebec region in order to recover the necessities concerning jobs and the set up of a more operational way of the linkings among the various factors implicated in the jobs' offer.

KEYWORDS: Perinatology, prematurity, low birth weight, prevention, health policies, health services.

¹ A região metropolitana de Québec abrange 07 municipalidades totalizando aproximadamente 500 mil habitantes. A cidade de Québec possui 220 mil habitantes (PSBE- 1992).

² Terapeuta ocupacional – UFSCar/ Mestre em Saúde Pública

Introdução

Os numerosos estudos sobre prematuridade e baixo peso ao nascer (P/BPN) na área de neonatologia, psicologia do desenvolvimento humano e educação, consideram um bebê prematuro e de baixo peso (sobretudo aqueles com menor que 1500g) como um bebê de risco de mortalidade precoce ou de morbidade perinatal e infantil. Estas condições de nascimento terão repercussões na sobrevivência dos bebês, sua saúde, assim como sobre sua qualidade de vida e de sua família. Múltiplas deficiências são frequentemente presentes em uma mesma criança, tornam-se aparentes durante os primeiros anos de vida e variam em gravidade. Em relação ao sistema nervoso central e sensorial podemos destacar a paralisia cerebral, a perda auditiva, as deficiências visuais e mentais (TESSIER et al.,1992). A dimensão multifatorial da P/BPN é bem discutida nos estudos realizados até agora.

Com o avanço do conhecimento científico, tornou-se possível prevenir a incidência de deficiências com medidas simples e de custo reduzido, devendo ser uma responsabilidade fundamental dos órgãos governamentais, através de políticas públicas, e da própria sociedade em geral. Por meio de tais medidas, potencialmente disponíveis dentro das famílias e comunidades, poderia ser prevenida ou limitada, a deficiência de milhões de crianças (UNICEF, 1980).

O Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência tem como finalidade “promover medidas eficazes para a prevenção da deficiência, para a reabilitação e a realização dos objetivos de igualdade e de plena participação de pessoas com deficiência na vida social e no desenvolvimento”(CORDE, 1997, p.11). Este Programa é um dos que visam atender a criança após a instalação da deficiência, favorecendo assim oportunidades para realização de sua educação.

Surge neste cenário a Educação Especial, que engloba atualmente, todos os serviços, procedimentos e instituições que se dedicam à pessoa tida como deficiente. Indo além da educação escolar ela inclui campos da reabilitação física, estimulação preventiva e áreas afins. (FERREIRA, 1994;apud MARCONDES, 1999). A Declaração de Salamanca (1994) sobre Princípios, Política e Prática em Educação Especial também enfatiza a importância de promover a convergência e complementaridade de ações entre os setores da educação, saúde, trabalho, assistência social etc. Salienta, também, dentro de uma perspectiva comunitária a parceria com famílias/pais, ONG(s) e o envolvimento da comunidade como cooperantes no processo de uma educação bem sucedida de crianças portadoras de deficiências(ou com necessidades educativas especiais).

Há mais de 10 anos, a porcentagem de prematuridade tem a tendência a aumentar na Província de Québec-Canadá (5,7% em 1980, 6,7% em 1993) ao passo que o baixo peso ao nascer diminui muito lentamente 6,5% em 1980, 5,8% em 1993. (Ministério da Saúde e Serviços Sociais-MSSS, 1992, 1993; Montreuil, 1995).

A diminuição da porcentagem de P/BPN constitui um dos principais objetivos da Política de Saúde e Bem-Estar (PSBE-1992) e da Política Perinatal (1993), ambos documentos lançados pelo Governo da Província de Québec. Estes documentos

indicam a importância das problemáticas acima citadas na área de assistência perinatal. Diversas estratégias de intervenção destinadas a diminuir o impacto de fatores de risco sobre o desenvolvimento e o final da gestação são documentados nestas Políticas, bem como em Planos de Ação, como por exemplo, o Plano de Ação na área da Adolescência (1994) e o Plano de Ação em Política Familiar (1992). As ações acentuam a intervenção preventiva e a organização dos serviços junto a população alvo. Observa-se no âmbito destas Políticas e Planos de Ação lançadas pelo Governo, numerosas iniciativas visando uma mudança na organização dos serviços em assistência perinatal na Província de Québec.³

É dentro deste contexto que este artigo se situa. Nosso interesse é direcionado para o processo de planificação e organização dos serviços em assistência perinatal na região de Québec após a difusão de tais Políticas Ministeriais. Diversos estabelecimentos da rede de saúde e de serviço social situados nas esferas provincial, regional e local foram consultados a fim de se estabelecer, mais precisamente, uma visão geral das principais ações colocadas em prática para a prevenção em perinatologia e sobretudo para a prevenção da P/BPN e suas conseqüências. Visamos compreender a dinâmica de funcionamento dos serviços na área de interesse e refletir sobre o potencial de implantação das intervenções conhecidas no contexto da cidade de São Paulo.

Metodologia

O estudo realizado é descritivo e exploratório com dados exclusivamente qualitativos. Constam da metodologia utilizada: coleta de informações, instrumento desenvolvido, as entrevistas realizadas e a estratégia de análise dos resultados.

Coleta de informações

Os dados foram obtidos através de entrevistas semi-estruturadas individuais, contendo questões abertas. Este recurso correspondia melhor aos objetivos do estudo e permitia uma melhor interação com as pessoas entrevistadas. As entrevistas foram realizadas com profissionais selecionados em função dos três níveis da rede de saúde e de serviços sociais da Província de Québec, que são:

Nível Provincial

√ MSSS: Direção Geral de Saúde Pública, vice-ministro.⁴

√ MSSS: Direção de Desenvolvimento de Indicadores, profissional da equipe.

³ Campos, Roseli M. Organisation des services visant la prévention en périnatalité dans la région de Québec (Dissertação de Mestrado, Université Laval- Québec- Canadá, 1996).

⁴ Encontra-se na página 66 a relação de siglas utilizadas neste artigo.

Nível Regional

- √ Divisão Regional de Saúde: Direção de Planificação/Avaliação e Sistemas de Informação, diretora.
- √ Divisão Regional de Saúde: Direção de Adaptação Social e de Saúde Mental, profissional responsável na área de adolescência.
- √ Divisão Regional de Saúde (Québec): Direção de Saúde Pública- Equipe.
- √ Vigilância Epidemiológica, profissional da área perinatal e pequena infância.
- √ Divisão Regional de Saúde (Montreal): Direção de Saúde Pública, Coordenador do Projeto Nascer em Igualdade-Crescer com Saúde.
- √ Centro de Saúde Pública de Québec, profissional da equipe de Adaptação Familiar e Social.
- √ Centro de Pesquisa em Perinatologia(CPP), Diretor.

Nível Local

- √ Centro Hospitalar: Chefe do Departamento de Neonatologia e da Clínica de Acompanhamento de Crianças Prematuras.
- √ Centro Hospitalar: Enfermeira-chefe da Unidade de Neonatologia.
- √ Centro Local de Saúde Comunitária (CLSC): Coordenadora.
- √ Centro Local de Saúde Comunitária (CLSC): dois profissionais da equipe interdisciplinar.
- √ Centro de Readaptação para Mães em dificuldade de adaptação (CRMDA): diretora de Serviços Profissionais.
- √ Associação de Pais de Crianças Prematuras (APCP): coordenadora local.

No total, 15 *peessoas-chave* foram entrevistadas a partir de critérios que respeitassem as necessidades do estudo. Pessoas-chave no contexto são aquelas reconhecidas como tendo um bom conhecimento do assunto de interesse da pesquisa. Seu *bom conhecimento* é em função de seu nível de implicação, experiência profissional na área ou ainda do tipo de intervenção realizada na área de assistência perinatal. É necessário precisar que existe um entrelaçamento entre os três níveis do sistema de saúde e de serviços sociais mencionados acima. Ou seja, a Saúde Pública, os Centros Hospitalares estão situados geograficamente ao nível local; mas eles são estruturas regionais, o mesmo acontece com o CRMDA. No Centro de Pesquisas em Perinatologia, as pesquisas podem ser realizadas ao nível local, regional ou mesmo internacional.

Instrumento

Um questionário foi aplicado aos participantes através de entrevista semi-estruturada com questões abertas. Aplicáveis aos três níveis, estas foram construídas de modo a orientar as respostas para os elementos presentes no quadro conceitual que norteia o estudo e que será retomado na Discussão. As questões abordavam quatro grandes temas:

- 1 percepção e apropriação das orientações ministeriais em perinatalogia pelos profissionais de saúde;
- 2 papel dos estabelecimentos consultados e a relação entre eles;
- 3 seleção das intervenções eficazes;
- 4 vigilância.

Neste último tema, questões específicas sobre vigilância na área de P/BPN foram elaboradas formando uma grade de entrevista específica.

As entrevistas foram realizadas na cidade de Québec e região, entre os meses de Julho e Outubro de 1995; no mês de Setembro, uma entrevista foi realizada na cidade de Montréal. As entrevistas tiveram uma duração média de 1h 30 minutos, sendo registradas em fita cassete e algumas informações foram também anotadas pela entrevistadora.

Estratégia de análise dos resultados

A estratégia de análise dos resultados levou em conta o caráter descritivo do estudo; nosso objetivo era de anotar o máximo possível a diversidade de comentários e de salientar os principais aspectos. Por isso, a análise de conteúdo indicava as ligações existentes entre os três níveis do sistema de saúde com relação à planificação, à organização dos serviços, assim como as ligações existentes, ao nível local, entre os estabelecimentos que oferecem intervenções visando a prevenção da prematuridade e do baixo peso ao nascer.

Na primeira etapa da análise dos resultados realizou-se um reagrupamento dos atores por nível de estabelecimento e um reagrupamento de questões/respostas obtidas de cada ator. Esta etapa, mesmo que exaustiva (mas necessária), permitiu tomar conhecimento do conjunto de informações recolhidas.

A segunda etapa consistiu em condensar/refinar estas informações entre os grupos de atores de níveis diferentes, estruturando melhor os dados obtidos da primeira etapa e permitindo ao mesmo tempo uma pré-análise das informações coletadas.

Enfim, os resultados foram classificados (selecionados) no interior dos quatro grandes temas já mencionados anteriormente. As ligações assim estabelecidas permitiram comparar as diferentes visões e situar os principais pontos convergentes e divergentes.

O questionário utilizado no tema Vigilância foi analisado à parte, pois este tipo de serviço prestado é considerado mais um instrumento ou apoio para a tomada de decisão ao nível Provincial ou Regional.

Não podemos deixar de mencionar que um dos limites do estudo é que as informações coletadas junto aos entrevistados não traduzem, necessariamente, a opinião de outros profissionais do mesmo estabelecimento visitado.

Resultados

Os quatro temas abordados na entrevista são retomados sucessivamente para a apresentação dos resultados do estudo.

As informações serão apresentadas sistematicamente começando ao *nível provincial*, seguido da visão dos entrevistados a *nível regional* e terminando com aqueles do *nível local*.

Percepção e apropriação das orientações ministeriais em perinatologia pelos profissionais de saúde

Esta sessão compreende informações referentes ao conhecimento pelos profissionais das Orientações Ministeriais na área em questão, a importância acordada à Perinatologia e a Prematuridade/Baixo Peso ao Nascer, as mudanças ocorridas após a difusão destas Orientações nos estabelecimentos de saúde e a criação de uma visão comum entre os diversos parceiros da rede de saúde.

Ao nível provincial, evidências mostram que a perinatologia volta a ocupar um lugar de destaque dentro das prioridades de ação. Considera-se o início de uma visão comum na rede de saúde sobre o assunto, mas o processo está no começo, sendo necessário um maior envolvimento entre os profissionais do sistema de saúde. *Ao nível regional*, as opiniões são divididas. De uma parte, a perinatologia e a prematuridade/baixo peso ao nascer são uma prioridade, não existem dificuldades em justificar a necessidade de trabalhar nessa área; ou ainda, tornou-se uma prioridade porque é enfatizado pelo governo em políticas de saúde a sua importância. Por outra parte, segundo os estabelecimentos, não se dá atualmente a mesma importância para o assunto e teme-se a perda de ganhos adquiridos em detrimento a outras áreas. Dúvidas existem de que todos sentem a urgência de ações específicas ou que existam meios para que seja uma prioridade e finalmente, para certas pessoas, isto não é uma prioridade para a região de Québec.

Sobre as mudanças surgidas após a divulgação das Orientações Ministeriais, algumas pessoas consideram que elas permitiram reforçar a importância de se trabalhar na área, que a humanização dos cuidados é mais evidente nos berçários havendo mais abertura e colaboração entre os especialistas em pediatria (aqui se compreende outros profissionais, além da classe médica). Outros entrevistados, porém, não vêem nenhuma mudança e duvidam que certos estabelecimentos tenham energia

ou meios para fazê-la acontecer, outros ainda não se consideram suficientemente informados para opinar.

Sobre a existência de uma visão comum na rede de serviços, as opiniões são divididas. Alguns consideram que ela já existia antes mesmo da divulgação dos documentos ministeriais, que ela se desenvolve cada vez mais desde os últimos tempos; mas existe ainda um caminho a ser percorrido neste sentido. Outros ainda são da opinião de que a visão comum existe na esfera ministerial, na Divisão Regional e entre as chefias (coordenadorias) dos estabelecimentos, mas não ainda em relação aos profissionais atuantes junto à população (apesar de ainda ser muito cedo para tal afirmação). Outros entrevistados dizem que é difícil coexistir tal visão, porque de uma certa forma, a visão de saúde é muito diferente entre a saúde pública e os cuidados médicos (clínicos), também porque os problemas, as necessidades, as perspectivas são diferentes.

Ao nível local, as opiniões se reagrupam. A perinatologia e a prematuridade/baixo peso ao nascer são uma prioridade, uma preocupação, uma razão de ser dos estabelecimentos. A prioridade de tais áreas voltou na rede básica de serviços. Porém, especificamente para a prematuridade/baixo peso ao nascer percebe-se uma falta de informações aos pais e um maior envolvimento dos profissionais e dos pais em prevenção. Quanto às mudanças acontecidas após a divulgação das Políticas, as opiniões são contraditórias. Para alguns, há uma mudança evidente de mentalidade face às intervenções: para outros, a mudança não existe ou não saberiam dizer se ela existe.

Sobre a visão comum, para alguns, ela existia mesmo antes das publicações ministeriais; ou acredita-se que ela se desenvolve cada vez mais graças à esses documentos que encorajam e direcionam os profissionais para que isso aconteça. Alguns profissionais falam mais de uma sensibilização que existe em torno das atuações em perinatologia do que da existência de uma visão comum, pois a visão é diferente segundo os estabelecimentos e organismos comunitários. Acrescentamos aqui, que em certos lugares o modo de funcionamento dos estabelecimentos é bastante divergente.

Papel dos estabelecimentos consultados e a relação entre eles

Fazem parte deste tema três questões: o mandato dos estabelecimentos, a percepção dos papéis de cada um e as ligações que deveriam existir entre eles.

O que podemos salientar deste tema é que tanto ao nível provincial quanto ao nível regional a maioria dos estabelecimentos possui experiência em planificação, organização e avaliação de serviços. Tais estabelecimentos estruturam a ação e os profissionais dos serviços de saúde esperam por esse papel ativo e de suporte; mesmo se as vezes, isso está associado a um poder de autoridade e até mesmo de controle. Ao nível regional, alguns estabelecimentos falam de pressões, de espera de resultados rápidos e concretos, por parte do nível provincial, com relação aos novos projetos.

Outros estabelecimentos possuem um funcionamento mais autônomo e não conhecem a percepção que outros locais da rede de serviços teriam sobre eles.

Ao *nível local*, as percepções quanto aos papéis variam de muito otimistas a menos otimistas. Certos estabelecimentos se percebem eles próprios como dinâmicos ou um recurso essencial, tendo uma liderança na prevenção em perinatologia e trabalham no sentido das Políticas Públicas. Outros falam de uma falta de poder e de reconhecimento pelo trabalho realizado ou se sentem identificados somente como último recurso de intervenção.

Para os três níveis, os comentários são, em geral, no sentido de uma falta de ligação inter-estabelecimentos e mais especificamente, entre os médicos e outros profissionais de saúde. Tal constatação é ligada, entre outros aspectos, a um desconhecimento quanto ao papel de cada um dentro do sistema de saúde, a um sistema de referência considerado pouco eficaz e não sistematizado e à falta de uniformidade na transmissão da informação junto à clientela.

Para que uma colaboração mais estreita possa existir, por exemplo entre os Hospitais, os Centros Locais de Saúde Comunitária e os Organismos Comunitários é preciso primeiro; um conhecimento mutual entre eles na oferta de serviços, saber das possibilidades que cada um oferece. Contudo, pelo seu próprio mandato, certos estabelecimentos são mais isolados e gerem diferentemente suas relações com os outros serviços da rede. Mas é uma realidade, que a continuidade e a complementaridade dos serviços precisam ser melhoradas.

Seleção das intervenções eficazes

Esse tema compreende quatro questões: as principais intervenções realizadas na prevenção da P/BPN, o processo privilegiado na organização para a determinação de prioridades, as dificuldades e facilidades encontradas na organização dos serviços ligados à essas intervenções e por último as sugestões de melhoria pelos entrevistados.

O quadro abaixo apresenta as intervenções prioritárias realizadas pelos estabelecimentos para a prevenção na área de perinatologia, assim como, para a prevenção da P/BPN e suas conseqüências.

Quadro 1- Principais intervenções realizadas para a prevenção da P/BPN

Estabelecimentos	Intervenções
MSSS	- Programa integrado de serviços em perinatologia (a consolidar e estender) - Ajuda alimentar às gestantes: a ser integrada numa intervenção mais global
Direção Regional	- Problemática absorvida dentro do Plano de Ação na área de adolescência que visa a implantação de um Programa Integrado em Perinatologia e um acompanhamento nutricional de mães vulneráveis
Saúde Pública	- É variável pois o trabalho é feito sobre consulta ou segundo as prioridades regionais em conformidade com o mandato da equipe. A priorizar: ajuda intensa e prolongada segundo as necessidades da gestante pelo intermédio de um só profissional de saúde que estabelece com ela uma relação de confiança mutual.
Centro Hospitalar (somente um oferece serviços em obstetria)	- Intervenções em gravidez de risco: nutrição adequada, anti-tabagismo/drogas, tratamento de infecções vaginais, ecografias regulares, tocolise no trabalho de parto prematuro. Clínica de acompanhamento: vigilância do desenvolvimento do bebê prematuro e prevenção de anomalias. - Prevenção em P/BPN: assegurar-se que o bebê seja educado de uma maneira normal, natural, estimulação do vínculo pais/bebê, favorecimento da competência parental e autonomia dos pais referente aos cuidados com a criança
Centro de Pesquisa	- Pesquisas sobre identificação de fatores de risco em P/BPN, eficácia de tratamentos - Divulgação dos resultados das pesquisas
CLSC	- Encontros Grupais no Pré-natal, acompanhamento individual para gestante adolescente, reforço nutricional, acupuntura para gestantes adolescentes usuárias de drogas, auxílio nos cuidados em pós-natal (Programa de ajuda aos pais de crianças prematuras)
CRMDA	- Adaptação ao período de gestação e no pós-natal, avaliação e desenvolvimento das capacidades parentais, escolarização (início ou retorno à escola).
APCP	- Conferências, ateliers, sensibilização da população através da mídia, Boletim da Associação, panfletos informativos aos pais sobre fatores de risco considerando o desenvolvimento da criança, etc.

O processo de decisão para as intervenções citadas acima segue as Orientações Ministeriais e as determinações de prioridades regionais, devido a certas constatações, como por exemplo: as proporções elevadas de P/BPN e a importância destas condições sobre o desenvolvimento da criança, a clientela de risco que não realiza o pré-natal e os problemas sociais vividos pelos pais de uma criança prematura.

Entre todos os estabelecimentos contactados, as dificuldades ligadas à organização dos serviços se exprimem como: falta de recursos (humanos, financeiros e físicos), distribuição desigual destes últimos entre os estabelecimentos, existência de um sistema paralelo e competitivo entre os cuidados médicos e os outros profissionais de saúde e finalmente uma dificuldade consensual entre os parceiros em um sistema provavelmente ainda muito fragmentado, apesar dos desejos formulados

de um trabalho em colaboração. É acrescentado ainda que com a reforma da saúde as novas Divisões Regionais tendem a ser estruturas organizacionais lentas em termos de decisão.

Apesar destas constatações, certas facilidades ligadas à organização dos serviços existem para se contrapor à situação precedente. É destacado a prioridade acordada a P/BPN pelo Governo, a prioridade regional dada indiretamente ou diretamente à perinatologia e recursos financeiros destinados a este fim, e a criação de um grupo de trabalho para fazer avançar as prioridades de ação nos serviços pré e pós-natal. O dinamismo e a convicção profunda de certos profissionais, coordenadores, a cumplicidade do trabalho em equipe que se desenvolve com o tempo, assim como a preocupação relacionada às necessidades da criança, dos pais, das famílias vulneráveis são também fatores que contribuem para uma orientação dos serviços no sentido de uma abertura, de uma mudança na prática cotidiana.

As melhorias sugeridas referentes às intervenções ou aos serviços estão em consonância com os obstáculos já mencionados anteriormente, ou seja: ter maiores recursos para realizar as intervenções, criar mecanismos concretos e eficazes de referência e contra-referência, especialmente entre as intervenções médicas e sociais, reagrupar em um mesmo local certas intervenções para otimizar os serviços, possuir projetos em comum favorecendo a troca e um melhor conhecimento do que cada um faz. É acrescentado ainda: maiores recursos financeiros para a ação comunitária (inclusive para novas ONGs) e finalmente aponta-se a necessidade de uma reflexão sobre os limites da reanimação neonatal em detrimento do controle dos fatores de risco e um maior desenvolvimento de indicadores de saúde e bem-estar.

Vigilância

Nesta sessão, encontramos como é armazenada a informação sobre a vigilância da P/BPN ao *nível provincial e regional*. Algumas questões abordadas nos quatro temas desta pesquisa são aqui também retomadas.

Ao *nível provincial*, a perinatologia é uma área de importância, sendo que um profissional trabalha com os indicadores de mortalidade infantil e neonatal, a prematuridade e o baixo peso ao nascer, incluindo as intervenções em obstetrícia (dados de toda a Província). Ao *nível regional*, a equipe de Vigilância subordinada à Direção de Saúde Pública conta com um profissional que trabalha em perinatologia/pequena-infância, e a cada ano é calculado as proporções de P/BPN por território de CLSC comparativamente à região e à Província.

Referente a prevenção em Perinatologia e P/BPN, no *Ministério*, temos um papel de apoio, disponibilizando informações necessárias para a tomada de decisão. A meta é ter um banco de dados fornecendo aos utilizadores (ex. Direções Regionais) uma informação de melhor qualidade. Ao *nível regional* a equipe de vigilância é recém-formada e inserida em um contexto de reestruturação, e talvez a rede de serviços não tenha uma idéia precisa do seu papel. É preciso ver internamente como suscitar o interesse e ser complementado por outras equipes.

Ao *nível provincial*, o que se faz no acompanhamento da P/PBN, são os cálculos de incidência da Prematuridade e do BPN na Província e nas 19 Divisões Regionais. Para o BPN, muitos pedidos são feitos em função de variáveis demográficas (ex: idade da mãe e nível escolar). Ao *nível regional*, o acompanhamento destas problemáticas se faz através de cálculos de incidência na província, regiões e territórios dos CLSC. As variáveis mais utilizadas são: idade da mãe, nível de escolaridade e gestações anteriores.

As duas pessoas entrevistadas citam indicadores que não são disponíveis e que seria interessante de se ter para o acompanhamento da P/BPN. No *Ministério*, sistematizar a inscrição do retardo de crescimento intra-uterino na Declaração de Nascidos-vivos (e que os médicos o façam de maneira uniforme), fazer a fusão dos fichários de nascimento e morte para estudar as mortes segundo o peso do bebê, aperfeiçoar também a maneira de conhecer o número de gestações e não somente o número de nascimentos para melhor documentar os abortos e as interrupções voluntárias de gestação. O entrevistado ao *nível regional* comenta que os indicadores psicossociais são dificilmente identificáveis, como por exemplo, o consumo de álcool, o tabagismo. A ocupação dos pais causa também problemas pois os dados não são compatíveis de um fichário ao outro e isto acarreta problemas de análise. É mencionado que em razão do acúmulo de fatores de risco existente na P/BPN, não é fácil obter o conjunto de dados para efetuar uma análise causa-efeito.

Sobre os mecanismos de difusão da informação em vigilância, no *Ministério*, ela chega diretamente às Direções do Ministério para favorecer as decisões. Para os diferentes estabelecimentos da rede de saúde, o atendimento é feito sob solicitação (por escrito ou sobretudo por telefone); junto à população, ela se faz geralmente através de comitês de usuários. Um disquete é também disponibilizado sob solicitação, àqueles que queiram ter informações-chave que são tradicionais sobre Perinatologia e intervenções em obstetrícia. Ao *nível regional*, o processo de divulgação da informação está em fase de realização sendo tanto internamente quanto na rede de serviços. Para a população em geral, este tipo de informação é divulgada por exemplo em relatórios temáticos disponibilizados nos diferentes estabelecimentos para consulta.

Em termos de melhorias (ou reorganização) das intervenções e serviços, ao *nível provincial*, reconhece-se é preciso ter mais contato com as equipes regionais de vigilância, pois existe muita duplicação de serviços (ex: todos calculam as porcentagens de P/BPN). Ao *nível regional*, o momento é de se estabelecer um maior contato com os parceiros da rede de serviços, de se tornar conhecido às outras equipes da Divisão Regional e também ter ligações mais concretas com as equipes do Centro de Saúde Pública. Finalmente é ressaltada a importância de existir uma compreensão mútua sobre a definição dos indicadores, pois trata-se de um domínio muito vasto e, as vezes, pode-se não estar falando da mesma coisa.

Discussão

O modelo conceitual adotado para guiar a discussão dos resultados foi o modelo pluralista de Éric Monnier(1990) “Les trois sous-systèmes d’acteurs” (os três sub-sistemas de atores)

No modelo adotado, dois aspectos são objetos da discussão: *a distribuição de papéis no seio do sistema de ação e o fluxo de informação entre os sub-sistemas.*

O primeiro aspecto identifica três papéis que definem as ações:

- *Legitimação*: que neste estudo são o MSSS e a Divisão Regional;
- *Ação*: mantido pela SP, CPP, CH, CLSC e o CRMDA;
- *Reação*: ilustrado pela Associação de Pais de Crianças Prematuras.

O segundo aspecto é caracterizado pelas trocas de informação que existem particularmente entre os sub-sistemas num fluxo dois a dois:

- *informações estratégicas* entre os atores de Legitimação e da Ação sobre hipóteses de ação, campo de atuação e recursos mobilizados na prevenção em Perinatologia e P/BPN;
- *informações operacionais* relativas ao processo de fato e aos resultados da Ação sobre a Reação e reciprocamente;
- *informações políticas* entre a Reação e a Legitimação sobre os efeitos sociais benéficos ou nefastos.

Uma atenção particular será dada ao fluxo de informação estratégico (atores de Legitimação e Ação) em razão dos objetivos desta pesquisa. Uma análise mais completa dos três fluxos poderá ser objeto da continuidade desta pesquisa futuramente.

A utilização do modelo abaixo permitiu uma melhor integração dos diferentes pontos de vista detectados entre os três sub-sistemas de atores após a difusão das Políticas e Planos de Ação divulgados na área de Perinatologia.

As figuras abaixo ilustram os passos da discussão.

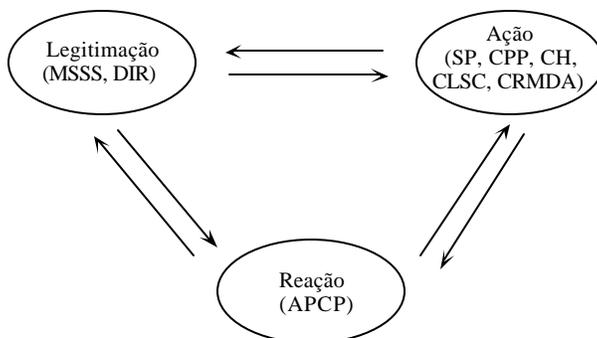


Figura 1- Os três sub-sistemas de atores

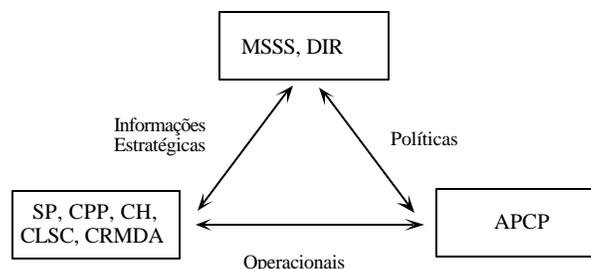


Figura 2- Fluxo de informações entre sub-sistemas

A distribuição de papéis no sistema de ação

Papel de Legitimação

Identificamos aqui a Divisão Regional de Saúde, pois na escala regional e local, ela é um agente de legitimação e possui um poder de decisão sobre os estabelecimentos referente a planificação/organização regional dos serviços. Porém, é uma instância que presta contas ao Ministério, que lhe confia a atualização, aplicação e avaliação das políticas e programas de saúde.

Uma política não é somente um documento, é algo dinâmico, é preciso utilizá-la como um instrumento, trabalhar no sentido de se criar uma dinâmica desejada em termos de ações.

Segundo Monnier (1990), os atores de legitimação tem um poder institucional que vem do papel de integração e de mediação dos quais eles são revestidos. Todavia, a presença de um poder de autoridade e mesmo de controle das direções regionais sobre os estabelecimentos não é negligenciável; o que nem sempre é bem recebido por estes últimos.

Políticas divulgadas pelo MSSS e planos de ação elaborados pela direção regional encorajam os diversos estabelecimentos da rede e de outros setores a trabalharem juntos nas prioridades em perinatologia, integrando assim diferentes modos de intervenção. As prioridades regionais da Política de Saúde e Bem-Estar (PSBE, 1992) acentuam estas parcerias entre os diferentes setores de atividades (ex: educação, bem-estar social, habitação, etc.). Para cada ação, seja na área preventiva, na organização dos serviços, os responsáveis pela realização e seus colaboradores são identificados em função de seus mandatos e campos de atuação.

Papel de Ação

Grande parte de nosso interesse centrou-se nos atores que são a interface entre os gestores e a população em geral (beneficiários de uma política). Os atores envolvidos na ação constituem importantes agentes moderadores e realizadores das políticas públicas.

Segundo Monnier (1990), os estabelecimentos que possuem este papel são entidades dinâmicas, tendo como valores dominantes a eficiência/eficácia operacional. Contudo, seus sistemas de valores evoluem segundo o grau de satisfação de suas experiências individuais e coletivas. Quanto mais o ambiente profissional é incerto, menor é a tendência a adotar uma atitude positiva; durante as entrevistas observamos tais atitudes entre os profissionais. Alguns eram dinâmicos, engajados naquilo que faziam, cuidadosos na estruturação de suas intervenções de acordo com as prioridades divulgadas; outros porém, colocavam sempre a falta de recursos como um obstáculo para agir. Notamos também que em alguns estabelecimentos as prioridades de ação não são totalmente incorporadas. É o caso por exemplo do Departamento de Neonatologia, que possui de certa forma uma legitimidade própria, devido ao tipo de serviço prestado; as necessidades são imediatas, as preocupações são a curto/médio prazo e as políticas acabam por não lhes tocar diretamente.

Para a saúde pública (SP) ao contrário, em função de suas ações que são centradas na prevenção/promoção, os diferentes documentos reforçam suas ações e mesmo consolidam a tomada de decisões. Lembramos também que frequentemente os atores da SP fazem parte do processo de elaboração de políticas de saúde.

Em várias situações, os atores aqui representados fazem valer suas prioridades, em função da realidade ligada à clientela atendida, da estrutura e dinâmica operacional do local, etc. Agindo assim, eles se afirmam e tentam construir uma legitimidade própria (MONNIER, 1990).

A falta de comunicação, de continuidade, de complementaridade e uniformidade na informação divulgada entre os atores da ação; são problemas identificados pelas pessoas entrevistadas. Estas também apontam um problema maior que é a avaliação das intervenções, que nem sempre é realizada. A respeito da avaliação Monnier coloca que os atores da ação tem o poder, a chave de interpretação do desenrolar concreto da ação e seus resultados.

Papel de reação

Segundo Monnier, o papel de reação compreende a sociedade civil representada por grupos sociais, categorias específicas de atores ou beneficiários de uma política. Dentro do estudo realizado, a Associação de pais de Crianças Prematuras foi consultada pois ela é diretamente interpelada pelo objeto do estudo. Consideramos que na associação há um papel de reação pois ela foi criada para responder a certas necessidades às quais a rede de serviços não respondeu.

Monnier fala da pouca participação política que em geral os atores da reação tem face às políticas. Os atores da legitimação e ação “negociam” por antecipação os efeitos possíveis de suas decisões.

O objetivo principal da associação é de ajudar as crianças prematuras a viver e se desenvolver em saúde; assim como apoiar e assegurar aos pais, serviços de informação e ajuda e igualmente ser o seu porta voz junto às diversas instâncias da rede de saúde e serviços sociais.

Por ocasião de nossa participação em uma das reuniões da associação, relatou-se que entre as dificuldades encontradas na chegada de um bebê prematuro e/ou de baixo peso, a comunicação com os profissionais do hospital é as vezes difícil e insatisfatória. Devido a situação estressante que vivem, eles temem em perguntar ou solicitar uma opinião médica. Inquietudes relativas ao estado de saúde e o futuro do bebê ficam as vezes sem resposta. Uma falta de uniformidade na transmissão da informação e mesmo diagnósticos controversos geram uma falta de confiança na equipe de saúde.

Para a coordenadora local, a falta de troca de informações, a pouca sensibilização em torno da problemática entre os diversos parceiros da rede constituem um dos principais obstáculos ao bom desenrolar de ações preventivas. Apesar disso, a associação começa a se integrar no sistema, a mostrar sua importância e a dividir um poder de ação com os outros parceiros da rede.

Dentre as atividades de prevenção de problemas secundários da prematuridade iniciados pela associação, existe o Programa “Petit a Petit” (Pouco a Pouco) que visa informar e dar condições aos pais que desejam estimular o desenvolvimento de seu bebê. O programa se desenvolve em colaboração com os CLSC, o que permite a estes um melhor conhecimento dos problemas em torno da prematuridade, das necessidades específicas dos usuários e os recursos presentes na comunidade.

Fluxo de informações entre os sub-sistemas Legitimação e Ação

Somente o fluxo de informações estratégicas entre os atores da Legitimação (MSSS e Direção Regional) e aqueles da Ação (SP, CH, CPP, CLSC e CRMDA) será discutido como mencionado anteriormente.

Para a análise das informações estratégicas estivemos interessados em saber como as orientações ministeriais em perinatologia foram integradas pelos diversos atores da rede de saúde e verificamos que as respostas a essa questão variam segundo o interlocutor.

Os gestores políticos possuem uma idéia mais precisa do que é realizado a nível regional comparativamente aos profissionais que atuam na intervenção. Para estes últimos, cada um pode ter sua visão do modo como deveria se concretizar as estratégias/ações de intervenção.

No MSSS, as diretrizes são lançadas e cabe às Divisões Regionais de Saúde traduzi-las em função das características sociosanitárias de sua região. Na DIR de Québec, a planificação/organização dos serviços em perinatologia se faz por intermédio de comissões, mesas redondas; é o caso por exemplo da mesa regional em perinatologia/pequena infância (formada por representantes de diversos estabelecimentos a nível regional e local) que tinha por objetivo estruturar melhor a continuidade dos serviços entre o pré e pós-natal na região baseada nas prioridades anunciadas na Política em Perinatologia. Serviços da rede básica e serviços inovadores

estão sendo consolidados, organizados ou reorganizados com a liberação de recursos financeiros.

Conclusão

Finalizamos com uma reflexão sobre o potencial de implantação de algumas intervenções documentadas pelo estudo (bem como das políticas que as direcionam) no contexto brasileiro, no Estado de São Paulo e especificamente na cidade de São Carlos, localidade na qual atualmente temos conhecimento das práticas de saúde em andamento. Ter a possibilidade de conhecer uma outra realidade, sem contudo ter a pretensão de encontrar soluções para problemas daqui, foi bastante motivante e enriquecedor.

Se pensarmos no território brasileiro, a amplitude dos serviços de saúde face às imensas desigualdades impõe-se a determinação de prioridades, exigindo esforços para a adoção de estratégias na organização dos serviços. A reforma sanitária (ocorrida nos anos 80), já preconizava uma reorganização do sistema visando um equilíbrio entre as áreas preventivas e curativas. Respeitando-se estas diferentes realidades sócio-políticas, econômicas e organizacionais; podemos crer que certas ações do programa integrado de serviços perinatais (implantado em várias cidades da Província de Québec) são plenamente aplicáveis a realidade brasileira. Este programa tem por objetivo o estabelecimento de um vínculo terapêutico entre o profissional de saúde e o usuário, incluindo um acompanhamento nutricional voltado sobretudo às gestantes de risco.

A Agenda Nacional de Saúde para 2001 é o atual instrumento de reorientação estratégica da política de saúde no Brasil (este documento preliminar oferece a Estados e Municípios subsídios para a elaboração de seus respectivos Planos de Saúde). Esta Agenda traz 6 eixos prioritários no processo de planejamento em saúde, sendo o 1º eixo a redução da mortalidade infantil e materna, questão diretamente ligada a qualidade da assistência ao parto, que implica em um aumento do número de consultas de pré-natal.

No Estado de São Paulo, a Agenda Nacional de Saúde 2001 contempla também a redução da mortalidade infantil e materna, sendo que tal redução está vinculada à implantação de políticas sociais e de saúde que permitam o acesso das mulheres a serviços de saúde de boa qualidade, tanto na atenção básica como hospitalar.

Quanto as medidas relacionadas à assistência hospitalar vale ressaltar a importância do estabelecimento de uma rede de serviços de referência para as gestações de risco com UTIs adequadas para mães e recém-nascidos.

Entre as medidas relacionadas à atenção primária é salientado o acompanhamento pré-natal de qualidade que deve ser ampliado para atingir todas as mulheres grávidas no Estado no momento oportuno da gestação (primeiro trimestre). O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) lançado pelo

Ministério da Saúde (MS, junho/2000), cujo objetivo é assegurar a melhoria do acesso da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e recém-nascidos, parece ser uma proposta inovadora em termos de política em perinatologia. Vale lembrar que um incentivo financeiro é dado aos Estados e Municípios para estimularem a assistência pré-natal, obstétrica e neonatal.

Atualmente, segundo informações da Divisão Regional de Saúde-DIR/Araraquara, a quase totalidade dos municípios do Estado de São Paulo aderiram ao PHPN e estão em fase de implantação, sobretudo aqueles que possuem gestão plena do SUS (isto é, a modalidade de gerenciamento em que o município, conforme a legislação vigente, tem autonomia na gestão dos recursos e da política local).

No Programa de Saúde da Família- PSF também bastante disseminado no Estado de São Paulo (até o presente momento 390 municípios cadastrados); o grupo materno-infantil é um dos grupos priorizados pelas equipes de saúde. Este Programa prioriza a reorganização da atenção básica (ênfase no aumento da cobertura e da qualidade do pré-natal), a promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, sendo também uma proposta promissora na assistência perinatal.

No município de São Carlos-SP, segundo a Secretaria de Saúde, o PHPN existe desde Março de 2001 e já tem cadastrado 641 gestantes até o momento, sendo um dos primeiros municípios da região a implantar tal programa. O PSF adotado desde 1997, possui atualmente 4.171 famílias cadastradas. E as intervenções no pré-natal estão sendo realizadas em uma das unidades do PSF.

A Agenda Municipal de Saúde 2001 traz em um dos seus eixos prioritários de intervenção, iniciativas que se direcionam para uma melhoria de qualidade do pré-natal e da assistência ao parto; reorientação do modelo assistencial privilegiando atenção integral (multidisciplinar) voltada ao indivíduo e sua família em seu ambiente e relações sociais. Um dos objetivos é expandir o PSF aumentando a taxa de cobertura da população pelas equipes do Programa (aumento das visitas domiciliares) e capacitação profissional das equipes. Quanto à rede hospitalar, o serviço de referência conta com um ambulatório de cuidados a gestação de alto risco, havendo um atendimento integrado com a Maternidade local (que é referência regional para partos de risco) e a UTI neonatal.

Vem sendo também realizado um projeto, através de um convênio firmado entre a UFSCar-NIPE (Universidade Federal de São Carlos/Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Ensino) e a PMSC-Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos; um programa de rastreamento e vigilância de populações em risco para danos ou agravos à saúde e ao desenvolvimento: PRORASTRE. Este programa que possibilita rastrear, já no pré-natal, as gestantes consideradas em risco e seus bebês foi implantado há um ano na maternidade e na rede ambulatorial, e há um mês em 2 Unidades Básicas de Saúde e 4 Unidades do PSF. Ele conta com a participação de pesquisadores, professores, alunos de graduação e pós-graduação da UFSCar.

O estudo realizado nos leva a pensar que para uma Política de Saúde ser plenamente aplicável; é primordial sua aceitação e compreensão pelos profissionais de saúde. Estes atores são os que colocam em prática suas linhas diretrizes; as Políticas, não são um fim em si só, mas sim uma etapa na melhoria dos serviços em resposta às necessidades da população.

Relação de Siglas

APCP: Associação de Pais de Crianças Prematuras

CH: Centro Hospitalar

CLSC: Centro Local de Saúde Comunitária

CPP: Centro de Pesquisa em Perinatologia

CRMDA: Centro de Readaptação para Mães em Dificuldade de Adaptação

DIR: Divisão Regional de Saúde

MSSS: Ministério da Saúde e de Serviços Sociais

NIPE: Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa e Ensino

PHPN: Programa de Humanização no Pré-Natal

P/BPN: Prematuridade, Baixo Peso ao Nascer

PMSC: Prefeitura Municipal de São Carlos

PSBE: Política de Saúde e Bem-Estar

PSF: Programa de Saúde da Família

SP: Saúde Pública

UFSCar: Universidade Federal de São Carlos

Referências

AGENDA NACIONAL DE SAÚDE PARA 2001. Disponível: <http://www.saude.gov.br>. (Acesso em 07/08/2001).

BRASIL, MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE, Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência, 1997.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programas e Projetos – Saúde da Família. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programas e Projetos – Saúde da Mulher (Detalhamento das Portarias GM/ 569, 570, 571 e 572- Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento). Disponível em: <http://www.saude.gov.br>

CAMPOS, R.M. Organisation des services visant la prévention en périnatalité dans la région de Québec. Université Laval, Québec, Canadá, 1996, Dissertação de Mestrado.

ESPANHA, MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração de Salamanca e Enquadramento da Ação. Necessidades Educativas Especiais, 1994.

LEPAGE, M.C. et al. *La mortalité et la morbidité périnatales et infantiles*, Collection: La Périnatalité au Québec (4), Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, 1989.

MARCONDES, T. M. Prevenção de deficiências e assistência pré-natal. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós Graduação em Educação Especial, Dissertação de Mestrado, 1999.

MONNIER, E. *L'évaluation dans le triangle de la décision*, Tiré des notes du cours Recherche évaluative de Clermont Bégin. Université Laval, hiver 1995, 3-37.

MONTREUIL, S. *Données provinciales et régionales sur la P/IPN, fournies lors de l'entrevue réalisée en août 1995*.

QUÉBEC: MSSS. Politique de Périnatalité. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec. (1993).

_____. Un Québec fou de ses enfants. Rapport du groupe de travail pour les jeunes. Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, 1991

_____. Indicateurs sociosanitaires du Québec, Évolution 1976-1991, comparaison Canada et étranger, 1995.

_____. La Politique de la santé et du bien-être. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1992.

_____. Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux. Plan d'action régional, 1995-1998 sur les priorités de santé et bien-être, Québec, 1994.

_____. Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Québec). Consultation pour la santé et le bien-être dans la région de Québec, Document d'analyse et d'information, Québec, 1993.

SÃO CARLOS: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Agenda Municipal de Saúde 2001. São Carlos, 2001. Documento interno de circulação restrita.

SÃO PAULO: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Agenda Estadual de Saúde. Disponível: <http://www.saúde.sp.gov.br>. (Acesso em 23/07/2001).

_____. SÃO PAULO NEWS. Boletim informativo da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, 1993.

SECRETARIAT À LA FAMILLE. Familles en tête, 2e plan d'action en matière de politique familiale, 1992-1994, Gouvernement du Québec, 1992.

TESSIER, R. et al. *La part du risque social dans le développement des enfants nés prématurés et de très petit poids*. Apprentissage et socialisation, 15, 3:208-221, 1992.

Recebido: 14/03/2002

Revisado: 30/08/2002

Aceito: 12/09/2002

