



32º CONGRESSO
DE SECRETÁRIOS
MUNICIPAIS DE
SAÚDE DO
ESTADO DE
SÃO PAULO

15ª Mostra de
Experiências
Exitosas dos
Municípios

8º Prêmio
David
Capistrano

“30 anos de SUS: SUStentabilidade para garantia do Direito à Saúde
Aumento do financiamento federal e estadual!”

Vigilância em Saúde

ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Gislaine Pinn Gil, Dalvane Cristina de Moraes Oliveira, Kely Keiko Takikawa

1 prefeitura municipal de itapeva - prefeitura municipal de itapeva

INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A taxa de mortalidade infantil (MI) fornece uma estimativa do risco de morrer a que a população está exposta no primeiro ano de vida, sendo um excelente indicador de condições de vida e saúde. A grande maioria das mortes nesta faixa etária é evitável, estando relacionadas principalmente às condições de vida, da gestação, do parto e integralidade da criança (FERNANDES; VIEIRA; SCOCHI, 2013). O Brasil apresenta uma tendência global de queda da MI influenciada pelos diversos investimentos na área socioeducacional, saneamento e saúde. Em 1980, a taxa era de 78,5 óbitos por mil nascidos vivos (NV); em 2015 de 12,42 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). O estado de São Paulo acompanhou esta redução ao apresentar uma taxa de 10,7 em 2015, em comparação ao ano de 2000 onde a taxa era de 17,0 (FUNDAÇÃO SEADE, 2016). O município de Itapeva sempre apresentou índices elevados de mortalidade infantil, sendo que, de 2012 a 2016, as taxas variaram de 15,0 a 20,3. Em 2017, alcançou um coeficiente nunca antes registrado de 8 óbitos por 1000/NV.

OBJETIVOS

Descrever o relato de experiência das estratégias implantadas para redução da mortalidade infantil em um município do interior paulista.

METODOLOGIA

A escolha da metodologia descritiva justifica-se já que se cumpre o objetivo de relatar o processo transitado para a redução da mortalidade infantil, dando destaque as estratégias mais relevantes. Itapeva está localizada a 300 km da capital e possui em torno de 90.000 habitantes. Na área da saúde, conta com 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Ambulatório Municipal para gestantes e crianças de alto risco e uma Santa Casa de Misericórdia de referência regional.

RESULTADOS

As ações foram iniciadas mais efetivamente a partir de 2014, buscando fortalecer as equipes das UBS e melhorar a qualidade da assistência prestada ao pré natal, inicialmente com capacitações sobre o tema. As investigações de 100% dos óbitos infantis realizadas pelo Comitê de Mortalidade Materna e Infantil (CMMI) identificaram as principais causas das mortes e guiaram a introdução de novos insumos, reorientação de condutas e redirecionamento dos fluxos. Diante do diagnóstico das falhas de seguimento dos protocolos assistenciais foi desenvolvida uma ficha de acompanhamento onde as enfermeiras preenchem todos os dados relativos ao pré natal da gestante, incluindo datas das consultas, resultados de exames, tratamentos realizados, vacinação, encaminhamentos, condições de moradia, etc. Essas fichas são monitoradas por



32º CONGRESSO
DE SECRETÁRIOS
MUNICIPAIS DE
SAÚDE DO
ESTADO DE
SÃO PAULO

15ª Mostra de
Experiências
Exitosas dos
Municípios

8º Prêmio
David
Capistrano

“30 anos de SUS: SUStentabilidade para garantia do Direito à Saúde
Aumento do financiamento federal e estadual!”

profissionais da Secretaria de Saúde, também enfermeiras, que avaliam in loco se o seguimento está adequado. Caso contrário, faz-se um alerta imediato à unidade de saúde que prontamente verifica a situação. Essa estratégia é importante à medida que condutas mal ou não realizadas são precocemente identificadas e resolvidas, caracterizando-se também como educação para a equipe. Para a atualização do protocolo, foram introduzidos exames na rotina assistencial, como a coleta de Papanicolaou na primeira consulta de pré natal, obrigatoriedade de exame especular em torno de 20 semanas para investigação de vaginose bacteriana com apoio de teste de pH e amina, teste rápido de proteinúria, terceira ultrassonografia para o risco habitual, coleta de Streptococcus tipo B e disponibilização imediata de tratamento de ITU em gestante. Preconizou-se a visita domiciliar (VD) pela enfermeira da UBS para todos os recém nascidos até o 7º dia de nascimento, independentemente do convênio utilizado. Essa experiência ampliou o acesso e estimulou o vínculo entre família/profissional. Também introduziu-se a VD a partir de 36 semanas gestacionais de, minimamente um profissional de nível técnico, além da manutenção das visitas mensais de rotina dos Agentes Comunitários de Saúde. Com os apontamentos realizados pelo CMMI, instituiu-se uma roda de conversa com a equipe de saúde envolvida no caso, a fim de promover uma reflexão sobre o processo de trabalho, autoavaliação e educação continuada aos profissionais. Tivemos outros avanços como a implantação por lei da Semana do Bebê quando todas às equipes, em uma determinada semana do mês de maio, se mobilizam para realizar ações educativas e de sensibilização do cuidado à criança. Orientações de manejo e cuidado também são oferecidas semanalmente nas unidades de saúde por meio do Projeto Maternagem, onde a equipe realiza palestras em grupos voltadas ao pré natal e ao menor de um ano. Indicamos como um apoio fundamental para a redução da mortalidade a implantação do “Projeto Viver” em parceria com a Fundação Itaú Social, que entre os anos de 2015 e 2017, fortaleceu a rede de apoio às gestantes e crianças, em especial às questões relacionadas à vulnerabilidade social. O trabalho em equipe multiprofissional concomitante à sensibilização dia a dia frente a responsabilidade individual e da equipe na atenção à gestante e ao menor de um ano foram de grande importância para os avanços galgados. No entanto, destacamos o papel do enfermeiro neste cenário, tanto enquanto gerente da unidade de saúde ao conduzir e liderar sua de equipe, quanto à vigilância e coordenação de todas as ações e processos realizados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Importante destacar que a redução da mortalidade não foi imediata, sentindo-se o reflexo nos indicadores após três anos de intensificação do trabalho. O novo desafio é manter as equipes motivadas, atualizadas e monitoradas, a fim de conservarmos esse indicador em valores menores que 1 dígito. Há uma conduta expectante no sentido de avaliarmos se passamos por um ano atípico e retornaremos a apresentar taxas indesejáveis, ou se realmente tivemos êxito consistente e todas as ações implantadas estão consolidadas no processo de trabalho das equipes. É fato que as ações municipais de promoção do cuidado seguro e qualidade da assistência à gestante, parto e criança menores de um ano devem ser contínuas e sistemáticas. Além disso, tornam-se imprescindíveis também os constantes investimentos e políticas adequadas do poder público.