

1 INTRODUÇÃO

A problemática relacionada ao processo saúde/doença não está vinculada apenas às condições sócio-ambientais de existência da população, que poderão produzir ao longo do tempo agravos à saúde, mas está também vinculada com a eficiência e eficácia do padrão de assistência à saúde que esta recebe. Para que a assistência à saúde esteja de acordo com as reais necessidades da população, torna-se necessário compreender as relações estabelecidas entre o indivíduo e o meio no qual está inserido. No que se refere à saúde materno-infantil, parece que os profissionais de saúde, durante o processo de planejamento de suas ações, têm sua preocupação voltada sobretudo para as patologias que podem interferir na gestação, no crescimento e no desenvolvimento fetal, esquecendo de identificar outros fatores de risco que contribuem para o aparecimento das patologias. A discussão de uma política de assistência à saúde deve considerar as características demográficas, sociais, econômicas, ambientais e culturais dos usuários, de modo a ir ao encontro das reais necessidades de existência da população alvo e garantir a eficiência e a qualidade dos serviços prestados.

A assistência de saúde no Brasil vem, ao longo dos anos, apresentando deficiências, tanto em termos quantitativos como qualitativos, podendo-se destacar a carência de recursos humanos, a multiplicidade de instituições atuando sem integração, a utilização da assistência à saúde com fins lucrativos e distorções no estabelecimento de prioridades.

As observações de Carapinheiro (1993) sobre a organização do sistema de saúde de países da Europa Ocidental, a partir dos anos 60, mostram que esta se assemelha, em menor ou maior grau, à nossa realidade. Segundo esta autora, as mudanças ocorridas no setor saúde objetivavam a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma retomada do sanitarismo. O sanitarismo trazia consigo a filosofia da promoção à saúde e da prevenção de doenças, com a organização das instituições e dos serviços dirigidos para os cuidados primários.

O sistema de saúde brasileiro tem indícios de ser mais hospitalocêntrico do que o de países industrializados, necessitando uma análise mais aprofundada da articulação da rede hospitalar com o restante do sistema. A organização de uma

rede básica que responda às reais necessidades da população, quanto ao acesso e à resolutividade, possibilitaria reverter esta tendência de convergência para o hospital, desencadeando um processo gradativo de desospitalização. Não cabe aqui negar o valor do hospital enquanto modelo de assistência à saúde, mas sim reservar a ele apenas o atendimento de casos mais complexos, que necessitem de cuidados intensivos e contínuos que envolvam alta tecnologia.

Nas últimas décadas, o país passou por transformações econômicas e políticas significativas e rápidas. As mudanças econômicas, em especial, culminaram em alterações epidemiológicas e demográficas igualmente profundas. Entre 1960 e 1980, observou-se intensa migração interna e a proporção da população que vive em áreas urbanas cresceu de um terço para dois terços. Esta transição demográfica também indica que a sociedade deverá preocupar-se com políticas sociais que atendam às necessidades dessas populações. Indicadores de saúde são necessários para o planejamento, o gerenciamento e a avaliação dos serviços de saúde e, também, para a caracterização das tendências de mudanças nas políticas de saúde a serem adotadas em benefício da população.

No Brasil, o início da preocupação governamental com a proteção à infância e à saúde da mulher, em termos formais, data de 1921, por ocasião da reorganização dos serviços de saúde, conhecida como reforma Carlos Chagas, onde o governo assumiu, pela primeira vez, a responsabilidade de atuar na área materno-infantil. O programa de Saúde Materno-infantil, de 1974, teve como prioridade o controle da saúde dos menores de cinco anos de idade e sugeria que as ações tivessem por base a puericultura, pois propunha a incorporação do acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento de crianças saudáveis e das ações de caráter educativo, além daquelas de medicina preventiva (BRASIL, 1974).

Este período teve ainda outros movimentos de proteção à criança. A Assembléia Mundial de Saúde, de Alma Ata, em 1978, propôs a meta de "Saúde para todos no ano 2.000" e, com isso, a problemática da saúde materno-infantil foi novamente objeto de ação. Com a indicação, em 1979, do "Ano Internacional da Criança", a história da criança no Brasil e de sua repressão, voltou à cena. Formaram-se diversas associações que se articularam a outras na defesa dos direitos da criança e que acabaram influenciando na elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 (BRASIL, 1989).

Em busca de melhorias para as condições de saúde na área materno-infantil, foi criado, em 1983, pelo Ministério da Saúde, o PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher - que foi resultado das fortes mobilizações dos movimentos feministas do final dos anos 70 e início dos anos 80. O PAISM ampliou o elenco de ações de saúde destinadas às mulheres, destacando a atenção pré-natal pelo seu impacto sobre os resultados alcançados na saúde materna e perinatal (BRASIL, 1989). O PAISM vem a contribuir com ações estratégicas de saúde que podem ser desenvolvidas por profissionais de saúde, juntamente com uma equipe multidisciplinar, envolvendo questões como o atendimento pré-natal que resulta na melhoria da qualidade de vida para o binômio mãe e filho, priorizando o aspecto preventivo em saúde.

O Ministério da Saúde, em 1989, elabora o projeto "Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações Básicas", uma das primeiras ações integradas em saúde. As ações básicas preconizadas eram: aleitamento materno e suplementação alimentar, imunização, controle das infecções respiratórias agudas, acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e controle das doenças diarreicas.

No entanto, apesar dessas iniciativas, destaca-se a necessidade de os programas de saúde incorporarem a idéia de continuidade, ou fugirem da atenção tangencial e do pronto atendimento. O modelo de desenvolvimento econômico dominante no Brasil, nas últimas décadas, apresenta, como consequência, uma população exaurida, vivendo em situação de desigualdade social, num quadro de desemprego e recessão. Nestas circunstâncias, as necessidades em saúde costumam aumentar, sem que pessoas disponham de renda suficiente e o Estado, de arrecadação necessária para prover serviços sociais cada vez mais caros. O atendimento ou não das necessidades tem íntima relação com a qualidade de vida das populações, relacionando-a com os direitos elementares do homem, como a educação, a nutrição, a habitação, o lazer, a oportunidade de trabalho, o direito à participação, a saúde física e mental. Para tanto, torna-se necessária uma política de saúde que abranja os problemas de forma preventiva, desenvolvendo ações que resultem na melhoria da qualidade de vida destas populações, atuando desde antes do nascimento.

Trevisan *et al.* (2002) afirmam que o período da gestação é influenciado por vários fatores como os biológicos, os sociais e os econômicos, além do acesso e da qualidade dos serviços de saúde prestados à população. Estes autores, fazendo uma retrospectiva histórica da saúde no setor materno-infantil, constataram que os avanços da prática obstétrica resultaram na redução significativa da mortalidade materna e perinatal em países desenvolvidos. Enquanto nos países subdesenvolvidos, persiste a preocupação com o grande número de mortes de mulheres e crianças por complicações na gravidez e no parto, podendo serem estas evitadas por uma adequada assistência pré-natal. Além disto, referem que, nesses países, onde a assistência à saúde tende a ser precária, a assistência pré-natal torna-se freqüentemente a única oportunidade de atendimento para as mulheres.

Monteiro *et al.* (2000) referem que a qualidade e disponibilidade dos serviços de saúde para o binômio mãe e filho são de extrema importância para as condições de saúde na infância, relatando a existência de relações entre falta ou deficiência de assistência pré-natal e o retardo do crescimento intra-uterino, a prematuridade e a morbimortalidade infantil.

Foram observados durante atuação como profissional enfermeira na atenção terciária em saúde, no hospital de São José do Norte/RS, alguns fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que envolvem as questões de saúde daquela população, principalmente na área materno-infantil. Este município situa-se na região sul do país, a leste do Estado do Rio Grande do Sul. São José do Norte tem aproximadamente 25.000 habitantes, incluindo moradores da zona urbana e zona rural (IBGE, 2000). Sua economia é baseada na agricultura, com o cultivo de cebola e na pesca do camarão. Atualmente, o município passa por uma grande crise econômica devido à escassez do pescado e ao aumento do custo para o cultivo da cebola. Como consequência, tem-se o aumento do êxodo rural e, conseqüentemente, o desemprego, com as pessoas aglomerando-se em vilas e bairros da periferia em precárias condições de moradia. Segundo dados do IBGE (2000), a maioria da população apresenta pouca escolaridade e baixa renda. A assistência à saúde prestada à população, no município, ainda tem capacidade limitada na resolução de problemas, devido a fatores econômicos e políticos institucionais. O modelo de assistência está vinculado ao aspecto curativista e individual, embora exista uma pequena iniciativa para o desenvolvimento de um

modelo preventivo e coletivo em saúde, que ainda é incipiente. Sabe-se que muitos dos problemas vivenciados têm início com o retrato da realidade da clientela, e são agravados pelo índice aumentado de natalidade.

Foi observado que a cada ano ocorriam cerca de 280 nascimentos. Além disso, foram observados casos de prematuridade, malformações, doença mental, doenças respiratórias, doenças parasitárias e gastrintestinais, e até mesmo mortalidade infantil, de forma que não se distancia da realidade observada em regiões muito pobres do país. Apesar destas observações, não existem estudos que identifiquem as condições de nascimento e de saúde de São José do Norte/RS.

Destaca-se, então, a necessidade de identificar os fatores que contribuem para as condições de nascimento neste município, com a finalidade de responder a questionamentos relacionados à situação socioeconômica das famílias, às condições de saúde materna, aos fatores ambientais, de modo que venha a contribuir para as ações de enfermagem e saúde e subsidiar as políticas públicas de saúde na área materno-infantil neste município. Estes indicadores de saúde são necessários para o planejamento, o gerenciamento e a avaliação dos serviços de saúde e também, para a caracterização das tendências de mudanças nas políticas de saúde a serem adotadas em benefício da população. O planejamento e a implementação das ações de saúde, de forma adequada, refletem-se nas condições de saúde, bem como na qualidade de vida das famílias.