

---

APERFEIÇOAMENTO EM  
GESTÃO DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE  
AGAP

---

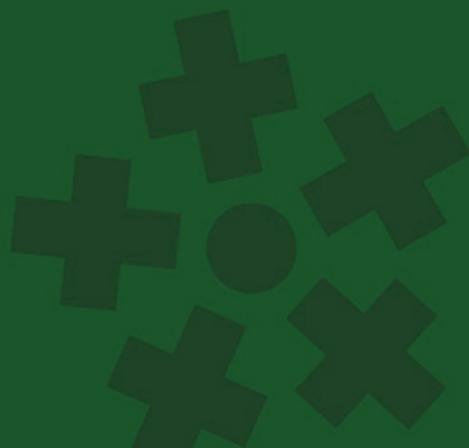
22

CONASS documenta



**CONASS**

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE





# Cooperação Internacional para o Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde Brasil - Canadá

---



Canadian International  
Development Agency

Agence canadienne de  
développement international

Canada



Ministério da  
Saúde



Copyright 2011 – 1.<sup>a</sup> Edição – Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS  
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,  
desde que citada a fonte e a autoria e que não seja para venda ou qualquer fim  
comercial.

O caderno *CONASS Documenta* pode ser acessado na página do CONASS na internet,  
no [www.conass.org.br](http://www.conass.org.br).

Tiragem: 2.000

Impresso no Brasil

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.  
Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde : Projeto AGAP / Conselho  
Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011.  
280 p. – (CONASS Documenta, 22)

ISBN 978-85-8071-002-1

1. Sistema de Saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Cooperação internacional.  
I. Título. II. Série.

NLM WA 525

## SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE

---

AC	Suely de Souza Melo da Costa	PB	Waldson Dias de Souza
AL	Alexandre de Melo Toledo	PE	Antônio Carlos dos S. Figueira
AM	Wilson Alecrim	PI	Lilian de Almeida V. N. Martins
AP	Evandro Costa Gama	PR	Michele Caputo Neto
BA	Jorge José Santos Pereira Solla	RJ	Sérgio Luiz Côrtes
CE	Raimundo José Arruda Bastos	RN	Domício Arruda
DF	Rafael de Aguiar Barbosa	RO	Alexandre Carlos M. Muller
ES	José Tadeu Marinho	RR	Antônio Leocádio Vasconcelos Filho
GO	Antônio Faleiros	RS	Ciro Carlos Emerim Simoni
MA	Ricardo Murad	SC	Dalmo Claro de Oliveira
MG	Antônio Jorge de S. Marques	SE	Antonio Carlos G. S. Pinto
MS	Beatriz Figueiredo Dobashi	SP	Giovanni Guido Cerri
MT	Pedro Henry Neto	TO	Arnaldo Alves Nunes
PA	Hélio Franco de Macedo Júnior		

## DIRETORIA DO CONASS

---

### PRESIDENTE

Beatriz Figueiredo Dobashi (MS)

### VICE-PRESIDENTES E ADJUNTOS

#### Região Centro Oeste

Rafael de Aguiar Barbosa (DF)

Antônio Faleiros (GO)

#### Região Nordeste

Raimundo José Arruda Bastos (CE)

Antônio Carlos dos Santos Figueira (PE)

#### Região Norte

Wilson Duarte Alecrim (AM)

Evandro Costa Gatma (AP)

#### Região Sudeste

Antônio Jorge de Souza Marques (MG)

José Tadeu Marinho (ES)

#### Região Sul

Michele Caputo Neto (PR)

Ciro Carlos Emerim Simoni (RS)

### COMISSÃO FISCAL – TITULARES

Antônio Leocádio Vasconcelos Filho (RR)

Lilian de Almeida V. Nunes Martins (PI)

Waldson Dias de Souza (PB)

### COMISSÃO FISCAL – SUPLENTES

Alexandre Carlos Macedo Muller (RO)

Antônio Carlos Guimarães S. Pinto (SE)

Domício Arruda Câmara Sobrinho (RN)

### REPRESENTANTE DO CONASS NA HEMOBRÁS

Antônio Carlos dos Santos Figueira (PE)

### REPRESENTANTE DO CONASS NA ANS

Pedro Henry Neto (MT)

### REPRESENTANTES DO CONASS NA ANVISA

#### Titular

Dalmo Claro de Oliveira (SC)

#### Suplente

Viviane Rocha de Luiz

(Assessora Técnica do CONASS)

## EQUIPE DO CONASS

---

### SECRETÁRIO EXECUTIVO

Jurandi Frutuoso Silva

### COORDENADORES

Ricardo F. Scotti

Rita de Cássia Bertão Cataneli

### ASSESSOR ESPECIAL

René Santos

### ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

#### Gerente

Adriane Cruz

Luiza Tiné

Tatiana Rosa

### ASSESSORIA JURÍDICA

Alethele de Oliveira Santos

### ASSESSORIA TÉCNICA

Alessandra Schneider

Eliana Maria Ribeira Dourado

Fernando Cupertino

Gilson Cantarino

Lore Lamb

Lourdes Almeida

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Regina Nicoletti

Renilson Rehem

Tereza Cristina Amaral

Viviane Rocha de Luiz

### GERÊNCIA ADMINISTRATIVA

#### Gerente

Ana Lúcia Melo

Adriano Salgado de Farias

Cirlene Rossi Lacerda

Gabriela Barcellos

Gutemberg Silva

Ilka Costa

Janara Alexandre

Luciene Correia

Tatiane Toledo Santos

### GERÊNCIA FINANCEIRA

#### Gerente

Luciana Toledo Lopes

Emanuela Ferreira

Lucília de Melo Souza

### GERÊNCIA DE COMPRAS E CONTRATOS

#### Gerente

Rodrigo Fagundes Souza

Joyce Ferreira Fernandes

## ELABORAÇÃO

---

### ORGANIZADORES

Luis Fernando Rolim Sampaio  
Rita de Cássia Bertão Cataneli

### ELABORAÇÃO DOS TEXTOS

Maria José de Oliveira Evangelista  
Fernando Passos Cupertino de Barros  
Luis Fernando Rolim Sampaio  
Sílvia Maristela Pasa Takeda  
Djalmo Sanzi de Souza  
Elcylene Maria de Araujo Leocádio  
Sonia Maria Souza

### EQUIPES RESPONSÁVEIS PELO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

#### Equipe brasileira

**Diretora Brasileira do Projeto**  
Maria José de Oliveira Evangelista

Sílvia Maristela Pasa Takeda  
Danusa Fernandes Benjamim  
Djalmo Sanzi de Souza  
Elcylene Maria de Araujo Leocádio  
Sonia Maria Souza

Luis Fernando Rolim Sampaio

#### Equipe canadense

**Diretor Canadense do projeto**  
Yves Roland Talbot

Nelson Cabral  
Fernanda Aguiar Almeida  
Adriana de J. Gaertner  
Lillian Magalhães

### COORDENADORES E

### APOIADORES ESTADUAIS

#### Alagoas

André Valente  
Herbert Motta de Almeida  
Myrna Pimentel Ribeiro Villas Boas  
Katia Betina Rios Silveira

#### Ceará

João Ananias Vasconcelos Neto  
Raimundo José arruda Bastos  
Maria Imaculada Ferreira da Fonseca  
Maria Rocineide Ferreira da Silva

#### Paraíba

Geraldo de Almeida Cunha Filho  
José Maria de França  
Niedja Rodrigues de Siqueira (inicialmente)  
Liana Maria Costa Gomes Lima  
Rosete Bezerra

#### Piauí

Assis Carvalho  
Telmo Gomes Mesquita  
Maria Goretti da Silva Pereira  
Leidimar Barbosa de Alencar

### REVISÃO ORTOGRÁFICA

Carmem Cecília C. Galvão  
de Menezes

### EDIÇÃO

Adriane Cruz

### PROJETO GRÁFICO

Clarice Lacerda  
Thales Amorim

### DIAGRAMAÇÃO

Clarice Lacerda  
Thales Amorim

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
<hr/>	
A FALA DA UNIVERSIDADE DE TORONTO	
<hr/>	
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O PAPEL SOCIAL DA UNIVERSIDADE: O PROJETO AGAP	17
<hr/>	
INTRODUÇÃO	25
<hr/>	
SEÇÃO I	
<hr/>	
O CONASS E A COOPERAÇÃO INTERNACIONAL	29
<hr/>	
HISTÓRICO DO PROJETO	33
<hr/>	
	Origem do Projeto no CONASS
	34
<hr/>	
A ESCOLHA DOS ESTADOS	39
<hr/>	
	O Processo Seletivo e Perfil dos Participantes
	39
<hr/>	
PARTICIPAÇÃO DOS PARCEIROS	41
<hr/>	
	Departamento de Atenção Básica (DAB) Ministério da Saúde
	41

	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)	<u>41</u>
	Bireme/Opas	<u>42</u>
	Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)	<u>43</u>
ANEXO I		<u>45</u>
<hr/>		
SEÇÃO II		
<hr/>		
DESENVOLVIMENTO DO PROJETO NOS ESTADOS		<u>49</u>
	Metodologia e Desenvolvimento da Capacitação	<u>49</u>
	Desenvolvimento dos Módulos	<u>51</u>
	Avaliação do Processo de Capacitação	<u>53</u>
	Uso do Modelo Lógico como Ferramenta de Planejamento	<u>74</u>
	Os Projetos de Intervenção	<u>77</u>
IMPLANTAÇÃO DOS PROJETOS DE INTERVENÇÃO		<u>79</u>
	Monitoramento e Apoio à Implantação dos Projetos de Intervenção	<u>79</u>
	Análise da Implantação dos Projetos	<u>82</u>
	Resultados Alcançados	<u>85</u>

Descrição da Avaliação  
para a Premiação 87

Promoção da Equidade em  
Gênero e Etnia/Cor nos  
Projetos de Intervenção 91

ANEXO II  
APERFEIÇOAMENTO EM GESTÃO DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE –  
PROJETO AGAP – PARAÍBA  
ORIENTAÇÕES PARA A ATIVIDADE #1, A SER  
REALIZADA ANTES DO INÍCIO DO CURSO 101

ANEXO III  
COOPERAÇÃO INTERNACIONAL PARA O  
FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA À SAÚDE BRASIL – CANADÁ  
CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM GESTÃO  
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 103

SEÇÃO III

O RELATO DOS PROJETOS 111

Alguns Projetos Implantados 112

Os Projetos de Alagoas 112

Os Projetos do Ceará 141

Os Projetos da Paraíba 172

Os Projetos do Piauí 218

## APRESENTAÇÃO

---



## Apresentação

---

Os secretários estaduais de saúde definiram o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como uma das prioridades do CONASS.

Várias iniciativas vêm sendo desenvolvidas nesse sentido, sendo o projeto de **Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde (AGAP)** uma delas.

Fruto de cooperação internacional inédita entre os governos brasileiro e canadense, por intermédio do CONASS e da Universidade de Toronto, o projeto contou ainda com as parcerias do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), da Bireme/Opas, da Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e da Agência Canadense de Cooperação Internacional (Cida), sendo considerada uma experiência exitosa de intercâmbio entre os dois países, destacando-se o que um pode aprender com o outro e considerando que temos muito a aprender, mas também muito a ensinar.

Realizado em quatro estados do Nordeste brasileiro – Alagoas, Ceará, Paraíba e Piauí – foi de extrema importância, pois envolveu estados e municípios em intervenções baseadas em problemas concretos do âmbito da APS, incentivando a cultura institucional a trabalhar com planejamento, por meio de modelos lógicos, a questão de gênero, raça e etnia, comunicação, trabalho em equipe e o manejo de recursos públicos, um fato inédito e inovador em projetos desse tipo.

Neste *CONASS Documenta*, apresentamos um relato de como foi desenvolvido o AGAP, a metodologia do curso, a seleção dos estados, a avaliação do curso pelos participantes e os projetos de intervenção desenvolvidos no nível local nos quatro estados citados.

Agradecemos a todos os parceiros brasileiros e canadenses, que muito contribuíram para o sucesso dessa iniciativa.

**Beatriz Figueiredo Dobashi**  
PRESIDENTE DO CONASS



A FALA DA  
UNIVERSIDADE  
DE TORONTO

---



# Atenção Primária à Saúde e o Papel Social da Universidade: O Projeto AGAP

---

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a reforma da saúde mais importante e em andamento no mundo de hoje. Na maioria dos países, os governos e os serviços tomaram a frente no desenvolvimento da APS como um resultado da declaração de Alma Ata (OMS, 1994). Se o acesso à atenção primária reduz os efeitos adversos das desigualdades sociais da saúde, por que então as universidades têm sido até recentemente tão vagarosas em participar? Uma razão central é que a base do poder da atenção primária encontra-se nas comunidades, enquanto, em centros de saúde universitários, a atenção primária está geralmente à margem do poder (BOELEN, 2000).

## \_\_\_\_\_ Como e onde as universidades podem participar?

Em 1995, a Organização Mundial da Saúde definiu a responsabilidade social das escolas de medicina como a “obrigação de orientar o seu ensino, pesquisa e serviços para as preocupações prioritárias de saúde da comunidade, região e/ou país onde elas têm o mandato de servir”.

Para poder atender às suas responsabilidades sociais e ajudar a melhorar o bem-estar de suas comunidades, as universidades devem desempenhar um papel central na reforma da APS, por meio de suas contribuições à educação e à pesquisa. Pode-se argumentar que elas também devam contribuir para a reforma com as suas atividades clínicas e o seu envolvimento na política da saúde.

As universidades têm um papel a ser desempenhado no desenvolvimento de capacidades para a oferta de programas feitos com base nas necessidades únicas de capacitação da força de trabalho da atenção primária de amanhã. Essas capacidades incluem as áreas de liderança e gestão da equipe de saúde comunitária, experiência em saúde comunitária, experiência em saúde da população, promoção da saúde e prevenção de doenças em vez

das tradicionais competências das faculdades acadêmicas. Os três estágios no desenvolvimento do papel da universidade estão esboçados abaixo:

### **1. Educação permanente para os profissionais que já estão trabalhando**

A experiência do Brasil com a capacitação em serviço é similar à experiência prévia canadense, em que a prática da medicina familiar teve papel importante na educação continuada de seus colegas antes de estarem em posição de ter recursos humanos e financeiros para estabelecer um departamento na universidade. A educação do profissional que já está trabalhando reforça o conhecimento do clínico geral, permite a “reciclagem” de especialistas para que possam exercer o papel de clínico geral, e identifica mais tarde os modelos futuros e os locais de residência. Também fornece ambiente excelente para capacitar os gerentes responsáveis pelo desenvolvimento de um espaço onde as comunidades e os profissionais aprendem a colaborar e a se integrar.

O projeto AGAP é uma parceria entre o Departamento de Medicina Familiar e Comunitária da Universidade de Toronto, o Ministério da Saúde do Brasil e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde dos estados brasileiros. A meta principal é melhorar a gestão da Atenção Primária à Saúde em quatro estados brasileiros, servindo às comunidades mais necessitadas.

Mais de 160 gerentes produziram 41 projetos durante o projeto AGAP. Todos os projetos lidaram com as principais áreas carentes em quatro estados do nordeste do Brasil, dando atenção em particular às questões de gênero e igualdade. Essa iniciativa utilizou uma abordagem baseada em evidência e resultou na promoção do *status* e imagem da APS como uma especialidade de valor e uma disciplina acadêmica. Os gerentes e médicos, a partir de seus conhecimentos ampliados e de sua aplicação, aprenderam a defender e advogar em prol da atenção primária e da atenção universal à saúde. Ao mesmo tempo, os canadenses aprenderam com seus colegas brasileiros a importância de trabalhar em colaboração com as comunidades e pela saúde pública em sua atuação como provedores da APS.

### **2. Programas multidisciplinares de graduação e pós-graduação**

No Canadá, o apoio para a criação de um departamento universitário de Medicina Familiar veio após a introdução de um sistema nacional de saúde

universal. Em países da América Latina, as universidades têm-se envolvido na formação de especialistas e existem alguns programas formais de treinamento em atenção primária. Existe uma grande necessidade de capacitar os provedores e gerentes do sistema de saúde em atenção primária. Esse é um passo crucial, porque, para que a reforma seja realizada é necessário uma massa crítica de pessoas treinadas que já estejam trabalhando no campo. Uma parte substancial da experiência de capacitação dos aprendizes deve ser feita sob a orientação de modelos de atenção primária.

### 3. Pesquisa

A pesquisa é essencial para o desenvolvimento da APS baseada em evidência e para a elaboração de políticas. O uso do conhecimento e da experiência em pesquisa em um nível universitário ajudará a desenvolver a estrutura de futuros departamentos acadêmicos de APS, bem como assegurar uma qualidade melhor dos serviços oferecidos à população ao construir uma agenda de pesquisa orientada a resultados da saúde comunitária (pelas necessidades de saúde e pela geografia ao lidar com as disparidades socioeconômicas). A pesquisa irá:

- promover o *status* e a imagem da atenção primária como uma especialidade de valor;
- defender uma atenção universal de saúde baseada em evidências; e
- elevar a atenção primária a um componente vital do esforço acadêmico da instituição.

#### \_\_\_\_\_ Resumo

As universidades, em parceria com os serviços de saúde locais, formuladores de política, associações profissionais e comunidades, são os pilares da reforma da saúde. As universidades podem desempenhar um papel central para a sustentabilidade e legitimidade da APS, por meio da concessão de bolsas de estudo visando a capacitação e a pesquisa, além do desenvolvimento de um departamento de atenção primária nas universidades. As ações que foram propostas pelo artigo de Boelen (2000), para promover uma orientação à atenção primária nos centros de saúde universitários incluem:

- aumentar o número e a visibilidade dos modelos na atenção primária, identificados durante as atividades de desenvolvimento dos profissionais que já estão trabalhando;
  - ultrapassar a liderança institucional entrincheirada, urbana e focada em especialidades;
  - conceder mais apoio à pesquisa em atenção primária e às evidências científicas que atestam o valor da atenção primária para a saúde comunitária;
  - incrementar a base de apoio às inovações em educação e nos serviços de atenção primária;
  - integrar os cuidados clínicos e de saúde pública ou de indivíduos e comunidades;
  - reduzir a fragmentação das forças da atenção primária dentro da instituição, como um resultado dos programas tradicionais verticais separados por diferentes departamentos (ex.: medicina interna, medicina familiar, pediatria); faculdades diferentes (ex.: enfermagem, odontologia, farmácia); campos (ex.: medicina, saúde pública); ou burocracia governamental (ex.: ministérios da saúde, ministérios da educação);
  - facilitar o acesso dos estudantes menos privilegiados e de áreas rurais à universidade, incluindo os estudantes indígenas.

Lynn Wilson  
Yves Talbot

## Referências

BOELEN, C. **Towards unity for health: challenges and opportunities for partnership in health.** Department of Organization of Health Service Delivery. Geneva: World Health Organization, 2000. D. W. paper.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Divisão de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde. **Defining and measuring social accountability of medical schools.** Geneva: World Health Organization, 1995. Disponível em: <[http://whlibdoc.who.int/hq/1995/WHO\\_HRH\\_95.7.pdf](http://whlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_HRH_95.7.pdf)>.

STARFIELD, B. Primary care and health: a cross-national comparison. **Jama - Journal of the American Medical Association**, vol. 266, n. 16, p. 2268-2271, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma Ata revisited.** Geneva: World Health Organization.



## INTRODUÇÃO

---



Esta edição do *CONASS Documenta* busca descrever o Projeto de Cooperação Internacional para o Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde no Brasil e no Canadá: um Projeto para o Intercâmbio de Conhecimentos para a Equidade. O projeto foi liderado, no Brasil, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em parceria com a Universidade de Toronto, no Canadá. O projeto contou com financiamento e apoio do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde e da Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional (Cida), bem como com a colaboração das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) de Alagoas, Ceará, Paraíba e Piauí. O objetivo final deste Projeto foi de contribuir para a promoção da equidade e justiça social no Brasil e reforçar e diversificar as relações de colaboração entre Brasil e Canadá.

O objetivo deste livro será fazer um registro histórico do projeto AGAP em suas várias fases desde a concepção do projeto até a finalização com 41 iniciativas locais. Esta é publicação destinada aos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde e também ao público em geral interessado em APS. Sendo assim, não se trata de um texto com rigor acadêmico, mas sim no qual o imperativo é a utilidade prática/operacional, característica da Coleção *CONASS Documenta*.

O livro conta com três seções: a primeira traz um histórico da elaboração e da execução do projeto; a segunda apresenta o processo de implantação dos projetos locais; e a terceira faz breve descrição de cada um dos projetos locais implantados, com destaque para os 12 projetos premiados.



## SEÇÃO I

---

- 
1. O CONASS e a  
Cooperação Internacional
  2. Histórico do Projeto
  3. A Escolha dos Estados
  4. Participação dos Parceiros
-



Países que possuem sistemas públicos de saúde, nos quais princípios como universalidade, integralidade, gratuidade e equidade estejam presentes, estão permanentemente em risco. Em um mundo predominantemente capitalista, poderosos interesses de mercado são contrariados por políticas públicas estabelecidas por nações em que a população, em longo processo de amadurecimento social, econômico e político, lograram obter o acesso à saúde e a serviços sociais não como mercadoria, mas como expressão legítima de sua condição de cidadãos.

Na América do Sul, o Brasil, com a Constituição de 1988, incorporou os anseios da sociedade e as utopias do movimento da Reforma Sanitária, que nada mais eram do que o desejo de alçar o Brasil à condição similar já alcançada por outros países, especialmente no que se refere aos direitos sociais e de cidadania. O SUS é filho desse processo e hoje, ao intercambiar práticas, experiências e políticas públicas com outros países que têm idêntica preocupação, cria processo rico e extremamente útil de aperfeiçoamento do sistema, que procura corrigir suas imperfeições e ajustar-se a novos desafios que a transição epidemiológica e a inovação tecnológica terminam por determinar.

A cooperação internacional no CONASS obedece a essa lógica. Tendo como uma de suas macrofunções a de “desenvolver programas e projetos de cooperação interinstitucional, nacionais e internacionais”, a diretoria do CONASS instituiu, em 2002, um Núcleo de Relações Internacionais para buscar intercâmbios e promover a cooperação internacional mediante certos paradigmas. O primeiro deles, talvez o mais importante, é o da reciprocidade, ou seja, a possibilidade de ganhos por todas as partes envolvidas, em uma concepção de que cooperação internacional é, forçosamente, um processo de enriquecimento multilateral, no qual todos tiram lições e proveito da relação e das ações e reflexões desenvolvidas. A ela, associa-se outra dimensão não menos importante: a do respeito à diversidade cultural. Assim, não

há superiores, nem inferiores; desenvolvidos ou subdesenvolvidos, pois, no plano cultural, somos todos iguais, cada qual com os valores que lhe são próprios. Além disso, é importante, também, a disposição em tirar lições dos erros e dos acertos, ao fazermos a análise comparada de sistemas públicos de saúde dos diferentes países; de mensurar e avaliar estratégias e políticas que deram certo e as que malograram. Assim, podem-se defender os princípios que norteiam a própria razão de ser dos sistemas públicos de saúde, sem ignorar a importância que possa ter o setor privado, mas fazendo que a atuação deste não suplante o interesse público. Por fim, outra diretriz importante para o sucesso é procurar tecer parcerias institucionais sólidas e duradouras. Para tanto, é fundamental apoiar-se na relação de confiança, de solidariedade e de amizade entre as pessoas que integram essas instituições. São esses sentimentos e essas virtudes que dinamizam e operam as parcerias institucionais.

Ao longo desses oito anos, o Núcleo de Relações Internacionais tem procurado promover intercâmbios de conhecimentos com países que possuem sistemas públicos de saúde; favorecer a aproximação entre instituições acadêmicas e profissionais do Brasil com esses países; apoiar as SES na busca de conhecimento e no relacionamento com instituições estrangeiras; promover debates, seminários, publicações e conferências cujo temário seja de interesse do SUS e de seus gestores.

Assim, vários têm sido os temas sobre os quais o CONASS tem-se debruçado e tem procurado parceiros que se interessem em discutir, refletir e pesquisar pistas de solução para problemas comuns. Uma constatação interessante tem sido a proximidade natural com instituições e profissionais de língua francesa, especialmente com aqueles do Québec. Possivelmente em um desejo de superar a virtual marginalidade das línguas portuguesa e francesa nas discussões científicas internacionais na área da saúde, esse movimento natural repousa, certamente, sobre o desejo da difusão do conhecimento produzido nessas duas línguas, na promoção de seu uso, mas, também, na identidade de valores culturais e humanísticos que alicerçam a formulação e a execução de políticas e de ações de saúde voltadas ao conjunto da população, com constante preocupação com a equidade. Essa proximidade, entretanto, não afasta ou diminui o interesse em conhecer práticas e ideias de povos de outras línguas, especialmente os de língua inglesa e espanhola.

Conhecer estratégias adotadas por países que antes de nós defrontaram-se com mudanças de seu perfil epidemiológico, com o envelhecimento populacional cuja magnitude o Brasil começa a conhecer nos dias atuais e com desafios que, continuamente, apresentaram-se ao longo do processo de amadurecimento de seus sistemas de saúde é, sem dúvida, extremamente importante para tirar proveito de boas práticas e evitar cometer os mesmos erros já experimentados por aquelas sociedades.

Assim, temos procurado buscar parceiros e realizar cooperação bilateral focando, entre outros aspectos:

- A promoção e a proteção da saúde;
- A prevenção dos problemas de saúde;
- A distribuição dos serviços de saúde em base local;
- O papel e a organização da Atenção Primária à Saúde (APS);
- Os desafios da gestão de novas tecnologias;
- A prevenção e o combate às diferentes manifestações da violência;
- A organização e a qualificação do capital humano da saúde;
- A equidade na alocação de recursos financeiros, tecnológicos e humanos;
- O uso cada vez maior das evidências científicas como elemento de qualificação da gestão e de prestação adequada de serviços aos cidadãos.

O projeto de Aperfeiçoamentos em Gestão da Atenção Primária à Saúde aqui apresentado, é exemplo eloquente de tudo o que aqui está dito, beneficiando a população de quatro estados brasileiros, qualificando os profissionais de saúde de seus diferentes municípios, estimulando os gestores à reflexão e à ação propositiva e proativa a partir das constatações de necessidades e problemas. A participação da Universidade de Toronto, a atuação do CONASS e das SES de Alagoas, Ceará, Paraíba e Piauí e as importantes contribuições do Ministério da Saúde do Brasil, da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), bem como da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) foram capazes de responder às premissas ideais da boa cooperação internacional, na qual quem teoricamente dá alguma coisa, algum conhecimento acumulado, sai do processo tão ou mais enriquecido do que aqueles que, teoricamente, apenas receberam. É exatamente essa atitude de abertura, de respeito à diversidade cultural, de interesse em conhecer a outra realidade, de inteirar-se dos problemas e de interessar-se

em contribuir para encontrar as soluções possíveis que faz da cooperação internacional verdadeira uma real globalização. Não a globalização entendida no sentido comumente considerado, ou seja, nos seus aspectos unicamente econômicos ou comerciais, mas na acepção mais ampla e verdadeira da palavra globalização: a partilha do saber e do conhecimento humano, colocados a serviço de toda a humanidade.

O Projeto intitulado Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde no Brasil e no Canadá: um Projeto para o Intercâmbio de Conhecimentos para a Equidade foi proposto por uma parceria entre o CONASS, no Brasil, e a Universidade de Toronto, no Canadá. A proposta foi apresentada à Agência Canadense de Desenvolvimento Internacional (Cida) e à Agência Brasileira de Cooperação (ABC), aprovada de acordo com as diretrizes das Iniciativas de Longo Prazo (PIPE) do Programa Brasil – Canadá para a Promoção da Equidade. O projeto teve como eixo central o Curso de Aperfeiçoamento da Gestão da Atenção Primária à Saúde (AGAP) e obteve como produto final a elaboração e a operacionalização de 41 projetos de intervenção. Para além dos projetos de intervenção, cada um dos parceiros brasileiros desenvolveu atividades específicas como, por exemplo, o curso de aperfeiçoamento para implementação de protocolos clínicos para médicos de família, desenvolvido em parceria com o Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, a SBMCF, o Departamento de Medicina de Família e Comunidade e o Centro de Práticas Efetivas em Toronto; e a troca de experiências em uso de evidências em APS entre a Bireme e a biblioteca da Universidade de Toronto, a terceira maior biblioteca universitária da América do Norte.

O objetivo final deste projeto foi contribuir para a promoção da equidade e da justiça social no Brasil, bem como reforçar e diversificar as relações de colaboração entre Brasil e Canadá.

Os objetivos específicos foram:

1. Aperfeiçoar a gestão da APS no Brasil por meio da instrumentalização de gestores estaduais e municipais e da integração de diferentes níveis de gestão e áreas técnicas (integração horizontal e vertical);
2. Reestruturar o planejamento, a alocação de recursos e a prestação de serviços em todos os níveis de gestão, refletindo os princípios e os valores da APS, incorporados ao SUS (equidade social, igualdade de gênero e etnia);

3. Melhorar a qualidade e a utilização da informação disponível em todos os níveis do sistema da APS (desde a comunidade até o nível federal);

4. Reforçar e diversificar as relações e a troca de conhecimentos entre Brasil e Canadá.

A projeto foi executado no período de 2008 a 2010 com um custo total de 5 milhões de dólares canadenses. A Cida disponibilizou 2,3 milhões sendo o restante oriundo de contribuições financeiras das organizações parceiras brasileiras e de outras fontes.

## 2.1 ORIGEM DO PROJETO NO CONASS

Em julho de 2003, foi realizado, em Sergipe, o 1º Seminário do CONASS: Organização, Gestão e Financiamento do SUS – 1º Seminário para Construção de Consensos. Nesse Seminário, ficou estabelecido como prioridade da Gestão Estadual do SUS em todos os estados o “Fortalecimento da Atenção Primária”, eixo fundamental para a mudança do modelo assistencial no Brasil. Os secretários estaduais de saúde concordaram que a gestão e a execução das ações e dos serviços de APS são responsabilidades inerentes ao gestor municipal e definiram como da esfera estadual, entre outras, as atribuições de:

- Garantir a equidade na oferta de serviços de APS;
- Realizar acompanhamento, avaliação e regulação dos serviços de APS, visando à sua qualificação;
- Promover cooperação técnica com os municípios, com orientação para a organização dos serviços de APS que considere a incorporação de novos cenários epidemiológicos;
- Promover a capacitação e o desenvolvimento de recursos humanos na APS.

Atendendo às deliberações, o CONASS constituiu um grupo de trabalho para discussão de metodologias e instrumentos para acompanhamento, avaliação e regulação da APS e realizou, em novembro de 2003, o 2º Seminário para Construção de Consensos, foi precedido por uma oficina de trabalho na qual os coordenadores estaduais realizaram um diagnóstico da situação da APS nas SES. Além do diagnóstico realizado no Seminário, foi proposta a implementação de um projeto de cooperação e intercâmbio de tecnologia e

de avaliação da APS entre o CONASS e os Programas Internacionais do Departamento de Medicina de Família e Comunidade da Universidade de Toronto. Esse projeto foi inicialmente proposto em quatro fases: (a) diagnóstico da atual situação do acompanhamento da Atenção Básica/Programa de Saúde da Família (AB/PSF) pelas SES; (b) formação das equipes de coordenação do projeto e do comitê consultivo; (c) desenvolvimento da proposta metodológica de acompanhamento e avaliação da Atenção Básica; e (d) capacitação de equipes estaduais. A presença de pesquisadores brasileiros vinculados ao CONASS no Canadá em 2003 e 2004 facilitou a cooperação e a elaboração do instrumento utilizado para o diagnóstico da situação da APS.

Entretanto, em razão de dificuldades contextuais e restrições orçamentárias, somente a primeira fase do projeto foi desenvolvida nesse momento. O diagnóstico da situação do acompanhamento da AB/PSF pelas SES foi realizado pela própria equipe do CONASS e publicado no *CONASS Documenta* n. 3.

Os diagnósticos da situação da APS realizados indicavam claramente os seguintes problemas:

- 1.** Existência de significativas diferenças nos resultados dos indicadores de saúde, quando desagregados por regiões/estados, por gênero, ou regiões representativas de diferentes grupos étnicos do país revelando iniquidades;

- 2.** Apesar de esforço continuado há cerca de uma década investindo na qualificação das equipes multidisciplinares prestadoras de serviço em APS (as ESF), não se observava a tradução deste esforço em melhorias dos resultados dos indicadores de saúde e diminuição de iniquidades. Algumas questões foram indicadas como possíveis causas desse insucesso, entre as quais:

- a.** O desconhecimento por parte dos gestores da APS no Brasil do marco teórico da APS, bem como do que significa um sistema de saúde com base na APS. Sendo eles mesmos responsáveis por criar espaços para a atuação das equipes prestadoras de serviços, este desconhecimento impedia o progresso da implementação e da qualificação da APS no país.

- b.** A ausência de monitoramento e avaliação sistemática das ações e dos serviços, visando ao aprimoramento de estruturas, processos e resultados da APS.

c. A insuficiente cooperação entre os diferentes níveis de gestão da APS (SES – nível central e regional – e Secretarias Municipais).

d. A resistência à integração entre as diferentes áreas técnicas relacionadas à APS.

e. A restrita utilização de metodologias de gestão mais modernas, tais como a gestão com base em resultados.

Alguns pressupostos foram apontados como indispensáveis para a indução das mudanças propostas, entre os quais:

1. Participação efetiva dos gestores da APS como responsáveis por proporcionar as condições para a mudança das práticas das equipes de saúde e por contribuir com o debate da defesa e do aperfeiçoamento do sistema de saúde brasileiro e do papel da APS na qualificação da atenção à saúde e na diminuição das iniquidades no Brasil;

2. Flexibilidade nas propostas de intervenção para que as mudanças fossem adaptadas localmente, respeitando as diversas realidades;

3. Conhecimento por parte dos gestores do significado da APS e dos princípios da equidade.

Com base nesse diagnóstico situacional, foram iniciadas, a partir de 2005, duas linhas de intervenção:

1. Projeto “Fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde para Cooperação Técnica aos Municípios”, com ênfase na regionalização da assistência e na gestão da APS, por meio do Programa de Informação e Apoio Técnico às Equipes Gestoras Estaduais do SUS (Progestores) – componente II;

2. Projeto de cooperação internacional para a capacitação dos gestores estaduais da APS, envolvendo o CONASS, o (DAB) do Ministério da Saúde (MS) e o Departamento de Medicina de Família e Comunidade (DMFC) da Universidade de Toronto.

Em janeiro de 2006, iniciou-se, então, o 1º Curso de Aperfeiçoamento de Gestão da Atenção Primária, uma colaboração entre CONASS, DAB/MS e Universidade de Toronto, no qual 19 dos 23 estados participaram, com três representantes em média (total de 70 gestores). Foram desenvolvidos e implementados 17 planos de intervenção a problemas de saúde priorizados.

Esse projeto foi customizado, considerando que os gestores da APS não podiam ausentar-se longamente de suas atividades para receberem ca-

capacitação. As três instituições uniram esforços para preparar uma estratégia de instrumentalização destes gestores com as seguintes características:

- a. Introdução de formas inovadoras de estruturar tempo e tarefas de capacitação;
- b. Utilização de métodos educativos do campo da educação de adultos, com processos de reflexão e aprendizado com base na experiência;
- c. Capacitações que permitissem a participação simultânea de gestores dos diversos níveis de atenção – coordenadores das SES e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) – e das diferentes áreas técnicas (seja nos momentos de reflexão e aprendizado, seja no desenvolvimento de planos de intervenção aos problemas em saúde), constituindo-se equipes de trabalho;
- d. Desenvolvimento e utilização de recursos humanos locais (estaduais e municipais);
- e. Critérios de escolha de problemas de saúde prioritários com base em evidências, utilizando-se os dados nacionais e a demonstração das evidências desse problema;
- f. Disponibilização de metodologias e ferramentas, tais como a gestão com base em resultados;
- g. Apoio continuado de consultores especialistas em APS, epidemiologistas, educadores, bibliotecárias, entre outros.

Com a estratégia pretendeu-se que:

1. Gestores da APS apreendessem e incorporassem na prática: (a) o entendimento do que consiste a APS como estratégia de reorganização dos sistemas de saúde; (b) os fundamentos de um sistema de saúde baseado na APS; (c) as características da APS que podem levar à condição de um sistema de saúde mais eficaz, eficiente, satisfatório à população e mais equânime, mesmo diante das condições de adversidade social, tal como é identificado no Brasil; (d) a sua identidade como profissional da APS, com desenvolvimento de um sentimento de orgulho e confiança no papel que desempenha no sistema de saúde do país; (e) transformação dos profissionais em agentes em defesa da APS (*advocacy*) e da valorização política da APS;
2. Fosse ampliado e consolidado o conhecimento de gerentes em APS sobre monitoramento e avaliação de ações e serviços de saúde;
3. Fosse desenvolvida a prática de tomar decisões com base em evidências, utilizando-se o monitoramento de indicadores de saúde para

identificar problemas/áreas prioritárias de atuação, planejar, desenvolver e avaliar intervenções;

4. Fossem descentralizados os mecanismos de monitoramento e avaliação dos programas de saúde;

5. Fossem desenvolvidas relações integrativas entre as diferentes áreas técnicas ligadas à APS e relações colaborativas entre os diversos níveis de gestão (estadual/regional/municipal/federal) e equipes de saúde, possibilitando melhor coordenação de planos e ações em saúde.

6. Fossem valorizadas e utilizadas as bases nacionais de dados em saúde, em todos os níveis do sistema, importante fonte de informações sobre o estado de saúde da população e de aspectos da estrutura e dos processos do sistema de serviços de saúde.

7. Fossem desenvolvidas habilidades de planejar e desenvolver/gerenciar intervenções nos problemas de saúde com efetivo uso dos recursos capitais e humanos, com a avaliação de tais intervenções.

8. Fossem desenvolvidos mecanismos de transferência de conhecimento e incorporação contínua de novas metodologias e conhecimentos em APS, em especial a disponibilização e o uso de evidência de práticas efetivas no nível local e nas equipes de saúde.

9. Fosse implantada a gestão com base em resultados.

O programa teve grande aceitação e reconhecimento de sua importância para a instrumentalização teórica e prática de tomadores de decisão em APS. Prontamente, os estados demandaram ao CONASS sua replicação.

A partir dessa demanda, o CONASS retomou a ideia de expandir a cooperação internacional. Em conjunto com o DMFC da Universidade de Toronto e o DAB/MS, foi, então, elaborado a proposta do projeto para o Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde Brasil-Canadá. O apoio financeiro e político do Ministério da Saúde foram decisivos nesse processo que culminou na aprovação pela Cida e pela ABC do Projeto Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde (AGAP), em 2008.

O projeto foi planejado para contemplar quatro estados da região Nordeste do país: Alagoas, Maranhão, Paraíba e Piauí. Entretanto, *a posteriori*, o Maranhão foi substituído pelo estado do Ceará, considerando as mudanças na estrutura política administrativa daquele estado. O estado manteve sua participação, sendo representado por quatro técnicas oriundas da SES do Maranhão. Esses estados foram selecionados, principalmente, por apresentarem baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) e altas taxas de mortalidade infantil.

### 3.1 O PROCESSO SELETIVO E PERFIL DOS PARTICIPANTES

Para a efetivação do processo de seleção dos candidatos, foram utilizados vários critérios, negociados com as SES, entre eles: (a) entrevista realizada, usando como referência um roteiro previamente estabelecido (Anexo I); (b) *curriculum vitae* do candidato; (c) roteiro com questões objetivando investigar aspectos relacionados a gênero, etnia, faixa etária, categoria profissional, vínculo institucional; (d) qualificação como profissionais da área de gestão da SES e das SMS; (e) municípios com indicadores abaixo da média nos estados; e (f) vínculo com Instituições de Ensino Superior. Alguns estados priorizaram como critério básico que o profissional tivesse vinculação efetiva ao SUS e estivesse exercendo atividades em gerência ou gestão.

Descreveremos, a seguir, algumas características dos participantes do curso extraídas do consolidado geral de todos os estados.

Em relação a gênero e categoria profissional, os participantes eram majoritariamente do gênero feminino (87%) e da categoria profissional da enfermagem (53%). Outros profissionais que fizeram parte do projeto eram médicos, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais que, no caso do estado de Alagoas, ocuparam mais de 20% das vagas do curso aproximando-se dos enfermeiros que somaram 26%.

Observando a faixa etária do grupo, em escala estratificada entre 20 e 60 anos de idade, prevaleceram os participantes que estavam acima dos 40 anos (40%).

Quanto ao órgão institucional de origem, estiveram presentes as três esferas de governo: municipal, estadual e federal. Os profissionais que trabalham nas esferas estaduais e municipais, objetivo maior do projeto, somaram 84% dos participantes; com pequena diferença positiva para os representantes dos municípios que somaram 47% contra 37% oriundos dos estados. Os profissionais do nível federal representaram 16% do total.

Em relação à cor da pele, auto-refervida pelos participantes, a cor parda representou a maioria (53% do total), seguida pela cor branca (40%). Cerca de 6% auto-referiram-se como de cor preta.

Os parceiros brasileiros tiveram papel ativo em diferentes momentos, tendo contribuído de forma significativa para o sucesso do projeto. A seguir, descreveremos sumariamente a participação dos parceiros.

## **4.1 DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB) MINISTÉRIO DA SAÚDE**

A participação do DAB no projeto foi intensa desde sua concepção, sendo seu papel essencial para viabilização e execução do projeto. Além do essencial apoio no financiamento do componente brasileiro do projeto, o departamento contribuiu com expertise técnica e com articulação política para a sua aprovação. Para a direção do DAB, as seguintes questões foram centrais no projeto: (a) melhorar a qualidade da saúde da família; (b) ter modelos de APS para serem divulgados a partir dos projetos; (c) divulgar evidências em APS; (d) ampliar a capacidade de monitoramento e avaliação.

O DAB foi também o mobilizador para a realização do curso de aperfeiçoamento para implementação de protocolos clínicos para médicos de família, desenvolvido em parceria com a SBMFC, o DMFC da Universidade de Toronto e o Centro de Práticas Efetivas de Toronto. Esse curso, que aconteceu em Fortaleza, em setembro de 2010, possibilitou a formação crítica de médicos de família brasileiros, vinculados ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET) dos estados participantes, transferindo tecnologias de aprendizado utilizadas em educação continuada para médicos de família no Canadá.

## **4.2 SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC)**

A SBMFC inseriu-se ativamente no projeto, sendo responsável pelo gerenciamento da transferência de recursos canadenses aos 41 projetos locais. Esse

foi um dos grandes desafios operacionais do projeto, considerando as dificuldades no manejo de recursos internacionais de forma descentralizada por 41 diferentes grupos. A ausência de experiência prévia na gestão de recursos internacionais por parte da maioria dos participantes e as dificuldades impostas pelas regras institucionais dificultaram sobremaneira a execução financeira dos recursos disponibilizados pela Cida.

A SBMFC buscou também o fortalecimento de suas regionais nos estados participantes. Os representantes das SES dos quatro estados sugeriram várias estratégias de atuação conjunta, sendo indicada a questão do trabalho dos médicos como um dos principais nós críticos da Saúde da Família nesses estados. A partir dessas discussões, foram levantadas as seguintes questões centrais: (a) ampliar a captação de lideranças em Medicina de Família e Comunidade nos quatro estados e no Nordeste; (b) fomentar *insight* da APS em atores regionais levando esses atores ao Canadá; (c) reforçar a advocacia da APS nos quatro estados e no Nordeste; (d) apoiar a produção de conhecimentos, incentivando os projetos locais dos participantes; (e) apoiar a seleção de *role models* para a Medicina de Família nesses estados.

Outro ponto alto da participação da SBMFC na cooperação aconteceu durante o 10º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, quando um grupo de cinco professores e a diretora do DMFC da Universidade de Toronto realizaram *workshops* e participaram de reuniões e mesas-redondas, discutindo a MFC e a cooperação Brasil – Canadá.

### 4.3 BIREME/OPAS

A Bireme ofereceu ao projeto sua *expertise* nos seguintes tópicos: (a) gestão da informação e do conhecimento gerados pelo programa; (b) espaço de colaboração *online* para intercâmbio de informação e conhecimento; (c) capacitação no acesso à informação e a evidências científicas em saúde.

A participação da Bireme deu-se especialmente na terceira atividade, na qual bibliotecárias da instituição ficaram responsáveis pelas aulas nesse tópico, em colaboração com bibliotecárias locais, nos estados.

A Bireme também participou da concepção de cursos a distância para esses estados. Ela utilizou seus instrumentos de educação a distância

como o espaço WEB, bem como a construção/adaptação de ferramentas já amplamente testadas para atividades semelhantes.

#### **4.4 ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS)**

A Opas contribuiu no projeto apoiando a gestão de recursos financeiros dos parceiros brasileiros, bem como proporcionando reflexões sobre APS no campo internacional. Entre as principais contribuições da entidade ao projeto, destacam-se: a *advocacy* da APS em instituições e países; a divulgação internacional do projeto; a inserção do projeto no tema das Redes Integradas de Atenção à Saúde; o apoio técnico ao curso e aos projetos locais.



# Anexo I

---

Nome do Entrevistado: \_\_\_\_\_

Cargo que exerce: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

---

O que você faz no seu trabalho (no dia a dia)?

---

---

---

Por que você decidiu fazer esse curso?

---

---

---

Está frequentando algum outro curso no momento? Qual? Como pretende conciliar?

---

---

---

Que relação você encontra entre seu trabalho e este curso?

---

---

---

Você possui conhecimento na área:

Atenção Primária

---

---

---

Análise de indicadores

---

---

---

Monitoramento e avaliação

---

---

---

Planejamento

---

---

---

n.22  
*Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP*

---

O que você espera conhecer, aprender e exercitar neste curso?

---

---

---

O que você entende sobre estratégia saúde da família?

---

---

---

Cite uma qualidade relevante para colocá-lo em uma posição favorável em relação aos outros candidatos?

---

---

---

Percepção do entrevistador em relação a: Articulação, pedagogia, formular respostas.

---

---

---

## SEÇÃO II

---

---

5. Desenvolvimento do Projeto nos Estados

6. Implantação dos Projetos de Intervenção

---



Nos quatro estados selecionados como prioritários para as intervenções do Projeto AGAP, foi desenvolvido um processo de capacitação que constou de um curso, visando ao desenvolvimento de projetos para intervenção nos problemas priorizados e ao acompanhamento das intervenções. O produto dessas atividades foi a implantação de 41 projetos locais. Este processo é descrito a seguir.

## 5.1 METODOLOGIA E DESENVOLVIMENTO DA CAPACITAÇÃO

O conteúdo do curso foi estruturado pelo CONASS e pela Universidade de Toronto com contribuição dos parceiros, por meio de reuniões e oficinas organizadas para essa finalidade. Como resultado desses encontros, duas das principais atribuições das SES e SMS foram definidas como o foco do curso: o monitoramento de indicadores de saúde e a avaliação da APS; e o apoio e a colaboração técnica entre os níveis de gestão da APS.

### 5.1.1 METODOLOGIA

O curso teve estrutura modular e aconteceu em quatro módulos, cada um composto por atividades presenciais, durante três dias, e períodos de dispersão de seis a oito semanas, designados para o desenvolvimento de atividades locais. Os módulos foram ministrados pelos professores permanentes do projeto e por professores convidados com *expertise* do tema trabalhado. Recursos humanos locais foram também pontos de apoio e de sustentabilidade para a execução dos projetos/planos de ação desenvolvidos pelos participantes. Durante o curso, os participantes adquiriram habilidades necessárias e, em equipe, elaboraram um projeto/plano de ação que se constituiu das seguintes etapas:

- Clara definição de um problema de saúde no território sob responsabilidade da equipe;
- Apresentação das evidências e da relevância do problema selecionado;

- Formação de equipe/grupo de trabalho ampliado, envolvendo áreas técnicas/outros níveis de gestão, conforme a necessidade, para enfrentar o problema escolhido;
- Elaboração do plano de ação para enfrentar o problema, utilizando a matriz lógica;
- Apresentação das evidências de que as intervenções propostas podem modificar o problema;
- Definição de indicadores e sistema de avaliação da intervenção.

Durante o último módulo, os participantes apresentaram e aperfeiçoaram seus projetos (problema selecionado no Módulo I e trabalhado nos Módulos II, III, IV), apoiados por profissionais/professores que permanentemente orientaram a construção do projeto/plano de ação e viabilizaram a aplicabilidade desse plano na prática diária.

Como recursos metodológicos para a apresentação do conteúdo teórico, foram utilizadas exposições didáticas dialogadas, atividades desenvolvidas em grupos pequenos e apresentações do conteúdo discutido em grupo, em plenária. Como recursos metodológicos, foram usados textos de apoio e bibliografia dirigida, além de computadores e aparelho multimídia.

### 5.1.2 CONTEÚDO PROGRAMÁTICO DO CURSO

O conteúdo do curso buscou responder às brechas indicadas na avaliação e às necessidades apresentadas anteriormente e teve como foco:

- Atualização em APS: valores, princípios e atributos da APS.
- Uso de evidências/informação de qualidade para tomada de decisões: utilização de bases de dados nacionais, com atividade prática em laboratório de informática – Curso de Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde, para pesquisa em literatura científica orientada por bibliotecária.
- Monitoramento, avaliação e uso de indicadores de saúde.
- Difusão das ferramentas utilizadas para a gestão do trabalho.
- Uso da matriz lógica para o planejamento e a gestão com base em resultados.
- Metodologia de educação de adultos/ensinando a ensinar.
- Elementos da efetividade do trabalho em equipe.
- Comunicação e apresentação do *site* AGAP.
- Equidade de gênero e etnia.

## 5.2 DESENVOLVIMENTO DOS MÓDULOS

Antes da realização do Módulo I, os participantes foram orientados com relação a uma atividade prévia: identificar, preferencialmente em atividade conjunta com suas equipes de trabalho, três problemas de saúde considerados relevantes no território em que trabalham para serem apresentados no primeiro dia de atividades (Anexo II).

### \_\_\_\_\_ Módulo I (M I)

Conteúdos:

- a. Atenção Primária/Atenção Básica/Saúde da Família;
- b. Decisões baseadas em informação e monitoramento e avaliação.

Esse módulo contemplou a história, o contexto atual da APS, as evidências de que um sistema de saúde fortemente baseado na APS é mais efetivo, tem menor custo, é mais equânime e mais satisfatório à população. Destaca alguns resultados da APS nos indivíduos, nas suas famílias e no ambiente, além de focar os aspectos financeiros da APS no sistema de saúde.

Foram abordados também os seguintes temas:

- O papel da APS como a base da reforma de sistemas de saúde no mundo. APS renovada: novos conceitos. As evidências da importância da APS.
- Os atributos da APS: primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação – os mecanismos de avaliação desses elementos.
- Princípios da Saúde Familiar: a competência clínica, o enfoque na pessoa e na comunidade, equipes como um “recurso” em saúde, as relações interpessoais nas equipes de saúde.
- A busca da igualdade de gênero e raça para o alcance de melhores resultados em saúde.
- O uso de informações para tomada de decisões.
- A prática baseada em evidência para resolver problemas comuns do território.
- Avaliação e monitoramento em saúde: o uso de indicadores de avaliação.

## \_\_\_\_\_ Módulo II (M II)

Conteúdos:

- a. Fontes de evidências – uso de informação de qualidade para embasar a tomada de decisões;
- b. Trabalho em equipe e relações interpessoais; instituições que aprendem e introdução ao plano de ação – a matriz lógica.

Esse módulo enfatizou a importância do uso de informações de qualidade para dar base à tomada de decisões e orientou sobre onde buscar as informações de qualidade. Foram apresentadas as fontes *de informações tácitas* (da prática, da experiência dos serviços e as bases de dados nacionais) e as *informações explícitas* (das bases de dados científicas). As atividades foram desenvolvidas em laboratório de informática com um computador conectado à internet para cada dois participantes, objetivando facilitar o processo de aprendizagem, o acesso e o manuseio das bases de dados, como também os conceitos de “gerência baseada em evidências” e “instituições que aprendem”. Questões relacionadas ao trabalho em equipe, como montar uma equipe para intervir em um problema; discussão sobre os elementos da efetividade do trabalho em equipe, como avaliar aspectos relacionais das equipes, são também abordados, além da introdução da matriz lógica – um diagrama para o plano de ação.

## \_\_\_\_\_ Módulo III (M III)

Conteúdos:

- a. Plano de ação, utilizando-se modelos lógicos;
- b. Definição de indicadores para avaliar as intervenções e os princípios da educação de adultos.

O plano de ação foi o eixo central desse módulo. Os alunos utilizaram como ferramenta o Modelo Lógico (ML) (representação gráfica do plano de ação), destacando-se a definição das estratégias, as atividades para cada estratégia e os indicadores para avaliar as ações. Foram ainda discutidos os princípios da educação de adultos, considerando que “educação continuada/educação permanente” é uma estratégia muito frequentemente utilizada para melhorar/resolver o problema de saúde. O trabalho em APS é discutido, uma vez que exige atitude do educador permanente: com a equipe, com a

população, com o profissional em situação hierárquica superior, sendo a co-  
operação técnica uma das atribuições das SES.

#### \_\_\_\_\_ Módulo IV (M IV)

Esse módulo teve duração de três dias e foi especialmente reservado para que os participantes pudessem apresentar seus projetos, já trabalhados desde o M I. Inicialmente foi planejado para ter duração de dois dias, entretanto, após avaliação, foi identificada a necessidade de ser ampliado em mais um dia de atividades. Mas apresentações foram realizadas em plenária com a participação dos instrutores/facilitadores e profissionais convidados, que conjuntamente analisam os problemas e contribuem com sugestões para a concretização efetiva do projeto.

### 5.3 AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE CAPACITAÇÃO

A avaliação do curso compreendeu diferentes abordagens, com o propósito de avaliar as seguintes dimensões (KIRKPATRICK, 1967; FREETH e NICOL, 1998):

- *Satisfactory* (Satisfação) dos participantes;
- Modificação de atitudes/percepção;
- Aquisição de conhecimento/habilidades;
- Mudanças na prática dos profissionais;
- Mudanças na organização/instituição/serviços;
- Mudanças no estado de saúde e satisfação da população com os serviços de saúde.

A avaliação da satisfação dos participantes realizou-se em dois momentos: avaliando-se cada módulo ao fim destes e avaliando-se o curso AGAP em seu conjunto ao fim do último módulo.

Para avaliar a satisfação dos participantes em cada módulo, foi utilizado o instrumento “Avaliação em um minuto” que contempla os aspectos relativos ao que o participante gostou durante o módulo, (Eu gostei); ao que gostaria que fosse modificado (Eu gostaria que fosse diferente = satisfação dos participantes); relacionados ao aprendizado (Eu aprendi = aquisição de conhecimentos/habilidades); e inerentes ao comportamento, como profis-

sional (Eu vou fazer diferente = mudança de atitude/percepção). Esse instrumento de avaliação equipara-se às seguintes categorias de avaliação do referencial do *Modified Kirkpatrick's Model of Educational Outcomes for IPE by the JET Review* (FREETH et al., 2002) que analisa: Eu gostei e Eu gostaria que fosse diferente = reação/satisfação dos participantes; Eu aprendi = aquisição de conhecimentos/habilidades; Eu vou fazer diferente = mudança de atitude/percepção.

Para avaliar a satisfação com o curso AGAP em seu conjunto, os participantes responderam a um instrumento específico (Anexo III), que fez uma avaliação sobre aspectos relativos ao conteúdo do curso, estratégias de aprendizagem, avaliação do material didático utilizado no curso, apresentações proferidas pelos professores, tempo de duração dos módulos, desenvolvimento do projeto, intervenção dos problemas de saúde e alcance dos objetivos do curso.

Alguns resultados da avaliação do curso são apresentados a seguir.

**a. Conteúdos do curso**

Neste item, foram utilizados parâmetros que proporcionaram aos participantes realizar uma avaliação sobre o conteúdo do curso AGAP, adotando os critérios: Excelente (E), Muito Bom (MB), Bom (B), Regular (R) e Fraco (F). Os aspectos avaliados estão apresentados a seguir:

ALAGOAS **Distribuição da avaliação final relativa ao conteúdo do curso AGAP:  
Alagoas, 2010**

CONTEÚDOS DO CURSO	EXCELENTE	MUITO BOM	BOM	REGULAR	FRACO
Relevância dos conteúdos abordados para desenvolvimento de conhecimentos e habilidades	25% (10)	55% (22)	20% (8)	-	-
Relevância em ajudar o profissional a fazer mudanças na sua prática profissional	35% (14)	49% (19)	13 % (5)	3% (1)	-
Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica	45% (19)	43% (18)	12% (5)	-	-
Decisões baseadas em Informação de Qualidade (Evidências)	38% (16)	52% (22)	10% (4)	-	-
Sobre as fontes de evidências	29% (12)	54% (22)	17% (7)	-	-
O uso de indicadores para avaliar intervenções em saúde	33% (14)	43% (18)	22% (9)	2% (1)	-
Trabalho em equipe	26% (11)	40% (17)	31% (13)	3% (1)	-
Equidade de gênero e etnia	12% (5)	33% (14)	48% (20)	5% (2)	2% (1)
Princípios relativos à educação de adultos	9% (4)	34% (14)	51% (21)	6% (2)	-
Plano de ação com a utilização de módulos lógicos	28% (12)	52% (22)	20% (8)	-	-

FONTE: AGAP/2010

CEARÁ **Distribuição da avaliação relativa ao conteúdo do curso AGAP Ceará, 2010**

CONTEÚDOS DO CURSO	EXCELENTE	MUITO BOM	BOM	REGULAR	FRACO
Relevância dos conteúdos abordados para desenvolvimento de conhecimentos e habilidades	43% (10)	39% (9)	18% (4)	-	-
Relevância em ajudar o profissional a fazer mudanças na sua prática profissional	39% (9)	39% (9)	17% (4)	5% (1)	-
Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica	50% (12)	33% (8)	17% (4)	-	-
Decisões baseadas em Informação de Qualidade (Evidências)	21% (5)	62% (15)	17% (4)	-	-
As fontes de evidências	25% (6)	46% (11)	21% (5)	8% (2)	-
O uso de indicadores para avaliar intervenções em saúde	42% (10)	33% (8)	17% (4)	8% (2)	-
Trabalho em equipe	50% (12)	29% (6)	21% (5)	-	-
Equidade de gênero e etnia	37% (9)	25% (6)	33% (8)	5% (1)	-
Princípios relativos à educação de adultos	25% (6)	33% (8)	42% (10)	-	-
Plano de ação com a utilização de módulos lógicos	62% (15)	21% (5)	18% (4)	-	-

FONTE: AGAP/2010

PARAÍBA **Distribuição da avaliação relativa ao conteúdo do curso AGAP Paraíba, 2010**

CONTEÚDOS DO CURSO	EXCELENTE	MUITO BOM	BOM	REGULAR	FRACO
Relevância dos conteúdos abordados para desenvolvimento de conhecimentos e habilidades	30% (9)	53% (16)	17% (5)	-	-
Relevância em ajudar o profissional a fazer mudanças na sua prática profissional	27% (8)	53% (16)	210% (6)	-	-
Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica	57% (17)	40% (12)	3% (1)	-	-
Decisões baseadas em Informação de Qualidade (Evidências)	55% (17)	26% (8)	20% (6)	-	-
As fontes de evidências	40% (12)	30% (9)	30% (9)	-	-
O uso de indicadores para avaliar intervenções em saúde	43% (13)	37% (11)	20% (6)	-	-
Trabalho em equipe	10% (3)	73% (22)	10% (3)	7% (2)	-
Equidade de gênero e etnia	30% (9)	43% (13)	27% (8)	-	-
Princípios relativos à educação de adultos	23% (7)	57% (17)	21% (6)	-	-
Plano de ação com a utilização de módulos lógicos	47% (14)	37% (11)	16% (5)	-	-

FONTE: AGAP/2010

PIAUI **Distribuição da avaliação relativa ao conteúdo do curso AGAP Piauí, 2010**

CONTEÚDOS DO CURSO	EXCELENTE	MUITO BOM	BOM	REGULAR	FRACO
Relevância dos conteúdos abordados para desenvolvimento de conhecimentos e habilidades	37% (11)	43% (13)	20% (6)	-	-
Relevância em ajudar o profissional a fazer mudanças na sua prática profissional	43% (13)	7,6% (14)	10% (3)	-	-
Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica	73% (22)	20% (6)	7% (3)	-	-
Decisões baseadas em Informação de Qualidade (Evidências)	63% (19)	23% (7)	14% (4)	-	-
As fontes de evidências	47% (14)	37% (11)	16% (5)	-	-
O uso de indicadores para avaliar intervenções em saúde	43% (13)	27% (8)	30% (9)	-	-
Trabalho em equipe	30% (10)	43% (13)	27% (7)	-	-
Equidade de gênero e etnia	27% (7)	20% (6)	50% (15)	3% (2)	-
Princípios relativos à educação de adultos	30% (9)	33% (10)	30% (9)	7% (2)	-
Plano de ação com a utilização de módulos lógicos	60% (18)	30% (9)	10% (3)	-	-

FONTE: AGAP/2010

**b. Melhoria de conhecimentos**

Foi realizada avaliação sobre a melhora de conhecimentos dos participantes após a realização dos quatro Módulos do curso AGAP. Para a avaliação, foram considerados os seguintes parâmetros: **1 = Não Melhorou Nada, 2 = Melhorou um Pouco e 3 = Melhorou Muito.**

ALAGOAS **Distribuição da avaliação pontual sobre a melhora de conhecimentos após o curso AGAP Alagoas, 2010**

<b>AVALIAÇÃO PONTUAL SOBRE A MELHORA DE CONHECIMENTOS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Atenção Primária à Saúde	-	30% (13)	70% (29)
Decisões baseadas em evidências	-	19% (7)	81% (35)
Busca e uso de evidências	-	20% (8)	80% (34)
Uso de indicadores de saúde para avaliar ações e programas de saúde	5% (2)	38% (16)	57% (24)
Trabalho em equipe	10% (4)	50% (21)	40% (17)
Equidade de gênero e etnia	4% (2)	67% (27)	29% (12)
Planejamento de projetos/programas de saúde	3% (1)	40% (17)	57% (24)
Uso de modelos lógicos para o planejamento de ações e programas de saúde	3% (1)	21% (9)	76% (32)

FONTE: AGAP/2010

CEARÁ **Distribuição da avaliação pontual sobre a melhora de conhecimentos após o curso AGAP Ceará, 2010**

<b>AVALIAÇÃO PONTUAL SOBRE A MELHORA DE CONHECIMENTOS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Atenção Primária à Saúde	4% (1)	28% (7)	68% (17)
Decisões baseadas em evidências	4% (1)	24% (6)	72% (18)
Busca e uso de evidências	4% (1)	28% (7)	68% (17)
Uso de indicadores de saúde para avaliar ações e programas de saúde	4% (1)	52% (13)	44% (11)
Trabalho em equipe	4% (1)	40% (10)	56% (14)
Equidade de gênero e etnia	8% (2)	16% (8)	76% (15)
Planejamento de projetos/programas de saúde	4% (1)	36% (9)	60% (15)
Uso de modelos lógicos para o planejamento de ações e programas de saúde	4% (1)	12% (3)	84% (21)

FONTE: AGAP/2010

PARAÍBA **Distribuição da avaliação pontual sobre a melhora de conhecimentos após o curso AGAP Paraíba, 2010**

AVALIAÇÃO PONTUAL SOBRE A MELHORA DE CONHECIMENTOS	1	2	3
Atenção Primária à Saúde	3% (1)	17% (5)	80% (24)
Decisões baseadas em evidências	3% (1)	11% (3)	86% (24)
Busca e uso de evidências	-	32% (9)	68% (19)
Uso de indicadores de saúde para avaliar ações e programas de saúde	4% (1)	39% (11)	57% (16)
Trabalho em equipe	7% (2)	57% (16)	36% (10)
Equidade de gênero e etnia	3% (1)	54% (15)	43% (12)
Planejamento de projetos/programas de saúde	3% (1)	36% (10)	61% (17)
Uso de modelos lógicos para o planejamento de ações e programas de saúde	3% (1)	29% (8)	68% (19)

FONTE: AGAP/2010

PIAUÍ **Distribuição da avaliação pontual sobre a melhora de conhecimentos após o curso AGAP Piauí, 2010**

<b>AValiação pontual sobre a melhora de conhecimentos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Atenção Primária à Saúde	-	13% (4)	87% (26)
Decisões baseadas em evidências	-	17% (5)	83% (25)
Busca e uso de evidências	-	20% (6)	80% (24)
Uso de indicadores de saúde para avaliar ações e programas de saúde	4% (1)	40% (12)	56% (17)
Trabalho em equipe	4% (1)	43% (13)	53% (16)
Equidade de gênero e etnia	7% (2)	53% (16)	40% (12)
Planejamento de projetos/programas de saúde	-	27% (8)	73% (22)
Uso de modelos lógicos para o planejamento de ações e programas de saúde	-	7% (2)	93% (28)

FONTE: AGAP/2010

**c. Fazer melhorias na prática profissional**

Foi solicitado que os participantes avaliassem a capacidade de fazer melhorias na prática profissional após a realização do curso AGAP, referente aos tópicos apresentados no quadro 4 (está no Anexo III). Para avaliação, foram utilizados os mesmos critérios estabelecidos para o item anterior: **1 = Não Melhorou Nada, 2 = Melhorou um Pouco e 3 = Melhorou Muito.**

ALAGOAS **Distribuição da avaliação relativa à capacidade de fazer melhorias na prática profissional após o curso AGAP. Alagoas, 2010**

<b>AVALIAÇÃO RELATIVA À CAPACIDADE DE FAZER MELHORIAS NA PRÁTICA PROFISSIONAL</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Organização da Atenção Primária à Saúde	-	40% (17)	60% (25)
Decisões baseadas em evidências	2% (1)	17% (7)	81% (34)
Busca e uso de evidências	-	26% (10)	74% (32)
Uso de indicadores de saúde para avaliar ações e programas de saúde	8% (3)	21% (9)	71% (30)
Trabalho em equipe	12% (5)	43% (18)	45% (19)
Equidade de gênero e etnia	5% (2)	62% (26)	33% (14)
Planejamento de projetos/programas de saúde	5% (2)	38% (16)	57% (24)
Uso de modelos lógicos para o planejamento de ações e programas de saúde	3% (1)	21% (9)	76% (32)

FONTE: AGAP/2010

CEARÁ **Distribuição da avaliação relativa a capacidade de fazer melhorias na prática profissional após o curso AGAP, Ceará, 2010**

<b>AValiação pontual sobre a melhora da capacidade de fazer melhorias na prática profissional</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Organização da Atenção Primária à Saúde	8% (2)	36% (9)	56% (14)
Decisões baseadas em evidências	4% (1)	36% (9)	60% (15)
Busca e uso de evidências	4,0% (1)	24% (6)	70% (18)
Uso de indicadores de saúde para avaliar ações e programas de saúde	8% (2)	28% (7)	64% (16)
Trabalho em equipe	-	40% (10)	60% (15)
Equidade de gênero e etnia	8% (2)	32% (8)	60% (15)
Planejamento de projetos/programas de saúde	4% (1)	28% (7)	68% (17)
Uso de modelos lógicos para o planejamento de ações e programas de saúde	4% (4)	28% (7)	68% (17)

FONTE: AGAP/2010

PARAÍBA **Distribuição da avaliação relativa a capacidade de fazer melhorias na prática profissional após o curso AGAP. Paraíba, 2010**

<b>AVALIAÇÃO PONTUAL SOBRE A MELHORA DA CAPACIDADE DE FAZER MELHORIAS NA PRÁTICA PROFISSIONAL</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Organização da Atenção Primária à Saúde	-	43% (12)	57% (16)
Decisões baseadas em evidências	4% (1)	10% (11)	86 % (25)
Busca e uso de evidências	-	39% (11)	61% (17)
Uso de indicadores de saúde para avaliar ações e programas de saúde	4% (1)	34% (9)	62% (18)
Trabalho em equipe	4% (1)	53% (15)	43% (12)
Equidade de gênero e etnia	-	48% (14)	52% (15)
Planejamento de projetos/programas de saúde	8% (2)	28% (8)	64% (18)
Uso de modelos lógicos para o planejamento de ações e programas de saúde	7% (2)	32% (9)	61% (17)

FONTE: AGAP/2010

PIAUÍ **Distribuição da avaliação relativa a capacidade de fazer melhorias na prática profissional após o curso AGAP. Piauí, 2010**

<b>AVALIAÇÃO PONTUAL SOBRE A MELHORA DA CAPACIDADE DE FAZER MELHORIAS NA PRÁTICA PROFISSIONAL</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Organização da Atenção Primária à Saúde	-	20% (6)	80% (24)
Decisões baseadas em evidências	4% (1)	13% (4)	83% (25)
Busca e uso de evidências	-	27% (8)	73% (22)
Uso de indicadores de saúde para avaliar ações e programas de saúde	3% (1)	30% (9)	67% (20)
Trabalho em equipe	-	43% (13)	57% (17)
Equidade de gênero e etnia	7% (2)	50% (15)	43% (13)
Planejamento de projetos/programas de saúde	-	23% (7)	77% (23)
Uso de modelos lógicos para o planejamento de ações e programas de saúde	-	7% (2)	93% (28)

FONTE: AGAP/2010

**d. Avaliação se os objetivos do curso foram cumpridos**

Os participantes avaliaram se os objetivos previamente estabelecidos foram cumpridos. As respostas estão apresentadas no quadro 9 e variaram de 40 a 42 respondentes. Os parâmetros utilizados para a avaliação foram: **1 = Não melhorou nada, 2 = Melhorou um pouco e 3 = Melhorou muito.**

ALAGOAS **Avaliação dos participantes relativa ao cumprimento dos objetivos do curso.**  
**Alagoas, 2010**

AVALIAÇÃO PONTUAL SE O PROJETO APS ATENDEU AOS OBJETIVOS PREESTABELECIDOS	NÃO MELHOROU	MELHOROU POUCO	MELHOROU MUITO
Gestores e gerentes ligados à Atenção Básica/APS apreendam e incorporem na prática: (1) o entendimento do que consiste a APS como estratégia de reorganização dos sistemas de saúde; (2) os fundamentos de um sistema de saúde baseado na APS; e (3) as características da APS que podem levar à condição de um sistema de saúde mais eficaz, eficiente, satisfatório à população e mais equânime, mesmo diante das condições de adversidade social tal como é identificado no Brasil	-	29% (12)	71% (30)
Amplie-se e consolide-se o conhecimento de gerentes sobre monitoramento e avaliação de ações e serviços de saúde	-	36% (15)	64% (27)
Desenvolva-se a prática de tomar decisões baseadas em evidências, utilizando-se o monitoramento de indicadores de saúde para identificar problemas/áreas prioritárias de atuação, planejar, desenvolver e avaliar intervenções	-	19% (8)	81% (34)
Desenvolvam-se relações integrativas entre as diferentes áreas técnicas ligadas à APS (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde da Família etc.), possibilitando melhor coordenação de planos e ações em saúde	-	17% (7)	83% (35)
Desenvolvam-se relações colaborativas entre os diversos níveis de gestão (estadual/regional/municipal/federal) e equipes de saúde	-	33% (14)	67% (18)
Valorizem-se, utilizem-se e qualifiquem-se as bases nacionais de dados em saúde, em todos os níveis do sistema, importante fonte de informações sobre o estado de saúde da população e de aspectos da estrutura e dos processos do sistema de serviços de saúde	-	24% (10)	76% (32)
Desenvolvam-se habilidades de planejar e desenvolver/gerenciar intervenções nos problemas de saúde com efetivo uso dos recursos capitais e humanos, avaliando as intervenções	-	36% (15)	64% (27)
Desenvolvam-se mecanismos de transferência de conhecimento e incorporação contínua de novas metodologias e conhecimentos em APS, em especial a disponibilização e o uso de evidência de práticas efetivas no nível local e nas equipes de saúde	2% (1)	31% (13)	67% (28)
Implante-se a gestão baseada em resultados	-	24% (10)	76% (32)
Reforcem-se a identidade como profissional da Atenção Primária e o desenvolvimento de sentimento de orgulho e confiança no papel que desempenha no sistema de saúde do país	-	54% (21)	46% (19)
Transformem-se em agentes em defesa da APS (advocacia) e da valorização política da APS	-	48% (20)	52% (22)

FONTE: AGAP/2010

CEARÁ **Avaliação dos participantes relativa ao cumprimento dos objetivos do curso.**  
**Ceará, 2010**

<b>AValiação pontual se o projeto APS atendeu aos objetivos preestabelecidos</b>	<b>NÃO MELHOROU</b>	<b>MELHOROU POUCO</b>	<b>MELHOROU MUITO</b>
Gestores e gerentes ligados à Atenção Básica/APS apreendam e incorporem na prática: (1) o entendimento do que consiste a APS como estratégia de reorganização dos sistemas de saúde; (2) os fundamentos de um sistema de saúde baseado na APS; e (3) as características da APS que podem levar à condição de um sistema de saúde mais eficaz, eficiente, satisfatório à população e mais equânime, mesmo diante das condições de adversidade social tal como é identificado no Brasil	-	29% (7)	71% (17)
Amplie-se e consolide-se o conhecimento de gerentes sobre monitoramento e avaliação de ações e serviços de saúde	-	37% (9)	63% (15)
Desenvolva-se a prática de tomar decisões baseadas em evidências, utilizando-se o monitoramento de indicadores de saúde para identificar problemas/áreas prioritárias de atuação, planejar, desenvolver e avaliar intervenções	-	33% (8)	67% (16)
Desenvolvam-se relações integrativas entre as diferentes áreas técnicas ligadas à APS (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde da Família etc.), possibilitando melhor coordenação de planos e ações em saúde	5% (1)	30% (7)	65% (15)
Desenvolvam-se relações colaborativas entre os diversos níveis de gestão (estadual/regional/municipal/federal) e equipes de saúde	3% (1)	57% (17)	40% (17)
Valorizem-se, utilizem-se e qualifiquem-se as bases nacionais de dados em saúde, em todos os níveis do sistema, importante fonte de informações sobre o estado de saúde da população e de aspectos da estrutura e dos processos do sistema de serviços de saúde	4% (1)	39% (9)	57% (19)
Desenvolvam-se habilidades de planejar e desenvolver/gerenciar intervenções nos problemas de saúde com efetivo uso dos recursos capitais e humanos, avaliando as intervenções	-	35% (8)	65% (15)
Desenvolvam-se mecanismos de transferência de conhecimento e incorporação contínua de novas metodologias e conhecimentos em APS, em especial a disponibilização e o uso de evidência de práticas efetivas no nível local e nas equipes de saúde	-	28 % (5)	72% (18)
Implante-se a gestão baseada em resultados	-	28% (5)	72% (18)
Reforcem-se a identidade como profissional da Atenção Primária e o desenvolvimento de sentimento de orgulho e confiança no papel que desempenha no sistema de saúde do país	-	17% (4)	83% (19)
Transformem-se em agentes em defesa da APS (advocacia) e da valorização política da APS	-	30% (7)	70% (16)

FONTE: AGAP/2010

PARAÍBA **Distribuição Avaliação dos participantes relativa ao cumprimento dos objetivos do curso. Paraíba, 2010**

<b>AValiação pontual se o projeto APS atendeu aos objetivos preestabelecidos</b>	<b>NÃO MELHOROU</b>	<b>MELHOROU POUCO</b>	<b>MELHOROU MUITO</b>
Gestores e gerentes ligados à Atenção Básica/APS apreendam e incorporem na prática: (1) o entendimento do que consiste a APS como estratégia de reorganização dos sistemas de saúde; (2) os fundamentos de um sistema de saúde baseado na APS; e (3) as características da APS que podem levar à condição de um sistema de saúde mais eficaz, eficiente, satisfatório à população e mais equânime, mesmo diante das condições de adversidade social tal como é identificado no Brasil	3% (1)	26% (8)	71% (22)
Amplie-se e consolide-se o conhecimento de gerentes sobre monitoramento e avaliação de ações e serviços de saúde	3% (1)	37% (11)	60% (18)
Desenvolva-se a prática de tomar decisões baseadas em evidências, utilizando-se o monitoramento de indicadores de saúde para identificar problemas/áreas prioritárias de atuação, planejar, desenvolver e avaliar intervenções	3% (1)	20% (6)	77% (23)
Desenvolvam-se relações integrativas entre as diferentes áreas técnicas ligadas à APS (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde da Família etc.), possibilitando melhor coordenação de planos e ações em saúde	6% (2)	37% (11)	57% (17)
Desenvolvam-se relações colaborativas entre os diversos níveis de gestão (estadual/ regional/ municipal/ federal) e equipes de saúde	3% (1)	57% (17)	40% (17)
Valorizem-se, utilizem-se e qualifiquem-se as bases nacionais de dados em saúde, em todos os níveis do sistema, importante fonte de informações sobre o estado de saúde da população e de aspectos da estrutura e dos processos do sistema de serviços de saúde	4% (1)	33% (10)	63% (19)
Desenvolvam-se habilidades de planejar e desenvolver/gerenciar intervenções nos problemas de saúde com efetivo uso dos recursos capitais e humanos, avaliando as intervenções	-	47% (14)	53% (16)
Desenvolvam-se mecanismos de transferência de conhecimento e incorporação contínua de novas metodologias e conhecimentos em APS, em especial a disponibilização e o uso de evidência de práticas efetivas no nível local e nas equipes de saúde	3% (1)	30% (9)	67% (20)
Implante-se a gestão baseada em resultados	-	50% (15)	50% (15)
Reforcem-se a identidade como profissional da Atenção Primária e o desenvolvimento de sentimento de orgulho e confiança no papel que desempenha no sistema de saúde do país	-	47% (14)	53% (16)
Transformem-se em agentes em defesa da APS (advocacia) e da valorização política da APS	3% (1)	20% (6)	77% (23)

FONTE: AGAP/2010

PIAUI **Avaliação dos participantes relativa ao cumprimento dos objetivos do curso. Piauí, 2010**

<b>AValiação Pontual se o Projeto APS Atendeu aos Objetivos Preestabelecidos</b>	<b>NÃO MELHOROU</b>	<b>MELHOROU POUCO</b>	<b>MELHOROU MUITO</b>
Gestores e gerentes ligados à Atenção Básica/APS apreendam e incorporem na prática: (1) o entendimento do que consiste a APS como estratégia de reorganização dos sistemas de saúde; (2) os fundamentos de um sistema de saúde baseado na APS; e (3) as características da APS que podem levar à condição de um sistema de saúde mais eficaz, eficiente, satisfatório à população e mais equânime, mesmo diante das condições de adversidade social tal como é identificado no Brasil	4% (1)	17% (5)	79% (23)
Amplie-se e consolide-se o conhecimento de gerentes sobre monitoramento e avaliação de ações e serviços de saúde	3% (1)	31% (9)	66% (19)
Desenvolva-se a prática de tomar decisões baseadas em evidências, utilizando-se o monitoramento de indicadores de saúde para identificar problemas/ áreas prioritárias de atuação, planejar, desenvolver e avaliar intervenções	-	14% (4)	86% (25)
Desenvolvam-se relações integrativas entre as diferentes áreas técnicas ligadas à APS (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde da Família etc.), possibilitando melhor coordenação de planos e ações em saúde	-	27% (8)	73% (20)
Desenvolvam-se relações colaborativas entre os diversos níveis de gestão (estadual/regional/municipal/federal) e equipes de saúde	-	41% (12)	59% (17)
Valorizem-se, utilizem-se e qualifiquem-se as bases nacionais de dados em saúde, em todos os níveis do sistema, importante fonte de informações sobre o estado de saúde da população e de aspectos da estrutura e dos processos do sistema de serviços de saúde	3% (1)	28% (8)	69% (20)
Desenvolvam-se habilidades de planejar e desenvolver/gerenciar intervenções nos problemas de saúde com efetivo uso dos recursos capitais e humanos, avaliando as intervenções	3% (1)	28% (8)	69% (20)
Desenvolvam-se mecanismos de transferência de conhecimento e incorporação contínua de novas metodologias e conhecimentos em APS, em especial a disponibilização e o uso de evidência de práticas efetivas no nível local e nas equipes de saúde	4% (1)	17% (5)	79% (23)
Implante-se a gestão baseada em resultados	-	24% (7)	76% (23)
Reforcem-se a identidade como profissional da Atenção Primária e o desenvolvimento de sentimento de orgulho e confiança no papel que desempenha no sistema de saúde do país	-	23% (7)	77% (23)
Transformem-se em agentes em defesa da APS (advocacia) e da valorização política da APS	-	13% (3)	87% (27)

FONTE: AGAP/2010

#### **e. Avaliação de mudança de conhecimentos**

Essa avaliação foi realizada por meio da aplicação de pré e pós-testes, nos três primeiros módulos. Os questionários eram anônimos, uma vez que o objetivo é avaliar o módulo (efetividade da capacitação) e não o aluno participante. O instrumento foi muito útil, pois permitiu identificar dificuldades na transmissão de conhecimentos e adequar a metodologia pedagógica em processo formativo, superando as dificuldades.

A análise dos pré e pós-testes seguiu a seguinte metodologia:

**a.** avaliador cego: os questionários do pré e do pós-teste foram misturados para não se saber se o questionário era pré ou pós e, assim, ser imparcial ao analisar a resposta;

**b.** dois avaliadores, para verificar concordância: o avaliador 1 analisou as respostas de cerca de 1/3 dos questionários do avaliador 2, para verificar concordância;

**c.** cada resposta foi comparada com a resposta padrão-ouro (parâmetro) e, então, foi pontuada;

**d.** foram aplicados testes estatísticos (Chi-quadrado) para avaliar mudanças no conhecimento.

A seguir são apresentados alguns exemplos:

**Questão:** “Quais os atributos da Atenção Primária (as características próprias, únicas da Atenção Primária)? Por favor, mencione as que conhece, faça uma breve descrição e dê um exemplo.”

**TABELA 1 Avaliando mudança de conhecimento: análise comparativa entre respostas dos pré e pós-testes. Questão sobre atributos da APS:**

NOME DO ATRIBUTO E/OU DESCRIÇÃO CORRETOS	PORTA DE ENTRADA AO SISTEMA DE SAÚDE		LONGITUDINALIDADE		INTEGRALIDADE (ABRANGÊNCIA)		COORDENAÇÃO DO CUIDADO	
	PRÉ-TESTE %	PÓS-TESTE %	PRÉ-TESTE %	PÓS-TESTE %	PRÉ-TESTE %	PÓS-TESTE %	PRÉ-TESTE %	PÓS-TESTE %
Estado X (n=46)	48	96	13	63	41	80	4	72
Estado Y (n=36)	25	93	8	88	33	95	8	88
Questionários avaliados	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

FONTE: AGAP/2010

Houve mudança estatisticamente significativa ao responder à questão no pós-teste, tanto em identificar o nome como em descrever corretamente os atributos da APS após o M I. Ainda assim, a proporção de incorretos/não mencionados foi considerada alta (Longitudinalidade = 37%; Integralidade = 20%; e Coordenação = 28%), por isso o assunto já foi retomado no M II, utilizando-se diferente estratégia pedagógica (exercício prático).

**Questão:** “Você poderia mencionar três indicadores utilizados para avaliar programas e serviços de saúde? Por favor, dê um exemplo de indicador de estrutura, um de processo e um de resultados.”

TABELA 1.2 **Avaliando mudança de conhecimento: análise comparativa entre respostas do pré-teste e dos pós-testes nos Módulos I e II, quando o mesmo assunto foi retomado**

RESPOSTAS ESTADO X	INDICADOR DE ESTRUTURA			INDICADOR DE PROCESSO			INDICADOR DE RESULTADOS		
	PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE # 1	PÓS-TESTE # 2	PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE # 1	PÓS-TESTE # 2	PRÉ-TESTE	PÓS-TESTE # 1	PÓS-TESTE # 2
Exemplos corretos	48%	78%	82%	35%	78%	83%	28%	74%	85%
Exemplos incorretos	52%	17%	18%	65%	22%	17%	72%	26%	15%
Total de questionários avaliados (N)	46	46	42	46	46	42	46	46	42

**Questão:** “Você poderia mencionar três indicadores utilizados para avaliar programas e serviços de saúde? Por favor, dê um exemplo de indicador de estrutura, um de processo e um de resultados.”

TABELA 2 **Avaliando mudança de conhecimento: análise comparativa entre respostas dos pré e pós-testes**

EXEMPLOS CORRETOS	INDICADOR DE ESTRUTURA		INDICADOR DE PROCESSO		INDICADOR DE RESULTADOS	
	PRÉ-TESTE %	PÓS-TESTE %	PRÉ-TESTE %	PÓS-TESTE %	PRÉ-TESTE %	PÓS-TESTE %
Estado X	48	78	35	78	28	74
Estado Y	47	100	31	97	50	83
Questionários avaliados	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Antes do M I, a proporção de alunos que deram exemplos incorretos de indicadores de avaliação foi sempre maior que 50% para todos os três tipos de indicadores. Houve mudança positiva estatisticamente significativa ao responder à questão no pós-teste. Após o Módulo, as proporções de exemplos incorretos caíram para valores entre 17 e 26%, e como o resultado foi considerado alto, o assunto foi retomado no M II e será novamente no decorrer de todo o curso, uma vez que eles deverão definir indicadores para avaliar seus próprios projetos.

**TABELA 3 Avaliando mudança de conhecimento: análise comparativa entre respostas do pré-teste e dos pós-testes nos Módulos I e II. “Como você definiria Prática Gerencial Baseada em Evidências?”**

RESPOSTAS	PRÉ-TESTE %	PÓS-TESTE %
Completa	25	63
Incompleta	43	29
Incorreta	32	8
Total de questionários avaliados	~100 N=44	~100 N=38

A avaliação das mudanças nas instituições e no estado de saúde e a satisfação da população com os serviços de saúde serão contempladas por meio da avaliação global do projeto, basicamente somativa, que buscará mensurar os resultados esperados na perspectiva da política de saúde, do intercâmbio de conhecimentos e da cooperação internacional.

#### **5.4 USO DO MODELO LÓGICO COMO FERRAMENTA DE PLANEJAMENTO**

O Modelo Lógico (ML) é uma ferramenta de planejamento que facilita a avaliação das atividades e os rumos do projeto a ser desenvolvido; é uma forma gráfica de apresentar o Plano de Ação, evidenciando as relações entre os seus componentes; é uma maneira sistematizada e visual de apresentar e compartilhar as relações entre as estratégias do Plano de Ação, os recursos que serão empregados no projeto, as atividades planejadas e as mudanças ou os resultados que se esperam alcançar (KELLOG, 2004).

Assim, o ML constitui-se em mapa claro dos caminhos a serem seguidos, subsidiando a tomada de decisões para aperfeiçoar os projetos de intervenção dos alunos do AGAP ao longo da sua execução, descrevendo a sequência de atividades e conectando o problema com os resultados esperados (KELLOG, 2004).

Ao analisar-se o processo do Planejamento Estratégico Situacional, verifica-se que o ML situa-se no momento tático-operacional como mostra a Figura 1.

FIGURA 1 **Momentos do Planejamento Estratégico Situacional e suas características**

MOMENTO EXPLICATIVO	MOMENTO NORMATIVO	MOMENTO TÁTICO-OPERACIONAL	MOMENTO ESTRATÉGICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer a realidade</li> <li>- Identificar problemas, causas, e eleger prioridades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construir a imagem objetiva</li> <li>- Para onde queremos ir?</li> <li>- Qual a situação desejada?</li> <li>- Desenhar atividades, objetivos e metas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar os nós críticos</li> <li>- Definir estratégias</li> <li>- Elaborar plano de ação</li> <li>- Implementar, acompanhar e monitorar as atividades</li> <li>- Construir o ML</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar a viabilidade estratégica do plano de ação</li> <li>- Identificar os obstáculos</li> <li>- Analisar os interesses envolvidos; a cultura organizacional</li> </ul>

O ML sistematiza os componentes do planejamento (o problema, a meta que se almeja alcançar e as atividades a serem desenvolvidas, entre outros) e, nesse sentido, ajuda a organizar o projeto. Em razão da sua capacidade de síntese, o Modelo facilita a comunicação entre todos os envolvidos no projeto e entre os níveis hierárquicos superiores, quando necessário. Por essa razão, mantenha o ML em local de fácil acesso da equipe de trabalho. Usá-lo, ao longo da execução do projeto, ajuda a organizar o gerenciamento e a avaliação, pois mostra conexões entre atividades e resultados. O ML facilita a confecção de relatórios, além de mostrar a necessidade de se fazerem ajustes quando forem necessários.

#### Componentes do Modelo Lógico

São componentes do ML: (a) o problema identificado deverá ser expresso com clareza a partir das discussões e das evidências já estudadas; (b) a meta a ser alcançada é a declaração que especifica o impacto desejado ou o efeito de um projeto; (c) o prazo para execução do plano de ação deverá expressar o tempo decorrido entre o início das atividades e o seu término; (d) as estratégias referem-se às diversas maneiras de se construírem viabilidades para um projeto alcançar determinados objetivos/metastas; (e) as atividades a serem desenvolvidas dizem respeito a tudo que necessitamos fazer para cumprir as estratégias e atingir a meta proposta. Para cada atividade corresponde um conjunto de recursos; (f) os recursos dizem respeito a tudo que precisamos para realizar as atividades, ou seja, são os meios para viabilizar as atividades previstas. Como recursos, entendemos: recursos humanos (número de profissionais existentes ou necessários), recursos financeiros, insumos e equipamentos necessários. Ainda podem ser considerados

os recursos organizacionais e comunitários que o projeto demanda; (g) o responsável e os prazos para a execução das atividades referem-se, respectivamente, à pessoa fundamental para que a(s) atividade(s) seja(m) cumprida(s) e às datas de início e término de uma atividade.

#### \_\_\_\_\_ Os resultados almejados

Os resultados são os produtos das atividades e os efeitos obtidos pelo projeto em determinado tempo. A equipe deverá expressar os resultados que espera atingir, especificando os prazos, pois é necessário esclarecer o que se quer alcançar em um espaço de tempo definido. Os resultados devem ser verificáveis, portanto não podem ser enunciados de maneira genérica.

Quanto ao tempo, pode-se considerar que há dois tipos de resultados: os intermediários e o final. Os resultados intermediários são aqueles que evidenciam as mudanças nas causas do problema. O resultado final corresponde ao alcance do objetivo (da meta) do projeto. Outros autores afirmam que o tempo de obtenção de resultados pode ser classificado em: curto prazo (mede os resultados obtidos entre dois e três meses até dois anos); e longo prazo (mede os resultados obtidos em um espaço de quatro a seis anos após a implantação do projeto).

O impacto é mudança fundamental (profunda) que ocorre nas organizações, nas comunidades ou nos sistemas em um prazo de sete a dez anos. Os resultados são as mudanças específicas em comportamento, conhecimento, habilidades e nível de funcionamento dos participantes do projeto (KELLOG, 2004). O importante é que o ML mostre claramente a relação entre o que o projeto irá produzir e os resultados que almeja alcançar.

Os indicadores são meios para gerenciar o plano de ação e verificar se os resultados estão sendo atingidos. São eles que qualificam e quantificam o resultado. São fontes importantes para a avaliação (SILVA, 2001) e consistem em medidas que refletem situação determinada e as mudanças, ou as tendências, ao longo de um dado período de tempo.

## 5.5 OS PROJETOS DE INTERVENÇÃO

Os projetos desenvolvidos constavam dos seguintes itens: (a) clara definição de um problema de saúde no território sob responsabilidade da equipe; (b) apresentação das evidências, da relevância e das consequências do problema selecionado; (c) descrição do contexto, da rede de serviços de saúde, dos demais recursos; (d) descrição da equipe de trabalho “ampliada”, envolvendo áreas técnicas/outros níveis de gestão, conforme adequado, para enfrentar o problema escolhido; (e) elaboração do plano de ação para enfrentar o problema, utilizando a matriz lógica; (f) apresentação das evidências de que as intervenções propostas podem modificar o problema; e (g) indicadores e sistema de avaliação da intervenção. O quadro abaixo apresenta os temas dos projetos, por estado. Estes estão descritos na seção III deste livro.

### Temas dos Projetos Selecionados nos Quatro Estados

TEMAS DOS PROJETOS	ESTADOS				N. DE PROJETOS
	AL	CE	PB	PI	
Mortalidade infantil	AL (2)		PB	PI	4
Mortalidade materna		CE		PI	2
Atenção pré-natal	AL		PB (4)		5
Gestação na adolescência	AL (2)			PI	3
Sífilis congênita	AL	CE			2
Qualidade da puericultura			PB		1
Aleitamento materno				PI	1
Prevenção do câncer de colo uterino	AL	CE (2)*	PB	PI	4
Tuberculose	AL	CE (2)	PB		4
Hanseníase		CE (2)		PI (2)	4
Doença do ap. cardiocirculatório/HAS	AL	CE (2)		PI (2)	4
Saúde do idoso			PB		1
Saúde Mental: atenção em depressão e ansiedade	AL		PB		2
Internações por CSAPS (diarreia e d. respiratória)				PI	1
Cárie dental	AL				1
Totais de projetos	11	10*	10	10	41

\*Um projeto é da equipe do Maranhão.



Desenhar uma intervenção para um problema de saúde que já é uma prioridade ou faz parte da política local, estadual ou federal tem vantagens e desvantagens. Entre as vantagens, podemos destacar a possibilidade do aperfeiçoamento do que já está em curso. Por outro lado, apresenta também dificuldades, entre as quais a quebra da inércia de processos que se repetem indefinidamente, o que representa enfrentar as resistências relacionadas aos processos de mudança.

Terminada a etapa do curso, seguiu-se a implantação das atividades expressas no plano de ação. O dinamismo do projeto não seguiu a didática divisão em fases, aqui apresentada. Ainda durante o curso, algumas equipes já iniciaram a operacionalização de seus projetos. Assim, quando se iniciou a fase do monitoramento, a maioria das equipes já vinha realizando ações propostas em seu ML, ou seja, já havia iniciado a intervenção.

## 6.1 MONITORAMENTO E APOIO À IMPLANTAÇÃO DOS PROJETOS DE INTERVENÇÃO

O papel da equipe designada para essa fase do projeto foi de Monitoramento e Apoio (M&A) da implantação dos projetos de intervenção. O apoio no desenvolvimento das atividades propostas buscou aumentar a capacidade de resposta das equipes e dos projetos aos problemas. Para isso, contou-se com grupo articulado de representantes de instituições das diversas esferas de governo e de consultores externos, com conhecimento técnico e disponibilidade para apoiar as equipes. Esses recursos foram colocados à disposição dos projetos, conforme a natureza dos problemas que as equipes enfrentassem.

Esse apoio, entretanto, não se iniciou imediatamente ao fim dos cursos em cada estado. A partir do fim do curso, houve um período de alguns meses para o início do monitoramento, que variou de acordo com o

estado, segundo o cronograma proposto pela coordenação do Projeto AGAP. Na primeira visita da equipe de M&A aos estados, foi constatado que alguns projetos haviam ficado paralisados por questões diversas: questões políticas, como a troca de secretários de saúde; incompatibilidades entre coordenadores de projetos e gestores; questões organizacionais, como a falta de articulação constante dos integrantes dos grupos para seguirem trabalhando em equipe ou a impossibilidade de dedicar-se ao projeto em razão de uma rotina da gestão consumidora de tempo e energia; ou, ainda, por falta de apoio institucional. Enfim, cerca de um terço dos projetos não havia iniciado nenhuma ação proposta no ML.

Cada caso foi analisado de forma individualizada, sendo discutidas, com todos os participantes, soluções para a retomada da ação, com o apoio de representantes das diversas instituições, entre as quais o DAB/MS e as áreas técnicas do Ministério da Saúde, CONASS, Opas, SES e universidades locais. Este conjunto de recursos potencializou as opções de apoio a cada projeto.

A partir desse momento, todos os projetos estavam em andamento, e os fatores que impulsionaram o movimento foram:

- a. Os encontros presenciais das equipes com a equipe de M&A, em que todos juntos buscavam respostas a dificuldades;
- b. A potencialização de recursos, como professores, instituições parceiras, consultores, e os próprios participantes unidos com o propósito de debater e encontrar soluções para as dificuldades;
- c. O compromisso dos participantes em vivenciar projetos em que todas as etapas fossem realizadas, incluindo a avaliação da intervenção.

A dinâmica dos encontros foi a que segue: cada equipe apresentava aspectos do ML seguido de discussão de levantamento de questões críticas. Os seguintes aspectos do ML foram destacados: (a) as estratégias; (b) as atividades planejadas e as atividades implantadas; e (c) os indicadores de monitoramento das ações implantadas. Algumas perguntas complementaram a descrição, entre as quais: quais os resultados não esperados ou não programados no período (positivos e negativos)? Quais os próximos passos para os meses subsequentes e que apoios o grupo identifica como necessários? Alguma estratégia ou atividade foi abandonada, incorporada ou modificada?

Os instrumentos utilizados para acompanhar o desenvolvimento dos projetos foram a planilha de monitoramento e o cronograma. A planilha de monitoramento, com base no ML, constituiu-se ferramenta essencial para o monitoramento e a avaliação dos projetos. Os grupos entenderam a sua dinâmica e souberam atualizá-la a cada etapa do monitoramento. À medida que as estratégias eram aperfeiçoadas, revistas ou excluídas, esse processo era registrado nas planilhas de monitoramento. Alguns grupos optaram por redefinir os prazos e as metas previstas nas estratégias.

A tabela abaixo descreve as estratégias utilizadas nos 41 projetos e sua distribuição, conforme a frequência em que foram utilizadas.

Foram realizados três encontros presenciais de monitoramento com intervalo de dois meses entre eles. Nesses encontros, todas as equipes apresentavam o estágio de desenvolvimento de seus projetos.

Essa metodologia de M&A foi crucial para a implantação dos projetos. Estar presente e discutir o acompanhamento da implantação dos projetos permitiu às equipes identificar riscos e antecipar respostas. Também possibilitou à equipe de M&A observar a implementação, a coerência entre os objetivos, as estratégias e os resultados (de curto e médio prazos) atingidos durante o seu desenvolvimento.

Finalmente, vale referir que o monitoramento desenvolvido mediante método participativo, valorizando a diversidade de experiências e as respostas às dificuldades encontradas, estimulou o aumento de consensos no interior de uma equipe e a capacidade criativa dos seus membros e colaboradores.

TABELA **Descrição do conjunto das estratégias expressas no ML dos 41 projetos e a proporção em que foram expressas. Projeto AGAP – atividades de monitoramento e apoio à implantação dos projetos de intervenção**

	ESTRATÉGIAS	%
1	Atividades de capacitação/educação permanente/atualização dos profissionais de saúde	100
2	Ampliação do acesso da população aos serviços de saúde	100
3	Educação em saúde para a população	78
4	Monitoramento e avaliação das ações	63
5	Uso da mídia para divulgação, educação em saúde, comunicação etc.	63
6	Estruturação dos serviços de saúde	49
7	Interlocação com gestores, gerentes, autoridades	41
8	Articulação intersetorial, com diversas instituições, serviços e projetos	39
9	Implementação do uso de ferramentas da gestão da clínica	34
10	Coordenação com a rede de serviços de saúde/estabelecimento de fluxos etc.	34
11	Adoção de ferramentas da gestão da clínica (ex.: protocolos clínicos, guias de atenção à saúde), visando às melhorias na qualidade da atenção	34
12	Pesquisas operacionais para conhecer melhor o problema, suas causas e o contexto	29
13	Estratégias para a promoção de equidades: de gênero, étnica, social	27
14	Institucionalização do projeto	12

FONTE: AGAP/2009

## 6.2 ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DOS PROJETOS

O acompanhamento da implantação dos projetos locais permitiu identificar em que medida cada iniciativa local alcançava objetivos gerais, tais como:

a. **Institucionalização dos projetos** entendida como a incorporação, na rotina dos serviços, das ações desenvolvidas e dos mecanismos de avaliação destas. No terceiro encontro de monitoramento, durante a apresentação das equipes, algumas frases foram ouvidas com frequência:

*“O projeto não é projeto (...), é uma ação da SMS.”; ou “O projeto deixou de ser um projeto.”; ou “O projeto não é mais do grupo AGAP!”*

Conforme a avaliação dos próprios integrantes das equipes, um dos fatores fundamentais para que a institucionalização ocorresse foi a capacidade de as equipes se aproximarem dos serviços, compartilharem as preocupações com o problema, mostrarem suas evidências, envolverem e desencadearem processo participativo, criando uma “equipe ampliada”.

**b. Sustentabilidade**, muito vinculada à institucionalização, refere-se à possibilidade de as ações iniciadas ou aperfeiçoadas com o Projeto AGAP continuarem a ser realizadas após seu término. Há vários exemplos nos projetos locais, entre eles a reorganização da prevenção de câncer de colo, com definição de fluxos e estruturação dos diferentes recursos e serviços necessários.

“O AGAP oportunizou, por meio da potencialização de recursos, que mudanças fossem feitas, novas formas de fazer fossem introduzidas e disseminadas. Criaram-se as condições necessárias para que estas mudanças fossem incorporadas às rotinas dos serviços e institucionalizadas, os projetos deixaram de ser projetos, garantindo sua sustentabilidade.”

**c. Integralidade da atenção**, princípio e atributo fundamental da APS, depende de abordagem integral das necessidades dos indivíduos. A análise dos ML e das planilhas de monitoramento da implantação de vários projetos demonstra que as abordagens integram as ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento, bem como ações clínicas e de vigilância no território.

**d. Disseminação** de metodologias e ferramentas ficou evidente. Entre os aspectos que mais frequentemente foram difundidos a outras SMS, a outros distritos ou instituições, estão o uso do ML como instrumento de planejamento e acompanhamento de programas de saúde e as tecnologias desenvolvidas pelos grupos para desenvolver ações de promoção e educação em saúde.

“Contaminamos o município vizinho, com nosso jeito de fazer”, diz a secretária de saúde, integrante da equipe de um projeto de prevenção de colo de útero, que organizou toda a rede de cuidados necessários.

**e. Reconhecimento da importância de monitorar as ações de saúde** como forma de adequá-las às necessidades e verificar o alcance de metas foi mencionado inúmeras vezes pelos participantes, como um dos aspectos

fortemente positivos de Projeto AGAP. O monitoramento que estávamos fazendo na implantação de seus projetos permitiu-lhes vivenciar uma forma de fazer monitoramento e apoio técnico. Ainda há uma caminhada a ser percorrida para a cultura de acompanhar indicadores, analisar desempenho, retroalimentar equipes de saúde para adequar as ações, mas destaca-se que vários sistemas de informações de base nacional como Siscolo, por exemplo, constituíram-se em instrumentos de monitoramento e avaliação das ações em vários municípios, fato que não ocorria até então.

f. **Ações intersetoriais** são observadas em quase todos os projetos, com o envolvimento e a participação de diferentes áreas técnicas das Secretarias de Saúde, diferentes SMS (educação, comunicação), ONGs governamentais e nãogovernamentais. Considerando-se o setor saúde, alguns projetos envolveram, em trabalho conjunto, as equipes do Saúde da Família, dos Nasf (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) e Caps (Centros de Atenção Psicossocial).

g. **Comunicação**, especialmente a busca em abordar os problemas junto à população por meio de linguagem acessível, foi processo digno de destaque. Constatou-se que foram amplamente adotadas várias estratégias, com criatividade e observando as características culturais locais, para a construção de conteúdos educativos. Assim, temas vinculados à saúde foram apresentados à população por intermédio de artistas representando personagens locais, seja em eventos, seja em vinhetas de emissoras de rádio, em cartazes etc.

h. **Qualidade da atenção:** as equipes valorizaram e adotaram protocolos e manuais produzidos pelo Ministério da Saúde, que passaram a ser referência nas capacitações de equipes de saúde e nos parâmetros de avaliação dos indicadores de saúde selecionados nos projetos.

i. **Apoio e colaboração técnica**, atribuições das equipes das SES e SMS: embora haja exceções, situações em que as equipes das Secretarias estão preparadas e realizam esta atividade com eficiência, a maioria delas tem muita dificuldade por falta de estrutura (incluindo preparo dos profissionais em realizar atividades de ensino-aprendizagem). Há despreparo das SMS e SES para a atribuição de apoio técnico, especificamente para dar respostas às necessidades de capacitação de forma eficiente. As SMS e SES tiveram dificuldades em assessorar tecnicamente alguns municípios, no que concerne às capacitações das equipes, na medida em que há escassez de especialistas em APS.

## 6.3 RESULTADOS ALCANÇADOS

\_\_\_\_\_ **Objetivo 1. Aperfeiçoar a gestão da Atenção Primária à Saúde no Brasil por meio da instrumentalização de gestores estaduais e municipais e da integração dos diferentes níveis de gestão e áreas técnicas (integração horizontal e vertical).**

Considerando como produtos os projetos de intervenção, pode-se destacar que estes representaram os esforços e a integração das três esferas de gestão e de governo no campo prático de ações concretas na área da APS. Esta experiência conjunta e compartilhada na confecção dos projetos de intervenção, com os participantes apresentando propostas consistentes e práticas diante das suas realidades de APS, representou momento importante de construção do conhecimento para a APS e para o SUS. De um lado, temos o conhecimento acadêmico provendo evidências e material bibliográfico aos alunos no decorrer dos módulos do curso e na construção dos projetos, no intuito de dar sustentabilidade teórica e científica durante o aprendizado. De outro, a experiência prática dos executores das políticas de saúde, dos próprios participantes, oriundos das diferentes esferas de governo, defrontando-se com os conflitos gerados em sala de aula e tendo de fazer integração com a realidade teórico-prática nos diferentes níveis de gestão.

Esse processo instrumental teve como resultado os mais de 40 projetos espalhados pelos quatro estados participantes, trabalhos estes prontos para serem implementados, aperfeiçoados, criticados e avaliados pelos próprios participantes, que são também gestores estaduais e municipais. Esse movimento cria a possibilidade de rede de apoio para continuidade dos projetos.

\_\_\_\_\_ **Objetivo 2. Reestruturar o planejamento, a alocação de recursos e a prestação de serviços em todos os níveis de gestão, refletindo os princípios e os valores da APS, incorporados ao SUS (equidade social, igualdade de gênero e etnia).**

Aspecto inovador introduzido no projeto refere-se à utilização de recursos financeiros pelos próprios alunos, disponibilizados diretamente aos profissionais, que, organizados em grupos, aprenderam na prática a considerar esse importante recurso. Os recursos financeiros foram usados não só para

ajudar na implantação/implementação dos projetos, mas também no desenvolvimento da cultura de uso de recurso público, de acordo com as bases legais estabelecidas. A expectativa era de que os alunos aprendessem a compartilhar as suas responsabilidades técnicas, mas também financeiras, para poderem ter visão geral do processo de gestão de um projeto.

Outro aspecto positivo foi que os profissionais aprenderam a utilizar o ML como ferramenta de planejamento. Para os participantes, foi possível, por meio do ML, definir prioridades e alocar todos os recursos disponíveis, até mesmo financeiros.

A exigência de que os projetos apontassem para as questões de gênero, etnia/raça foi outro fator primordial para a construção dos projetos. Esta especificidade propiciou discussão entre os alunos que tinham de articular seus conhecimentos técnicos a essas questões. A necessidade de construir indicadores de gênero, etnia, entre outros, foi resgate importante desses temas, trazendo à tona questões de diferentes grupos populacionais, assuntos estes que são muitas vezes marginalizados e diluídos no contexto da população e, conseqüentemente, da prática dos profissionais. O resgate do valor histórico e cultural da população mediante um prisma de intervenção mais adequada por partes das equipes de APS foi um dos grandes destaques desse projeto.

\_\_\_\_\_ **Objetivo 3. Melhorar a qualidade e a utilização da informação disponível em todos os níveis do sistema da APS (desde a comunidade até o nível federal).**

O curso proporcionou o retorno desses profissionais-alunos às suas SES e SMS de origem com o intuito de procurar nas diversas áreas técnicas indicadores para seus trabalhos. Visitando a sala de epidemiologia; buscando informações sobre doenças crônicas no seu nível local ou mesmo da sua própria Equipe de Saúde da Família (ESF); consultando outras áreas técnicas que não estariam diretamente envolvidas nas causas básicas dos problemas escolhidos para o curso; integrando informações de diferentes esferas na tentativa de problematizar seu projeto de intervenção em uma perspectiva nacional voltada ao universo da comunidade, foi possível construir projetos adequados à realidade local.

\_\_\_\_\_ **Objetivo 4. Reforçar e diversificar as relações e a troca de conhecimentos entre Brasil e Canadá.**

A participação de todos os parceiros brasileiros em diversos momentos do projeto permitiu o reforço das relações institucionais entre estes, abrindo perspectivas para futuros projetos. A participação de Médicos de Família canadenses em eventos no Brasil proporcionou momento de valorização do profissional médico da APS brasileira, entendendo que o médico de família tem papel importante dentro da categoria médica, como uma especialidade especialmente constituída para exercer as suas funções na comunidade. Como resultado dessa relação de reconhecimento, aconteceram cursos para médicos/profissionais de saúde no campo da APS.

#### **6.4 DESCRIÇÃO DA AVALIAÇÃO PARA A PREMIAÇÃO**

O processo de avaliação dos projetos locais foi constituído basicamente de duas diferentes abordagens. A primeira foi uma abordagem formativa e processual que aconteceu durante todo o curso e na implantação dos projetos. A segunda foi uma abordagem somativa que culminou na premiação dos projetos com melhor desempenho em suas diversas fases. Nesse momento, descreveremos essa segunda abordagem que culminou na seleção dos projetos que seriam apresentados em Toronto, no Canadá, em outubro de 2010.

Apesar de esse relato ser sucinto e pragmático, não comportando descrição extensa de marco teórico-avaliativo, julgou-se ser importante indicar fatores que modelaram o processo de avaliação apresentado, como parte do planejamento global do projeto.

Um dos desafios no planejamento e na implantação de projetos é a manutenção da motivação da(s) equipe(s) e dos participantes no desenvolvimento destes. O manejo e a gestão de projetos em saúde no sentido do reconhecimento do desempenho podem ser feitos com mecanismos agrupados em duas categorias caracterizadas: 1) pela adoção de mecanismos punitivos quando não se alcança o resultado esperado; 2) pelo reconhecimento e pela premiação pelo alcance dos resultados, com estímulos positivos. Essas categorias poderiam ser aplicadas do lado da demanda pelos serviços (usuários) ou do lado da oferta dos serviços (equipes ou serviços).

Normalmente, os projetos utilizam um *mix* de mecanismos e não um dos grupos exatamente.

No Projeto AGAP, os profissionais em treinamento foram os demandantes e os ofertantes foram CONASS/SES, DAB/MS e Universidade de Toronto. Do lado dos ofertantes, uma série de mecanismos foi utilizada como parte de um processo global de avaliação formativa, que permitiu adaptações do curso e do monitoramento de forma contínua. O *feedback* das avaliações de cada módulo, por exemplo, permitiu o aprimoramento das estratégias para os próximos estados de forma constante.

Do lado dos demandantes, optou-se por mecanismo de motivação positivo: premiar as equipes com melhor desempenho em cada estado com a apresentação de seu trabalho em Toronto ao fim do curso. A avaliação para a premiação foi feita por meio de seis critérios com pesos e instrumentos de medida distintos, conforme descrito a seguir:

**a.** Participação no curso

Correspondendo a 10% do valor total da avaliação. Todos os componentes do grupo devem ter participado presencialmente de todos os módulos do curso. Instrumento de medida – lista de presença diária de cada módulo.

**b.** Avaliação final do projeto escrito, incluindo ML, cronograma e orçamento

Correspondendo a 25% do valor total da avaliação. Instrumento de medida – projetos escritos.

**c.** Planilhas de monitoramento da implantação e reuniões presenciais durante implantação

Correspondendo a 10% do valor total da avaliação, foi avaliado pelo cumprimento dos prazos de envio e pela qualidade do preenchimento dos conteúdos.

**d.** Avaliação do grau de implantação até junho de 2010

Correspondendo a 25% do valor total da avaliação, analisou as estratégias propostas no ML comparadas à porcentagem das estratégias implantadas e avaliadas.

**e.** Apresentação no seminário nacional em julho de 2010

Correspondendo a 25% do valor total da avaliação, esse critério foi dividido em dois componentes: um artigo e uma apresentação. O primeiro descreve e analisa a implantação do projeto, correspondendo a 15% do

valor total. Para isso, cada avaliador recebeu todos os dez trabalhos de um estado para avaliar, segundo critérios descritos anteriormente, sendo designados dois avaliadores para cada estado. Além dos dois avaliadores, uma terceira avaliação foi feita, focando nas questões referentes a gênero e etnia. A nota final foi uma média simples das três notas com um valor de 15 pontos.

A avaliação da apresentação oral do projeto no seminário nacional, correspondendo a 10% do valor total, foi feita segundo os critérios pré-estabelecidos, por uma banca de cinco avaliadores. A nota final foi uma média simples de três avaliadores, sendo descartadas a melhor nota e a pior. A apresentação valia 10 pontos.

#### **e.1 Trabalho escrito**

Nesse texto, a equipe relatou sua experiência na implantação do projeto até junho de 2010, de forma sistemática, conforme a seguinte estrutura: o artigo inicia-se com um resumo de 250 palavras seguido por um texto de 2.500 palavras, com o enfoque na descrição de como ocorreu a implantação do projeto quanto às dificuldades encontradas e como elas foram superadas; as fortalezas; o que foi planejado e não deu certo; e as situações inesperadas.

O artigo foi orientado pelos seguintes itens:

- Definição do problema, com apresentação de evidências (incluir os dados utilizados para demonstrar a relevância do problema); breve discussão das suas principais causas; “carga” (implicações e consequências); importância de intervir. Comentar a distribuição e as implicações do gênero e da etnia (se esta informação for conhecida).

- Apresentação do(s) objetivo(s) do projeto e da meta.

- Descrição do contexto: caracterizar brevemente o município/território onde o projeto foi implantado, a população-alvo, os serviços de saúde locais, a rede de serviços local/municipal, os atores principais no setor saúde e demais setores. Mencionar a articulação entre a APS e os demais pontos da rede de serviços de saúde, relacionados à resolução do problema.

- Descrição do plano de ação (intervenção): as estratégias implantadas e aquelas por implantar e os aspectos relevantes do processo de implantação. Comentar as aplicações práticas dos conhecimentos teóricos adquiridos, os esforços e os desafios para institucionalizar o projeto, a influência

deste nas políticas locais de saúde, os obstáculos e as soluções criativas aplicadas. Mencionar os próximos passos.

- Apresentação dos resultados: apresentar os resultados de processos e impacto (se houver); comentar os resultados esperados e não esperados; apresentar os indicadores de avaliação.

- Conclusão e recomendações: comentar o potencial de aplicação dessa experiência em outros contextos, nacional e internacional.

#### **e.2** Apresentação oral

Esse exercício fez parte da avaliação da capacidade de síntese dos pontos essenciais do trabalho do grupo e deveria conter os elementos-chave do trabalho escrito. Sugere-se que a apresentação contenha de um a três eslaides para cada tópico de um a seis, com no máximo 12 eslaides (exce-tuando título e nome dos participantes). Foi solicitado que a apresentação fosse clara e didática. A apresentação foi limitada ao tempo estabelecido de 15 minutos, e exceder o tempo significou perda de pontos.

#### **f.** Criatividade e inovação

Correspondendo a 5% do valor total da avaliação, esse critério ava-liou: a participação no *site* do projeto; o uso de “frases da semana”; a produ-ção de materiais, como camisetas, *banners* e peças promocionais; a criação de logomarcas e nome para o projeto; o uso de recursos de mídia, como entrevistas, *spots* de rádio e *blog*; e o uso de criatividade em estratégias convencionais e inovadoras.

## 6.5 PROMOÇÃO DA EQUIDADE EM GÊNERO E ETNIA/COR NOS PROJETOS DE INTERVENÇÃO

Um dos pilares do Projeto AGAP foi a discussão dos condicionantes sociais da equidade em saúde. Em relação às categorias Gênero e Etnia/Cor, o Projeto AGAP acompanhou as políticas definidas pelos documentos nacionais de promoção de equidade de gênero, bem como políticas promotoras de igualdade racial; documentos estes formulados a partir da mobilização da sociedade organizada.

Assim, para a formulação das estratégias de promoção da equidade nos projetos desenvolvidos no âmbito do Projeto AGAP, foram dados os seguintes passos:

- a. Levantamento extensivo das políticas nacionais em vigor;
- b. Levantamento extensivo das ações concretas de combate ao racismo, ao sexismo e às demais práticas discriminatórias, no âmbito das ações de saúde da família (com prioridade às atividades desenvolvidas nos últimos cinco anos);
- c. Preparação de conteúdo teórico preliminar a ser anexado ao conteúdo geral ministrado no M I dos treinamentos.

A reflexão em torno desse tema considerou que a instituição de saúde pode produzir desigualdades de gênero e étnico-raciais; que os trabalhadores que compõem o quadro de funcionários dos serviços de saúde, sujeitos que dão vida e fazem a instituição “funcionar como tal”, somente poderão pensar em mudanças se refletirem sobre suas práticas, buscando compreender o impacto sociocultural de suas atitudes e comportamentos.

A partir de cuidadosa avaliação sobre a realidade local dos estados, foi feita uma rearticulação do conteúdo a partir de alguns fatores, como, por exemplo, de que: (a) no senso comum, o entendimento de que no planejamento das ações de saúde não é considerada a preocupação com a promoção da equidade de gênero e étnico-racial; (b) para muitos gestores e profissionais de saúde que participaram do curso AGAP, estes conceitos eram novos e de difícil manejo; e (c) a abordagem das questões de gênero e raça/etnia nos cursos realizados nos quatro estados foi sendo modificada e aperfeiçoada a partir de necessidades identificadas ao longo do trabalho pelos participantes e pela coordenação do projeto, na perspectiva de garantir

a regionalização das ações, priorizando os recursos locais e incentivando o desenvolvimento de cooperação contínua entre a sociedade organizada e a Estratégia Saúde da Família embora mantendo a apropriação dos conceitos gerais necessários à compreensão da problemática da equidade de gênero e etnia/cor.

Preocupados com as questões de igualdade, gênero, cor/etnia, foram explorados os seguintes aspectos no curso:

- a. Identificação das diferenças e das desigualdades entre diferentes homens e diferentes mulheres;
- b. Avaliação das diferenças de oportunidades, necessidades, incentivos e recompensas oferecidas a homens e mulheres de diferentes origens e ancestralidades;
- c. Avaliação da capacidade de as instituições envolvidas na elaboração e na implementação de políticas fazerem avançar os objetivos de igualdade;
- d. Remoção de obstáculos e resistências às iniciativas de mudança para alcançar a igualdade de gênero/raça/etnia.

Na prática, os trabalhos desenvolvidos junto aos 41 grupos incluíram aspectos conceituais: gênero, elementos constitutivos (símbolos, normas e leis, práticas institucionais, subjetividade dos sujeitos) e eixos estruturadores (sexualidade, reprodução, divisão sexual do trabalho, ocupação de espaços público-privados); análise de casos; sexo e gênero como determinantes da saúde – doença; conceito social de raça; inexistência de base biológica para este conceito e importância política de sua discussão; papel do setor saúde na conformação das relações de gênero, raciais e étnicas; atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde que reforçam padrões de desigualdade e iniquidades sociais e na saúde em particular; indicadores de saúde discriminados por sexo e cor, incluindo a articulação dessas categorias com as condições sociais de acesso à renda, à educação, à habitação etc.; análise das desigualdades das condições de vida de homens e mulheres de diferentes origens e os impactos na saúde.

Como produto de um total de 41 projetos, 22 (53,66%) estão relacionados à saúde sexual e reprodutiva; 13 (31,71%), à saúde da criança; 8 (19,51%) fazem referência às doenças transmissíveis (hanseníase e tuberculose); e 5 (12,20%), às crônico-degenerativas (hipertensão e diabetes). O câncer de colo de útero foi o único tema contemplado em todos os estados,

sendo dois projetos no Ceará e dois na Paraíba, totalizando 6 (14,63%) propostas de intervenção.

Considerando como positivo o resultado deste esforço com a apresentação dos projetos de intervenção na perspectiva de gênero, etnia/cor, os participantes do curso tiveram a oportunidade de construir projetos em uma perspectiva de promoção da equidade e de igualdade. No entanto, os projetos, em sua grande maioria, demonstraram que os desafios para se construir serviços mais equânimes e preocupados com essas questões estão apenas em estágios de desenvolvimento, ou melhor, o desafio de colocar tais pressupostos em prática com mais eficiência requer mais investimentos por parte de gestores e profissionais.

**Relação dos Grupos e dos Participantes com seus Respectivos Temas**  
**Selecionados por Estado**

ALAGOAS

GRUPOS	PARTICIPANTES	TEMÁTICA
Grupo 1	Ednalva Maria de Araújo Silva Maria Selma dos Santos Rosa Adélia Arrochelas Paredes Simone Silva Jordão	TEMA: Tuberculose PROBLEMA: Implantação de Estratégias para Redução do Abandono ao Tratamento de Tuberculose no Município de São Miguel dos Campos
Grupo 2	Ana Maria Melo Porto Carmen Nascimento Sandra Canuto Gardênia Santana Maria das Graças Santos	TEMA: Mortalidade por doença do ap. circulatório PROBLEMA: Alta Taxa de Hospitalização por Doenças do Aparelho Circulatório no Município de Porto Calvo - Alagoas
Grupo 3	Bernadete Pereira da Silva Leta Eulina Ferreira Melo Tereza Angélica Lopes de Assis	TEMA: Cárie dental PROBLEMA: Projeto de Intervenção em Saúde Bucal nas Crianças de 0 a 5 anos de Idade no Município de Porto Calvo – AL, no ano de 2010: Baseado em Evidências
Grupo 4	Juliêta Trindade de Gusmão Maria Betânia Silva Maria Lucia Albuquerque Mirindiba Viviane Pereira Silva	TEMA: Gravidez na Adolescência PROBLEMA: Estratégias Inovadoras na Redução da Gravidez na Adolescência no Município de Teotônio Vilela, Alagoas, Brasil, 2009
Grupo 5	Cláudia Cerqueira de Araújo Hilzonete de Abreu Araújo Rejane de Oliveira Melo	TEMA: Mortalidade infantil PROBLEMA Maravilha em Prol da Vida :Proposta de Intervenção para Redução da Mortalidade Pós Neonatal por causas evitáveis no Município de Maravilha
Grupo 6	Helga Maria Teixeira Cassiano Jean Lúcia dos Santos Maria Amália de Alencar Lima Maria do Socorro Marques Luz Oneide Regina Cândido	TEMA: Mortalidade infantil PROBLEMA: Projeto de Redução do Alto Índice de Mortalidade Infantil Devido à Deficiência de Adequado Controle Assistencial Durante o Período Gravídico no Município de Maceió
Grupo 7	João Carlos de Melo Araújo José Humberto Belmino Chaves Jose Sival Clemente da Silva Suetônio Queiroz de Araújo	TEMA: Câncer de colo uterino PROBLEMA: Implementação das Ações de Prevenção e Controle do Câncer do Uterino em uma Unidade de Saúde na Cidade de Marechal Deodoro – Alagoas – Brasil
Grupo 8	Berto Gonçalo da Silva Elizabeth Toledo Lima de Aguiar Marcos César Martins de Castro Maria da Conceição Carneiro Pessoa de Santana	TEMA: Depressão em homens aposentados PROBLEMA: Projeto de Acompanhamento e Prevenção da Depressão em Idosos Aposentados Cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde em Maceió - AL

GRUPOS	PARTICIPANTES	TEMÁTICA
Grupo 9	Cleia Maria Nobre Santos Katia Betina Rios Silveira Maria do Socorro Medeiros Lima Myrna Pimentel Ribeiro Villas Boas	TEMA: Gestação na adolescência PROBLEMA: Alta Prevalencia de Gravidez na Adolescência no Município de Flexeiras - AL
Grupo 10	Daniely da Silva Rodrigues Maria Lucia de Oliveira Barbosa Julia Maria Fernandes Tenório Levino Walkiria Taveiros	TEMA: Sífilis Congênita PROBLEMA: Redução da Sífilis Congênita: Uma Proposta de Intervenção na Atenção Primária a Saúde
Grupo 11	Maria Rita Webster de Moura Neyla Neves dos Anjos B. de Almeida Sônia de Moura Silva Vera Lucia Oliveira Costa	TEMA: Sisprenatal PROBLEMA: Projeto Gerando Saúde: Ampliando e Qualificando a Assistência a Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal do Município de São Luiz do Quitunde-AL

#### CEARÁ

GRUPOS	PARTICIPANTES	TEMÁTICA
Grupo 1	DESFEITO	
Grupo 2	Maria Rocineide Ferreira da Silva Maria Vilma Neves de Lima Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante	TEMA: Tuberculose – Fortaleza PROBLEMA: Anônimos (as) Serão? Enfrentando o Abandono do Tratamento da Tuberculose por Usuários do Sistema de Saúde de Fortaleza na Secretaria Executiva Regional 1
Grupo 3	Sheila Maria Santiago Borges Daniela Sousa Feitoza Roberta Alves Sousa	TEMA: Tuberculose – Itapipoca PROBLEMA: Baixa Taxa de Detecção da Tuberculose no Município de Itapipoca – CE: Medidas de Intervenção na Atenção Primária a Saúde
Grupo 4	Kilma Wanderley Lopes Gomes Julieta Nársia Pontes Fernanda Cristina Castelo Raimundo Augusto Martins Torres	TEMA: Hanseníase – Fortaleza PROBLEMA: Qualificação da Atenção Primária em Saúde para o Controle da Hanseníase: Que Manchas Queremos Enxergar?
Grupo 5	Vicente Paulo Teixeira Pinto Maria de Fátima Feitosa Francelino Maria do Socorro Carneiro Linhares	TEMA: Hanseníase – Sobral PROBLEMA: Projeto de Qualificação do Diagnóstico de Hanseníase na Atenção Primária à Saúde Sobral - Ceará
Grupo 6	Carmen Rita Giffoni Dennis Moreira Gomes Rui Darlan Gonçalves(Manter Rui Darlan)Maria Veraci Oliveira Queiroz	TEMA: Mortalidade materna – Acaraú PROBLEMA: Elevada Taxa de Mortalidade Materna no Município de Acaraú – CE

GRUPOS	PARTICIPANTES	TEMÁTICA
Grupo 7	Clara Maria Nântua Evangelista Riskberg Leite Cabral Sheila Cirino Câmara Luciene Maria Holanda Gadelha Juliana Camilo Ciriaco Garcia de Souza Neto Márcia Lessa	TEMA: Sífilis congênita – Maracanaú PROBLEMA: Sífilis Congênita no Município de Maracanaú – Ceará : Uma Proposta de Gestão Compartilhada
Grupo 8	Glaudes da Costa Lima Sucupira Ana Maria Barreto de Araujo Couto Mercia Marques Jucá Maria Darcylene de Sousa Feitosa Dayselane Maria Garcias de Araujo Tavares Fabiana de Sousa Alves Marcia Rejane Rodrigues Martins Ferreira	TEMA: Prevenção de câncer de colo de útero – Microrregional de Juazeiro PROBLEMA: Baixa Cobertura do Número de Exames Citopatológicos Cérvico-Vaginal entre 25 e 59 anos no Município de Caririçu
Grupo 9	Sandra Solange Leite Campos Maria Imaculada Ferreira da Fonseca Aline Maria Alencar de França Maria de Lourdes Coelho Alencar Barreto	TEMA: Doenças do aparelho circulatório/H/A – Crato PROBLEMA: Redução da Taxa de Internação Hospitalar por Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus no Município de Crato –CE no período de 2010 a 2012
Grupo 10	Maria do Carmo Rodrigues Soares Katia Maria Ferrer Azevedo Luisa Maria Oliveira Pinto Dina Cortez Lima Feitosa Vilar Teresa Cristina Arruda	TEMA: Doenças do aparelho circulatório/H/A – Nova Russas PROBLEMA: Prevenção da Hipertensão e do Diabetes por meio da Adoção de Estilos de Vida Saudável e da Promoção da Saúde
Grupo 11	Dalila de Nazaré Vasconcelos dos Santos Maria Paula Pinto Quintanilha Veloso Violeta Maria Soares Figueiras Maria das Graças Ferreira Santos Diniz	TEMA: Prevenção de câncer de colo cérvico-vaginal – São José do Ribamar, Maranhão PROBLEMA: Projeto de Intervenção para Controle e Tratamento do Câncer de Colo Uterino no Município de São José do Ribamar - Maranhão

GRUPOS	PARTICIPANTES	TEMÁTICA
Grupo 1	Josélia Maria de Queiroz Aureliano Amália Medeiros Formiga Niedja Rodrigues de Siqueira Guilherme Bessa de Oliveira Junior	TEMA: Puericultura PROBLEMA: Baixa cobertura da Puericultura nos Municípios de Esperança e Taperoá – “Olha pra Mim”
Grupo 2	Joelma Greicy F. Lira Ana Fábria de M. R. Farias Damião Kalafange Maria Clarice Pires de Sá	TEMA: Pré-natal PROBLEMA: Projeto de Intervenção para a Ampliação da Qualidade da Atenção ao Pré-Natal no Município de Queimadas - Paraíba
Grupo 3	Renata Barros de A. Mangueira Gladys Moreira Cordeiro da Fonseca Claudia Germana de S Feitosa	TEMA: Pré-natal PROBLEMA: Atenção pré-natal na Rede Básica: A Baixa Cobertura da sua Assistência na Rede de Saúde do Município de Alhandra Paraíba
Grupo 4	Claudia Luciana de Sousa Mascena Veras Maria de Fátima Freitas de Oliveira Sílvia Regina Rodrigues Leite Jane Moraes Barbosa de Freitas Edilene Araujo Monteiro Maria de Fátima Moraes de Carvalho	TEMA: Pré-Natal PROBLEMA: Gênero e Cidadania: Resignificando a Atenção à Saúde da Mulher
Grupo 5	Luennia Kelly A. Rocha Maria da Paz M. Fernandes Maria Vilany de Jesus B. Gomes Rosa Maria da Costa Monteiro Veronica Rangel Arruda Iussef Paiva Silva	TEMA: Mortalidade infantil PROBLEMA: Criança e Gestante: Nascer e Viver com Qualidade em Patos - PB
Grupo 6	Zuleida Barbosa Marcilio Ferreira de Araujo Marta Maria Brasileiro de Lima Jaine Ferreira de Araujo Ana Lucia Costa	TEMA: Idoso PROBLEMA: Alta taxa de Internação por Fratura de Fêmur na População Idosa do Distrito Sanitário III de Campina Grande - PB
Grupo 7	Benalda Pinheiro Lima Cristine Coeli Moreira da Silva Geisa Cristina Pereira Campos Rosete Bezerra Cavalcante Arcoverde Edna de Almeida Gomes Nadja Maria da Rocha Silva	TEMA: Tuberculose PROBLEMA: Desafios das Ações de Controle da Tuberculose na Atenção Primária nos Municípios de Sapé e Santa Rita
Grupo 8	Luana Couto Assis Leitão Liana Maria Costa Gomes Lima	TEMA: Citopatológico PROBLEMA: Unidos Contra o Câncer de Colo de Utero – Campina Grande

GRUPOS	PARTICIPANTES	TEMÁTICA
Grupo 9	Maria Milaneide de Souza Sylvana Claudia de F. Melo Vera Lucia Patrício	TEMA: Saúde mental PROBLEMA: A Baixa Resolutividade das Equipes de Saúde da Família no Cuidado com as Pessoas com Depressão no Município de Cabedelo – PB
Grupo 10	Maria de Fátima Silva Andrade Rosangela Lins Pereira Iraece Lopes Andrade de Araujo	TEMA: Prevenção de câncer de colo uterino PROBLEMA: Não dê Colo ao Câncer de Utero – Areia – PB

PIAUÍ

GRUPOS	PARTICIPANTES	TEMÁTICA
Grupo 1	Maria Auzeni de Moura Fé Rosa Laura Reis Melo Teresa do Carmo de C. Melo Martins	TEMA: Mortalidade materna PROBLEMA: Elevada Razão de Mortalidade Materna no Município de Parnaíba - PI
Grupo 2	Alaíde Alves de Amorim Vera Lúcia Evangelista de Sousa Luz Smithanny Barros da Silva Maria do Socorro Alves Malheiros Dária Maria Bernardes Nogueira Valnecy de Oliveira Melo Robson Xavier da Silva	TEMA: Hanseníase PROBLEMA: Projeto de Qualificação da Vigilância dos Contatos de Hanseníase no Município de Teresina - PI
Grupo 3	Maria Margareth Menezes Neiva Eulálio Line Suzana Nogueira Marreiros Paulo Henrique de A. Lima Filho Lúcia de Fátima Morais Medeiros Milena France Alves Cavalcante Maria do Socorro Nascimento Filha Rita Noélia da Costa e Sousa	TEMA: Gravidez na adolescência PROBLEMA: Projeto MÃE ROSA - BOTÃO Gravidez na Adolescência: Enfrentando os Limites e Ampliando as Possibilidades da Prevenção
Grupo 4	Anacélia Cabral Teixeira Maria Edna Batista Teixeira	TEMA: Aleitamento materno PROBLEMA: Projeto de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo em Alto Longá - PI
Grupo 5	Maria Gorete Lages do Rego Carvalho Lucinete Nunes de Carvalho	TEMA: Hanseníase PROBLEMA: Diagnóstico Tardio de Hanseníase no Município de Barras - PI
Grupo 6	Simone Guerra Moreira Barreto Lívia Regine Miranda Cavalcante	TEMA: Exame citopatológico PROBLEMA: Baixa Cobertura do Exame Citopatológico nas Mulheres entre 25 a 59 anos no Município de Canto do Buriti – PI

GRUPOS	PARTICIPANTES	TEMÁTICA
Grupo 7	Antonia Selma de Brito Patrícia Fonseca C. M. de Carvalho Vânia de Santana Leão Maria Idvani Braga de Araújo Ocimar de Alencar Alves Barbosa Robson da Silva Xavier	TEMA: Mortalidade infantil PROBLEMA: Alto Número de Óbitos Fetais e Infantis no ano de 2008 no Município de Guadalupe - PI
Grupo 8	Maria Goretti da Silva Pereira Ana Maria de Araújo Dias Heliosana Virtudes Barbosa Adalgenice Cardozo de Melo Leidimar Barbosa de Alencar Suzana Alexandrino Nogueira Pereira	TEMA: Internação em menores de cinco anos PROBLEMA: Redução das Internações por Doenças Diarréicas e Infecção Respiratória Aguda no Município de Floriano – PI
Grupo 9	Roseane Luz Moura Nilza Machado Becker Maria Luciene Feitosa Rocha Mônica da Silva Pinto Cronemberger	TEMA: Hipertensão arterial PROBLEMA: Baixa Detecção de Hipertensão Arterial no Município de São Francisco do Piauí
Grupo 10	Mamede Quaresma de Carvalho Edvar Alves do Nascimento Maria Ivonete P. Sousa	TEMA: Hipertensão arterial PROBLEMA: Subnotificação de Hipertensão Arterial no Município de Cajazeiras – PI



## Anexo II

# Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde – Projeto AGAP – Paraíba

### Orientações para a atividade # 1, a ser realizada antes do início do curso

---

#### \_\_\_\_\_ Atividade # 1 – Escolha de 3 Problemas de Saúde

Como atividade prévia ao Curso, cada participante deverá identificar três problemas de saúde de seu contexto de trabalho (estadual, regional/ou municipal/local) e priorizá-los. Os problemas devem ser relativos à Atenção Básica/Atenção Primária/Saúde da Família.

Um dos 3 problemas será selecionado para que seja desenvolvido um projeto e realizada uma intervenção, durante o decorrer do Projeto AGAP, visando a melhorias no problema identificado.

No primeiro dia do Curso, **cada participante fará uma apresentação de 5 minutos em *power-point***. A apresentação deverá ser feita com no máximo **3 eslaides**.

- ESLAIDE 1 – Identificação do participante: nome, instituição a que pertence, função;
- ESLAIDE 2 – Os 3 problemas selecionados
- ESLAIDE 3 – Imagens demonstrando a importância dos problemas selecionados.



# Anexo III

## Cooperação Internacional para o Fortalecimento da Atenção Primária à Saúde Brasil – Canadá

### Curso de Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde

---

#### \_\_\_\_\_ Avaliação do Curso pelos Participantes (os 4 módulos)

Caros Colegas,

Gostaríamos de solicitar sua cooperação no preenchimento deste questionário, que integra a avaliação do curso. Temos o objetivo de conhecer e documentar a efetividade deste programa e conhecer em que medida suas expectativas foram alcançadas ou não. Seus comentários nos ajudarão a aperfeiçoar o programa. Toda a informação que nos for entregue é confidencial.

Muito obrigado!

Este questionário considera os seguintes aspectos:

1. Os conteúdos do curso;
2. As estratégias de ensino-aprendizagem;
3. O material didático, as apresentações, os professores/facilitadores, o apoio aos grupos de trabalho;
4. A estrutura do curso: 4 módulos de 2-3 dias com períodos de dispersão/ação de 4-6 semanas;
5. O desenvolvimento do projeto e intervenção a problemas de saúde;
6. O alcance dos objetivos, o nível de satisfação e alcance das expectativas dos participantes.

Por favor, assinale uma opção no quadro abaixo, utilizando o conceito que melhor expressa sua opinião

EXCELENTE	MUITO BOM	BOM	REGULAR	FRACO
E	MB	B	R	F

#### QUADRO 1 Conteúdos do curso

a) Como você avalia os conteúdos do curso em termos da relevância em ajudá-lo a desenvolver o conhecimento e as habilidades para trabalhar no projeto?	E	MB	B	R	F
b) Como você avalia os conteúdos do curso em termos da relevância em ajudá-lo a fazer mudanças na sua prática profissional?	E	MB	B	R	F
c) Como você avalia a relevância de cada um dos seguintes tópicos:	E	MB	B	R	F
- Atenção Primária à Saúde /Atenção Básica					
- Decisões Baseadas em Informação de Qualidade (Evidências)	E	MB	B	R	F
- As fontes de evidências	E	MB	B	R	F
- O uso de indicadores para avaliar intervenções em saúde	E	MB	B	R	F
- Trabalho em equipe	E	MB	B	R	F
- Equidade de gênero e etnia	E	MB	B	R	F
- Os princípios da educação de adultos	E	MB	B	R	F
- O plano de ação, utilizando-se modelos lógicos	E	MB	B	R	F

Por favor, assinale uma opção no quadro abaixo, utilizando o conceito que melhor expressa sua opinião:

EXCELENTE	MUITO BOM	BOM	REGULAR	FRACO
E	MB	B	R	F

**QUADRO 2 As estratégias de ensino-aprendizagem, material didático, professores/facilitadores**

a) As estratégias de ensino-aprendizagem: apresentações teóricas curtas, trabalho em pequenos grupos, trabalho em grande grupo	E	MB	B	R	F
b) O desenvolvimento do projeto de intervenção	E	MB	B	R	F
c) O apoio aos grupos durante os módulos	E	MB	B	R	F
d) A quantidade de trabalho entre os módulos	E	M	B	R	F
e) A supervisão/apoio para o desenvolvimento do seu projeto	E	MB	B	R	F
f) O balanço entre teoria e prática	E	MB	B	R	F
g) A estrutura do curso: 4 módulos de 2-3 dias / períodos de dispersão	E	MB	B	R	F
h) A qualidade do material impresso do curso	E	MB	B	R	F
i) A quantidade de material disponibilizado	E	MB	B	R	F
j) A utilidade dos textos de apoio para o seu trabalho	E	MB	B	R	F
k) O conhecimento dos professores sobre o tema	E	MB	B	R	F
l) A clareza das palestras/aulas expositivas	E	MB	B	R	F
m) A qualidade das discussões em pequenos grupos	E	MB	B	R	F

Por favor, assinale uma opção no quadro abaixo, utilizando o conceito que melhor expressa sua opinião:

Não melhorou nada	Melhorou um pouco	Melhorou muito
1	2	3

**QUADRO 3 Em que medida o curso MELHOROU SEU CONHECIMENTO nos seguintes tópicos:**

Atenção Primária à Saúde	1	2	3
Decisões baseadas em evidências	1	2	3
Busca e uso de evidências	1	2	3
Uso de indicadores de saúde para avaliar ações e programas de saúde	1	2	3
Trabalho em equipe	1	2	3
Equidade de gênero e etnia	1	2	3
Planejamento de projetos/programas de saúde	1	2	3
Uso de modelos lógicos para o planejamento de ações e programas de saúde	1	2	3

**QUADRO 4 Em que medida cada um dos seguintes tópicos MELHOROU SUA CAPACIDADE DE FAZER MELHORIAS NA SUA PRÁTICA PROFISSIONAL:**

Organização da Atenção Primária à Saúde	1	2	3
Decisões baseadas em evidências	1	2	3
Busca e uso de evidências	1	2	3
Uso de indicadores de saúde para avaliar ações e programas de saúde	1	2	3
Trabalho em equipe	1	2	3
Equidade de gênero e etnia	1	2	3
Planejamento de projetos / programas de saúde	1	2	3
Uso de modelos lógicos para o planejamento de ações e programas de saúde	1	2	3

Por favor, assinale uma opção nas questões abaixo, utilizando o conceito que melhor expressa sua opinião:

Não melhorou nada	Melhorou um pouco	Melhorou muito
1	2	3

**QUADRO 5 Por favor, indique em que medida o curso alcançou OS OBJETIVOS PREVIAMENTE ESTABELECIDOS PARA O PROJETO CIDA-APS:**

a) Gestores e gerentes ligados à Atenção Básica/APS apreendam e incorporem na prática: (1) o entendimento do que consiste a APS como estratégia de reorganização dos sistemas de saúde; (2) os fundamentos de um sistema de saúde baseado na APS; e (3) as características da APS que podem levar à condição de um sistema de saúde mais eficaz, eficiente, satisfatório à população e mais equânime, mesmo diante das condições de adversidade social tal como é identificado no Brasil	1	2	3
b) Amplie-se e consolide-se o conhecimento de gerentes sobre monitoramento e avaliação de ações e serviços de saúde	1	2	3
c) Desenvolva-se a prática de tomar decisões baseadas em evidências, utilizando-se o monitoramento de indicadores de saúde para identificar problemas/áreas prioritárias de atuação, planejar, desenvolver e avaliar intervenções	1	2	3
d) Desenvolvam-se relações integrativas entre as diferentes áreas técnicas ligadas à APS (Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde da Família, etc.), possibilitando melhor coordenação de planos e ações em saúde	1	2	3
e) Desenvolvam-se relações colaborativas entre os diversos níveis de gestão (estadual/regional/municipal/federal) e equipes de saúde	1	2	3
f) Valorizem-se, utilizem-se e qualifiquem-se as bases nacionais de dados em saúde, em todos os níveis do sistema, importante fonte de informações sobre o estado de saúde da população e de aspectos da estrutura e dos processos do sistema de serviços de saúde	1	2	3
g) Desenvolvam-se habilidades de planejar e desenvolver/gerenciar intervenções a problemas de saúde com efetivo uso dos recursos capitais e humanos, avaliando as intervenções	1	2	3
h) Desenvolvam-se mecanismos de transferência de conhecimento e incorporação contínua de novas metodologias e conhecimentos em APS, em especial a disponibilização e o uso de evidência de práticas efetivas no nível local e nas equipes de saúde	1	2	3
i) Implanta-se a gestão baseada em resultados	1	2	3
j) Reforcem-se a identidade como profissional da Atenção Primária e o desenvolvimento de um sentimento de orgulho e confiança no papel que desempenha no sistema de saúde do país	1	2	3
k) Transformem-se em agentes em defesa da APS (advocacia) e da valorização política da APS	1	2	3

P1. Você acrescentaria algum tópico/conteúdo ao curso? Se sim, qual?

P2. Você gostaria de fazer algum outro comentário sobre os conteúdos do curso?

P3. Que sugestões você teria para aperfeiçoar o Curso?

P4. Que aspectos do Curso mais contribuíram para o seu aprendizado?

P5. Que aspectos do Curso atrapalharam o seu aprendizado?

P6. As suas expectativas para este curso se cumpriram? Por favor, comente.

Sim	Não	Parcialmente	Total

P7. Qual o seu nível de satisfação com o Curso?

Satisfeito	Muito satisfeito	Neutro	Não satisfeito	Total

P8. Que sugestões você daria para melhorar o curso

P9. Outros comentários:

Muito obrigado!

## SEÇÃO III

---

---

## 7. O Relato dos Projetos

---



Para elaboração desta seção, o CONASS fez um convite aos grupos para que os projetos fossem publicados em um *CONASS Documenta*, de forma que todos tivessem a oportunidade de publicar seus trabalhos.

A seguir, apresentamos as intervenções daqueles que puderam atender ao nosso chamado, lembrando que não são artigos com rigor acadêmico: são intervenções realizadas por profissionais de saúde que estão atuando no nível local e que passaram quase três anos exercitando a prática de trabalhar, estudar, pesquisar e descrever suas experiências.

Os trabalhos aqui apresentados estão publicados em ordem alfabética, por estado e por municípios do estado, e no caso de mais de um projeto de um mesmo município, por ordem alfabética do projeto; seu conteúdo e forma de apresentação são de responsabilidade dos autores.

## 7.1 ALGUNS PROJETOS IMPLANTADOS

### 7.1.1 OS PROJETOS DE ALAGOAS

IDENTIFICAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO EM IDOSOS APOSENTADOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, EM MACEIÓ – ALAGOAS

n.22  
*Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP*

---

Berto Gonçalo da Silva  
Elizabeth Toledo Lima de Aguiar  
Marcos César Martins de Castro  
Maria da Conceição Carneiro Pessoa de Santana

#### \_\_\_\_\_ Introdução

Em 1990, a depressão foi considerada pela Organização Mundial da Saúde a quarta causa específica de incapacitação social comparativamente a outras doenças. A previsão para 2020 é que ocupe a segunda colocação em países desenvolvidos e a primeira nos países em desenvolvimento (MURRAY; LOPEZ,1997).

Este transtorno psiquiátrico aumenta de forma relevante com o passar da idade, porém não faz parte do processo de senescência. A depressão em idosos tem sido subdiagnosticada e permanece não tratada, levando à incapacitação em grau elevado e ao prejuízo funcional, com riscos aumentados de hospitalização e maior utilização dos serviços médicos (UNUTZER, 2002). Todos esses fatos tornam a depressão em idosos um problema de saúde pública que nos leva a pensar na importância de se identificar grupos de risco e tratá-los preventivamente (SMIT; EDERVEEN, 2006).

A aposentadoria tem sido percebida como um momento crítico para muitos idosos, causando uma descompensação da atividade rotineira, originando, na maioria dos casos, transtornos psicológicos, entre eles a depressão (CARVALHO; FERNANDEZ, 1996). As taxas de suicídio em idosos são duas vezes maiores que na população geral (UNUTZER, 2002).

Maceió é a capital do estado brasileiro de Alagoas, localizada no Nordeste do país. Tem população de 936.314 habitantes (2008) e território de, aproximadamente, 511 km<sup>2</sup>. Integra, com outros dez municípios, a Re-

gião Metropolitana, somando um total de cerca de 1,1 milhão de habitantes (IBGE/2007). O Vale do Reginaldo, área de atuação da Unidade Básica de Saúde Reginaldo, possui 23.411 habitantes e é o reflexo da desorganizada expansão de Maceió. A unidade tem 968 famílias cadastradas na equipe que executou o projeto (equipe 2), atende mensalmente a uma média de 107 homens acima de 60 anos, sendo 50 idosos acamados cadastrados.

O projeto foi implantado com o objetivo de acompanhar a depressão em 100% dos idosos aposentados da área de abrangência da unidade, fornecendo ferramentas à equipe para a identificação e a prevenção da problemática.

A escolha do sexo masculino deu-se pelo conhecimento de que enquanto a mulher tem maior probabilidade de se tornar incapacitada, o homem tem de morrer. Evidências mencionam que mulheres idosas têm maior probabilidade de admitir e verbalizar seus sentimentos disfóricos que os homens. Estes tendem a negar seus sentimentos ou a utilizar recursos como o alcoolismo e as tentativas de suicídio (LINHARES *et al.*, 2003).

#### \_\_\_\_\_ Resultados Obtidos e Esperados

Por meio da análise estatística dos dados coletados durante as visitas domiciliares, utilizando-se como instrumento uma escala de uso livre mundial, a Escala de Depressão Geriátrica em versão reduzida de Yesavage (GDS-15), constatou-se que 33,3% dos idosos cadastrados apresentavam sintomas sugestivos de depressão. Os dados foram apresentados aos gestores dos âmbitos estadual e municipal e à equipe, que referiram a importância de transformar a escala em instrumento permanente de detecção da depressão pelos agentes comunitários de saúde.

Mediante o conhecimento da capacidade e das dificuldades da equipe em lidar com a temática, foi possível instrumentalizar os profissionais para o acompanhamento dos idosos deprimidos e elaborar um plano de acompanhamento e prevenção da depressão. Instalou-se um computador na unidade para criação de um banco de dados personalizado para realização do registro de dados relacionados à temática do projeto, facilitando o acompanhamento dos casos detectados. A inserção de profissionais com experiência no manejo da depressão em idosos facilitou a realização do diagnóstico precoce e devido acompanhamento dos casos de depressão pela equipe.

Nos encontros com os idosos, foi ofertada a oportunidade de obterem informações sobre cuidados com a saúde, bem como foram geradas condições de lazer e cultura. Foi resgatada a importância da ocupação com finalidade de estimular o idoso para a vida e as atividades, resgatando a vontade de viver, tornando a velhice mais ativa e saudável.

### \_\_\_\_\_ Conclusão

Por meio da execução do projeto, verificou-se a importância de uma mudança de cuidado/tratamento direcionado à aplicação da avaliação multidimensional para o idoso, a fim de poder-se identificar e tratar a depressão, tanto mais precocemente quanto o mais adequadamente possível, além de buscar alternativas para contribuir na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

Constatou-se que a equipe passou a considerar importante e a realizar o acompanhamento da depressão em idosos, prática não realizada antes da implantação do projeto. Os sintomas depressivos passaram a ser reconhecidos precocemente pelos profissionais de saúde, que referiram a possibilidade da sustentabilidade do projeto.

### \_\_\_\_\_ Referências Bibliográficas

CARVALHO V. F. C.; FERNANDEZ M. E. D. Depressão no idoso. In: NETTO, M. P. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996, p. 160-173.

LINHARES C. R. C. *et al.* Perfil da clientela de um ambulatório de geriatria do Distrito Federal. *Psicol. Reflex. Crit.*, v. 16, n. 2, p. 319-326, 2003.

MURRAY C. J.; LOPEZ A. D. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 17, vol. 349, n. 9.063, p. 1.436-42, 1997.

SMIT F.; EDERVEEN A. *et al.* Opportunities for cost-effective prevention of late-life depression: an epidemiological approach. *Arch Gen Psychiatry*, vol. 63, n.3, p. 290-6, mar. 2006.

UNUTZER J. Diagnosis and treatment of older adults with depression in primary care. *Biol Psychiatry*, vol. 52, n. 3, p.285-92, aug. 2002.

PROJETO DE REDUÇÃO DO ALTO ÍNDICE DE MORTALIDADE NEONATAL DEVIDO  
À DEFICIÊNCIA DE ADEQUADO CONTROLE ASSISTENCIAL DURANTE O PERÍODO  
GRAVÍDICO NO MUNICÍPIO DE MACEIÓ – ALAGOAS

Helga Maria Teixeira Cassiano

Jean Lúcia dos Santos

Maria Amália de Alencar Lima

Maria do Socorro Marques Luz

Oneide Regina Cândido

\_\_\_\_\_ **Apresentação do Problema**

A taxa de mortalidade infantil é considerada um bom indicador da qualidade de vida e do *status* de saúde da população por estimar o número de crianças que sobreviverão ao seu primeiro ano de vida. Reflete, ainda, a eficácia das políticas públicas para áreas de saúde, educação, saneamento, bem como geração e distribuição de renda (SOUZA *et al.*, 2008).

A taxa de mortalidade infantil brasileira reduziu-se de 47,5 para 30,6 entre 1990 e 2000, com grandes disparidades regionais, principalmente no que se refere à região Nordeste, cuja taxa era cerca de 50% maior que a média nacional no ano 2000.

Alagoas apresenta uma taxa de mortalidade infantil maior que a do Brasil e do Nordeste, resultante da qualidade de vida, do nível de seu desenvolvimento e do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, porém vem ocorrendo uma queda sensível neste indicador, consequência da conjunção dos esforços dos três níveis de governo e da sociedade civil organizada.

Em Alagoas, as causas mais comuns são: sífilis congênita, isoimunização Rh e ABO do feto ou recém-nascido (RN), desnutrição fetal, crescimento fetal retardado, transtornos relacionados com a gestação de curta duração e o baixo peso ao nascer, feto ou recém-nascido afetado por comprometimento materno e da gravidez, feto ou RN afetado por outras afecções maternas (ALAGOAS, 2009).

No período de 2004 a 2008, os óbitos neonatais em Maceió responderam por cerca de 3/4 da mortalidade infantil (Tabela 1).

**TABELA 1 Número e percentual de óbitos neonatais segundo ano de ocorrência. Maceió, 2004 a 2008**

ANO DE OCORRÊNCIA	ÓBITOS MENORES DE 1 ANO	COEF. DE MORT. INFANTIL	ÓBITOS NEONATAIS		COEF. DE MORT. INFANTIL DS II
			N	%	
2004	311	18,8	225	72,3%	-
2005	336	20,2	236	70,2%	-
2006	282	17,9	198	70,2%	11,50
2007	299	18,8	215	71,9%	16,01
2008	305	19,1	226	74,1%	12,64

FONTE: SIM/SESAU, ACESSO EM 25/3/2009, E SMS/MCZ – COORDENAÇÃO DE ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

Classificando os óbitos neonatais ocorridos em Maceió no período de 2004 a 2008, observou-se o surgimento recente de uma tendência ao aumento da proporção de óbitos neonatais evitáveis por adequado controle da gravidez (Tabela 2). Apesar de dados sujeitos à revisão, observa-se que em 2008 o incremento foi de 58,32% em relação ao ano anterior (38 casos em 2008/24 casos em 2007). Se considerarmos a média do número anual de óbitos neonatais nos anos anteriores (2004 a 2007) que seriam evitáveis por adequado controle da gravidez, seu incremento em 2008 foi de 52%. Os óbitos neonatais do II Distrito Sanitário, entre 2006 e 2008, seguem a mesma tendência.

**TABELA 2 Número e percentual de óbitos neonatais evitáveis por adequado controle da gravidez. Maceió, 2004 a 2008**

ANO DE OCORRÊNCIA	ÓBITOS NEONATAIS	ÓBITOS POR ADEQUADO CONTROLE DA GRAVIDEZ		ÓBITOS POR ADEQUADO CONTROLE DE GRAVIDEZ DO DS II
		N	%	
2004	225	26	11,56%	-
2005	236	25	10,59%	-
2006	198	26	13,13%	16
2007	215	24	11,16%	18
2008	226	38	16,81%	11

FONTE: SIM/SESAU, ACESSO EM 25/3/2009, E SMS/MCZ – COORDENAÇÃO DE ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

A Tabela 3 evidencia o maior número de óbitos neonatais preveníveis por adequado acompanhamento no pré-natal conforme a causa.

TABELA 3 **Número de óbitos segundo a causa (CID 10BR) – 2º Distrito Sanitário – MCZ**

CAUSA (CID 10BR)	2006	2007	2008
092-096 Alg. Afecções Origin. no Período Perinatal	16	18	11
092 Feto e recém-nasc. Afet. Fat. Mat. e Compl. Grave	-	4	2
093 Transt. Relac. Duração Gestação e Cresc. Fetal	1	1	3
095 Trans. Resp. e Cardiovas. Espec. Per. Perinatal	7	8	6
096 Rest. Afec. Originadas no Período Perinatal	8	5	1
097-099 Malf. Congen. Deform. e Anormal. Cromossômicas	3	5	-
097 Malformações Congênitas do Sistema Nervoso	1	1	-
098 Malf. Congênitas do Aparelho Circulatório	1	2	1
099 Rest. de Malf. Cong. Deform. e Anormal. Cromoss.	1	2	1

FONTE: SMS/MCZ – COORDENAÇÃO DE ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

A mortalidade infantil pode ser classificada segundo grupos de causas, entre eles o grupo das causas evitáveis, as quais decorrem de condições que raramente ou nunca deveriam evoluir para óbito, demonstrando deficiência no acesso e na qualidade dos serviços oferecidos à população. Entre as causas evitáveis, as redutíveis por adequado controle da gravidez são decorrentes da deficiência no acesso e/ou na qualidade do pré-natal, causando ausência de diagnóstico precoce e/ou tratamento adequado para agravos que possuem protocolos já instituídos (PEDROSA *et al.*, 2005).

#### \_\_\_\_\_ Apresentação dos Objetivos e da Meta

O projeto de intervenção tem por objetivo qualificar a assistência à mulher no período gravídico, no âmbito do II Distrito Sanitário de Maceió, com a meta de reduzir em 50% a proporção de óbitos neonatais pela categoria “redutíveis por adequado controle da gravidez”, no Distrito Sanitário II de Maceió, no prazo de quatro anos.

Maceió absorve a população que migra de municípios mais pobres, contribuindo para a formação de bolsões de pobreza, realidade comum na

periferia da cidade. As condições de saneamento básico e a coleta de resíduos sólidos são precárias, pois, em 2002, apenas 28% da população era beneficiada. A limpeza urbana atinge 80% da cidade, o abastecimento de água atende a 71%, porém apenas 27% dispõem de esgotamento sanitário.

A rede de serviços de saúde do município está organizada por regiões administrativas, distribuída em oito distritos sanitários, sendo objeto do nosso projeto o II Distrito Sanitário. A escolha levou em consideração as situações citadas anteriormente, além de a sua população apresentar baixa renda, subemprego, renda informal – tendo como fonte de subsistência o comércio informal, a pesca de peixe e crustáceos e o artesanato –, alto índice de analfabetismo e baixa escolaridade.

A rede de atenção básica nesta região compõe-se de sete equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) distribuídas em quatro unidades básicas: Caic Virgem dos Pobres (ESF 26 e 28); USF Tarcísio Palmeira (ESF 4); USF Hélio Auto (ESF 71 e 72); USF Jardim São Francisco (ESF 3 e 5); uma Unidade Básica de Saúde, Dr. Roland Simon, modelo tradicional; e uma unidade de internação hospitalar, Maternidade Paulo Neto, no Centro de Maceió.

#### \_\_\_\_\_ Descrição do Plano de Intervenção

O plano de intervenção para alcance dos objetivos do projeto está composto de quatro estratégias:

1. Analisar a estrutura funcional das Unidades de Saúde do II Distrito Sanitário do município de Maceió onde o projeto está sendo implantado. Foi elaborado um formulário o qual está sendo aplicado para levantamento de informações sobre a disponibilidade de equipamentos e insumos nas UBS para realização do pré-natal.

2. Qualificação dos profissionais de saúde das UBS em pré-natal, por meio da realização de quatro oficinas, sendo já realizada a capacitação com os profissionais de saúde.

3. Educação em saúde para grupos de gestantes. Para viabilidade na implantação desta estratégia, foi realizada uma reunião com uma pessoa integrante da ONG Visão Mundial, que atua na área do II Distrito Sanitário por meio de uma técnica especializada em Educação Popular em Saúde, para

buscar parceria no planejamento e na execução da capacitação dos profissionais de saúde.

4. Identificar a vulnerabilidade dos fatores gênero e etnia na mortalidade neonatal. Foram analisados os bancos de dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (Sinasc) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) de Maceió, referente ao ano de 2008, dos óbitos de menores de um ano, segundo gênero e raça/cor. Verificou-se que, de cada mil crianças nascidas em 2008, 19,6 foram a óbito, havendo uma concentração dos nascimentos tanto do sexo masculino quanto do feminino de cor parda. Em relação à cor preta, tanto para os nascimentos quanto para os óbitos são dados sem expressiva representatividade mediante o universo estudado. No entanto, devem-se ponderar esses dados, visto que os sistemas de informação Sinasc e SIM são de autodeclaração, sujeito a subjetividades.

Considerando a hierarquização entre os princípios da atenção básica, foi um grande desafio que se consolidou com a apresentação do projeto ao gestor municipal da saúde, conseguindo o apoio político da gestão municipal, do Conselho Municipal de Saúde e das Unidades Básicas de Saúde. Outro grande desafio foi a retomada do grupo com a definição de uma coordenação, que atua na mobilização dos membros para promover maior integração e operacionalização das atividades.

#### \_\_\_\_\_ **Conclusão e Recomendações**

A atenção pré-natal adequada pode reduzir a mortalidade neonatal ao detectar e tratar doenças maternas, promover um manejo nutricional adequado à gestante, propiciar vacinação contra o tétano, além de permitir o aconselhamento materno e a detecção precoce de fatores que poderão vir a contribuir para o adoecimento e a morte dos bebês.

Considera-se que o projeto é factível no âmbito nacional e internacional. Entretanto, recomenda-se que haja a liberação e a disponibilidade total dos profissionais de saúde para que, além das aulas presenciais, tenham uma semana mensal disponível para a aplicação do projeto.

---

## Referências Bibliográficas

ALAGOAS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância à Saúde. **Informe sobre mortalidade infantil**, n. 2, Ano II. Maceió: Secretaria de Estado da Saúde, fev. 2009.

BRASIL. Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)/Sesau. **Série histórica de 2004 a 2008**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/obtevit.htm>>. Acesso em 25 mar. 2009.

PEDROSA, L. D. C. O.; SARINHO, S. W.; ORDONHA, M. A. R. Óbitos neonatais: por que e como informar? **Rev Bras Saúde Matern Infant**, vol. 5, n.4, p. 411-418, 2005.

SOUZA, T. R. V.; LEITE FILHO, P. A. M. Análise por dados em painel do status de saúde no Nordeste Brasileiro. **Rev Saúde Pública**, vol. 42, n. 5, p. 796-804, 2008.

IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO  
CÂNCER DO COLO UTERINO EM UMA UNIDADE NA CIDADE DE  
MARECHAL DEODORO – ALAGOAS – BRASIL<sup>1</sup>

João Carlos de Melo Araújo  
José Humberto Belmino Chaves  
Jose Sival Clemente da Silva  
Suetônio Queiroz de Araújo

\_\_\_\_\_ **Definição do Contexto, do Problema e Apresentação das Evidências**

O município de Marechal Deodoro, que faz parte da Região Metropolitana de Maceió, localizado no estado de Alagoas, onde as intervenções na atenção primária à saúde são propostas, possuía uma população estimada para o ano de 2009 de 47.623 habitantes e uma área territorial de 334 km<sup>2</sup>.

No tocante aos serviços de saúde, o município possui 15 equipes de saúde da família, 11 de saúde bucal, 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), 14 unidades básicas de saúde, 2 postos de saúde, 1 Unidade Mista, 1 Ambulatório Especializado, 1 Centro de Apoio Psicossocial (Caps) e 1 Laboratório de Análises Clínicas, perfazendo um total de 22 estabelecimentos cadastrados no CNES, incluindo a sede da Secretaria de Saúde.

No estado de Alagoas, segundo o Inca, estimava-se para o ano de 2009 cerca de 270 novos casos de cânceres de colo do útero. Entretanto, em cerca de 490 mil mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, no ano de 2008, apenas 115 mil realizaram o teste de Papanicolau, totalizando 24% de cobertura, abaixo, portanto, do índice mínimo de 30% pactuado entre o estado de Alagoas e o Ministério da Saúde.

No caso do município de Marechal Deodoro, no qual foram desenvolvidas as intervenções, apesar da elevada cobertura por equipes de saúde da família, a realização do exame citológico foi de apenas 13% na faixa etária prioritária definida pelo MS; ressalte-se que o total era de apenas 1.250 exames citológicos.

Essa situação agrava-se quando verificamos que 15,7% dos exames colpocitológicos corresponderam a amostras insatisfatórias, fato este rela-

---

<sup>1</sup> Projeto Premiado em 2<sup>o</sup> Lugar no Estado

cionado a várias razões, entre elas ao despreparo técnico no ato da coleta, visto que metade desses números provavelmente veio a ocorrer por não ter sido colhido um número suficiente de células e/ou pela ausência de células da JEC e pela fixação inadequada, entre outras causas.

Em 2008, segundo a Secretaria de Estado da Saúde e o Datasus, o investimento do erário com procedimentos de tratamento de câncer de colo do útero foi de cerca de 980 mil reais, dos quais cerca de 870 mil reais foram destinados para os tratamentos quimioterápicos e apenas 62 mil reais foram investidos em colposcopia, sem citar outros procedimentos mais simples e de custo menor e impacto maior em termos de qualidade de saúde para essas mulheres.

Outros fatores intrinsecamente ligados às altas taxas de mortalidade no Brasil, e especialmente em Alagoas, estão relacionados à dificuldade no seguimento das pacientes com diagnóstico para câncer de colo do útero, pois nos deparamos com excessivo processo burocrático e de verdadeira peregrinação na rede pública de saúde e conveniada ao SUS. Principalmente no que se refere a profissionais e unidades de acolhimento, com equipes capacitadas para realização de procedimentos especializados como colposcopia, CAF, retirada da zona de transformação (EZT), entre outros, necessários para a obtenção imediata de resolutividade da doença, prevenindo a necessidade de tratamentos quimioterápicos e radioterápicos.

Outro aspecto relevante diz respeito à etnia, em que se suspeita que as mulheres negras são enormemente prejudicadas, pois morrem mais mulheres negras do que de outras etnias por câncer do colo do útero. Mendonça e colaboradores, em estudo realizado no ano de 2008, na cidade do Recife/PE, demonstraram uma proporção de mortalidade por câncer do colo do útero de cerca de 60% para mulheres negras.

#### \_\_\_\_\_ **Apresentação do Objetivo do Projeto, do Público-Alvo e da Meta**

Identificar, dentro do modelo assistencial para a saúde da mulher, nas unidades de estratégia saúde da família, responsáveis pelo atendimento das comunidades José Dias e Terra da Esperança, em Marechal Deodoro, os problemas relacionados à baixa cobertura do exame colpocitológico nas mulheres de 25 a 59 anos e intervir com propostas para estruturação da rede

integral de assistência às pacientes com diagnóstico de lesão de alto grau ou câncer, aumentando a proporção de exames colpocitológicos para no mínimo 80% na faixa etária prioritária, deixando assim um modelo de intervenção que possa servir para estruturar outras localidades.

#### \_\_\_\_\_ Descrição do Plano de Ação

Os dados utilizados inicialmente foram obtidos por meio dos sistemas Sisco-lo, módulo estadual, e Siab, módulo municipal, para identificar os percentuais de cobertura do Exame de Papanicolau. Por meio deles, identificou-se o problema relacionado à baixa cobertura de exames citológicos em mulheres de 25 a 59 anos de 13% em Marechal Deodoro (Siscolo) e nas equipes de saúde da família José Dias e Terra da Esperança de apenas 2,6% (Siab/SMS).

A partir dessas informações, utilizou-se o instrumento de planejamento, Modelo Lógico, para a elaboração das estratégias de intervenções, visando ao aumento da cobertura e à melhoria da assistência às mulheres com diagnóstico de lesão de alto grau e câncer.

Com a finalidade de aumentar o número de coletas citológicas em mulheres na faixa etária prioritária, desenhou-se um fluxo de assistência, partindo-se do acesso para a coleta do exame citológico nas unidades básicas de saúde até o tratamento das lesões precursoras do câncer do colo do útero nos centros de referências nas microrregiões e no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes, em Maceió.

#### \_\_\_\_\_ Conclusão e Recomendações

As intervenções propostas para a ampliação da cobertura colpocitológica nas comunidades de José Dias e Terra da Esperança repercutiram na ampliação do acesso ao exame, para todo o município de Marechal Deodoro, demonstrando a importância da articulação e da integração das ações dos profissionais da atenção primária à saúde mas paralelamente o envolvimento de parceiros por meio de entidades governamentais e não governamentais podem, sem dúvida, influenciar para o êxito dessas intervenções.

Em meio a indicadores de qualidade e ampliação desse acesso, cabe ressaltar a importância de uma rede de referência e contrarreferência organizada e voltada à assistência integral à mulher, uma vez que, havendo

diagnóstico de lesão intraepitelial cervical, este achado implica a complementação da investigação para melhorar a validade do diagnóstico precoce das neoplasias malignas.

Fatores estruturantes deverão ser observados pela gestão municipal e pela estadual, a começar pelas condições de estruturas físicas, passando pelos equipamentos e pelos insumos disponíveis nas unidades, bem como pelo monitoramento permanente das equipes de saúde, que passa a ser mais eficaz após a implantação do módulo municipal do Siscole e de um contato maior da coordenação da atenção básica com o laboratório responsável pelas leituras das lâminas.

Essas ações favorecerão o acompanhamento das pacientes e a resposta dos serviços de saúde, além, claro, de garantir a acessibilidade das mulheres com diagnóstico de lesões pré-neoplásicas do colo do útero ou câncer, nas instituições definidas como pólos de referência para o tratamento dessa patologia.

#### \_\_\_\_\_ **Apresentação dos Resultados**

TABELA 1 Indicadores para acompanhamento do Projeto AGAP, Marechal Deodoro-AL

ESTRATÉGIA	N.º	QUADRO DE INDICADORES	2008	2009	AGAP 2009/10
Sensibilização e Atualização profissional	1	Pré e pós-testes anônimos avaliando se houve mudanças na sensibilização e no conhecimento específico sobre o tema	NA	13%	NA
	2	Proporção de colpocitologia oncolítica realizada pelo total de mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos – <b>Meta - 1.169 mulheres na UBS José Dias e Terra da Esperança</b>	32%	51%	75%*
	3	Proporção de colpocitologia oncolítica limitada e insatisfatória comparada com proporções anteriores – <b>Meta: &lt; 5% - José Dias e Terra Esperança</b>	2%	5%	4%*
	4	Proporção de colposcopias normais atual comparado com proporções anteriores – <b>Todas as unidades de M. Deodoro</b>	-	-	-
Ampliação do acesso ao exame de colpocitologia oncolítica por meio de revisão do agendamento, busca ativa e campanha educativa	5	N.º de colpocitologia no ano anterior realizada por mulher de 25 – 59 anos comparado ao ano anterior ao projeto – <b>UBS José Dias e Terra Esperança</b>	378	592	877*
	6	N.º de mulheres que realizam o exame colpocitológico residentes em lugares de difícil acesso – <b>Meta - 80 mulheres cadastradas em 2009 em todas as unidades de Marechal Deodoro</b>	NA	69%	NA
	7	N.º de coleta nos 15 dias seguintes ao evento comparado ao mesmo período do ano anterior ao projeto – <b>UBS José Dias e Terra da Esperança</b>	78	97	NA
Melhorar o sistema de informações, monitoramento e avaliação	8	N.º de colpocitologias realizadas em Marechal Deodoro	1252	978	2319*
	9	Tempo médio de entrega do resultado do exame colpocitológico no ano anterior comparado ao ano do projeto (depende do registro da SMS) – <b>Meta 15 dias - Todas as unidades de saúde de M. Deodoro</b>	45 dias	35 dias	15 dias*
	10	N.º de colpocitologias com diagnóstico alterado – <b>UBS José Dias e Terra da Esperança</b>	3	3	2*
Garantia do segmento (colposcopia, caf e ezt)	11	N.º de usuárias com tratamento completo / N.º total citologias alteradas – <b>Todas as unidades de saúde de Marechal Deodoro</b>	-	-	-
	12	Implantação do Centro de Referência para Colposcopia em Marechal Deodoro	NA	NA	Implantado em agosto de 2010
	13	Contratação de profissional médico especialista (20h) em colposcopia para o Centro de Referência em Colposcopia em Marechal Deodoro	NA	NA	Contratados 2 (dois) Colposcopistas

NA = Não Avaliado

AP = Avaliação Prejudicada

\* = Resultados Obtidos nos 11 meses no Projeto AGAP em Marechal Deodoro

FONTES: SIAB, SISCOLO, SMS

## SAÚDE BUCAL EM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS DE IDADE NO MUNICÍPIO DE PORTO CALVO/ALAGOAS, 2010: UMA INTERVENÇÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS<sup>2</sup>

Bernadete Pereira da Silva  
Leta Eulina Ferreira Melo de Oliveira  
Tereza Angélica Lopes de Assis

n.22  
*Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP*

---

### ———— Identificação do Problema

O Brasil configura-se como um país que apresenta elevados índices de prevalência de doenças bucais, principalmente a cárie dentária. Nesse contexto, a Saúde Bucal no município de Porto Calvo – situado no estado de Alagoas – não foge a essa realidade e constitui-se um enorme desafio aos princípios do SUS, principalmente no que se refere à universalização do acesso e à equidade da assistência.

A cárie dentária é uma das doenças infecciosas que mais atinge as pessoas, constituindo-se, portanto, em grave problema de saúde pública. Quando atinge crianças de 0 a 3 anos de idade, recebe a designação de cárie precoce da infância, uma condição prevenível, caracterizada pelo aparecimento de lesões de cárie em dentes decíduos. A rápida destruição dos dentes em bebês e pré-escolares causa dor, dificuldades mastigatórias e problemas na fala.

### ———— Evidências do Problema

No Levantamento Epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2003, verificou-se que 41% das crianças brasileiras de 5 anos de idade estavam livres de cárie; na região Nordeste esse percentual caiu para 35%. Em Porto Calvo, constatou-se que apenas 18% das crianças nesta faixa etária encontravam-se livres de cárie, muito aquém da meta preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que é de 90% das crianças livres de cárie no ano de 2010. Em Porto Calvo, o índice ceo-d (cariado/extração/indicada/obturado) encontrado em 2001 foi de 4,67, muito acima da média nacional de 2003 que é de 2,8.

---

<sup>2</sup> Projeto Premiado em 1º Lugar no Estado.

No município, apesar da expansão dos serviços de saúde, identificou-se um elevado número de perda dentária, em razão da demanda reprimida e da dificuldade da implantação de medidas preventivo-promocionais, reproduzindo as desigualdades sociais.

Vários fatores são explicativos para alta prevalência e gravidade de cárie dentária nesta faixa etária: ausência da fluoretação das águas de abastecimento, diferentes condições demográficas e socioeconômicas – provocando a iniquidade da nossa população –, inexpressiva oferta da assistência odontológica às crianças de 0 a 5 anos, ineficiência dos programas preventivos, baixa valorização da dentição temporária pelos pais e formação profissional com enfoque nas ações curativas.

Em relação à etnia, a literatura evidencia que a desigualdade quanto ao risco de cárie tem sido atribuída às iniquidades socioeconômicas a que alguns grupos étnicos estão submetidos no Brasil.

#### \_\_\_\_\_ **Objetivo e Meta do Projeto**

Aumentar percentual de crianças com 5 anos de idade livres de cárie de 18% para 50%, no período de 2009 a 2014.

#### \_\_\_\_\_ **Descrição do Contexto**

Segundo o IBGE, em 2009, Porto Calvo registrava uma população total de 26.045 habitantes e o Relatório de Desenvolvimento do Pnud revelou que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) era de 0,599. O município não dispõe de água de abastecimento fluoretada e quanto aos serviços odontológicos há dez equipes de Saúde Bucal (ESB), com 100% de cobertura da população. De acordo com o Siab, em 2009, a população-alvo era composta por 2.963 crianças de 0 a 5 anos e 222 gestantes, residentes no município.

#### \_\_\_\_\_ **Propostas de Intervenção e Ações Utilizadas**

As diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal recomendam a reorganização da atenção em todos os níveis do sistema de saúde, tendo a concepção de saúde não centrada unicamente na assistência aos doentes, mas na promoção do cuidado, nas ações intersetoriais, na intervenção nos fatores de risco e na inserção de ações programáticas.

Diversas evidências subsidiaram o planejamento das ações de Saúde Bucal para reduzir a prevalência dos fatores de riscos para cárie infantil. As ESB participam da identificação dos problemas da população do território, considerando vários aspectos e não apenas um conjunto de sinais e sintomas restritos à cavidade bucal; devem, também, ampliar e qualificar o acesso e a oferta das ações de APS, garantindo atendimentos integrais e necessidades sociais de saúde, sob a forma de vigilância e monitoramento para prevenir danos e promover a qualidade de vida. Um dos produtos mais relevantes do projeto foi a produção de peças de teatro sobre Saúde Bucal, criada por equipe intersectorial (educação, igreja e saúde).

A fluoretação das águas de abastecimento público é uma das estratégias mais desafiadoras, pois requer esforços complexos para se efetivar. Essa medida é obrigatória e está regulamentada pela Lei Federal n. 6.050, porque pode reduzir a cárie dental em cerca de 60%, após dez anos de aplicação diária.

Entre as estratégias e as atividades desenvolvidas para reduzir a prevalência dos fatores de risco para ocorrência da cárie infantil, destacam-se os resultados descritos a seguir.

### Apresentação dos Resultados

ESTRATÉGIAS	ATIVIDADES	RESULTADOS/INDICADORES
1. Realizar levantamento epidemiológico de cárie dentária Índice ceo-d (cariado, extração indicada e obturado) em crianças de 5 anos de idade.	1.1. Realizar plano amostral 1.2. Treinamento e calibração das ESB de acordo com o Método da OMS (Índice Kappa) 1.3. Realização dos exames 1.4. Processamento dos dados	Definição do N = 100% Kappa intraexaminador: 0,91 a 1,00 Kappa interexaminador: 0,80 a 0,93 N = 409 (84% da amostra) 15% de crianças livres de cárie ceo-d = 5,43 (Geral) Gênero: masc. (ceo-d = 5,60) fem. (ceo-d = 5,26) Etnia: branco (ceo-d = 4,93) pardo (ceo-d = 5,63) negro (ceo-d = 4,69)
2. Realizar oficinas intersectoriais	2.1 Buscar e intensificar apoio para execução do projeto	Adesão foi de 90% das Instituições na primeira Oficina
3. Implantar e implementar as ações preventivo-promocionais	3.1 Realizar escovação supervisionada com as crianças	78% (360) de crianças de 5 anos

ESTRATÉGIAS	ATIVIDADES	RESULTADOS/INDICADORES
4. Educação permanente para as Equipes de Saúde Bucal (ESB) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	4.1. Capacitação das ESB para o desenvolvimento das ações preventivo-promocionais 4.2 Capacitação das ESB sobre o manual para desenvolvimento das ações de saúde bucal na APS 4.3. Realização de curso teórico-prático em odontopediatria 4.4. Capacitação dos ACS para o suporte às ações preventivo-promocionais em Saúde Bucal	90% (18) dos profissionais das ESBs capacitados 80% (8) dos profissionais capacitados 90% (9) dos profissionais capacitados 95% (57) dos Agentes Comunitários de Saúde capacitados para realizar ações preventivo-promocionais
5. Implantar e implementar ações preventivo-promocionais direcionadas a bebês de 0 a 12 meses e a gestantes e mães	5.1 Realizar palestras educativas com as gestantes 5.2 Realizar visitas domiciliares às puérperas e aos bebês de 0 a 12 meses	45% (102) das gestantes realizaram a 1ª consulta odontológica no 1º semestre de 2010. Em 2009, foram 16. 63% (124) dos recém-nascidos visitados
6. Implementar as ações preventivas e curativas para gestantes e crianças de 6 meses a 5 anos no consultório odontológico	6.1. Programa em rádio para estimular os hábitos saudáveis de Saúde Bucal 6.2. Evento em Saúde Bucal com Oficinas e brincadeiras lúdicas 6.3 Realização de atendimento clínico agendado e programado a gestantes, mães com crianças até 1 ano de idade e crianças de 13 meses a 5 anos	Spot com seis chamadas de 45 segundos, durante quatro meses Realizados seis eventos em Saúde Bucal (média de 55 participantes por evento) 28% (810) das crianças realizaram a primeira consulta odontológica. Em 2009, foram 335. Aumento expressivo de restaurações (283,3%) no período de janeiro a junho de 2010 (345) em relação ao mesmo período em 2009 (90).
Os resultados apresentados estão de acordo com o Modelo Lógico. Vale destacar que algumas atividades são desenvolvidas sistematicamente e os resultados demonstrados são referentes ao período de janeiro a junho de 2010.		

### Conclusão e Recomendações

Para os autores, a construção e a implantação do projeto mostraram que:

- o conhecimento do perfil epidemiológico da distribuição da cárie dentária é um passo importante para o planejamento de programas em Saúde Bucal, na medida em que permite tomar decisões e propor ações mais adequadas às necessidades e aos fatores de risco detectados, viabiliza o monitoramento e a avaliação das ações, apresenta um dado recente, mostra que as ações voltadas para a referida faixa etária não reduziram a prevalência de cárie, sugerindo que essas ações eram pontuais e não causaram nenhum

impacto. Além disso, os dados obtidos podem contribuir para os bancos de dados municipal, estadual e nacional em Vigilância em Saúde Bucal;

- as capacitações permanentes realizadas contribuíram para a transformação da prática e a mudança do enfoque do atendimento odontológico das equipes de curativo para preventivo-promocional;

- a implantação de um projeto dessa natureza, para dar respostas efetivas, necessita da participação ativa do grupo de trabalho, exige comunicação, negociação e pactos constantes entre os diversos atores, caracterizando uma ação intersetorial.

De acordo com os resultados obtidos até o presente momento, podemos concluir que houve um aumento do acesso e da utilização dos serviços de Saúde Bucal pelas crianças de 0 a 5 anos de idade no município, constatado pela melhora no percentual de primeira consulta odontológica de 11% (1º semestre/2009) para 28% no mesmo período no ano de 2010.

O desenvolvimento dessas ações necessita de continuidade para atingir a meta desejável, considerando o princípio da equidade para que produzam impacto na qualidade de vida dos grupos infantis.

AMPLIANDO E QUALIFICANDO A ASSISTÊNCIA À MULHER NO CICLO GRAVÍDICO  
PUERPERAL DO MUNICÍPIO DE SÃO LUIZ DO QUITUNDE-ALAGOAS:  
PROJETO GERANDO SAÚDE<sup>3</sup>

Maria Rita Webster de Moura  
Neyla Neves dos Anjos B. de Almeida  
Sônia de Moura Silva  
Vera Lúcia Oliveira Costa

\_\_\_\_\_ **Introdução**

No Brasil, a atenção à mulher na gestação e no parto permanece como um desafio para a assistência, mesmo nos serviços que são realizados no conjunto das atividades preconizadas pelos protocolos, pois há questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e o impacto nos indicadores de resultados.

O município de São Luiz do Quitunde, localizado no estado de Alagoas, tem uma população de 32.876 habitantes. Sua rede assistencial conta com 12 equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e um hospital com 29 leitos. O município foi incluído entre os 14 municípios selecionados pelo Ministério Saúde como prioritários para redução da mortalidade infantil.

A mortalidade infantil representa o principal problema de saúde pública em Alagoas, além de todas as dificuldades de acesso a ações e serviços de saúde, uma vez que 92% da população dependem exclusivamente dos serviços públicos de saúde. A morte neonatal precoce está relacionada às causas potencialmente evitáveis (afecções perinatais, pneumonia, diarreia e desnutrição), às condições de vida, ao acesso oportuno aos serviços de saúde, além da qualidade da assistência pré-natal, no parto e ao recém-nascido.

Analisando as informações do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) em crianças menores de um ano, em 2009, observamos que dos 14 óbitos, 11 foram por causa evitável. Foi detectado que o principal problema é a baixa qualidade da assistência à mulher durante o Ciclo Gravídico Puerperal, justificando dessa forma a relevância, a magnitude e a carga do problema.

---

<sup>3</sup> Projeto Premiado em 3º Lugar no Estado.

A atenção materna mostrou-se comprometida no município, evidenciada pelo aumento da mortalidade infantil neonatal precoce que no ano de 2008 apresentou um incremento de mais de 100%, ou seja, em 2007, foram 5,87/1000NV, que passou para 13,89/1000NV. Dos sistemas oficiais de informações, no ano de 2007, foram analisados o Sinasc (681 nascidos vivos) e um cadastro de 63 gestantes no Sis prenatal, o que corresponde a 9% do total. No ano de 2008, de acordo com as mesmas fontes, foram registrados 628 nascidos vivos e cadastradas 201 gestantes, o que corresponde a 32% do total de nascidos vivos. A não utilização deste instrumento demonstra a dificuldade de monitorar a cobertura e a qualidade da assistência, inviabilizando a possibilidade de intervenções.

#### \_\_\_\_\_ **Objetivos e Metas**

Qualificar a assistência à saúde da mulher durante o Ciclo Gravídico Puerperal no município de São Luiz do Quitunde. A meta a ser alcançada é aumentar em 50% a efetividade do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).

#### \_\_\_\_\_ **Intervenções para Enfrentar o Problema**

As evidências identificam o pré-natal como instrumento de redução de mortalidade materna e infantil, justificando, assim, a relevância, a magnitude e a carga do problema.

Propomos estratégias que estimulem a adesão ao pré-natal o mais precocemente possível, e estas devem ser desenvolvidas pela equipe de saúde, tais como: a) redirecionar a prática profissional, visando à captação precoce das gestantes; b) avaliar os indicadores pactuados; c) avaliar sistematicamente o município para identificar intervenções oportunas à melhoria da qualidade da atenção pré-natal; d) desenvolver atividades grupais, como: discussões em grupo, dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a troca de experiências entre os membros envolvidos; e) captar a gestante durante visita domiciliar, reforçando o vínculo entre a gestante e a unidade básica de saúde; f) integrar as atividades com outras Secretarias, objetivando o alcance dos objetivos.

As atividades foram monitoradas de maneira a proporcionar intervenções oportunas à melhoria da qualidade da atenção pré-natal e assistência ao parto, capacitando os profissionais envolvidos, tanto revendo o processo de trabalho da assistência prestada quanto o cadastramento na unidade de saúde e a digitação desses dados na SMS.

Avaliar o desenvolvimento dos serviços e das ações de promoção e prevenção para o aumento da cobertura de assistência à saúde da gestante e dos recém-nascidos, em sintonia com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e as diretrizes do PHPN, verificar a melhoria contínua da operacionalização do programa e analisar indicadores de qualidade da assistência pré-natal foram estratégias decisivas para o desenvolvimento deste projeto de intervenção.

#### \_\_\_\_\_ Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo do processo de trabalho (pré-natal) realizado pelas equipes da ESF do município. Para coletar os dados, foram utilizados formulários do Sisprenatal, coleta sistemática do fechamento do sistema, com periodicidade mensal, fazendo um comparativo com os anos 2008-2009. Os dados foram processados e analisados, com o objetivo de observar se as atividades e as ações estavam sendo executadas e se os resultados obtidos estavam de acordo com os esperados.

#### \_\_\_\_\_ Conclusões

Este projeto de intervenção pretendeu unir o pensar e o agir, constituindo-se em instrumento importante para a avaliação em saúde, que tem como pressuposto a avaliação da eficiência, da eficácia e da efetividade das estruturas, dos processos e dos resultados relacionados ao risco, ao acesso e à satisfação das gestantes diante dos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e da qualidade. O gestor liderou e incentivou a autoconstrução, o compromisso, a responsabilidade e a qualidade de forma criativa com seus colaboradores.

A integração da rede básica de saúde, a formação de um sistema referenciado de qualidade e o compromisso da assistência hospitalar dentro da complexidade e da regionalização firmaram um pacto de eficiência.

Concluimos que o desenvolvimento de atividades na assistência ao pré-natal foi priorizado e gerou mudanças de comportamentos, pela adoção de práticas sistemáticas e participativas por todos os profissionais que integram as equipes de PSF, garantindo a efetivação dos atributos da APS e podendo ser replicado em qualquer município de nosso país.

## TUBERCULOSE: IMPLANTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DO ABANDONO DO TRATAMENTO NO MUNICÍPIO DE SÃO MIGUEL DOS CAMPOS – ALAGOAS

Ednalva Maria de Araújo Silva  
Maria Selma dos Santos  
Rosa Adélia Arrochelas Paredes  
Simone Silva Jordão

### Introdução

Este projeto fez parte do Curso de Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde – Cooperação Internacional Brasil – Canadá (AGAP), tendo como objetivo reduzir o abandono do tratamento de tuberculose de modo progressivo ao longo do período de 2009 a 2010 até alcançar o percentual ideal preconizado pelo Ministério da Saúde.

A tuberculose atualmente constitui um problema de saúde pública de grande magnitude, pois vem preocupando as autoridades de saúde de todo o mundo. Segundo Ruffino (2002, p. 51), “Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a situação da tuberculose como estado de emergência mundial”, em razão dos altos índices de incidência e mortalidade, levando a OMS a aliar-se com instituições de alto nível científico e poder econômico com o intuito de controlar a doença. São estimados 8 milhões de casos novos em todo o mundo e 2 milhões de óbitos por tuberculose por ano.

A desigualdade social, o surgimento da Aids, o envelhecimento da população e os grandes movimentos migratórios são as principais causas que agravam a situação atual da tuberculose no mundo (RUFFINO, 2002, p. 5), aliadas ao etilismo e outros vícios, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e aos serviços de saúde precários.

Desde 2003, a Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, com o apoio do Ministério da Saúde, vem implementando ações de vigilância e controle da tuberculose junto aos municípios, com ênfase na descentralização das ações para atenção primária, a fim de garantir o diagnóstico precoce e o acompanhamento dos casos para a efetividade do programa, diminuindo assim o percentual do abandono do tratamento.

O município de São Miguel dos Campos, selecionado para a implantação do projeto-piloto, apresenta uma situação preocupante em relação à

efetividade das ações do programa de tuberculose, comprovada pelo alto percentual de abandono do tratamento. Nas coortes de resultado de tratamento para pacientes com tuberculose pulmonar bacilíferos em relação ao abandono, chamam a atenção os anos de 2002 (12,5%), 2006 (17,1%), 2007 (20,8%) e 2008 (10,5%) entre os casos novos; se forem considerados todos os tipos de entrada para início de tratamento (casos novos, recidiva e reingresso após abandono), o percentual geral de abandono eleva-se para 24,3%, o que significa que a doença continua se perpetuando para outros indivíduos; há o risco em potencial do agravamento do quadro clínico dos pacientes, levando-os à hospitalização, além da possibilidade da resistência do bacilo aos esquemas terapêuticos disponíveis, uma vez que uma das principais causas para o aparecimento de pacientes com tuberculose multirresistente está relacionada ao uso irregular da medicação e ao abandono do tratamento.

O percentual de cura de casos bacilíferos em São Miguel dos Campos foi 78,9%, abaixo dos 85% pactuados. Para todas as formas clínicas, o percentual de cura foi de 77,8%. No entanto, o elevado percentual de 24,3% de abandono observado torna prioritário o controle deste, primeiro passo para melhorar a efetividade do programa, pois do contrário quanto mais se elevar o número de casos novos descobertos e em tratamento sem a correspondente redução do abandono, maior o número de crônicos disseminando a doença que, sob o ponto de vista epidemiológico, anularão parte do êxito obtido com a cura dos demais pacientes.

Entre os fatores relacionados ao paciente, o etilismo crônico é identificado em 29,2% (o que corresponde a sete casos) dos casos novos diagnosticados, sendo referido na literatura como importante causa de abandono. Observa-se um percentual elevado de casos de tuberculose pulmonar bacilíferos que abandonam o tratamento no município nos últimos sete anos.

Segundo a distribuição dos casos por sexo, no período de 2001 a 2008, em São Miguel dos Campos, 69,7% dos casos diagnosticados de tuberculose ocorreram no sexo masculino. Em relação à cor da pele, neste mesmo período, 73,2% (208) ocorreram na cor parda; 12% (34) na cor branca; 7,0% (20) na cor preta; 0,4% (1) era indígena; e em 7,4% (21) não foi informada a cor da pele, totalizando 284 casos de tuberculose. Quanto à distribuição por zona de residência, na zona urbana ocorreram 87,4% dos casos no período. O estado de Alagoas apresenta em torno de 60% da ocorrência

dos casos de tuberculose no sexo masculino, e em relação à etnia 64% ocorreram na cor parda, seguidos de 18,0%, na branca e 11%, na cor preta.

### \_\_\_\_\_ **Caracterização do Município**

O município assume a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal, segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas) – SUS 01/2001, atualmente com uma população de 51.496 habitantes. Encontra-se entre os sete municípios prioritários para o controle da tuberculose no estado (de acordo com os critérios do Ministério da Saúde). Sua rede de serviço de saúde encontra-se assim estruturada: 14 Equipes de Saúde da Família (ESF), atingindo uma cobertura de 80%; um Hospital e um Centro de Referência para os casos de tuberculose de maior complexidade; um excelente laboratório público para realização da baciloscopia, com profissional capacitado, o que garante a qualidade do diagnóstico e o acompanhamento do caso de tuberculose. Conta ainda com 71,4% dos profissionais enfermeiros e médicos capacitados nas ações de Controle do Programa de Tuberculose.

O município possui outros serviços que dão suporte à implantação das ações do projeto, como Centro de Referência de Assistência Social; Serviço Socioeducativo do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; e Órgãos Não Governamentais ligados ao combate do uso de álcool e drogas. O desemprego é significativo, bem como o baixo índice de escolaridade da população.

**População-alvo:** pacientes diagnosticados com tuberculose, residentes no município de São Miguel dos Campos.

### \_\_\_\_\_ **Plano de ação**

Para o alcance do objetivo e das metas, foram programadas as estratégias: 1) identificação do percentual de abandono entre homens e mulheres, segundo cor/etnia e indivíduos com maior vulnerabilidade para as doenças transmissíveis, sendo realizados o levantamento de dados secundários por meio do Sinan e a elaboração de questionário com questões de múltipla escolha para aplicar entre os pacientes que abandonaram o tratamento, o que identifica as reais causas de abandono do tratamento; 2) atualização do diagnóstico, do tratamento e do acompanhamento dos casos de tuberculose

para enfermeiros, médicos e odontólogos das ESF para descentralização das ações do programa; 3) atualização das ações de controle da tuberculose para auxiliares de enfermagem e ACS das ESF; 4) capacitação dos profissionais de saúde para mudanças de atitudes; 5) implantação do tratamento supervisionado; 6) monitoramento e avaliação das ações e dos indicadores epidemiológicos e operacionais.

## Resultados

Mais de 70% das atividades foram implantadas para impactar na situação identificada: o alto índice de abandono do tratamento da tuberculose. Observa-se no transcorrer da implantação das atividades o envolvimento por parte de alguns profissionais das ESF, no que diz respeito ao desenvolvimento das ações de vigilância e controle da tuberculose. Considerando as características próprias da tuberculose e o quanto o seu controle depende de decisão política local e do envolvimento dos profissionais de saúde, o resultado ainda é incipiente em relação aos indicadores operacionais e, principalmente, epidemiológicos.

Apesar de ser constatado que o alcoolismo é a doença que prevalece entre os portadores de tuberculose no município, estão contempladas no projeto ações para o controle do problema em questão, que no momento ainda não apresenta resultados expressivos.

Pela ausência do Caps no município, a alternativa encontrada foi a articulação com a Casa de Acolhimento e a Casa de Restituição – Shalon –, que trabalham com dependentes químicos para inclusão dos pacientes com tuberculose associada ao etilismo e outras drogas, com a finalidade de garantir o êxito do tratamento.

Em relação ao cumprimento do plano de ação, ainda estão por implantar a capacitação dos profissionais de saúde quanto ao atendimento humanizado e a pesquisa de campo, aplicando o questionário no grupo de pacientes que abandonaram o tratamento para identificar as reais causas do abandono.

O tratamento supervisionado, o monitoramento e a avaliação das ações e dos indicadores epidemiológicos e operacionais estão sendo aprimorados.

É importante ressaltar que mais de 80% das ações de controle da tuberculose são consideradas de baixa complexidade, evidenciando o papel da APS no desempenho das atividades inerentes ao programa.

### \_\_\_\_\_ Conclusão

No Brasil, a estratégia de supervisão direta do tratamento tem demonstrado impacto na redução dos percentuais de abandono do tratamento por tuberculose, principal fator de redução na efetividade do controle da tuberculose em diversos municípios brasileiros e em várias regiões do mundo, e uma das razões para o aumento de casos de tuberculose multirresistente.

O impacto da operacionalização do plano de ação em um município considerado prioritário pelos preocupantes indicadores apresentados poderá contribuir com relevantes informações e experiências a serem reproduzidas em outras localidades com características semelhantes.

Atualmente, o controle da tuberculose depende apenas de interesse e vontade política, pois já se dispõe dos conhecimentos científicos e de tecnologia de baixos custos necessários para seu controle, desde que plenamente utilizados, em especial no âmbito municipal que necessita institucionalizar as ações para o êxito do programa.

### \_\_\_\_\_ Referências Bibliográficas

HIJJAR, Miguel Aiub; PROCOPIO, Maria José; FREITAS, Lísia Maria Raymundo *et al.* **Epidemiologia da tuberculose: importância no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro.** Brasil, 2005, p. 311-312.

MUNIZ, Jordana Nogueira; VILLA, Tereza Cristina Scatena. O impacto epidemiológico do tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto 1998-2000. **Bol. Pneumol. Sanit.**, v.10, n.1, p. 49-54, jun. 2002.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. PEDERSOLLI, César Eduardo. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde. **Bol. Pneumol. Sanit.**, v.7, n.1, p. 33-42, jun. 1999.

NATAL, Sonia; VALENTE, Joaquim; GERHARDT, Germano *et al.* Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. **Bol. Pneumol. Sanit.**, v.7, n.1, p. 65-78, jun. 1999.

RUFFINO NETO, Antônio. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, jan-fev. 2002, p. 51-58.

VENDRAMINI, Silvia Helena Figueiredo; VILLA, Tereza Cristina Scatena; PALHA, Pedro Fredemir *et al.* Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. **Bol. Pneumol. Sanit.**, v.10, n.1, p. 5-12, jun. 2002.

n.22  
*Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP*

---

## 7.1.2 OS PROJETOS DO CEARÁ

### ELEVADA TAXA DE MORTALIDADE MATERNA NO MUNICÍPIO DE ACARAÚ, NO CEARÁ

Carmen Rita Giffoni  
Dennis Moreira Gomes  
Maria Veraci Oliveira Queiroz  
Rui Darlan Gonçalves

#### Introdução

A mortalidade associada ao ciclo gravídico puerperal e ao aborto pode ser evitável em 92% dos casos, mas a redução da mortalidade materna continua desafiando o sistema de saúde brasileiro. É um índice que serve para monitorar a qualidade dos serviços de saúde prestados à população, indica a iniquidade entre os sexos, o nível socioeconômico e a determinação da saúde pública. O Brasil tem como meta reduzir esse problema em 5% ao ano por meio do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, o qual procura dar visibilidade ao problema, promover a realocação de recursos financeiros para viabilizar ações prioritárias, articulando setores e atores sociais com esta finalidade (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b). Assim, o país tem como desafio acelerar a qualificação das ações de atenção à saúde da mulher com ênfase na atenção primária.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças define como morte materna a morte de mulheres durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gravidez em razão de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela; porém, não relacionada a causas “acidentais ou incidentais”. Esse coeficiente é expresso para cada 100.000 nascimentos vivos em determinado local e período (SOUZA e LAURENTI, 1987).

A OMS também define parâmetros para se avaliarem as taxas de mortalidade materna encontradas entre os diversos países, considerando-se: Baixa – até 20/100.000 Nascidos Vivos (NV); Média – de 20 a 49/100.000 NV; Alta – de 50 a 149/100.000 NV; Muito alta – maior que 150/100.000 NV. O ideal é que o número dessas mortes fosse zero (BRASIL, 2000a).

As mortes maternas podem ser classificadas em obstétricas diretas e indiretas, relacionadas, respectivamente, ao momento do parto e à gestação. Segundo a definição da CID-10, mortes obstétricas diretas são “resultantes de complicações da gravidez, do parto ou do puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultante de qualquer uma das causas acima mencionadas”. Podem ser incluídas como as causas mais frequentes: doenças hipertensivas (incluindo eclampsia, pré-eclampsia, síndrome de Hellp), hemorragias e infecção puerperal, sendo quase todas elas passíveis de prevenção. Mortes obstétricas indiretas são as que resultam de doença prévia da mãe ou doença desenvolvida durante a gravidez, agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Essas incluem as mulheres que já são portadoras de patologias, devendo ser consideradas, de início, como gestantes de risco e acompanhadas com mais cuidado (BRASIL, 2000a).

Segundo dados do Ministério da Saúde, durante o ano de 2005, morreram 1.620 mulheres e 34.382 recém-nascidos por complicações na gravidez, aborto, parto ou pós-parto. No Brasil, as regiões Norte e Nordeste são as que apresentam os maiores índices. Em 2006, foram 56,49 falecimentos no Norte e 59,73 no Nordeste, para 100 mil nascidos vivos. No Ceará, ainda é muito alto o índice de mortalidade materna. Para 2002, foi estabelecida uma razão de mortalidade materna da ordem de 87,2 por 100 mil nascidos vivos, sendo registrados 129 óbitos obstétricos e não obstétricos. Nos anos 2003, 2004 e 2005, o estado do Ceará apresentou, respectivamente, 109, 125 e 131 óbitos. Observa-se, nesses anos, uma tendência à elevação dos óbitos maternos no estado (DATASUS, 2010).

Sabe-se que o índice de mortalidade materna nos países em desenvolvimento é significativamente superior àquele observado nos países desenvolvidos. A avaliação dos índices de mortalidade materna em 141 países, representando 78,1% dos nascimentos mundiais, evidenciou, nos países desenvolvidos, uma média de 7 mortes maternas, com variação de 4 a 14, para cada 100 mil nascidos vivos. Na Ásia, na América Latina e na África, as médias foram, respectivamente, de 37, 71 e 4.981. A análise das causas das mortes maternas em revisão sistemática realizada pela OMS demonstrou que, na África e na Ásia, a principal razão de morte foram os quadros hemorrágicos. Na América Latina e no Caribe, o motivo líder dos óbitos foi a

hipertensão. Vale destacar, portanto, que a maioria dos óbitos é decorrente de causas obstétricas, principalmente diretas, sendo evitáveis em sua quase totalidade (ALENCAR JÚNIOR, 2006).

Os dados de morte materna no Brasil, ainda que subestimados, evidenciam a falta de qualidade dos serviços de assistência à gestação, ao parto e ao puerpério. A assistência no pré-natal não pode prevenir as principais complicações do parto, causas importantes de morte materna, mas algumas intervenções no pré-natal poderão favorecer o prognóstico materno e evitar a morte materna. Evidências científicas mostram que as ações do pré-natal para prevenir morte materna estão relacionadas à promoção da saúde materna, à prevenção dos riscos e à garantia do suporte nutricional durante a gestação (CALDERON, CECATTI e VEGA, 2006).

A perspectiva de promoção da saúde materna inclui, principalmente, a consulta pré-natal, com ações educativas sobre alimentação, imunização, reconhecimento de sinais e sintomas de gravidez de risco; exames clínico, obstétrico e laboratorial, enfim ações que possam detectar e prevenir precocemente os riscos na gravidez. A investigação e o acompanhamento da gravidez de risco devem ser encaminhados ao serviço especializado e a atenção primária mantém o monitoramento da cliente.

No Brasil, a redução da mortalidade materna ainda é um desafio para o sistema de saúde. Vale ressaltar que os estudos sobre a mortalidade materna são complexos e alguns permitem avaliar desde as questões sociais até o acesso aos serviços de saúde. A variável cor e etnia deve ser bem analisada, principalmente porque os óbitos maternos ocorrem, em sua maioria, em mulheres de classes sociais mais baixas, de pouca escolaridade e com baixos salários. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os estudos devem classificar o quesito cor em amarela, branca, parda, preta e indígena. Há inúmeros trabalhos sobre assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, porém só nos últimos anos vêm aumentando significativamente as pesquisas sobre raça e etnia. A principal dificuldade consiste em considerar as diferentes variáveis relacionadas à assistência à saúde e às condições de saúde da mulher e à condição social entre os diferentes grupos sociais e raciais ao analisar-se a mortalidade materna (MARTINS, 2006).

Observa-se a importância de se incluírem, nos estudos sobre morte materna, as variáveis raça, cor/etnia, para que se tenham dados sobre esse

problema social e de iniquidade social. São informações que podem subsidiar os programas de intervenções na saúde da mulher com vistas à redução das desigualdades sociais. No Brasil, o grande marco na luta para redução da mortalidade materna tem sido o período após a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a ampliação da Atenção Primária à Saúde (APS).

#### \_\_\_\_\_ **Objetivo Geral**

Evitar mortes maternas no município de Acaraú no prazo de três anos (2010-2012). Este projeto propõe-se a eliminar os óbitos por causas evitáveis no âmbito APS, enfocando aqueles decorrentes de hipertensão na gravidez, causa passível de controle na atenção básica.

#### \_\_\_\_\_ **Objetivos Específicos**

Eliminar a mortalidade materna decorrente de hipertensão e outras causas sensíveis à prevenção na gravidez a partir da APS e integrar os profissionais das ESF na prevenção ao acometimento da mortalidade materna por causas sensíveis à APS.

A meta do projeto é reduzir em 100% a taxa de mortalidade materna no prazo de três anos (2010-2012).

#### \_\_\_\_\_ **Contexto**

O município de Acaraú destaca-se como uma cidade em rápido crescimento, tendo como atividade econômica a pesca. Segundo o IBGE (2009), a população estimada é de 54.753 habitantes. O município encontra-se com 16 equipes de ESF e 14 Equipes de Saúde Bucal (ESB) tipo I, representando cobertura de 70% de ESF. Existe ainda um hospital regional filantrópico e um Centro de Especialidades Médicas de Acaraú.

A taxa de óbitos maternos no estado do Ceará vem aumentando, e isso deve ser motivo de preocupação para os governantes e a sociedade em geral. A microrregião de Acaraú tem contribuído para essa elevada razão de mortalidade materna. O município apresentou, em 2008, em números absolutos, dois óbitos maternos obstétricos diretos e, em 2009, houve três óbitos. Desses, foram dois óbitos obstétricos indiretos e um obstétrico direto.

Nesses dois anos, as causas estavam ligadas à hipertensão (pré-eclampsia grave, em 2008, e síndrome de Hellp, em 2009) e todas as mulheres eram de cor parda (SIM, 2008-2009).

A meta do estado do Ceará é reduzir a mortalidade materna em 50%, portanto considera-se de extrema relevância buscar estratégias e implementar ações para enfrentar esse anacrônico e insistente problema da mortalidade das mulheres durante o processo fisiológico de gravidez e parto.

Diante da gravidade da situação da mortalidade materna, observa-se a necessidade de adoção de medidas urgentes no município de Acaraú, com a finalidade de se evitarem os óbitos maternos. Para tanto, foram definidas e estão sendo executadas estratégias de intervenção elaboradas no Modelo Lógico (ML), as quais estão sendo compartilhadas com gestores, trabalhadores de saúde e usuários.

A participação da equipe de saúde e das usuárias, mulheres envolvidas no problema, foi fundamental, mas foi importante também a presença dos gestores com adesão e apoio à minimização dessa grave violação dos direitos das mulheres. Foi entendida a necessidade de melhorar a estrutura do sistema de saúde, a fim de prestar assistência de qualidade que venha proteger a saúde materna. Esta deve ser avaliada em vários contextos e na perspectiva de gênero e raça/etnia, envolvendo também a luta pela igualdade, um problema de justiça social que tem implicações e consequências na saúde, portanto, deve ser destacada neste projeto de intervenção.

Com o intuito de se evitarem mortes maternas no município de Acaraú no prazo de três anos (2010-2012), iniciou-se a operacionalização do projeto no primeiro semestre de 2010 com a discussão e o desenvolvimento das atividades constantes no planejamento do ML. As estratégias em execução tiveram início com as intervenções junto às equipes de saúde, abrangendo cinco equipes com um total de 159 gestantes. Duas equipes estão localizadas na zona rural e três na zona urbana: Juritianha I, Juritianha II, Buriti, Periferia e Monsenhor Sabino, com um total de 159 gestantes; e há um trabalho, também, com as mulheres em idade fértil e seus familiares.

O foco principal das intervenções está sendo na atenção primária na preparação das equipes para assistência pré-natal, com melhoria dos registros no Sis prenatal, acompanhamento dos indicadores e maior abrangência no planejamento familiar, para garantir a assistência hospitalar ao parto e

especial atenção à gestante de risco. Além disso, é dada ênfase à continuidade ao acompanhamento da mulher no puerpério pela APS, fortalecendo as ações de prevenção de riscos de mortalidade materna e promovendo a saúde das mulheres nessa etapa da vida. Contudo, foi observada a necessidade de melhorar ações integradas com a atenção hospitalar e com outros setores. Estabeleceram-se parcerias com a Secretaria de Ação Social, na qual formaram-se dois grupos de gestantes para implementar ações educativas. Estão sendo feitas reuniões com os profissionais do hospital filantrópico, para estabelecer os fluxos de referência e contrarreferência e estabelecer melhor as condutas profissionais diante da gravidez de risco. Portanto, viu-se a importância de incluí-los na discussão e na capacitação sobre a detecção e o atendimento da gravidez de risco, pois a morte materna tem relação direta com o nível mais avançado da assistência. Com essas ações integradas, espera-se evitar mortes maternas, fortalecendo o programa de atenção à saúde da mulher e, especificamente, à saúde materna na APS.

O projeto de cooperação internacional para o fortalecimento da APS tem sido de grande relevância, pois muitas estratégias têm colaborado com a resolução de problemas que são factíveis de aplicabilidade imediata, tais como: adequado sistema de registro de nascimentos e mortes, melhoria da assistência ao pré-natal e do planejamento familiar, uso de tecnologias apropriadas, incluindo as práticas de educação em saúde, enfim, capacitação dos profissionais de saúde da APS em ações que contribuem para evitar a morte materna.

Resultado positivo e de impacto é a incorporação dessa responsabilidade pelos profissionais de saúde e considera-se importante também ressaltar a participação dos usuários nas atividades realizadas.

A principal dificuldade no desenvolvimento do projeto (mas transitória), foi a ausência de secretário municipal de saúde por um período de três meses (abril a junho), o que, de certa forma, atrasou algumas atividades.

Foram programadas capacitações com temas mais específicos que envolverão a assistência à gravidez de risco que deverão ocorrer nos meses de agosto e setembro. Daremos seguimento aos monitoramentos bimestrais, e faremos uma confraternização em outubro com os grupos de gestantes.

Diante do envolvimento dos profissionais e dos gestores neste projeto, acredita-se na sua sustentabilidade, por envolver estratégias essenciais e

de baixo custo, pois estão em consonância com as diretrizes e os princípios do sistema de saúde brasileiro. Desse modo, recomendamos a aplicação dessa experiência em outros contextos nacionais e internacionais, pois todas as ações/intervenções previstas no projeto são passíveis de incorporação institucional. Contudo, faz-se necessária a educação permanente das equipes de saúde realizada pelas coordenações da APS e também pelos gestores do hospital. Em alguns momentos, são imprescindíveis ações integradas de setores de saúde, educação, ação social, entre outros.

#### \_\_\_\_\_ Referências Bibliográficas

ALENCAR JÚNIOR, C. A. Os elevados índices de mortalidade materna no Brasil: razões para sua permanência. *Rev. Bras. de Ginecol. Obstet.*, v. 28, p. 377-79, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Taxa de mortalidade materna (coeficiente de mortalidade materna). Ficha de qualificação.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc06.htm>>.

\_\_\_\_\_. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos.** 3.ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde, 2000b.

\_\_\_\_\_. **Política de atenção integral à saúde da mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

\_\_\_\_\_. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

CALDERON, I. de M. P.; CECATTI, J. G.; VEGA, C. E. P. Intervenções benéficas no pré-natal para a prevenção da mortalidade materna. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 28, n. 5, p. 310-315, 2006.

DATASUS. Disponível em: <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em: 31 jan. 2010 e 2 abr. 2010.

MARTINS, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, nov. 2006.

SOUZA, M. L.; LAURENTI, R. **Mortalidade materna: conceitos e aspectos estatísticos.** Centro da OMS para classificação das doenças em português (MS/USP/Opas/OMS). São Paulo: Série divulgação, 1987.

## BAIXA COBERTURA DO NÚMERO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS CÉRVICO-VAGINAIS EM MULHERES ENTRE 25 E 59 ANOS NO MUNICÍPIO DE CARIRIAÇU, NO CEARÁ

Ana Maria Barrêto de Araújo Couto  
Dayselane Maria Garcias de Araújo Tavares  
Fabiana de Sousa Alves  
Glaudes da Costa Lima Sucupira  
Maria Darcylene de Sousa Feitosa  
Marcia Rejane Rodrigues Martins Ferreira  
Mércia Marques Jucá

n.22  
*Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP*

---

### Introdução

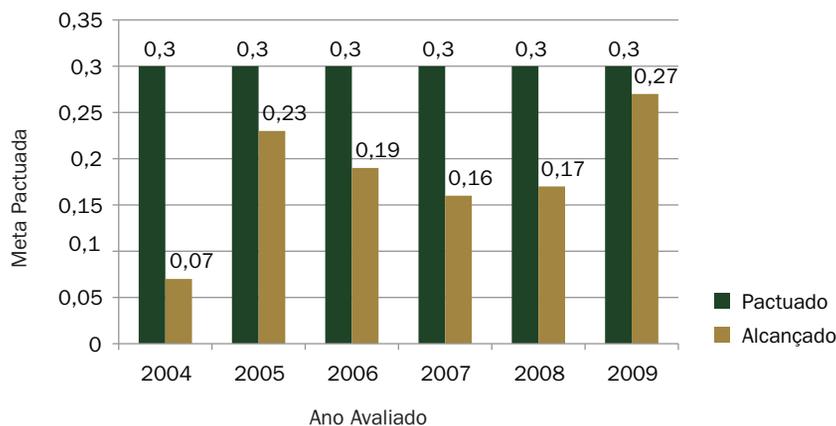
O câncer de colo de útero (CCU) é importante problema de saúde pública no Brasil, correspondendo aproximadamente a 15% de todos os tipos de câncer em mulheres, sendo atualmente o segundo câncer mais comum no sexo feminino no mundo. O diagnóstico precoce do CCU é realizado pelo rastreamento por meio do exame citopatológico.

Em 2005, foi estimada para o estado do Ceará a ocorrência de 770 casos novos, com taxa bruta de incidência de 18,70 por 100.000, enquanto em Fortaleza eram esperados 260 casos novos e taxa bruta de incidência de 20,64 por 100.000.

Os objetivos deste projeto de intervenção são:

- identificar as principais causas que levam à baixa cobertura do número de exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos de idade no município de Caririaçu;
- identificar junto às equipes de ESF quais as dificuldades enfrentadas para possível redução na realização de tais exames;
- planejar ações que abordem questões de gênero e etnia/cor, relacionando essas variáveis à incidência da doença;
- propor medidas de intervenção a fim de aumentar em 80% a realização de exame citopatológico cérvico-vaginal em mulheres de 25 a 59 anos de idade.

### GRÁFICO 1 **Série histórica da razão de exames citopatológicos realizados no município de Caririaçu, Ceará, 2004-2009**



FONTE: MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS/SISCOLO

O Ministério da Saúde preconiza a realização de exames citopatológicos nas mulheres de 25 a 59 anos em uma razão de 0,3 para esta população. A população feminina de Caririaçu na faixa etária de 25 a 59 anos de idade é de 5.241 mulheres, sendo, portanto, esperada a realização de 1.572 exames citopatológicos por ano. Nos últimos seis anos, a média do município de Caririaçu tem sido de 938 exames/ano, de acordo com dados do Siscolo, representando apenas 59% do mínimo aceitável. A razão alcançada tem sido a média de 0,18.

#### **Caracterização do Município**

O município de Caririaçu situa-se na Serra de São Pedro, predecessora da Chapada do Araripe, no sul do Ceará, integrando a Região do Cariri, distante 468,4km de Fortaleza e 25km de Juazeiro do Norte. Apresenta população de 29.487 habitantes (2007); densidade demográfica de 30,84 hab/km<sup>2</sup> e taxa de urbanização de 44,1%, além do IDM = 18,480 (Índice de Desenvolvimento Municipal – 142º do Ceará/2000); IDH = 0,591 (160º do Ceará e 4.828º do Brasil/2000); Índice de Exclusão Social = 0,312 (2003).

Na capacidade instalada do sistema municipal de saúde de Caririaçu existem 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Saúde Bucal, das quais

seis estão na zona rural e cinco na zona urbana. Possui ainda um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Saúde da Mulher com atendimentos especializados e um Nasf que dá suporte às unidades de saúde e um Caps.

#### \_\_\_\_\_ **Distribuição do Problema Conforme Gênero e Etnia**

A equipe de saúde deve valorizar as queixas das mulheres, considerando o contexto cultural dos indivíduos e as questões de gênero, reconhecendo seus direitos a esclarecimentos e informações. As questões de gênero, que se referem ao conjunto de relações, atributos, papéis, crenças e atitudes que definem o que significa ser homem ou ser mulher, expõem-nas a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Assim, a inclusão da discussão de gênero nos programas de prevenção de CCU é essencial para garantir maior adesão das mulheres.

Não dá para discutir a saúde sem discutir as relações de gênero em nossa sociedade. Compreender nas “entrelinhas” o que as mulheres dizem abre-nos campo fértil para essa reflexão.

#### \_\_\_\_\_ **Resultados Obtidos e Esperados**

Foram realizadas cinco oficinas de sensibilização, envolvendo gestores, profissionais e usuárias; como resultado das oficinas realizadas, identificamos maior adesão dos enfermeiros ao projeto.

Os exames realizados estão sendo alimentados em 100% no Siscolo e entregues à cliente no período máximo de 35 dias.

Um dos fatos que mereceu maior destaque foi a descentralização da coleta do exame, uma vez que as 11 UBS do município estão equipadas e realizando o exame citopatológico cérvico-vaginal, assegurando, assim, o acesso das clientes.

Tais realizações tornaram-se possíveis pelo incondicional apoio do gestor municipal.

## \_\_\_\_\_ Conclusão

O projeto foi inserido como uma política pública de saúde para o município e pode ser aplicado em qualquer contexto, uma vez que se trata de um projeto de baixo custo e de grande sustentabilidade. Além da sensibilização do gestor, foi possível perceber um enfrentamento dos profissionais do sexo masculino, antes com grandes dificuldades na realização dos exames por não aceitação das clientes.

Destaca-se, ainda, a extensão do projeto para os municípios vizinhos, em fase de implantação.

## \_\_\_\_\_ Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Cadernos de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. DATASUS. **Informações de saúde**. Brasília, 2009a [citado 2005 Abr 14]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: novembro de 2009.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Sistema de informação sobre mortalidade 2007: dados de declaração de óbito**. Brasília: Datasus, 2009b. Disponível em: <[www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)>. Acesso em: nov. 2009.

FERNANDES, Rosa; NARCHI, Nádia. **Enfermagem e saúde da mulher**. Lisboa: Artes Médicas, 2007.

FOWLER, G.; AUSTOKER, J. Screening. In: DETELS, R.; HOLLAND, W. W.; MCEWEN, J.; OMENN, G. S. (ed.). **Oxford Textbook of Public Health**. New York: Oxford University Press, 1997, p. 1.583-1.599.

HERBERT, A. Achievable standards, benchmarks for reporting & criteria for evaluating cervical cytopathology. **NHSCSP Publication 1**. London: National Health Services Cancer Screening Programme, 1995.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2005.

\_\_\_\_\_. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.

MARTINS, A. P. V. **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. (Coleção história e saúde)

OLIVEIRA, M. M.; SILVA, E. N. F.; PINTO, I. C.; COIMBRA, V. C. C. Câncer cérvico uterino: um olhar crítico sobre a prevenção. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, vol. 25, n. 2, p. 176-83, ago. 2004.

PESSINI, S. A.; SILVEIRA, G. P. G. Prevenção do câncer do colo uterino. *In*: SILVEIRA, G. P. G. **Ginecologia preventiva**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, p. 192-200.

PINHO, Adriana de Araújo; FRANÇA JUNIOR, Ivan; SCHRAIBER, Lilian Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia. Cobertura e motivos para a realização ou não do teste de papanicolau no município de São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19, sup. 2, p. 303-313, 2003.

n.22

*Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP*

---

REDUÇÃO DA TAXA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES *MELLITUS* NO MUNICÍPIO DO  
CRATO, NO CEARÁ, EM 2010-2012

Aline Maria Alencar da Franca  
Maria de Lourdes Coêlho Alencar Barreto  
Maria Imaculada Ferreira da Fonseca  
Sandra Solange Leite Campos

\_\_\_\_\_ **Introdução**

As doenças cardiovasculares encontram-se entre as principais causas de mortes no Brasil, são responsáveis por 65% do total de óbitos, atingindo a população em plena fase produtiva. Dados do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) demonstram que 40% das aposentadorias precoces decorrem dessas patologias.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares e constitui-se uma das principais causas de óbitos entre as Doenças do Aparelho Circulatório (DAC). O Diabetes *Mellitus* (DM) representa também um importante fator de risco para a doença cardiovascular, com prevalência de 12% no Brasil, valor considerado elevado, e é uma das principais causas de amputação dos membros inferiores, cegueira e insuficiência renal.

O município de Crato, no Ceará, tem população de 116.758 habitantes, sendo 61.636 mulheres e 55.122 homens, ou seja, o sexo feminino representava 53% e o sexo masculino 47% dos habitantes no ano de 2009 e, em número populacional, total situa-se em 20º lugar entre os municípios cearenses.

As DAC, no período de 2002 a 2007, representaram a primeira causa de óbitos no município de Crato, com tendência crescente, variando de 133,81 óbitos por 100.000 habitantes, no ano de 2002, para 171,44 óbitos por 100.000 habitantes, em 2007. Esse coeficiente municipal por DAC superou o estadual que foi de 146,00 óbitos por 100.000 habitantes no último ano do estudo.

Os agravos em tela, em virtude da alta frequência, das implicações em anos potenciais de vida perdidos, dos custos econômicos e sociais por

levarem a óbitos, das internações e sequelas configuram-se como problema de magnitude e relevância para a saúde pública.

Diante de evidências científicas, os portadores de DM e HAS podem elevar a esperança de vida e melhorar a sua qualidade, desde que adotem hábitos e comportamentos saudáveis e tenham acompanhamento adequado pelos serviços de saúde. Portanto, faz-se urgente a implementação de ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e controle, nos diferentes níveis de atenção à saúde, em especial no nível primário.

O presente trabalho, produto das atividades do Projeto AGAP do Projeto de Cooperação Técnica Brasil - Canadá, tem como objetivo reduzir as taxas de internação hospitalar em 10%, tendo como causas básicas HAS e DM, no período de junho de 2010 a dezembro de 2012, no município do Crato, por meio de ações desenvolvidas junto à população do bairro Seminário, o mais populoso do município.

#### \_\_\_\_\_ Metodologia

Crato, município-alvo do projeto, é uma cidade de médio porte do estado do Ceará no Nordeste do Brasil. Sua rede de atenção à saúde é composta por cinco hospitais de médio porte, totalizando 513 leitos hospitalares, quatro unidades de atenção ambulatorial especializada, 12 estabelecimentos conveniados de apoio de diagnóstico e terapia, um Laboratório Regional de Saúde Pública (Lacen), um Hemocentro, um Caps, dois Nasf, 42 UBS, nas quais atuam 27 ESF, representando uma cobertura de 71% da população.

Por intermédio de pesquisa em bancos de dados do SIM, do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), foi feito levantamento epidemiológico das principais morbimortalidades da população cratense no período de 2002 a 2007. O resultado mostrou que a taxa de mortalidade por DAC é elevada, mantendo-se superior à do estado, e apresenta tendência crescente, portanto, foi definida como problema prioritário.

O bairro urbano denominado Seminário, com aproximadamente 26 mil habitantes, agregando em torno de 23% da população do município, assistido por quatro ESF sediadas em três unidades básicas na área, foi o território eleito para desenvolvimento deste projeto de intervenção.

Os achados da análise de situação realizada de maneira participativa pelos profissionais das ESF da área e por profissionais do Centro Municipal de Referência em Hipertensão evidenciaram como causas do problema: modelagem inadequada da rede de atenção; inexistência de plano organizacional para atenção aos portadores de HAS e DM; conhecimentos, habilidades e atitudes insuficientes para a eficácia da atenção aos pacientes; insuficiência das ações de promoção da saúde e de prevenção e controle de HAS e DM; e deficiência no planejamento, no monitoramento e na avaliação dos serviços.

Para cada uma das causas, foi estabelecida uma ação de enfrentamento, com metas definidas e correlacionadas com atividades, responsáveis, recursos necessários, indicadores de avaliação e resultados esperados, descritos em uma planilha de Modelo Lógico.

A implantação, a implementação, o monitoramento e a avaliação do projeto são de responsabilidade compartilhada entre o Projeto de Cooperação Técnica Brasil - Canadá, o estado do Ceará e o município de Crato, e propõe-se a sua expansão aos demais bairros e ESF.

## Resultados

A estimativa de hipertensos e diabéticos por microárea permitiu a identificação de sub-registro pelos ACS, os quais são conhecedores dos parâmetros e dos métodos de cálculo, e por isso redimensionaram o processo de trabalho, realizaram busca ativa em espaços públicos e conduziram às UBS as pessoas com fatores de risco, conforme o Score de Findrisk.

Quatro ESF, que representam 100% daquelas que assistem a 100% ao território-alvo, juntamente com profissionais do Nasf e do Centro de Referência em Hipertensão e Diabetes foram capacitadas em aspectos clínicos, diagnóstico e acompanhamento de pacientes. O aprimoramento dos conhecimentos e a clarificação dos protocolos de atendimento e das normas técnicas do Ministério da Saúde foram marco para elaboração de programação de procedimentos, a qual está sendo executada e os pacientes acompanhados pela APS e referenciados, segundo a classificação de risco e o algoritmo.

As três UBS do bairro Seminário passaram por reorganização participativa para melhoria do acolhimento dos usuários e da satisfação dos funcionários.

As atividades de educação permanente, com momentos comuns para profissionais de nível médio e superior e participação simultânea dos serviços da APS e especializada, têm possibilitado relatos e trocas de experiências, favorecendo a integralidade, a intersetorialidade, a apropriação de competências e responsabilidades individuais e dos grupos de trabalho.

As ESF e as equipes do Nasf têm buscado fortalecer a educação popular, estimulando a autopercepção da saúde e a adoção de hábitos alimentares e comportamentos saudáveis. Pelo *blog*, informações e orientações têm sido difundidas e dúvidas, esclarecidas. A cultura local também vem sendo valorizada e um cordel de poeta popular foi produzido com o título *Hipertensão e Diabetes – Inimigas Silenciosas*.

A utilização de prontuários multiprofissionais, a prática de consultas regulares e a realização de exames de rotina são evidenciadas, mas é incontestável a necessidade de monitoramento sistemático das ações, fator indispensável para a adequação permanente do planejamento, da eficácia, da eficiência e da efetividade do projeto.

#### \_\_\_\_\_ Conclusão

Indubitavelmente, a implantação da rede temática de atenção, a definição do plano de atenção ao portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*, a educação em saúde, a comunicação e a mobilização social, bem como a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, todas estratégias propostas no Modelo Lógico deste projeto, favorecem a redução das mortes por doenças do aparelho circulatório, pois impactam positivamente sobre os grandes fatores de risco: HAS e DM, no município do Crato, no Ceará.

Considerando que o Siab indica o número de hipertensos e diabéticos que residem na área de abrangência da UBS e que o Hiperdia proporciona o conhecimento da demanda à unidade, a integração de ambos possibilita a melhoria da qualidade dos dados e o cadastramento do número real para o planejamento das ações de promoção e atenção à saúde.

Os serviços de saúde devem envolver familiares dos pacientes no controle e no tratamento dos seus doentes, despertando-lhes a responsabilidade do autocuidado, da assiduidade aos retornos às consultas, da restrição

de alguns alimentos, da adoção de hábitos e comportamentos saudáveis e do combate ao tabagismo.

Este projeto de metodologia relativamente simples pode ser replicado em qualquer Unidade de Atenção Primária e contribuir efetivamente para que a hipertensão e o diabetes não sejam encarados como fatalidades para elevação da morbimortalidade, mas que são vulneráveis a determinadas intervenções, por isso podem e devem ser enfrentados como eventos que exigem atitudes e políticas públicas de prevenção e promoção da saúde.

ANÔNIMOS(AS) SERÃO? ENFRENTANDO O ABANDONO DO  
TRATAMENTO DA TUBERCULOSE POR USUÁRIOS DO SISTEMA  
DE SAÚDE DE FORTALEZA (CEARÁ) NA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante

Marco Túlio Aguiar Mourão Ribeiro

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Maria Vilma Neves de Lima

n.22  
*Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP*

---

\_\_\_\_\_ **Identificação do Problema**

Vários estudos relatam que, no Brasil, a tuberculose (TB) torna-se prioritário problema de Saúde Pública, afetando as populações mais pobres e em faixa etária produtiva da vida. Nosso país ocupa o 16º lugar entre as 22 nações responsáveis por 80% do total de casos de TB no mundo, com uma prevalência de 58 casos por 100 mil habitantes. A doença mata pelo menos 6 mil pessoas por ano no Brasil. A situação epidemiológica da TB no Ceará, em série histórica de 1995 a 2006, mostra tendência de declínio nas taxas de incidência, mas o percentual de abandono encontra-se acima do aceitável pela Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS). A taxa de abandono do tratamento de tuberculose em Fortaleza apresenta valores superiores a 10% (a taxa em 2001 foi igual a 10,8% e, em 2008, foi de 16,6%), o que configura problema para o controle da doença, à semelhança do que ocorre em outras regiões brasileiras. Com base nas questões evidenciadas, definiu-se como problema a ser trabalhado em Fortaleza a elevada taxa de abandono do tratamento da tuberculose. O parâmetro preconizado pelo Ministério da Saúde é 5%. Nesse projeto, especificamente, o foco de intervenção concentra-se na Secretaria Executiva Regional I.

\_\_\_\_\_ **Evidências Encontradas para o Problema**

A cidade de Fortaleza, com população estimada de 2.458.545 habitantes para o ano de 2007, é dividida, na perspectiva administrativa, em 6 Secretarias Executivas Regionais (SERs). A partir de 2005, a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) foi expandida de 15% para 43% (PMF/SMS, 2007). Mesmo com a expansão, observa-se que a incidência de TB em Fortaleza se mantém.

A distribuição espacial do abandono evidencia a grande concentração de casos nas Secretarias Executivas Regionais I e V. São duas SERs populosas e de grande extensão territorial. A Regional I mantém o 3º IDH mais baixo do município – 0,48 – e conta com 11 CSF que abrigam 41 equipes da ESF que abarcam população de 398.289 habitantes. A equipe optou por desenvolver o projeto na SER I, porque essa regional concentra unidade que atende a pacientes de outras SERs e também em razão do tempo de execução do projeto.

Apesar de alguns avanços, como o alargamento da cobertura da ESF, algumas hipóteses podem ser formuladas com base nos problemas apresentados: manutenção das taxas de incidência e mortalidade em decorrência da situação de vulnerabilidade e risco (miséria, desemprego, drogadição, gênero, etnia) em que se encontram os portadores de tuberculose, deficiência na dose supervisionada da medicação, na busca ativa dos sintomáticos respiratórios e dos contactantes, além da vigilância das equipes junto aos pacientes faltosos.

A questão de gênero em tuberculose ainda precisa ser aprofundada, haja vista que a predominância desse agravo é evidenciada em pessoas do sexo masculino. Tal fato poderia ser explicado pela vulnerabilidade e pela exposição do homem a fatores e situações de risco, tais como ingestão de álcool e outras drogas, bem como em virtude do padrão socioeconômico em que estes estão inseridos.

#### \_\_\_\_\_ **Objetivos**

**Geral:** reduzir em 5% a taxa de abandono de tratamento de tuberculose na SER I em 2010.

**Específicos:** promover a busca ativa dos sintomáticos respiratórios pelas equipes da ESF e da APS; fortalecer o monitoramento dos casos com origem em iniciativas no município; fomentar a participação da comunidade e da sociedade civil para a tomada de decisão do enfrentamento da tuberculose; aumentar a vigilância efetiva das ESF aos pacientes faltosos; e expandir o Tratamento Diretamente Observado (TDO) a todos os pacientes com tuberculose.

## Propostas de Intervenção

As estratégias propostas envolvem atividades em segmentos diversos, a seguir delineadas: a) aprimorar o diagnóstico de situação da TB em Fortaleza; b) avaliar o conhecimento dos profissionais da ESF/APS sobre o enfrentamento da TB; c) identificar estudos e projetos similares ou complementares desenvolvidos no município de Fortaleza; d) promover educação permanente para 200 profissionais da APS, incluindo a questão de gênero, etnia, raça/cor e vulnerabilidades; e) desenvolver atividades de educação em saúde, incluindo a questão de gênero, etnia, raça/cor, vulnerabilidades envolvendo os movimentos sociais/religiosos, professores e profissionais dos meios de comunicação; f) implantar e incentivar a adesão ao TDO a todos os casos de tuberculose; g) realizar busca ativa por meio de visitas domiciliares de pacientes com abandono prévio e retratamento e dos sintomáticos respiratórios; h) estabelecer fluxo municipal/regional para abordagem ao paciente com TB; i) estabelecer meios eficazes de mobilização e comunicação; j) promover a equidade na atenção aos pacientes com TB dependentes de álcool e outras drogas; k) monitorar e avaliar o projeto.

## Resultados Alcançados

O projeto de intervenção está-se desenvolvendo com suporte em quatro eixos: gestão, atenção à saúde, formação e comunicação. Nesse sentido, realizou-se: a) parceria com pesquisadores do Fundo Global, viabilizando o georrefenciamento de todos os casos de abandono; b) verificação e correção das inconsistências do banco de dados e qualificação dos digitadores; c) elaboração e aplicação, pelo Sistema Municipal de Saúde Escola em parceria com a Vigilância Epidemiológica e APS, de instrumento de avaliação do conhecimento dos profissionais da APS sobre TB; d) identificação de projetos similares ou complementares, entre eles os desenvolvidos pela Associação Cearense de Redução de Danos (Acerd) e pelo Núcleo de Integração pela Vida (NIV); e) realização de quatro oficinas, dois teatros-fórum, um estudo de caso; mapeamento de pacientes com abandono de tratamento; f) realização de pactuação com gestor municipal e coordenadores dos centros de Saúde da Família, da atenção especializada e hospitalar da SER I, assegurando a referência secundária, com formalização de fluxo; g) identificação dos profis-

sionais para formalização de referência secundária; h) realização de quatro debates por meio da Web rádio, com envolvimento das coordenação estadual do Ceará e da coordenação municipal de Fortaleza, profissionais da ESF, Gabinete da Prefeita, por meio da Coordenadoria da Política da Mulher e movimentos sociais e populares.

Em complemento, estão em andamento as seguintes atividades: análise dos dados do questionário aplicado junto aos profissionais da ESF; sensibilização dos demais profissionais de saúde (atenção secundária e terciária: rede hospitalar, especializada e saúde mental) e do controle social para implantar o TDO a todos os casos; implantação/implementação da sala de situação em todos os centros de Saúde da Família; realização de duas farinhadas com a Articulação Nacional dos Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (Aneps); elaboração de história em quadrinhos sobre a temática na linguagem local, informando sobre importância de adesão ao tratamento, cordel cantado elaborado por artista popular, cartilha para os agentes comunitários de saúde, disponibilização após discussão do protocolo para enfermeiros da Atenção Básica elaborado pelo Ministério da Saúde no ano 2010.

## BAIXA TAXA DE DETECÇÃO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE ITAPIPOCA, NO CEARÁ MEDIDAS DE INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Daniela Sousa Feitoza  
Roberta Alves Sousa  
Sheila Maria Santiago Borges

n.22  
*Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP*

---

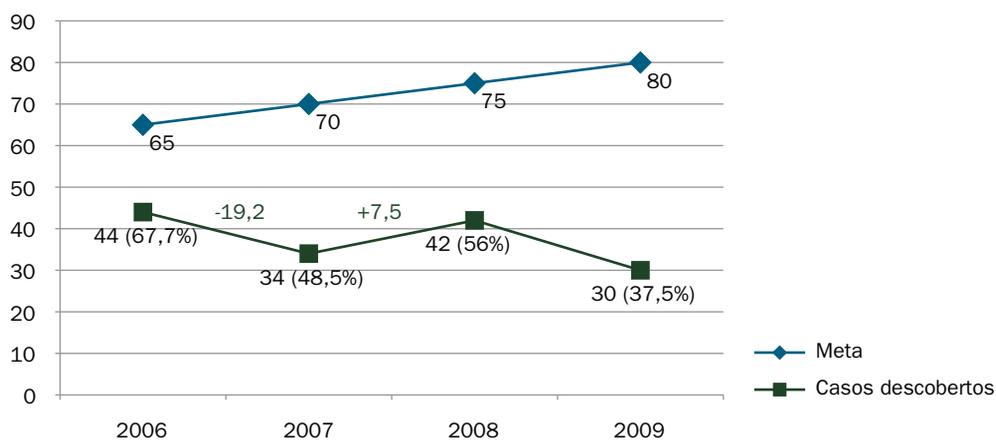
### Introdução

A tuberculose (TB), atualmente, é considerada doença emergente e prioritária pelo Ministério da Saúde e pela OMS. O Relatório Global publicado pela OMS que contém dados de mais de 200 países mostra que 22 desses países são responsáveis por 80% da carga da doença mundial, estando o Brasil na 18ª posição em 2009. No Ceará, em 2008, foram notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/SESA, 2008) 3.658 casos novos de tuberculose, correspondendo a um coeficiente de incidência de 43,3/100.000 habitantes, dos quais 1.993 (54,5%) eram pulmonares bacilíferos. Segundo parâmetro do Ministério da Saúde, calcula-se que 1% da população seja sintomático respiratório; assim, o município deveria ter identificado, em 2008, cerca de 1.127 sintomáticos respiratórios e, destes, 4% (45 casos) seriam casos de TB pulmonar positiva. No período de 2006 a 2009, observa-se uma tendência de redução dos casos identificados (Gráfico 1), quando se encontrou um número menor de casos de TB em relação ao esperado. Em 2009, identificaram-se 30 casos (representando apenas 37,5% da meta esperada), segundo dados do Sinanet (SECRETARIA MUNICIPAL DE ITAPIPOCA, 2009). Conforme o exposto, observamos que o município vem mantendo a detecção de casos novos inferior a 70%, que é a meta mínima aceitável pelo Ministério da Saúde. Isso alerta também para o diagnóstico tardio e pouca eficácia do serviço de saúde, principalmente quanto à captação desses pacientes.

A rede de serviços de saúde de Itapipoca possui cobertura de 73% da ESF; um hospital regional filantrópico e um centro de especialidades médicas.

A taxa de incidência de TB no município é 19,2/100 mil hab (SINAN/PECT, 2010).

**GRÁFICO 1 Taxa de detecção de casos novos de tuberculose no período de 2006 a junho de 2009, de acordo com a meta estimada de casos, Itapipoca 2009**



FONTE: SINANNET 2009.

### Objetivos e Meta do Projeto

Aumentar a taxa de detecção dos casos novos de Tuberculose no município de Itapipoca, em 2010; realizar o diagnóstico precoce; tratar de forma correta e oportuna os portadores de TB; garantir o diagnóstico e o controle bacteriológico e melhorar o acesso de pacientes com TB aos serviços de saúde com cobertura TDO-Dots. A meta estabelecida foi aumentar em 22% a taxa de detecção dos casos de TB em Itapipoca, em relação ao ano de 2009.

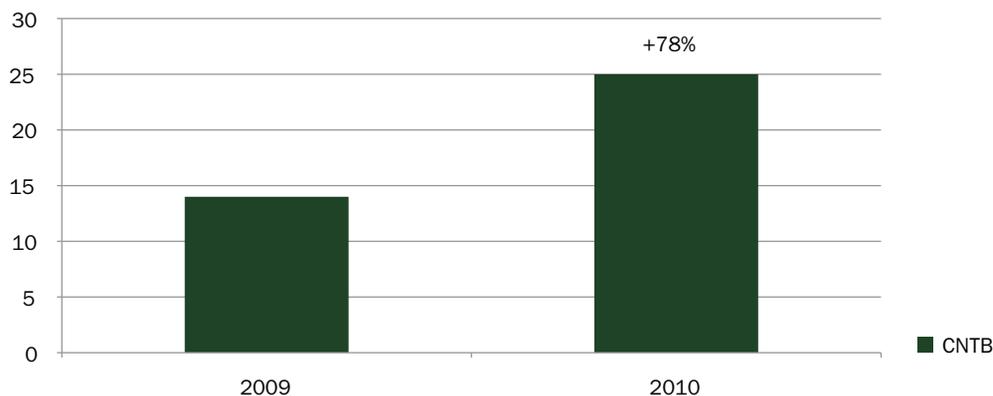
### Estratégias de Intervenção

O projeto iniciou-se em novembro de 2009 e definiu suas estratégias por meio da construção do modelo lógico. Assim, as estratégias e atividades para se alcançar a meta estabelecida foram as seguintes: capacitação dos profissionais de saúde, escolas, sociedade civil para vigilância e controle da TB; ampliação da busca de sintomático respiratório por intermédio de campanhas; promoção da utilização da microscopia direta do escarro como principal método de diagnóstico; garantia do tratamento e cura; expansão da estratégia Dots; monitoramento e avaliação das metas pactuadas; promoção das ações de educação em saúde.

## Principais Resultados Alcançados

Foi realizada pesquisa direta com os profissionais de saúde, objetivando identificar as necessidades de treinamentos; foram realizadas três reuniões com comitê gestor para organização de serviço; foram realizadas cinco capacitações com profissionais de saúde da rede do município; foram realizadas duas campanhas para detecção de casos; elaborou-se fluxograma para atendimento de tuberculose; definiu-se a programação dos insumos; foi reduzido o tempo de entrega do resultado da baciloscopia de uma semana para 24 horas; realizaram-se entrevistas em rádios locais; foram feitas a exposição de outdoor no município e a reprodução de material educativo.

**GRÁFICO 2 Número de casos novos de TB descobertos no período de janeiro a junho de 2009 e 2010**



FONTES: SINAN/ITAPIPOCA, 2010

O Gráfico 2 mostra comparativo entre o número de casos detectados nos períodos de janeiro a junho de 2009 e 2010. Percebe-se que, em 2009, foram identificados 14 novos casos e, no mesmo período, em 2010, foram descobertos 25 casos, o que mostra aumento de 78% na taxa de detecção. Isso reforça a ideia da necessidade do planejamento e da avaliação contínuas dessas ações.

## \_\_\_\_\_ Avaliação do Projeto

O projeto promoveu o fortalecimento, a integração e a união entre os diversos setores: APS, vigilância epidemiológica, atenção farmacêutica e laboratórios. O envolvimento do Conselho Municipal de Saúde com o Comitê Gestor contribuiu para viabilizar as ações, bem como fortalecer a participação social nos diversos momentos de execução.

Alguns avanços merecem destaque: capacitação de todos os profissionais envolvidos na ESF, organização de fluxo desde a detecção do sintomático respiratório até o diagnóstico e tratamento do paciente; fortalecimento das ações de prevenção e promoção a saúde, por meio de campanhas e do envolvimento da sociedade civil local. Nesse processo, as parcerias representaram uma ferramenta importante tanto na detecção de casos novos, como na promoção e divulgação da TB como sério problema de saúde pública. Destaca-se, ainda, a importância da parceria do Projeto AGAP, para todos os técnicos locais envolvidos direta ou indiretamente nesse processo, pois trouxe subsídios para a execução de novas propostas por meio das leituras sugeridas, das aulas e dos encontros constantes de monitoramento e avaliação. O projeto representou, assim, exercício de gerenciamento para toda a equipe. Desse modo, a meta proposta foi atingida, pois se conseguiu aumentar em 78% o número de casos novos da doença em relação ao ano anterior. Esse processo também se deve ao apoio da Sesa por meio da Cres, Núcleo de Atenção Primária, Coordenação Estadual da Tuberculose e da Coordenação Nacional da Tuberculose.

## \_\_\_\_\_ Conclusão

Para aumentar a detecção dos casos de TB, faz-se necessário o envolvimento do gestor e de toda sua equipe, principalmente dos profissionais de saúde da APS, e a parceria da sociedade civil, com estratégias eficientes, definição de fluxos para o atendimento a clientela e a programação de insumos.

“As políticas de saúde consideram o controle da tuberculose como responsabilidade dos municípios brasileiros e reconhecem que as ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) são de competência da APS” (BRASIL, MS, 2001).

---

## Referências Bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de informações de agravos de notificação**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>> . Acesso em: 15 jul. 2009.

MONROE, Aline Aparecida et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, jun. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000200008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200008&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 jul. 2009. doi: 10.1590/S0080-62342008000200008.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO CEARÁ. **Sistema de informações de agravos de notificação**. 2008.

\_\_\_\_\_. **Sistema de informações de agravos de notificação**. 2010.

n.22

*Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP*

---

# PROJETO DE QUALIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE HANSENÍASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE SOBRAL, NO CEARÁ<sup>1</sup>

Vicente Paulo Teixeira Pinto  
Maria Socorro Carneiro Linhares  
Maria de Fátima Feitosa Francelino

## Introdução

A hanseníase apresenta tendência de estabilização dos coeficientes de detecção no Brasil em patamares elevados nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste (BRASIL, 2008). No Ceará, em 2009, foram diagnosticados 1.952 casos novos de hanseníase, alcançando coeficiente de detecção, em todas as idades, de 22,8 para cada 100.000 habitantes e uma detecção, em <15 anos, de cinco casos em cada 100.000 habitantes (CEARÁ, 2010).

No município de Sobral, localizado na região noroeste do Ceará, a detecção de casos novos de hanseníase no ano alcança taxas próximas ou acima de 60 casos em cada 100.000 habitantes, o que, de acordo com os parâmetros do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNHC), se classifica como hiperendêmico (BRASIL, 2009). Em 2009, esta taxa foi de 59,9 casos em cada 100.000 habitantes, quase três vezes maior que a do estado do Ceará. A detecção de casos em menores de 15 anos também é elevada (12,7 em 100.000 habitantes), demonstrando forte indicativo de transmissão recente por fontes ativas.

Em Sobral, os serviços de APS incluem 48 ESF, 38 ESB e seis Nasf, distribuídos em 29 Centros de Saúde da Família (CSF), sendo 15 na sede e 14 em distritos, garantindo cobertura assistencial a 93,4% da população do município.

A descentralização possibilitou que os pacientes fossem tratados em serviços mais próximos de suas residências e fortaleceu os vínculos com os profissionais de saúde, o que tem contribuído com êxito no tratamento dos casos detectados. A taxa de abandono é praticamente zero. Nos últimos três anos, o único caso de abandono de tratamento ocorreu em 2007.

---

<sup>1</sup> Projeto Premiado – 2º Lugar no Estado

Entretanto, analisando a proporção de casos novos detectados com o grau de incapacidade física avaliados no momento do diagnóstico em Sobral, no período de 2000 e 2009, de acordo com parâmetros da Portaria n. 125/SVS-SAS/2009, verifica-se que esse indicador vem-se tornando regular e precário, respectivamente. Nos últimos dois anos, não chega a 70% dos casos encontrados.

Aliada à cobertura insatisfatória desse indicador, os percentuais referentes ao grau II de incapacidade entre os casos avaliados nesses anos variam entre 2,4% e 19,8%. Percentuais iguais ou acima de 5% e 10% de casos novos com incapacidade grau II no diagnóstico consideram-se como média e alta transcendência da doença na região, visto que esse indicador relaciona-se com o tempo de instalação da doença. Resultados como esses indicam a necessidade de melhorar a efetividade e o desempenho das atividades da detecção oportuna e/ou precoce dos casos, que, em Sobral, foram descentralizadas para as equipes da ESF.

#### \_\_\_\_\_ Meta

Avaliar o grau de incapacidade física no diagnóstico em 90% dos casos novos de hanseníase do município de Sobral, no ano 2010.

#### \_\_\_\_\_ Intervenção Adotada

Procurou-se identificar evidências da baixa avaliação do grau de incapacidade física (IF) no diagnóstico dos casos novos de hanseníase do município por meio da Estimativa Rápida (ER) e Grupo Focal; sensibilização das equipes da APS, dos Nasf, da Atenção Secundária à Saúde (ASS), do Conselho Municipal de Saúde (CMS), do MORHAN e da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia (EFSFVS) para a importância da identificação do grau de IF no diagnóstico.

Estabeleceu-se parceria com a Secretaria da Saúde do Estado (SESA), Ministério da Saúde e universidades da região, para desenvolver o programa de treinamento/capacitação das equipes da ESF em avaliação de IF no momento do diagnóstico de hanseníase; implantação e capacitação de uma equipe de multiplicadores em prevenção de IF com foco na avaliação do grau de IF, no diagnóstico e na cura da hanseníase.

Desenvolveram-se atividades de educação permanente com foco na avaliação de IF e exame dermatoneurológico, com os profissionais da ESF.

Realizaram-se atividades de educação permanente com os profissionais da ESF e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para acompanhamento dos casos de hanseníase.

Ampliou-se o acesso ao exame clínico dos contatos dos casos novos de hanseníase não examinados no período de 2008 e 2009, ou para seguimento por meio de oferta de atendimento em horários alternativos.

Identificaram-se os insumos necessários para realização dos exames dermatoneurológicos e de avaliação da IF nos CSF e ampliou-se a divulgação sobre a situação da hanseníase no município, com informes epidemiológicos, entrevistas em rádio e jornais locais para a população em geral.

#### \_\_\_\_\_ Principais Resultados Alcançados

As atividades foram desencadeadas em dezembro de 2009 e até 30 de julho de 2010 já se havia: aplicado uma ER para melhor evidenciação das questões relacionadas com o problema; realizado um grupo focal com médicos e enfermeiros da APS para conhecer/compreender os fatores que contribuem para a baixa avaliação do grau de IF no diagnóstico de hanseníase; capacitado e implantado equipe com 12 profissionais de saúde como multiplicadores em avaliação neurológica e prevenção de incapacidades; realizado 10 oficinas em avaliação neurológica e prevenção de incapacidades para 97 profissionais da ESF; elaborado o protocolo municipal para atenção dos pacientes de hanseníase; implantado livro de controle e acompanhamento de contatos intradomiciliares por cinco anos consecutivos; elaborado um encarte, detalhando os passos do exame dermatoneurológico, para ser afixado em todos os consultórios dos CSF; realizado entrevistas e matérias em rádio e jornais locais abordando aspectos da hanseníase; realizado oficinas para aperfeiçoar o trabalho de 276 ACS em suas atribuições previstas na visita aos domicílios dos pacientes com hanseníase; adquirido insumos necessários à realização dos exames dermatoneurológicos e de avaliação de IF para os 29 CSF; fortalecido parcerias com as instituições formadoras de profissionais de saúde, movimentos sociais e, principalmente, integração da vigilância epidemiológica com APS; incorporado às atividades e metas

do projeto ao Plano Municipal de Saúde de Sobral 2010-2013; criado referência em hanseníase para educação permanente dos profissionais na EFSFVS.

### \_\_\_\_\_ Conclusões e Recomendações

Dos casos novos de hanseníase detectados entre 1º de janeiro e 30 de julho de 2010, correspondentes a sete meses de desenvolvimento do projeto para Qualificação do Diagnóstico de Hanseníase na APS, 91,1% tiveram o grau de IF avaliado no momento do diagnóstico.

De acordo com as normas do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PNCH) do Ministério da Saúde, é imprescindível avaliar a integridade da função neural e o grau de IF no momento do diagnóstico dos casos, pois, assim, será possível identificar o quanto está sendo precoce o diagnóstico dos casos e estimar o tempo provável de contato dos comunicantes. A baixa cobertura da avaliação do grau de IF no diagnóstico e o pequeno número de exames de contatos, resultando em altas taxas de casos novos com IF de grau I e II no diagnóstico, podem estar relacionados com a qualidade dos processos técnicos e operacionais das ações de controle e vigilância da doença no município.

Portanto, é necessário que sejam desenvolvidas estratégias e atividades para conter o comportamento evolutivo da hanseníase nas regiões endêmicas e, assim, melhorar a capacidade operacional das ações de controle da hanseníase nos serviços APS. As atividades desencadeadas devem colocar o problema da hanseníase na agenda diária dos serviços de saúde, mais especificamente na agenda dos profissionais da ESF.

As atividades desenvolvidas em Sobral, a partir de dezembro de 2009, ainda não nos permitem apontar resultados que indiquem a redução da carga da hanseníase, mas se espera chegar ao conhecimento da real prevalência de casos e reduzir a prevalência oculta por meio da qualificação do diagnóstico na APS. Em uma região hiperendêmica, isso pode significar a redução da transmissão ativa da doença. Os fatores técnicos e operacionais inerentes à vigilância da doença no município estão sendo revisados e pesquisas foram impulsionadas, provocando estados de mobilização permanente em vários espaços do Sistema de Saúde de Sobral.

## Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em saúde**: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. 2008. Disponível em: <[www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)>. Acesso em: 22 dez. 2009.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 125, de 26 de março de 2009. Define ações de controle da hanseníase. **Diário Oficial da União**, República Federativa do Brasil, Brasília-DF, 27 mar. 2009. Seção 1, Ano CXLVI No 59.

CEARÁ. **Informe epidemiológico**: hanseníase. Janeiro 2010. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde, Núcleo de Epidemiologia, Sesa-CE. Disponível em: <[www.saude.ce.gov.br](http://www.saude.ce.gov.br)>. Acesso em: 22 maio 2010.

### 7.1.3 OS PROJETOS DA PARAÍBA

#### ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA REDE BÁSICA: A BAIXA COBERTURA DA SUA ASSISTÊNCIA NA REDE DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ALHANDRA, PARAÍBA

n.22  
*Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP*

---

Gladys Moreira Cordeiro da Fonseca

Renata Barros de A. Mangueira

Claudia Germana de S. Feitosa

#### Introdução

Os coeficientes de mortalidade materna e infantil são influenciados pelas condições de assistência ao pré-natal e ao parto, bem como pelos aspectos biológicos da reprodução humana e pela presença de doenças provocadas ou agravadas pelo ciclo gravídico puerperal. Em torno de 98% das mortes de mulheres por causas maternas seriam evitáveis mediante a adoção de medidas relativamente simples, que visam melhorar a qualidade da assistência perinatal e garantir o acesso aos serviços de saúde.

A cobertura da assistência pré-natal no Brasil ainda é baixa, apesar de vir aumentando nas últimas décadas. As desigualdades no uso dessa assistência ainda persistem, e o percentual de mulheres residindo na zona rural que não realizam o pré-natal é alto. Há também grande diferença na cobertura segundo regiões geográficas.

Na região Nordeste, a Paraíba é um dos estados onde o percentual de mulheres que não realizam o pré-natal é ainda elevado, havendo 1,6% de nascidos vivos de mães com nenhuma consulta de pré-natal e 6,1% com uma a três consultas de pré-natal. Projeto desenvolvido no município de Alhandra revelou que esse percentual é ainda mais alarmante, pois, em 2006, o número de nascidos vivos de mães com nenhuma consulta de pré-natal foi de 3% e com uma a três consultas de pré-natal foi de 10,5% (DATASUS/SINASC, 2006).

Isso contribui com agravos que poderiam ser evitados como: elevado índice de mortalidade materna, elevado índice de mortalidade fetal, alto índice de abortamento habitual, intervalo interparto menor que dois anos, doenças prevalentes do ciclo gravídico puerperal como pré-eclampsia/eclampsia, diabetes gestacional, síndromes hemorrágicas e trabalho de parto prematuro.

O município de Alhandra está localizado na microrregião do litoral sul do estado da Paraíba. Sua área é de 183km<sup>2</sup>, distando 36km da capital. O acesso é feito, a partir de João Pessoa, pelas rodovias BR 101/PB 057.

Segundo estimativa do IBGE, a população residente no município de Alhandra em 2009 era de 18.933 habitantes, sendo 9.420 homens e 9.513 mulheres, distribuídos em espaço urbano e rural. A população feminina em idade fértil (de 10 a 49 anos) é de 6.312 (IBGE, 2009).

O município conta com sete ESF (quatro na zona urbana e três na zona rural), com cobertura populacional de 96% que se constituem como ponto privilegiado para o primeiro contato, o acolhimento e a formação de vínculos com as equipes de saúde, sendo também o local prioritário para que o exercício da clínica do cuidado aconteça. Cumprem ainda a função essencial de coordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas pelos diversos serviços na rede de atenção. Conta também com um hospital municipal de pequeno porte, onde são realizados apenas os partos normais de gestantes em período expulsivo. Os demais partos são encaminhados para a cidade de João Pessoa.

Após pesquisa realizada na divisão de informática do município de Alhandra por meio do Sinasc, em 2007, o percentual de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal foi de 40%; no ano de 2008, este percentual foi de 38%. Avaliando a cobertura de nascidos vivos de mães com quatro a seis consultas de pré-natal, em 2007, o percentual foi de 47% e, em 2008, chegamos a um percentual de 46%. Sabemos que o Ministério da Saúde preconiza como parâmetro na construção da qualidade da atenção pré-natal o mínimo de seis consultas.

Considerando a recomendação do Ministério da Saúde, constatamos que a cobertura de consultas de pré-natal (sete ou mais) no município é baixa.

Analisando dados do Sis prenatal, observamos deficiência no acompanhamento das gestantes, pois, em 2009, de uma amostragem de 102 gestantes cadastradas, apenas 78 estavam sendo acompanhadas. Além disso, muitas dessas gestantes não realizaram os exames básicos do pré-natal no tempo oportuno, pois algumas delas não tinham o resultado de nenhum exame e já estavam na terceira consulta de pré-natal.

Esses resultados apontam para dificuldades de acesso das mulheres aos serviços de saúde, dado que, em sua composição, contam com maior número de unidades de baixa complexidade, com baixa oferta de ser-

viços, levando, entre outras, à dificuldade na realização de complementação diagnóstica e especializada, uma vez que o município não possui serviço laboratorial, sendo as gestantes encaminhadas para a cidade de João Pessoa para realizarem os exames básicos da gestação.

Mesmo o município disponibilizando transporte para as gestantes realizarem os exames laboratoriais em João Pessoa, muitas delas não vão e as gestantes que conseguem fazê-los têm dificuldades em receber o resultado, pois muitas vezes esse resultado demora mais de trinta dias para ser entregue, fazendo-as viajar várias vezes à capital, o que faz com que algumas delas desistam de pegá-lo.

O baixo nível socioeconômico e cultural, a adolescência, a gravidez não planejada, a dificuldade na aceitação da gestação por parte de algumas mulheres que não possuem relações estáveis ou parceiros fixos, a falta de apoio familiar, o difícil acesso às unidades de saúde pela localização geográfica de suas residências e a falta de infraestrutura do município são fatores que interferem diretamente na falta de adesão das gestantes aos programas de pré-natal.

Outro grave problema encontrado é que, como no hospital do município só são realizados os partos normais de parturientes em período expulso (os demais são encaminhados para João Pessoa), devemos intensificar a necessidade da realização de um pré-natal adequado e preconizado pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de prevenir as intercorrências que podem surgir e serem identificadas durante o pré-natal (pré-eclâmpsia, diabetes gestacional, placenta prévia, entre outras).

Diante dessas evidências, está clara a necessidade de esforço coletivo de setores governamentais e não governamentais para melhoria da qualidade da atenção pré-natal e puerperal no município de Alhandra e em todo país.

Este projeto teve como objetivo geral diminuir o índice das taxas de mortalidade materno-infantil e, especificamente, captar precocemente as gestantes na comunidade; promover o atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde a todas as gestantes que procurarem os serviços de saúde independentemente de etnia/cor e classe social; assegurar a realização dos exames complementares de rotina preconizados pelo Ministério da Saúde; e propiciar a consulta puerperal.

Este projeto teve como metas ampliar em 70% a cobertura e o acompanhamento das consultas e dos exames de pré-natal das gestantes do município. Com o objetivo de melhorar a qualidade da sua assistência porque compreendemos que a melhoria da qualidade da assistência pré-natal a essas gestantes e a adesão efetiva que se busca sejam fatores preponderantes na detecção precoce de intercorrências na gravidez e parto, reduzindo as mortes infantis por causas evitáveis.

Compreendemos também que a participação da mãe nesse processo, exercitando sua cidadania, poderá contribuir com a qualidade da assistência a partir do momento em que passar a exigí-la do serviço e do profissional que a atende, melhorando e desmistificando assim a visão errônea do serviço público negligente e de má qualidade e provocando readequação e transformação na sistemática da assistência.

#### \_\_\_\_\_ **Plano de Ação**

Como estratégias idealizadas e implantadas para esse projeto, destacamos a realização de capacitações e oficinas sobre a importância de um pré-natal humanizado, envolvendo todos os profissionais das equipes da ESF, desde os ACS e a recepcionista até o médico, nas ações desenvolvidas pela equipe, enfatizando a responsabilidade de cada um no cuidado às gestantes; implantação de um protocolo de procedimentos técnicos para o pré-natal, parto e puerpério e capacitação dos profissionais no uso deste protocolo; realização de palestras na rádio comunitária local, abordando temas pertinentes à gestação; elaboração de materiais para divulgação do projeto (logomarca, camisas, bonés, pôsteres, cartazes e *banners* sobre a importância da realização do pré-natal); utilização da cartilha *Conversando com a gestante*, do Ministério da Saúde, nas atividades educativas com as gestantes e seus familiares; utilização do *Manual de Higiene Bucal*, do Ministério da Saúde, nas palestras feitas pelos odontólogos com as gestantes, além da utilização de vídeos que narram a gestação desde a fecundação até o parto.

#### \_\_\_\_\_ **Resultados**

Como resultados iniciais deste projeto, temos que:

- Das 198 gestantes acompanhadas que concluíram o pré-natal até dezembro de 2009, 74% (n=146) iniciaram o pré-natal precocemente (antes de

120 dias) e 26% (n=52) iniciaram após 120 dias (SISPRENATAL/ALHANDRA, 2009).

- Das 132 gestantes que concluíram o pré-natal até maio de 2010, 84% (n=111) iniciaram o pré-natal precocemente (antes de 120 dias) e 16% (n=21) iniciaram após 120 dias (SISPRENATAL/ALHANDRA, 2010).

Esses resultados revelam a melhoria da captação precoce das gestantes em 10%, quando comparamos os índices de 2009 e 2010.

- Das 198 gestantes acompanhadas que concluíram o pré-natal até dezembro de 2009, 17% (n=34) realizaram de uma a três consultas de pré-natal, 51% (n=100) realizaram de quatro a seis consultas e 32% (n=64) realizaram sete ou mais consultas (SISPRENATAL/ALHANDRA, 2009).

- Das 132 gestantes que concluíram o pré-natal até maio de 2010, 11% (n=15) realizaram de uma a três consultas de pré-natal, 41% (n=54) realizaram de quatro a seis consultas e 48% (n=63) realizaram sete ou mais consultas (SISPRENATAL/ALHANDRA, 2010).

Esses resultados demonstram que houve aumento de 16% no número de gestantes com sete ou mais consultas de pré-natal, em relação ao ano anterior.

Como o nosso objetivo é o de ampliar em 70% o índice de gestantes que realizam sete ou mais consultas de pré-natal, que é o preconizado pelo Ministério da Saúde, acreditamos que, ao final do projeto, alcançaremos nossa meta.

### \_\_\_\_\_ Conclusão

O controle pré-natal, preconizado pelo Ministério da Saúde, deve ter início precoce, cobertura universal, ser realizado de forma periódica, estar integrado com as demais ações preventivas e curativas e deve ser observado um número mínimo de consultas que é de seis consultas pré-natais para uma gestação a termo, em gestantes sem fatores de riscos detectados, com início precoce, com a realização da primeira consulta até o quarto mês de gestação (120 dias) sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento. O intervalo entre duas consultas não deve ultrapassar oito semanas.

O sucesso do pré-natal depende, em grande parte, do momento em que se inicia e do número de consultas realizadas. Esse número varia de acordo com o mês de início e com intercorrências durante a gravidez.

O propósito deste projeto é diminuir o índice das taxas de mortalidade materno-infantil ao captar precocemente as gestantes na comunidade; promover o atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde a todas que buscarem os serviços de saúde independentemente de etnia/cor e classe social; assegurar a realização dos exames complementares de rotina preconizados pelo Ministério da Saúde; e propiciar a consulta puerperal.

O pré-natal das usuárias do SUS na cidade deve ser revisto qualitativamente, recomendando-se avaliações periódicas como instrumentos imprescindíveis de aperfeiçoamento. Aos gestores e profissionais de saúde cabem ações que aumentem a adesão às normas/rotinas do programa – principalmente a solicitação/registro dos exames complementares básicos – e propiciem melhor utilização do pré-natal pelas pacientes.

Os objetivos deste projeto para o município de Alhandra estão sendo alcançados. Esperamos, com satisfação, que a Secretaria do Município, por meio de seus gestores, perceba a importância do que foi o projeto AGAP e o diferencial conquistado após sua implantação para a cidade de Alhandra em oferecer as gestantes pré-natal de melhor qualidade com o propósito de diminuir o índice de mortalidade materna e neonatal.

#### \_\_\_\_\_ Referências Bibliográficas

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Dados do Censo de Alhandra-PB. 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 12 jul. 2010.

DATASUS/SINASC. Sistema de Informações de Nascidos Vivos. 2006. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>>. Acesso em: 12 jul. 2010.

SISTEMA de Informação do acompanhamento do Pré-natal (SISPRENATAL). Alhandra-PB. 2009 e 2010. Acessos em: 15 out. 2009 e 12 jul. 2010.

Iraece Lopes Andrade de Araújo  
Maria de Fátima Silva Andrade  
Rosângela Lins Pereira

n.22  
*Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP*

---

### \_\_\_\_\_ Caracterização do Município

O município de Areia, na Paraíba, está localizado na encosta oriental do planalto da Borborema e distante 120km da capital do estado, João Pessoa. Possui população de 24.656 habitantes (IBGE, 2007) e assistência médica distribuída em um hospital municipal, dez postos de saúde sendo nove unidades da ESF e outras clínicas particulares (fisioterapia, odontológicas, oftalmológicas, análises clínicas e veterinárias).

### \_\_\_\_\_ Introdução

O câncer de colo do útero apresenta mortalidade elevada e, apesar das campanhas e dos programas de prevenção, ainda continua sendo um problema de Saúde Pública, podendo ser detectado precocemente pela coleta periódica do teste de Papanicolau, também conhecido como Exame Citopatológico (CP), principalmente nas mulheres pertencentes à faixa etária entre 25 e 59 anos. Nesse grupo populacional, as lesões predominantes são de baixo grau e mais da metade regride espontaneamente. No município de Areia, a razão do exame Papanicolau nas mulheres priorizadas apresenta índice médio de 24% nos últimos quatro anos, valor abaixo do mínimo pactuado pelo Ministério da Saúde.

### \_\_\_\_\_ Objetivo

O objetivo deste projeto é ampliar o número de exames da população-alvo, constituída por 5.173 mulheres, a partir da coleta de exame citopatológico de mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, para 50%, em 2010, o que corresponde a 2.587 mulheres. Vale referir que existe um plano municipal de

---

<sup>2</sup> Projeto Premiado – 3º Lugar no Estado

Saúde que tem como um dos seus objetivos reduzir a morbimortalidade da mulher por meio de ações de prevenção do câncer ginecológico. O projeto em tela tem ainda o objetivo de identificar os principais fatores culturais, sociais, econômicos, aspectos sexuais e reprodutivos e os motivos para a baixa cobertura desse exame em Areia.

#### \_\_\_\_\_ **As Causas do Problema**

A baixa cobertura do exame CP em Areia, na Paraíba, principalmente na faixa etária de 25 a 59 anos, está relacionada com as barreiras ao acesso das mulheres à realização do exame, tais como: a falta de conhecimento sobre o próprio corpo e os fatores que causam o câncer de colo; vergonha e medo em realizá-lo; medo do resultado; falta de humanização no atendimento; baixa prioridade no atendimento integral às mulheres; oposição do companheiro e o longo tempo de espera do resultado do exame.

#### \_\_\_\_\_ **Estratégias Implementadas**

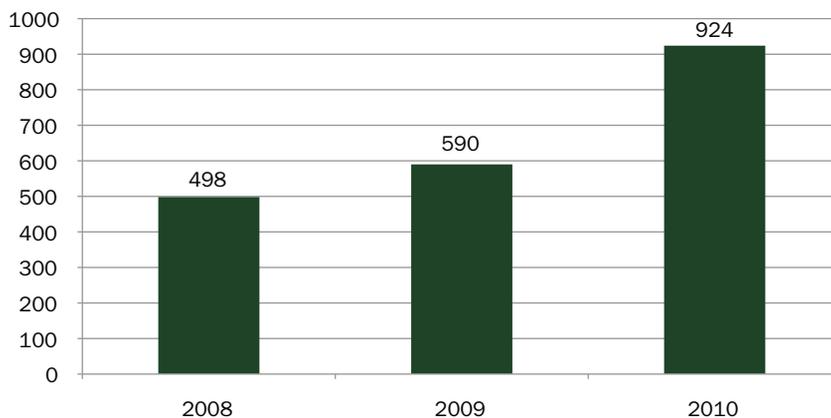
Para se enfrentar o problema, elaboraram-se várias estratégias a partir das evidências pesquisadas; a estratégia fundamental na implantação deste projeto foi as oficinas ministradas aos ACS e aos enfermeiros das ESF. Percebeu-se que existe cobrança muito grande quanto ao trabalho realizado pelos profissionais, mas, ao mesmo tempo, não são oferecidos esclarecimentos, aprendizagem e capacitações em assuntos relevantes para qualificar o trabalho prestado aos usuários, no sentido de informar e orientar a educação em saúde. Na verdade, o treinamento para o ACS deveria ser contínuo e abordar a realidade da sua comunidade, pois o agente é a ponta de todo o trabalho em saúde e o elo entre a comunidade e o serviço de saúde. Nesse sentido, é necessária a aquisição de conhecimentos básicos, enfatizando o que acontece com as pessoas de sua cidade e o que as faz buscar atendimento nas unidades de saúde. Acredita-se que a educação em saúde dos profissionais deve ser planejada e construída dentro da realidade de cada município.

## Conclusão

Tendo em vista que o projeto *Não dê Colo ao Câncer de Útero* ainda não está concluído, fica inviável se obter um resultado final do impacto das intervenções no município, embora já se possa observar o crescimento na busca pela realização do exame preventivo, principalmente pelas mulheres que antes do projeto nunca haviam feito o exame Papanicolau. É visível também a mudança de comportamento e conhecimento dos profissionais de saúde em relação ao câncer de colo do útero, principalmente quanto à importância da continuidade do tratamento das pacientes em seguimento, da busca ativa e da informação constante às mulheres. Para se atingir o percentual preconizado, é necessário assegurar que o programa esteja bem organizado e alcance integralidade e boa qualidade, com acompanhamento das pacientes na Assistência Integral à Saúde da Mulher, além de capacitar os profissionais e garantir a cobertura total da ESF.

n.22  
Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP

### Ações Executadas e Resultados – N.º de exames realizados em mulheres de 25 a 59 anos no período de janeiro a agosto



FONTE: SISCOLO/SMS AREIA

## A BAIXA RESOLUTIVIDADE DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO CUIDADO COM AS PESSOAS COM DEPRESSÃO NO MUNICÍPIO DE CABEDELLO, NA PARAÍBA

Maria Milaneide de Souza  
Sylvana Cláudia de F. Melo  
Vera Lucia Patrício

Este artigo apresenta a experiência de implementação dos cuidados a pessoas com depressão na APS, no município de Cabedelo, na Paraíba. Parte da necessidade de integração de saúde mental na APS, em virtude da magnitude epidemiológica dos transtornos mentais e em particular da depressão. A prevalência da depressão é estimada em até 10% de todos os usuários atendidos na APS (ARANTES, 2007), com a prevalência duas vezes mais em mulheres, e está em 1º lugar entre as doenças incapacitantes, sendo também fator de risco para outras enfermidades (OMS, 2005); por fim, o suicídio está situado entre as três maiores causas de morte (BRASIL, 2006).

Levantando como problema a baixa resolutividade das Equipes de Saúde da Família (ESF) no cuidado às pessoas com depressão, essa intervenção teve por objetivo aumentar a resolutividade das ESF na identificação, no acolhimento, no diagnóstico e nos cuidados compartilhados às pessoas com depressão no território de cinco ESF em Cabedelo, Paraíba.

O município de Cabedelo, cenário dessa intervenção, localiza-se a 18km da capital paraibana, João Pessoa, e se constitui na cidade portuária do estado. Sua população atual é de 54.556 (IBGE, 2008) e 100% desta população encontram-se na zona urbana.

Atualmente, a rede municipal de saúde compõe-se por 19 Postos de Saúde da Família (PSF), correspondendo a uma cobertura de 85% do município. Entre outros serviços, conta com: um centro de referência para atendimentos especializados; um hospital maternidade; um centro de atenção psicossocial para portadores de transtornos mentais (Caps I); um centro de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (Caps AD); e uma equipe de Nasf que dispõe de três psicólogos.

Apesar de ampla rede de saúde, a articulação entre os vários dispositivos existentes ainda é embrionária, ainda que se registrem iniciativas de sensibilização de diversos atores(as), no sentido de despertarem as equipes para a responsabilidade compartilhada e para trabalho em rede.

A intervenção propriamente dita iniciou-se em março de 2010, ocasião em que foi constituída a equipe ampliada do projeto. Vale realçar que, ao se constituir essa equipe, teve-se o cuidado de garantir, em sua composição, não apenas gestores da rede, mas também trabalhadores das ESF, por se entender que o desenvolvimento favorável da intervenção dependeria da implicação dos diversos segmentos como atores.

Assim, foi posta em marcha a estratégia 1, que consistia em escolher as ESF que fariam parte do projeto. Para tanto, fizemos uma reunião para pensar critérios de escolha. Os critérios de seleção das ESF consideraram a elevada demanda de pacientes em uso de psicofármacos e a localização geográfica dessas unidades (levando em conta que as USF não deveriam ser vizinhas geograficamente para não prejudicar a assistência, por ocasião das reuniões e das qualificações). Assim, cinco unidades passaram a fazer parte dessa intervenção, ainda que posteriormente tenha havido expansão às demais USF.

Nessa etapa, considerou-se que as ESF teriam muito mais adesão ao projeto se partíssemos do conhecimento prévio que os profissionais tinham sobre o tema. Sendo assim, foi construído e aplicado em cada USF um pré-teste para identificar o conhecimento atual que as ESF apresentavam sobre a depressão e o que esperavam conhecer, dando, assim, prosseguimento à segunda estratégia.

Na sequência, foi agendada uma qualificação em depressão por meio de exposições dialogadas e oficinas para todos os integrantes da ESF, incluindo a Guarda Municipal e técnicos dos Caps e Nasf, encaminhado, com isso, a terceira estratégia. Para a realização dessa terceira estratégia, na qual as USF estariam fechadas por três dias, foi essencial a pactuação de horários e arranjos de atendimentos que não prejudicassem a assistência, durante o tempo de realização das oficinas. A qualificação da ESF enfatizou os seguintes temas: princípios do SUS, da reforma psiquiátrica e da APS, escuta qualificada, acolhimento e singularidade; diagnóstico e tratamento da depressão, práticas alternativas e complementares em saúde mental e saúde, gênero, cor/etnia. Após essa qualificação, foram aplicados um pós-teste e uma avaliação. Os referidos temas foram escolhidos por se entender que qualificação em cuidados em saúde mental vai além do conhecimento de sintomas e psicofarmacologia, ou seja, torna-se necessário trabalhar a habilidade clínica

no manejo com as pessoas com depressão, no âmbito das USF, bem como desconstruir a ideia de cuidados centrados no sintoma e na medicação.

No final da terceira etapa, foi realizada uma avaliação, em que se discutiu também a necessidade de construir evidências em saúde mental. Para tanto, foi tirado um Grupo de Trabalho (GT) que, junto à equipe ampliada, passou a discutir e propor como seriam realizados os registros dos cuidados em saúde mental, tendo início, assim, a quarta estratégia da intervenção.

Atendendo a uma solicitação antiga das ESF e da assistência farmacêutica, o primeiro instrumento elaborado foi o Cartão de Saúde Mental, para dispensação de psicofármacos. Esse cartão vinha sendo construído pela gestão da atenção básica e foi referendado e aperfeiçoado pelo GT. O referido cartão favorece não apenas maior controle da dispensação por usuário, como também o cadastro das pessoas que fazem uso de psicofármaco no território.

O segundo instrumento discutido foi a Ficha B – Mental, a ser utilizado pelos ACS. Na ocasião, foi apresentada a Ficha B – Mental, construída pela equipe de saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, na gestão de 2005, e que nos foi gentilmente cedida, sendo bem aceita por todos, com pequenas adequações.

No que se refere ao registro dos atendimentos médicos, constatou-se a existência, no município, de uma Planilha para Tabulação de Morbidade que contempla os transtornos mentais e comportamentais mais frequentes. Entretanto, no ponto de vista dos médicos, essa planilha em sua totalidade precisaria ser revista. Assim, foi realizada uma reunião entre os médicos e a Coordenação de Imunização e Vigilância Epidemiológica e a Atenção Básica, quando foi refeita a referida planilha.

Ressalta-se que o Cartão de Saúde Mental, a Ficha B – Mental e a nova Planilha para Tabulação de Morbidade passarão a ser utilizados pelas 19 ESF, não se limitando às equipes do projeto.

Com a institucionalização do projeto, este se estendeu a todas as 19 equipes e a todos os sofrimentos psíquicos mais frequentes, e não apenas a depressão.

Dessa forma, foi dada continuidade à quinta estratégia, qual seja, a integração das ESF e da Equipe de Saúde Mental (ESM) em uma lógica de apoio matricial, a qual já teve início, na medida em que o Nasf e o Caps, jun-

tamente com a ESF, vêm fazendo parte de todo o processo de intervenção. Essa estratégia foi intensificada a partir das seguintes ações: 1) contratação de um psiquiatra para qualificar os médicos das ESF e estar disponível para consultoria, discussão de casos clínicos e atendimentos em conjunto (ao médico da USF) nos casos mais graves; 2) realização de 16 horas de qualificação em saúde mental, para os médicos das 19 equipes; 3) realização de oficina de qualificação, com duração de quatro horas, com os enfermeiros das USF, enfocando o capítulo de saúde mental da Cartilha dos Agentes Comunitários de Saúde, edição de 2009; 5) agendamento de oficinas de qualificação dos ACS por USF, a ser facilitada pela enfermeira da unidade, juntamente com o(a) psicólogo(a) do Nasf.

Quanto aos resultados, podemos assinalar que, ainda que esse projeto tenha objetivo amplo, impossível de ser atingido em curto prazo, registrou-se que o eixo na APS, na perspectiva do trabalho em rede, fornecido pela intervenção, vem provocando reorientação no processo de trabalho. As ESF vêm-se mostrando mais sensíveis à questão da saúde mental, em particular à depressão. Os pós-testes indicam o êxito do processo de qualificação das ESF para as ações de identificação, acolhimento, diagnóstico e cuidado as pessoas com sofrimento psíquico. Além disso, foram firmados protocolos que permitirão evidências de saúde mental no município

É possível que o grande avanço tenha sido no sentido de se desconstruir a ideia de que saúde mental é assunto exclusivo para Caps e se produzir uma implicação do lugar das ESF nos cuidados à pessoa que traz um sofrimento psíquico. Outro resultado nessa etapa do trabalho foi a potencialização da rede de cuidados, de forma a viabilizar o diálogo entre a atenção especializada e as ESF. E, por fim, a institucionalização do projeto, que deixa de ser uma exigência do AGAP e passa verdadeiramente ser apropriado pelo município de Cabedelo.

Registre-se o quanto o comprometido dos gestores, no sentido de sustentar a ideia do projeto, tornou-se fundamental para o desenvolvimento e a institucionalização dessa intervenção. O projeto foi incorporado à política de saúde mental do município, e sua sustentabilidade está garantida, na medida em que a saúde mental foi integrada à APS.

Por fim, essa intervenção permite que sejam apresentadas algumas considerações importantes. Os resultados que se estão processando dessa

experiência encontram-se relacionados ao fazer compartilhado e chamam atenção para o fato de que uma intervenção que tenha o protagonismo dos trabalhadores e trabalhadoras de saúde ganha maior sentido e adesão, ainda que se tenha registrado como limitação a não participação de usuários e demais dispositivos da rede nessa primeira etapa do trabalho.

Como recomendação fundamental, faz-se necessário que não se perca de vista que o usuário é da rede de cuidados, não necessariamente do Caps, Nasf, ambulatório, hospital ou das ESF. E, em sendo de todos e de cada um, implica se pensar de que forma poderá ser cuidado em seu quadro e levando em conta suas singularidades e seu território, não somente no sentido geográfico em si, mas na perspectiva das relações sociais de troca. Talvez seja aí que ocorrerá verdadeiro encontro entre a reforma psiquiátrica, o SUS e APS.

#### \_\_\_\_\_ Referências Bibliográficas

ARANTES, D. V. Depressão na Atenção Primária, **Rev. Bras. Med. Fam e Com.**, Rio de Janeiro, v. n. 8, jan.-mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio**: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília-DF, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Síntese de indicadores sociais 2008**. Rio de Janeiro-RJ: IBGE, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças incapacitantes**: um mundo para todos a pensar em cada um. Washington D.C., 2005.

---

### Identificação do Problema

n.22  
*Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP*

---

O câncer de colo do útero (CCU) apresenta mortalidade elevada e, mesmo com as campanhas e os programas governamentais de prevenção, ainda continua sendo um problema de saúde pública no Brasil, embora já existam conhecimentos técnicos de prevenção suficientes para fornecer um dos mais altos potenciais de cura (CRUZ, 2008). O CCU pode ser detectado precocemente pelo teste Papanicolau, também conhecido como exame citopatológico (CP), no qual a precisão em diagnosticar corretamente os casos verdadeiros de lesões cervicais pré-neoplásicas e neoplásicas tem sido descrita entre 75% em mais de 90% dos casos (DIBONITO, 1993).

Focando a realidade local, a Paraíba apresenta incidência de 12,23% de novos casos de CCU dos casos de neoplasias malignas no estado, o que representa 230 novos casos por 100.000 mulheres (INCA, 2009). Contudo, apesar dessa incidência, no município de Campina Grande, local da intervenção, a razão do CP nas mulheres com idade entre 25 e 59 anos tem apresentado índices de 19%, 23% e 16%, nos anos de 2007, 2008 e 2009, respectivamente. Tais valores estão abaixo de 30%, que é o parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde por meio do Pacto pela Saúde.

Campina Grande possui população de 383.764 habitantes. Sua rede de saúde é composta por: 92 USF (que garantem cobertura populacional de 92% do município); sete centros de saúde; oito laboratórios municipais; nove laboratórios conveniados; uma unidade mista de saúde; uma policlínica; 19 hospitais, distribuídos entre públicos e privados, sendo dois deles referências para tratamento oncológico. Juntos, esses hospitais oferecem o total de 3.466 leitos hospitalares (SIAB, 2009).

Devido à dimensão e complexidade do município, optou-se por selecionar dois Distritos Sanitários (DSs) para a intervenção do projeto, tendo como critérios de seleção: população adscrita com baixo índice de renda,

representando os maiores bolsões de pobreza, e a adesão da gerente do Distrito Sanitário ao projeto; e baixa proporção de exames citopatológicos na população de mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos de idade. Os demais Distritos Sanitários serão acompanhados como população controle.

Os distritos selecionados para a intervenção proposta neste projeto foram o DS II, que possui 16 ESF e dois centros de saúde, abrangendo área rural e urbana; e o DS III, contando com 13 ESF, um centro de saúde, localizado em área urbana. De acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), as ESF do DS II cobrem 70% da população, sendo que os outros 30% são atendidos nos centros de saúde; no que concerne ao DS III, a cobertura da ESF é de 71%.

O objetivo deste projeto foi ampliar o número de mulheres examinadas, a partir da coleta de material no exame citopatológico, na faixa etária de 25 a 59 anos de idade, em 50% no ano de 2010 nos DSs II e III de Campina Grande.

De acordo com dados do IBGE-Pnad (2000), a composição étnica do município de Campina Grande é 45,9% de brancos, 50,0% de pardos e 3,0% de negros. Contudo, não há bases de dados locais que relacionem a ocorrência do CCU com a etnia da população acometida por esse agravo.

#### \_\_\_\_\_ **Proposta de Intervenção**

As intervenções realizadas foram baseadas no Modelo Lógico, com as seguintes estratégias: capacitação e atualização dos profissionais da rede de serviços públicos; inclusão dos aspectos de gênero e etnia no debate com os profissionais de saúde; produção de materiais de divulgação que incluíram textos para os meios de comunicação, folhetos para mulheres e seus companheiros; sensibilização da comunidade, por meio de ações sociais e palestras; articulação com a rede laboratorial conveniada, a fim de garantir a disponibilidade de serviços de saúde em relação a demanda e sua acessibilidade geográfica; seguimento das mulheres com alguma alteração celular no resultado do CP; busca ativa na comunidade; continuidade do cuidado e estabelecimentos de vínculo equipe de saúde-paciente; monitoramento e avaliação sistemáticos em conjunto com os profissionais de saúde; inclusão de outros atores no processo, como a sociedade organizada, ONG, hospital

de referência para o tratamento de câncer e demais Secretarias, como a de Educação e a de Ação Social.

Entre as atividades, destacamos as ações educativas desenvolvidas com a participação da comunidade, para ampliar conhecimento sobre os fatores de risco, o desenvolvimento da doença, a importância da realização periódica do exame preventivo e, principalmente, estimular o empoderamento<sup>3</sup> dos usuários no qual eles devem sentir-se corresponsáveis com a promoção da qualidade de vida.

Grande desafio apresentado foi a institucionalização do projeto e sua sustentabilidade para além do seu período de execução. Segundo relato da equipe gestora municipal, há a análise de que há perspectiva positiva e compromisso de gestão para continuidade das ações, podendo citar-se como evidências a elaboração e formalização de fluxo de exames desde a coleta, realização e retorno do resultado até o usuário; inclusão de outros atores corresponsáveis pelo processo além da gestão com os profissionais da rede de saúde, ONGs, comunidade organizada; bem como a contratualização dos exames citológicos entre a Secretaria de Saúde e os laboratórios conveniados, considerando prazos e demanda.

#### \_\_\_\_\_ Resultados Alcançados/Almejados

Quanto aos exames, houve aumento de 10% na oferta além do comprometimento dos laboratórios conveniados com a qualidade e o tempo de resposta dos exames citopatológicos. Resultado possível após reuniões sistemáticas e pactuação junto ao gestor municipal com base na demanda da comunidade.

Na análise dos dados para diagnóstico do problema e avaliação das intervenções, percebeu-se a disparidade dos sistemas de informação nos quais o valor de exames realizados no Siscolo no ano de 2008 foi de 21.013 exames e no sistema de informação de procedimentos – Datasus –, o valor foi de 15.169 exames.

Para o projeto, optou-se em utilizar apenas o Siscolo a fim de minimizar o viés de informação. A partir dos dados do Siscolo, pode-se observar

---

<sup>3</sup> Tradução do termo inglês *empowerment*.

que, de janeiro a abril de 2010, houve aumento no número de CP realizados em mulheres de 25 a 59 anos de idade quando comparado ao mesmo período do ano anterior, sendo de 57% nos DSs acompanhados pelo projeto e de 34% na população controle.

Com base nesses dados, pode-se analisar que houve aumento em ambas as populações, tanto na acompanhada como na controle. Pode-se, portanto, apreender que algumas das ações desenvolvidas tiveram impacto para além da população em estudo, podendo citar a articulação com a rede laboratorial para retorno dos resultados em tempo hábil e repactuação de fluxos.

Percebe-se ainda que esse aumento ocorreu sem que houvesse um “mutirão”, ou seja, sem que as ESF e profissionais dos centros de saúde reduzissem a rotina de atividades nas unidades para priorizar apenas uma atividade. Um bom exemplo ocorreu na zona rural, onde uma equipe utilizou o período de cadastramento do Programa Bolsa Família para a realização de palestra informativa e agendamento de mulheres que nunca haviam realizado o exame preventivo do CCU.

Outros resultados importantes foram: a interação Nasf ao apoio clínico-pedagógico do Programa Saúde da Família (PSF); comprometimento de outros profissionais da equipe além do médico e enfermeiro (ex.: odontólogo) com a problemática trabalhada; a criatividade dos profissionais em encontrar estratégias para inserir no processo de trabalho novas ações de promoção à saúde.

Esse trabalho revelou o potencial da gestão intersetorial, compartilhada também pelos profissionais, o que traz o usuário como ator fundamental no momento em que este se responsabiliza pelo seu autocuidado. Aferiu-se que é possível fortalecer o processo de trabalho e a efetiva promoção da saúde da população por meio de ações de gestão (planejamento, pactuações, avaliação e monitoramento) com a corresponsabilização de parceiros.

---

## Referências Bibliográficas

CRUZ, L. M. B.; LOUREIRO, R. P. A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas. *Rev. Saúde e Sociedade*, v. 17, n. 2, São Paulo, 2008.

DIBONITO L. Cervical cytopathology: an evaluation of its accuracy based on cytohistologic comparison. *Cancer*, n. 72, p. 3002-6, 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad)**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 10 jun. 2009.

n.22  
*Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP*

---

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa de incidência de câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=tabelaestados.asp&UF=PB>>. Acesso em: 10 jun. 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE. Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). **Relatório de gestão**. 2009, 160p.

Claudia Luciana de Sousa Mascena Veras

Edilene Araujo Monteiro

Jane Moraes Barbosa de Freitas

Maria de Fátima Freitas de Oliveira

Maria de Fátima Moraes de Carvalho

Silvia Regina Rodrigues Leite

### Identificação do Problema

Em estudo realizado pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna de João Pessoa, a partir da investigação de óbitos de mulheres em idade fértil, observaram-se algumas vulnerabilidades, entre as quais se destacam problemas relacionados à atenção pré-natal, tais como a baixa captação de gestantes ao pré-natal e a baixa adesão no 1º trimestre. De acordo com esse estudo, dos 13 bairros com ocorrência de mortalidade materna (MM), em três deles os casos ocorreram por dois ou até três anos consecutivos (JOÃO PESSOA, 2009).

No Brasil, observa-se o aumento do número de consultas de pré-natal atendidas pelo SUS. Contudo, alguns dados evidenciam que isso não garante a qualidade da assistência pré-natal. A mortalidade materna pode ser citada como importante indicador de saúde, cujos índices demonstram iniquidades entre territórios e regiões (COSTA *et al.*, 2009).

João Pessoa segue a tendência nacional na ampliação da cobertura do pré-natal. Se considerarmos o mínimo de quatro consultas pré-natais, a cobertura de gestantes no ano 2008 chegou a 90,2%. Entretanto, verificam-se problemas relativos à qualidade da atenção.

O problema selecionado foi a baixa qualidade da atenção pré-natal, nas seguintes dimensões: baixa captação e baixa adesão das mulheres no 1º trimestre da gestação. Foram selecionados como indicadores de qualidade a captação precoce, a cobertura das gestantes e a conclusão do pré-natal – registro de consulta de puerpério, bem como elementos que colaborem para maior adesão das mulheres ao pré-natal – acolhimento, acesso a exames complementares e realização de atividades educativas.

---

<sup>4</sup> Projeto Premiado – 1º Lugar no Estado.

---

## Evidências Encontradas para o Problema

A cidade de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, região Nordeste, tem 702.234 habitantes (IBGE, 2009). Sua rede de APS é formada por 180 ESF, com cobertura populacional de 82,0%.

Com base na análise de indicadores de saúde (captação de gestantes, cadastramento e acompanhamento das gestantes cadastradas), foi selecionado para a intervenção o bairro do Alto do Mateus (17.189 habitantes), cujo número de gestantes esperado para 2009 era de 290. Dessas, apenas 139 haviam sido cadastradas no Sis prenatal, ou seja, 47,9%.

Para a identificação das causas do problema, foram realizadas reuniões com o grupo de trabalho ampliado<sup>5</sup> e analisadas situações relativas à gestão do serviço, à atenção individual e coletiva, ao registro de informações e à própria comunidade.

Na gestão do serviço, destacamos o tempo de espera para a realização de exames complementares, a preferência das mulheres por serem atendidas em uma maternidade,<sup>6</sup> as dificuldades das equipes em desenvolverem atividades de grupo, as fragilidades nos registros das informações em saúde (Siab e Sis prenatal) e a necessidade de qualificação dos profissionais de saúde em temas relacionados ao projeto.

Observamos ainda que algumas questões de gênero, supostamente, poderiam estar contribuindo com o problema, uma vez que muitas mulheres não possuem relações estáveis ou parceiros fixos, demorando a assumir a gravidez. Em outros casos, há falta de envolvimento dos parceiros nas ações de saúde, em especial na saúde reprodutiva.

---

## Objetivos e Meta

O objetivo geral foi aprimorar a atenção pré-natal no bairro do Alto do Mateus, João Pessoa.

---

<sup>5</sup> O grupo de trabalho ampliado envolve equipes de Saúde da Família do Alto do Mateus, representação do Conselho Municipal de Saúde, Coordenação de Saúde da Mulher da Secretaria de Saúde de João Pessoa, Coordenação de Políticas Públicas para Mulheres da Prefeitura de João Pessoa, representantes do Cunchã Coletivo Feminista e representantes da Rede Feminista de Saúde.

<sup>6</sup> Instituto Cândida Vargas – maternidade municipal.

Os objetivos específicos foram: aumentar a adesão das mulheres à atenção pré-natal; sensibilizar e qualificar as ESF para as ações do pré-natal e do planejamento reprodutivo, enfocando a temática do gênero, saúde e cidadania; sensibilizar a comunidade para a importância da atenção pré-natal; apresentar às ESF as novas metodologias para o desenvolvimento de atividades coletivas e de aprendizagem; produzir material educativo (fôlder e *banner* dirigidos às mulheres/comunidade e *spot* para divulgação de ações na rádio comunitária); articular segmentos organizados da comunidade para o envolvimento com as ações de saúde; articular outros órgãos governamentais – Secretaria de Desenvolvimento Sustentável da Produção e Secretaria Especial de Políticas para Mulheres – para o desenvolvimento de ações intersetoriais dirigidas às mulheres em idade fértil; aprimorar o registro das informações do Siab e Sis prenatal.

A meta definida foi aumentar para 85%, no período de um ano, a captação das mulheres ao pré-natal no território.

#### \_\_\_\_\_ **Propostas de Intervenção**

As estratégias e atividades definidas referem-se à qualificação das equipes, à organização do serviço, ao fortalecimento da intersetorialidade, à promoção da autonomia das mulheres e ao estímulo ao envolvimento da comunidade com as ações de saúde, tendo como eixo transversal o enfoque de gênero.

#### \_\_\_\_\_ **Resultados Alcançados**

Todas as atividades foram discutidas e pactuadas com as equipes envolvidas. As duas oficinas temáticas (Atenção Pré-Natal e Gênero, Sexualidade e Planejamento Reprodutivo) contaram com a participação de 96,0 e 88,5% dos profissionais, respectivamente. Oitenta por cento dos ACS estiveram presentes na qualificação proposta sobre o Siab.

A iniciativa do Centro de Referência em Assistência Social para efetivar o trabalho em rede foi fortalecida por uma das estratégias do Projeto, a saber, a organização de uma agenda de confluência das diferentes iniciativas em torno das políticas sociais. Nesse sentido, estabeleceu-se um cronograma de encontros mensais, cuja pauta inicial foi o Projeto AGAP.

A partir dessas reuniões, planejou-se uma atividade que se denominou Saúde da Mulher – uma Ação de Cidadania e que foi realizada na Praça das Mangueiras, envolvendo as parcerias locais e a Prefeitura. Nessa atividade, foram apresentados os materiais educativos produzidos. O evento contou ainda com a prestação de serviços, ações educativas, lúdicas e culturais, objetivando a promoção da saúde e da cidadania. Colaboraram para a sua realização as Secretarias de Saúde, Educação, Planejamento, Desenvolvimento Social, de Políticas para Mulheres, do Meio Ambiente e a Fundação de Cultura.

Quanto aos indicadores de saúde analisados, a Tabela 1 apresenta a cobertura de gestantes cadastradas e as captadas precocemente no bairro Alto do Mateus, no período de novembro de 2008 a maio de 2009 e no mesmo período de 2009 a 2010, demonstrando os resultados alcançados.

TABELA 1 **Cobertura de gestantes cadastradas e captadas precocemente no bairro Alto do Mateus**

	2008-2009 NOVEMBRO A MAIO	2009-2010 NOVEMBRO A MAIO
Nascidos Vivos	160	148
Cadastradas	77	132
1º trimestre	46	85
Cobertura de Cadastro	48,1	89,2
Cobertura 1º trimestre	59,7	64,4

FONTE: GESTANTES: SISPRENATAL – SMSJP. NASCIDOS VIVOS: SINASC – SMSJP

Foi ainda realizada uma oficina para 12 alunos do Projovem, para que pudessem ser multiplicadores nos temas sexualidade, gênero e gravidez na adolescência. Algumas atividades previstas estão em curso, como a implantação do posto de coleta para exames laboratoriais e as oficinas de qualificação profissional na perspectiva da geração de renda, para as mulheres do bairro, em parceria com as Secretarias de Desenvolvimento da Produção e de Políticas para as Mulheres.

Destacam-se outros resultados não previstos no Projeto, como as “ações integradas” com as ESF e outras secretarias e órgãos da Prefeitura

que passaram a ser realizadas em vários bairros da cidade. O fortalecimento do trabalho em Rede foi objeto de estudo dos alunos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, resultando em trabalho apresentado no Congresso da Rede Unida em 2010.

O desenvolvimento desse projeto mostrou que é possível agregar outras metodologias de enfrentamento dos problemas de saúde aos recursos já existentes. A avaliação parcial dos seus resultados aponta para o êxito das ações, potencializadas pelo projeto político do governo municipal, de caráter inclusivo e participativo, que valoriza as ações intersetoriais.

#### \_\_\_\_\_ Referências Bibliográficas

COSTA, Antônio José Leal; KALE, Pauline Lorena; VERMELHO, Leticia Legay. Indicadores de saúde. In: MEDRONHO, Roberto A. et al. (org). **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009, p. 31-82.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estudos e pesquisas: informações demográficas e socioeconômicas. **Perfil das mulheres responsáveis pelos domicílios no Brasil**, 2000. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/censo/divulgacao>>. Acesso em: nov. 2009.

SECRETARIA DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA. **Relatório do Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna**, 2009. (Impresso).

Iussef Paiva Silva

Luennia Kerlly A. Rocha

Maria da Paz M. Fernandes

Maria Vilany de Jesus B. Gomes

Rosa Maria da Costa Monteiro

Veronica Rangel Arruda

n.22  
Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP

---

### \_\_\_\_\_ Apresentação do Município

Na rede pública de assistência à saúde, o município de Patos possui 35 ESF, quatro Nasf, implantados em quatro Distritos Geoadministrativos (DGA) com média de nove ESF e um Nasf por DGA. Entre os atendimentos da APS ofertados pela Estratégia Saúde da Família, existe a assistência ao pré-natal às gestantes de suas áreas adscritas. Além disso, conta com uma maternidade pública (regional) e um hospital infantil (regional), que prestam assistência ao parto e à criança, respectivamente, além de outros serviços especializados.

### \_\_\_\_\_ Apresentação do Problema e Justificativas

A mortalidade infantil refere-se aos óbitos ocorridos ao longo do primeiro ano de vida, antes de se completar a idade de um ano. A taxa de mortalidade infantil (TMI) é uma estimativa do risco de morte a que está exposta uma população de nascidos vivos em determinada área e período, antes de completar o primeiro ano de vida (VERMELHO *et al.*, 2002).

A TMI é calculada pela razão entre o número de óbitos de crianças com idade inferior a um ano e o número de nascidos vivos em determinado local e período, vezes a constante, potência de 10, usualmente igual a 1.000, significando o número de crianças mortas até um ano de idade para cada mil nascidos vivos. A TMI é importante indicador das condições de vida e do acesso e qualidade das ações e dos serviços de saúde de determinado local (VERMELHO *et al.*, 2002).

A mortalidade infantil pode ser dividida em três faixas etárias: até os seis dias de vida (neonatal precoce), dos sete aos 27 dias de vida (neonatal tardia) e dos 28 dias até um ano de vida (pós-neonatal) (BRASIL, 2006).

Analisando o SIM em relação a óbitos de menores de um ano do município de Patos, no período de 2007 a 2009, ocorreram 75 óbitos, sendo 56 neonatais. Entre estes, 75% são de neonatal precoce. Nessa mesma análise, percebe-se que, no mesmo período, ocorreram 73 óbitos fetais. Esses dados elevados estão em geral relacionados às condições socioeconômicas insatisfatórias da população, à saúde da mãe, bem como à inadequada assistência pré-natal, durante o parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2005).

Uma atenção de pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal (BRASIL, 2005). Nesse sentido, a atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. Assim, o principal objetivo da atenção ao pré-natal e puerpério é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Tem-se, portanto como parâmetro: captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias de gestação; realização de, no mínimo, sete consultas de pré-natal, sendo preferencialmente duas no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre; além de exames físicos e exames laboratoriais, bem como imunizar a gestante com o esquema vacinal para prevenção do tétano neonatal.

Por meio de relatos de gestantes e familiares, de enfermeiros e de ACS, detectamos deficiências na assistência pré-natal de baixo e alto risco, nas visitas puerperais, no acompanhamento da criança, principalmente menores de um ano, necessidades de equipamentos e melhoria da infraestrutura de algumas USF, além de problemas socioeconômicos e culturais das áreas em estudo.

Entre os quatro DGAs do município, o DGA IV foi selecionado para intervenção do projeto por apresentar, em 2009, 42% dos óbitos em menores de um ano e 32% dos óbitos fetais, sendo o responsável pelo aumento da taxa de mortalidade infantil no referido ano. Além dessas evidências, observou-se que essa área apresenta maior vulnerabilidade social, especialmente em gestantes e crianças menores de um ano e maior número de equipes comprometidas para a transformação dessa realidade. A intersectorialidade entre as Secretarias de Infraestrutura, Educação, Ação Social e

Planejamento, bem como algumas ONGs, está desenvolvendo ações para melhoria da qualidade de vida do referido DGA.

#### \_\_\_\_\_ Evidências do Problema

O estudo da mortalidade infantil e fetal no município de Patos, na Paraíba, em três anos recentes (2007, 2008 e 2009), tendo o SIM para coleta dos dados, identificou certa variação. Entre os três períodos analisados, o ano de 2007 apresentou o maior número de óbitos infantis, atingindo taxa de 18,74 óbitos por mil Nascidos Vivos (NV), 90% neonatal e 21 óbitos fetais. No ano de 2008, foi observada redução nessa taxa para 12,74 por mil NV, como também redução nos óbitos neonatais, porém aumento de seis óbitos fetais. Em 2009, a taxa de mortalidade infantil elevou-se para 15,45 por mil NV e o número de óbitos fetais reduziu-se de 27 para 25, havendo diferença significativa nessas informações.

Verificou-se uma elevação da TMI de 15,45 por mil NV em 2009. Este dado é preocupante, levando-se em consideração que a proposta do município era reduzir a mortalidade infantil nesse período.

Analisando as informações quanto ao tipo de óbitos supracitados, constatou-se que nos últimos três anos o maior número de óbitos foi neonatal, com uma variação em 2007 de 90%, 2008 de 57% e 2009 de 70,8%.

Diante dos percentuais descritos, foi necessária investigação apurada com levantamento dos dados concernentes aos óbitos neonatais precoces e aos óbitos fetais. Assim, em 2007, dos óbitos neonatais, 85% foram precoces; em 2008, 92%; e em 2009, 80%. Em relação ao quantitativo dos óbitos fetais em 2007, 21; em 2008, 27; e em 2009, 25. Foi constatada em 2009 uma taxa perinatal de 24,7 por mil nascimentos (BRASIL, 2005).

Com base no Manual dos Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal (BRASIL, 2005), “a mortalidade neonatal (de 0 a 27 dias de vida) passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais a partir dos anos 1990 do século XX e, diferentemente do observado para a mortalidade pós-neonatal, vem-se mantendo estabilizada em níveis elevados. A mortalidade neonatal está vinculada a causas preveníveis, relacionadas ao acesso e à utilização dos serviços de saúde, além da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido”.

No município de Patos, a possibilidade de provisão do cuidado apropriado e resolutivo à gestante (no pré-natal e no parto) e à criança é viável com o aprimoramento das ações da APS.

#### \_\_\_\_\_ **Causas do Problema**

Buscando as possíveis causas dos óbitos em menores de um ano e fetais no período de 2007, 2008 e 2009 no município de Patos, analisaram-se as declarações de óbitos nesse período e observou-se como sendo as principais causas de mortalidade: prematuridade, pneumonia, septicemia, Sara, insuficiência respiratória, afecções perinatais, aspiração de mecônio, problemas cardíacos e malformações congênitas. Quanto aos óbitos fetais, observou-se má formação fetal, descolamento prematuro de placenta, anóxia intrauterina, hemorragia no segundo trimestre, DHEG, asfixia por circular de cordão, traumatismo abdominal materno, oligodramia.

Essas causas evidenciam a baixa qualidade do pré-natal, possível dificuldade no acesso, baixas condições socioeconômicas, deficiência da consulta puerperal, má assistência ao parto, ausência de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, deficiência de pessoal capacitado, gestantes fumantes, alcoolistas e usuárias de drogas, gestantes que tiveram problemas de saúde durante a gestação e desmame precoce.

Observando os óbitos ocorridos em 2007, constatou-se que apenas 40% das gestantes aderiram ao pré-natal, de 50% não há informação e 10% não realizaram consultas do pré-natal. Em 2008, verificou-se redução no número de óbitos em menores de um ano de 30 para 21 e aumento para 67% das gestantes com adesão ao pré-natal.

De acordo com o Sis prenatal, em 2009, das mulheres que perderam seus bebês, 79% fizeram adesão ao pré-natal e, após análise dos relatórios, verificou-se que 21% destas não tiveram assistência médica pré-natal, sendo que 79% realizaram menos de 7 consultas e na maioria acompanhadas pelo enfermeiro.

Diante dos dados de 2009, fica clara a necessidade de buscar melhor qualidade na assistência pré-natal e resolutividade da rede de saúde, visto que o percentual das gestantes assistidas aumentou, assim como o número de óbitos no período citado.

Após uma abordagem junto aos profissionais enfermeiros e ACS quanto à mortalidade infantil nas suas áreas, ambos relatam as dificuldades que as gestantes encontram quando buscam os serviços de assistência pré-natal de alto risco e assistência ao parto.

#### \_\_\_\_\_ **População-Alvo**

Considerando a repercussão da mortalidade infantil em uma sociedade, por ser forte indicador de saúde para avaliar a qualidade de vida da população, este projeto tem o propósito de mobilizar os profissionais de saúde, os gestores e a sociedade civil organizada do município de Patos para melhorar a linha de cuidado da assistência à mulher, no pré-natal e puerpério na APS, bem como a assistência ao parto e nascimento.

#### \_\_\_\_\_ **Distribuição do Problema conforme Gênero e Etnia**

Nos últimos anos, vem-se intensificando o interesse pelas análises acerca de raça/cor, etnia e gênero como fatores determinantes de desigualdades em saúde no Brasil. Segundo Cardoso, Santos e Coimbra Jr. (2005), a principal dificuldade nessas análises relaciona-se à cobertura e à qualidade das bases de dados nacionais, cuja coleta de dados sobre raça/cor, etnia e gênero é relativamente recente e ainda deficiente.

Sabendo da importância e da relevância dos aspectos relacionados a gênero e cor e diante da diversidade cultural e socioeconômica do município, evidenciaram-se essas características no estudo da taxa de mortalidade infantil em Patos, conforme demonstrado na tabela a seguir.

**TABELA 1 Número de óbitos de menores de um ano por gênero e cor, no ano de 2009, no município de Patos, PB**

GÊNERO/COR	NO DE ÓBITOS	%
masculino (total)	12	50,0
parda	07	58,3
branca	03	25,0
sem informação	02	16,7
feminino (total)	12	50,00
parda	05	41,7
branca	03	25,0
sem informação	04	33,3
total geral	24	100

FONTES: SIM/SINASC.

Avaliando esses dados, observa-se que, dos vinte e quatro óbitos ocorridos no ano de 2009, a distribuição corresponde a 50% para cada sexo. Levando em consideração o sexo masculino, do total, sete foram de cor parda, perfazendo 58,3%; três de cor branca, correspondendo a 25%, e para dois óbitos não se tem informação relacionada à cor, correspondendo a 16,7%. Para o sexo feminino, cinco foram de cor parda, o que corresponde a 41,7%; três, correspondendo a 25%, de cor branca, e quatro óbitos sem informação com relação à cor, correspondendo a 33,3%. Conclui-se que, dos 24 óbitos, 12 foram de cor parda, perfazendo total de 50%; seis óbitos foram de cor branca, perfazendo total de 25%; e seis sem informação, referindo a 25%.

De acordo com dados do Sinasc, observa-se que, dos nascidos vivos em 2009, 50,6% eram do sexo masculino e 49,4% do sexo feminino. Nas informações colhidas entre nascimento e mortalidade infantil, percebe que a relação entre elas é de aproximadamente 50%.

#### Objetivos

Fortalecer a linha de cuidado de assistência à saúde da mulher, aprimorando o processo de trabalho das ESF na assistência qualificada ao pré-natal e puerpério, no intuito de reduzir em 30% o número de óbitos fetais e neonatais no DGA IV no município de Patos.

## Plano de Intervenção

PROBLEMA: Elevado número de óbitos fetais e neonatais no DGA IV – Patos/PB					
META A SER ALCANÇADA: Reduzir em 30% o número de óbitos fetais e neonatais no DGA IV – Patos/PB					
PRAZO PARA A EXECUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO: 10 meses – Início previsto para novembro de 2009 e término para setembro de 2010.					
ESTRATÉGIAS	ATIVIDADES	RECURSOS NECESSÁRIOS	RESPONSÁVEL E PRAZO	RESULTADOS ALMEJADOS	INDICADORES
Estratégia nº 1: Mobilizar o gestor e sua equipe técnica e as ESF quanto à necessidade de reduzir a mortalidade fetal e neonatal no DGA IV	1.1 Realizar três reuniões intersetoriais e interinstitucionais.	1. Equipe ampliada, ESF, Nasf, ACS, Gestores e CMS.	- Dapaz / Sandra - Curto prazo	Maior sensibilização e compromisso dos participantes com o projeto para redução da mortalidade fetal e neonatal.	- Questionário de avaliação dos participantes. - Nº de participantes em relação ao esperado.
	1.2 Criar um <i>blog</i> .	2. <i>Notebook, data show; local.</i> 1. Setor de comunicação e Grupo AGAP 2. Computador, máquina fotográfica e gravador.	- Gil / Dapaz - Curto prazo	Melhorar a comunicação entre gestores/profissionais e comunidade/mudança de prática.	- Nº de pessoas que acessaram o <i>blog</i> por semana.

PROBLEMA: Elevado número de óbitos fetais e neonatais no DGA IV – Patos/PB					
META A SER ALCANÇADA: Reduzir em 30% o número de óbitos fetais e neonatais no DGA IV – Patos/PB					
PRAZO PARA A EXECUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO: 10 meses – Início previsto para novembro de 2009 e término para setembro de 2010.					
ESTRATÉGIAS	ATIVIDADES	RECURSOS NECESSÁRIOS	RESPONSÁVEL E PRAZO	RESULTADOS ALMEJADOS	INDICADORES
Estratégia nº 2: Sensibilizar a população quanto à necessidade de reduzir o número de óbitos fetais e neonatais no DGA IV	2.1 Criar spots informativos para veiculação em programas de rádio, como também usar os já existentes.	1 Setor de comunicação, Educação em Saúde e Atenção Básica. 2 Gravador.	- Ermani / Gil / Dapaz - Curto prazo	- Viabilizar a divulgação sobre os cuidados com a gestante puérpera e criança.	- % de spots veiculados (em relação ao programado)
	2.2 Participar periódica e sistematicamente de programa de rádio.	1 Atenção Básica, Educação em Saúde e Grupo AGAP	- Nadir / Iussef - Curto prazo	- Melhorar a informação sobre os serviços prestados a comunidade.	- % de participação nos programas (em relação ao esperado)
	2.3 Intensificar as atividades educativas junto às gestantes, família e comunidade, por meio do PSE, na sala de espera.	1 Educação em Saúde, ESF, Banco de Leite e Atenção Básica. 2 Televisão, <i>data show</i> , DVD, material educativo.	- Ermani - Curto prazo	- Valorizar a autonomia das gestantes.	- Nº de atividades educativas realizadas mensalmente nas USF e na comunidade; - % de gestantes participantes (em relação ao total de gestantes) - % de gestantes que iniciaram o pré-natal em até 120 dias
2.4 Realizar a Semana da Atenção Primária à Saúde.	1 Atenção Básica, ESF, Educação em Saúde, Grupo AGAP, Coordenação de Planejamento e 6ª Gerência de Saúde. 2 Material Educativo, <i>data show</i> , local, <i>coffe break</i> , tendas, grupo cultural.I.	- Nadir / Sandra / Dapaz - Curto prazo	- Integrar as ESF e qualificar os profissionais para assistência ao pré-natal	- % de profissionais participantes no evento (em relação ao no de profissionais do DGA IV)	

PROBLEMA: Elevado número de óbitos fetais e neonatais no DGA IV – Patos/PB					
META A SER ALCANÇADA: Reduzir em 30% o número de óbitos fetais e neonatais no DGA IV – Patos/PB					
PRAZO PARA A EXECUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO: 10 meses – Início previsto para novembro de 2009 e término para setembro de 2010.					
ESTRATÉGIAS	ATIVIDADES	RECURSOS NECESSÁRIOS	RESPONSÁVEL E PRAZO	RESULTADOS ALMEJADOS	INDICADORES
Estratégia nº 3: Fortalecer a assistência ao pré-natal no DGA IV	3.1 Firmar parceria com as Faculdades Integradas de Patos (FIP) subsidiando estudos; qualificação e acompanhamento.	1. SMS e Coordenação acadêmica da FIP.	- Segundo - Curto prazo	- Melhorar a capacitação dos profissionais.	- Nº de projetos e eventos implementados em 2010.
	3.2 Realizar uma oficina / capacitação dos profissionais das ESF para implementar a assistência ao pré-natal	1. SES e SMS. 2. Instrutores, local, <i>data show, coffe break</i> , almoço, material didático.	- Sheila / Segundo - Curto prazo	- UBS com protocolos implantados e utilizados; Melhorar a qualidade da assistência ao pré-natal.	- % de profissionais capacitados.
	3.3 Formar grupos de gestantes nas UBS.	1. ESF.	- Gema / ESF - Curto prazo	- Humanizar o atendimento.	- Nº de grupos formados em relação ao esperado
	3.4 Instituir suplementação alimentares às gestantes com carência nutricional	1. ESF e Semas (Secretaria Municipal de Ação Social). 2. Cestas básicas e polivitânicos.	- Helena - Curto prazo	- Melhorar as condições nutricionais das gestantes.	- Nº de gestantes que receberam suplementação alimentar mensalmente antes e depois da intervenção
	3.5 Garantir o cumprimento da referência e da contrarreferência da gestante de alto risco.	1. SMS.	- Segundo - Curto prazo	- Melhorar a qualidade da assistência à gestante de alto risco.	- Nº de gestantes de alto risco atendidas
	3.6 Fortalecer a rede de acolhimento à gestante.	1. SMS, Atenção Básica e Maternidade.	- Nadi - Curto prazo	- Melhorar a integralidade assistencial.	- % de gestantes atendidas antes e depois da intervenção

<p>PROBLEMA: Elevado número de óbitos fetais e neonatais no DGA IV – Patos/PB</p>					
<p>META A SER ALCANÇADA: Reduzir em 30% o número de óbitos fetais e neonatais no DGA IV – Patos/PB</p>					
<p>PRAZO PARA A EXECUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO: 10 meses – Início previsto para novembro de 2009 e término para setembro de 2010.</p>					
ESTRATÉGIAS	ATIVIDADES	RECURSOS NECESSÁRIOS	RESPONSÁVEL E PRAZO	RESULTADOS ALMEJADOS	INDICADORES
<p>Estratégia nº 4: Garantir a assistência pré-natal de alto risco no DGA IV</p>	<p>4.1. Sensibilizar o gestor sobre o problema, em uma reunião. 4.2. Contratar obstetra para o DGA IV.</p>	<p>1 Secretaria Municipal de Saúde.</p>	<p>- Segundo - Curto prazo</p>	<p>- 100% das gestantes de alto risco assistidas.</p>	<p>- % de gestantes de alto risco assistidas antes e depois da intervenção.</p>

PROBLEMA: Elevado número de óbitos fetais e neonatais no DGA IV – Patos/PB

META A SER ALCANÇADA: Reduzir em 30% o número de óbitos fetal e neonatal no DGA IV – Patos/PB

PRAZO PARA A EXECUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO: 10 Meses – Início Previsto para novembro de 2009 e término para setembro de 2010.

ESTRATÉGIAS	ATIVIDADES	RECURSOS NECESSÁRIOS	RESPONSÁVEL E PRAZO	RESULTADOS ALMEJADOS	INDICADORES
Estratégia nº 5 Adequar a estrutura física e material das UBS do DGA IV	5.1. Levantar material, insumos e estrutura física das UBS do DGA IV.	1 SMS.	- Segundo - Curto prazo	- Necessidades das UBS identificadas e supridas.	- N° e tipo de insumos disponíveis na UBS antes e depois da intervenção.
	5.2. Garantir suficiência de material, insumos das UBS do DGA IV.	1 SMS.	- Segundo - Curto prazo	- Melhora da qualificação dos serviços.	- % de itens supridos (em relação aos itens necessários).
	5.3. Garantir estrutura física adequada das UBS do DGA IV.	1 SMS.	- Segundo - Curto prazo	- Melhores condições de trabalho e assistência.	- Percentual de USF com estrutura adequada antes e depois da intervenção.

PROBLEMA: Elevado número de óbitos fetais e neonatais no DGA IV – Patos/PB					
META A SER ALCANÇADA: Reduzir em 30% o número de óbitos fetais e neonatais no DGA IV – Patos/PB					
PRAZO PARA A EXECUÇÃO DO PLANO DE AÇÃO: 10 meses – Início previsto para novembro de 2009 e término para setembro de 2010.					
ESTRATÉGIAS	ATIVIDADES	RECURSOS NECESSÁRIOS	RESPONSÁVEL E PRAZO	RESULTADOS ALMEJADOS	INDICADORES
Estratégia nº 6: Monitoramento e avaliação do pré-natal no DGA IV	6.1 Monitorar e avaliar qualitativamente o pré-natal.	1. SMS (Coordenação de Atenção Básica).	- Gema / Dapaz - Curto prazo	- Aumento de gestantes cadastradas e acompanhadas mensalmente.	- Nº de gestantes com 1ª consulta realizada no 1º trimestre/Nº de nascidos vivos X 100 - Nº de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal/ Nº de gestantes inscritas X 100
	6.2 Criar e implantar instrumento de avaliação da percepção do usuário quanto ao atendimento prestado durante o pré-natal.	1. Atenção Básica, ESF, CMS. 2. Computador, impressora, papel e lápis.	- Vilany / Iussef / Fátima - Curto prazo	- Melhorar satisfação do usuário.	- No de usuários que responderam o instrumento em relação ao esperado.
	6.3 Implantar a sala de situação do DGA IV na Secretaria Municipal de Saúde.	1. Atenção Básica e ESF. 2. Computador, impressora, murais, papel e lápis.	- Sandra/ Amorim / Nadir - Curto prazo	- Melhorar o planejamento/ mudança de prática.	

Curto Prazo = de 1 a 2 meses

Médio Prazo = de 3 a 6 meses

Longo Prazo = de 7 a 10 meses

## \_\_\_\_\_ Indicadores para Avaliar a Efetividade da Intervenção

Sabe-se que o baixo peso ao nascer é fator determinante de óbitos neonatais. No município de Patos, as precárias condições de vida podem também influenciar o baixo peso ao nascer, bem como a deficiência existente nos serviços de saúde, relacionada especificamente à assistência pré-natal. Verificou-se que, dos óbitos ocorridos em 2008, 38% deviam-se ao baixo peso, aumentando em 2009 para 46% o percentual desse indicador.

As evidências levantadas para o desenvolvimento deste projeto, especificamente no que diz respeito à qualidade do pré-natal, constataram baixo número de consultas, na sua maioria, acompanhadas apenas pelos enfermeiros.

Após a intervenção proposta neste projeto, espera-se que o indicador de impacto percentual de criança nascidas de baixo peso seja reduzido. No que se refere à qualificação da assistência pré-natal, parto e puerpério, pretende-se avaliar, por meio dos indicadores percentual de profissionais da APS e rede hospitalar capacitados e percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e com todos os exames básicos.

Por fim, avalia-se a eficácia da intervenção com a redução do número de óbitos fetais e neonatais (perinatais) no DGA IV do município de Patos.

## \_\_\_\_\_ Evidências da Efetividade das Intervenções

As taxas de mortalidade infantil no Brasil vêm-se reduzindo significativamente nas últimas décadas, sendo comparadas a valores de alguns países desenvolvidos. Essa melhoria ocorre em função de maior preocupação com aspectos da intervenção clínica no pré-natal, no parto e ao recém-nascido, além da forma de organização da assistência em sistemas hierarquizados e regionalizados, que garantem o acesso da gestante e do recém-nascido em tempo oportuno a serviços de qualidade.

As propostas de intervenção para redução da taxa de mortalidade infantil devem estar amparadas em diagnóstico adequado da situação, levando em consideração as características epidemiológicas, estruturais e de recursos humanos. É importante, também, que os princípios norteadores do SUS como acessibilidade, equidade, integralidade e universalidade sejam considerados no momento do planejamento das intervenções.

De acordo com Araújo *et al.* (2000), em Caxias do Sul, em 1994–1995, foi demonstrado que, em 30% dos óbitos, havia a presença de patologias que poderiam ter sido evitadas ou terem tido seus efeitos minimizados durante o atendimento ao pré-natal e um adequado acompanhamento durante o parto. Esse estudo apontou ainda que a maioria dos pacientes do SUS que evoluiu para óbito não recebeu atendimento do pediatra na sala de parto, mesmo sabendo que o atendimento ao recém-nascido nos primeiros minutos após o nascimento é vital para a diminuição da morbidade e mortalidade neonatal.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a prática do aleitamento materno exclusivo (AME) por seis meses e a manutenção do aleitamento materno acrescido de alimentos complementares até os dois anos de vida ou mais.

Pesquisa realizada por Victora *et al.* (1987) mostra que o risco de óbito por diarreia em crianças desmamadas era 14 vezes maior do que o de crianças em aleitamento materno sem suplemento lácteo; já o risco de óbito por doenças respiratórias era 3,6 vezes maior.

A assistência qualificada do pré-natal em serviços de saúde dá maior visibilidade aos problemas e propicia a identificação de ações de prevenção que podem alcançar ganhos na redução da mortalidade perinatal (BRASIL, 2005).

---

#### **Equipe de Trabalho**

- Iussef Paiva Silva – 6ª Gerência Regional de Saúde – Patos/PB – Secretaria de Estado da Saúde – Coordenador Regional da Atenção Básica.
- Luennia Kerlly A. Rocha – Secretaria Municipal de Saúde (SMS) – Sousa/PB – Coordenadora Municipal da Atenção Básica.
- Maria da Paz M. Fernandes – Secretaria Municipal de Saúde – Patos/PB – Coordenação de Atenção Básica.
- Maria Vilany de Jesus B. Gomes – Secretaria de Estado da Saúde/PB – Gerência Operacional de Gestão da Atenção Básica.
- Rosa Maria da Costa Monteiro – Secretaria de Estado da Saúde/PB – Gerência Operacional das DST/Aids.
- Veronica Rangel Arruda – Secretaria Municipal de Saúde – Cajazeiras/PB – Coordenadora Municipal de Atenção Básica.

- Eisenhower Alves de Brito Segundo – Secretário Municipal de Saúde – Patos/PB.
- Nadigerlane Rodrigues – Secretaria Adjunta de Saúde – Patos/PB.
- Maria de Fátima O. Medeiros – Presidente do Conselho Municipal de Saúde – Patos/PB.
- Cristiane Amorim Campos – Secretaria Municipal de Saúde – Patos/PB. Representante Nasf – DGA IV.
- Maria Galgane de O. Albuquerque – Secretaria Municipal de Saúde – Patos/PB – Coordenadora Municipal de Atenção Básica.
- José Rodrigues de Amorim – Secretaria Municipal de Saúde – Patos/PB – Coordenador Municipal de Vigilância em Saúde.
- Sandra de Lourdes S. Paiva Teixeira – Secretaria Municipal de Saúde – Patos/PB – Coordenadora Municipal de Planejamento.
- Gil Lucena – Assessor de Imprensa da Secretaria Municipal de Saúde – Patos/PB.
- Sheila Maria Silva Figueiredo Pereira – Secretaria de Estado de Saúde – 6ª GRS – Gerente Regional de Saúde – Patos/PB.
- Helena Wanderley da Nóbrega L. de Farias – Secretária Municipal de Ação Social – Patos/PB.
- Alana Alves Moraes – Coordenadora de Enfermagem da Maternidade Dr. Peregrino Filho – Patos/PB.
- Alba Lanusa Gil de Medeiros – Coordenadora Regional da Pastoral da Criança – Patos/PB.
- Heveline Andrade N. Trigueiro – Coordenadora do Banco de Leite Humano Regional – Patos/PB.

#### \_\_\_\_\_ Referências Bibliográficas

ARAÚJO, B. F.; BOZZETTI, M. C.; TANAKA, A. C. A. Mortalidade neonatal precoce em Caxias do Sul: um estudo de coorte. *J Pediatría*, vol. 76, n. 3, p. 200-6, maio-jun. 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Ministério da Saúde: Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal**. Ministério da Saúde: Brasília, 2005b.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo.** Ministério da Saúde: Brasília, 2005c.

\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **SUS: painel de indicadores do SUS.** Ministério da Saúde: Brasília, 2006.

CARDOSO, A. M.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. Mortalidade Infantil segundo raça/cor no Brasil: o que dizem os sistemas nacionais de informação? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, set.-out. 2005.

VERMELHO, L. L.; COSTA, A. J. L.; KALE, PL. Indicadores de saúde. In: MEDRONHO, R. A.; CARVALHO, D. M.; BLOCH, K. V. *et al.* (orgs.). **Epidemiologia**. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 33-54.

VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P.; LOMBARDI, C.; FUCHS, S. M. C.; GIGANTE, L. P.; SMITH, P. G. *et al.* Evidence for protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. **Lancet**, v. 330, p. 319-22, ago. 1987.

## INTERVENÇÃO PARA A AMPLIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE QUEIMADAS – PARAÍBA

Ana Fábria da M. R. Farias  
Damião Kalafange  
Joelma Greicy F. Lira  
Maria Clarice Pires de Sá

n.22  
*Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP*

---

### Introdução

O projeto de intervenção para a ampliação da qualidade da atenção pré-natal no município de Queimadas, na Paraíba, resultou das discussões e atividades do curso de aperfeiçoamento em gestão da APS, promovido pelo Ministério da Saúde, CONASS e Universidade de Toronto, no Canadá.

### Apresentação e Discussão do Problema

Embora a gestação seja entendida como fenômeno fisiológico, a atenção à saúde da mulher nesta condição constitui-se fator de redução da morbimortalidade infantil e materna. No município de Queimadas, ocorreu, nos últimos anos, expressiva ampliação do acesso da população à atenção à saúde, em especial à atenção primária. Esse avanço quantitativo deve-se à expansão da Estratégia Saúde da Família. Os indicadores de saúde relativos à morbidade e mortalidade materna e perinatal, embora venham apresentando melhoras, continuam insatisfatórios em quase todas as regiões do país, mas podem ser bastante melhorados com o aprimoramento da atenção pré-natal.

Em Queimadas, no ano de 2008, apenas 47% das gestantes foram cadastradas no Sis prenatal. Destas, apenas 24% realizaram as seis consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde, mais a consulta de puerpério. Além disso, no mesmo ano, foram registrados três óbitos maternos. Em relação à mortalidade infantil, o SIM apresenta um CMI de 41 óbitos por 1.000 nascidos vivos.

Em oficina realizada com as ESF, os profissionais atribuíram a baixa qualidade do pré-natal a problemas como: unidades de saúde deficientes em estrutura física e equipamentos; dificuldade de acesso a exames; insuficiên-

cia de medicamentos e outros insumos; baixo nível socioeconômico da população; fatores culturais da população envolvidos na abordagem da gravidez não planejada que dificultam a captação precoce da gestante; ausência de rotina ou protocolo de atenção à gestante.

Os problemas apresentados pela gestão e pelos profissionais da atenção primária do município embasam as propostas de intervenção do projeto.

O SUS adota o conceito de saúde como qualidade de vida condicionada ao acesso a bens e serviços cuja distribuição ainda apresenta, no Brasil, extremas desigualdades. Muitos brasileiros apresentam dificuldades de acesso ao lazer, à alimentação, às condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, esses problemas são agravados pela desigualdade nas relações afetivas, pela discriminação nas relações de trabalho e a sobrecarga com as responsabilidades com o trabalho doméstico. Outras variáveis como raça, etnia e situação de pobreza realçam ainda mais as desigualdades.

Por isso, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e a garantia dos direitos de cidadania da mulher.

#### \_\_\_\_\_ **Contextualização do Projeto**

O município de Queimadas localiza-se na região do Cariri da Paraíba, a 133km da capital do estado. Possui população estimada de 40.321 habitantes e conta com 16 equipes da Estratégia Saúde da Família, com cobertura de 100% da população, e dois Nasf.

#### \_\_\_\_\_ **Resultados Obtidos**

O projeto foi iniciado em fevereiro de 2010 com a implantação das estratégias programadas pela equipe de condução. A partir dos problemas identificados na atenção pré-natal no município, foram construídas seis estratégias: sensibilizar e capacitar as ESF para a realização de pré-natal de qualidade; sensibilizar os profissionais do Saúde da Família (SF) para a promoção da equidade de gênero e etnia; melhorar as condições de estrutura das equipes; ampliar o acesso das gestantes aos exames; implantar atividade de

monitoramento e avaliação; mobilizar e sensibilizar a população quanto à importância do pré-natal.

A primeira estratégia trabalhada foi a sensibilização e a capacitação das ESF para a realização de pré-natal de qualidade. Após a adaptação de protocolos de atenção pré-natal à realidade do município, ginecologistas do Nasf realizaram oficina de discussão e implantação do protocolo de atenção pré-natal, com a pactuação de estratégias de cuidado integral à gestante.

Outra estratégia implantada foi a que previa a melhoria das condições de infraestrutura das unidades. Foi realizado levantamento das necessidades de reforma e ampliação das unidades de saúde, levantamento das necessidades de equipamentos e medicamentos, além da elaboração de programação de manutenção das unidades e de aquisição de equipamentos e insumos.

O projeto também contemplou a ampliação do acesso das gestantes aos exames complementares, por meio da ampliação da oferta pelo laboratório municipal. Foi realizada a contratação de mais trabalhadores para o laboratório municipal e pactuado com a equipe o compromisso de atendimento de toda a demanda de pré-natal. De acordo com informação da diretora do laboratório, o tempo de entrega dos resultados dos exames passou de 20 para cinco dias.

Para a implantação do teste anti-HIV, foram capacitados oito profissionais da rede municipal. Desde setembro, o teste rápido anti-HIV está sendo realizado em quatro unidades básicas e no laboratório municipal.

Com relação à estratégia de sensibilização da população quanto à importância do pré-natal, foram implementadas as atividades educativas realizadas pelos ACS durante a visita domiciliar e as atividades educativas com escolares, adolescentes e mulheres em idade fértil. Foram criados grupos de gestantes em todas as ESF envolvidas no projeto. A equipe do projeto participou de dois grandes eventos realizados no município, como a Ação Global e o Dia da Saúde da Mulher Agricultora, com a realização de vacinação anti-tetânica, ações educativas sobre a importância do pré-natal, sobre relações de gênero e distribuição de fôlderes.

Outra estratégia proposta refere-se à sensibilização dos profissionais do SF para a promoção da equidade de gênero e etnia. Foi realizado o I Seminário sobre Gênero/Etnia e Saúde do município de Queimadas por meio

de parceria com grupo de estudos de gênero da Universidade Estadual da Paraíba.

Entre as dificuldades enfrentadas, destacamos a instabilidade dos trabalhadores das ESF. Em razão de problemas judiciais relacionados a um concurso público para o SF, a gestão do município tem enfrentado alta rotatividade de profissionais. Este fato atrasou a implantação do projeto e dificultou a organização das suas atividades iniciais. Por esse motivo, a equipe resolveu reduzir de sete para três as equipes participantes do projeto, de modo que as atividades não precisassem ser realizadas em duas etapas.

Como fatores positivos, podemos destacar a articulação construída com os profissionais do Nasf que ofereceram grande contribuição na organização e realização das ações, o interesse da gestão municipal no projeto e o compromisso dos profissionais das ESF.

Embora o projeto ainda esteja em execução e os resultados da intervenção necessitem de tempo para que sejam revelados, podem-se observar avanços nos indicadores da atenção pré-natal no município que podem ser atribuídos a maior atenção na coleta e no processamento dos sistemas de informação, mas também à melhoria na organização das ações destinadas ao cuidado das gestantes.

#### QUADRO 1 **Situação da atenção pré-natal segundo indicadores do Siab em Queimadas/PB, 2008 e janeiro a outubro de 2010**

INDICADOR	2008	JANEIRO A OUTUBRO DE 2010
Pré-natal iniciado no 1º trimestre	82,1%	89,5%
Gestante com vacina em dia	92,7%	96,8%
Consulta de pré-natal no mês	92,3%	96,5%
Gestantes acompanhadas	97,6%	96%
Gestantes menores de 20 anos	23,3%	22,3%

FONTE: SIAB

QUADRO 2 **Situação da atenção pré-natal em Queimadas, segundo indicadores do Sisprenatal, 2008 e janeiro a outubro de 2010**

INDICADOR	2008	JAN. A OUT. DE 2010
Percentual de gestantes inscritas	47,4%	74,5%
Percentual de gestantes inscritas que fizeram a 1ª consulta em até 120 dias	42,3%	69,9%
Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas	24,8%	50,5%
Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério	19,7%	19%
Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis consultas, a consulta de puerpério, todos os exames básicos e a dose imunizante de vacina antitetânica	11,84%	15,8%

FONTE: SISPRENATAL

Consideramos a experiência do projeto de intervenção e das demais atividades do curso importantíssimas para o amadurecimento profissional dos integrantes do grupo e para o aperfeiçoamento das atividades de gestão realizadas no âmbito da secretaria de saúde do município.

Entre os avanços, podem-se destacar:

- atualização técnica de todos os profissionais das ESF;
- melhoria das condições de infraestrutura das unidades;
- ampliação do acesso aos exames do pré-natal;
- introdução de práticas de planejamento e de monitoramento e avaliação tanto no nível de gestão como na atenção;
- ampliação do nível de articulação intra e intersetorial.

#### \_\_\_\_\_ Considerações Finais

A experiência do projeto demonstra a importância da utilização de instrumentos de gestão como a avaliação e o planejamento para a ampliação do acesso e da qualidade das ações de saúde ofertadas à população. No caso em tela, o projeto possibilitou a identificação do problema e a potencialização dos recursos disponíveis no município para a sua resolução.

Acreditamos que o processo vivenciado na intervenção pode ser reproduzido não só na abordagem de outros problemas da organização do cuidado em saúde no município de Queimadas como também em outros municípios brasileiros.

#### 7.1.4 OS PROJETOS DO PIAUÍ

##### PROJETO DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO EM ALTO LONGÁ – PIAUÍ

Anacélia Cabral Teixeira  
Maria Edna Batista Teixeira

n.22  
*Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP*

---

### Introdução

Conhecimentos científicos atualizados sobre nutrição infantil indicam que, apesar da melhoria do estado nutricional das crianças atingida nos últimos anos, a desnutrição infantil continua a ser problema de saúde pública nesta faixa de idade, no qual a alimentação tem papel relevante. No Brasil, a prevalência do aleitamento materno é baixa, sua duração é curta e o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida é raro (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, o município de Alto Longá, no Piauí, situado na região do semiárido do nordeste brasileiro, apresenta baixa prevalência em Aleitamento Materno Exclusivo (AME), em torno de 35% nas crianças menores de seis meses, de acordo com dados dos sistemas de informações (Siab/MS), repercutindo negativamente na qualidade de vida da população infantil, especialmente se considerarmos que em junho/2008, 30% das crianças menores de cinco anos apresentaram peso por idade abaixo do percentil 3 (SISVAN, 2008).

Considerando, entre outros fatores, que parcela significativa da população longaense vive em condições precárias e pertence aos níveis socioeconômicos mais baixos e ainda que o binômio desnutrição-diarreia é importante causa de mortalidade infantil, uma baixa ocorrência da prática de amamentar crianças exclusivamente nos primeiros seis meses repercute no perfil da morbimortalidade infantil local.

A alimentação complementar precoce é desvantajosa para a nutrição da criança, reduz a duração do aleitamento materno, aumenta o risco de morte por doenças respiratórias e diarreicas, aumenta a ocorrência de internações hospitalares, entre outras.

Os custos para alimentar artificialmente uma criança nos primeiros seis meses de vida consomem grande parte da renda familiar, sendo que

tais recursos poderiam ser utilizados para suprir outras necessidades da família, especialmente em famílias de baixa renda, que compõem boa parte da população local.

Outro ponto que devemos ressaltar é que o município possui cobertura de 100% das ESFs, com seis equipes, sendo uma na zona urbana e cinco na zona rural. Assim, há de se esperar melhor desempenho na prevalência do AME, visto que a sua promoção é uma das ações preconizadas em relação a atenção básica da saúde infantil.

### \_\_\_\_\_ **Objetivos**

Geral: ampliar para 60 o percentual de crianças em aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de idade em Alto Longá.

#### Específicos:

- identificar as causas do desmame precoce e da introdução de outros alimentos antes do sexto mês de idade;
- sensibilizar gestores e profissionais da atenção básica quanto ao AME;
- capacitar as ESFs no manejo da amamentação;
- promover educação em saúde para a comunidade divulgando a importância do AME;
- avaliar a efetividade da Estratégia Saúde da Família na promoção e no apoio ao aleitamento materno.

### \_\_\_\_\_ **Método e Processos de Trabalho**

O presente estudo descritivo-explicativo trata-se de um projeto de intervenção, que está sendo desenvolvido em Alto Longá, no Piauí. É fomentado pelo convênio de cooperação internacional para o fortalecimento da APS, pactuada entre Brasil e Canadá, que propõe uma avaliação de processo e a reestruturação das formas pelas quais os serviços de saúde da atenção básica realizam e planejam suas ações.

Em Alto Longá existem seis ESF efetivamente ativas e completas, que possibilitam cobertura de 100% do município e um hospital de pequeno porte que garante assistência ao parto para as gestantes da região e dispõe de alojamento conjunto implantado. No entanto, a prevalência do AME em Alto Longá para crianças menores de seis meses é inferior à média nacional.

No processo de identificação das causas do problema, utilizou-se a observação como técnica de coleta de dados para conseguir informações e obter determinados aspectos da realidade. Foi realizado um encontro com as equipes do SF, incluindo os ACS, que descreveram suas vivências em relação às causas do desmame precoce dos infantes. A partir da discussão e consolidação dessas informações, foi organizado diagnóstico que foi comparado com a pesquisa bibliográfica das causas do desmame precoce.

Realizou-se uma segunda reunião que envolveu gestores, profissionais de saúde e representantes de organizações não governamentais e governamentais e se debateu a significância do problema e suas causas. Foram elencadas estratégias para enfrentamento do problema.

Com base nas propostas dessa reunião, foi sistematizado um Modelo Lógico de ação, em que foram contempladas as estratégias, as atividades, os recursos necessários, os responsáveis, os prazos a serem seguidos, os resultados esperados e os indicadores a serem modificados com a execução das ações.

Realizou-se uma oficina com gestores e profissionais da saúde do município com o intuito de sensibilizá-los quanto à importância do AME e apresentação do Modelo Lógico que contemplou estratégias voltadas para educação em saúde para a comunidade, melhoria do acesso ao pré-natal, capacitação dos profissionais com treinamento específico para promoção do AME e implantação da semana de saúde integral do binômio mãe/bebê.

Foi proposta a criação no município de um Comitê Pró-Aleitamento Materno constituído por mães, profissionais dos serviços de saúde e organizações não governamentais e governamentais para fortalecimento e sustentabilidade das ações pró-amamentação.

Para análise da efetividade do Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo, depois de decorrida a implantação das ações/atividades durante o prazo de 12 meses, foram novamente analisados os indicadores de prevalência e a média do AME em crianças até o sexto mês.

Foram produzidas e gravadas chamadas rápidas (*spots*) que estão sendo veiculadas regularmente nas rádios locais para disseminar a ideia de amamentação e desmitificar tabus relacionados a ela. Concomitantemente, foram concedidas entrevistas sobre a importância do AME. Na promoção de educação em saúde para a comunidade, utilizaram-se rodas de conversa e

formou-se um grupo de teatro com os ACS que desenvolveu e apresentou dramatizações com o tema vantagens do AME durante o acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família na sua 1ª vigência de 2010 (janeiro a junho).

Confeccionou-se material educativo em forma de cartazes e pôsteres que estão sendo distribuídos na comunidade, especialmente entre gestantes e mães atendidas nos serviços de saúde. Há também exibição de vídeos que mostram as vantagens da amamentação em salas de espera dos ambulatórios de pré-natal e realização de exames.

Contemplou-se treinamento específico para promoção do aleitamento materno das ESF, bem como dos ACS e funcionários do hospital. Enfatizou-se a assistência do profissional de saúde no suporte à amamentação e manejo dos principais problemas da lactação, principalmente no acompanhamento do binômio mãe-bebê no pós-parto. Enfatizaram-se também os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno.

Revisou-se o sistema de agendamento de consultas de pré-natal e realizaram-se visitas domiciliares para busca ativa de gestantes faltosas.

## \_\_\_\_\_ Resultados

No desenvolvimento desse projeto, identificaram-se algumas causas para o desmame precoce ou para a introdução de outros alimentos, além do leite materno, antes do sexto mês de idade: a falta de conhecimento sobre as vantagens e a superioridade do aleitamento materno; a baixa escolaridade das mães; a influência de parentes e vizinhos na introdução de alimentos complementares precocemente; a introdução de tecnologias modernas bem como a adoção de novos estilos de vida, com conseqüente introdução efetiva da mulher no mercado de trabalho e a carência de atenção ao tema aleitamento materno nos serviços de saúde.

Um dos resultados observados foi que, ao tomar conhecimento das vantagens do AME com orientações vindas da equipe de saúde que lhe assiste, essa mulher sente-se mais apoiada e firme para não sucumbir às pressões externas. Esse fato deve-se a um aumento significativo no número de gestantes captadas para o pré-natal, ao aumento da média do número de consultas e do maior número de visitas durante puerpério para o binômio

mãe-bebê. Profissionais do hospital municipal também estão mais bem preparados para realizarem aconselhamento em AME para as mães no pós-parto imediato.

Observou-se ainda maior comprometimento de gestores e profissionais de saúde quanto ao AME, os quais estão mais sensibilizados e desenvolvendo ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, o que contribuirá na formação e instituição do comitê local de incentivo ao aleitamento materno e na criação de grupo de apoio direto, seja formado por mães experientes ou por profissionais ou misto que possa trocar relatos e oferecer ajuda.

As ESF realizam com os enfermeiros um aconselhamento otimizado em AME no pré-natal e os outros profissionais das unidades básicas estão treinados para incentivar e apoiar a amamentação. Também o trabalho dos ACS, mais habilitados no manejo do AME, no âmbito domiciliar, tem realizado atendimento eficiente e conquistado mais incentivadores do aleitamento e, com isso, convencido e levado mais mães a amamentarem exclusivamente até o sexto mês de vida e a introduzirem outros alimentos oportunamente, mas continuando com a amamentação até dois anos ou mais.

Todos esses resultados implicarão o aumento da prevalência do AME em crianças até o sexto mês e no aumento da média do AME em infantes menores de seis meses. Dessa forma, a médio e longo prazo haverá melhoria dos indicadores de saúde da população não só infantil, como também na vida adulta. Haverá redução significativa da morbimortalidade infantil a curto e médio prazo, o que será continuamente monitorado pelo município.

#### \_\_\_\_\_ **Considerações Finais**

A amamentação é opção materna que envolve uma complexa interação de fatores socioeconômicos, culturais e psicológicos. Os serviços materno-infantis também têm importante papel em sua promoção. Considerando o papel protetor do aleitamento materno sobre a morbidade e mortalidade infantis, as iniciativas de promoção da prática devem ser consideradas prioritárias dentro das políticas de saúde pública de cuidado infantil.

O treinamento específico é fundamental para a efetividade do trabalho de promoção da amamentação, propiciando confiança nas equipes de saúde e facilitando maior envolvimento nas atividades (NARCHI, 2005).

Considerando-se o potencial de promoção do aleitamento materno das UBS, devem-se realizar formas de mobilização das equipes de cuidado primário para a adoção dos Dez Passos para o Sucesso da Amamentação, de forma similar à iniciativa Hospital Amigo da Criança. Os passos propostos são fruto de uma revisão sistemática sobre as intervenções conduzidas nas fases de pré-natal e acompanhamento do binômio mãe/bebê que foram efetivas em estender a duração da amamentação. A proposta define o papel de suporte que as unidades básicas de saúde, em conjunto com os hospitais, podem desempenhar para tornar o aleitamento materno prática universal, contribuindo significativamente para a saúde e o bem-estar dos bebês, das suas mães, das famílias e da comunidade local (OLIVEIRA *et al.*, 2005).

O conhecimento das mães e famílias, bem como da comunidade local, sobre os benefícios da amamentação para a mãe e para a criança é fator determinante na prevalência e duração da prática do aleitamento materno. A mulher deve ser motivada e preparada para o exercício da amamentação tão logo seja iniciado o pré-natal.

O aleitamento natural deve caracterizar-se como prática alimentar de ação prioritária para a promoção da saúde e qualidade de vida tanto das crianças menores de seis meses que se alimentam de leite materno, quanto de suas famílias, já que é fator de destaque na redução da mortalidade e morbidades infantis durante o primeiro ano de vida.

#### Referências Bibliográficas

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

DAVANZO, R. **Amamentação ao seio**. 1. ed. Caxias do Sul: Paulinas, 1989. p. 85-86.

MELO, A. M. C. A. *et al.* Conhecimentos e atitudes sobre aleitamento materno em primíparas da cidade do Recife, PE. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 2, n. 2, p. 138, 2002.

MOURA, E. F. A alimentação de crianças na faixa etária de 1 a 24 meses, parcialmente ou completamente desmamadas, atendidas em ambulatório de pediatria. **Arquivos Brasileiros de Pediatria**, v. 3, n. 1, 1996.

NARCHI, N. Z. et al. Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente na cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 5, n. 1, p. 87-92, jan./mar. 2005.

OLIVEIRA, M. I. C.; CAMACHO, L. A. B.; SOUZA, I. E. O. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidências. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1901-1910, nov./dez. 2005.

PIAUÍ, Secretaria Estadual de Saúde do Piauí. Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde. Gerência de Atenção à Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e Adolescente. Supervisão de Alimentação e Nutrição. **Pesquisa de prevalência do aleitamento materno no estado do Piauí**. Teresina, Piauí: Sesapi, 2007.

REA, M. F. Aleitamento materno e saúde da mulher: algumas considerações. In: MÉDICI, A. C. **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

SISTEMA de Vigilância Alimentar e Nutricional da Secretaria Municipal de Saúde de Alto Longá - 2008

SOUZA, L. S. de F.; SOUZA, E. L. S. de; BARRETTO, M. R. R.; RAMOS, R. T. T.; MACEDO, J. de J. B.; SERRA, C. R.; FERNANDES, C. E. Determinantes do êxito do aleitamento materno natural. **Jornal de Pediatria**, v. 67, n. 12, p. 42-50, jan./fev. 1991.

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

VENÂNCIO, S. I.; MONTEIRO, C. A. A tendência da prática da amamentação no Brasil nas décadas de 70-80. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n. 1, p. 41, 1998.

Maria Gorete Lages do Rego Carvalho  
Lucinete Nunes de Carvalho

### Introdução

A hanseníase é doença infectocontagiosa, crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae*, uma bactéria intracelular obrigatória que compromete, principalmente, a pele e os nervos periféricos (BRASIL, 2008). A hanseníase parece ser uma das mais antigas doenças que acometem o homem (HELITO *et al.*, 2006). A evolução do tratamento possibilitou aos pacientes que fossem tratados em regime ambulatorial, tornando, com isso, desnecessário o tão estigmatizante isolamento dos pacientes em leprosários. Dessa forma, o quadro social da doença começou a se modificar, e a hanseníase passou a ser encarada como problema de saúde pública e ser tratada em serviços gerais de saúde.

No contexto mundial, o Brasil continua como segundo país em número de casos, precedido apenas pela Índia. A hanseníase apresenta tendência de estabilização dos coeficientes de detecção no Brasil, mas ainda em patamares muito altos nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste. Essas regiões concentram 53,5% dos casos detectados em apenas 17,5% da população brasileira (BRASIL, 2008). No Piauí, o coeficiente de detecção no ano de 2008 foi 64,69/100.000 habitantes. Segundo dados do Sistema de Informação e Notificação de Agravos (Sinan), no município de Barras, a detecção de hanseníase nesse mesmo ano foi de 49,0/100.000 habitantes. Esses números colocam o município em situação de hiperendemicidade quanto à detecção de casos novos (CN) (hiperendêmico  $\geq 40,0/100.000$  hab.), segundo parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). Portanto, as evidências mostram situação grave e complexa, exigindo ações imediatas, específicas e efetivas, visto que o diagnóstico realizado no município é tardio. Essa realidade reflete a fragilidade dos serviços prestados ao portador de hanseníase. Trata-se de uma doença comum de regiões pobres, com baixos índices de desenvolvimento humano e diretamente relacionada às condições de vida (BERNARDI e MACHADO, 2004).

A hanseníase é enfermidade de relevância nacional, que compromete homens e mulheres, acarretando sérios prejuízos de ordem biopsicossocial e econômica (GLATT e ALVIN, 1995).

A motivação para realizar esta pesquisa surgiu da atuação das autoras – enfermeiras da atenção básica –, com a intenção de contribuir com a qualidade da assistência prestada ao portador de hanseníase, uma vez que, no seu cotidiano, têm observado que as ações a ele relacionadas e desenvolvidas pelas equipes têm sido marcadas por vulnerabilidades.

Diante dessa realidade, entende-se que este estudo é relevante na medida em que as informações produzidas venham a ser utilizadas pelos serviços de saúde que realizam assistência em hanseníase, no sentido da adoção de medidas de promoção e prevenção de risco ao usuário.

### Objetivos

**Geral:** Realizar diagnóstico precoce e reduzir o grau de incapacidades físicas a menos de 10% entre os casos novos diagnosticados com hanseníase em Barras.

**Específicos:**

- verificar índice de detecção de caso novo de hanseníase no período 2000-2008;
- identificar o gênero, a etnia e a classificação operacional durante o período de 2000 a 2008;
- caracterizar os fatores que contribuíram para o diagnóstico tardio de hanseníase.

### Metodologia

Trata-se de estudo epidemiológico, que utilizou os dados do Sinan de 2000 a 2008 e evidências clínicas. As intervenções iniciaram em outubro de 2008 e duraram até junho de 2010, nas 20 UBS municipais. Esse banco de dados é constituído por todos os casos notificados e residentes em Barras, por meio da Ficha de Notificação/Investigação de Hanseníase, arquivada no Sinan.

**Local do estudo:** município de Barras, localizado na região norte piauiense, a 126km de Teresina, com uma população de 44.914 habitantes (IBGE, 2009).

A rede de saúde está estruturada com a atenção básica, sendo 17 ESF; 18 postos de saúde; dois centros de saúde; um Caps tipo I; um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); um hospital municipal e uma gerência regional de saúde.

**População do estudo:** composta por 160 casos diagnosticados e notificados de hanseníase em Barras, no período de 2000 a 2008.

**Critérios de inclusão e exclusão:** foram incluídos no estudo todos os casos notificados no período 2000 a 2008, residentes em Barras. Contudo, excluídos da análise os casos não residentes no município.

**Coleta de dados:** os dados foram coletados pelas pesquisadoras, que utilizaram duas formas de coleta. A primeira envolveu o levantamento dos casos de hanseníase no banco de dados do Sinan. Na segunda, foi realizada a técnica de grupo focal, com dois grupos e sete participantes cada, com duração de 60 minutos, cujo objetivo foi levantar os fatores que contribuíram para o diagnóstico tardio. Martins (2004) afirma que essa técnica “utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade. Não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que se deseja estudar”.

É importante destacar que os dados só foram coletados mediante o consentimento expresso do Secretário de Saúde e do termo de consentimento livre esclarecido dos participantes do grupo focal.

**Variáveis:** os indicadores foram calculados a partir do coeficiente de detecção de caso novo e < de 15 anos de idade, percentual do grau de incapacidade física, classificação operacional, distribuição por sexo e raça.

**Análise estatística:** foram realizadas análises exploratórias dos dados, a partir da apuração de frequências simples absolutas e percentuais de variáveis categóricas e organização dos resultados em tabelas e gráficos.

## Resultados

Foram registrados no Sinan 168 casos de hanseníase de 2000 a 2008. Em 2006, o coeficiente de detecção foi de 72,0/100.000 habitantes, evidenciando hiperendemicidade quanto à detecção de casos novos (hiperendêmico  $\geq 40,0/100.000$  hab.), conforme parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).

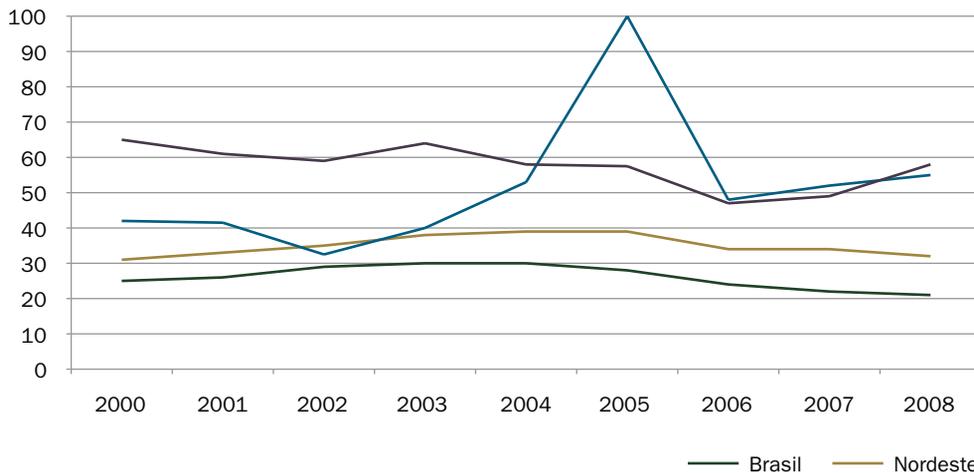
TABELA 1 **Distribuição dos Casos de Hanseníase em Barras, PI 2000-2008.**

ANO	CASO NOVO	COEF. DETECÇÃO	CLAS. OPERACIONAL				SEXO			
			MB	%	PB	%	MASC.	%	FEM.	%
2000	08	20,0	3	38,0	5	62,0	4	50,0	4	50,0
2001	12	29,0	8	67,0	4	33,0	7	58,0	5	42,0
2002	17	41,0	9	53,0	8	47,0	13	77,0	4	23,0
2003	15	36,0	9	60,0	6	40,0	8	53,0	7	47,0
2004	15	36,0	8	53,0	7	47,0	7	47,0	8	53,0
2005	23	54,0	13	57,0	10	43,0	10	43,0	13	57,0
2006	31	72,0	18	58,0	13	42,0	15	48,0	16	52,0
2007	17	39,0	13	77,0	4	23,0	10	59,0	7	41,0
2008	22	49,0	14	64,0	8	36,0	15	68,0	7	32,0

FONTE: SMS/BARRAS/PI

A Tabela 1 mostra detecção de casos novos com maior incidência em 2006 com 72,0/100.000 habitantes. Segundo o parâmetro nacional (BRASIL, 2002), Barras foi classificada como hiperendêmica. A frequência maior de pacientes com a forma multibacilar da doença evidenciou diagnóstico tardio, com predomínio do sexo masculino.

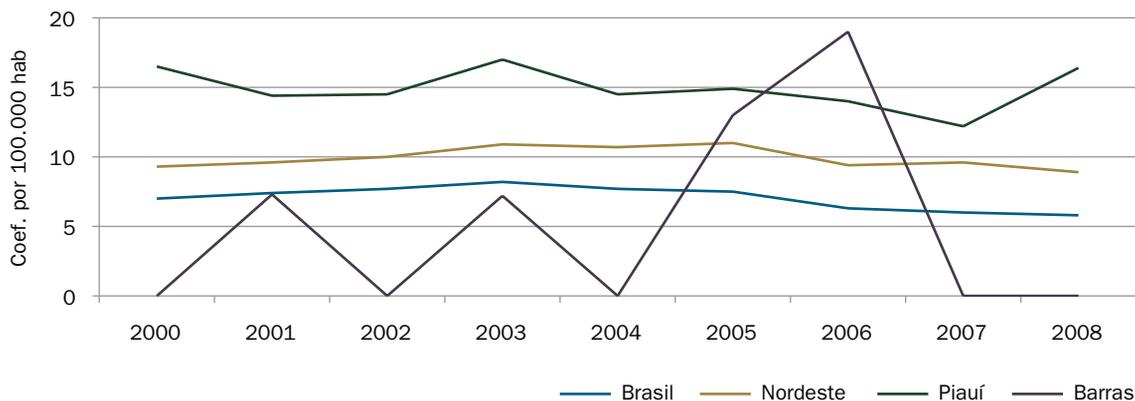
GRÁFICO 1 **Coeficiente de detecção geral de casos novos de hanseníase em Barras, 2000-2008.**



FONTE: SINAN/SVS (BRASIL, 2009)

No estado do Piauí, o coeficiente de detecção no ano de 2008 é de 64,7/100.000 hab. (BRASIL, 2009). Na cidade de Barras, a situação da hanseníase ao longo dos anos vem configurando um cenário de elevada endemicidade. Segundo dados do SINAN, o coeficiente de detecção de casos novos no município em 2008 foi de 49,0/100.000 hab., números que colocam Barras em situação de hiperendemicidade (SMS, 2009), evolução observada no gráfico 1 acima.

GRÁFICO 2 **Coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, região nordeste, estado do Piauí e município de Barras – 2000 a 2008**



FONTE: SINAN/SVS (BRASIL, 2009)

O gráfico 2 mostra maior detecção de casos nos anos de 2005 e 2006 na população constituída por menores de 15 anos de idade no município de Barras, sendo que, em 2007 e 2008, não há registro de casos.

Em relação às incapacidades, a avaliação do grau de incapacidade física no momento do diagnóstico é o principal indicador para o diagnóstico tardio da doença. Um dos cinco componentes do programa, da atenção integral à pessoa acometida de hanseníase e seus familiares, inclui o diagnóstico de incapacidades físicas.

### Discussão

A análise dos dados obtidos neste estudo demonstra predomínio de ocorrência em pessoas do sexo masculino, com 55,4% nos 168 casos registrados da doença. A faixa etária dos 30 a 39 anos (21,5%) é a mais afetada; há o registro de dez casos (5,9%) de hanseníase em menores de 15 anos de idade. A forma clínica prevalente foi a indeterminada (27,3%), seguida da forma virchowiana (27,0%), e a classe operacional foi a multibacilar (58,0%). Por fim, 99,0% dos indivíduos acometidos com hanseníase se declaram pardos. Tais achados são preocupantes, porque a forma predominante encontrada é a disseminadora da doença.

Essa prevalência também pode estar relacionada ao menor acesso aos serviços de saúde, já que esses oferecem mais programas voltados para

a saúde da mulher, bem como à menor preocupação dos homens em relação ao corpo e à estética, o que propiciaria demora no diagnóstico (SUÁREZ, 1997). Esses dados sugerem que o diagnóstico da hanseníase tem sido realizado tardiamente, o que favorece maior número de manifestações e lesões decorrentes da própria evolução da doença, bem como a manutenção de sua transmissão. Esses achados também foram observados nos estudos realizados por Helene *et al.* (2001) e Santos e Rabay (2001).

Harrop (2002) descreveu que a hanseníase é mais comum entre os homens, tendo, em dois trabalhos, encontrado proporção de 1,5:1 e 2:1, respectivamente. Os achados deste projeto se assemelham aos desses autores e ao estudo realizado por Goulart *et al.* (2002) em 138 pacientes da cidade de Uberlândia, em Minas Gerais, que demonstrou a predominância do sexo masculino em todas as formas clínicas da doença estudadas. No entanto, não se pode afirmar que, na hanseníase, realmente existe predileção pelo sexo masculino.

De acordo com a convenção do IBGE, negro é quem se autodeclara preto ou pardo. Embora a ancestralidade determine a condição biológica com a qual nascemos, há toda uma produção social, cultural e política da identidade racial/étnica no Brasil (OLIVEIRA, 2004). Os achados deste estudo vêm ao encontro com o citado por essa autora, visto que 99,0% dos indivíduos acometidos por hanseníase se declaram pardos.

Com a ajuda do percentual de casos diagnosticados já com alguma incapacidade física decorrente da hanseníase, é possível avaliar os indicadores operacional e epidemiológico, visto que o diagnóstico tardio favorece a manutenção de fontes de infecção (LANA *et al.*, 2002). Esse fato pode ser observado quando analisamos o gráfico 4 e há elevado percentual de diagnóstico com grau de incapacidade 2 nos anos de 2005, 2007 e 2008 e não há registro de casos em 2006. Esse é indicativo de que os serviços de saúde local não se têm mostrado vigilante à relevância na detecção dos casos de hanseníase.

Em relação às causas evidenciadas, elaborou-se plano de ação com oito estratégias baseadas nos indicadores.

**Estratégia 1:** Sensibilizar/atualizar os profissionais de nível superior da ESF no diagnóstico precoce, tratamento e prevenção das incapacidades físicas (IF) resultantes de hanseníase.

Realização de capacitação com duração de 20 horas em diagnóstico, tratamento e prevenção de IF, para 17 enfermeiros (100%) e 10 médicos (58,8%), tendo como resultado o aumento no nº de casos novos em 2009, sendo 55,56% PB e 44,44% MB, somando um total de 36 pacientes, mostrando leve modificação do cenário em que antes o diagnóstico era tardio (MB).

Realização de duas sessões clínicas com especialistas para os profissionais da ESF para aumentar a habilidade clínica, em especial no que diz respeito à avaliação do grau de IF e tratamento das reações hansênicas.

Resultado da 1ª sessão clínica: atendidas 119 pessoas, 0,26% foram diagnosticadas como casos novos, sendo: dois PB em > de 15 anos de idade, ambos com GI zero e dois MB, sendo um < de 15 anos de idade e contato. Na segunda sessão, houve a participação dos contatos dos casos índices de pacientes em tratamento e curados com resultado: 155 pessoas atendidas, sendo detectados três casos suspeitos que ficaram em observação; sete casos novos, três MB e quatro PB, em que dois eram < de 15 anos de idade, detectados com IF Grau 0= 05 Grau 1= 01 Grau 2= 01. Dos casos detectados, seis eram contatos.

**Estratégia 2:** Capacitar os ACS, auxiliares e técnicos de enfermagem e dentista e agentes de endemias com ênfase na busca de lesões sugestivas de hanseníase.

Realização de quatro oficinas de sensibilização em hanseníase para 103 ACS, 30 auxiliares e técnicos de enfermagem, 17 auxiliares e técnicos de odontologia, 24 agentes de endemias, com ênfase na busca de lesões sugestivas de hanseníase.

Foram capacitados 98 (95,1%) ACS, 24 agentes (96,00%) de endemias, 12 (40,0%) auxiliares de enfermagem e de 11 líderes da Pastoral da Criança, quatro (36,3%) e 10 (58,8%) auxiliares e técnicos de odontologia.

**Estratégia 3:** Desenvolver educação em saúde, envolvendo segmentos sociais, especialmente os formadores de opinião como professores e profissionais do meio de comunicação.

Realização de duas oficinas com 400 professores da rede municipal voltadas para o reconhecimento de sinais e sintomas da doença. E uma oficina com radialistas para divulgação dos sinais e dos sintomas da doença; sendo um de Barras, dois de Teresina, um de Parnaíba, um de Floriano, um de União, um de Picos.

Realização de 17 seminários nas escolas, comunidade, casa do idoso e do adolescente.

Realização de um seminário com 29 (52,7%) estudantes do curso técnico de enfermagem no dia 8/4/2010 e um com 54 = 3870 (1,3%) idosos no dia 23/4/2010.

**Estratégia 4:** Monitorar e avaliar as ações programáticas realizadas para controle da hanseníase nas ESF.

Alimentação semanal do Sinan por meio das notificações enviadas pelas ESF, com 11 casos notificados no 1º trimestre de 2010: sendo sete do sexo masculino e quatro do sexo feminino; seis paucibacilar e cinco multibacilar, destes dois < de 15 anos.

**Estratégia 5:** identificar os pacientes quanto ao gênero e à etnia.

Quantificação dos pacientes diagnosticados com hanseníase quanto ao gênero e etnia. Dos 11 casos novos no 1º trimestre de 2010, sete eram masculino e quatro feminino; e 99,0% da cor parda.

Formação de um grupo de autocuidados com homens, portadores de incapacidades físicas causadas pela hanseníase com quatro participantes.

Realização de dois grupos focais com seis participantes para identificar e compreender os fatores que levam o paciente de hanseníase a procurar a USF tardiamente.

**Estratégia 6:** Organizar o fluxo de atendimento e viabilizar o acesso aos comunicantes no serviço do município.

Implantação do protocolo de atendimento de hanseníase nas UBS.

**Estratégia 7:** Intensificar a busca ativa em pessoas com lesões sugestivas de hanseníase, no dia “D” da campanha de vacinação do idoso. Realizar busca ativa na população que participou da campanha de vacinação do idoso em três UBS da zona urbana e confirmado o diagnóstico em dois casos novos, realizando avaliação do grau de IF em todos os pacientes diagnosticados.

**Estratégia 8:** Sensibilizar as autoridades competentes para a efetivação dos profissionais.

Efetivação de 100% dos profissionais aprovados no concurso público diminuindo a rotatividade de funcionários.

## Conclusão

Este estudo evidencia o diagnóstico tardio da doença, mostrando a passividade dos profissionais nos serviços de saúde local. Esses não estariam sendo vigilantes na detecção e no tratamento dos casos existentes na comunidade, favorecendo a manutenção das fontes de infecção e a continuidade da cadeia de transmissão. Isso aponta para a necessidade de intensificação contínua das ações do programa de controle da hanseníase no município, principalmente a busca ativa de contatos e sintomáticos de pele para diagnóstico mais precoce, implantação de um polo de educação permanente, implantação do protocolo de atendimento, visando à eliminação da doença como problema de saúde pública.

## Referências Bibliográficas

- BERNARDI, C.; MACHADO, A. R. L. Hanseníase. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Hanseníase no Brasil: dados e indicadores selecionados. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Vigilância em saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil. Brasília, 2008.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Funasa, 2005.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Guia de controle da hanseníase**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Dermatologia Sanitária. **Hanseníase**: atividades de controle e manual de procedimentos. Brasília, 2001.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília: CONASS, 2007.
- GLATT, R.; ALVIM, M. F. S. **Situação da hanseníase no Brasil e diretrizes do plano nacional de eliminação**. II Censo Internacional de Leprologia. San Jose, Costa Rica, 1995.
- Harrop, E. Leprosy. J Med 3: 2-10. 2002.
- HELENE, L. M. F.; LEÃO, V. M.; MINAKAWA, M. M. The social situation and the presents of physical disabilities among leprosy patients registered at a public health center in São Paulo city. **Hans Int**, v. 26, n. 1, p. 5-13, 2001.

LANA, F. C. F.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, J. G.; BRANCO, A. C.; MALAQUIAS, L. C.; TEIXEIRA, S.; OLIVEIRA, V. A.; ROSADO, V.; LANZA, F. M. Transmissão e controle da hanseníase no município de Governador Valadares/MG – período de 1990 a 2000. *Hansen Int*, v. 27, n. 2, p. 83-92, 2002.

MARTINS, Rosilda Baron. **Metodologia científica**: como tornar mais agradável a elaboração de trabalhos acadêmicos. Curitiba: Juruá, 2004.

MOREIRA, T. M. A. **Avaliação da descentralização das ações programáticas de hanseníase**: um estudo de caso. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

SANTOS, L. P.; RABAY, F. O. Epidemiological situation of leprosy control in Taubaté SP municipality in 1999. *Hans Int*, v. 26, p. 12-116, 2001.

SUÁREZ, R. E. G.; LOMBARDI, C. Estimado de prevalência de lepra. *Hansen Int*, v. 22, n. 2, p. 31-4, 1997.

HELITO, A. S.; KAUFFMAN, P. **História, cultura e práticas coerentes da medicina**. São Paulo: Nobel, 2006.

GOULART, I. M. B.; DIAS, C. M.; OLIVEIRA, A. C. S.; SILVA, A. A.; ALVES R. R.; QUARESEMIN, C. R.; SILVA, D. P.; LOPES, M. R. F.; FARIA, G. A. **Grau de incapacidade**: indicador de prevalência oculta e qualidade do programa de controle da hanseníase em um centro de saúde – escola no município de Uberlândia-MG. Hansen, Uberlândia-MG, 2002.

OLIVEIRA, F. **Ser negro no Brasil**: alcances e limites. São Paulo, 2004.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). Coordenação da Estratégia da Família. Barras-PI, 2009.

## BAIXA COBERTURA DO EXAME CITOPATOLÓGICO NAS MULHERES ENTRE 25 A 59 ANOS NO MUNICÍPIO DE CANTO DO BURITI – PIAUÍ<sup>7</sup>

Lívia Regine Miranda Cavalcante  
Simone Guerra Moreira Barreto

### Identificação do Problema e Apresentação de suas Evidências

n.22  
*Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP*

O município de Canto do Buriti está localizado no sudoeste do estado do Piauí, a 420km da capital Teresina, com população de aproximadamente 20.761 habitantes, segundo o IBGE (2009). Desse total, 3.555 mulheres estão distribuídas na faixa etária entre 25 a 59 anos.

O município conta com oito ESF que oferecem 100% de cobertura à população. O acompanhamento a essas famílias permitiu a constatação de baixa cobertura do exame citopatológico em mulheres entre 25 a 59 anos, fazendo-se necessário um projeto de intervenção com os objetivos de prevenir a doença, reduzir a incidência e a mortalidade das mulheres por câncer de colo do útero (CCU).

O CCU é uma neoplasia que apresenta elevada taxa de incidência e de mortalidade, sendo a segunda mais frequente entre as mulheres e a quarta em mortalidade no Brasil; é duas vezes mais frequente em mulheres negras, cujo acesso à atenção ginecológica é menor do que entre as brancas. A patologia é passível de detecção precoce e curável, dependendo do estágio da detecção. O projeto permitiu analisar os fatores associados à não realização do exame colpocitológico no município de Canto do Buriti e executar ações de responsabilidade dos serviços de APS, a partir de estratégias com resultados favoráveis.

Vale ressaltar que o principal agente etiológico do CCU é o vírus do papiloma humano (HPV), transmitido sexualmente. De acordo com a literatura, a iniciação sexual precoce e a multiplicidade de parceiros são outros fatores que favorecem para a etiologia do CCU.

A principal estratégia de rastreamento do CCU é o exame de Papanicolau (CP) também conhecido como colpocitológico ou preventivo, devendo ser priorizado para mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos de idade.

---

<sup>7</sup> Projeto Premiado – 3º Lugar no Estado

A razão entre CPs em mulheres de 25 a 59 anos de idade e a população feminina nessa faixa etária é um dos indicadores do Pacto da Atenção Básica de 2006 e mostra a relação entre a oferta de exames e a necessidade atual. Objetiva avaliar de forma direta a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle (educação para saúde, captação e diagnóstico precoce) do câncer do colo do útero. Na medida em que é preconizada a realização de um exame a cada três anos após dois resultados negativos anuais, razões acima de 0,3 podem ser consideradas adequadas. A limitação desse indicador é por não refletir adequadamente a cobertura ou concentração desse procedimento na população-alvo, pois não identifica a realização de vários procedimentos em uma mesma mulher

De acordo com o Pacto da Atenção Básica, ficou acordado para o município de Canto do Buriti em relação aos exames citopatológicos as seguintes metas: 2004/0,65; 2005/0,40; 2006/0,40; 2007/0,45; 2008/0,45. Pelo Datasus (banco de dados do SUS), a razão de exames citopatológicos na faixa etária sugerida em relação à população-alvo correspondeu em 2004 a 0,28 exame/mulher/ano; 2005/0,32; 2006/0,11; 2007/0,41; 2008/0,30 (BRASIL, 2008).

Foi possível analisar que a razão em 2004 e 2006 não alcançou a meta estabelecida, que é a mínima de 0,30. Embora nos demais anos o município tenha alcançado a meta, observa-se por meio de levantamento entre as ESF que um grupo de mulheres repetia os exames de forma inadequada e outras não realizavam o exame, levando-nos a conclusão que o indicador de razão não mostrou boa cobertura na população alvo.

A realidade vivenciada no município aponta uma série de fatores que contribuem para a não adesão das práticas em saúde e, conseqüentemente, a baixa cobertura do exame entre as mulheres de idade sugerida.

Para que fosse possível conhecer as causas do problema, traçou-se o perfil da mulher cantoburitiense por meio de questionários preenchidos durante as visitas domiciliares dos ACS. A consolidação dos dados funcionou como uma espécie de amostragem, informando as principais razões relacionadas à não adesão ao CP: a falta de consciência sobre a importância do CP, dificuldade para o agendamento, demora na entrega dos resultados dos laudos, medo, receio de sentir dor, o fato de nunca ter tido queixa ginecológica, vergonha, constrangimento em realizar o CP com profissional masculino, contribuindo com a recusa ao exame colpocitológico.

Além disso, nossa percepção como profissionais acerca do sistema de saúde local permitiu identificar algumas falhas: dificuldade de acesso em algumas UBS da zona rural; inconveniência do horário de realização do CP; UBS amplas com estrutura física adequada, mas sem material permanente para o CP; protocolos de atendimento ineficazes; e comunicação inadequada entre profissional-cliente comprometia a realização do CP.

Destaca-se ainda a influência de grupos sociais no qual elas estão inseridas, formulando previamente ideias contrárias quanto à prática do cuidar, ligando-se a um modelo tradicional focado apenas na doença e não na adoção de medidas preventivas.

### \_\_\_\_\_ **Propostas das Intervenções**

São muitas as dificuldades a serem vencidas a fim de aumentar a adesão das mulheres à coleta do CP no município, porém o conhecimento das causas permitiu que fossem propostas estratégias de intervenção bem fundamentadas.

Algumas estratégias desenvolvidas no município, elaboradas a partir do conhecimento da nossa realidade:

- sensibilização / atualização das oito ESF sobre a importância da realização da colpocitologia;
- sensibilização da comunidade sobre a importância da realização da colpocitologia;
- ampliação do acesso das mulheres residentes na zona rural e população negra do município ao exame colpocitológico;
- realização de busca ativa de usuárias que não realizam a colpocitologia;
- garantia do acompanhamento e tratamento das mulheres que apresentaram lesões precursoras do CCU;
- promoção de maior qualidade aos resultados dos exames;
- monitoramento e avaliação do sistema de informação.

### \_\_\_\_\_ **Atividades Realizadas**

Várias ações foram executadas para contemplar as estratégias, como: monitoramento do laboratório de citologia; ampliação do acesso ao exame na

zona rural com provimento de material permanente necessário; busca ativa de usuárias faltosas durante as visitas dos ACS, utilizando impressos próprios sob supervisão do enfermeiro da equipe; alimentação e avaliação sistemática do Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero (Siscolo) para levantamento preciso dos casos alterados, bem como seguimento e acompanhamento desses casos; atualização das ESF visando à adoção de protocolos para atendimento uniforme e conduta adequada.

A identificação da pouca conscientização das mulheres sobre a importância do CP permitiu a compreensão de que o foco maior do trabalho seria uma mudança de concepção por parte do grupo. Nesse sentido, a principal ação executada, que merece ser citada em separado, foi a mobilização social em massa, realizada com mulheres, enfatizando as negras, na faixa etária em acompanhamento, em vários momentos. Vale referir a utilização da rádio comunitária durante o “Momento Saúde” em horário programado e divulgação de spots com objetivo de sensibilizá-las e despertá-las para a realização do CP.

Como resultado dessas ações, espera-se a promoção do conhecimento, a valorização e a incorporação, por parte da população, das práticas preventivas não só para o CCU, como também para outras morbidades.

#### \_\_\_\_\_ Resultados Alcançados e Almejados

De acordo com as estratégias, foram executadas ações que possibilitaram, mesmo em fase de implantação, a obtenção de alguns resultados, tais como: aquisição de material permanente para uma UBS da zona rural, deixando apta a realização do exame nas oito UBS do município; adequação dos horários, garantindo maior acessibilidade; implementação de protocolos assistenciais às equipes, visando à uniformidade no atendimento à mulher; maior agilidade no resgate dos laudos pelo município após monitoramento do laboratório de citologia; alimentação, monitoramento e avaliação do Siscolo que permitiu, em 2009, seguimento completo em 90% das mulheres com laudos alterados, ficando apenas 10% sem seguimento por não terem sido localizadas (essa atividade está contribuindo para melhor sistematização do encaminhamento das mulheres à rede de atenção secundária).

Algumas ações encontram-se institucionalizadas, como: produção de material educativo e utilização das rádios comunitárias como parceiras

no processo de educação em saúde; introdução do campo cor nos registros das UBS na realização do CP; convocação das usuárias faltosas por cartas-convites, após levantamento das fichas de acompanhamento preenchidas durante as visitas pelos ACS.

Outro resultado significativo foi o aumento do indicador de razão para 0,50 alcançando a primeira meta para 2009, segundo Sispacto, reflexo da mudança de concepção das mulheres em relação ao CP

O projeto desperta a necessidade de revisão das políticas públicas, bem como a adaptação dos programas à realidade local, enfocando o esforço em equipe, visando a um dos atributos primordiais da APS que é a integralidade da assistência.

#### \_\_\_\_\_ **Referências Bibliográficas**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica – Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**, 2008.

## REDUÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR DOENÇAS DIARREICAS E INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA NO MUNICÍPIO DE FLORIANO – PIAUÍ

Adalgenice Cardozo de Melo  
Ana Maria de Araújo Dias  
Heliosana Virtudes Barbosa  
Leidimar Barbosa de Alencar  
Maria Goretti da Silva Pereira  
Suzana Alexandrino Nogueira Pereira

### Introdução

O município de Floriano, no Piauí, tem população de 57.921 pessoas e possui gestão plena do sistema de saúde. A Estratégia Saúde da Família conta com 24 ESF, estando sete localizadas na zona rural e 17 na zona urbana.

O registro das internações ocorridas no hospital local em 2007 indica que 90% dos casos foram devidos a doenças sensíveis à atenção primária, entre elas aquelas causadas por diarreia e infecções respiratórias agudas em crianças menores de cinco anos de idade. Considerando que o município tem cobertura de 100% da ESF e que essas patologias são de manejo simples, o problema da elevada proporção de internação em crianças de 30 dias a cinco anos de idade por diarreia e infecções respiratórias agudas no município de Floriano, no Piauí, chamou nossa atenção.

As doenças diarreicas e respiratórias configuram um dos principais problemas que afetam a qualidade de vida das crianças nos países em desenvolvimento, resultando em considerável morbimortalidade e demandas para os serviços de saúde, além de seu custo direto e indireto para a sociedade e a família.

Além disso, em algumas regiões do país, as infecções respiratórias agudas constituem a principal causa de adoecimento, hospitalização e óbitos de crianças com idade inferior a cinco anos, assumindo a primazia das doenças diarreicas. Em Floriano, contudo, essas alcançam percentual maior que as infecções respiratórias agudas.

A APS constitui-se no primeiro nível da assistência à saúde, sendo responsável não só por um conjunto de serviços de saúde direcionados para as necessidades dos indivíduos, como também pela integração dos níveis de atenção à saúde. Essa ideia de APS fundamenta-se em um conjunto de atributos definidos por Starfield (2002), quais sejam: acessibilidade ao serviço diante de nova necessidade (primeiro contato); o cuidado regular e associado a relações pessoais entre profissionais e pacientes (longitudinalidade); o acesso a toda forma de atenção à saúde (integralidade); e a continuidade da assistência (coordenação), além da focalização na família e orientação comunitária. Esses dois últimos são característicos, especificamente, da ESF (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

As internações potencialmente evitáveis são, muitas vezes, utilizadas como um indicador das barreiras ao acesso do cuidado ambulatorial e à qualidade desse nível de atenção (LADITKA *et al.*, 2005 *apud* OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Em Floriano, a diarreia constitui a primeira causa de hospitalização entre as crianças de trinta dias a cinco anos de idade (52,26%), seguida pelas infecções respiratórias agudas (36,13%).

As doenças diarreicas e respiratórias configuram um dos principais problemas que afetam a qualidade de vida das crianças nos países em desenvolvimento, implicando numa carga considerável de morbimortalidade e, conseqüentemente, importantes demandas para a rede de serviços de saúde (VASCONCELOS e BATISTA FILHO, 2008).

Essas doenças representam custo direto e indireto para a sociedade e a família: custos diretos aqueles relacionados a recursos humanos, medicamentos, internações hospitalares; e custos indiretos aqueles relacionados com a perda de dias de trabalho para os pais ou familiares e mortes prematuras.

Nesse aspecto, pode-se considerar que os custos diretos com as internações hospitalares por essas patologias em Floriano, no ano de 2007, de acordo com os dados do sistema de informação hospitalar (DATASUS, 2007) corresponderam a 88% dos gastos do total geral de gastos para internações na faixa etária de 30 dias a cinco anos de idade. Sabemos que o

custo indireto também é elevado, no entanto não temos como evidenciar a realidade de forma mais sensível nesse momento.

Das 1.406.806 internações no SUS de crianças menores de cinco anos de idade no ano de 2002, 1.096.807 foram por doenças infecciosas-parasitárias (septicemias, diarreia, desidratação etc.) e do aparelho respiratório (pneumonia, broncopneumonia, asma etc.) (DATASUS, 2003).

No Brasil, um estudo realizado por Benício e outros (2005 *apud* VASCONCELOS e BATISTA FILHO, 2008), evidenciou que, nas regiões Norte e Nordeste, ocorreriam entre três e quatro episódios de diarreias anuais em menores de cinco anos, enquanto no sul do país a frequência baixava para 1,4 caso para cada 10 episódios.

Em Floriano, no Piauí, de acordo com os dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-Datasus), em 2007, registrou-se um índice de 52,26% de internações em crianças de 30 dias a cinco anos de idade em decorrência de diarreia e 36,13% por Infecções Respiratórias Agudas (IRA).

Nos casos das doenças diarreicas e infecções respiratórias agudas, os fatores de risco têm importância significativa para a redução da morbimortalidade dessas doenças. Entre eles podemos destacar:

- desmame precoce: dados do Siab de 2008 mostram que 30% das crianças de zero a quatro meses encontram-se com aleitamento misto;
- idade da mãe: de acordo com o Siab de 2008 18% das gestantes são menores de 20 anos;
- baixa escolaridade da mãe;
- dificuldade de acesso ao serviço de saúde: o monitoramento da ESF realizado em 2008 aponta que a carga horária dos profissionais varia entre 17 a 30 horas semanais. Apenas 43,38% das UBS realizam distribuição de sais para reidratação oral;
- falta de preparo do profissional de saúde para o manejo dessas patologias: o monitoramento da ESF realizado em 2008 aponta que 17% dos médicos e 30% dos enfermeiros possuem qualificação na área de assistência à criança, mas nenhum profissional possui qualificação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI);
- exposição a fumo, frio e umidade;
- baixas coberturas vacinais: segundo o sistema de informação de imu-

nização (API) de 2008, a cobertura vacinal para menores de um ano é de 78,19% para hepatite, 78,09% para poliomielite, 79,63% para tetravalente, 75,58% para rotavírus, 80,50% para febre amarela e 78,38% para a tríplice viral;

- falta de saneamento: de acordo com dados do Siab-Datasus apenas 20,54% da população do município utiliza o abastecimento da rede pública, sendo que 70,46% utilizam água de outras fontes, tais como cacimba, chariz etc., enquanto 15,32% fazem uso de água fervida ou filtrada. A coleta de lixo atinge somente 17,94% da população e 33,96% dos habitantes possuem fossa séptica, sendo que o município não possui esgoto sanitário.

#### \_\_\_\_\_ **População-Alvo**

A população que será abordada pelas intervenções propostas serão crianças de 30 dias a cinco anos de idade por sua possibilidade de sofrerem de diarreia e IRAs, especialmente as que forem negras ou pardas.

#### \_\_\_\_\_ **Distribuição do Problema conforme Gênero e Etnia**

Em relação às questões de gênero, não se observa distinção acentuada entre os sexos masculino e feminino nos casos de internações por diarreia. Como observamos em 2007, 50,86% ocorrem no sexo masculino e 50,14% no sexo feminino. Em 2008, ocorreram 50,56% no sexo masculino e 50,44% no sexo feminino. Nos casos de internações por IRA, pode-se observar maior frequência no sexo masculino: em 2007, 58,21% ocorreram no sexo masculino e 41,78% no sexo feminino, enquanto, em 2008, 58% ocorreram no sexo masculino e 42% no sexo feminino.

#### \_\_\_\_\_ **Evidências da Efetividade das Intervenções**

Um conjunto crescente de evidências mostra que melhores práticas na comunidade e na família, associadas a oportunidades de encaminhamento ao sistema de saúde, podem ter impacto influente sobre a redução da mortalidade em menores de cinco anos de idade. Como resultado, o sistema de saúde integrado e os cuidados básicos de saúde organizados na comunidade vêm recebendo novamente mais atenção e maior ênfase em políticas nacionais

e em parcerias e programas internacionais direcionados à questão saúde (UNICEF, 2008).

O cuidado primário prestado é também vulnerável à capacitação técnica dos profissionais. Lopes *et al.* (2004), em uma análise dos serviços de saúde para controle da diarreia, verificaram a baixa qualidade técnica da atenção (por análises de prontuários), a falta de orientações educativas à família assistida e a não utilização de protocolos. A atenção à saúde, realizada nesses moldes, não é efetiva, comprometendo os propósitos do modelo de atenção baseado na APS. A formação e educação permanente dos profissionais e a existência e utilização de diretrizes clínicas são, portanto, fundamentais para a garantia da qualidade do cuidado oferecido (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Fonseca *et al.* (*apud* GOYA, 2005), em trabalho realizado em Fortaleza/CE, ressaltaram que crianças que haviam completado o calendário vacinal apresentaram 32% menos pneumonia do que as não adequadamente vacinadas. A avaliação do impacto da introdução da vacina conjugada contra o *Haemophilus influenzae* tipo B no calendário oficial mostrou efetividade de 31% na redução de pneumonias em lactentes. Caldwell (*apud* GOYA, 2005), estudando a educação materna como determinante da mortalidade em crianças na Nigéria, descreveu três meios pelos quais a mesma exerce influência na sobrevivência infantil. Primeiramente, a educação da mulher altera o tradicional papel dentro da família, trazendo-lhe maior poder de decisão nas questões relacionadas à criança. Em segundo lugar, a educação modifica o conhecimento da mulher e suas opiniões sobre causa, prevenção e tratamento das doenças, influenciando os cuidados em saúde. Por fim, mães com melhor nível educacional procuram serviços de saúde mais precoce e frequentemente para o tratamento dos filhos e mantêm as recomendações médicas de modo mais adequado.

O declínio das taxas para as doenças infecciosas no Brasil e no estado de São Paulo é também explicado pelas ações de vacinação (doenças imunopreveníveis); no caso das doenças diarreicas, além das medidas de saneamento básico, também pela introdução da Terapia de Reidratação Oral (TRO) nas unidades de saúde, pela distribuição de sais hidratantes e pela divulgação de medidas simples como o soro caseiro.

Em Pelotas, no Rio Grande do Sul, um estudo de caso-controle mostrou que as chances de morrer eram bem maiores em crianças que recebe-

ram outro tipo de leite do que o leite materno exclusivo durante os primeiros seis meses de vida. O risco de morrer no primeiro ano de vida por diarreia foi 14 vezes maior em crianças não amamentadas e 3,6 vezes maior em crianças com aleitamento misto quando comparadas com crianças amamentadas exclusivamente. Em crianças com aleitamento exclusivo (amamentadas) apenas nos três primeiros meses, a chance de hospitalização foi 61 vezes maior do que crianças amamentadas somente com leite materno durante os seis primeiros meses (GOYA *et al.*, 2005).

Em resposta a esse problema, a Opas/OMS e a agência dos Estados Unidos da América para o Desenvolvimento Internacional (Usaid) têm auxiliado os países na adaptação das normas para o tratamento de casos por meio da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância AIDPI como um dos principais instrumentos disponíveis para o controle do problema. Segundo o relatório sobre Desenvolvimento Mundial de 1993, a AIDPI é uma das intervenções sanitárias de maior custo/eficiência tanto nos países de baixa renda como de renda média, o que representa alternativa de qualificação com excelentes respostas práticas nos serviços de saúde (PAIXÃO *et al.*, 2004).

#### \_\_\_\_\_ Metodologia

Trata-se de um projeto de extensão que utilizou levantamentos epidemiológicos e bibliográficos acerca do tema como fundamentação teórica na caracterização do problema.

Para se atingirem os objetivos, buscaram-se a realização de seminários e oficinas com profissionais da ESF de oito equipes do município de Floriano, no Piauí.

Nos seminários e nas oficinas, abordaram-se temas como o manejo das crianças com diarreia e IRA, treinamento em AIDPI, implantação das ações de puericultura e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Durante toda a execução do projeto, trabalhou-se a intersetorialidade, visando à sua institucionalização. Procurou-se manter diálogo contínuo com a direção do hospital local onde essas crianças são hospitalizadas, bem como, a realização de rodas de conversas com os pediatras responsáveis

tanto pelo atendimento na APS do município como pelas internações nesse hospital.

Obteve-se ainda importante apoio por parte dos gestores municipais, como prefeito, secretário de Saúde e coordenação da APS do município. Vale ainda ressaltar que o projeto foi verdadeiramente seguido pelas equipes selecionadas no primeiro momento, o que refletiu nos resultados encontrados de redução dos números de internações.

### \_\_\_\_\_ **Resultados**

Após as ações descritas acima, obtivemos como resultados 33,33% das ESF treinadas e com ações efetivas para se combaterem o problemas das internações por diarreia e IRA na cidade de Floriano.

Essas ações resultaram a redução de 33,6% nas internações em crianças de um mês a cinco anos de idade por diarreia e 77,2% nas internações por IRA na mesma faixa etária.

Vale ressaltar que este Projeto será estendido às demais equipes da ESF do município, com vistas a melhorar ainda mais esses indicadores de saúde.

### \_\_\_\_\_ **Considerações Finais**

Ao fim dessa primeira fase de implantação do projeto de intervenção, no que se refere ao elevado número de internações por diarreia e IRA em crianças de um mês a cinco anos de idade e com vistas a fortalecer a APS em nosso município, pode-se concluir que o projeto foi efetivo em suas ações, haja vista que atingimos nosso objetivo de redução de tais internações.

Fica, portanto, a mensagem de que ainda há muito a se fazer já que, a princípio, atingimos apenas 33,33% das equipes de ESF de nosso município. No entanto, pretendemos expandir essa experiência bem sucedida para todo o município e dessa forma tentar neutralizar essas internações, tendo em vista que são ambas por causas evitáveis mediante o fortalecimento e a qualificação da APS.

---

## Referências Bibliográficas

ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; FARIA, J. F.; DINIZ, C. M.; CUNHA, F. A. F. **Causas de internações de crianças e adolescentes nos hospitais do SUS em Minas Gerais entre 1994 e 1995**. Brasília: Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde/Centro Nacional de Epidemiologia, 1998, p. 95-104.

BENÍCIO, M. U. A.; CESAR, C. L. G.; GOUVEIA, N. G. Perfil de morbidade e padrão de utilização de serviços de saúde das crianças brasileiras menores de cinco anos, 1989. *In*: MONTEIRO, M. F. G.; CERVINI, R. **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, Unicef, 1992, p.79-95.

BERN, C.; MARTINEZ, J.; ZOYSA, I.; GLASS, R. I. Magnitude del problema global de las enfermedades diarreicas: actualización decenal. **Bol Ofic Sanit Panam**, n. 115, p. 523-535, 1993.

D'ÁVILA, E. M. M. Estudo epidemiológico de alguns problemas nutricionais. *In*: GOUVEIA, E. L. C. **Nutrição, saúde e comunidade**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999, p. 1-26.

GOYA, A. et al. Fatores de risco para morbimortalidade por pneumonia em crianças. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 99-105, 2005.

LOPES, R. M.; SILVA, L. M. V.; HARTZ, Z. M. A. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, sup. 2, p. S283-S297, 2004.

OLIVEIRA, A. C.; SIMÕES, R. F.; ANDRADE, M. V. **A relação entre a atenção primária à saúde e as internações por condições sensíveis à atenção**. Disponível em: <[www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/.../ABEP2008\\_1092.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/.../ABEP2008_1092.pdf)>. Acesso em: 2 maio 2009.

ONU. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Ranking decrescente do IDH-M dos municípios do Brasil. *In*: **Atlas do Desenvolvimento Humano**. 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção integrada às doenças prevalentes da criança – o enfoque OMS/Unicef**. Washington, DC, 1996.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia em países de América Latina**. Quito, 1998. (Série HTC/AIEPI-12)

PAIXÃO, A. C.; BARRETTO, E. S.; AMARAL, J. J. F. Novas perspectivas na estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). **Rev. Pediatria do Ceará**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 12-18, jun./jul. 2004.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). **Situação mundial da infância, 2005**. Disponível em: <[http://www.unicef.pt/18/sit\\_mundial\\_infancia\\_smi\\_2005.pdf](http://www.unicef.pt/18/sit_mundial_infancia_smi_2005.pdf)>. Acesso em: 23 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. **Situação mundial da infância, 2008**. Disponível em: <<http://www.unicef.org/brazil/pt/cadernobrasil2008.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2010.

VASCONCELOS, M. J. O. B.; BATISTA FILHO, M. Doenças diarreicas em menores de cinco anos no estado de Pernambuco: prevalência e utilização de serviços de saúde. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 1, p. 28-38, 2008.

Maria Auzeni de M. Fé  
Teresa do Carmo de C. Meo Martins  
Rosa Laura R. Melo

n.22  
*Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP*

### Definição do Problema

Morte materna é aquela que ocorre por complicações relacionadas à gravidez, ao parto ou ao puerpério até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, porém não por causas acidentais ou incidentais.

Segundo a OMS, é uma epidemia silenciosa. Trata-se de uma iniquidade, um problema grave de saúde pública, não só pela sua magnitude, mas porque, em mais de 90% das vezes, é um desperdício de vidas de mulheres saudáveis que poderiam ser evitado se houvesse assistência adequada durante o ciclo gravídico puerperal.

A Razão de Morte Materna (RMM) no Piauí é de 74,64 óbitos por 100 mil nascidos vivos (em 2009), sendo as principais causas eclampsia, hemorragia, infecção puerperal e complicações de aborto, com maior incidência nas mulheres negras e com baixa escolaridade.

A superação desse problema de saúde pública tem sido articulada de várias formas, entendendo que se fazem necessários maiores recursos financeiros e definições mais claras das políticas públicas de saúde, sendo de fundamental importância a investigação de todos os óbitos de mulheres em idade fértil, pelos municípios, com vistas a se conhecer a realidade e a tendência, esperando-se que as informações disponíveis possam sensibilizar e mobilizar as autoridades, os profissionais e a sociedade em geral, para que todos se empenhem na busca da resolutividade desse problema.

### Objetivo

Reduzir os óbitos maternos em 5% ao ano no município de Parnaíba, contribuindo com a melhoria da assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal.

## \_\_\_\_\_ Descrição do Contexto

O município de Parnaíba está situado no extremo norte do Piauí, com uma população geral de 144.892 mil habitantes, dos quais 48.292 são Mulheres em Idade Fértil (MIF). A RMM em Parnaíba é de 82,91 óbitos maternos por cem mil nascidos vivos em 2008, considerada alta segundo a OMS. As mortes ocorreram em mulheres jovens, na faixa etária de 19 a 22 anos, com baixa escolaridade e predominância nas negras. As principais causas foram eclampsia e infecção puerperal, justamente aquelas classificadas como obstétricas diretas e consideradas evitáveis com melhor assistência obstétrica à mulher em todo ciclo gravídico puerperal.

As evidências do problema no município mostram que, em 2007, houve um óbito materno por eclampsia; em 2008, ocorreram quatro óbitos maternos (dois por eclampsia, um por infecção puerperal e um por acidente automobilístico) e, em 2009, ocorreram dois óbitos maternos (um por Sida e outro por hemorragia).

Visto isoladamente, pode-se imaginar que a morte materna em Parnaíba não se configura em problema que gere grandes preocupações. Contudo, considerando que 48.292 das mulheres estão em idade fértil e que ocorrem mortes maternas todos os anos, conclui-se que a situação requer atenção e intervenções. Além disso, a morte materna representa uma tragédia individual para a mulher, para o parceiro, para a família e a comunidade.

## \_\_\_\_\_ Plano de Ação

As estratégias implantadas para intervenção na situação encontrada em Parnaíba foram construídas de forma compartilhada com a gestão municipal e organizadas em um Modelo Lógico e são as seguintes:

- **Estratégia 1:** Sensibilizar o gestor municipal, diretores e gerentes de unidades de saúde sobre a magnitude da Mortalidade Materna (MM) no estado e em Parnaíba.

- **Estratégia 2:** realizar cursos com o objetivo de sensibilizar e capacitar as equipes da ESF sobre a assistência pré-natal e atenção no puerpério para a redução da morbimortalidade materna.

- **Estratégia 3:** sensibilizar a mídia, os coordenadores de cursos das universidades, conselhos e movimentos sociais, sobre a magnitude e importância da prevenção da MM.

• **Estratégia 4:** organizar os fluxos para atenção obstétrica na rede de saúde existente em Parnaíba, em ação conjunta entre equipe AGAP, gestor municipal, estadual, equipe técnica da atenção básica, média e alta complexidade.

Todas as capacitações foram desenvolvidas adotando-se a pedagogia problematizadora. Outras técnicas também foram adotadas durante as atividades propostas, tais como: a apresentação qualificadora (momento em que o participante se apresenta dizendo nome, competências e localiza-se no mapa como espaço da ESF), discussão de casos clínicos, grupos de trabalho, desenho/caricatura do profissional de saúde e da mulher que procura os serviços, colagem para conceitos coletivos no grupão, dramatizações de atendimento à mulher, visita domiciliar e da reunião de planejamento semanal da ESF na unidade de saúde, entre outras.

Algumas dificuldades surgiram no desenvolvimento do projeto, que foram sendo minimizadas com criatividade, mudando-se a atenção do foco do problema para as possibilidades de intervenção compartilhadas, de modo que a gestão municipal se foi apropriando do Projeto e se fortalecendo como gestão.

Essa etapa foi demorada e exigiu da equipe AGAP capacidade de modificar a abordagem conforme a necessidade de diálogo nas Rodas de Conversas entre equipe, profissionais da gestão municipal, sendo a maior dificuldade o fato de a gestora não aceitar falar sobre a realidade do indicador e principalmente dar visibilidade a ele para a população.

Quando a gestão entendeu a importância do projeto e aceitou a participação da mídia e do controle social nas discussões foi possível desenvolver as atividades propostas.

Outro evento significativo foi quando os médicos assimilaram seu papel na APS, pois se limitavam ora não cumprindo a carga horária ora a priorizar a sua especialidade por resistência de muitos profissionais em respeitar o fluxo de pacientes dentro da rede pública nos diferentes níveis de complexidade, em função de um sistema já adotado na região em que tem predominância das especialidades e do setor privado/conveniado.

A participação da gestão em todos os momentos das capacitações foi muito importante para observar o retrato da realidade da rede local de saúde, com suas dificuldades e possibilidades. Todos os treinandos tiveram

a oportunidade de se manifestarem, por meio de perguntas, sugestões e queixas. Isso trouxe satisfação e compreensão da problemática, além de contribuir com informações para o planejamento dos serviços de saúde e a institucionalização do projeto para reduzir a MM.

## Resultados

O Projeto ainda está em fase de execução, mas alguns resultados positivos e relevantes já podem ser elencados, tais como: a realização de quatro reuniões, em momentos diferentes, envolvendo 68 participantes (gestores, profissionais da APS, representantes da rede privada, assessores de comunicação, conselho da mulher, Conselho Municipal de Saúde, Central de Regulação, professores universitários); entrevistas no rádio e na TV), enfatizando o lado positivo da gestão em enfrentar o problema no município; realização de dois cursos sobre assistência pré-natal e puerpério para 100% das ESF, Nessa capacitação, obteve-se 85% de acerto das respostas no pós-teste, configurando crescimento de 35% em relação ao pré-teste, aplicado antes do curso para médicos e enfermeiros.

Realização de um curso para 30 auxiliares e técnicos de enfermagem (meta 37, com 82% de cobertura); realização cinco cursos para 261 ACS (meta 314, com 83% de cobertura); realização de uma reunião com os comunicadores para divulgação do projeto e formas de prevenção da MM; divulgação do projeto na televisão local; disponibilização de 10 spots, elaborados pela equipe para a Secretaria Municipal de Comunicação, para iniciar processo de divulgação nos meios de comunicação sobre a importância do pré-natal precoce, do parto hospitalar, dos direitos à saúde e ao serviço de qualidade; realização de reuniões com a participação dos conselhos dos direitos da mulher e de saúde, profissionais e gestores municipais sobre a organização dos serviços de atenção às mulheres.

Foi criada uma comissão para elaborar a linha de cuidado e a proposta de organização do fluxo para atenção obstétrica no município, uma vez que os gestores entenderam que essa etapa é responsabilidade da gestão municipal a ser realizada de modo compartilhado até mesmo com a gestão estadual. Foi identificada a necessidade de definir um cronograma de monitoramento do projeto, até que se possam avaliar todos os indicadores propostos.

---

## Considerações Gerais e Recomendações

As condições de vida e saúde da população têm melhorado, graças aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, além dos avanços na saúde pública com propostas simples e efetivas como as ações de APS.

Em virtude da importância do problema da MM e considerando o Modelo Lógico como uma ferramenta de fundamental importância para o sucesso deste projeto, sugere-se sua aplicação em todos os municípios do estado, por meio da Secretaria Estadual de Saúde. O Núcleo de Estudos de Saúde Pública (Nesp) da Universidade Federal do Piauí apresentará o projeto na Associação Piauiense de Prefeitos Municipais (APPM) como possibilidade de enfrentamento à problemática da MM nos diferentes municípios do Piauí.

Um aspecto fundamental, vislumbrado pelo grupo para garantir a sustentabilidade do Projeto e o alcance dos objetivos, foi a sua viabilidade administrativa e operacional adquirida ao longo do desenvolvimento do plano de ação.

## BAIXA DETECÇÃO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO, NO PIAUÍ

Maria Luciene Feitosa Rocha  
Mônica da Silva Pinto Cronemberger  
Nilza Machado Becker  
Roseana Moura Luz

### Introdução

A hipertensão arterial sistêmica é uma afecção multifatorial caracterizada por níveis elevados de Pressão Arterial (PA) associada frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo com conseqüente aumento da morbimortalidade da população. No sentido de avaliar, detectar e acompanhar a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na população de 18 anos ou mais, foi realizada uma intervenção no município de São Francisco, no Piauí.

Essa intervenção fundamentou-se em evidências do cenário brasileiro que apontam alta prevalência e baixas taxas de controle da HAS. Considera-se este um dos principais fatores de risco modificáveis para doença cardiovascular e um dos mais importantes problemas de saúde pública. As doenças cardiovasculares são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados (HIPERTENSÃO, 2010).

De acordo com o critério utilizado para o diagnóstico de hipertensão arterial (PA maior ou igual a 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia entre 22,3% a 43,9% de acordo com a cidade onde o estudo foi conduzido (BRASIL, 2006a; HIPERTENSÃO, 2010). A prevalência mundial, segundo Nader *et al.* (2004), está entre 10 e 20%. Segundo dados da pesquisa autorreferida (VIGITEL, 2009), a prevalência de hipertensão no Brasil é 24,4%, enquanto no Piauí esse índice encontra-se em torno de 22%.

A avaliação da prevalência da HAS é relevante para a redução da morbimortalidade da população. Essa doença crônica não transmissível é responsável por 40% das mortes por Acidente Vascular Cerebral (AVC), 25% das mortes por doença arterial coronariana e 50% dos casos de doença renal crônica, além de ser fator de risco para doença arterial periférica (BRASIL, 2006b).

Em relação ao município de São Francisco, dados referentes ao cadastro de hipertensos na ESF apontam que, de um total de 6.456 habitantes (IBGE, 2008), 448 (6,93%) apresentavam HAS, sendo 4,67% do sexo feminino e 2,26% do sexo masculino. Observou-se também que 1,08% informaram a cor branca, 1,88% a cor negra e 3,96% a cor parda (SIAB, 2008).

Ainda em relação a este município, o percentual de internação hospitalar por doenças do aparelho circulatório em indivíduos de 20 anos de idade ou mais foi em média 6,9%, sendo que, na faixa etária de 50 a 64 anos de idade, o percentual foi de 14,3%; aos 65 anos de idade ou mais foi de 26,9% no ano de 2007 (SIH/SUS, 2007). O coeficiente de mortalidade proporcional de agravos do aparelho circulatório por todas as idades é de 31,3%. Em relação ao infarto do miocárdio, o coeficiente de mortalidade entre os anos 2004 e 2006 variou de 16,1/100.000 hab. para 32,7/100.000 hab., enquanto o coeficiente de mortalidade por doenças cerebrovasculares entre os anos de 2000 a 2006 variou de 15,7/100.000 hab. a 49/100.000 hab (SIM, 2006).

Por meio da análise comparativa dos dados sobre a prevalência da HAS discutidos anteriormente, pode-se inferir que o percentual de detecção de hipertensão arterial no município de São Francisco é inferior às médias estadual, nacional e mundial. Faz-se necessário, portanto, conduzir estudos específicos e ações visando sensibilizar a equipe multiprofissional e os gestores do município para a execução de estratégias que visem rastrear regularmente (pelo menos uma vez ao ano) a hipertensão arterial em indivíduos de 18 anos ou mais para o cadastramento e o adequado controle deste agravo.

A baixa detecção de HAS em São Francisco, no Piauí, pode estar associada à reduzida sensibilização dos profissionais de saúde para o problema, a falhas no estabelecimento de plano de metas e estratégias e à ausência de vinculação das ações estratégicas à imediata avaliação de impacto. Pode-se apontar também a escassez de recursos materiais, a deficiência do sistema de busca ativa de indivíduos com fatores de risco, o conhecimento limitado da população sobre o acesso à medicação e a reduzida motivação e treinamento dos profissionais envolvidos na detecção e no controle do agravo.

Assim, o planejamento e a execução de ações para a detecção, o cadastramento e o acompanhamento dos hipertensos em São Francisco instituídos de forma contínua podem contribuir para reduzir a morbimortalidade

pela HAS, diminuir os custos do sistema de saúde e melhorar a qualidade de vida da população.

#### \_\_\_\_\_ **Objetivo Geral**

Melhorar os indicadores de saúde do município de São Francisco do Piauí, ampliando o diagnóstico-rastreamento e o acompanhamento dos hipertensos na faixa etária de 18 anos de idade ou mais.

#### \_\_\_\_\_ **Objetivos Específicos**

- Contribuir para o adequado diagnóstico, tratamento e acompanhamento da hipertensão arterial, por meio da capacitação dos profissionais da APS.
- Conhecer a prevalência de hipertensão arterial, segundo idade, gênero e etnia.
- Monitorar os indicadores de saúde da hipertensão arterial no município.

#### \_\_\_\_\_ **Meta**

Detectar 70% (616) dos hipertensos com 18 anos de idade ou mais estimados pelo Vigitel (2009) para a população de São Francisco, no Piauí, no período de março de 2009 a março de 2010.

#### \_\_\_\_\_ **Cenário da Pesquisa**

O município de São Francisco foi criado pela Lei n. 1.453, de 30 de novembro de 1956, assinada pelo então governador do Piauí Jacob Manoel Gaioso de Almendra. Possui extensão territorial de 1.340,654km<sup>2</sup>, densidade demográfica de 4,47 hab./km<sup>2</sup> e população de 6.456 habitantes (IBGE, 2008).

A renda familiar no município é distribuída conforme descrição a seguir: 59,71% da população recebem até meio salário mínimo, 22,02% mais que meio salário mínimo e 9,45% não possuem rendimento (IBGE, 2000).

O município é habilitado à Gestão Plena da Atenção Básica. Com base em dados do Siab (2009), o número de famílias estimadas é de 1.598, com 100% de cadastro. Foram implantadas três Equipes de Saúde Bucal e três ESF. O hospital de pequeno porte possui 12 leitos, os procedimentos de maior complexidade são encaminhados para Floriano e Teresina que distam,

respectivamente, 96km e 317km e apresentam resolutividade de média e alta complexidade.

### \_\_\_\_\_ Metodologia

A intervenção no município de São Francisco foi parte do Projeto AGAP. As ações iniciaram em março de 2009 durante o Curso de Aperfeiçoamento em Atenção Primária à Saúde, promovido pelo Ministério da Saúde/Sociedade Brasileira de Saúde da Família e Comunidade/CONASS em convênio com a Universidade de Toronto, do Canadá.

n.22  
*Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP*

Essa intervenção tomou como base a população de 18 anos de idade ou mais de São Francisco n=4002 (IBGE, 2008), dos quais apenas 6,9% estavam cadastrados como hipertensos na Secretaria de Saúde do município quando do início do projeto.

Para o planejamento, desenvolvimento e monitoramento do projeto, utilizou-se o Modelo Lógico com as seguintes estratégias: a) atualizar a ESF sobre a importância do controle da hipertensão arterial no município; b) aumentar o acesso e a captação de hipertensos para atingir a meta de 70% (n=660) da população estimada pelo Vigitel (2009) para o Piauí, n=880, por meio da verificação de pressão arterial (PA) nas UBS em usuários com 18 anos de idade ou mais em um período de um ano (março de 2009 a março de 2010); c) assegurar o acompanhamento da hipertensão conforme os protocolos clínicos; d) monitorar dados do Hiperdia (aplicativo informatizado utilizado para capturar, gerenciar e fornecer informações de condições clínicas da hipertensão arterial e do diabetes melitso); e) promover equidade na identificação dos hipertensos, considerando os aspectos de gênero e etnia.

Para analisar a efetividade das intervenções, foram utilizados os seguintes indicadores: a) número de hipertensos registrados antes e depois da intervenção; b) número de hipertensos identificados e em tratamento após a intervenção.

Para avaliar a redução da morbimortalidade dos hipertensos em tratamento, foi utilizado o indicador “c” que reflete a ocorrência de internações hospitalares por AVC em indivíduos de 40 anos de idade ou mais para cada 10 mil habitantes nessa mesma faixa etária.

Esses indicadores objetivam avaliar, de forma indireta, a disponibilidade de ações básicas de prevenção e controle da doença hipertensiva.

Essas ações envolvem diagnóstico, tratamento e educação para a saúde e a efetividade das ações na saúde da população adulta, identificando situações que possam merecer atenção especial.

A identificação de hipertensos estimados por gênero e etnia foi avaliada de acordo com o seguinte método: (d) curto prazo): número de hipertensos segundo gênero e etnia/número de hipertensos estimados, multiplicados por 100.

O conjunto de estratégias desenvolvidas neste trabalho está baseado nos princípios que norteiam a APS, a partir da potencialização do acesso e da assistência nos serviços de saúde. Nesse sentido, a intervenção visou institucionalizar ações que venham a contemplar as necessidades de saúde da comunidade, ratificando que a promoção e a proteção da saúde da população são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social, ao contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

Como dificuldades na implantação do projeto, apontam-se o grande remanejamento de gestores e a conseqüente falta de linearidade de ações. Nesses dois anos de projeto, ocorreram uma mudança de governo municipal e o exercício de quatro gestores de saúde. No entanto, pode-se afirmar que o trabalho baseado em evidências, particularmente a problemática da baixa detecção da hipertensão, sensibilizou os profissionais de saúde e a população local.

## **Resultados**

Para avaliar a efetividade da intervenção, foram analisados alguns indicadores: número de profissionais capacitados em controle e acompanhamento de pressão arterial (92%), o alcance do número de hipertensos cadastrados no programa Hiperdia (58%) e a relação entre o número de hipertensos identificados, acompanhados e estimados (61%).

Durante o período de março de 2009 a março de 2010, a detecção de hipertensão arterial no município de São Francisco, no Piauí, aumentou em 6,45% (92 indivíduos) em relação ao início do projeto cuja prevalência era de 6,93%. Portanto, a prevalência de hipertensão arterial encontrada no município de São Francisco é de 13,38%. Em relação à prevalência de HAS estimada para o Piauí pelo Vigitel (2009) em 22% n= 880 hipertensos, 61,36% dessa população foram identificados e estão sendo acompanhados.

Em relação à morbimortalidade dos hipertensos em tratamento, foi avaliada a ocorrência de internações por crise hipertensiva, AVC e infarto do miocárdio, conforme registros do SIH/SUS (2009) n=35 e da população de 40 anos de idade ou mais estimada pelo IBGE (2009) n=1885. A frequência detectada foi de 185,67%. Segundo pesquisa direta feita nos registros do hospital local no ano de 2009, ocorreram 18 óbitos por HAS, enquanto no ano de 2010 verificaram-se 12 óbitos associados à HAS.

Considerando a distribuição dos hipertensos por etnia, com registros nos formulários do Hiperdia (n=313), em relação aos estimados (n=880): 23,63% são pardos, 8,18% são negros, 3,52% são brancos e 22% são amarelos.

A distribuição dos hipertensos registrados no Hiperdia em relação aos estimados, segundo o gênero, foi de 23,29% para o feminino contra 12,27% para o masculino.

Como as ações foram institucionalizadas e estão sendo continuadas nos serviços de saúde locais, tomaram-se por base de análise os hipertensos que foram cadastrados nos formulários do Hiperdia, no período de corte do estudo, n= 313. Assim, 58% dos hipertensos detectados foram cadastrados. Desses, 65,49% são do gênero feminino e 34,50% são do gênero masculino. Por problemas técnicos (SIC), um total de 194 está com cadastro *on-line*.

Quanto à escolaridade, 88,49% estão com o ensino fundamental incompleto e 11,51% possuem o ensino fundamental completo ou mais anos de estudo. Segundo pesquisas autorrelatadas por entrevistados, a prevalência de hipertensão é maior entre aqueles de menor escolaridade. Os fatores socioeconômicos e culturais que contribuem para prevenção e controle do agravo são menos adotados por essa parcela da população (BRASIL, 2005).

Quanto à etnia, considerou-se a cor autorreferida. Assim, 66,45% identificaram-se como pardos; 23% como negros; 9,9% como brancos e, 6,4% como amarelos.

Em relação à situação familiar, 82,74% convivem com parceiro e filhos com ou sem laços conjugais, 13,41% são solteiros e 3,83% vivem sós. Quanto à moradia, 68,05% residem na zona rural e 31,94% na zona urbana.

Considerando os fatores de risco, 23,64% dos hipertensos cadastrados têm antecedentes familiares, 25,23% têm diabetes melito, 22,36% são tabagistas, 31,62% declaram-se sedentários, 20,44% têm sobrepeso/obesi-

dade e 7,98% informam presença de complicações como acidente vascular cerebral e coronariopatias. Quanto ao tratamento, 85,75% é medicamentoso contra 14,25% não medicamentoso.

### \_\_\_\_\_ **Considerações Finais**

O controle da HAS no Brasil faz parte das estratégias do Ministério da Saúde de instrumentalizar as ações de prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis por meio do monitoramento desses agravos.

Este trabalho poderá subsidiar as ações da ESF em outras regiões do Brasil, e os processos de planejamento, gestão e avaliação das políticas de saúde ao considerar-se que as estratégias implantadas podem ser reproduzidas, potencializando a promoção da saúde da população brasileira com a redução da morbimortalidade por HAS.

### \_\_\_\_\_ **Referências Bibliográficas**

BRASIL. **Estimativas das populações segundo os municípios**. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), julho de 2008a.

\_\_\_\_\_. **Censo Demográfico**. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), julho de 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares (SIH)**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 25 jun. 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Sistema de Informações sobre Mortalidade/Datasus**. Informações de Saúde sobre Mortalidade. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2010.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Cadernos de Atenção Básica – n. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: 2006a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Cadernos de Atenção Básica – n. 14 Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: 2006b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do sistema único de saúde brasileiro**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

HIPERTENSÃO, Sociedade Brasileira. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI. **Revista Hipertensão**, ano 13, v. 13, n. 1, jan./fev./mar. 2010. Disponível em: <[http://www.sbh.org.br/pdf/diretrizes\\_.pdf](http://www.sbh.org.br/pdf/diretrizes_.pdf)>. Acesso em: 23 jun. 2010.

NADER, E. K.; FERREIRA, S. R. S. *et al.* **Protocolo de hipertensão arterial sistêmica para a atenção primária.** Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2004.

VIGITEL, Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. **Morbidade autorreferida.** Disponível em: <[www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs)>. Acesso em: 23 jun. 2010.

PROJETO MÃE ROSA BOTÃO – GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:  
ENFRENTANDO OS LIMITES E AMPLIANDO AS POSSIBILIDADES DA PREVENÇÃO

Lúcia de Fátima Morais Medeiros  
Maria Margareth M. N. Eulálio  
Milena France A. Cavalcante  
Paulo Henrique de Araújo Lima Filho  
Rita Noélia da Costa e Sousa  
Line Suzana Nogueira Marreiros  
Maria do Socorro Nascimento Filha

\_\_\_\_\_ **Introdução**

É descrita nossa vivência como colaboradores durante a execução de um projeto de intervenção para diminuir a incidência de gestações em adolescentes, com base essencialmente em evidências, ou seja, registros científicos, especialmente na faixa etária de 10 a 14 anos, no município de União, no Piauí, denominado “Mãe Rosa Botão”. A ideia central deste trabalho é a ampliação das possibilidades de prevenção por meio da inclusão de todas as redes sociais de apoio ao adolescente, dando destaque às ESF, à escola, à própria família e à comunidade na qual estão inseridas essas adolescentes.

Os estudos teóricos que dão embasamento a este projeto centram-se na metodologia das evidências, cujo foco principal é a sustentabilidade das ações em pesquisas, trabalhos e estudos comprovados cientificamente. A intervenção proposta tem financiamento e apoio técnico do Ministério da Saúde, no Brasil, da Universidade de Toronto, no Canadá, e da Secretaria Estadual de Saúde do Piauí (ESAPI).

A proposta na escola deve incluir a capacitação dos professores, segundo a qual eles precisam estar preparados para abordar e esclarecer questões sobre afetividade, sexualidade e autocuidado, sem a imposição de seus valores pessoais ou julgamentos sobre as adolescentes. O serviço de saúde, por sua vez, deve oferecer atendimento de qualidade com profissionais capacitados da APS, que priorizem a escuta e o respeito aos valores e às atitudes dos jovens, disponibilizando continuamente preservativos e métodos anticoncepcionais adequados ao planejamento familiar do adolescente.

A família deve manter-se receptiva diante dos conflitos do(a) adolescente, com afeto, negociação de limites, diálogo aberto sem preconceitos e repressões, fatores esses fortalecedores para que o(a) adolescente desenvolva atitudes de proteção. A presença da família no projeto é importante, porque há menores índices de “gravidezes de rápida repetição” em adolescentes que convivem com pai e mãe, pois a estabilidade familiar é fator protetor. Sem dúvida alguma, é primordial para o sucesso da intervenção a inclusão dos familiares e demais comunicantes das jovens grávidas, incluindo profissionais de saúde e os meninos, possíveis parceiros e futuros pais.

Entre os(as) adolescentes, deve-se promover o acesso a esporte, música, artes e educação com qualidade; ensinar ao(à) adolescente “disciplina”, impor limites, não deixar os jovens perambulando ociosos pelas ruas. Os adolescentes têm direito a informações de qualidade quanto a temas relacionados a amor, amizade, sexualidade, relações de gênero e contracepção, com o objetivo de fortalecer positivamente a tomada de decisão dos adolescentes.

Todos esses dados comprovam a viabilidade das estratégias adotadas, com enfoque na educação dos atores envolvidos e no acompanhamento dos jovens no município de União, com especial ênfase nas adolescentes não grávidas. Optamos pela sensibilização pela educação por possibilitar a formação de um processo coletivo em que não são confrontados os nossos saberes e os do grupo, mas sim as representações e os saberes trazidos por cada membro do grupo, relatando e compartilhando experiências vividas.

Como podemos observar, todas as estratégias adotadas convergem para: a ampliação do conhecimento, a exposição e a discussão dos problemas relacionados à gravidez na adolescência por meio de rodas de discussão, o ciclo de palestras e educação sexual, uma vez que o exercício da sexualidade faz parte do processo de desenvolvimento biológico dos seres humanos. Tanto os familiares e jovens quanto os educadores devem ter conhecimento dessas informações, visto que a educação sexual deve preparar o indivíduo para a vida; porém, para educar, é preciso que o educador esteja preparado para tal tarefa tanto quanto os demais envolvidos no processo.

O cenário deste estudo é o município piauiense de União, que tem aproximadamente 43 mil habitantes, segundo dados IBGE. Situa-se na porção norte do Piauí, distante 56km da capital Teresina. É ainda município

ribeirinho, sendo banhando pelo principal rio do meio norte do país, o Rio Parnaíba. A principal fonte de renda é extração de produtos primários, como a cana-de-açúcar. O município conta com 16 ESF implantadas, sendo sete equipes na zona urbana e nove equipes da ESF na zona rural, ressaltando que o número médio de pessoas por família é de 5,1.

A forma de acompanhamento e avaliação dos resultados está sendo realizada mediante a utilização de sete indicadores, como maneira de mensurar a realidade trabalhada. São eles:

1. número de gestores que participaram e confirmaram apoio no projeto;
2. porcentagem de adolescentes segundo os critérios de raça e gênero;
3. número de adolescentes informados pelo projeto;
4. aplicação de pré-teste e pós-teste para mensurar número total de participantes e participantes convidados;
5. resultados indicados pelo Siab;
6. resultado elaborado em relatórios do banco de dados do programa Access do *Windows* para mensuração de quantos adolescentes estão inscritos e pertencem ao sexo masculino e feminino, quantos compareceram e quantas vezes às chamadas para as oficinas, quantos não compareceram e se será feita a busca ativa dos que não se entrosaram no projeto;
7. uso do protocolo Cartão de Vacina e da Caderneta do Adolescente.

Em relação ao primeiro indicador, foram convidados a apoiar o projeto, no município de União, todos os gestores de áreas específicas e demais órgãos parceiros que têm envolvimento com o tema desenvolvido; foram realizados uma reunião e um seminário intitulado Direitos Reprodutivos e Sexualidade, proferido pela socióloga Dulce Silva, com a finalidade de sensibilização com gestores da Administração Pública, da Saúde, Educação, Assistência Social, além de instituições que representam órgãos de defesa dos direitos da sociedade, tais como: Conselho Tutelar, Ministério Público, Associação de Moradores, Sindicato Rural, Igrejas, entre outros. Obteve-se comparecimento de 100% dos convidados.

O segundo indicador utilizado considerou o levantamento da população residente no município do projeto na faixa etária de 10 a 14 anos de idade, segundo os critérios de gênero e etnia. Foi realizada uma busca ativa no município, utilizando para tanto um instrumental de coleta de informações sobre gênero e etnia que foi aplicado pelos ACS. Por meio da análise dos

dados coletados no instrumental, realizamos uma caracterização numérica, sob os critérios de raça e gênero, da porcentagem total de adolescentes pesquisados e da quantidade de adolescentes que participaram do projeto. Número de Adolescentes masculinos na faixa etária de 10 a 14 anos de idade: 2.432; e número de adolescentes femininos na mesma faixa etária: 2.247 (SIAB JUL.2010).

O terceiro indicador refere-se ao número de adolescentes informados sobre o projeto. Foram adotadas estratégias de divulgação, tais como *realeses* para mídia local, programas para rádio comunitária, pôlderes, outros materiais informativos etc.

O quarto indicador de resultado é a aplicação de pré e pós-testes realizados para avaliar os impactos provocados pela Capacitação da Equipe de PSF para trabalhar com Adolescentes e pela execução de rodas de discussão e ciclos de palestras com as equipes, adolescentes e familiares. E também ações que tenham a finalidade de despertar o interesse dos adolescentes para a execução do projeto, tais como teatro e dança, e incentivo à prática de esportes.

O quinto indicador refere-se a dados coletados nos Sistemas de Informações, para levantarmos se as ações desenvolvidas no projeto estão de fato ocasionando a diminuição no número de adolescentes grávidas. Os dados em longo prazo estão em andamento.

O último indicador refere-se à Cartilha do Adolescente e ao Cartão de Vacina, como protocolo, para ver o acompanhamento do adolescente, tendo em vista ser uma faixa etária um pouco “esquecida” no programa da atenção básica.

### \_\_\_\_\_ Conclusão

Ao considerarmos a problemática da gravidez na adolescência como um problema passível de intervenção e a possibilidade de elaboração de um plano de ação com base no método de busca de evidências, constatou-se o elevado índice de gestações na faixa etária de 10 a 19 anos no município de União. O projeto tem como metodologia a inclusão dos diversos segmentos que são atendidos e que possivelmente possam ser parceiros no atendimento ao adolescente. Com trabalho conjunto, os educadores, os profissionais de

saúde e os familiares estão sendo incluídos na assistência ao adolescente, considerando que, nesse processo inicial, as oficinas de sensibilização garantiram forte comprometimento das autoridades e dos gestores municipais. O levantamento do número de adolescentes na faixa etária de 10 a 14 anos de idade na área escolhida foi realizado, ressaltando que o do sexo feminino foi finalizado e o do sexo masculino está em processo de captação. Como o projeto continua em andamento no município, nesse momento, é priorizado o levantamento de dados referentes aos adolescentes, segundo critério de raça e cor.

Portanto, fica evidente que as ações planejadas ao público adolescente não devam ser resumidas ao setor saúde, e sim deve haver a formação de parcerias entre os mais diversos setores da sociedade, a fim de diminuir os riscos aos quais os adolescentes encontram-se vulneráveis, entre eles, o de uma gravidez não planejada.

## PROJETO DE QUALIFICAÇÃO DA VIGILÂNCIA DOS CONTATOS DE HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE TERESINA NO PIAUÍ<sup>8</sup>

n.22  
Aperfeiçoamento em  
Gestão Primária à  
Saúde – AGAP

Alaíde Alves de Amorim  
Dária Maria Bernardes Nogueira  
Maria do Socorro Alves Malheiros  
Smithanny Barros da Silva  
Vera Lúcia Evangelista de Sousa Luz  
Valnecy de Oliveira Melo  
Robson da Silva Xavier

### Introdução

A hanseníase é uma doença crônica de longo período de incubação causada pelo *Mycobacterium leprae*, com alto potencial incapacitante quando não tratada precocemente, relacionado ao poder imunogênico do bacilo (BRASIL, 2009).

O município de Teresina, capital do Piauí, estado situado na região Nordeste do Brasil, é hiperendêmico para hanseníase, com coeficiente geral de detecção de casos novos de 92,22/100.000 habitantes em 2008 (AMORIM, 2009).

No município, é baixo o percentual de contatos examinados, que, em 2008, foi de apenas 17,0%, desempenho precário segundo parâmetros do Ministério da Saúde, que considera bom maior ou igual a 75% (BRASIL, 2009). O exame de contatos contribuiu com apenas 0,8% dos casos novos diagnosticados em 2008, desempenho não compatível com a descentralização para a APS.

A vigilância de contatos intradomiciliares faz parte das atividades de detecção ativa de casos, pois as pessoas que convivem com o doente de hanseníase correm maior risco de serem contaminadas (BRASIL, 2009).

É considerado contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que resida ou tenha residido com o doente de hanseníase nos últimos cinco anos até o início do tratamento (BRASIL, 2009).

O exame de contatos passou a ter nova focalização na política atual de controle da hanseníase no Brasil. Pelo fato de constituir-se em uma ação

---

<sup>8</sup> Projeto Premiado – 1º Lugar no Estado

prioritária, está inserida na Programação de Ações de Vigilância em Saúde (Pavs) (BRASIL, 2008).

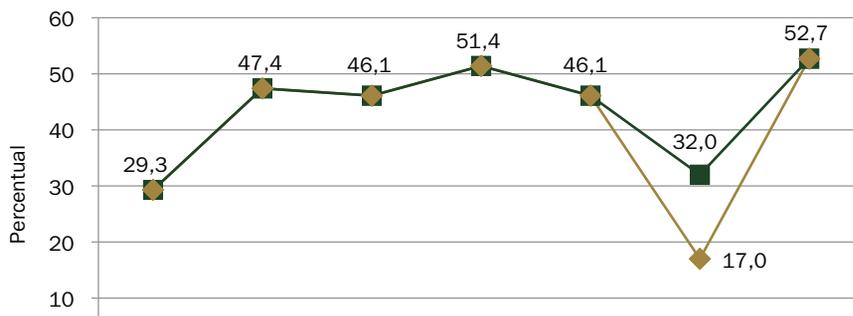
Considerando os dados apresentados acima, elaborou-se um projeto de intervenção para ser desenvolvido junto às 231 equipes da ESF, com cronograma para execução de junho de 2009 a novembro de 2010. O objetivo é melhorar a cobertura do exame de contatos de hanseníase em Teresina, esperando como resultado incremento na detecção de casos novos a partir do exame de contatos.

O plano de atividades foi orientado segundo os cinco componentes do Programa Nacional de Controle da Hanseníase: vigilância epidemiológica, gestão, atenção integral, comunicação & educação e pesquisa. As atividades-chave do projeto foram: a realização de mutirões em áreas com maior endemicidade e com foco nos contatos; descentralização do sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) para as Coordenadorias Regionais de Saúde; criação e implantação de instrumento para registro de casos e contatos de hanseníase; oficinas com médicos e enfermeiros da ESF para qualificar o exame dermatoneurológico; oficinas com ACS sobre as ações de controle da hanseníase e pesquisa operacional sobre os Fatores determinantes para baixa cobertura e qualidade da avaliação de contatos de hanseníase pela ESF.

## \_\_\_\_\_ Resultados

O aumento na cobertura do exame de contatos dos casos novos de hanseníase está diretamente relacionado às atividades do projeto, com aumento da cobertura do exame de contatos de 17% em 2008 para 52,7% em 2009, maior percentual alcançado no período avaliado (Gráfico 1).

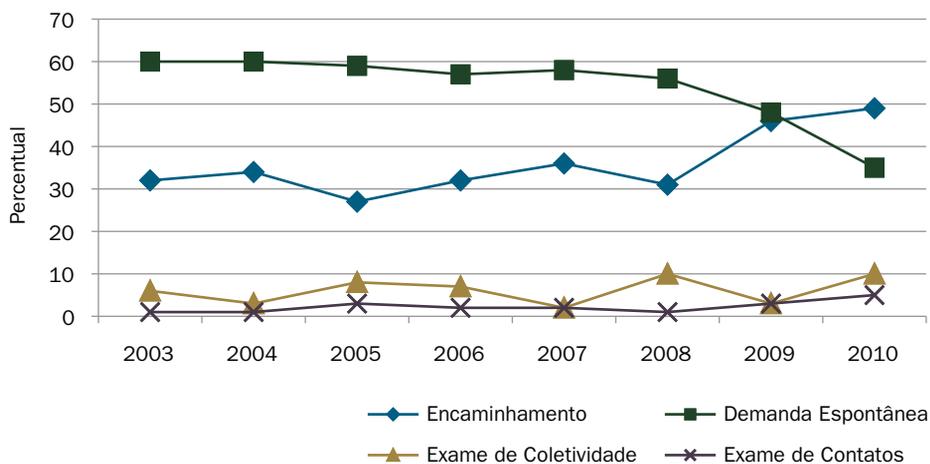
**GRÁFICO 1 Contatos intradomiciliares examinados entre os registrados dos, casos novos de hanseníase, residentes em Teresina, Piauí, no período de 2003 a 2009. Teresina. 2010**



FONTE: SINAN/FMS. JULHO DE 2010.

O aumento de casos novos com modo de detecção encaminhamento, observado em 2009 e 2010 (Gráfico 2) é resultado das capacitações realizadas com ACS e a forma de mobilização para os mutirões, que teve nos agentes os maiores mobilizadores.

**GRÁFICO 2 Casos novos de hanseníase residentes em Teresina, Piauí, segundo modo de detecção, período de 2003 a 2010. Teresina. 2010**



FONTE: SINAN/FMS. JULHO DE 2010.

Outro aspecto positivo a ser considerado como resultado das intervenções do projeto é o aumento do percentual de casos detectados pelo exame de contatos, 2,8% em 2009 e 4,9% em 2010, enquanto o registrado em 2008 foi de apenas 0,8% (Gráfico 2).

### \_\_\_\_\_ **Conclusão**

As atividades desenvolvidas pelo Projeto AGAP trouxeram mudanças nos indicadores epidemiológicos do município. Alguns resultados só serão mensuráveis ao fim de 2010 e 2011, mas o objetivo foi parcialmente alcançado, pois já se observa melhoria na cobertura do exame de contatos dos casos de hanseníase em Teresina. As atividades mostraram-se resolutivas para o aumento de casos detectados no exame de contatos.

Ao fim do projeto, espera-se a completa institucionalização das atividades na rotina da ESF e protocolo clínico elaborado com rotinas para o município.

### \_\_\_\_\_ **Referências Bibliográficas**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica – Manual técnico para o controle da Hanseníase**, 2009.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALES, R. **Como elaborar modelo lógico de programa: um roteiro básico**. Nota técnica. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 2007, 21p. (mimeo.)

GRUPO HERA (Health, Empowerment, Rights & Accountability). **Direitos sexuais e reprodutivos: ideias para a ação**. Trad. Andrea. Romani. Coordenação no Brasil: CEPIA, SOS Corpo, Ibase. Rio de Janeiro, Recife: (s/d).

McCRAKEN, A. L. Promoting accountability with a new generation of logic models. *In: Ensaio avaliação de políticas públicas de educação*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 53, p. 479-486, out./dez. 2006.

ONIL, B. **O marco lógico como ferramenta de planejamento**. Toronto, 2005. (mimeo.)

PAIXÃO, M.; CARVANO, L. M. **Relatório anual das desigualdades raciais no Brasil: 2007-2008**. Rio de Janeiro: Laeser, Instituto de economia da UFRJ, 2008.

SCOTT, J. **Gênero, uma categoria útil para a análise histórica**. Trad. SOS Corpo. Recife, 1989.

SILVA, M. P. Onze passos do planejamento estratégico participativo. *In: BROSE, Markus (org). Metodologia participativa: uma introdução a 29 instrumentos*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2001.

W. K. KELLOG FOUNDATION. **Guia de desenvolvimento de modelos lógicos**. Michigan, 2004.





Cadernos de Informação Técnica e Memória do CONASS  
que integram o Programa de Informação e Apoio Técnico às  
Equipes Gestoras Estaduais do SUS (*Progestores*)

---

2011 – CONASS DOCUMENTA 22  
Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária à Saúde – Agap

2010 – CONASS DOCUMENTA 21  
As Oficinas para a Organização das Redes de Atenção à Saúde

2010 – CONASS DOCUMENTA 20  
O Desafio do Acesso a Medicamentos nos Sistemas Públicos de Saúde

2009 – CONASS DOCUMENTA 19  
O Sistema Único de Saúde e a Qualificação do Acesso

2009 – CONASS DOCUMENTA 18  
As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e Perspectivas

2009 – CONASS DOCUMENTA 17  
Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminário Nacional:  
Propostas, Estratégias e Parcerias por Áreas de Atuação

2008 – CONASS DOCUMENTA 16  
Violência: Uma Epidemia Silenciosa – Seminários Regionais

2007 – CONASS DOCUMENTA 15  
Violência: Uma Epidemia Silenciosa

2007 – CONASS DOCUMENTA 14  
Gestão e Financiamento do Sistema Único de Saúde

2007 – CONASS DOCUMENTA 13  
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2006/2007

2006 – CONASS DOCUMENTA 12  
Fórum Saúde e Democracia: Uma Visão de Futuro para Brasil

2006 – CONASS DOCUMENTA 11  
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2005/2006

2005 – CONASS DOCUMENTA 10  
I Encontro do CONASS para Troca de Experiências

2005 – CONASS DOCUMENTA 9  
I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e  
Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde

2005 – CONASS DOCUMENTA 8  
Relatório de Gestão da Diretoria do CONASS 2003/2005

2004 – CONASS DOCUMENTA 7  
Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária

2004 – CONASS DOCUMENTA 6  
Convergências e Divergências sobre a Gestão e Regionalização do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 5  
Assistência Farmacêutica: Medicamentos de  
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 4  
Recursos Humanos: Um Desafio do Tamanho do SUS

2004 – CONASS DOCUMENTA 3  
Para Entender a Gestão do Programa de Medicamentos de  
Dispensação em Caráter Excepcional

2004 – CONASS DOCUMENTA 2  
Atenção Primária – Seminário do CONASS para Construção de Consensos

2004 – CONASS DOCUMENTA 1  
Estruturação da Área de Recursos Humanos nas  
Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados e do Distrito Federal

---

A ideia ao se reformular o projeto gráfico do *CONASS Documenta* está diretamente associada à assinatura da publicação – Cadernos de informação técnica e memória do CONASS – que além de não possuir uma periodicidade definida, aborda uma diversidade de conteúdos. A representação da etiqueta e da pasta plástica adotada na capa busca reafirmar o propósito de organizar, armazenar e distribuir o vasto conteúdo que o Programa Progestores se propõe a levar às Equipes Gestoras Estaduais do SUS e a pesquisadores de Saúde Pública através do *CONASS Documenta*.

Ao abrir a capa e adentrar a publicação, a marca *CONASS Documenta* dá espaço ao conteúdo, delegando às linhas e à cor a missão de manter a relação entre capa e miolo. As linhas utilizadas no miolo remetem às pautas de fichas e formulários, normalmente armazenados em pastas etiquetadas, mas o faz de forma sutil, buscando não interferir no fluxo de leitura.

O projeto gráfico do miolo é composto com as famílias tipográficas ITC Franklin Gothic Std e Charter BT, possui margens externas generosas afim de oferecer conforto no manuseio do livro durante a leitura. O título corrente nas páginas pares possibilita a rápida identificação do exemplar quando fotocópias de parte do livro são utilizadas. Nas páginas ímpares o logotipo *CONASS Documenta* complementa esta identificação. A numeração da página corrente em corpo destacado facilita a busca e aplicada a cor predominante do volume, com contraste um pouco menor, diferencia-se nitidamente do corpo de texto corrido. O papel é o Alta Alvura, que possibilita um melhor contraste e fidelidade de cor.

---

---