

Health status of a small town in Bahia, Brazil: an intervention proposal

Situação de saúde de um município do interior da Bahia: uma proposta de intervenção

ABSTRACT | Introduction: *Assessing local health status allows a more effective planning and articulation of the Rede de Atenção à Saúde (Brazilian Health Care Network). Objectives:* To describe the health status of a small town in a rural area of the state of Bahia and to propose an intervention plan in order to meet the goals of the Family Health Strategy program. **Methods:** This is a descriptive study based on Strategic Situational Planning. The analysis of the health status of the municipality was carried out through the hospital morbidity data available from the relevant the Brazilian National Health Service (SUS) database. The Transcendence, Urgency and Capacity (TUC) matrix of problem coping was used. The network of causal determination was detected and an intervention planning for critical local health issues was elaborated. **Results:** After analyzing health status, the ten most important health events were ranked, and three were prioritized along with a randomly selected one (hospital admissions for neoplasms). A causal determination network was produced with sixteen causes divided into four blocks while an intervention plan was proposed with objectives, goals and accountability for each Beta type intervention. **Conclusion:** The proposed intervention plan for the municipality was undertaken considering the social, economic and cultural status of the population. Our findings show the reality experienced by the population and proposes a set of facilitating strategies to face a pressing problem, not only in this municipality, but in several localities of Bahia and Brazil.

Palavras-chave | Health Planning; Family Health Strategy; Primary Health Care; Neoplasms.

RESUMO | Introdução: A análise da situação de saúde local permite o planejamento e articulação da Rede de Atenção à Saúde. **Objetivos:** Descrever a situação de saúde de um município de pequeno porte no interior da Bahia e propor um plano de intervenção de modo a atender à responsabilidade da Estratégia Saúde da Família. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo baseado no Planejamento Estratégico Situacional. Desenvolveu-se a análise da situação de saúde do município por meio dos dados de morbidade hospitalar disponíveis no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, foi aplicada a matriz de Transcendência, Urgência e Capacidade (TUC) de enfrentamento de problemas. Elaborou-se a rede de determinação causal e um plano de intervenção relacionado ao problema de saúde priorizado. **Resultados:** Na análise da situação de saúde foram elencados dez eventos de saúde de maior proporção. Após aplicação da matriz TUC foram priorizados três e, ao final, um evento foi selecionado aleatoriamente: as internações hospitalares por neoplasias. A partir deste foi elaborada a rede de determinação causal com dezesseis causas divididas em quatro blocos e proposto um plano de intervenção com objetivos, metas e responsáveis para cada ação do tipo Beta. **Conclusão:** O plano de intervenção proposto para o município foi elaborado ao considerar as condições sociais, econômicas e culturais da população. Com isso, evidencia uma realidade vivenciada pela população e propõe ações facilitadoras para o enfrentamento de um problema premente, não apenas neste município, mas em várias localidades da Bahia e do Brasil.

Palavras-chave | Planejamento em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Neoplasias.

¹Universidade Estadual de Feira de Santana/BA, Brasil.

²Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Araraquara/SP, Brasil.

INTRODUÇÃO |

As condições sanitárias, culturais e socioeconômicas são fatores que determinam o processo saúde-doença de uma população, além dos serviços de saúde que são ofertados nos municípios em todos os níveis de atenção. A melhoria e manutenção da situação de saúde de uma população podem estar condicionadas às Redes de Atenção à Saúde (RAS), que visa à oferta de serviços de saúde organizados pelo cuidado integral, continuado e direcionado às necessidades individuais e coletivas da população¹.

Como porta de entrada nos serviços de saúde está a Atenção Primária à Saúde (APS), composta pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais são formadas por equipes multiprofissionais que devem atuar na comunidade por meio de ações que envolvam a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação das pessoas, favorecendo a qualidade de vida².

O processo de trabalho da ESF envolve práticas transformadoras, em que seus atores necessitam de capacidade ampliada de análise, intervenção, autonomia e um elo estreito entre concepção e execução do trabalho no modelo da APS. Além disso, deve ser realizado acolhimento, classificação de risco, análise de vulnerabilidade, priorização dos grupos de riscos, além de promover uma atenção organizada². Embora existam várias funções, demandas e cobranças, os profissionais de saúde necessitam administrar sua carga horária com o objetivo de cumprir as legislações do Sistema Único de Saúde (SUS) e os fundamentos e diretrizes da APS.

Com isso é premente que se considere as condições de saúde e seus determinantes sociais no planejamento das atividades de atenção à saúde. As condições de saúde referem-se a “um conjunto de informações sobre o estado de saúde e sobre os principais problemas que uma população apresenta”^{3:167}. Fatores desiguais na sociedade, como renda, condições de moradia, ocupação, entre outros, podem determinar as condições de saúde por se tratar de diferenças injustas em que alguns grupos têm a oportunidade de ser e se manter saudável do que outros⁴. Para que estes fatores determinantes não influenciem diretamente a saúde da população e da comunidade, as equipes de saúde devem atuar visando à promoção da saúde e à prevenção de agravos nos três níveis de aplicação primária (prevenção/cessação da exposição), secundária

(rastreamento) e terciária (detecção baseada em sinais e sintomas e fases clínicas)².

Com base nesses aspectos, o Planejamento Estratégico Situacional (PES) proposto por Carlos Matus é fundamental para direcionar as estratégias e ações da ESF, melhorar a situação de saúde local e auxiliar aos profissionais a: conhecer a situação de saúde local, priorizar problemas, definir metas e ações, viabilizar recursos, operacionalizar as ações e avaliar os resultados^{2,5}. O PES, no geral, deve resolver quatro questões referentes a um problema em momentos distintos, porém de forma contínua. Os momentos e as questões são respectivamente: Momento Explicativo (Qual é a nossa situação?); Momento Normativo (Para onde queremos ir? Quais as metas a atingir? O que devo fazer?); Momento Estratégico (Qual é a viabilidade do nosso plano?); e o Momento Tático-Operacional (O que devo e posso fazer hoje, e todos os dias quando forem hoje, para que avancemos em direção à situação-objetivo?)⁵.

Assim sendo, a construção de um plano de ação de acordo com as necessidades de saúde do município pode favorecer mudanças nos serviços de saúde, definidas com a população. Observa-se também a importância da ESF na reorganização dos serviços de saúde, por a APS se tratar da porta de entrada para prevenir agravos e complicações e promover a saúde, assim como contribui para melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidades.

Este estudo teve como objetivos descrever a situação de saúde de um município de pequeno porte no interior da Bahia e propor um plano de intervenção de modo a atender à responsabilidade da Estratégia Saúde da Família.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo descritivo com base no Planejamento Estratégico Situacional (PES) proposto por Carlos Matus. Um PES segue quatro momentos de forma contínua para resolução dos questionamentos enfrentados, a saber: momento explicativo, normativo, estratégico e o tático operacional⁵. Para tanto, foi realizada a análise da situação de saúde do município lócus deste estudo que retrata o momento explicativo e, posteriormente, foi desenhado um plano estratégico de intervenção, equivalente ao momento normativo e estratégico. O momento tático operacional, de grande relevância para operacionalização e verificação das

mudanças e metas almejadas, não foi contemplado neste estudo por não atender ao objetivo dos pesquisadores, e sim em um momento oportuno para os gestores.

O município lócus deste estudo tem aproximadamente 9.000 habitantes. Fica situado no interior do estado da Bahia, apresenta pequeno porte, integra a Região Sisaleira pertencente   Região Metropolitana de Feira de Santana, com clima tropical úmido e semiárido. As atividades econ micas são restritas   agricultura, ao comércio local e   presta o de serviço/concurso para Prefeitura Municipal. Atualmente, o município dispõe de um hospital geral de pequeno porte, quatro ESF com equipe de saúde bucal, um Núcleo de Apoio   Saúde da Família (NASF) e dois postos de sa de^{6,7}.

A análise da situa o de saúde do município foi realizada por meio do diagnóstico da situa o de saúde da popula o no período de janeiro/2008 a novembro/2014. Esses dados foram obtidos no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)⁸, na se o de informa es de saúde e subse o nominada epidemiológicas e morbidade. Utilizou-se o campo município, morbidade hospitalar do SUS “por local de residência”, período “jan.2008-nov.2014” e os capítulos da Classifica o Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados   Saúde na 10^a revisão (CID-10)⁹. Os dados do sistema tinham sido atualizados em 26 de dezembro de 2014, por esse motivo optou-se em utilizar os dados até novembro de 2014.

A análise estatística dos dados foram obtidas em frequências absolutas e relativas por meio do TABNET, *software* utilizado no DATASUS, e exportado para o *Microsoft Office Excel* para ordena o dos problemas em ordem crescente, selecionando os dez que tinham a maior frequência de morbidade hospitalar no período em estudo.

Ao selecionar dez problemas de saúde, foram elencados os descritores de cada problema como uma forma de descrever a magnitude de cada um por meio de medidas (percentuais). A próxima etapa realizada foi a prioriza o dos problemas de saúde por intermédio da aplica o da matriz TUC – Transcendência (T), Urgência (U) e Capacidade (C) de enfrentamento de problemas, com escores que variam de 1 a 3, e o total de cada problema foi obtido por meio da fórmula (T x U x C)⁵.

Após verificar os escores de cada problema pela matriz TUC, foram priorizados os três que apresentaram a

maior pontua o. Com isso, esses três problemas foram submetidos   análise de sua g nese, ou seja, buscou-se a explica o de suas causas e consequências pela matriz de análise de problemas por meio do conhecimento da realidade. Posteriormente, foi priorizado aleatoriamente um dos problemas de saúde vividos pela popula o daquele município para avalia o de suas causas. Aplicou-se a rede de determina o causal por meio da *Espinha de Peixe*⁵, instrumento que distribui as causas em quatro grandes blocos: determinantes do meio social e econ mico, determinantes culturais e comportamentais, determinantes relacionados ao trabalho da equipe na APS e determinantes relativos ao acesso e qualidade do SUS.

Para o problema priorizado aleatoriamente e analisado pela *Espinha de Peixe*, foi proposto um plano de interven o elaborado com vistas às estratégias de resolu o, essenciais para alcançar os objetivos definidos no plano. Utilizou-se o plano da organiza o⁵ por ser estruturado com objetivos, a es e metas do tipo beta (β), ao considerar esses tipos de metas são “necessárias e suficientes para o enfrentamento dos problemas priorizados na *Análise de Situa o de Saúde*”, ou seja, define o que se deseja alcançar para superar, eliminar ou controlar os problemas priorizados^{5,62}. Assim, definiu-se uma meta de resultado e, para cada a o do tipo β , uma meta do produto, os responsáveis e o prazo para realizar cada proposta de interven o.

Por se tratar de um estudo descritivo com dados disponíveis ao público por meio do DATASUS, foi dispensada a submissão ao Comit  de  tica em Pesquisa (CEP). E, para preservar o município, não houve men o ao seu nome.

RESULTADOS |

Os eventos de saúde, classificados conforme a CID-10, da popula o do município em estudo, segundo o maior número de registros das morbidades hospitalares no SUS, em ordem decrescente, nos últimos sete anos, foram: eventos relacionados   gravidez, parto e puerpério; doenças do aparelho digestivo; algumas doenças infecciosas e parasitárias; doenças do aparelho respiratório; doenças do aparelho circulatório; neoplasias (tumores); doenças do aparelho geniturinário; lesões por envenenamento e algumas outras consequências por causas externas; doenças endócrinas e nutricionais e metabólicas; e doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (Quadro 1).

Quadro 1 - Frequência relativa dos problemas de saúde selecionados em um município do interior da Bahia, 2015

PROBLEMA		DESCRIÇÃO
1	Maior notificação de internação hospitalar no SUS por gravidez, parto e puerpério, no período de 2008-2014.	26,1% das notificações de morbidade hospitalar no SUS.
2	Aumento de notificação de internação hospitalar por doenças do aparelho digestivo, no período de 2008-2014.	12,8% das notificações de morbidade hospitalar no SUS.
3	Elevação das notificações de morbidade hospitalar por algumas doenças infecciosas e parasitárias, no período de 2008-2014.	12,0% das notificações de morbidade hospitalar no SUS.
4	Notificação elevada de morbidade hospitalar por doenças do aparelho respiratório, no período de 2008-2014.	8,7% das notificações de morbidade hospitalar no SUS.
5	Aumento das notificações de morbidade hospitalar por doenças do aparelho circulatório, no período de 2008-2014.	8,0% das notificações de morbidade hospitalar no SUS.
6	Elevação das internações hospitalares por neoplasias (tumores), no período de 2008-2014.	7,3% das notificações de morbidade hospitalar no SUS.
7	Notificação elevada de morbidade hospitalar por doenças do aparelho geniturinário, no período de 2008-2014.	7,2% das notificações de morbidade hospitalar no SUS.
8	Elevação das morbidades hospitalares de lesões por envenenamento e algumas outras consequências por causas externas, no período de 2008-2014.	6,6% das notificações de morbidade hospitalar no SUS.
9	Notificação elevada de morbidade hospitalar por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, no período de 2008-2014.	2,7% das notificações de morbidade hospitalar no SUS.
10	Aumento do número de notificação de internação hospitalar por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, no período de 2008-2014.	2,3% das notificações de morbidade hospitalar no SUS.

Fonte: DATASUS, 2015.

Ao aplicar a matriz TUC, foram priorizados três problemas que atendiam à transcendência e à relevância por parte dos gestores, técnicos, forças sociais e a população; a urgência de resolução do problema, pois a postergação poderia implicar risco de vida dos habitantes do município; e a capacidade de enfrentamento do problema dentro do tempo proposto pelo plano de intervenção. Estes problemas foram: internações hospitalares por gravidez, parto e puerpério; internações hospitalares por doenças infecciosas e parasitárias; e internações hospitalares por neoplasias (tumores) (Quadro 2).

A gravidez, o parto e o puerpério foram um dos eventos hospitalares de maior frequência no município estudado. Incluem tanto o parto espontâneo, como as complicações decorrentes da gravidez, parto e puerpério. Essa realidade pode estar atrelada aos serviços de saúde disponíveis no município, que não atendem a este tipo de demanda, e à superlotação das maternidades da região. Além disso, a falta de acompanhamento conjunto em casos de alto risco (ESF *versus* Centro especializado) e a dificuldade de realizar exames laboratoriais de rotina impedem o diagnóstico precoce de alterações maternas e perinatais (Quadro 3).

As doenças infecciosas e parasitárias foi o segundo evento de saúde, com 12% das internações. As causas apontadas foram a falta de saneamento básico, já que o município não dispõe de rede de esgoto, e a água potável é fornecida de forma periódica, além da falta de conhecimento da comunidade acerca da puericultura. Atreladas a todas essas causas está a baixa realização de ações de educação em saúde e ações comunitárias que poderiam melhorar as condições de vida da população (Quadro 3).

As neoplasias foram responsáveis por 7,3% das internações hospitalares, sendo uma doença que precisa de maior atenção pelos gestores públicos por levar à morte das pessoas de forma rápida. As causas mais constantes evidenciadas foram a resistência dos homens em frequentar as unidades da ESF, e, das mulheres idosas, em realizar o exame preventivo para câncer de colo de útero; a falta de hábitos e estilos de vida saudáveis; a dificuldade de realizar exames diagnósticos e consultas com especialistas (Quadro 3).

Diante dos três eventos de saúde com maior internação, foi priorizado apenas um para a proposta de intervenção, em vista da relevância e do risco deste para a população:

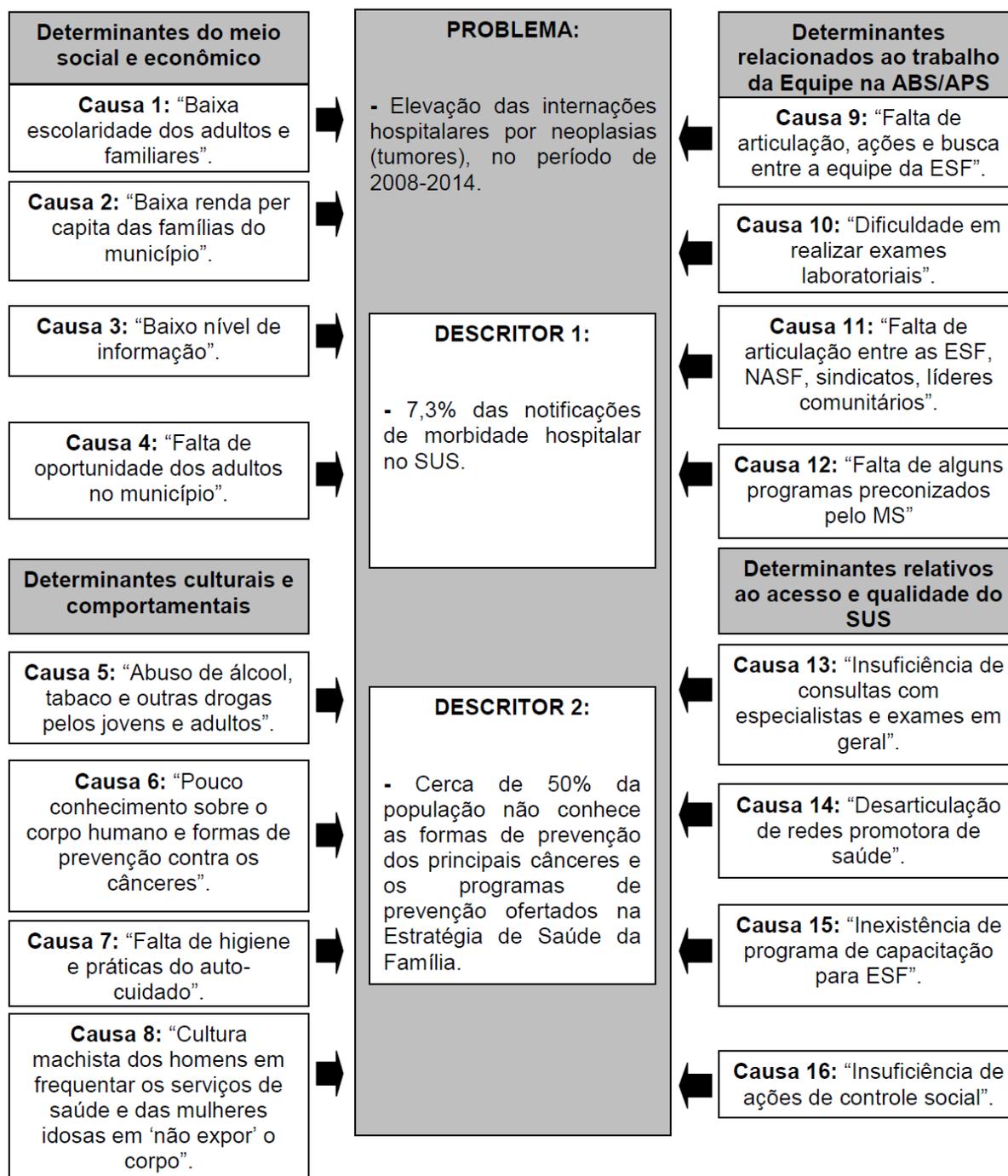
Quadro 2 - Matriz TUC aplicada aos problemas de saúde selecionados por meio da situação de morbidade hospitalar no SUS de um município do interior da Bahia, 2015

PROBLEMA	CRITÉRIOS (Valores de 1 a 3)			TOTAL
	Transcendência (T)	Urgência (U)	Capacidade (C)	(T x U x C)
1	3	3	3	27
2	3	2	2	12
3	3	3	3	27
4	3	2	2	12
5	3	2	3	18
6	3	3	3	27
7	3	2	2	12
8	3	1	2	6
9	3	2	3	18
10	3	1	2	6

Quadro 3 - Causas e consequências dos problemas de saúde priorizados pela matriz TUC em um município do interior da Bahia, 2015

PROBLEMA A	Maior notificação de internação hospitalar no SUS por gravidez, parto e puerpério, no período de 2008-2014.	
DESCRIPTORES	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
26,1% das notificações de morbidade hospitalar no SUS.	Falta de acompanhamento conjunto para gestação de alto risco. Alta demanda para apenas uma enfermeira realizar pré-natal. Não realização de parto no município. Dificuldade de realizar os exames de rotina no pré-natal.	Complicação dos casos de gestação de alto risco e, em consequência, a internação. Enfermeiras das ESF inexperientes e falta de busca e acolhimento das gestantes pelas equipes. Referência para municípios vizinhos e regionais. Identificação tardia de complicações e diagnósticos durante a gestação e puerpério.
PROBLEMA B	Elevação das notificações de morbidade hospitalar por algumas doenças infecciosas e parasitárias, no período de 2008-2014.	
DESCRIPTORES	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
12,0% das notificações de morbidade hospitalar no SUS.	Falta de saneamento básico (100%). Fluxo de fornecimento de água potável periódico. Falta de acompanhamento de crianças – puericultura. Falta de educação em saúde e ações comunitárias. Dificuldades de exames laboratoriais.	Contaminação da água, solo e alimentos por dejetos e esgotos a céu aberto. Uso de água de cisternas, tanque de cimento, tanque rural, próximos a fossas sépticas. Diagnóstico tardio e falta de orientações e educação em saúde. Inexistência de informação pela população acerca de boas práticas de higiene. Diagnóstico tardio ou a falta de diagnóstico, sendo referenciados.
PROBLEMA C	Elevação das internações hospitalares por neoplasias (tumores), no período de 2008-2014.	
DESCRIPTORES	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
7,3% das notificações de morbidade hospitalar no SUS.	Falta de educação em saúde, ações nas comunidades, campanhas contra o câncer e de busca das pessoas pela ESF. Resistência em fazer o preventivo pelas idosas. Falta de conhecimento da prevenção do câncer de colo de útero. Falta de hábitos e estilos de vida saudáveis. Não realização do autoexame das mamas/toque em seu corpo. Resistência dos homens em frequentar as ESF – prevenção. Dificuldade de exames e consultas com especialistas.	Falta de informação pela população acerca dos meios de prevenção contra os cânceres mais comuns e onde realizam estes exames básicos. Diagnóstico tardio, quando a doença está instalada e com sintomatologia. Não realização do preventivo e não vacinação contra o HPV e diagnóstico tardio. Aumento de predisposição ao câncer. Detecção tardia de nódulos benignos e malignos. Aumento dos casos de câncer de próstata. Diagnóstico tardio, metástase e falta de tratamento imediato.

Figura 1 - Rede de determinação causal do problema selecionado para o plano de intervenção de um município do interior da Bahia, 2015



internações hospitalares por neoplasias (tumores). Este problema é extremamente importante para a sociedade do município em estudo, ao considerar que pode levar o indivíduo ao sofrimento e à morte.

Na Figura 1, por meio da *Espinha de Peixe*, foram descritas dezesseis causas dessas internações hospitalares por

neoplasias em quatro blocos: 1- os determinantes sociais e econômicos aqueles referentes à escolaridade, renda, nível de informação e oportunidades para adultos no município; 2- os determinantes culturais e comportamentais alusivos ao abuso de drogas, conhecimento reduzido sobre o próprio corpo, hábitos de higiene e autocuidado e das formas de prevenção de cânceres, além da cultura de homens e

mulheres idosas; 3- determinantes relacionados ao trabalho da equipe na APS indicativos da falta de articulação entre as equipes de saúde e destas com órgãos da sociedade, dificuldades na realização de exames e falta de programas preconizados pelo Ministério da Saúde do Brasil; 4- os determinantes relacionados ao acesso e qualidade do SUS, sugestivos da insuficiência de consultas especializadas, desarticulação de redes, inexistência de capacitações e insuficiência de controle social efetivo.

Segundo dados do DATASUS⁸, as neoplasias de maior frequência no município foram: leiomioma de útero (benigno), câncer de mama, câncer de tecidos moles, câncer de lábio, cavidade oral e faringe, câncer de útero e órgãos genitais femininos, câncer de pele e de esôfago, reto, ânus e cavidade anal. Muitas dessas neoplasias podem ser prevenidas por meio das consultas e ações realizadas pela ESF.

DISCUSSÃO |

Uma das atividades realizadas pela ESF é a educação em saúde que visa informar a comunidade sobre as melhores formas de conquistar boas condições de saúde, promovendo a qualidade de vida e prevenindo doenças e agravos à saúde². Além disso, existem as consultas com 'preventivo'/exame Papanicolau cujo objetivo é prevenir o câncer de colo de útero, identificar lesões nos órgãos genitais femininos, incentivar o autoexame das mamas, realizar o exame clínico e solicitar mamografia para identificar de forma precoce nódulos e, com isso, prevenir o câncer de mama¹⁰. A vacinação contra o Papiloma Vírus Humano (HPV) foi incluída no Calendário Nacional de Vacinação no SUS para meninas, também previne contra dois tipos deste vírus que pode causar o câncer de colo de útero¹¹.

As consultas de acompanhamento de toda a família também podem identificar alterações no funcionamento dos órgãos do corpo e na pele, realizando a referência para especialistas, com o intuito de prevenir as neoplasias nos órgãos e sistemas do corpo humano. Outra consulta realizada pela ESF é a odontológica, que, além de cuidar das condições bucais da família, visa identificar lesões com suspeitas de câncer e fazer a referência para comprovação por especialistas. Os profissionais de saúde nas unidades da ESF são primordiais para identificação de risco para o

câncer de próstata, assim como realizar exames de rotina para identificação precoce. Porém, apesar das ações do Ministério da Saúde, os homens ainda são minoria nas unidades de saúde. Um fator contribuinte para isso é o horário de funcionamento das ESF nos mesmos horários de trabalho da população masculina¹².

Além da prevenção primária com ações educativas, a prevenção secundária com o rastreamento de algumas neoplasias e a prevenção terciária pelo diagnóstico precoce por meio dos sinais e sintomas e o referenciamento para unidades de maior complexidade, a ESF pode atuar também na reabilitação, com a equipe oncológica, e no desenvolvimento de cuidados paliativos por meio de consultas individuais e com os cuidadores. Dessa forma, as ESF atuarão tentando mudar a realidade local, ao colaborar para prevenção das neoplasias e para promoção de uma recuperação eficiente e com menos impacto psicológico na vida das pessoas diagnosticadas com a doença. Assim, as equipes da ESF devem atuar identificando os grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, realizando o cuidado à saúde da população adstrita, além de realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local². Entre essas doenças e agravos, estão as neoplasias. Várias ações programáticas da APS incluem a prevenção e o diagnóstico precoce de neoplasia em toda a família: idoso, mulher, homem, adolescente e criança.

Para isso, é fundamental o trabalho em equipe interdisciplinar e não multiprofissional com saberes isolados, pois a interdisciplinaridade agrega os saberes dos diversos profissionais em prol de melhores condições de vida e saúde para a população deste município. Ou seja, os profissionais devem elaborar estratégias para implementar ações de prevenção às neoplasias na sua rotina de trabalho, para aqueles casos de maior vulnerabilidade é preciso o trabalho em equipe (reuniões), a fim de discutir meios para um cuidado contínuo e integral.

Estudos sobre a atuação da equipe multiprofissional da ESF na prevenção de neoplasias ainda são escassos. São observados estudos pontuais sobre a atuação do enfermeiro e do odontólogo na prevenção de uma determinada neoplasia. Estudo realizado em um município de Pernambuco com enfermeiros mostrou que eles desenvolviam as funções preventivas contra o câncer de mama que cabiam a estes profissionais¹³. Dentistas da cidade de Natal/RN, relataram realizar ações educativas

Quadro 4 - Proposta de plano de interven o para enfrentamento o problema priorizado em um município do interior da Bahia, 2015

Problema: Eleva�o das internat�es hospitalares por neoplasias (tumores), no período de 2008-2014.				
Objetivo: Ampliar a oferta de consultas de preven�o, a�es de educa�o em saúde e sensibiliza�o da popula�o acerca da preven�o e recupera�o das neoplasias.				
Meta de resultado: Reduzir as taxas de internat�es hospitalares e os casos de neoplasias no município do interior da Bahia no período de agosto de 2015 a dezembro de 2019.				
A�es do tipo Beta	Meta de Produto	Responsável	Prazo	In�cio-Fim
Sensibiliza�o dos jovens e adultos para adentrar/continuar os estudos na educa�o básica.	Amplia�o dos números de turmas da Educa�o de Jovens e Adultos.	Secretário de Saúde em parceria com Secretário de Educa�o.	Dezembro/2016.	Agosto/2015-Dezembro/2016.
Desenvolvimento de projetos de estágios para jovens de baixa renda com bolsa.	Portaria publicada e desenvolvimento do projeto.	Secretário de Saúde em parceria com Secretário do desenvolvimento Social, Prefeito Municipal e a Câmara de Vereadores e dirigentes lojistas.	Dezembro/2017.	Janeiro/2016-Dezembro/2017.
Palestras, encontros em grupos, cursos ministrados, feira de saúde em escolas, locais de trabalho, praças, reuniões comunitárias e de sindicatos trabalhistas e programa de rádio na praça municipal dialogando sobre as melhores condi�es de saúde (preven�o, higiene, autocuidado, estilo de vida) e as consultas ofertadas na ESF para preven�o das neoplasias.	Educa�o em saúde acerca das neoplasias implantada para toda popula�o.	Coordena�o da ABS, equipes da ESF, NASF e da Vigilância em Saúde.	Dezembro/2017.	Agosto/2015-Dezembro/2017.
Encontros de grupos de homens para desmistificar o machismo e sensibilizar da importância nas consultas de preven�o das neoplasias relacionadas � saúde do homem.	Aumentar o número de consultas de preven�o aos homens e a presença na ESF.	Coordena�o da ABS, equipes da ESF e o NASF.	Dezembro/2017.	Agosto/2015-Dezembro/2017.
Estabelecer um dia na semana ou no mês conforme a demanda com horário de atendimento diferenciado (noturno) aos homens.	Portaria municipal publicada.	Secretário de Saúde e Coordena�o da ABS em parceria com a Câmara de Vereadores e Prefeito Municipal.	Junho/2016.	Agosto/2015-Junho/2016.
Encontros de grupos de idosas para desmistificar o constrangimento em realizar os exames preventivos e sua importância para preven�o das neoplasias.	Aumentar o número de consultas de preven�o em saúde da mulher idosa e não apenas nos programas de Hiperdia.	Coordena�o da ABS, equipes da ESF e o NASF.	Dezembro/2017.	Agosto/2015-Dezembro/2017.
Reuniões mensais entre as equipes da ESF do município para estabelecer prioridades, a�es e maior articula�o na atua�o em conjunto no município.	Maior adesão ao plano de interven�o implantado.	Secretário de Saúde, Coordena�o da ABS, Vigilância em Saúde, Equipes da ESF e NASF.	Dezembro /2019.	Agosto/2015-Dezembro/2019.
Reuniões entre as equipes da ESF e o NASF com sindicatos e líderes comunitários para estabelecer prioridades.	Maior articula�o das equipes da ESF e do NASF com a comunidade/popula�o.	Coordena�o da ABS, ESF e NASF.	Dezembro/2016.	Agosto/2015-Dezembro/2016.

*continua.

*continua o.

Convênio entre o município e laboratórios de análise clínica para realiza�o de exames no próprio município.	Aumentar as cotas de exames laboratoriais no município.	Secretário de Saúde.	Dezembro/2017.	Janeiro/2016-Dezembro/2017.
Implantar laboratório e exames de imagem preventivos no próprio município.	Aumentar as cotas de exames e a efetividade dos programas de preven�o.	Secretário de Saúde.	Dezembro/2019.	Janeiro/2015-Dezembro/2019.
Estabelecer convênio com diversos especialistas e clínicas de diagnóstico por imagem.	Aumentar a efetividade e resolu�o dos programas de preven�o com aumento das cotas.	Secretário de Saúde.	Dezembro/2018.	Agosto/2015-Dezembro/2018.
Implanta�o e funcionamento de todos os programas preconizados pelo MS nas ESF.	Atua�o com efetividade e eficácia na popula�o.	Secretário de Saúde, Coordena�o da ABS, equipes da ESF e o NASF.	Junho/2016.	Agosto/2015-Junho/2016.
Capacita�o anual das equipes da ESF acerca das atualiza�es e implementa�es nos serviços de saúde do SUS.	Educa�o permanente implantada e equipe capacitada.	Secretário de Saúde e Coordena�o da ABS em parceria com núcleos regionais de saúde e universidades.	A�o contínuas.	A�o contínuas.
Estabelecer articula�o com redes de aten�o � saúde, em todas as especialidades para facilitar a referência.	Articula�o com redes de aten�o � saúde.	Secretário de Saúde, Coordena�o da ABS, Vigilância em Saúde, equipes da ESF e NASF.	A�o contínuas.	A�o contínuas.
Formar conselhos locais de saúde e participa�o ativa da popula�o nas reuniões dos conselhos de saúde municipais.	Atua�o do controle social.	Coordena�o da ABS, equipes da ESF e NASF em parceria com sindicatos e líderes comunitários / representantes da popula�o.	Dezembro/2018.	Janeiro/2016-Dezembro/2018.

direcionadas   preven o do câncer bucal em grupos restritos (idosos, hipertensos e diabéticos), já uma pequena propor o relatou o rastreamento de lesões potencialmente malignas e câncer bucal e orienta o para o autoexame da boca¹⁴. No entanto, estudo realizado com mulheres de um município de Goiás mostra que existem mulheres que não sabem quando realizaram o último exame preventivo para o câncer de colo de útero, não realizam no período recomendado pelo Ministério da Saúde, mas evidenciam que   um exame muito importante para preven o¹⁵. Enquanto 89,2% de beneficiárias de planos de saúde das capitais brasileiras, entre 25-64 anos, realizaram preventivo nos últimos três anos; 87%, entre 50-69 anos, realizaram mamografia nos últimos dois anos¹⁶.

Diante desses dados, percebe-se que o planejamento   uma forma de auxiliar na tomada de decisão dos gestores a partir de meios e recursos que contribuam para uma situa o-objetivo. Com isso, amplia a capacidade de governo, propõe direcionalidade e amplia a governabilidade,

compondo o triângulo de governo de Carlos Matus. No que se refere ao campo da saúde, o planejamento consiste em uma ferramenta de trabalho que permite a evolu o do desempenho de políticas de saúde, a eficiência e a efetividade dos serviços e o cumprimento das a es de prote o, promo o, recupera o e reabilita o da sa de⁵. Assim sendo, o planejamento se constitui em um esquema de mudanças situacionais que começa com um desenho da realidade vivida e observada.

Para a resolubilidade do problema, foi proposto um plano de interven o com o objetivo de ampliar a oferta de consultas de preven o, a es de educa o em saúde e sensibiliza o da popula o acerca da preven o e recupera o das neoplasias e, em consequência, alcançar o resultado, que   a redu o das taxas de internan es hospitalares e os casos de neoplasias no município do interior da Bahia (Quadro 4).

Todas estas a es propostas e delineadas no quadro 4 podem ser realizadas pelos gestores (secretário de saúde e

coordenador da atenção básica à saúde), pela vigilância em saúde e pela equipe multiprofissional das ESF e do NASF durante o período de agosto de 2015 a dezembro de 2019, como um processo dinâmico e dialógico. O período para o momento tático-operacional foi considerado longo pelas neoplasias serem uma doença de manifestação lenta e de propagação rara, e, com isso, quatro anos e quatro meses será um período razoável para mensurar a efetividade e eficácia das ações e, em consequência, obtenção do objetivo ampliar a oferta de consultas de prevenção, ações de educação em saúde e sensibilização da população acerca da prevenção e recuperação das neoplasias e das metas propostas.

CONCLUSÃO |

Com base nos resultados do presente estudo, percebeu-se a relevância técnica, social e científica de analisar a situação de saúde local com base no PES no intuito de desenvolver proposições de mudanças para melhoria das condições de vida e saúde de uma população. O município lócus deste estudo, mesmo de pequeno porte, necessita de intervenções nos três níveis de prevenção primária, secundária e terciária visando contribuir para boas condições de saúde da população com a redução das taxas de internações hospitalares por morbidades passíveis de prevenção, a citar as neoplasias, as quais podem ser evitadas ou reduzidas pelos fatores modificáveis da vida do ser humano.

O plano de intervenção proposto para o município foi elaborado ao considerar as condições sociais, econômicas e culturais da população, além da própria dinâmica dos serviços de saúde e programas de prevenção e promoção que estavam sendo realizados de forma insuficiente ou incipiente no município. Dessa forma, este estudo evidencia uma realidade vivenciada pela população e propõe ações facilitadoras para o enfrentamento de um problema premente, não apenas neste município, mas em várias localidades da Bahia e do Brasil.

Espera-se que esta análise da situação de saúde e a proposta do plano possam estimular as equipes da Estratégia Saúde da Família a desenvolver o PES para qualificar a assistência em cada microárea de abrangência e, em consequência, no município, contribuindo para melhoria da saúde dessa população. Além disso, que possa ampliar no meio acadêmico e científico as possibilidades de desenvolvimento

do PES como parte de estágios práticos, atividades de extensão e pesquisas congregando melhorias para os serviços de saúde prestados às coletividades humanas.

REFERÊNCIAS |

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [acesso em 04 ago 2016]; 15(5):2297-305. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=en>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [acesso em 22 abr 2015]. Disponível em: URL: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.
3. Barata RB. Condições de saúde da população brasileira. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 167-211.
4. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009.
5. Cardoso AJC. Planejamento participativo em saúde [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013 [acesso em 07 jul 2015]. Disponível em: URL: <<http://fs.unb.br/wpcontent/uploads/2014/10/LIVRO-Planejamento-Participativo-em-Saude-Versao-10.08.2013-3-2.pdf>>.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Cidades@ [acesso em 04 ago 2016]. Disponível em: URL: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?coduf=29>>.
7. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Estabelecimentos cadastrados no estado BAHIA [acesso em 04 ago 2016]. Disponível em: URL: <http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=29&NomeEstado=BAHIA>.
8. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde [Internet]. Informações de saúde (TABNET): epidemiológicas e morbidade [acesso em 08 jan 2015]. Disponível em: URL: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>.

9. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10. 3. ed. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1996.
10. Brasil. Lei nº. 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [Internet]. Diário Oficial da União 30 abr 2008 [acesso em 10 ago 2015]. Disponível em: URL: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/l11664.htm>.
11. Coordenação Estadual de Imunizações. Dia de Mobilização Nacional 10 de março de 2014. Boletim Informativo Vacinação Contra o HPV no SUS [Internet]. 2014 [acesso em 10 ago 2015]; (1):1-4. Disponível em: URL: <<http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/boletim.pdf>>.
12. Knauth DR, Couto MT, Figueiredo WS. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [acesso em 04 ago 2016]; 17(10):2617-26. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000011&lng=en>.
13. Rodrigues FB, Santos JJP, Pinto WM, Brandão CS. O papel do enfermeiro na prevenção do câncer de mama em um município do sertão pernambucano: uma abordagem da prática profissional. Saúde Coletiva em Debate [Internet]. 2012; 2(1):73-86 [acesso em 22 abr 2015]. Disponível em: URL: <<http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo07.pdf>>.
14. Almeida GCM, Ferreira MAF. Saúde bucal no contexto do programa de saúde da família: práticas de prevenção orientadas ao indivíduo e ao coletivo. Cad Saúde Pública. 2008; 24(9):2131-40.
15. Araújo EN, Barbosa AC, Silva ALF, Campos Júnior AP. Prevenção do câncer de colo de útero na visão do enfermeiro da Unidade Básica de Saúde (UBS). Interdiscip: Rev Eletrônica UNIVAR [Internet]. 2014 [acesso em 22 abr 2015]; 1(11):170-5. Disponível em: URL: <<http://revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/view/291>>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2014 saúde suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 04 ago 2016]. Disponível em: URL: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/2015_vigitel.pdf>.

Correspondência para/ Reprint request to:

Técia Maria Santos Carneiro e Cordeiro
*Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde,
Faculdade de Medicina da Bahia,
Praça Conselheiro Almeida Couto,
Largo do Terreiro de Jesus, s/n,
Centro Histórico, Salvador/BA, Brasil.
CEP: 40025-010
E-mail: teciamarya@yahoo.com.br*

Recebido em: 06/10/2016

Aceito em: 29/08/2016