

# 3 PASSOS PARA CUIDAR MELHOR: um documento orientador para municípios cearenses

---

Recomendações para garantir o  
cumprimento dos indicadores  
do Programa Cuidar Melhor

## FICHA TÉCNICA

### **Realização:**

Instituto de Estudos para Políticas de Saúde - IEPS  
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará - SESA

### **Apoio:**

UMANE

### **Autoria:**

Agatha Eleone  
Fernanda Leal  
Jéssica Remédios

### **Revisão:**

Arthur Aguillar  
Beatriz Almeida  
Caio Cavalcanti  
Caio Rabelo  
Rebeca Bandeira  
Renato Tasca  
Helena Ciorra

### **Diagramação:**

Estúdio Massa

Este documento é fruto da parceria firmada entre o Instituto de Estudos para Políticas de Saúde - IEPS e a Secretaria da Saúde do Governo do Estado do Ceará.

## **O IEPS e a Umane agradecem:**

Aos Gestores(as) da Atenção Primária e Secretários(as) de Saúde dos municípios cearenses; aos Superintendentes Regionais, Coordenadores de Área Descentralizada, e membros das Superintendências das Regiões de Fortaleza, Norte, Cariri, Sertão Central e Litoral Leste/Jaguaribe; aos apoiadores e membros do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Ceará; e à Coordenadoria de Políticas Intersetoriais da Secretaria Executiva de Políticas de Saúde/Secretaria da Saúde do Ceará, por terem compartilhado suas experiências e desafios, imprescindíveis para a construção deste documento.



**ieps.org.br**

Março, 2022

# SUMÁRIO EXECUTIVO

O **documento orientador** tem como objetivo **mostrar caminhos práticos e possíveis** para que os **municípios cearenses implementem ações estratégicas e políticas para melhora dos indicadores do Programa Cuidar Melhor**, em especial os indicadores de impacto acerca da redução da mortalidade infantil, da mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC), por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e da Mortalidade por Acidentes de Trânsito envolvendo Motocicletas.

Para solucionar os desafios relacionados à **Atenção Básica**, propomos 5 pontos que ajudarão a fortalecê-la e indicamos como fazê-los. São eles: i) Aumente a Cobertura de Atenção Básica; ii) Fortaleça aspectos de estrutura e processo de trabalho na APS; iii) Garanta Recursos Humanos para equipes de Atenção Básica; iv) Organize a carteira de serviços ofertados; v) Regule o acesso dos usuários aos equipamentos da rede de saúde, mantendo a APS como ordenadora do cuidado.

Em relação às políticas de saúde, o primeiro passo para reduzir a **mortalidade infantil** é garantir acesso e qualidade nos serviços de saúde priorizando ações voltadas para meninas e mulheres; gestantes e crianças menores de 1 ano.

Para reduzir a **mortalidade por AVC e IAM** é de suma importância executar ações no âmbito da APS nos seguintes eixos: manejo de fatores de risco; rastreamento de fatores de risco; e prevenção de fatores de risco.

Quando falamos em diminuir a **mortalidade por acidentes de trânsito envolvendo motocicletas** são propostas ações nos seguintes temas: municipalização do trânsito e comunicação e intersetorialidade.

Com intuito de apoiar os municípios no entendimento e execução dessas ações, este documento apresenta uma lista de ações prioritárias para reduzir a mortalidade infantil, por AVC e IAM e por acidentes envolvendo motocicletas. Uma vez que, a partir da melhora do resultado dos indicadores de esforço será possível alcançar melhores resultados nos indicadores de impacto.

Cabe ressaltar que esses e outros apontamentos dispostos nesse Documento orientador foram construídos com base nos dados extraídos do Mapeamento de Desafios, respondido por 100% dos municípios cearenses, e na literatura de ponta sobre APS.

O Cuidar Melhor é um programa que envolve a cooperação entre o Governo do Estado do Ceará, municípios e sociedade visando a superação de problemas que mais causam adoecimento e óbito na população cearense. Suas ações priorizam acesso oportuno, qualificado e continuado à saúde das populações. A iniciativa pioneira compreende a cooperação técnica e um conjunto de incentivos financeiros diferenciados aos municípios e equipes de saúde associados a ações e resultados em indicadores de qualidade. E o IEPS é parceiro da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará no apoio ao programa.

# SUMÁRIO

MAPEAMENTO DE DESAFIOS DOS MUNICÍPIOS CEARENSES .....	<b>5</b>
3 PASSOS PARA CUIDAR MELHOR .....	<b>6</b>
COLOCANDO EM PRÁTICA AS AÇÕES PROPOSTAS A PARTIR DO MAPEAMENTO E MELHORANDO OS RESULTADOS DOS INDICADORES .....	<b>7</b>
GERAL   ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) .....	<b>8</b>
REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL .....	<b>14</b>
REDUÇÃO DA MORTALIDADE POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL(AVC) E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM) .....	<b>31</b>
REDUÇÃO DA MORTALIDADE POR ACIDENTE DE TRÂNSITO ENVOLVENDO MOTOCICLETA .....	<b>42</b>
REFERÊNCIAS .....	<b>51</b>
ANEXOS .....	<b>55</b>

# MAPEAMENTO DE DESAFIOS DOS MUNICÍPIOS CEARENSES

Lançado em janeiro de 2021, o programa Cuidar Melhor é um pacto de cooperação entre o Estado do Ceará e seus municípios para implementação de políticas destinadas à superação das principais causas de adoecimento e óbito da população cearense e também para redução das desigualdades em saúde.

Para melhor orientar os municípios do estado do Ceará em relação aos indicadores do Programa Cuidar Melhor, foi criado um instrumento que mapeia avanços e desafios em relação ao grau de implementação de políticas públicas que auxiliem na redução das principais taxas de óbitos por causas evitáveis. São elas: i) Mortalidade Infantil, ii) Mortalidade por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e por Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), e iii) Mortalidade por Acidentes de Trânsito envolvendo Motocicletas.

O objetivo principal do **“Mapeamento de desafios dos municípios cearenses”**, disseminado em forma de questionário para todo o estado e respondido por 100% dos municípios, foi compreender melhor a sua realidade no que diz respeito a realização de ações e processos de trabalho em saúde que podem influenciar diretamente no cumprimento das metas do programa.

Com base nas informações compartilhadas no mapeamento, traremos, ao longo desse documento, orientações para que os resultados de saúde do Ceará sejam cada vez melhores.

# 3 PASSOS PARA CUIDAR MELHOR

Para Cuidar Melhor do seu município, é necessário garantir a integração das ações e serviços em redes, potencializar a atuação da atenção primária à saúde e viabilizar uma adequada articulação intersetorial. Para tanto, siga os 3 passos para Cuidar Melhor dispostos a seguir:

## 1º PASSO:

Visite o site do Programa Cuidar Melhor e entenda mais sobre o Programa! Revise materiais já publicados; acesse o painel de indicadores de esforço e impacto; saiba mais sobre a premiação cuidar melhor e tire suas dúvidas.

[programas.saude.ce.gov.br/CuidarMelhor](http://programas.saude.ce.gov.br/CuidarMelhor) 

## 2º PASSO:

Conheça as propostas da Agenda Saúde na Cidade, iniciativa do IEPS para gestões saudáveis e responsáveis em municípios, que conta com 10 propostas para melhorar a saúde dos brasileiros e um passo a passo prático para que lideranças e profissionais de secretarias de saúde respondam aos desafios da saúde pública em 3 dimensões:

- a. Perfil de mortalidade: Como atuar sobre as principais causas de morbidade e mortalidade da população brasileira;
- b. Gestão de sistemas de saúde: Iniciativas para reduzir as vulnerabilidades do sistema no nível da gestão;
- c. Resiliência a pandemias e outras emergências sanitárias: Como atuar a partir dos aprendizados adquiridos no enfrentamento da covid-19 pela gestão municipal.

[saudenacidade.org](http://saudenacidade.org) 

## 3º PASSO:

Aproveite este documento, entenda mais sobre os avanços e desafios do Ceará na implementação de Políticas Públicas diretamente relacionadas ao Programa Cuidar Melhor e coloque em prática as propostas criadas a partir do *Mapeamento de Desafios dos Municípios Cearenses* para melhorar seu Índice de Qualidade em Saúde (IQS).

**Vamos lá?**



# **COLOCANDO EM PRÁTICA AS AÇÕES PROPOSTAS A PARTIR DO MAPEAMENTO E MELHORANDO OS RESULTADOS DOS INDICADORES**

## GERAL | ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

### Indicador da Premiação Cuidar Melhor [INDICADOR DE ESFORÇO]

Proporção de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde

### AÇÕES PARA MELHORAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA DO SEU MUNICÍPIO

- Aumente a Cobertura de Atenção Básica
- Fortaleça aspectos de estrutura e processo de trabalho na APS
- Garanta Recursos Humanos para equipes de Atenção Básica
- Organize a carteira de serviços ofertados
- Regule o acesso dos usuários aos equipamentos da rede de saúde, mantendo a APS como ordenadora do cuidado



## GERAL | ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Segundo Mendes (2012), a Atenção Primária à Saúde (APS) possui funções essenciais que lhe permitem ordenar todo o sistema de atenção à saúde: a função resolutiva, de responder a 85% dos problemas mais comuns de saúde, a função ordenadora, de coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações, e a função de responsabilização pela população usuária dos serviços adscrita ao território. As recomendações a seguir contribuem fortemente para a melhora destas funções.

*Antes de tudo, conheça as Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) e mapeie quais dessas condições tem impulsionado a queda do indicador*

A [Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008](#) define a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária, utilizada como instrumento de avaliação do indicador 1. Dados disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS, processado pelo DATASUS, podem informar o quantitativo de internações por CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde) em uma determinada localidade geográfica e determinado período de tempo.

Ao **avaliar o quantitativo de internações do seu município por causas consideradas como CSAP**, é possível dimensionar quais causas/doenças mais impulsionam na redução do indicador. Mas atenção: em municípios de pequeno porte as comparações estatísticas podem ser inviabilizadas pelo baixo número de internações ou óbitos por causas ou faixas etárias específicas. Nesses casos, é interessante avaliar dados agregados por regiões de saúde.

O número de internações por CSAP pode ser alto por duas razões. A primeira delas ocorre por falhas no manejo das doenças e agravos em saúde, ou seja, nas ações voltadas para o diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução dos danos causados por essas doenças. A segunda ocorre pela insuficiência de ações e políticas de promoção e prevenção, essenciais para impedir que grupos populacionais adoeçam.

### 5 pontos para fortalecer a Atenção Primária em Saúde no seu município

## 1 AUMENTE A COBERTURA DE ATENÇÃO BÁSICA

Investir em atenção primária à saúde (APS) é a melhor maneira de garantir o acesso das pessoas ao sistema de saúde. Segundo a OMS (2018), os países que investem mais em APS têm maior capacidade de resolver os principais problemas de saúde de suas populações. Expandir a cobertura de APS e torná-la a porta de entrada dos sistemas de saúde aumenta também a eficiência no uso de recursos públicos. (Tasca et al., 2020).

**43,5%** dos municípios do Ceará referem ter planos para expandir a cobertura de atenção primária em suas cidades. Outros **40%** referem possuir **100%** de cobertura de APS.

A [proposta 3 da Agenda Saúde na Cidade](#) versa detalhadamente sobre como aumentar a cobertura de Atenção Básica.

## 2 FORTALEÇA ASPECTOS DE ESTRUTURA E PROCESSO DE TRABALHO NA APS

Diversos estudos realizados no âmbito da APS evidenciam que além da ampliação do número de equipes, há também uma forte associação entre a ocorrência de internações por condições sensíveis à atenção primária e aspectos da estrutura e do processo de trabalho. Nesse sentido, investir em acessibilidade e melhoria da qualidade dos serviços de APS podem reduzir significativamente o número de hospitalizações potencialmente evitáveis (Castro, 2020).

Para melhorar o acesso e a qualidade nos serviços, é necessário consolidar a Estratégia Saúde da Família (ESF) orientando-se pelos atributos da APS. São eles:

- atributos essenciais para as ações e serviços da APS: (i) acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; (ii) longitudinalidade; (iii) integralidade; e (iv) coordenação de atenção
- dimensões derivadas, que qualificam as ações dos serviços de APS: (i) orientação familiar (atenção à saúde pessoal e familiar); (ii) orientação comunitária; (iii) competência cultural

Conhecendo os atributos, é possível **identificar a presença e a extensão** de cada um deles, avaliando-os até mesmo separadamente, apesar de se apresentarem inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva dos serviços de APS (Brasil, 2020).

Para identificar a presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde, partindo da experiência das pessoas que utilizam os serviços, dos profissionais e dos gestores, o Ministério da Saúde atualizou, em 2020, o [Manual do Instrumento De Avaliação Da Atenção Primária à Saúde](#).

O [PMAQ-AB \(Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica\)](#), em 2015, iniciava seu 3º ciclo de incentivo a gestores e as equipes de saúde a melhorar a qualidade dos serviços oferecidos aos cidadãos do território. O objetivo do programa era propor e incentivar um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde. Conheça o [manual instrutivo](#) para entender um pouco mais sobre a presença e extensão de atributos da APS.

## NA PRÁTICA

**Selos de Gestão da Qualidade na Atenção Primária à Saúde** - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

O Projeto *QualificaAPSUS Ceará* avalia a qualidade na Atenção Primária à Saúde através de dois eixos: Gestão da Unidade (infraestrutura, recursos humanos, recursos materiais e tecnológicos, gerenciamento de risco, entre outros) e Atributos da APS, e certifica equipes de saúde através de selos que visam garantir:

- Selo Bronze: a segurança do cidadão e da equipe;
- Selo Prata: o gerenciamento dos processos, com o propósito de agregar valor aos cidadãos;
- Selo Ouro: os resultados para a comunidade.

### 3 GARANTA RECURSOS HUMANOS PARA EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA

Um dos problemas que influenciam diretamente na incorporação dos atributos da APS é a oferta insuficiente de recursos humanos formados de maneira qualificada para atuar em atenção básica (OMS, 2018).

É necessário capacitar a força de trabalho para a Estratégia Saúde da Família, principalmente em territórios vulneráveis, tendo em vista que no Brasil, há desigualdade na alocação dos recursos humanos, ocasionados por falta de **mecanismos para garantia de distribuição de pessoal**.

Modelos de APS que investem em profissionais qualificados, proporcionando integração principalmente na estratégia de agentes comunitários de saúde, podem reduzir a mortalidade por diabetes, doenças cardiovasculares e hospitalizações de gestantes (Mrejen et al., 2021).

Estratégias que podem ajudar a prover rearranjos de recursos humanos mais flexíveis são a promoção do **apoio assis-tencial às equipes de APS por meio do cuidado compartilhado, interconsultas, matriciamento** e outras iniciativas realizadas por equipes multiprofissionais; o **uso da telemedicina** (recentemente regulamentada no Brasil); a **elaboração de planos de formação profissional voltadas para atenção primária em saúde** (Tasca et al., 2020); e a **criação de estratégias de alocação de profissionais de saúde** a partir do mapeamento de critérios como distância de centros urbanos e alta rotatividade profissional.

*87% dos municípios cearenses não possuem planos de formação profissional (graduação, pós-graduação) com foco atenção primária em saúde no município*

## PARA IR ALÉM

Veja como **treinar, capacitar e motivar a força de trabalho na Atenção Básica**, de acordo com a Agenda Saúde na Cidade.

## 4 ORGANIZE A CARTEIRA DE SERVIÇOS OFERTADOS

Para ofertar melhores serviços na APS, é necessário **mapear as necessidades da população** a partir dos dados de saúde, **fortalecer a clínica e o trabalho em equipes**, reconhecendo as atribuições de cada profissional e as ações e procedimentos ofertados aos cidadãos. Sendo assim, a criação de uma carteira de serviços que seja transparente e garantidora da homogeneidade das práticas realizadas pelo município se faz necessária. A população precisa estar informada do que pode encontrar em cada Unidade de Saúde no âmbito da APS.

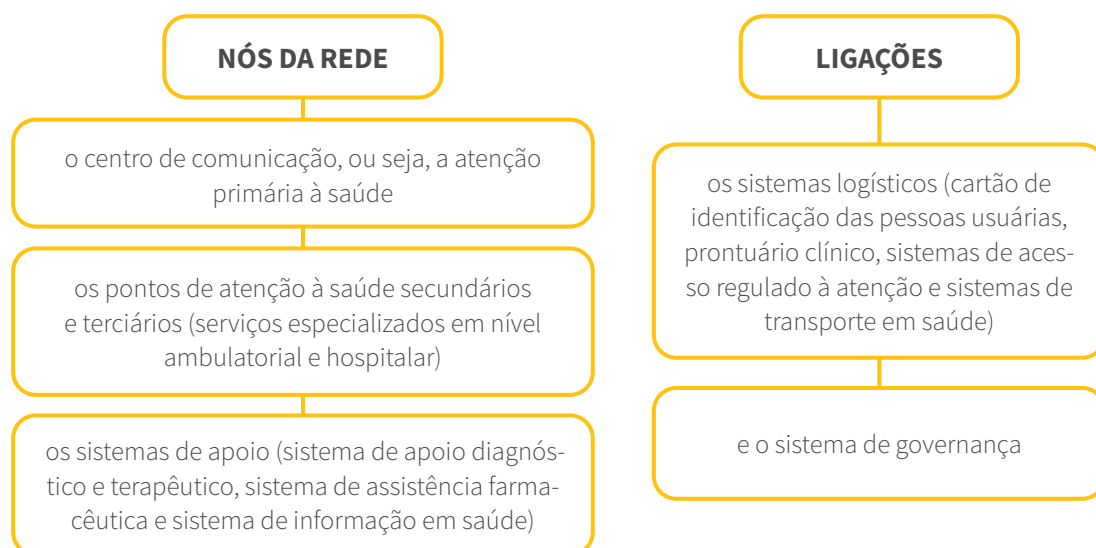
É importante, ainda, **submeter a carteira de serviços a consultas públicas** como forma de ampliar a discussão, basear decisões e democratizar a informação, incentivando profissionais e população a tomar parte do processo de revisão e definição das normas e diretrizes para o funcionamento das equipes e dos serviços de atenção primária.

### PARA IR ALÉM

Conheça a [versão profissionais e gestores](#) e a [versão para a população](#) da carteira de serviços proposta pelo Ministério da Saúde para conhecer a lista de ações e serviços clínicos e de vigilância em saúde que devem ser ofertados no âmbito da APS.

## 5 REGULE O ACESSO DOS USUÁRIOS AOS EQUIPAMENTOS DA REDE DE SAÚDE, MANTENDO A APS COMO ORDENADORA DO CUIDADO

A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde é formada por cinco componentes, que representam os “nós da rede” e as “ligações que comunicam os diferentes nós” (Mendes, 2011). São eles:



Fonte: Adaptado de Mendes, 2011.

Na concepção de Redes de Atenção à Saúde, cabe a atenção primária coordená-las, isto é, cabe a ela todo o processo de conhecimento e relacionamento íntimo das equipes de saúde com a população, que deve estar estratificada em subpopulações e organizada socialmente por famílias e domicílios. Nesse sentido, todos os **fluxos e contrafluxos de pessoas na rede devem ser orientados pela APS**.

Para garantir que a APS funcione como centro de comunicação, é importante que os centros de especialidades, por exemplo, sejam acessados mediante sistema de regulação acionado por gestores e profissionais da atenção primária.

## PARA IR ALÉM

Saiba mais sobre [sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e sistemas de transporte em saúde](#) a partir da página 146 do livro *As redes de atenção à saúde* (Eugênio Vilaça Mendes / Organização Pan-Americana da Saúde).

# REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

## Indicador para cálculo do Índice Municipal de Qualidade (IQS) em Saúde [INDICADOR DE IMPACTO]

Taxa de mortalidade infantil

## Indicadores da Premiação Cuidar melhor [INDICADORES DE ESFORÇO]

Proporção de recém-nascidos filhos de gestantes adolescentes

Proporção de gestantes cadastradas e vinculadas até o 3º mês de gestação

Taxas de cobertura vacinal em crianças menores de 1 ano

## AÇÕES PARA REDUZIR A MORTALIDADE INFANTIL NO SEU MUNICÍPIO

### I. MENINAS E MULHERES

- Amplie o acesso dos jovens aos serviços de atenção primária e incentive a participação de adolescentes em atividades educativas e cuidados com a saúde;
- Promova ações de saúde voltadas para sexualidade e Direito Sexual e Reprodutivo e Garanta o fornecimento de métodos contraceptivos em toda a rede de atenção primária;
- Estabeleça uma estratégia intersetorial para prevenção da gravidez na adolescência, promovendo interface entre saúde, educação, esporte e cultura;

### II. GESTANTES

- Proporcione um primeiro atendimento na APS antes do 3º mês de gestação, além de garantir a realização de, pelo menos, 6 consultas de pré-natal;
- Intensifique o uso de protocolos e diretrizes para classificar o risco gestacional ao realizar o primeiro atendimento na APS;
- Elabore um fluxograma de gestantes para o seu município;
- Realize a vinculação de gestantes a maternidades da rede, estabelecendo comunicação entre os níveis de atenção para a gestante;
- Garanta a realização de consultas para puérpera e bebê na primeira semana após o parto;

### III. CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO

- Programe uma eficiente distribuição e descentralização de doses para garantir o esquema vacinal completo de crianças menores de 1 ano e use dados de cobertura vacinal para programar campanhas de vacinação;
- Crie mecanismos de incentivo ao aleitamento materno;
- Combata a desnutrição e anemias carenciais;
- Avalie as principais causas de óbitos por crianças menores de 1 ano para conduzir ações específicas, elabore e implemente protocolos e guias de acompanhamento para crianças de até 1 ano.

# REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

Para abordar a questão da mortalidade infantil, faz-se necessário um esforço conjunto de várias políticas públicas setoriais visando atacar os determinantes sociais que compõem o problema. No âmbito da APS, contudo, as causas de morte infantil e neonatal são majoritariamente evitáveis pela ação efetiva dos serviços de saúde, principalmente no âmbito da atenção primária.

Em relação às políticas de saúde, o primeiro passo para reduzir a mortalidade infantil é garantir acesso e qualidade nos serviços de saúde aos seguintes grupos populacionais: **i) meninas e mulheres; ii) gestantes; e iii) crianças menores de 1 ano.**

## **i) Meninas e Mulheres**

Achados dos estudos que investigam a relação entre a mortalidade fetal ou infantil e a gravidez na adolescência indicam que os filhos de adolescentes possuem em torno de 1,20 a 4,00 vezes mais risco de morte durante o primeiro ano de vida, comparados aos de mães com 20 anos e mais de idade. (Menifield C. & Dawson J., 2008; Chen X. et. al., 2008; Malamitsi-Puchner A & Boutsikou T., 2006; Nuñez A. & Cruz I.; 2004; Gilbert W. et. al. 2004; Alexander M. et. al. 2004; Simões V. et. al. 2003; Donoso S. et. al. 2003).

A seguir estão dispostas ações para mitigar esse problema.

## **Amplie o acesso dos jovens aos serviços de atenção primária e incentive a participação de adolescentes em atividades educativas e cuidados com a saúde**

Muito se fala sobre a baixa procura dos adolescentes pelos serviços de Atenção Primária no Brasil, contudo, o convite às unidades básicas não é suficiente para garantir a adesão desse público.

Para resolver esse problema, é necessário, antes de mais nada, que os profissionais da rede estejam sensibilizados para articular canais que facilitem o reconhecimento da expressão e das potencialidades dos adolescentes por meio de manifestações diversas como atividades artísticas, esportivas e culturais, rádio ou jornal comunitário, campeonatos, gincanas, grupos de voluntários, palanque da cidadania, olimpíadas desportivas ou intelectuais (Brasil, 2013a).

A saúde dos adolescentes está intimamente interligada à promoção do protagonismo juvenil e do exercício da cidadania, além do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários. Nesse sentido, estimular o envolvimento dos adolescentes na criação e participação dos próprios cuidados em saúde, formando, entre eles, agentes multiplicadores, é fundamental.

Dentre os temas estruturantes para atenção integral à saúde de adolescentes e jovens estão: aprendizados sobre equidade de gênero, direitos sexuais e reprodutivos; a formulação de um projeto de vida são elementos-chave para a prevenção à violência, a prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e principalmente a gravidez não intencional na adolescência, fator de risco para mortalidade infantil e fetal.

**35%** dos municípios, de acordo com o mapeamento, referem não possuir diretrizes claras para realização de ações voltadas à saúde dos adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde

## NA PRÁTICA

### **Projeto Rede de Adolescentes e Jovens Promotores da Saúde (RAP da Saúde) - Rio de Janeiro - RJ**

Foram constituídas equipes de jovens promotores de saúde, lotados em polos (localizados em unidades básicas de saúde) para atender à comunidade, cujo principal objetivo era ampliar as ações de promoção da saúde na cidade do Rio de Janeiro por meio do protagonismo juvenil, da intersetorialidade e da participação comunitária.

Os atores envolvidos no projeto eram classificados como: multiplicadores - adolescentes com perfil para mobilizar ações de promoção da saúde; dinamizadores - jovens com experiência em atividades de protagonismo juvenil que se responsabilizam pela formação e pelo acompanhamento dos adolescentes multiplicadores; facilitadores regionais - jovens experientes, com conteúdo suficiente para ser uma referência técnica, supervisionando a equipe no território; profissionais de apoio, estagiários (comunitários ou universitários) e consultores: pessoas que agregam novas metodologias, como teatro, atividades físicas, técnicas de comunicação, mapeamento comunitário, monitoramento e avaliação, entre outras; coordenação e assessorias (gestão; apoio às equipes; arte e cultura; comunicação e articulação comunitária): responsáveis pelo gerenciamento do projeto, formação, integração das equipes, articulação política, captação de parceiros e recursos, monitoramento e avaliação.

O Rap da Saúde busca: promover a saúde e o desenvolvimento de adolescentes e jovens; qualificar adolescentes e jovens como promotores de saúde; realizar ações de promoção da saúde protagonizadas por adolescentes e jovens nas unidades de saúde, escolas, comunidades e na cidade de forma geral; qualificar a interlocução entre os jovens e os serviços de saúde; ampliar a participação dos jovens nos espaços de formulação e implantação de políticas públicas; fortalecer a articulação intersetorial com vistas à promoção da saúde; dar visibilidade positiva aos jovens das comunidades populares, em especial os(as) jovens negros(as); ampliar o acesso à cultura favorecendo a circulação dos jovens na cidade e a integração entre as comunidades.

## PRÁTICAS INOVADORAS

### **Fique atento às práticas mais inovadoras do Ceará relacionadas à redução da mortalidade infantil!**

O município de **Icapuí** ganhou o primeiro lugar do Concurso Município Inovador 2022 com a prática inovadora **Monitoramento vacinal em tempo real**.

O município de **Mucambo** ganhou em quinto lugar no Concurso Município Inovador 2022 com a prática **Estratégia de fortalecimento da saúde materna infantil** de Mucambo/Ceará.

O município de **Abaiara** ganhou em sexto lugar no Concurso Município Inovador 2022 com a prática **Projeto mãe nota 10 - Compromisso no acompanhamento a saúde da criança**.

O município de **Jaguaribe** ganhou em sétimo lugar no Concurso Município Inovador 2022 com a prática **Redução da mortalidade infantil**: realidade em Jaguaribe/CE.

O município de **Fortim** ganhou em décimo lugar no Concurso Município Inovador 2022 com a prática **Navegando no mundo da saúde bucal**.

Em breve, será publicado o Manual de Práticas Inovadoras pela Escola de Saúde Pública do Ceará.



Acesse o documento: [Experiências exitosas do Laboratório de Inovações na Atenção à Saúde](#) e conheça iniciativas inovadoras e boas práticas em saúde para adolescentes e jovens.

### **Promova ações de saúde voltadas para sexualidade e Direito Sexual e Reprodutivo e Garanta o fornecimento de métodos contraceptivos em toda a rede de atenção primária**

Aspectos como a influência dos meios de comunicação e da mídia, os tabus e inibições sexuais, a ausência de diálogo e a desestruturação familiar, bem como o distanciamento entre os conteúdos ministrados em sala de aula e a realidade dessas jovens influenciam no aumento de casos de gestações em adolescentes (Heidemann M., 2006).

Existem ainda estudos apontando que a queda da idade média da menarca e da iniciação sexual, a falta de informação sobre métodos contraceptivos e a dificuldade de identificar o período fértil, sejam fatores determinantes para aumentar ainda mais essas taxas, principalmente em territórios onde o nível de escolaridade e socioeconômicos são baixos (Belo M., 2004).

As evidências estão na contramão dos tabus acerca do tema da sexualidade, onde pressupõe-se que falar sobre sexo incentiva o início da vida sexual, falar sobre sexualidade não se adianta ou retarda o início das relações, mas se favorece a proteção das mesmas (Heidemann M., 2006). Nesse sentido, é de extrema relevância garantir informação qualificada aos adolescentes, **sensibilizando e capacitando profissionais para o atendimento aos adolescentes, criando espaços de atendimento (principalmente em territórios vulneráveis) e garantindo ações de saúde nas escolas.**

É necessário, portanto:

- a. Promover ações de prevenção da violência sexual em adolescentes que envolvam a família, escola e os outros equipamentos do Sistema de Garantia de Direitos, ressaltando que, conforme o Art. 217-A da Lei 12.015/09 do Código Penal configura Estupro de vulnerável, ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos;
- b. Aprimorar os protocolos de atendimento em casos de violência sexual incluindo comunicação a autoridade policial conforme Portaria nº 2.561, de 23 de setembro de 2020;
- c. Criar estratégia e logística para garantir a distribuição de métodos contraceptivos em todas as unidades básicas de saúde da rede e não somente em pontos específicos da rede;

De maneira geral, os adolescentes podem usar a maioria dos métodos anticoncepcionais disponíveis. Contudo, alguns métodos são mais adequados que outros para este grupo. A caminha masculina ou feminina deve ser incentivada pois é o único método que oferece dupla proteção (protegendo ao mesmo tempo das infecções sexualmente transmissíveis e da gravidez não intencional).

*No mapeamento, mais de **90%** dos municípios referem dispor de métodos contraceptivos de tipos variados, sendo **25%** destes dispondo de 6 a 8 métodos, e **52%** dispondo de 3 a 5 métodos*

## PARA IR ALÉM

O documento Proteger e Cuidar da Saúde dos Adolescentes na Atenção Básica estabelece fluxogramas e protocolos para o cuidado dos adolescentes, inclusive nos temas da sexualidade, planejamento reprodutivo e cuidado integrado frente a infecções por IST, anticoncepção de emergência, etc.

### Estabeleça uma estratégia intersetorial para prevenção da gravidez na adolescência, promovendo interface entre saúde, educação, esporte e cultura

Para fortalecer as políticas públicas relacionadas à prevenção e redução da gravidez na adolescência de forma intersetorial, é necessário “(...) expandir, por meio da inclusão de novos atores, o grau de institucionalização e alcance das ações de prevenção, atenção e proteção relacionadas à gravidez não intencional na adolescência, incluindo adolescentes que se encontram fora do sistema educacional” (UNFPA, 2017).

Invista em projetos de prevenção à gravidez não intencional na adolescência a partir de análise de dados, serviços e estratégias de comunicação. Isto permitirá desenvolver ações de educação permanente para profissionais de saúde e da educação que lidam com jovens e adolescentes nas seguintes frentes:

- a. Proporcionar maior acesso dos adolescentes a informações e habilidades para a vida, enfatizando a prevenção da gravidez não intencional na adolescência por meio de estratégias e campanhas de comunicação;
- b. Capacitar profissionais indicados das áreas da saúde e educação e, eventualmente, também da assistência social e judiciário, para oferecer serviços de qualidade na atenção a adolescentes;
- c. Certificar e reconhecer equipes de saúde que forneçam serviços adequados para adolescentes;
- d. Fornecer dados concisos e boas práticas para prevenção da gravidez na adolescência.
- e. Incentivar pesquisas no tema na rede pública com financiamento e/ou premiações.

*Apenas **38,5%** das cidades do Ceará possuem programas de prevenção da gravidez não intencional na adolescência que incluem adolescentes e jovens em sua concepção e implementação*

## PARA IR ALÉM

O documento Diretrizes intersetoriais para a garantia de direitos sexuais e direitos reprodutivos, prevenção e atenção integral à gravidez de adolescentes, iniciativa da UNICEF com a Prefeitura de São Paulo, relaciona o contexto sociocultural, econômico e político, assim como as dimensões étnico-raciais e de gênero à prevenção da gravidez durante a adolescência, elencando os esforços necessários dos distintos setores públicos responsáveis pela formulação e pela implementação de políticas públicas.

A Estratégia Regional para Prevenção e Redução da Gravidez não Intencional na Adolescência - Uma Aliança Sub-Regional para avançar com a implementação das Políticas no Cone Sul fez uma análise conjunta de situação e resposta voltada à prevenção e redução da gravidez não desejada de adolescentes e jovens da Argentina, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai, utilizando o modelo de forças, fraquezas, ameaças e oportunidades e a identificação das “lições aprendidas”.

## ii) Gestantes

Os óbitos neonatais e fetais costumam resultar de problemas relacionados à saúde da gestante. Nesse sentido, ambas as condições devem subsidiar o planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde para a mulher e o recém-nascido. No caso de óbitos fetais, são necessárias intervenções específicas na atenção pré-natal e do parto, respectivamente (Lansky, S., 2013). De acordo com o Ministério da Saúde:

“A assistência pré-natal adequada (componente pré-natal), com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar (sistema de regulação – “Vaga sempre para gestantes e bebês”, regulação dos leitos obstétricos, plano de vinculação da gestante à maternidade), além da qualificação da assistência ao parto (componente de parto e nascimento – humanização, direito à acompanhante de livre escolha da gestante, ambiência, boas práticas, acolhimento com classificação de risco – ACCR), são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.” (Brasil, 2013c)

### **Proporcione um primeiro atendimento na APS antes do 3º mês de gestação, além de garantir a realização de, pelo menos, 6 consultas de pré-natal**

Gestantes devem ser acompanhadas por, **pelo menos, 6 consultas de pré-natal** realizadas por médicos e enfermeiros, sendo uma no primeiro trimestre da gestação, duas no segundo e três no terceiro, além da **consulta odontológica** e de outros profissionais que se julguem necessários, de acordo com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento<sup>1</sup>, cujo objetivo é reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal registradas no país e adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência neonatal. Já a Organização Mundial da Saúde, recomenda que sejam realizadas no mínimo oito consultas, incluindo a consulta odontológica.

É importante que as **gestantes iniciem seu pré-natal assim que tiverem a gravidez confirmada**. A estratégia de captação precoce é papel das equipes de saúde da família, já que o acompanhamento adequado e em tempo oportuno das gestantes previne complicações tanto para mãe quanto para bebê. A busca ativa também é um recurso potente no caso de gestantes que não aderem às consultas de pré-natal.

1. Link: Portaria nº 569, de 1º de Junho de 2000

Segundo Domingues et al. (2015) o início precoce do pré-natal proporciona melhor definição de métodos diagnósticos e terapêuticos que permitam identificar distintas patologias que geram graves consequências para a saúde materno-infantil, possibilitando, também, o monitoramento mais adequado da evolução da gestação e do desenvolvimento fetal.

Um dos objetivos do primeiro atendimento de pré-natal até o terceiro mês é proporcionar a realização da triagem de situações que imponham risco ao pré-natal. Nesse sentido, é de suma importância **garantir que as gestantes tenham acesso a exames laboratoriais na APS imediatamente após o diagnóstico da gestação.**

A literatura sugere que iniciar tardiamente o pré-natal prejudica a realização do número mínimo de consultas e implica em um menor êxito na obtenção dos resultados dos exames de rotina, além de colaborar para a inconclusão do esquema vacinal dos recém nascidos. A falta dos resultados destes exames pode, ainda, dificultar o diagnóstico de doenças como, por exemplo, a sífilis e o HIV.

Para facilitar a captação precoce de gestantes:

- a. Os Agentes Comunitários de Saúde das equipes de saúde da família são imprescindíveis tanto na captação quanto na orientação da periodicidade de consultas, por meio de visitas domiciliares em mulheres que apresentam amenorréia há mais de quinze dias e na orientação quanto à importância do pré-natal;
- b. É importante que as unidades básicas de saúde ofereçam, em todo o horário de funcionamento, o teste imunológico para gravidez (TIG), que pode ser feito pelo profissional de saúde da unidade básica;
- c. Estudos apontam (Domingues et al., 2015) que mulheres sem trabalho remunerado realizam menor número de consultas pré-natal e as realizam tardiamente.
- d. Gestantes nulíparas (que nunca tiveram filhos) possuem maior risco para a gestação atual; a multiparidade está relacionada à inadequação da assistência pré-natal (Brasil, 2013c).

Além disso, para facilitar o acesso das gestantes nas unidades básicas, é importante que o atendimento desse público seja prioritário, ou seja, que a agenda das equipes seja mantida aberta para tirar dúvidas e ouvir gestantes, ainda que não haja consulta agendada, ou que seja necessário programar um tempo maior de consulta para esse grupo.

## **Intensifique o uso de protocolos e diretrizes para classificar o risco gestacional ao realizar o primeiro atendimento na APS**

A primiparidade (condição de parir pela primeira vez) está associada à possibilidade de hipertensão gestacional (Brasil, 2013c). Nesse sentido, a atenção das equipes de saúde para essas particularidades deve ser redobrada. Além disso, residir em região metropolitana, a gestante ser a chefe da família, o(a) chefe da família ter escolaridade menor que cinco anos e a família receber benefício social do governo (o que evidencia a presença das desigualdades sociais em todo o seu contexto) também se configuram como fatores de risco durante a gestação (Garcia, et. al., 2019).

Nesse sentido, a estratificação de risco é um ponto de extrema importância para a atenção à gestante. É importante avaliar o risco da gestação tão logo o pré-natal se inicie, mantendo esse protocolo em todas as consultas subsequentes. Para as gestantes de alto risco, é necessária vigilância mais ativa, **visitas domiciliares mais frequentes e principalmente o encaminhamento em tempo oportuno ao pré-natal especializado, se necessário**. A caracterização de uma situação de risco, todavia, não implica necessariamente na referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. É papel do município estabelecer, informar e orientar profissionais de saúde quanto a esses protocolos.

É importante lembrar que as unidades básicas de saúde continuam responsáveis pelo acompanhamento da gestante encaminhada para diferentes serviços de saúde.

No Ceará, apenas **6,5%** das cidades referem não ter protocolos e diretrizes para classificar o risco gestacional ao realizar o primeiro atendimento de uma gestante na rede

## PARA IR ALÉM

Entenda os fatores de risco gestacional e as situações em que deve ou não ser considerado o encaminhamento ao pré-natal de alto risco e/ou à emergência obstétrica no [Caderno de Atenção Básica 32 - Atenção ao pré-natal de baixo risco](#) e no [Nascer no Ceará: condutas assistenciais para a linha de cuidado materno-infantil do estado do Ceará](#) para criar, a partir dessas e outras evidências, seu protocolo de classificação de risco gestacional.

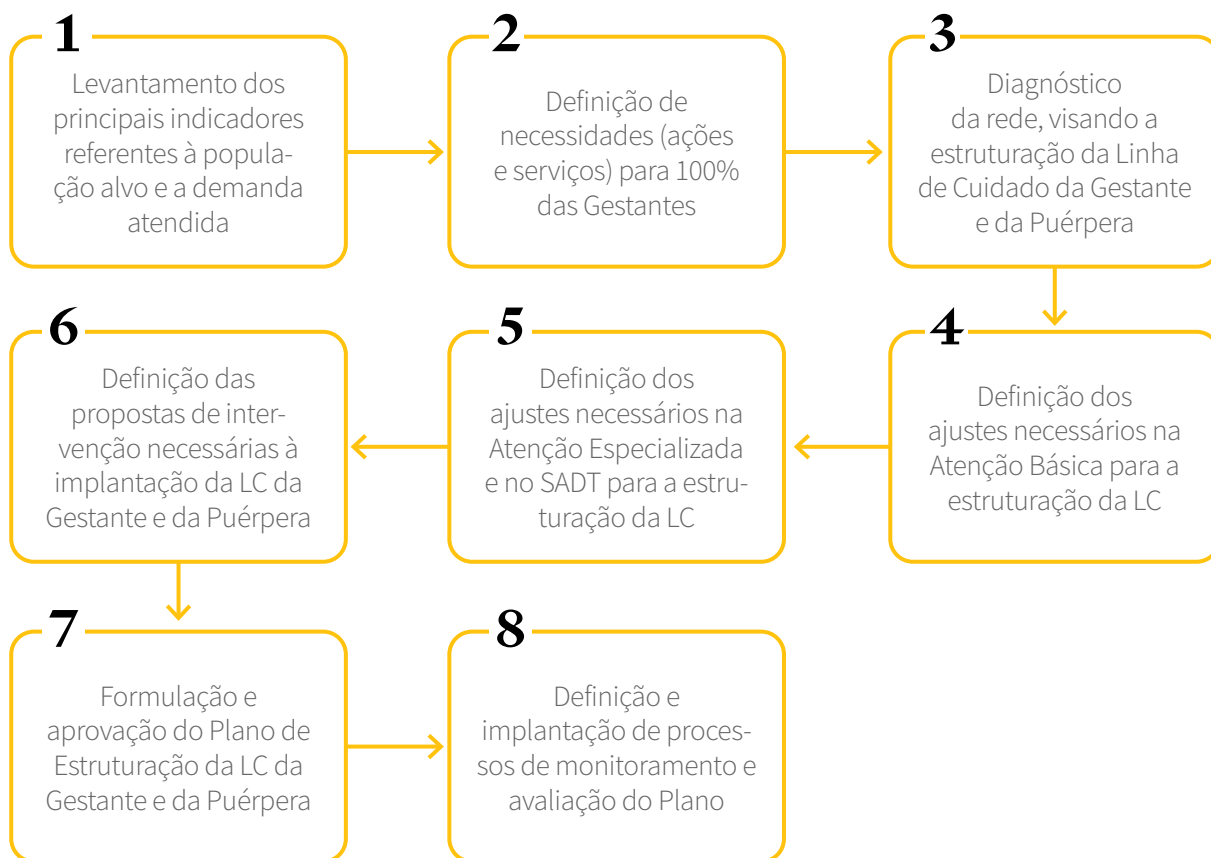
O estudo [Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível?](#) elenca os escores das variáveis que compõem o risco gestacional e classificam o risco gestacional segundo fatores sociais como zonas de moradia, raça/cor, escolaridade, cobertura de saúde bucal, e diversos outros fatores. Compreenda quais desses fatores devem ser considerados para realizar busca ativa de gestantes no território.

## Elabore um fluxograma de gestantes para o seu município

A atenção à gestante é compartilhada entre os níveis de atenção, mesmo para aquelas de risco habitual. Por essa razão, cada Unidade Básica de Saúde precisa saber para onde (qual maternidade) e como encaminhar ou vincular suas gestantes. Além disso, todos os profissionais da APS responsáveis por esse encaminhamento necessitam estar devidamente informados sobre o fluxo estabelecido. Para tanto, **identifique as unidades de saúde de média e alta complexidade que possam receber gestantes** dos seus territórios e elabore um fluxograma de gestantes, ou seja, uma representação esquemática que ilustre claramente o percurso da gestante no território, inclusive após o parto.

**52%** das cidades do Ceará possuem fluxograma ou Linha de Cuidado de gestantes em seus municípios, de acordo com o mapeamento.

O quadro a seguir apresenta as fases necessárias para realizar a **estruturação da linha de uma linha de cuidado para gestantes e puérperas**:



Fonte: Adaptado de Estado de São Paulo, 2010.

Para construir a linha de cuidado, é necessário garantir capacidade de interlocução, e o envolvimento de todos os atores dos diversos níveis assistenciais para garantir um fluxo centrado nos usuários, bem como a existência de ferramentas que garantam uma referência segura do cidadão aos diversos níveis de atenção.

## PARA IR ALÉM

Conheça a [Linha de Cuidado de Pré-Natal de baixo risco](#) e a [Linha de Cuidado de Puericultura](#) do Ministério da Saúde.

Conheça o [Manual de Orientação ao Gestor para Implantação da Linha de Cuidado da Gestante e da Puérpera - Estado de São Paulo](#) com a descrição das fases de implantação da linha de cuidado detalhadas.

Acesse o [Documento Técnico da Linha De Cuidado da Gestante, Parturiente e Puérpera: Quadros Sínteses e Fluxograma - Estado de São Paulo](#).

## Realize a vinculação de gestantes a maternidades da rede, estabelecendo comunicação entre os níveis de atenção para a gestante

Gestantes de alto risco necessitam ser encaminhadas em tempo oportuno a uma unidade de referência especializada ou a urgência/emergência obstétrica. Também pode haver casos excepcionais de necessidade de internação da parturiente e recém nascido. Contudo, ressalta-se que toda e qualquer gestante, ainda que de risco habitual, tem direito de **conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz**. A esse processo, dá-se o nome de vinculação. Para realizá-lo, estabeleça programas e/ou projetos de vinculação que envolvam representantes dos níveis de atenção e gestores das unidades especializadas.

*Segundo o mapeamento, metade das cidades cearenses não possuem estratégias de vinculação de gestantes a maternidades.*

De acordo com a **Linha Guia Nascer no Ceará (2017)**, já no momento do cadastramento a gestante deve ser vinculada ao serviço hospitalar que é a referência da Unidade/Município para o parto, e os seguintes cuidados devem ser observados:

- a. Deve ser anotado na Caderneta da Gestante o nome do hospital de referência para a realização do parto, bem como seu endereço e telefone;
- b. A gestante necessita ser orientada a se dirigir a esse serviço quando apresentar intercorrência clínica e a unidade básica estiver fechada, bem como nos primeiros sinais de parto;

Além disso, deve ser programada **visita guiada ao hospital** vinculado, com acompanhante, **no início do terceiro trimestre** da gestação. A recomendação é que a visita ocorra antecipadamente, para garantir a disponibilização de informações para a gestante e seus acompanhantes.

A decisão sobre a **maternidade de referência deve ser definida observando critérios de acesso e facilidade de deslocamento da gestante**, considerando ainda a capacidade instalada das maternidades e a previsão de partos/ano desses pontos de atenção da rede. Para tanto, é ideal que haja reunião entre unidades básicas e maternidades vinculadas.

Em relação a comunicação entre os níveis de atenção para a gestante, tanto na vinculação para caso de gestantes de risco habitual quanto no encaminhamento de gestantes de alto risco, é importante proporcionar o Cartão da Gestante com informações relevantes sobre razões para encaminhamento, bem como dados clínicos. Também é papel do nível especializado **viabilizar a contrarreferência**, ou seja, o retorno da puerpera e bebê após o parto à APS. Em ambientes informatizados, é de suma importância **garantir o registro das informações** referentes ao cuidado no prontuário da gestante, para que todos os profissionais envolvidos no cuidado possam prestar o melhor atendimento.

## Garanta a realização de consultas para puérpera e bebê na primeira semana após o parto

A maioria dos óbitos maternos e neonatais se concentram no puerpério imediato (1º ao 10º dia pós-parto). Contudo, o puerpério tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (após 45º dia) também são considerados fases de morbidade significativa. (Nabureka et. al. 2006; Brodribb et. al. 2013). Por isso, é necessário estabelecer **protocolos que garantam atendimento à puérpera e ao bebê logo na primeira semana após o parto**, além de consulta puerperal até o 42º dia após o parto.

É importante fortalecer as equipes de saúde da família, responsável por realizar a visita domiciliar puerperal e a consulta puerperal à mãe e bebê. A Rede Cegonha recomenda a PSSI (Primeira Semana de Saúde Integral) para colaborar com a redução da mortalidade infantil. A semana consiste na realização de atividades relacionadas à atenção à saúde das puéperas e dos recém nascidos. São elas: triagem neonatal, triagem auditiva, verificação das vacinas BCG e hepatite B, além da avaliação do aleitamento materno e, se necessário, orientações e apoio.

O cuidado no puerpério requer integração estreita dos níveis de atenção à saúde, uma vez que as equipes de saúde da família necessitam estar informadas de que mulher e recém nascidos tiveram alta da maternidade e estão retornando para a casa. É importante conhecer medicamentos, procedimentos e possíveis intercorrências para o cuidado adequado.

Dentre os compromissos das unidades básicas de saúde com puéperas e recém nascidos, estão (Brasil, 2014):

- a. conhecer o número de puéperas e recém-nascidos da área de abrangência para programar as ações de saúde e realizar visita domiciliar na primeira semana após o parto;
- b. avaliação da saúde da mãe; checar relatório de alta/cartão de pré-natal;
- c. verificar cartão da criança e relatório da alta da maternidade/unidade de assistência ao recém-nascido;
- d. identificação do recém-nascido de risco, ao nascimento;
- e. avaliar a saúde do recém-nascido;
- f. orientar sobre a importância da “Primeira Semana Saúde Integral”;

### PARA IR ALÉM

Acesse a [Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil](#) do Ministério da Saúde.

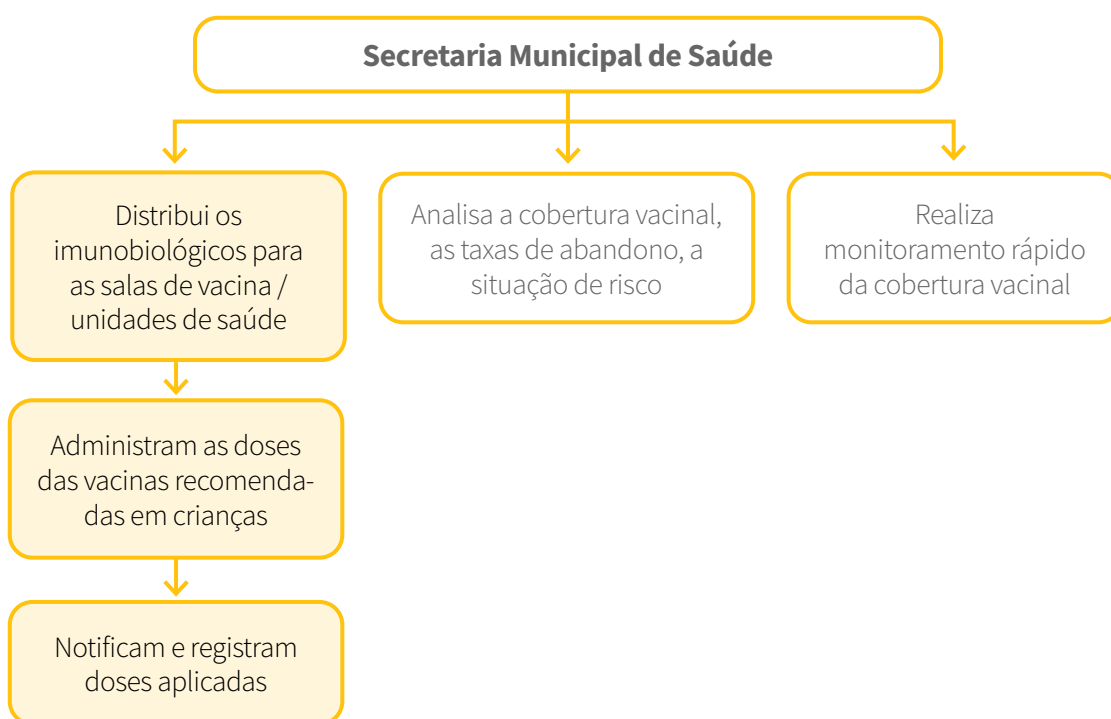
### iii) Crianças menores de 1 ano

No Brasil, o declínio na taxa de mortalidade é atribuído às mudanças nas condições de saúde e vida da população, e principalmente nos serviços de atenção primária à saúde (Aquino, 2009), que proporcionaram maior acesso ao pré-natal e promoção do aleitamento materno, aumento da cobertura vacinal e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida.



## Programa uma eficiente distribuição e descentralização de doses para garantir o esquema vacinal completo de crianças menores de 1 ano e Use dados de cobertura vacinal para programar campanhas de vacinação

É responsabilidade do governo federal prover os imunobiológicos definidos pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI). No caso do estado do Ceará, o PNI garante a gestão dos estoques estaduais de insumos, bem como o armazenamento e o abastecimento aos municípios. Cabe então aos municípios a **gestão do estoque municipal dos insumos, o armazenamento e o transporte para todos os locais de uso**. Para tanto, é importante gerir os estoques adequadamente nas unidades básicas de saúde, evitando o desabastecimento.



Fonte: Adaptado de Estratégias de vigilância das coberturas vacinais do Ministério da Saúde, 2021.

O serviço de vacinação municipal deve sistematizar estratégias de intervenção e correção de problemas detectados: **i) identificando problemas e elaborando propostas de intervenção; ii) definindo atores responsáveis pelas ações e monitorando os processos e execução; iii) avaliando a efetividade da intervenção; produzindo e disseminando informação** (Brasil, 2021).

A vigilância das coberturas vacinais (CVC) deve priorizar (Brasil, 2021):

- a. a população a ser vacinada:
  - i. As equipes de saúde necessitam **conhecer seu “denominador”**, ou seja, o número de crianças do território a serem vacinadas para cada vacina, e assim, planejar a necessidade de vacinas e insumos para esses grupos;
  - ii. as doses subsequentes a serem aplicadas nessas mesmas crianças devem ser aprazadas, e a população deve ser orientada ao retorno na data correta;

- iii.** As ações no território e a **busca ativa de faltosos** deve fazer parte da rotina de trabalho das equipes de saúde;
  - b.** o registro de doses aplicadas:
    - i.** As equipes devem ser treinadas e qualificadas para inserir dados de vacinação nos sistemas oficiais em tempo oportuno
    - ii.** Possíveis erros de registro devem ser corrigidos a partir da análise periódica dos dados gerados

Algumas estratégias que podem ser adotadas por equipes de APS para aumentar a cobertura vacinal (Brasil, 2018a), são:

- a.** Ampliar o acesso e o funcionamento das salas de vacina nas unidades básicas de saúde. Estas devem estar sempre à disposição, ou seja, abertas durante todo o horário de funcionamento da unidade. Ainda, recomenda-se que seja o último serviço a ser fechado;
- b.** Não se deve condicionar a apresentação de comprovante de endereço para vacinar, mas apenas o CNS/CPF. Usuários que pertençam a grupo de risco ou prioritário devem ser vacinados, mesmo que não possuam identificação;
- c.** Na ausência de sistemas de informação, a vacinação deve ser realizada ainda assim, com registro das informações em fichas, que depois poderão ser digitalizadas nos sistemas. Ausência de rede de internet ou computadores não deve ser razão para interromper a vacinação;
- d.** Se houver necessidade de fechar a sala de vacina por questões logísticas como contagem de estoque, a população deve ser avisada do dia e horário em que isso ocorrerá, com antecedência. Contudo, é de suma importância garantir esse processo de trabalho para evitar desabastecimento de doses ou materiais.

## PARA IR ALÉM

O [Guia de Vigilância em Saúde](#) traz informações imprescindíveis para organizar no município a estratégia de vacinação, o registro de doses, medidas para garantir a qualidade dos dados, relação de principais indicadores a serem monitorados, estimativas populacionais para cálculo de denominadores e métodos de avaliação e intensificação das coberturas vacinais.

## Crie mecanismos de incentivo ao aleitamento materno

A contribuição para a redução da mortalidade neonatal via aleitamento materno exige a implementação de programas de saúde materno infantil efetivos. De acordo com a OMS (2005), o aleitamento materno na primeira hora de vida é reconhecido como um componente importante na promoção, proteção e suporte e deve ser implementado como uma prática de rotina em todos os países a fim de reduzir a mortalidade neonatal. Além disso, um importante estudo afirma que 16% dos óbitos neonatais poderiam ser evitados se todos os neonatos fossem amamentados desde o primeiro dia, e 22% se o aleitamento materno fosse iniciado na primeira hora de vida (Edmond et. al., 2006).

Esses achados possuem implicações importantes para programas de saúde neonatal, que devem dar ênfase considerável ao início precoce do aleitamento materno, bem como à promoção do aleitamento materno exclusivo.

O Caderno de Atenção Básica 32 do Ministério da Saúde (2012) lista uma série de evidências quanto aos **benefícios do aleitamento materno**. São elas: Diminuição de morbidade especificamente relacionada a infecções como meningite bacteriana, bacteremia, diarreia, infecção no trato respiratório, enterocolite necrosante, otite média, infecção do trato urinário e sepse de início tardio em recém-nascidos pré-termo; diminuição das taxas de morte súbita do lactente; redução de hospitalizações; risco de hospitalização por vírus sincicial respiratório (VSR); redução de alergias; risco de desenvolvimento de dermatite atópica; redução da obesidade; diminuição do risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes; efeito positivo no desenvolvimento intelectual; melhor desenvolvimento da cavidade bucal, etc.

As equipes de atenção básica devem estar capacitadas para acolher e orientar quanto aos benefícios da amamentação para mãe, criança, família e sociedade como a importância do alojamento conjunto, os riscos do uso de chupetas, mamadeiras e qualquer tipo de bico artificial; orientação quanto ao correto posicionamento da criança e pega da aréola; como realizar a ordenha manual do leite, como guardá-lo e/ou doá-lo; como superar dificuldades como o ingurgitamento mamário, oferecer apoio emocional e estimular a troca de experiências, dedicar tempo e ouvir suas dúvidas, preocupações e dificuldades.

De acordo com Semantic et al. (2013) e UNICEF (2005), todas as unidades de saúde que prestam assistência neonatal devem:

- a. Possuir normativa sobre aleitamento que seja rotineiramente transmitida a toda a equipe. A equipe, por sua vez, deve estar capacitada para implementar essa norma;
- b. Informar gestantes sobre as vantagens da amamentação, bem como auxiliá-la mostrando como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
- c. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno (exceto em caso de indicação médica), encorajando a amamentação sob livre demanda, seja individualmente ou por meio de grupos de apoio à amamentação.

### PARA IR ALÉM

Acesse o [Manual de implementação da estratégia nacional para promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável no Sistema Único de Saúde](#), do Ministério da Saúde.

## Combata a desnutrição e anemias carenciais

De acordo com a OMS (2011), 200 milhões de crianças menores de cinco anos residentes em países em desenvolvimento como o Brasil não atingem seu potencial de desenvolvimento, e a anemia é um dos fatores atribuídos a essa condição. Essas crianças possuem maior probabilidade de baixo rendimento escolar, o que provavelmente contribui para a transmissão intergeracional da pobreza com implicações para o desenvolvimento dos países. Estratégias de suplementação já discutidas e implementadas em todo o mundo já acumulam evidências de eficácia e efetividade (OMS, 2016).

Como a deficiência de ferro é uma das principais causas da anemia, e evidências referentes ao impacto da suplementação com vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade apontam para redução do risco global de morte em 24%, de mortalidade por diarreia em 28% e mortalidade por todas as causas, em crianças HIV positivo, em 45%, é importante investir em estratégias de suplementação de nutrientes para reduzir a mortalidade infantil.

As equipes de saúde devem **incentivar ações de promoção à saúde e prevenção da desnutrição**, além do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, uso do ferro profilático e vitaminas para recém-nascidos prematuros e de baixo peso, suplementação medicamentosa de vitamina A em áreas endêmicas, suplementação alimentar para gestantes desnutridas, nutrizes e crianças em risco nutricional (Brasil, 2004).

Para tanto, é necessário identificar, antes de tudo, crianças e famílias cadastradas em programas de transferência de renda ou de distribuição de alimentos, consideradas prioritárias para essas ações.

As equipes de atenção primária necessitam avaliar e captar crianças em risco nutricional ou desnutridas, e, mediante avaliação, realizar o acompanhamento segundo protocolos específicos.

## NA PRÁTICA

### **Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes (vitaminas e minerais) em Pó - NutriSUS**

A estratégia NutriSUS consiste na adição de uma mistura de vitaminas e minerais em pó em uma das refeições diárias oferecidas às crianças de 06 - 48 meses de idade. Os micronutrientes em pó são embalados individualmente na forma de sachês (1g), e ocorre por ciclos planejados dentro de um ano letivo em creches públicas ou conveniadas ao poder público.

Adiciona-se um sachê de 1g, diariamente por 60 dias (de segunda a sexta-feira), em uma das refeições da criança até finalizar o ciclo de 60 sachês. Em seguida, é realizada uma pausa na administração de 3 a 4 meses. Após esse período, inicia-se outro ciclo de 60 dias, seguindo essa sequência até que a criança complete 48 meses de idade.

Implantada inicialmente nas creches participantes do Programa Saúde na Escola, a iniciativa tem o objetivo de potencializar o pleno desenvolvimento infantil, a prevenção e o controle da anemia e outras carências nutricionais específicas na infância.

A adesão ao NutriSUS ocorre junto ao Programa Saúde na Escola (PSE). Os passos para a implantação da estratégia no município estão no [FAQ do NutriSUS](#).

### **Avalie as principais causas de óbitos por crianças menores de 1 ano para conduzir ações específicas, elabore e implemente protocolos e guias de acompanhamento para crianças de até 1 ano**

A vigilância da mortalidade infantil e fetal<sup>2</sup> é obrigatória nos serviços de saúde. O objetivo dessa vigilância é identificar os fatores determinantes e subsidiar a adoção de medidas que possam prevenir a ocorrência de óbitos evitáveis. Entretanto, o sub-registro e a subenumeração das causas básicas de óbito acabam por impedir um cálculo preciso das principais razões pelas quais essas mortes ocorrem, sendo necessário avaliar estimativas.

Nesse sentido, uma das ações mais importantes para identificar as falhas de atenção à saúde e **aprimorar a prestação de serviços de saúde** para evitar essas mortes está em implementar estratégias de vigilância de mortalidade, cujas diretrizes estão dispostas no **Guia de Vigilância em Saúde** do Ministério da Saúde. Em relação ao acompanhamento da criança, além da “Primeira Semana Saúde Integral”, em que todo recém nascido deve ser acolhido na Unidade Básica de Saúde para checagem dos cuidados tanto para a mãe quanto para a criança, diversas outras ações realizadas no âmbito da atenção primária são imprescindíveis no primeiro ano de vida:

- a. garantir a avaliação da presença de situações de risco e vulnerabilidade à saúde do recém-nascido, encaminhar para o nível especializado (se e quando necessário) e a orientar os responsáveis sobre a eventual busca por atendimentos de emergência;
- b. realizar orientações sobre cuidados com o recém nascido;
- c. criar estratégias para garantir a realização da triagem neonatal, proporcionando busca ativa no território em casos faltosos com a ajuda dos agentes comunitários de saúde;
- d. orientar responsáveis e famílias sobre o cumprimento do calendário de vacinação (cuja caderneta deve ser acompanhada);
- e. elaborar calendário de consultas na APS (definindo locais de realização das consultas - se em domicílio ou na unidade básica - e profissionais de referência), considerando o risco de agravos, nutricionais, de desenvolvimento e de infecções para redefinir/aumentar o número de consultas médicas, se necessário;
- f. elaborar indicadores de acompanhamento da atenção à saúde das crianças no primeiro ano de vida.

2. Link: Portaria nº 72, de 11 de Janeiro de 2010

Para dar conta dessa lista, é importante ter um guia para as equipes de atenção primária contendo orientações sobre como conduzir essas ações, e principalmente, implementar a Política de Atenção Integral à Saúde da Criança<sup>3</sup>, articulando o alinhamento de ações e serviços de saúde da criança no Plano Municipal de Saúde e no Planejamento Regional.

*56% dos municípios relatam dispor de protocolos, guias e/ou fluxos definidos para acompanhamento de crianças menores de 1 ano na atenção básica*

## PARA IR ALÉM

Acesse a [Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança](#) para entender a organização da atenção à saúde da criança e as responsabilidades das secretarias de saúde dos municípios

Acesse o [Caderno de Atenção Básica 33 - Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento](#) para orientar-se sobre os principais processos para acompanhar crianças e evitar óbitos infantis

## PRÁTICAS INOVADORAS

### Fique atento às práticas mais inovadoras do Ceará relacionadas à redução da mortalidade infantil!

O município de **Icapuí** ganhou o primeiro lugar do Concurso Município Inovador 2022 com a prática inovadora **Monitoramento vacinal em tempo real**.

A prática premiada em quinto lugar no Concurso Município Inovador 2022 foi a **Estratégia de fortalecimento da saúde materna infantil de Mucambo/Ceará**.

O município de **Abaiara** ganhou em sexto lugar no Concurso Município Inovador 2022 com a prática **Projeto mãe nota 10 - Compromisso no acompanhamento a saúde da criança**.

A prática premiada em sétimo lugar no Concurso Município Inovador 2022 foi a **Redução da mortalidade infantil: realidade em Jaguaribe/CE**.

O município de **Fortim** ganhou em décimo lugar no Concurso Município Inovador 2022 com a prática **Navegando no mundo da saúde bucal**.

Em breve, será publicado o Manual de Práticas Inovadoras pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

3. Link: Portaria nº 1130 de 5 de Agosto de 2015

# REDUÇÃO DA MORTALIDADE POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)

## Indicadores para o cálculo do Índice Municipal de Qualidade (IQS) em Saúde [INDICADORES DE IMPACTO]

Taxa de mortalidade por acidente vascular cerebral  
Taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio

## Indicadores da Premiação Cuidar melhor [INDICADORES DE ESFORÇO]

Proporção de pacientes hipertensos cadastrados  
Proporção de pacientes diabéticos cadastrados  
Taxa de internação por diabetes e hipertensão na população de 20 anos ou mais

## AÇÕES PARA REDUZIR A MORTALIDADE POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM) NO SEU MUNICÍPIO

### I. MANEJO DE FATORES DE RISCO

- Implemente linhas de cuidado para hipertensão e diabetes
- Acompanhe pessoas vivendo com hipertensão no município
- Acompanhe pessoas vivendo com diabetes no município
- Conheça os usuários que foram internados por complicações da hipertensão e/ou diabetes

### II. RASTREIO DE FATORES DE RISCO

- Cadastre a população nos serviços de atenção primária
- Identifique a população eletiva para receber os serviços de acordo com a disposição das unidades básicas de saúde no território
- Qualifique os profissionais para o cuidado de usuários hipertensos e/ou diabéticos
- Qualifique os registros nos sistemas de informações

### III. PREVENÇÃO A FATORES DE RISCO

- Monitore os fatores de risco para hipertensão e diabetes
- Institua uma Política de Promoção da Saúde no seu município

# REDUÇÃO DA MORTALIDADE POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) E INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020) destacaram que a hipertensão arterial é o principal fator de risco para o AVC. Além disso, dados do estudo INTERHEART sinalizaram que 25% dos infartos (IAM) podem ser atribuídos à hipertensão arterial (HA) (Yusuf et al., 2004). Trata-se de uma condição crônica assintomática, com alta prevalência, fácil diagnóstico mas de difícil controle pela baixa adesão aos cuidados e tratamento (Barroso et al., 2020).

O infarto do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC) estão entre as principais causas de morte dos pacientes com diabetes (Morrish et al., 2001). Estudos epidemiológicos comprovaram que há uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular (Molitch et al., 2003), por isso, a estratégia clínica de prevenção cardiovascular requer uma avaliação do estado diabético.

No entanto, o diabetes mellitus (DM) pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica eventualmente é feita pelos sintomas, e sim pelos seus fatores de risco. Desta forma, as equipes de Atenção Básica precisam estar atentas aos sintomas de diabetes e também para seus fatores de risco (história familiar da doença, idade, obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial, dislipidemia, diagnóstico prévio de pré-diabetes ou diabetes mellitus gestacional e outros componentes da síndrome metabólica (Brasil, 2013; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020).

Para reduzir a mortalidade por AVC e IAM é de suma importância executar ações no âmbito da APS nos seguintes eixos: **i) manejo de fatores de risco; ii) rastreamento de fatores de risco; e iii) prevenção de fatores de risco.**

## **i) Manejo de fatores de risco**

### **Implemente linhas de cuidado para hipertensão e diabetes**

A linha de cuidado é o caminho que o usuário percorre no serviço de saúde e só será efetiva se este “itinerário” estiver bem descrito e estruturado, com padronizações e orientações técnicas que organizam a oferta das ações de saúde no município.

Ao implementar determinada linha, é possível garantir a continuidade assistencial dos serviços ofertados. Ao definir as atividades de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos que serão realizadas por cada linha de cuidado, determina-se, também, qual serviço de saúde é responsável por cada ação proposta.

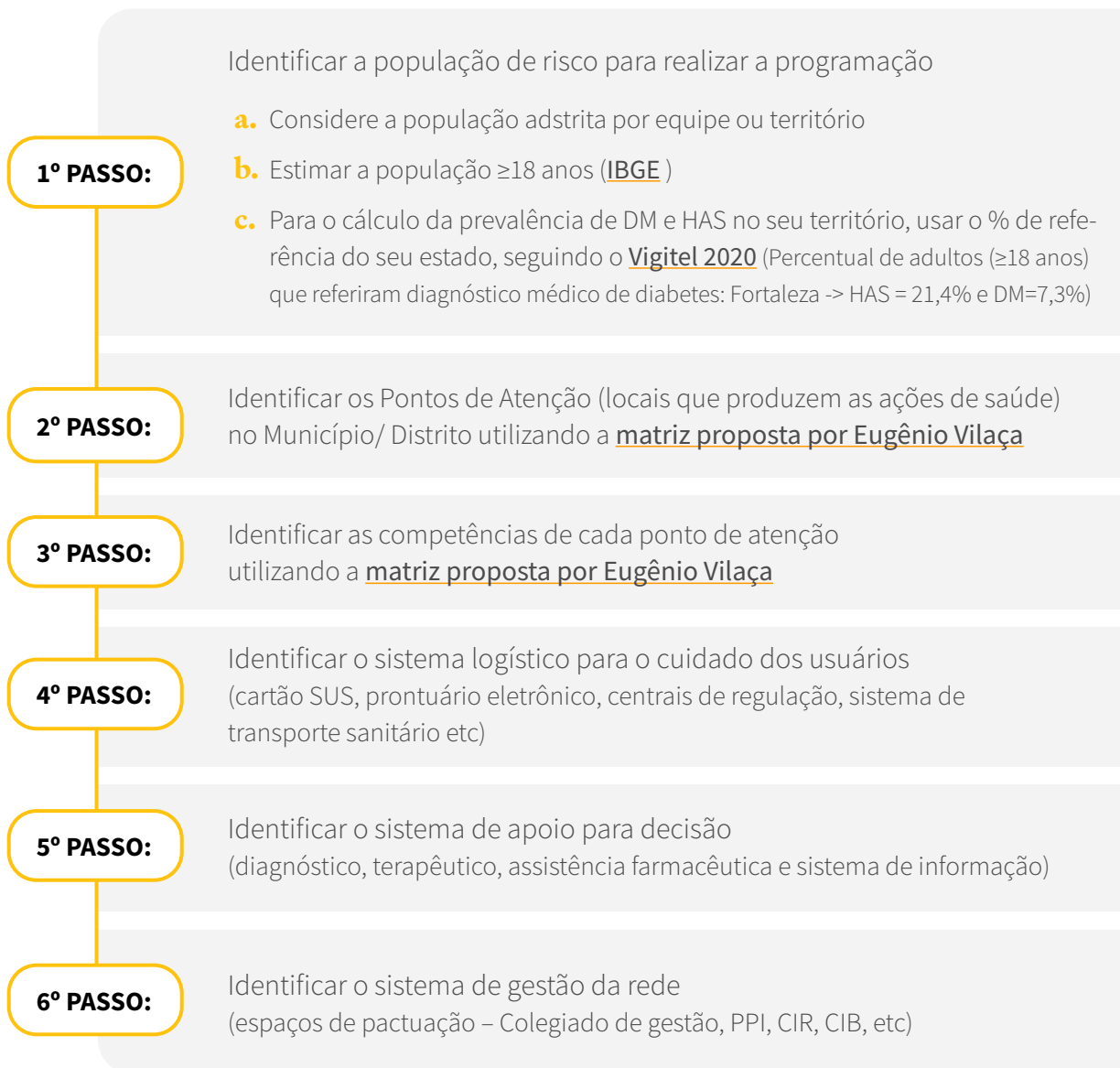
Considere que a concepção de qualquer linha de cuidado só é possível uma vez que as ações e serviços estejam vinculados a ações multiprofissionais, ou seja: pressupondo o rompimento de atividades centradas em profissionais específicos, fragmentadas, desarticuladas.

Uma linha de cuidado bem sucedida precisa que cinco macroprocessos funcionem, são eles: organização da vigilância e da informação em saúde, comunicação em saúde efetiva, valorizar as ações intersetoriais, organização da rede de serviços, conhecer grupos prioritários e protocolos (Malta e Merhy, 2010).



Vale ressaltar que a estrutura de uma linha de cuidado direciona o caminho, mas os usuários podem acessá-la em diferentes momentos, seja um usuário hipertenso cadastrado pela equipe da unidade ou um usuário que teve um AVC ou infarto e precisa ser acompanhado pela sua unidade de referência.

## PASSO A PASSO PARA MODELAGEM DE UMA LINHA DE CUIDADO



Fonte: Adaptado de Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes - Departamento de Atenção Básica Ministério da Saúde

## PARA IR ALÉM

A implementação da Linha de Cuidado de Doenças Crônicas não Transmissíveis é potencialmente uma das formas mais efetivas de melhorar o bem estar das populações. O Panorama IEPS 2 analisa o manejo dessa linha e apresenta diversas iniciativas que estão sendo implementadas nos municípios brasileiros.

Conheça a linha de cuidado de hipertensão arterial sistêmica do governo do estado de São Paulo.

Acesse a Linha de Cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica no Adulto do Ministério da Saúde.

## Acompanhe pessoas vivendo com hipertensão no município

O Relatório de indicadores de desempenho (terceiro quadrimestre de 2021) do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica demonstra que, no estado do Ceará, apenas 18% das pessoas hipertensas tiveram a Pressão Arterial (PA) aferida em cada semestre. Este resultado sugere que: i) os usuários hipertensos não têm sido acompanhados como preconizado e/ou ii) o registro das informações de saúde de pessoas com hipertensão está prejudicado.

A periodicidade das consultas de acompanhamento para hipertensos varia de acordo com o risco cardiovascular do usuário. Recomenda-se que haja consulta odontológica anual e que as consultas médicas e de enfermagem sejam intercaladas, conforme o quadro a seguir.

Risco cardiovascular	Consulta médica	Consulta de enfermagem
BAIXO	ANUAL	ANUAL
MODERADO	SEMESTRAL	SEMESTRAL
ALTO	QUADRIMESTRAL	QUADRIMESTRAL

Fonte: Adaptado de Caderno de Atenção Básica nº 37 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica

Para continuidade e longitudinalidade do cuidado, a consulta anual com o enfermeiro(a) da equipe deve ser tão valorizada quanto a consulta com o profissional médico. A gestão municipal tem um papel fundamental na sensibilização da população e na gestão dos processos de trabalho na APS para valorização do acompanhamento dos usuários via consulta de enfermagem.

Outro ponto importante a ser destacado é a necessidade de realizar busca ativa de usuários hipertensos já cadastrados na unidade que por ventura não compareçam às consultas em tempo oportuno. As equipes devem estar atentas aos usuários faltantes ou que aparecem com intuito de renovar a receita, são estes que precisam de um olhar atento para não agravar sua condição de saúde.

Os resultados do Estudo de Framingham (1948) mostraram que a incidência de infarto agudo do miocárdio é duas vezes maior em hipertensos. Para o acidente vascular cerebral, a incidência é quatro vezes maior no mesmo grupo se comparados aos normotensos (Wolf et al., 1991).

Sobre a aferição da PA nas unidades básicas de saúde, é recomendado que seja realizada sempre pelo mesmo profissional, sempre que possível. Estudos mostram que a aferição realizada pelo técnico(a) de enfermagem reduz o efeito do avental branco (diferença de pressão obtida entre a medida registrada no consultório e fora dele) se comparado com médicos e enfermeiros (Sega et al., 2005). Contudo, ressalta-se que a aferição da PA é um procedimento imprescindível e deve ser realizado por qualquer profissional habilitado, em casos onde a escuta inicial pelo técnico(a) ou auxiliar de enfermagem não seja possível.

Cabe à gestão municipal disponibilizar os insumos necessários para as ações em saúde de rotina e se estruturar para disponibilizar e/ou encaminhar para exames complementares, quando necessário.

Além disso, a gestão tem um papel fundamental na comunicação com a população, seja na valorização da consulta de enfermagem ou no estímulo às ações de promoção da saúde. Por isso, campanhas institucionais voltadas a comunicar a população sobre as estratégias de cuidado existentes são importantes.

Conheça o [Guia de Referência Rápida para hipertensão](#) do município do Rio de Janeiro.

### Acompanhe pessoas vivendo com diabetes no município

O Relatório de indicadores de desempenho (terceiro quadrimestre de 2021) do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica para o estado do Ceará demonstra que apenas 50% dos usuários diabéticos têm solicitação de hemoglobina glicada. Os resultados apontam que há solicitação de exames, o que indica que os usuários diabéticos têm sido acompanhados, mas ainda há o que melhorar.

A hipertensão arterial é 2,4 vezes mais frequente nos indivíduos com diabetes. Por isso, os usuários diabéticos precisam manter a PA controlada para diminuir o risco de AVC (Barroso et al., 2020).

A maioria dos usuários diabéticos são acometidos pelo Diabetes tipo 2 e geralmente se apresenta em indivíduos adultos com longa história de excesso de peso e história familiar de diabetes tipo 2 (Brasil, 2013b).

Para mudar esse cenário, mudanças de estilo de vida são essenciais. A promoção dos hábitos saudáveis e a prática regular de atividade física são indispensáveis para o tratamento do diabetes tipo 2, por exemplo, que pode ser acrescido ou não de um tratamento medicamentoso.

Desta forma, as ações de promoção da saúde relacionadas à atividade física, alimentação, tabagismo e consumo de álcool são fundamentais para este grupo. Por isso, o município deve ter ações de promoção da saúde estruturadas para que os profissionais possam ofertar aos usuários.

Quanto às consultas para usuários diabéticos, a periodicidade será definida de acordo com a estratificação de risco (médio, alto, muito alto e gestão do caso) e seus respectivos critérios.

O exame da hemoglobina glicada é recomendado para o acompanhamento de usuários diabéticos uma vez que reflete os níveis médios dos últimos dois a três meses. Somente 50% dos diabéticos cearenses tiveram o exame solicitado no terceiro quadrimestre de 2021. Quando o diabetes não está controlado pode provocar complicações graves, como alterações na visão, problemas renais, risco aumentado de AVC, dentre outros.

Entre as complicações crônicas, as úlceras nos pés ou pé diabético e amputação de extremidades são as mais graves e com maior impacto socioeconômico. Estudos mostraram que essa complicação é responsável por 40% a 70% das amputações não traumáticas de membros inferiores (Grupo de Trabalho Internacional Sobre Pé Diabético, 2001).

*Aproximadamente **20%** das internações de indivíduos com diabetes ocorrem por lesões nos membros inferiores*

*Fonte: Caderno de Atenção Básica - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (diabetes mellitus).*

***85%** das amputações de membros inferiores no diabetes são precedidas de úlceras nos pés*

*Fonte: Caderno de Atenção Básica - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica (diabetes mellitus).*

*Todos os usuários com diabetes têm alto risco cardiovascular.*

*Fonte: Barroso et al., 2020.*

A prevenção para essas úlceras é avaliação anual dos pés dos usuários diabéticos na consulta com médico(a) ou enfermeiro(a). Na consulta também deve ser avaliada a sensibilidade e integridade dos pés para prevenir possíveis danos. Além disso, o autocuidado deve ser estimulado para todos os usuários diabéticos - tanto aqueles que apresentam ulcerações quanto os demais, visando evitar as lesões.

*14 municípios cearenses fazem avaliação dos pés em menos de 30% dos usuários com diabetes, de acordo com o mapeamento de desafios.*

## PARA IR ALÉM

Conheça o [Guia de Referência Rápida para diabetes](#) do município do Rio de Janeiro

Acesse o Caderno de Atenção Básica: [Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus](#); Acesse também o [Manual do pé diabético](#).

## Conheça os usuários que foram internados por complicações da hipertensão e/ou diabetes

No início deste material, na parte sobre Atenção Primária, foi destacada a importância de conhecer a lista de Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP). Considerando que o Programa Cuidar Melhor tem como um dos indicadores de impacto a redução da mortalidade por AVC e IAM, mapeie os usuários internados com diagnósticos relacionados à hipertensão e diabetes.

A atenção básica é ordenadora do cuidado (Brasil, 2018c) e mesmo que um usuário dê entrada no sistema de saúde por outro ponto da rede, o usuário deve ser encaminhado à sua unidade básica de saúde para que seja dada continuidade ao tratamento. É papel da gestão municipal organizar os fluxos de referência e contrarreferência para que os usuários não fiquem desassistidos.

*74 municípios cearenses informaram que raramente ou geralmente pessoas vivendo com doenças e agravos não transmissíveis, após eventos agudos em unidades de pronto atendimento e hospitalizações, são contrarreferenciadas (retornam) para unidades de atenção primária.*

## ii) Rastreio de fatores de risco

### Cadastre a população nos serviços de atenção primária

A hipertensão e diabetes são condições crônicas e por isso os usuários acometidos por essas doenças precisam ser cadastrados e acompanhados pelos serviços de atenção básica pela unidade básica de saúde de referência. Espera-se que hipertensos e diabéticos compareçam pelo menos 1 vez por semestre para acompanhamento (consulta, exames etc).

Para que os usuários sejam acompanhados, é necessário que estejam cadastrados nas unidades básicas de saúde. Ressaltamos a seguir algumas perguntas para reflexão: como tem sido o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos do seu município? Qual o percentual de hipertensos e diabéticos cadastrados? Qual o percentual de usuários hipertensos e diabéticos acompanhados?

Segundo dados do Ministério da Saúde de 2019, de acordo com o número de equipes de saúde da família habilitadas, 140 milhões de brasileiros deveriam estar cobertos. Mas, apenas 90 milhões de pessoas estão cadastradas em alguma unidade de saúde da Atenção Primária (SAPS, 2019).

A população estimada para o Ceará em 2021 são 9,2 milhões de habitantes (IBGE, 2022). Ao analisar os resultados do Painel de Indicadores da Atenção Primária do Ministério da Saúde, o estado do Ceará tem 8,5 milhões de usuários cadastrados, considerando o terceiro quadrimestre de 2021.

Ao analisar os resultados dos indicadores de saúde, percebe-se que a maioria dos usuários com hipertensão ou diabetes não estão cadastrados, e portanto não acessam o serviço de saúde. Uma vez que não estão cadastrados, estes usuários não estão sendo devidamente acompanhados e por isso as chances de agravamento das suas condições crônicas são ainda maiores. A hipertensão arterial é 2,4 vezes mais frequente em indivíduos diabéticos. E, o diabetes tipo 2 é fator de risco para acidente vascular cerebral (AVC) (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2020).

A unidade básica de saúde deve ser porta de entrada para o usuário e **ACESSO** é um atributo essencial da atenção primária. Lembre-se que dar acesso significa também:

- Sensibilizar as equipes para um acolhimento adequado (escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade (Brasil, 2017);
- Ter uma carteira de serviços ampla;
- Ter protocolo de acesso mais seguro para áreas violentas;
- Conhecer a população que se autodeclara negra (pretos e pardos), já que hipertensão e diabetes tipo II estão entre as doenças mais comuns neste grupo;
- Ofertar horário estendido (ex: **Programa Saúde na Hora**), uma das principais queixas dos usuários que trabalham.

## **Identifique a população eletiva para receber os serviços de acordo com a disposição das unidades básicas de saúde no território** **(Revisão das áreas de adscrição das equipes de saúde do seu município)**

Como as equipes estão organizadas nos territórios? Há equipes com mais de 3.500 pessoas vinculadas à ela? Estas perguntas podem nortear reflexões importantes sobre o trabalho realizado pelas equipes, a começar pelo cadastramento da população.

O território é vivo e por isso há a necessidade de conhecê-lo de perto para garantir que os usuários estejam recebendo o cuidado adequado, que só poderá ser ofertado se ele for cadastrado na unidade. Por isso, manter os cadastros atualizados é fundamental.

Os ACSs são os profissionais que conectam a equipe ao território, são eles que mantêm contato com as famílias cadastradas. Além de mapear a área e realizar os cadastros, são eles que identificam e acompanham famílias em situação de vulnerabilidade, orientam sobre os serviços de saúde, realizam visitas domiciliares e ações de educação e vigilância em saúde (Brasil, 2017).

As atribuições dos ACS são diversas, mas o cadastramento e atualização do mesmo devem ser prioridade para que as equipes estejam abastecidas de informações, especialmente, de usuários hipertensos e diabéticos.

Se o seu município precisa aumentar a cobertura de atenção básica, a primeira ação para embasar esta necessidade é identificar os vazios sanitários. Com a revisão do mapeamento do território realizada, este processo será mais fácil.

## PARA IR ALÉM

Se seu município precisa aumentar a cobertura de atenção básica, a primeira ação para embasar esta necessidade é identificar os vazios sanitários a partir da revisão da territorialização. Conheça a [proposta 1](#) da Agenda Saúde na Cidade para maiores informações.

### **Qualifique os profissionais para o cuidado de usuários hipertensos e/ou diabéticos**

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (2017), há atribuições comuns a todos os profissionais das equipes que atuam na atenção básica: cadastrar usuários; participar do acolhimento dos usuários com atendimento humanizado; acompanhar a população adscrita; praticar cuidado individual; utilizar os sistemas de informação da AB para registro de ações; promover o cuidado integral, entre outras.

Do mesmo modo, estão previstas atribuições específicas para cada categoria profissional. É preciso que os profissionais das equipes estejam cientes do seu papel para que cada saber técnico seja valorizado e a equipe consiga trabalhar com um olhar multiprofissional.

É preciso também oportunizar espaços para educação permanente e formação em serviço, para que a força de trabalho siga atualizada e motivada a refletir e melhorar suas práticas no dia a dia. Oportunizar formações voltadas para cuidados específicos também é uma estratégia. Por exemplo, capacite sua força de trabalho para avaliar e cuidar do pé diabético, oportunize formações sobre o uso de Práticas Integrativas e Complementares no cuidado de hipertensos, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) proporciona a ampliação das ofertas de cuidados em saúde, além de estimular a participação social e incentivar a corresponsabilização dos usuários no próprio cuidado – o que contribui para a resolutividade dos serviços de saúde. Busque formações que deem mais ferramentas de trabalho para suas equipes.

Cabe ressaltar que usuários crônicos são aqueles que estarão sob o cuidado da equipe por um período de médio a longo prazo. Por isso, as ações multidisciplinares que fortaleçam o vínculo do usuário com a equipe são fundamentais para que haja continuidade do cuidado.

Conheça o **Manual** de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS;

Conheça o **Informe de evidência** clínica em práticas integrativas e complementares em saúde para Hipertensão e fatores de risco para Doenças Cardiovasculares;

Conheça os **Mapas de evidências** sobre aplicabilidade clínica das práticas integrativas e complementares de saúde.

## Qualifique os registros nos sistemas de informações

Dados e informações são alguns dos principais instrumentos de trabalho das equipes de saúde. Por isso, ter registros de qualidade nos sistemas de informação é imprescindível para o planejamento e execução de ações em saúde.

A PNAB (2017) destaca que é necessário utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica (SI-SAB) para registro das ações de saúde na APS. A gestão deve estar atenta à qualidade dos dados gerados na rede e apoiar as equipes tanto na realização de capacitações para coleta e registro de dados quanto na gestão das informações, ou seja, no uso delas para a manutenção dos processos de trabalho.

Além de estarem capacitados para utilizar os diversos sistemas de informação da Atenção Primária, os profissionais e gestores de saúde devem dispor de equipamentos e infraestrutura adequada para que os registros sejam feitos.

Vale destacar que a ausência ou baixa qualidade dos registros pode impactar na perda ou redução de repasses financeiros federais.

### iii) Prevenção a fatores de risco

## Monitore os fatores de risco para hipertensão e diabetes

O fator de risco é uma característica, condição ou comportamento que aumenta a probabilidade de ter uma doença. Por isso, o município precisa ter clareza da sua capacidade de garantir que estratégias para detecção desses fatores de risco sejam eficientes e efetivas.

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020), os fatores de risco para esta condição são: idade, sexo/gênero, etnia, sobrepeso/obesidade, ingestão de sódio e potássio, sedentarismo, ingestão de álcool, fatores socioeconômicos, genética entre outros. As diretrizes também destacam *que a abordagem adequada dos fatores de risco para o desenvolvimento da HIA deve ser o grande foco do SUS.*

Já os fatores de risco para diabetes tipo 2, segundo Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, são: história familiar da doença, avançar da idade, obesidade, sedentarismo, diagnóstico prévio de pré-diabetes ou diabetes mellitus gestacional e hipertensão arterial, dislipidemia e outros componentes da síndrome metabólica.

Considerando que alguns usuários têm maior risco de desenvolver diabetes hipertensão, a gestão deve orientar as unidades que acompanhem esses usuários com mais atenção. Destacam-se: mulheres com síndrome dos ovários policísticos, mulheres com história de pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia, além dos grupos citados acima. Caso os sistemas não permitam a gestão de lista, a secretaria deve apoiar as unidades com instrumentos que permitam esse monitoramento.

Por último e não menos importante, um fator de risco pouco discutido, porém de extrema relevância para hipertensão e diabetes na população cearense é a raça/cor.

Ainda, segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2020), a etnia é um dos fatores de risco para hipertensão; e pessoas negras têm alto risco para o desenvolvimento de diabetes tipo 2. Nesse sentido, o monitoramento de fatores de risco para tais doenças que não promove qualificada análise de dados e informações com vistas ao recorte raça/cor não é suficiente para prevenir mortalidade por estas causas evitáveis.

*O Ceará tem **72,5%** da população negra, o que corresponde a mais de 6,6 milhões de pessoas, de acordo com o Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE 2019).*

## Institua uma Política de Promoção da Saúde no seu município

A Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS (2017) define que a promoção é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrassetorial e intersectorial.

As ações de promoção da saúde impactam positivamente nos fatores de risco para doenças crônicas. A partir das diretrizes e temas transversais propostos na política nacional é possível construir uma Política Municipal de Promoção da Saúde que poderá contribuir para redução de fatores de risco para hipertensão e diabetes. Ações de promoção da saúde relacionadas à alimentação saudável, atividade física e enfrentamento ao uso do tabaco e álcool contribuem para redução da mortalidade por AVC e IAM.

*De acordo com o mapeamento, **53%** dos municípios cearenses informaram que não possuem uma Política Municipal de Promoção da Saúde, existem profissionais ou setores na secretaria responsáveis pelas ações de promoção.*

Conforme a Pol. Nacional de Promoção, para construção da Política Municipal de Promoção da Saúde é necessário:

- a. Pactuar, nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e nas Regionais (CIR) e no Colegiado de Gestão do Distrito Federal (CGSES/DF), as estratégias, as diretrizes, as metas, os temas prioritários e o financiamento das ações de implantação e de implementação da PNPS
- b. Apresentar, no Conselho Municipal de Saúde, estratégias, programas, planos e projetos de promoção da saúde.
- c. Incorporar ações de promoção da saúde aos Planos Plurianual e Municipal de Saúde.
- d. Destinar recursos orçamentários e financeiros para a realização das ações de promoção da saúde.
- e. Prestar apoio institucional aos gestores e aos trabalhadores no processo de implantação, implementação, qualificação e consolidação da PNPS



Para concretizar a PNPS, as ações prioritárias estão relacionadas a:

- a. Alimentação Saudável - *os profissionais de saúde utilizam o Guia Alimentar para a População Brasileira para orientar os usuários?*
- b. Práticas corporais e atividades físicas - *seu município tem polos do Programa Academia da Saúde ou iniciativas municipais para atividade física?*
- c. Enfrentamento ao uso do tabaco e de seus derivados - *os profissionais de saúde do seu município estão capacitados conforme o **Programa de Controle do Tabagismo** para atender e tratar usuários de tabaco que queiram parar de fumar?*
- d. Promoção da mobilidade segura - *o município tem pensado ações intersetoriais para estimular o uso de capacete e outros equipamentos de segurança?*

## PARA IR ALÉM

A **proposta 10 da Agenda Saúde na Cidade** mostra outras ações importantes para implementar uma política de promoção da saúde.

Conheça programas municipais de atividade física: **Programa Academia da Cidade** e **Programa Academia Carioca**.

## PRÁTICAS INOVADORAS

### Fique atento às práticas mais inovadoras do Ceará relacionadas à redução da mortalidade por AVC e IAM!

A prática premiada em segundo lugar do Concurso Município Inovador 2022 foi **Implantação do serviço de atenção à saúde da pessoa idosa no município de São Gonçalo do Amarante-CE** relacionada a integralidade do cuidado ao diabético ou hipertenso.

No terceiro lugar, a prática premiada no Concurso Município Inovador 2022 foi **Eusébio: Ações inovadoras na APS em tempos de pandemia COVID-19** relacionada à prevenção de Acidente Vascular Cerebral.

A prática premiada no quarto lugar do Concurso Município Inovador 2022 foi: **Vantagens do uso da homeopatia no manejo de pacientes hipertensos e diabéticos em Caiçara – Cruz (CE)**

O município de **Saboeiro** ganhou em oitavo lugar no Concurso Município Inovador 2022 com a prática **Saúde na área**, cujo tema central foi a integralidade do cuidado voltado ao diabéticos e hipertensos.

A prática premiada em nono lugar no Concurso Município Inovador 2022 foi o **Projeto Viva Saudável Quixeré** relacionada à prevenção de Infarto Agudo do Miocárdio.

Em breve, será publicado o Manual de Práticas Inovadoras pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

# REDUÇÃO DA MORTALIDADE POR ACIDENTE DE TRÂNSITO ENVOLVENDO MOTOCICLETA

## Indicador para o cálculo do Índice Municipal de Qualidade (IQS) em Saúde [INDICADOR DE IMPACTO]

Taxa de mortalidade por acidentes de trânsito envolvendo motociclistas

## Indicador da Premiação Cuidar melhor [INDICADOR DE ESFORÇO]

Existência de departamento e/ou órgão municipal de trânsito (em funcionamento)

## AÇÕES PARA REDUZIR A MORTALIDADE POR ACIDENTE DE TRÂNSITO ENVOLVENDO MOTOCICLETA

### I. MUNICIPALIZAÇÃO DO TRÂNSITO

- Integre seu município ao Sistema Nacional de Trânsito (SNT);
- Estabeleça uma estrutura administrativa no município;

### II. COMUNICAÇÃO E INTERSETORIALIDADE

- Realize campanhas com foco em educação de trânsito;
- Aposte na intersectorialidade e inove nas ações.

# REDUÇÃO DA MORTALIDADE POR ACIDENTE DE TRÂNSITO ENVOLVENDO MOTOCICLETA

Segundo a OPAS (2012), os acidentes nas vias custam aos países cerca de 3% de seus Produtos Internos Brutos e quase metade (49%) das pessoas que morrem nas vias em todo o mundo são pedestres, ciclistas e motociclistas.

A causalidade dos acidentes envolvendo os motociclistas é multifatorial e apresenta relação com determinantes socioeconômicos e ambientais, como: escolaridade, renda, acesso aos meios de transporte, estado das vias e rodovias, fiscalização sistemática, manutenção dos veículos e aumento da frota.

Além destes, também podemos destacar a correlação com alguns fatores de risco, como o não uso de equipamentos de proteção individual, como os capacetes, a associação de condução com bebida alcoólica, o excesso de velocidade, a vulnerabilidade do próprio veículo, dentre outros. Portanto, a estratégia para redução dos números que envolvem acidentes por motocicleta no estado do Ceará precisa considerar todos esses pontos.

O **World Report on Road Traffic Injury Prevention** conclama para que se efetive a intersetorialidade na gestão de políticas públicas de redução de agravos no trânsito, com o efetivo envolvimento do setor de transportes, segurança viária, infraestrutura viária, regulação do mercado de veículos, planejamento urbano, entre outros.

Para reduzir a mortalidade por acidentes de trânsito envolvendo motocicletas são propostas ações nos seguintes temas: **i) municipalização do trânsito; ii) comunicação e intersetorialidade.**

## i) Municipalização do trânsito

A lei nº 9.503/97 também conhecida como Código de Trânsito Brasileiro (CTB) ressalta em seu artigo 24 a obrigatoriedade da gestão municipal do trânsito, descrevendo as competências do órgão executivo de trânsito municipal. Nelas estão incluídos o planejamento, a operação e a fiscalização do trânsito dentre outras competências. O problema é que grande parte dos municípios brasileiros ainda não possuem seu trânsito municipalizado.

O processo de municipalização do trânsito requer alguns requisitos contidos no Informativo Confederação Nacional de Municípios (box *Para Ir Além*) e uma infraestrutura mínima por parte do município, que atenda as necessidades de fiscalização, engenharia e educação no trânsito, conforme será descrito mais à frente.

*No caso do Ceará, cerca de 60% dos municípios não têm conhecimento sobre o conceito da municipalização do trânsito. Até março/2021, apenas 74 municípios estavam integrados ao SNT.*

Relatório da Confederação Nacional dos Municípios sobre a função dos municípios no Sistema Nacional de Trânsito (SNT): [Informativo CNM - Municipalização do Trânsito](#).

**Projeto Municipaliza** é uma iniciativa liderada pelo Ministério Público do Ceará que tem por objetivo fomentar o processo municipalização do trânsito no Estado.

Quando o município se integra ao SNT, quer dizer que as prefeituras tornam-se responsáveis pelo planejamento, projeto, operação, fiscalização e educação de trânsito, não apenas no perímetro urbano, mas também nas estradas municipais. Assumem as questões relacionadas ao pedestre, à circulação, ao estacionamento, à parada de veículos e à implantação da sinalização, atendendo de forma direta as necessidades da comunidade. Por menor que seja a cidade, deve ser feito tratamento especial para a circulação segura dos pedestres, ciclistas ou outros tipos de transporte. O trânsito não é feito só de automóveis ou caminhões.

Para que os municípios passem a fazer parte efetiva do SNT, exercendo plenamente suas funções, é preciso criar os órgãos ou entidades executivos municipais de trânsito. Esta estrutura deve estar apta para executar as atividades de engenharia, educação para o trânsito, controle e análise de acidentes, operação e fiscalização de trânsito, e de apoio ao funcionamento da Junta Administrativa de Recursos de Infrações - JARI.

É importante esclarecer que existem várias possibilidades para cada município estruturar sua área de trânsito. Por isso, cada município deve verificar suas peculiaridades e se adequar à legislação.

Caso o município atenda parcialmente às exigências, é necessário providenciar sua imediata complementação. O envio de documentos incompletos ou o descumprimento de todas as determinações indefere a integração do município ao Sistema.

Os documentos devem ser enviados ao CETRAN para análise e validação após vistoria in loco. Após a homologação, o CETRAN enviará a documentação do município ao Denatran para cadastro junto ao Sistema Nacional de Trânsito.

Segundo o informativo da CNM, as ações necessárias para integração do Município ao Sistema Nacional de Trânsito são:

- a. *Criação de Órgão Executivo de Trânsito:* O Município deve possuir estrutura, por menor que seja, para responder pelas atividades de sua competência. Principalmente nos Municípios menores, devem-se evitar estruturas complexas, criando apenas um departamento ou divisão de trânsito dentro de secretaria já existente, com o cargo de diretor de trânsito.
- b. *Fiscalização de trânsito:* A maioria dos Municípios não têm agentes municipais de trânsito (e nem se justifica no momento). Por isso, pode firmar convênio com a Polícia Militar (delegação), que passará a fazer as vezes de agente de trânsito do Município. Mesmo os Municípios que têm agentes podem firmar convênio com a polícia (reciprocidade).
- c. *Nomeação da Autoridade de Trânsito:* A resolução no 296 aponta a necessidade de indicação da autoridade de trânsito. Caso não seja adotada essa providência, o prefeito será o responsável direto. A função pode ser exercida por servidor já integrante da administração, evitando custo adicional.

- d. *Criação de JARI*: A Junta Administrativa de Recursos de Infrações - JARI deve estar vinculada ao órgão municipal de trânsito. Sua criação é indispensável e não há necessidade de remunerar seus membros.
- e. *Nomeação dos membros da JARI*: Basta uma portaria do Chefe do Executivo para efetivar as nomeações.
- f. *Elaboração do Regimento da JARI*: O regimento é feito pela própria JARI e homologado pelo prefeito, por meio de decreto.
- g. *Solicitação de Cadastramento junto ao CETRAN e DENATRAN*: O Município deve juntar os documentos constantes da Resolução e encaminhar ao CETRAN, que posteriormente enviará ao DENATRAN.

## Estabeleça uma estrutura administrativa no município

Os Órgãos Executivos de Trânsito podem surgir tanto da readequação de outros já existentes como da criação de novos órgãos por legislação específica. Caso o município tenha dificuldade para implantar uma estrutura maior de início, é possível criar uma seção, divisão ou departamento de trânsito dentro de uma secretaria ou departamento de transportes, de obras, planejamento ou outra atividade urbana.

Na medida em que forem sendo percebidas as necessidades locais e criadas as condições políticas e econômicas, estas estruturas podem ser ampliadas. Quando o município tiver condições de criar uma estrutura maior, poderá readequar as estruturas existentes da administração direta (secretaria, departamento, coordenadoria, divisão ou seção), ou criar uma estrutura na administração indireta (como uma autarquia ou empresa pública relacionada a transportes, obras, infraestrutura urbana, desenvolvimento urbano etc.).

O município que não tiver condição técnica ou operacional para assumir a gestão do trânsito imediatamente, pode celebrar convênios delegando suas atribuições ou parte delas com:

- a. O Governo do Estado e interveniência do Departamento Estadual de Trânsito (DETRAN);
- b. O Governo do Estado e interveniência da Polícia Militar;
- c. O Governo do Estado e interveniência do Departamento de Estradas de Rodagem (DER);
- d. Outros órgãos executivos municipais de trânsito.

Realizados os estudos necessários para a elaboração da lei de criação ou reformulação da estrutura existente, a Prefeitura deve encaminhar o projeto de lei à Câmara Municipal. Após a aprovação do novo órgão executivo municipal de trânsito, inicia-se o processo de integração ao SNT.

**Não há necessidade de criação de secretaria municipal específica para cuidar dos assuntos de trânsito, principalmente nos municípios de menor porte.** Eles devem aproveitar as atuais estruturas, criando apenas um setor encarregado de assumir as funções determinadas pela Resolução CONTRAN no 296/2008. Assim, basta que exista uma divisão de trânsito, criada por lei, dentro da estrutura de uma secretaria já existente.

## Formalize convênios no tripé fiscalização, educação e engenharia de tráfego

Apesar da aparente complexidade das atividades a serem desenvolvidas pelo município, boa parte delas podem ser implementadas por meio de parcerias, conforme prevê o Código de Trânsito Brasileiro.

*O Mapeamento de Desafios mostra que **58%** dos municípios cearenses possuem algum convênio com o Estado relacionado com questões de trânsito.*

### NA PRÁTICA

#### Convênio entre Estado e Municípios no Rio Grande do Sul

Segundo relatório da CNM, no Rio Grande do Sul, o Estado e os Municípios celebraram convênio para execução de algumas atividades estabelecidas no Código. O convênio prevê, para os municípios que não possuem agentes próprios de trânsito, o credenciamento da Polícia Militar para agir como tal. Nesse caso, ela se encarrega das atividades de fiscalização e autuação por infração de trânsito. No caso do município possuir agentes de fiscalização, então, tanto os agentes do município, como os do estado (Polícia Militar) poderão efetuar as autuações de um e de outro, reciprocamente. O convênio é firmado por tempo determinado, sendo que o estado é remunerado pelos serviços. Antes disso, apura-se a quantia de 5% (cinco por cento) que deve ser enviada ao FUNSET (Fundo Nacional de Segurança e Educação de Trânsito). O percentual do valor restante é destinado à Polícia Militar. Além disso, o município remunera o DETRAN-RS por auto de infração processado. O valor restante é repassado ao Município semanalmente.

### Fiscalização

É indispensável frisar que o convênio para fiscalização de trânsito não é apenas uma decisão do município, mas deve ser encarado como obrigação, principalmente quando não existem agentes próprios de fiscalização. Nesse caso, sem o convênio, não há quem possa efetuar autuações. Equivale a dizer que qualquer um poderá cometer infrações de trânsito sem que haja mecanismo de controle. Os eventos de trânsito estarão a descoberto e ficará caracterizada a omissão do poder público local, passível de responsabilização.

O Ministério Público tem agido com rigor em vários casos concretos com severos prejuízos para as administrações. Além de abranger todas as ações de fiscalização, os convênios não geram ônus para os municípios - do contrário, podem gerar receitas. Além disso, será possível ao município acessar as informações contidas no sistema informatizado de modo a permitir o controle estatístico das ocorrências de trânsito (outra exigência da lei). Em suma, pode-se trabalhar no:

- a. Exercício do poder de polícia administrativa de trânsito, aplicando as penalidades cabíveis e arrecadando as multas que aplicar dentro da competência legalmente estabelecida e no âmbito da circunscrição do município, através dos meios eletrônicos e não eletrônicos;
- b. Autuação, processamento de multas, seleção, capacitação, treinamento, designação e credenciamento de agentes de fiscalização.
- c. Levantamento, análise e controle de dados estatísticos: acidentes, com vítima, mortos em acidentes, volume de veículos por tipo, volume de pedestres etc.

## Educação

As demais tarefas revelam o cuidado que se deve ter com a educação para trânsito. O Ministério da Educação deverá divulgar a forma como pretende incluí-la nos currículos escolares. Independentemente disso, o município pode realizar parceria com a secretaria municipal de educação para o desenvolvimento de campanhas especiais.

É competência comum de todos os níveis de governo “estabelecer e implantar política de educação para a segurança do trânsito” (CF/88, art. 23, XII). Como se pode ver até aqui, é possível o cumprimento das obrigações de forma racional e eficiente sem gastos expressivos. Basta que haja interesse e que sejam acionados todos os mecanismos de parcerias disponíveis. Em suma, pode-se trabalhar na:

- a. Criação de área de educação de trânsito e da escola pública de trânsito conforme resolução do CONTRAN;
- b. Ações de segurança de trânsito, trabalhando os comportamentos;
- c. Introdução do tema trânsito seguro nas ações rotineiras das pessoas de todas as faixas etárias, através de linguagem específica.

## Engenharia de tráfego

Além das atividades de fiscalização e processamento de informações delegadas em convênio, cabe ao município cuidar das questões viárias por meio de serviço competente de engenharia de tráfego. O serviço deve se valer de profissionais existentes na administração ou contratar terceiros especializados para serviço específico, quando for o caso, havendo também a possibilidade de solicitar apoio do DETRAN nas questões mais complexas. O contato com Municípios que disponham de boa estrutura também é uma boa alternativa.

Ademais, o município deve se preocupar com um Plano Diretor capaz de contemplar a circulação viária em todos os seus aspectos, incluindo transporte coletivo, de carga e o uso do solo. A Constituição Federal determina que “o plano diretor, aprovado pela Câmara Municipal, obrigatório para as cidades com mais de vinte mil habitantes, é o instrumento básico da política de desenvolvimento e de expansão urbana” (art. 182, § 1o). Por isso, mesmo os municípios que não estão obrigados a criar seus planos diretores devem se utilizar desse importante instrumento para o crescimento ordenado. Em suma, é possível trabalhar na:

- a. Definição de políticas de estacionamento, carga e descarga de mercadorias, segurança de trânsito de pedestres, veículos de duas rodas, de circulação e estacionamento de veículos de tração animal etc.;
- b. Planejamento da circulação de pedestres e veículos, de orientação de trânsito, tratamento ao transporte coletivo, entre outros;
- c. Projeto de área (mão de direção, segurança, pedestres, sinalização), de corredores de transporte coletivo (faixas exclusivas, localização de pontos de ônibus, prioridade em semáforos), de pontos críticos (congestionamentos e elevado número de acidentes);
- d. Implantação e manutenção da sinalização (vertical, horizontal e semafórica);
- e. Operação de trânsito (estar na via resolvendo os problemas de trânsito);

- f. Análise de edificações geradoras ou atradoras de trânsito de veículos ou de pedestres (pólos geradores de trânsito - escolas dos mais variados tamanhos, shoppings centers, cursinhos, terminais);
- g. Autorização de obras e eventos, na via ou fora dela, que possam gerar impacto no trânsito (obras viárias, shows, jogos de futebol, passeios ciclísticos, maratonas, festas juninas, filmagens).

## PARA IR ALÉM

A Organização Mundial da Saúde (OMS) deu início em 2021 na cidade de Genebra à Década de Ação pela Segurança no Trânsito 2021-2030, com a ambiciosa meta de prevenir ao menos 50% das mortes e lesões no trânsito até 2030. O organismo internacional e as comissões regionais da ONU, em cooperação com outros parceiros da UN Road Safety Collaboration, desenvolveram um [Global Plan for the Decade of Action for Road Safety 2021-2030](#).

## ii) Comunicação e Intersetorialidade

### Realize campanhas com foco em educação de trânsito

Políticas de redução de acidentes com foco em educação de trânsito são muito importantes, de acordo com a literatura geral sobre o tema (OMS, 2015; Carvalho, 2016). Além disso, campanhas educativas de promoção e educação em permanentes em saúde são fundamentais, com enfoque não apenas nos condutores, mas também sobre os pedestres, abordando questões recorrentes que aumentam a frequência de acidentes envolvendo motocicletas, tais como: álcool e direção; velocidade excessiva; respeito à sinalização etc.

De acordo com o Mapeamento de Desafios realizado nos municípios cearenses, cerca de 40% das cidades afirmam fazer de forma rara campanhas acerca do uso de capacete em motocicletas, excesso de velocidade e condução sob influência de álcool e outras substâncias.

## NA PRÁTICA

### Campanha de conscientização aos motociclistas - Prefeitura de Catanduva/SP

Para contribuir com um trânsito cada vez mais seguro, a Prefeitura de Catanduva lançou a campanha educativa “Motociclista consciente não vira estatística”. O objetivo é despertar a atenção do público-alvo e, desta forma, levar mais segurança para as ruas e avenidas da cidade. A atividade é coordenada pela Secretaria de Trânsito e Transportes Urbanos (STU), que resolveu começar 2020 com uma ação direcionada aos motoristas sobre duas rodas. O material publicitário, fruto da iniciativa, pode ser conferido na rotatória do Corpo de Bombeiros e nas proximidades do Terminal Rodoviário João Caparroz.

Além disso, orientações estão disponíveis no site [www.catanduva.sp.gov.br](http://www.catanduva.sp.gov.br) para que o motociclista respeite as regras e seja consciente no trânsito. O respeito dos demais condutores com o motociclista,



aliás, será outro ponto marcante. Com o intuito de conscientizar que “em cima de uma moto existe alguém como você”, serão feitas abordagens nos principais cruzamentos da cidade. Haverá a distribuição de panfletos explicativos para motoristas, motociclistas e pedestres. Dados do Infomapa, ferramenta do Governo do Estado de São Paulo, mostram que dos 19 acidentes com óbitos registrados em Catanduva, no ano passado, 10 envolveram motociclistas.

O guia orientativo divulgado pela STU mostra que 33% das mortes no trânsito são com acidentes com motos. Em nível nacional, são mais de 20 mil vidas perdidas a cada ano por conta dos acidentes envolvendo duas rodas. Outro detalhe importante é que mais de 74% dos acidentes acontecem com motociclistas comuns e 2,5 milhões de pilotos se tornam inválidos para o trabalho após os acidentes. Para que o número não aumente, é preciso seguir regras básicas de segurança no trânsito, como o uso do capacete, respeito à sinalização, a indicação de manobras para os demais motoristas, revisão, manter-se visível para os motoristas, além de respeitar as faixas e limites de velocidade. A dica de ouro é nunca beber e dirigir.

## Aposte na intersetorialidade e inove nas ações

- a. Por ser um problema que perpassa múltiplos setores da administração pública, é importante que ações voltadas para a redução da mortalidade por motocicleta nos municípios cearenses **envolva a participação de atores de setores como educação, saúde, trânsito, assistência social e outros órgãos** que possam ser transversais ao tema. Para isso, pode-se criar um comitê perene de discussões, além da pactuação de atividades individuais e compartilhadas entre secretarias com foco na melhoria do indicador.
- b. O uso de inteligência pode ser um grande aliado para prevenir acidentes. É possível monitorar o perfil dos motociclistas da sua cidade (sexo, gênero, condição socioeconômica) para compreender melhor o público-alvo das suas ações e mapear lugares com alto índice de acidentes para realizar intervenções.
- c. Pode-se direcionar esforços por meio de **urbanismo tático** para trabalhar na readequação de espaços. Ao conferir novos sentidos para os lugares a partir de mudanças rápidas, reversíveis e de baixo custo, o urbanismo tático cria cidades mais amigáveis aos moradores e, muitas vezes, motiva as pessoas a repensarem seus hábitos por meio dos diferentes encontros e trocas que esses espaços possibilitam. Em determinada rua, por exemplo, a principal necessidade pode ser calçadas mais amplas. Em outra área, o ponto crítico pode ser um cruzamento no qual os pedestres necessitam de mais segurança para fazer a travessia e seja necessário controlar os níveis de velocidade.

## NA PRÁTICA

### Urbanismo tático no Recife

Com as pinturas coloridas no chão para ampliar os espaços de pedestres, a via foi redesenhada de forma que induza os veículos a trafegarem com velocidade reduzida, especialmente as motocicletas, com áreas de pedestres colocadas de forma alternada.

Para adequar a via aos pedestres, além das peças alternadas, o estacionamento também foi feito nesse formato, direcionando os condutores de veículos a reduzir a velocidade, que agora diminuiu para 30 km na via. Além disso, foram feitas 12 novas faixas de pedestres e houve expansão de 125 m<sup>2</sup> das calçadas, melhorando a segurança viária de quem anda a pé nessa área.

São diversas áreas de trânsito calmo já existentes no Recife. O objetivo da implantação do trânsito calmo é democratizar a circulação no espaço urbano, com ampliação das calçadas para os pedestres, diminuição da velocidade regulamentada e humanização das vias, transformando em ilhas de refúgio para os que andam a pé. O uso de urbanismo tático tem sido uma estratégia para redução de sinistros de trânsito no Recife. De acordo com os registros da Autarquia de Trânsito e Transporte Urbano (CTTU), o período de janeiro e fevereiro entre 2019 e 2020 registrou uma redução de 41% de sinistros com vítimas após as intervenções.

## PARA IR ALÉM

Compilado de artigos sobre urbanismo tático que responde, por exemplo, como **áreas de baixa velocidade salvam vidas** e como implementá-las: [Urbanismo Tático | ArchDaily Brasil](#).

Investir em inclusão, acessibilidade e humanização também é uma alternativa custo efetiva, sendo possível propiciar intervenções por meio da promoção de meios de transporte alternativos como bicicletas, melhoria de iluminação, arte urbana e pensar no pedestre em muitas das ações.

## NA PRÁTICA

### **Prefeitura de Fortaleza - Esquina Segura**

Segundo a Prefeitura de Fortaleza, o projeto Esquina Segura promove o alargamento de calçada exclusiva para pedestre e tem como objetivo reduzir a prática de estacionar nas esquinas, melhorar a percepção dos usuários acerca do limite de 5 metros e facilitar a visibilidade dos condutores. Com isso, os pedestres têm o tempo de travessia encurtado, diminuindo os riscos de acidentes. Atualmente, mais de 400 cruzamentos de Fortaleza possuem o reforço da sinalização. Segundo levantamento feito em parceria com a UFC, houve redução de 61% no número de acidentes com vítimas. O projeto foi um dos vencedores do Road Safety Awards, principal prêmio mundial que reconhece ações desenvolvidas para a segurança no trânsito. O Esquina Segura foi reconhecido na categoria Gestão da Segurança no Trânsito. A iniciativa de reforço na sinalização começou a ser implementada em 2017 pela AMC.

# REFERÊNCIAS

- Alexander M. R.; Salihu H. M.; Rouse D. J. Survival of triplets who are born to teen mothers in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:2097-102.
- Aquino R.; Oliveira N. F.; Barreto M.L. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health*. 2009;99(1):87-93. DOI:10.2105/AJPH.2007.127480
- Barroso et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021; 116(3):516-658
- Barroso, et al. Departamento de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia (DHA-SBC), Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). *Brazilian Guidelines of Hypertension – 2020*. *Arq Bras Cardiol*. 2021; 116(3):516-658
- Belo M. A .V.; Silva J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. *Rev. Saúde Pública*. 2004; 38(4): 479-87.
- Brasil. Ministério da Saúde. Documento para Gestores municipais de Atenção Primária à Saúde. Orientações para a ampliação da cobertura vacinal na atenção primária à saúde, 2018a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n° 32)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1. ed., 1 reimpr. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013a. 48 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013b. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e NASF [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 103 p. : il.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Define que a Lista Brasileira de Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal. Brasília, 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde : PCA-Tool-Brasil – 2020 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 237 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. – 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. 1.126 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018c

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré - natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2013c.

Brodribb W., Zadoroznyj M., Dane A. The views of mothers and GPs about postpartum care in Australian general practice. *BMC Fam Pract* 2013; 14(1):1-9.

Castro, D. et al. Impacto da qualidade da atenção primária à saúde na redução das internações por condições sensíveis. *Cadernos de Saúde Pú-*

*blica* ISSN 1678-4464 36 n.º.11 Rio de Janeiro, Nov 2020.

Ceará. Secretaria da Saúde do Estado. Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde. Linha de Cuidado Gestante e Criança menor de 2 anos / Secretaria da Saúde do Estado. Ceará, 2016. xx p. (Série Linhas-guias de Cuidados. Normas e Manuais Técnicos, 1. - Linha Guia de Cuidado: Gestante e Criança menor de 2 anos. 1. Gestante. 2. Criança menor de 2 anos. Linhas-guias de Cuidados I. Título. CDD:

Chen X. K., et al. Increased risks of neonatal and postneonatal mortality associated with teenage pregnancy had different explanations. *J Clin Epidemiol* 2008; 61:688-94.

Corgozinho M. M.; Oliveira A. A. S. Equidade em saúde como marco ético da biotética. *Saude soc.* 25 (2). Apr-Jun 2016.

Cunha, R. H. C. et al. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde: garantia de integridade nas Equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 25 (4). Mar 2020.

Domingues, R. M. S. M. et. al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online], Rio de Janeiro, v. 28, n.3, p. 425-437, mar 2012. Disponível em: Acesso em: 23 nov. 2015

Donoso S. E.; Becker V. J.; Villarroel P. L. Birth rates and reproductive risk in adolescents in Chile, 1990-1999. *Rev Panam Salud Pública* 2003; 14:3-8.

Edmond K.M., Zandoh C., Quigley M. A., Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006;117:e380-6.

Francisco, P. M. S. B. et al. Prevalência simultânea de hipertensão e diabetes em idosos brasileiros: desigualdades individuais e contextuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11):3829-3840, 2018.

- Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Marco Estratégico Regional para Prevenção e Redução da Gravidez não Intencional na Adolescência, 2017.
- Garcia, E. et. al. Risco gestacional e desigualdades sociais: uma relação possível? *Ciênc. saúde coletiva* 24 (12). Dez 2019.
- Gilbert W., et al. Birth outcomes in teenage pregnancies. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2004; 16:265-70.
- Grupo de Trabalho Internacional sobre pé diabético. Consenso internacional sobre pé diabético. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, 2001.
- Heidemann M. Adolescência e Saúde: uma visão preventiva: para profissionais de saúde e educação. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. Estud e Pesqui Informações Demográficas e Socioeconômicas [Internet]. 2019; (41):1–12. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf). Acesso em: fev 2022.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/panorama>. Acesso em: fev 22.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde : 2019 : acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social : Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2020
- Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará – IPECE 2021 PRAD Informe / Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE) / Fortaleza –Ceará: Ipece, 2021
- Lansky S. Mortalidade fetal: mortes invisíveis e evitáveis. In: Bittencourt S, Dias M, Duarte M, editores. *Vigilância do Óbito Materno, Infantil e Fetal e Atuação em Comitês de Mortalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. v. 1. p. 123-33.
- Malamitsi-Puchner A.; Boutsikou T. Adolescent pregnancy and perinatal outcome. *Pediatr Endocrinol Rev* 2006; 3 Suppl 1:170-1.
- Malta, D. C.; Merhy, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Revista Interface*, v. 14, n. 34, p.593-605, jul./set., 2010.
- Mendes, E. V. As redes de atenção à saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
- Mendes, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.
- Menifield C.E., Dawson J. Infant mortality in southern states: a bureaucratic nightmare. *J Health Hum Serv Adm* 2008; 31:385-402.
- Molitch, M. E. et al. Diabetes Prevention Program Research Group. The diabetes prevention program and its global implications. *Journal of the American Society of Nephrology*, Washington, v. 14, n. 7, Suppl. 2, p. S103-7. SBD, Jul. 2003.
- Morrish N. J., Wang SL, Stevens LK, Fuller JH, Keen H. Mortality and causes of death in the WHO Multinational Study of Vascular Disease in Diabetes. *Diabetologia*. 2001;44 (Suppl 2):S14-S21.
- Mrejen, M. et al. The quality of alternative models of primary health care and morbidity and mortality in Brazil: a national longitudinal analysis. **The Lancet Regional Health - Americas**. Volume 4, December 2021, 100034
- Nabukera S. K., et al. Use of postpartum health services in rural Uganda: knowledge, attitudes, and barriers. *J Community Health* 2006; 31(2):84-93. 5.
- Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018

- Rodríguez Nuñez A. C.; Hernández Cruz I. Factores que inciden en la mortalidad fetal tardía. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2004; 30(2):0-0.
- São Paulo(Estado). Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual de orientação ao gestor para implantação da linha de cuidado da gestante e da puérpera. / organizado por Tania Lago, Karina Calife, Carmem Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010. 82 p.
- Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Governo investirá R\$ 2 bilhões para incluir 50 milhões de brasileiros no SUS. *SAPS Notícias*. 2019. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/6275>. Acesso em: fev 2022.
- Sega, R. et al. Prognostic value of ambulatory and home blood pressures compared with office blood pressure in the general population: follow-up results from the Pressioni Arteriose Monitorate e Loro Associazioni (PAMELA) study. *Circulation*, Baltimore, v. 111, n. 14, p. 1777-1783, apr. 2005.
- Semenic S., Childerhose J. E., Lauzière J., Groleau D. Barriers, facilitators, and recommendations related to implementing the Baby-Friendly Initiative (BFI): an integrative review. *J Hum Lact*. 2012;28:317-34.
- Silva P. H. N. V. Violência e morte no trânsito: associações ignoradas na
- Simões V. M. F. et al. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:559-65.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Revista Hipertensão*, [S.l.], v. 13, ano 13, p. 1-51, jan./fev./mar. 2010.
- Sociedade Brasileira de Diabetes. *Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020*
- Souza, L. Cerca de 30% dos brasileiros são hipertensos, aponta SBC | Agência Brasil [Internet]. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-04/cerca-de-30-dos-brasileiros-sao-hipertensos-aponta-sbc>. Acesso em: fev 2022.
- Tasca R., et al. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e4.
- United Nations Department of Public Information. *The Millennium Development Goals: Report 2005*. New York: United Nations; 2005.
- Wolf, P. A.; D’agostino, R.B.; Belanger, A.J; Kannel, W.B. “Probability of stroke: a risk profile from the Framingham study”. *Stroke*, 1991; 22: 312-318
- World Health Organization (WHO); United Nations Children’s Fund (UNICEF). *Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 1. Background and Implementation*. Geneva: WHO; 2009.
- Yusuf S., et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004; 364(9438):937-52.

# ANEXOS

## ANEXO A Mapeamento de desafios dos municípios cearenses

### PERGUNTAS

Mapeamento de Municípios Cearenses - Programa Cuidar Melhor

#### BLOCO 1: Para acompanhar as Causas Sensíveis à Atenção Primária e fortalecer ações de promoção e prevenção

1	Qual o número de equipes de saúde da família no município?
2	Existe uma proposta para expandir a cobertura de atenção básica no município?
3	Todos os equipamentos de saúde do município possuem ouvidoria ou um espaço/ferramenta que possibilita aos cidadãos registrar suas opiniões, elogios, reclamações e denúncias?
4	Qual o percentual de equipes de saúde da família ou atenção básica completas (em relação a Recursos Humanos) no seu município?
5	Existem planos de formação profissional (graduação, pós-graduação) com foco atenção primária em saúde no município?
6	O município conhece a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e desenvolve as ações propostas?
7	O município possui uma carteira de serviços de Atenção Primária (ou segue integralmente a carteira elaborada pelo Ministério da Saúde em 2019)?
8	O município possui uma Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) definida?
9	O município ou região de saúde ofertam cuidados primários, secundários e terciários integrados, ou seja, incorporam protocolos de regulação que ordenam os fluxos assistenciais na rede?
10	Com que frequência a atenção primária tem sido a principal porta de entrada dos usuários para a saúde do município?
11	O município utiliza prontuário eletrônico na rede de atenção primária?
12	Indique o grau de implementação de linhas de cuidado (definição clara do percurso assistencial dos usuários) para cada um dos segmentos a seguir:
	i) população indígena.
	ii) população negra.
	iii) população quilombola.
	iv) saúde da mulher.
	v) saúde do homem.
	vi) saúde do idoso.

	vii) doenças e agravos transmissíveis como tuberculose e hanseníase.
	viii) obesidade.
	ix) câncer.
<b>13</b>	O município possui uma Política Municipal de Promoção da Saúde?
<b>14</b>	Sobre ações específicas voltadas para a Promoção da Saúde, responda com que frequência o município realiza as seguintes ações:
	i) promoção de práticas corporais, de atividade física e de lazer.
	ii) prevenção e enfrentamento ao uso de álcool e de outras drogas.
	iii) prevenção e enfrentamento ao uso de tabaco e seus derivados.
	iv) promoção da alimentação adequada e saudável.
	v) promoção da cultura da paz, cidadania e dos direitos humanos (promover/articular ações que estimulem a solidariedade, o respeito à vida e o fortalecimento de vínculos/ ações que favoreçam a mediação de conflitos, o respeito às diversidades e diferenças de gênero/promover/articular ações articuladas com a Rede de Atenção à Saúde com as demais redes de proteção social, produzindo informação qualificada e capaz de gerar intervenções individuais e coletivas).
	vi) promoção do desenvolvimento sustentável (ações promovidas/articuladas com organizações governamentais e não governamentais permitindo interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável na produção de saúde articulada com demais áreas temáticas).

## BLOCO 2: Para meninas e mulheres, gestantes e crianças menores de 1 ano

<b>15</b>	Sobre ações voltadas à saúde dos adolescentes nas unidades básicas de saúde:
	O município possui diretrizes claras para realização de ações voltadas à saúde dos adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde?
	O município realiza ações de prevenção da violência sexual em adolescentes que envolvam a família, escola e os outros equipamentos da rede de modo satisfatório?
	O município possui protocolos de atendimento em casos de violência sexual incluindo comunicação a autoridade policial?
<b>16</b>	O município possui programas de prevenção da gravidez não intencional na adolescência que incluam adolescentes e jovens em sua concepção e implementação?
<b>17</b>	Sobre a disponibilidade de métodos contraceptivos na rede:
	Estão disponíveis métodos contraceptivos de tipos variados (de barreira, hormonais e de longa duração) no município? São eles: anticoncepcional injetável mensal, anticoncepcional injetável trimestral, minipílula, pílula combinada, diafragma, pílula anticoncepcional de emergência (ou pílula do dia seguinte), dispositivo Intrauterino (DIU), preservativo feminino e preservativo masculino).
	O município garante a distribuição dos métodos contraceptivos em toda a rede de atenção primária?



<b>18</b>	<b>Em relação à interface entre saúde, educação, esporte e cultura para garantia dos Direitos Sexuais e Reprodutivos de adolescentes, responda:</b>
	Existem mecanismos para o desenvolvimento e execução de ações educativas e cuidados com a saúde para grupos de adolescentes e formação dos mesmos como agentes multiplicadores no município.
	O município incentiva, por meio de estratégias e campanhas de comunicação, a disseminação de informações com ênfase para a prevenção da gravidez não intencional na adolescência.
	Existem parcerias com Instituições de Ensino Superior nas áreas de saúde, educação, esporte, cultura e entidades científicas para garantir ações de prevenção da gravidez não intencional na adolescência.
<b>19</b>	<b>No município, as gestantes iniciam seu pré-natal assim que tem a gravidez confirmada?</b>
<b>20</b>	<b>O município possui protocolos e diretrizes para classificar o risco gestacional tão logo realizar o primeiro atendimento de uma gestante na rede?</b>
<b>21</b>	<b>No município, o pré-natal de risco habitual é realizado na atenção primária? (risco habitual = gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográfico e relacionados à história obstétrica anterior, doença ou agravo que possam interferir negativamente na evolução da gravidez)</b>
<b>22</b>	<b>Existe fluxograma de gestantes para o seu município (representação esquemática que ilustre claramente o percurso da gestante no território, inclusive após o parto)?</b>
<b>23</b>	<b>Existe estratégia de vinculação de gestantes a maternidades, ou seja, garantia de que a gestante conheça e visite previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz?</b>
<b>24</b>	<b>No seu município, com que frequência:</b>
	a) gestantes têm acesso a exames laboratoriais imediatamente após a confirmação da gestação?
	b) gestantes têm acesso a exames para detecção de sífilis e HIV imediatamente após a confirmação da gestação?
	c) garante à gestante um pré-natal composto por pelo menos 6 consultas realizadas por médicos e enfermeiros?
	d) o atendimento à puérpera e ao bebê logo na primeira semana após o parto é garantido?
<b>25</b>	<b>No seu município, com que frequência:</b>
	O município garante mecanismos de incentivo e realiza ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e complementar até os 2 anos ou mais?
	As equipes de saúde do município acompanham a introdução da alimentação complementar ao longo das consultas periódicas da criança e propõem, junto à família, estratégias de qualificação da alimentação, bem como a solução de problemas enfrentados.
	Crianças de até 2 anos têm acesso a suplementação de ferro e vitamina A, em consonância com as definições dos programas nacionais de suplementação correspondentes.
<b>26</b>	<b>Existem protocolos, guias e/ou fluxos definidos para acompanhamento de crianças menores de 1 ano na atenção básica do município?</b>

<b>27</b>	O município define a periodicidade das consultas de atenção básica para crianças menores de 1 ano conforme estratificação de risco definida na alta da maternidade ou na visita domiciliar pela busca ativa dos recém-nascidos:
<b>28</b>	Indique a capacidade do município em garantir o cumprimento dos principais procedimentos e estratégias de acompanhamento de puérperas e crianças menores de 1 ano

a) Registrar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na Caderneta de Saúde da Criança.

b) Avaliar resultados das triagens (Triagem Neonatal Biológica, Triagem Neonatal Auditiva, Triagem Neonatal Ocular e Triagem Neonatal de Cardiopatias Congênitas Críticas por oximetria de pulso, respectivamente, Teste do Pezinho, Teste da Orelhinha, Teste do Olhinho e Teste do Coraçãozinho) e encaminhar ao especialista, quando necessário, e orientar agendamento das triagens quando não realizadas.

c) Realizar exame físico completo na primeira consulta de puericultura.

<b>29</b>	<b>Sobre Rede de Apoio às mães:</b>
O município é capaz de realizar articulação intersetorial para garantir rede de apoio às mães na ausência do pai e/ou outros familiares, e propor intervenção em situações de risco.	
Os profissionais da rede de atenção básica são capacitados e sensibilizados para identificar sinais de violência física, psicológica e/ou sexual e se necessário dar seguimento ao cuidado.	

<b>30</b>	<b>No seu município, com que frequência:</b>
a) O município é capaz de implementar logística que proporcione uma eficiente distribuição/ descentralização de doses de imunobiológicos no território para garantir o esquema vacinal completo de crianças menores de 1 ano?	
b) O município é capaz de utilizar dados de imunização para programar campanhas de vacinação objetivando o aumento/alcance de cobertura vacinal para crianças menores de 1 ano conforme calendário nacional vigente?	

### BLOCO 3: Promoção, prevenção, manejo e cuidado (DM e HAS)

<b>31</b>	<b>Sobre mecanismos para garantia do cadastramento / atualização de cadastro da população adscrita dos territórios na atenção primária:</b>
a) O número de pessoas cadastradas nas equipes de saúde corresponde à realidade do território.	
b) O município dispõe de informações suficientes sobre a história familiar e fatores de risco dos usuários cadastrados.	
c) O município tem plena condição de realizar cadastramento de usuários na rede de atenção primária.	
d) Todos os campos de preenchimento de fichas de cadastro são corretamente e completamente preenchidos por equipes de saúde.	
e) Cadastros são acompanhados e atualizados.	

<b>32</b>	Indique a capacidade do município em garantir o cumprimento das principais estratégias de detecção de fatores de risco para hipertensão e diabetes:
a) Aferição de pressão arterial / acompanhamento de usuários com pressão arterial considerada alta.	
b) Aferição de glicemia e hemoglobina glicada / acompanhamento de usuários com hemoglobina glicada considerada alta.	
c) Acompanhamento de pessoas com obesidade.	
d) Acompanhamento de mulheres com história de diabetes gestacional, síndrome dos ovários policísticos.	
e) Acompanhamento de mulheres com história de pré-eclâmpsia e/ou eclâmpsia.	
f) Acompanhamento de pessoas com história familiar ou pregressa de diabetes e hipertensão e/ou outras doenças crônicas não transmissíveis.	
<b>33</b>	Indique a capacidade do município em garantir o cumprimento das principais estratégias de acompanhamento de pessoas vivendo com diabetes e hipertensão:
a) Locais para prática regular de atividade física.	
b) Solicitação anual de exames.	
c) Busca ativa e visitas domiciliares.	
<b>34</b>	Indique a capacidade do município em garantir o cumprimento das principais estratégias de acompanhamento de pessoas vivendo com diabetes:
a) Realização de exame de hemoglobina glicada a cada 6 meses.	
b) Agendamento de consulta médica.	
c) Consulta de enfermagem uma vez ao ano.	
d) Avaliação dos pé diabético.	
e) Fundoscopia (exame de fundo de olho) ou retinografia.	
<b>35</b>	Indique a capacidade do município em garantir o cumprimento das principais estratégias de acompanhamento de pessoas vivendo com hipertensão:
a) Aferição da pressão arterial a cada 6 meses.	
b) Agendamento de consulta médica.	
c) Consulta de enfermagem pelo menos uma vez ao ano.	
d) Planejamento reprodutivo para mulheres com hipertensão.	
<b>36</b>	Considerando que a população negra tem maior prevalência de hipertensão e diabetes, existem dados e/ou informações municipais sobre esse grupo populacional para nortear ações específicas de saúde?

<b>37</b>	Existe fluxograma / Linha de Cuidado (percurso dos usuários na rede) definido para as seguintes condições:
	a) diabetes.
	b) hipertensão.
<b>38</b>	Existe fluxograma / Linha de Cuidado (percurso dos usuários na rede) definido pelo município ou região de saúde para as seguintes condições:
	a) acidente vascular cerebral.
	b) infarto agudo do miocárdio.
<b>39</b>	Existe capacitação da força de trabalho da saúde para garantir o cumprimento dos protocolos e premissas das linhas de cuidado de doenças crônicas, principalmente no que diz respeito à prevenção e manejo do cuidado de pessoas vivendo com diabetes e hipertensão?
<b>40</b>	Equipes de saúde na atenção primária estão aptas/capacitadas para o uso de relatórios e sistemas de informação para promover ações de prevenção e cuidado das doenças crônicas não transmissíveis?
<b>41</b>	A rede de atenção primária é capaz de garantir a realização de exames adequados para tratar doenças crônicas não transmissíveis:
<b>42</b>	A rede de atenção primária é capaz de garantir a dispensação adequada de medicamentos para o tratamento de hipertensão e diabetes (como hipoglicemiantes orais, insulinas, anti-hipertensivos, diuréticos etc):
<b>43</b>	A rede de atenção primária é capaz de incentivar a corresponsabilização e autocuidado dos usuários vivendo com doenças crônicas no território através de grupos e ações de saúde?
<b>44</b>	Indique a frequência com que:
	a) equipes de saúde conseguem encaminhar para o nível especializado às pessoas vivendo com doenças e agravos não transmissíveis, uma vez que se esgotem as possibilidades de cuidado na atenção primária?
	b) pessoas vivendo com doenças e agravos não transmissíveis, após eventos agudos em unidades de pronto atendimento e hospitalizações, são contra referenciadas (retornam) para unidades de atenção primária?
<b>45</b>	O município ou região de saúde dispõe de sistemas de transporte em saúde para estruturar fluxos e contrafluxos de pessoas que são acometidas por eventos agudos como acidente vascular cerebral ou infarto agudo do miocárdio?

**BLOCO 4: Para comunicar com a população,  
Para municipalizar o trânsito e Normas e leis de trânsito**

<b>46</b>	Com que frequência o município realiza campanhas de alerta sobre:
	a) Uso do capacete para motociclistas.
	b) Excesso de velocidade.

	c) Condução sob influência de álcool e outras substâncias.
	d) Sistemas de retenção para crianças (cadeirinha para carro e cinto de segurança).
	e) Promoção ao uso da bicicleta.
	f) Promoção da caminhada.
	g) Promoção do transporte escolar.
	h) Promoção do transporte público.
<b>47</b>	<b>Com que frequência o município promove discussões intersetoriais sobre:</b>
	a) Uso do capacete para motociclistas.
	b) Excesso de velocidade.
	c) Condução sob influência de álcool e outras substâncias.
	d) Sistemas de retenção para crianças (cadeirinha para carro e cinto de segurança).
	e) Promoção ao uso da bicicleta.
	f) Promoção da caminhada.
	g) Promoção do transporte escolar.
	h) Promoção do transporte público.
<b>48</b>	<b>O município possui Plano de Mobilidade Urbana?</b>
<b>49</b>	<b>O Código de Trânsito Brasileiro - CTB introduziu o conceito da municipalização do trânsito, que significa a integração do município ao Sistema Nacional de Trânsito (SNT). O objetivo da integração é tornar as questões de trânsito responsabilidade de cada cidade, desde o planejamento, fiscalização, e ações educativas até a circulação de veículos, estacionamento, sinalização, entre outras questões. O município:</b>
	a) Possui trânsito municipalizado (está integrado ao Sistema Nacional de Trânsito) - Ou seja, possui uma secretaria municipal específica para cuidar dos assuntos de trânsito, ou setor/divisão de trânsito, criado por lei, dentro da estrutura de uma secretaria já existente, que se encarregue de assumir as funções determinadas pela Resolução Contran no 296/2008*? (*que dispõe sobre a integração dos órgãos e entidades executivos de trânsito e rodoviários municipais ao Sistema Nacional de Trânsito).
<b>50</b>	<b>O município dispõe de agentes municipais para fiscalização do trânsito?</b>
<b>51</b>	<b>O município fiscaliza, autua e aplica penalidades e medidas administrativas referentes a infrações de trânsito?</b>
<b>52</b>	<b>O município possui fiscalização eletrônica de trânsito?</b>
<b>53</b>	<b>O município possui convênio com o Estado para fiscalização de trânsito? (ex: DETRAN, Polícia Militar etc).</b>



UMONE