

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**TESE DE DOUTORADO**

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: EFETIVIDADE NO  
BRASIL E PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO EM ANGOLA**

**CAMILA GIUGLIANI**

**Orientador: Prof. Dr. BRUCE BARTHOLOW DUNCAN**

**Co-orientador: Prof. Dr. ERNO HARZHEIM**

**Porto Alegre, FEVEREIRO de 2011**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**TESE DE DOUTORADO**

**AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: EFETIVIDADE NO  
BRASIL E PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO EM ANGOLA**

**CAMILA GIUGLIANI**

**Orientador: Prof.Dr. Bruce Bartholow Duncan**

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, Brasil.  
2011

**G537a** Giugliani, Camila

Agentes comunitários de saúde : efetividade no Brasil e processo de implantação em Angola / Camila Giugliani ; orient. Bruce Bartholow Duncan ; co-orient. Erno Harzheim. – 2011.

243 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Porto Alegre, BR-RS, 2011.

1. Auxiliares de saúde comunitária 2. Atenção primária à saúde 3. Cooperação técnica 4. Avaliação de eficácia-efetividade de intervenções 5. Brasil 6. Angola I. Duncan, Bruce Bartholow II. Harzheim, Erno III. Título.

NLM: W 21.5

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

**BANCA EXAMINADORA – Defesa preliminar**

**Prof. Dr. Airton Tetelbom Stein**

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

**Prof. Dr. Ricardo de Souza Kuchenbecker**

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

**Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue**

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

**BANCA EXAMINADORA – Defesa final**

**Profª Dra. Vera Joana Bornstein**

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

**Prof. Dr. Odalci Pustai**

Departamento de Medicina Social  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

**Prof. Dr. Ricardo de Souza Kuchenbecker**

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

**Prof. Dr. Erno Harzheim**

(Co-orientador)

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

**Prof. Dr. Bruce Bartholow Duncan**

(Orientador)

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

## **DEDICATÓRIA**

*A todas as crianças e mães que cruzaram  
o meu caminho nas várias andanças em Angola.  
No compartilhar de momentos sofridos, dramáticos,  
mas também felizes e puros, vocês, paradoxalmente,  
ensinaram-me tudo o que sei sobre direitos humanos.*

## **MENSAGEM**

*Mas há fronteiras nos jardins da razão...*

Francisco de Assis França - ou Chico Science (1966-1997)

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Elsa e Roberto, pelos exemplos, que são os mais importantes ensinamentos. A gente é o que a gente faz, e vocês fizeram e fazem. Um agradecimento especial e específico à minha mãe, por ter me dado os livros do David Werner para “ler” na infância. Aqueles desenhos, levei comigo por onde andei, como fonte constante de indignação.

Aos meus irmãos, Guilherme e Joana, pela doçura, companheirismo e autenticidade.  
Com muito amor, aprendemos muito com as nossas diferenças.

Ao Cássio, grande parceiro, fiel companheiro, por trazer à minha vida a tranquilidade de espírito, a maturidade e o equilíbrio necessários para estar em paz. Em paz à medida que entendemos que os nossos princípios e valores mais profundos se materializam no contato que estabelecemos com o mundo e com o outro. Essa coerência é a verdadeira paz.

Aos mestres Carlile e Míria, que, como os verdadeiros mestres, ensinaram-me pelo exemplo. Pelo exemplo de valores humanos, de coragem, de motivação e ânimo e de humildade. A maneira como valorizam as relações com as pessoas é o que há de mais bonito nas conquistas e nas contribuições que fizeram pelo Brasil e mundo afora. A parceria e a amizade de vocês estão entre as melhores coisas que esse trabalho proporcionou.

Aos colegas e amigos Idalice, João Baptista e Patrícia. Nunca imaginei que pudesse encontrar pessoas tão verdadeiramente comprometidas, responsáveis e dedicadas como vocês mostraram ser diante das maiores adversidades que passamos. Vocês são um verdadeiro presente, que faz crescer a esperança de que juntos podemos mudar o mundo.

À colega e amiga Ana Lúcia, que se lançou junto comigo à aventura de fazer um filme! Tem uma frase que diz “Não sabendo que era impossível, ele foi lá e fez”. Acho que foi isso!

Aos colegas e amigos do Grupo de Pesquisa em Atenção Primária, especialmente à Mônica, pelo apoio polivalente, Rodrigo, Marcelo e Alemão, pelas longas conversas e afinidades ideológicas.

Ao Michael pela dedicação no trabalho da revisão sistemática.

Aos colegas e amigos de Angola, Pascoal, Diniz, Catarina, Isilda, Nkanga, Conceição, entre outros, que nos ensinam a trabalhar em cooperação e nos estimulam a pensar em outras formas de fazer.

A todos os ACS de Angola e do Brasil com quem conversei, que mostraram tanta disposição em colaborar e que me ensinaram tanto sobre o seu nobre trabalho.

Ao Paulo Fontanive, Sílvia Takeda e Lucinha Lenz pela disposição em compartilhar os seus talentos para contribuir com o projeto de cooperação.

Aos mestres David Legge e David Sanders, pelas conversas, conselhos, pela sabedoria, pela experiência e pelo exemplo de dedicar a vida à possibilidade de transformar o mundo.

Às companheiras Denise, Janete e Silvi, que seguram tantos trancos e estão sempre na luta por esse outro mundo que cremos possível.

Aos professores do PPG Epidemio que colaboraram com muita disposição nesse trabalho: Daniela Knauth, Sotero Mengue, Álvaro Vigo, Luciana Nunes. E ainda aos professores Ricardo Kuchenbecker e Airton Stein, pelas contribuições na defesa preliminar.

A Gabi Feiden, Lisandra, Gabi Lopes, Fernando, Rafael Malhão e Vanessa pelo apoio em inúmeras demandas.

Ao meu co-orientador, Erno, por acreditar nesse trabalho, apesar de tantas vezes termos quase desistido. Agradeço pelo apoio, pelo carinho e pela sinceridade em todos os momentos.



Ao meu orientador, Bruce, por ser um grande mestre, e que foi se revelando ser ainda maior por sua vontade de inovar, de lançar-se em novos projetos, com a sabedoria de enxergar anos à frente. Agradeço pela confiança, por todas as oportunidades proporcionadas e por ter valorizado tanto o estabelecimento das relações humanas ao longo desses quatro anos de doutorado.

## SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas .....	11
Resumo .....	13
Abstract .....	15
1. APRESENTAÇÃO .....	17
2. INTRODUÇÃO .....	18
3. REVISÃO DA LITERATURA .....	19
3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE GLOBAL E SEUS DETERMINANTES .....	19
3.1.1 Breve definição .....	19
3.1.2 Dados mundiais e tendências: um cenário de grandes desigualdades .....	19
3.1.3 Alguns compromissos assumidos .....	25
3.1.4 Problemas globais exigem uma resposta global .....	27
3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA ALCANÇAR A “SAÚDE PARA TODOS” .....	28
3.2.1 Breve histórico .....	28
3.2.2 A “reviravolta” da APS .....	31
3.2.3 Evidências do impacto da atenção primária .....	33
3.2.4 A renovação da atenção primária .....	36
3.3 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E SEU PAPEL NA RENOVAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA .....	39
3.3.1 Histórico .....	39
3.3.2 Efetividade do agente comunitário de saúde no contexto internacional .	42
3.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL .....	46
3.4.1 Histórico e características do modelo brasileiro de atenção primária à saúde.....	46
3.4.2 Evidências de impacto da Estratégia Saúde da Família na saúde da população .....	49
3.5 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO BRASIL .....	51
3.6 SAÚDE EM ANGOLA .....	57
3.6.1 Angola: generalidades e estado de saúde da população .....	57
3.6.2 Sistema de saúde e atenção primária em Angola .....	61
3.7 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL .....	65

3.7.1 Breve histórico da cooperação técnica internacional .....	65
3.7.2 Breve histórico da cooperação internacional em saúde .....	67
3.7.3 O Brasil no cenário da cooperação internacional .....	69
3.7.4 Cooperação internacional envolvendo África e Angola .....	71
3.8 AVALIAÇÃO EM SAÚDE .....	72
3.9 NOTAS SOBRE OS MÉTODOS UTILIZADOS .....	75
3.8.1 Revisão sistemática .....	75
3.8.2 Estudo de caso .....	76
4. OBJETIVOS .....	81
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	82
6. ARTIGO 1:	
Efetividade do Agente Comunitário de Saúde no Brasil: Uma Revisão	
Sistemática .....	94
7. ARTIGO 2:	
Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda, Angola: Desafios do	
processo de implantação e reflexões sobre a cooperação com o Brasil .....	138
8. CONCLUSÕES .....	173
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	175
10. ANEXOS .....	177
A. Ficha técnica do filme “Angola com Agente”, produzido durante o projeto	
de cooperação .....	178
B. Projeto de Pesquisa .....	180
C. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa .....	181
D. Carta de autorização da Direção Provincial de Saúde de Luanda .....	193
E. Planilha de extração de dados do Artigo 1 .....	194
F. Roteiros para realização das entrevistas e grupos focais .....	216
G. Relatório da missão da equipe brasileira em Angola, junho de 2009 .....	219
H. Relatório da missão da equipe angolana no Brasil, dezembro de 2009 ..	227
I. Tabela de categorias e temas da análise qualitativa realizada no artigo ..	234

## ABREVIATURAS E SIGLAS

ABC	Agência Brasileira de Cooperação
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AOD	Ajuda Oficial ao Desenvolvimento
APS	Atenção Primária à Saúde
ASEAN	Associação de Nações do Sudeste da Ásia
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEPAL	Comissão Econômica Para a América Latina
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COPC	<i>Community Oriented Primary Care</i>
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CTPD	Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento
DPS	Direção Provincial de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMI	Fundo Monetário Internacional
GAVI	<i>Global Alliance for Vaccines and Immunization</i>
GK	<i>Gonoshastaya Kendra</i>
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MINSÁ	Ministério da Saúde de Angola
NEPAD	Nova Parceria para o Desenvolvimento da África
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PABA	Plano de Ação de Buenos Aires
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PALOP	Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

PECS	Plano Estratégico de Cooperação em Saúde
PESMIC	Pesquisa sobre Saúde Materno-Infantil no Estado do Ceará
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNASUL	União de Nações Sul-Americanas
UNICEF	<i>United Nations Children's Fund</i>

## RESUMO

**Contexto:** O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) existe há mais de 20 anos no Brasil, tendo lugar de destaque no cenário mundial por sua larga escala e integração com equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Apesar da dimensão do PACS e da ESF no Brasil, há poucos estudos avaliando o seu impacto. Em Luanda, Angola, o PACS, inspirado no modelo brasileiro, começou a ser implantado em 2007. O suporte técnico do Brasil foi solicitado para apoiar o processo, o que gerou um projeto de cooperação envolvendo instituições brasileiras e angolanas.

**Objetivos:** Sumarizar a evidência conhecida da efetividade do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no Brasil e avaliar a implantação de um programa da mesma natureza em Angola por meio de um processo de cooperação técnica Brasil-Angola.

**Métodos:** Uma revisão sistemática da literatura foi realizada, usando o sistema GRADE para avaliação do nível de evidência. Para a análise da implantação do PACS de Luanda, foi feito estudo de caso com técnicas principalmente qualitativas: análise documental, registros das fichas dos ACS, observação direta, nove entrevistas com gestores e seis grupos focais com ACS.

**Resultados:** Na revisão sistemática, foram incluídos 23 estudos, 14 (61%) dos quais avaliaram o ACS no contexto do PACS/ESF. Quanto ao desfecho, 13 estudos (56%) focaram em saúde materno-infantil, sete (30%) em doenças infecciosas, seis (26%) em problemas crônicos e dois (9%) na redução de iniquidades. O delineamento foi transversal ou de comparação antes e depois em 65% dos estudos. Apesar da baixa qualidade da evidência para a maioria dos desfechos, encontramos benefício do ACS (nível de evidência moderado) para frequência de pesagem em crianças, prevalência de amamentação (total, predominante e exclusiva) e introdução tardia da mamadeira. Quanto ao PACS de Luanda, 2548 ACS foram formados até junho de 2009, com 261.357 famílias cadastradas, representando 60% da cobertura prevista. Por meio de dados qualitativos, houve associação do PACS com melhora na saúde materno-infantil e com aumento da procura de serviços de saúde. Apesar disso, o programa enfrenta dificuldades que ameaçam a sua sustentabilidade: falta de remuneração regular e vínculo administrativo do ACS; necessidade de formação adequada, supervisão contínua e estratégias de avaliação; e pouca capacidade de resposta do serviço de saúde.

**Conclusões:** Existe evidência, embora geralmente com qualidade limitada, mostrando efeito benéfico de intervenções do ACS no Brasil, especialmente para desfechos relacionados à saúde materno-infantil. Dada a dimensão do investimento brasileiro em

ACS, investigar o benefício associado a esse profissional desponta como tema prioritário de pesquisa, o que também estimula o papel do Brasil na cooperação com Angola e outros países. O Brasil tem potencial de contribuir para a implantação do PACS em Angola, compartilhando a sua própria experiência com ACS no contexto do SUS e fornecendo suporte técnico a partir das demandas apresentadas, principalmente na avaliação do programa. Além disso, os aprendizados da cooperação são uma oportunidade para o Brasil repensar seus próprios desafios. No contexto geral, a intensificação das estratégias de avaliação desponta como necessidade urgente no âmbito da estruturação dos sistemas de saúde.

**Descritores:** Agente Comunitário de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Brasil, Angola, Cooperação Internacional, Cooperação Técnica, Revisão, Efetividade

## ABSTRACT

**Context:** The Community Health Workers Program (CHWP) exists for more than 20 years in Brazil, and is being acknowledged internationally for its large scale and integration with Family Health Strategy (FHS) teams. Despite massive investment in Community Health Workers (CHWs) expansion, there are few studies documenting their impact in Brazil. In Luanda, Angola, a CHWP inspired in the Brazilian model is being deployed since 2007. Brazil's technical support was demanded from the beginning of the implementation process, originating a cooperation project involving various Brazilian and Angolan institutions.

**Objectives:** To summarize available evidence of the effectiveness of CHWs in Brazil, and to evaluate the implementation of a similar program in Angola, by means of technical cooperation with Brazil.

**Methods:** A systematic review of the literature was conducted, using GRADE to assess the level of evidence. For the analysis of CHWP implementation in Luanda, we chose the case study design, using mainly qualitative techniques: documental analysis, data from CHWs' reports, direct observation, nine interviews with program coordinators and six focal groups with CHWs.

**Results:** In the systematic review, 23 studies were included, 14 (61%) of which assessed the CHW linked to PACS/FHS. Concerning outcomes, 13 studies (56%) focused on maternal and child health, seven (30%) on infectious diseases, six (26%) on chronic health problems, and two (9%) on inequities reduction. Design was cross-sectional or before and after comparison in 65% of studies. Despite the low quality of evidence for the majority of outcomes, we found significant beneficial effect with CHWs (moderate evidence level) for frequency of weighing children, prevalence of breastfeeding (overall, predominant and exclusive) and late introduction of bottle-feeding. As for the analysis of program implementation in Luanda, 2548 CHWs were trained, with 261,357 families registered by June 2009, which represents 60% of planned coverage. According to qualitative data, CHWP was associated with improvements in maternal and child health and with increase in the demand for health assistance. Nevertheless, the program faces important difficulties that could prevent its sustainability: lack of regular payments and stable contracts for CHWs; need for formal training, continuous supervision and evaluation strategy; and reduced health service capacity.



**Conclusions:** With the systematic review, we could conclude that there is evidence, in spite of its overall limited quality, showing beneficial effect of CHW interventions, especially those related to maternal and child health. Given the scale of the Brazilian investment in CHWs, investigating their specific contribution is a priority in the health research agenda, further stimulating the role Brazil can play in the cooperation with Angola and other countries, by sharing the experience with CHWs in the context of Brazil's universal health system, and by providing technical support, according to the needs arising in the implementation process, especially in program evaluation. At the same time, learning from Angola, Brazil has the opportunity to reflect on its own policies and challenges. In general, intensification of evaluation strategies is highlighted as an urgent need within the context of health systems' strengthening.

**Key words:** Community Health Worker, Primary Health Care, Brazil, Angola, International Cooperation, Technical Cooperation, Review, Effectiveness

## **1. APRESENTAÇÃO**

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada “Agentes Comunitários de Saúde: Efetividade no Brasil e processo de implantação em Angola” apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 10 de fevereiro de 2011.

O trabalho se desenvolve no contexto de um projeto de cooperação entre Brasil e Angola, motivado pelas oportunidades de trocas de experiências e pelo potencial de contribuição do Brasil, com os avanços do seu Sistema Único de Saúde, incluindo uma estratégia em larga escala envolvendo agentes comunitários de saúde, para o desenvolvimento da atenção primária em Angola.

O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Dois artigos
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio, incluindo o projeto de pesquisa e a ficha técnica de um filme (curta-metragem) realizado no âmbito do trabalho, estão apresentados nos anexos.

## 2. INTRODUÇÃO

Sabemos da importância da estruturação de um sistema de saúde baseado em atenção primária, funcionando de forma integrada com toda a rede de cuidados, para contemplar os princípios do acesso universal, integralidade e equidade (OPAS, 2007). Para isso, um sistema de saúde deve servir-se de tecnologia apropriada, com efetividade e custo sustentável. Nesse sentido, a incorporação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) parece ser uma tecnologia apropriada e vem sendo utilizada há mais de 50 anos no mundo e há mais de 30 no Brasil. Apesar disso, a contribuição do ACS na melhora da situação de saúde das pessoas ainda é pouco documentada, especialmente no Brasil, onde esse profissional está presente em larga escala em todo o território nacional, integrando as equipes de saúde da família. Assim, estimulados pelo reconhecimento mundial do modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) adotado no Brasil (Harris, 2010; WHO, 2008), percebemos como necessária a sistematização dos estudos que investigaram a efetividade desses trabalhadores, no intuito de afirmar o benefício presumido do ACS no sistema de saúde.

Vários países estão mostrando interesse em adaptar partes do modelo brasileiro, nomeadamente a Estratégia Saúde da Família (ESF), da qual o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi predecessor, para seus sistemas nacionais. Nesse cenário, estão se fortalecendo os canais de cooperação entre o Brasil e outros países, com especial destaque para os países africanos de língua portuguesa. A cooperação entre países do hemisfério sul vem ganhando enorme destaque no contexto mundial, estando na linha de frente de uma nova lógica de relação entre os países, mais horizontal e baseada em trocas de experiências e aprendizado mútuo.

Assim, Angola, que iniciou um programa de ACS inspirado no PACS brasileiro, enfrenta desafios importantes para sustentar a iniciativa, sendo um deles a necessidade de avaliação do que foi feito até agora, para fundamentar investimento e expansão, como foi o caso do Brasil nos anos 80 e 90. Vemos um grande potencial de contribuição do suporte técnico do Brasil na avaliação do PACS de Luanda, considerando a experiência acumulada e as facilidades dos canais estabelecidos de comunicação entre os países de língua portuguesa, para dar sustentação ao programa em Angola, que, sem resultados documentados, corre o risco de desaparecer. Uma gama de diferentes autores reafirma a necessidade de avaliação de programas e políticas públicas com ACS (Haines, 2007; Bhutta 2010) e, também, o quanto é necessário encontrar meios mais efetivos para transformar o resultado de pesquisas em políticas e ações (Haines, 2004).

### 3. REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE A SAÚDE GLOBAL E SEUS DETERMINANTES

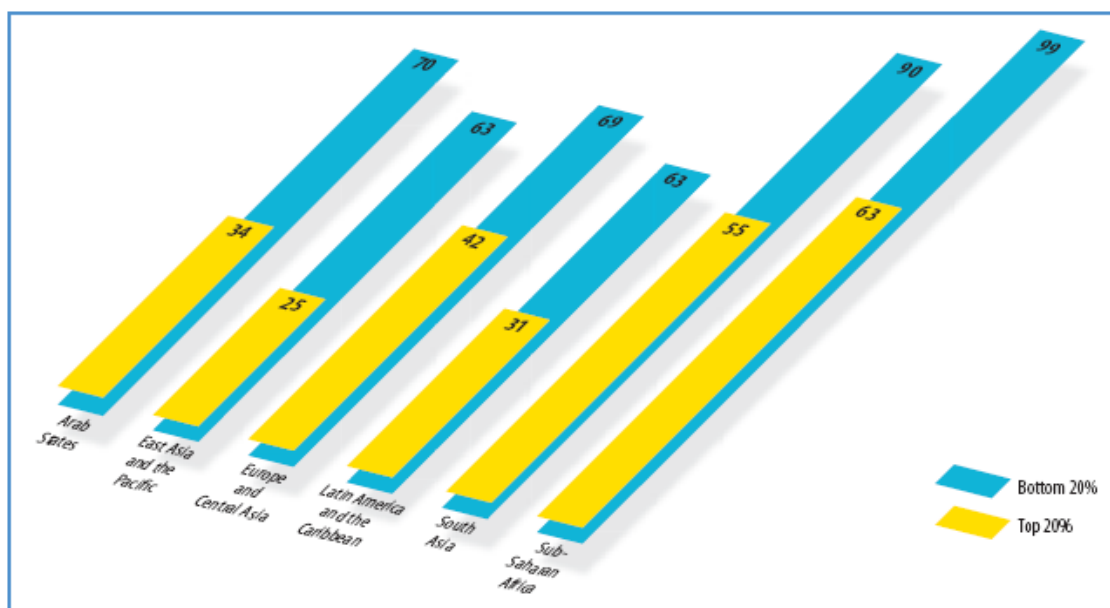
##### 3.1.1 Breve definição

O termo “saúde internacional”, usado de forma corrente no final do século 19 e no início do século 20, referia-se primariamente ao controle de epidemias através das fronteiras entre os países. Com o passar dos anos, principalmente depois de 1950, o termo “saúde global” apareceu trazendo uma concepção mais ampliada, que considera as necessidades de saúde de toda a população do planeta, acima das divisões geográficas (Brown, 2004). Essa não foi simplesmente uma mudança de terminologia, pois trouxe consigo o novo paradigma da globalização, entendido como o processo de crescente interdependência e integração econômica, política e social, para além das fronteiras, que ganhou nova magnitude na segunda metade do século 20 (Yach,1998). A mudança de terminologia veio junto com o aprofundamento do debate sobre o próprio sentido da globalização, com a dualidade de ser, ao mesmo tempo, promissora e ameaçadora. Ou, como discutiu Milton Santos, “a globalização como fábula ou como perversidade” (Santos, 2007).

##### 3.1.2 Dados mundiais e tendências: um cenário de grandes desigualdades

Na última década, as evidências acerca da saúde mundial ganharam maior visibilidade, denunciando uma situação de enormes desigualdades entre as nações. Essas desigualdades se manifestam, sobretudo, entre algumas regiões do planeta, classificadas conforme a renda nacional bruta dos países (World Bank, 2010): baixa renda (até 995 dólares americanos *per capita*), média-baixa renda (996 a 3.946 dólares americanos *per capita*), média-alta renda (3.946 a 12.195 dólares americanos *per capita*) e alta renda (12.196 dólares americanos ou mais). Essa classificação vem sendo bastante usada e, de certa forma, reflete a classificação geográfica por regiões, que historicamente concentram países que pertencem a grupos de renda semelhantes: dos 40 países classificados como de baixa renda, 30 estão na região da África Subsaariana (World Bank, 2010). Essas desigualdades podem ser verificadas, por exemplo, a partir da distribuição das taxas de mortalidade infantil por região e por quintil de renda (Figura 1) e produzem grande impacto no desenvolvimento humano.

**Figura 1:** Mortalidade infantil (por 1.000 nascidos-vivos) por região e por quintil de renda, 1990-2005 (Fonte: Gwatkin, 2007)



Segundo as últimas estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS), a expectativa de vida ao nascer nos países de baixa renda era de 54 anos em 1990, aumentando para 55 anos em 2000 e para 57 anos em 2008. Em contraste, nos países de alta renda, este mesmo indicador subiu de 76 anos, para 78 e 80 anos, respectivamente (WHO, 2010b). A taxa de declínio anual da mortalidade infantil, que é um importante indicador de progresso social, passou de 0,9% (período de 1990-99) a 1,8% na África, enquanto a Europa registrou índices de 3,6% e 5,6% nesses mesmos períodos (WHO, 2010b).

Se por um lado a literatura internacional enfatiza a renda como indicador de desenvolvimento social, existem evidências de que este componente não está fortemente relacionado com os progressos no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (Molina, 2010). O IDH, introduzido em 1990, é uma medida de bem-estar mais ampla (composta por dados de expectativa de vida ao nascer, educação e renda *per capita*), tendo sido concebida como alternativa aos índices que levavam em conta apenas o crescimento econômico. Contudo, os próprios criadores do índice alertam para que não se confunda a enorme abrangência e complexidade do desenvolvimento humano com os poucos limites do IDH (UNDP, 2010).

Um estudo recente do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (Molina, 2010) descreveu as tendências de desenvolvimento humano para 111 países entre 1970 e 2005, chegando a conclusões interessantes:

- os países mais pobres estão alcançando os países ricos, especialmente em relação à expectativa de vida e à alfabetização (não encontrando correlação entre a renda e os outros componentes);

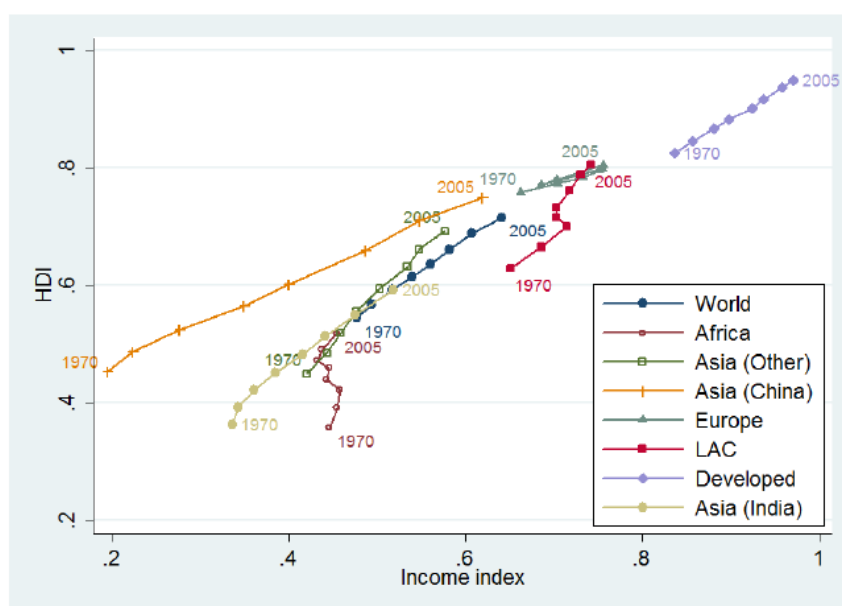
- dos 111 países estudados, 110 apresentaram avanços no IDH, porém, existe grande heterogeneidade conforme região, subcomponentes do IDH (mais correlação com expectativa de vida e educação do que com crescimento econômico) e período de referência (avanços mais acelerados no período pré-1990);

- os avanços mais acelerados em expectativa de vida e alfabetização não estão ocorrendo nos países onde a economia está crescendo mais rápido;

- a renda não é um preditor significativo para expectativa de vida, após ajuste para variáveis de urbanização, fertilidade e escolaridade das mulheres, como pode ser visto na Figura 2, principalmente nos casos da África e América Latina;

- as tendências do IDH de 1970 a 2005 estão contidas em uma tendência demográfica e populacional mais ampla, que se caracteriza por transições demográficas, urbanização e redução de fertilidade; mantendo-se a renda constante, os fatores sociais parecem estar direcionando a evolução do desenvolvimento humano.

**Figura 2:** Correlação entre renda e Índice de Desenvolvimento Humano, por região, de 1970 a 2005. Fonte: Molina, 2010.



Independentemente dessas conclusões, os autores mostraram que, em nível mundial, enquanto as melhoras em termos de expectativa de vida e renda *per capita*, foram substanciais desde 1970, elas também foram amplamente desiguais, tanto dentro de um mesmo país (para os países em desenvolvimento), quanto na comparação entre países de baixa e alta renda. A Figura 3 mostra como estão distribuídos atualmente os padrões de IDH no mundo, evidenciando algumas concentrações por região.

**Figura 3:** Índice de Desenvolvimento Humano por país (Fonte: Wikipédia. Disponível em [http://pt.wikipedia.org/wiki/Índice\\_de\\_Developmento\\_Humano](http://pt.wikipedia.org/wiki/Índice_de_Developmento_Humano). Acesso em 21/12/2010)

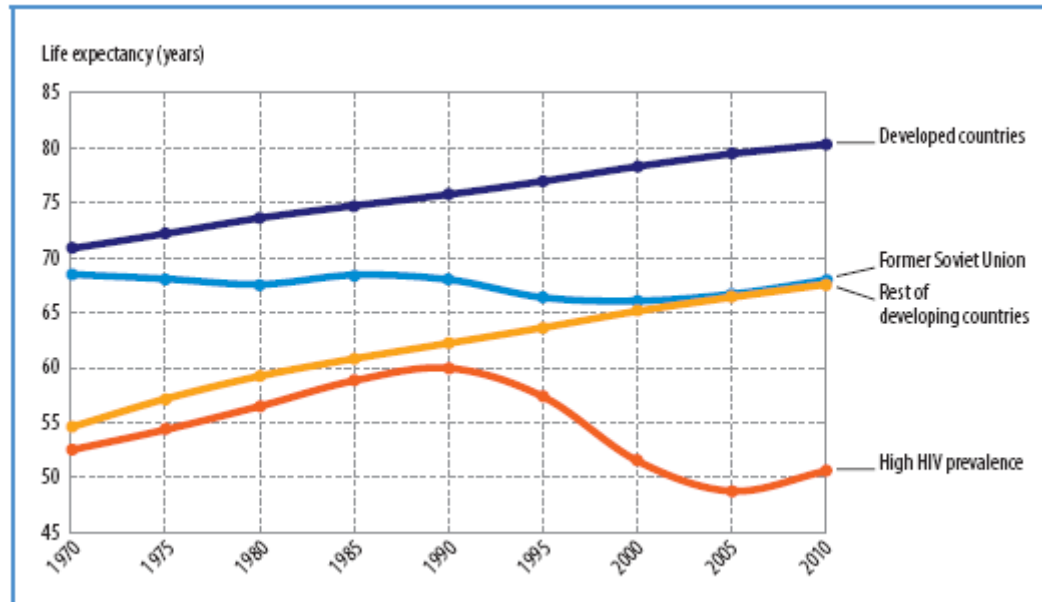
■ Muito elevado ■ Elevado ■ Médio ■ Baixo ■ Sem dados



O mais recente Relatório sobre o Desenvolvimento Humano (UNDP, 2010) mostrou que países com um mesmo IDH em 1970 evoluíram de forma muito diferente, sugerindo que fatores específicos dos países, como políticas, instituições e geografia, também são importantes. O Relatório também mostrou que o declínio observado no progresso do IDH nos últimos anos é devido, em grande parte, à epidemia de HIV no sul da África e à mortalidade adulta em países da antiga União Soviética, diminuindo a expectativa de vida (Figura 4). Para melhorar a compreensão desses fenômenos, o Relatório incorporou ao IDH três novas medidas - desigualdades, equidade de gênero e pobreza - apoiando a centralidade desses elementos na abordagem do desenvolvimento

humano. A partir dessas análises, duas vertentes se confirmaram: que desenvolvimento humano não é igual a crescimento econômico e que muitos avanços são possíveis mesmo sem crescimento econômico acelerado.

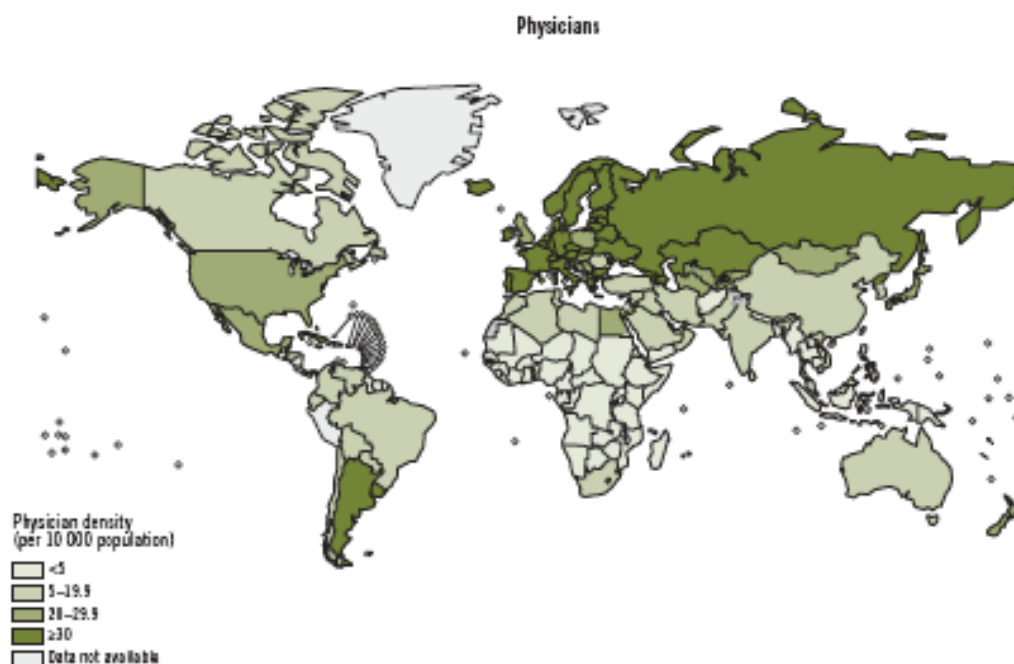
**Figura 4:** Evolução da expectativa de vida por grupos de países (Fonte: UNDP, 2010)



Considerando a gestão dos problemas de saúde gerados por todos esses determinantes e a necessidade da sua prevenção, outro indicador importante no contexto da saúde global diz respeito à distribuição de recursos humanos em saúde. A oferta de profissionais de saúde confirma o padrão de desigualdades apontado pelas outras medidas aqui abordadas, como evidencia a situação para os profissionais médicos (Figura 5). Praticamente todos os casos onde a densidade de médicos por 10.000 habitantes é menor que cinco ocorrem na África Subsaariana, ilustrando um cenário dramático de escassez de recursos humanos para a saúde. Tal situação ocorre tanto pela baixa capacidade de formação de profissionais nesses países quanto pelo problema da “fuga de cérebros”, onde os trabalhadores migram para outros lugares em busca de melhores oportunidades (Scheffler, 2008).



**Figura 5:** Distribuição global de profissionais médicos (por 10.000 habitantes) em 2000-2009 (Fonte: World Health Statistics, 2010)



Diante desse quadro, o relatório alternativo *Global Health Watch* (2008) chama a atenção para os perigos do atual sistema de governança global, demasiadamente influenciado pelas grandes corporações, como a indústria farmacêutica, e os novos filantrópicos, como a Fundação Gates. Esta última, apesar de estar contribuindo para inegáveis benefícios, exerce influência excessiva no contexto internacional das políticas de saúde. O relatório alerta para o fato de a OMS estar se tornando mais vulnerável às pressões destes financiadores e da indústria e defende a visão de que a agência precisa ter mais soberania e uma posição mais respeitada como definidora e reguladora dos princípios norteadores das políticas de saúde e da sua execução.

As desigualdades também são visíveis na produção de conhecimento científico e na sua implementação. Já em 1976, denunciava-se que os gastos mundiais anuais com pesquisa sobre as doenças tropicais representavam apenas 2% dos gastos com pesquisa para câncer (Sanders, 1985). O Fórum Global para a Pesquisa em Saúde identificou, em 1990, uma grande discrepância no financiamento da pesquisa em saúde, criando a expressão “10/90 gap” ou lacuna 10/90, para nomear o fato de que menos de 10% dos fundos, de origem pública e privada, eram destinados à pesquisa relacionada aos problemas de saúde responsáveis por 90% da carga global de doença (Global Forum for

Health Research, 2004). O Fórum lançou o compromisso de corrigir esta lacuna, criando um movimento que envolve governos, academia e sociedade civil.

Em relação à implementação do conhecimento científico, sabe-se que as bases para melhorar a saúde materno-infantil, por exemplo, são amplamente conhecidas, mas, apesar disso, milhões de crianças continuam morrendo por ano, principalmente na África Subsaariana (Bennet, 2010). Exemplo disso é a estimativa de que o uso pleno de intervenções conhecidas poderia diminuir em mais de 60% a mortalidade de crianças menores de cinco anos em nível mundial (Jones, 2003). Da mesma forma, 74% das mortes maternas poderiam ser prevenidas pela promoção do acesso a intervenções e serviços de eficácia conhecida, como o acesso a cuidados obstétricos essenciais (Wagstaff, 2004). Apesar desses conhecimentos, em 2007, o cenário se mostrava muito preocupante: apenas 3% dos fundos das maiores instituições de financiamento para a saúde (*National Health Institutes* e Fundação Bill e Melinda Gates) estavam sendo alocados para o uso da tecnologia em saúde já conhecida e com evidências de impacto positivo, enquanto 97% estavam dirigidos para a criação de novas tecnologias (Leroy, 2007).

### **3.1.3 Alguns compromissos assumidos**

Acompanhando essas tendências, a comunidade internacional assumiu uma série de compromissos ao longo do tempo. Um dos mais marcantes é a Declaração de Alma Ata, produto da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, organizada pela OMS, na época sob a direção de Halfdan Mahler. A Conferência reuniu representantes de 134 países na cidade do atual Cazaquistão no ano de 1978. Virtualmente todos os países presentes assinaram a declaração, que colocou a meta de “Saúde para Todos no ano 2000”, defendendo uma abordagem intersetorial da saúde e do desenvolvimento socioeconômico, enfatizando o uso de tecnologia apropriada e a importância da participação comunitária nos cuidados de saúde (WHO, 1978). O compromisso de Alma Ata tem profundas implicações políticas, prevendo mudanças estruturais nas políticas internacionais e permanecendo atual nos seus valores até os dias de hoje. Mais adiante, será discutido com mais detalhes esse importante marco para a saúde global.

Vinte e dois anos depois de Alma Ata, no ano 2000, ocorria que a “Saúde para Todos” estava longe de fazer-se realidade e, ao contrário, assistia-se a importantes retrocessos no sentido da adoção em massa de programas verticais e da privatização da saúde, principalmente nos países mais pobres. Assim, nesse ano simbólico, numerosas

organizações internacionais e movimentos da sociedade civil, incluindo universidades, reuniram-se na 1ª Assembleia pela Saúde dos Povos, em Bangladesh, para um retorno aos objetivos de Alma Ata. A Declaração de Bangladesh, elaborada conjuntamente nesse encontro e acordada entre os 92 países presentes, traz a equidade, o desenvolvimento sustentável e a paz no cerne da sua visão de um mundo melhor (People's Health Assembly, 2000).

Também em 2000, em outra vertente, mas também em resposta à não realização da meta “Saúde para Todos”, a comunidade internacional, sob a liderança da Organização das Nações Unidas (ONU), criou um novo projeto para traçar uma meta de avanços mínimos em saúde: a Declaração do Milênio. Este plano, adotado pelos líderes de 192 países, consiste em oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e 18 metas, que deveriam ser alcançados até o ano de 2015 (United Nations, 2000). Os ODM são: 1) erradicar a pobreza extrema e a fome; 2) proporcionar educação básica e de qualidade para todos; 3) promover a igualdade entre os sexos e a valorização da mulher; 4) reduzir a mortalidade infantil; 5) melhorar a saúde materna; 6) combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; 7) garantir a sustentabilidade ambiental; e 8) estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento. As metas para cada um desses objetivos estabelecem parâmetros objetivos para o seu cumprimento, como no caso da mortalidade infantil, por exemplo: “reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade”.

Dez anos após esse compromisso, certamente avanços importantes foram feitos, mas, no âmbito geral, resultados de estudos que analisam o progresso dos ODM indicam que há desigualdade no alcance das metas, especialmente em relação à África Subsaariana, que apresenta uma evolução mais lenta. Em 2007, a monitorização do progresso dos ODM mostrava que os 10 países com menor progresso estavam na África Subsaariana (Murray, 2007). Dados mais recentes mostram que apenas cinco dos 46 países da região africana apresentam um progresso razoável para atingir o ODM 4 (redução da mortalidade infantil) (WHO, 2010a).

Algumas barreiras identificadas são o insuficiente peso dos países em desenvolvimento nas decisões econômicas e políticas, assim como a incoerência entre as políticas econômicas e as políticas sociais e de saúde (Gil-González, 2008). Stuckler et al. (2010) analisaram estatisticamente os determinantes dessas desigualdades para os objetivos 4 (redução da mortalidade infantil) e 6 (combate às doenças infecciosas) e sugerem que o impacto negativo do HIV e das doenças crônicas não transmissíveis na

saúde do adulto tem um papel importante. As implicações desses resultados para a saúde global são no sentido de ampliar as intervenções para contemplar a gama maior de riscos que barram o cumprimento das metas. De fato, a OMS estima que a epidemia de doenças crônicas está gradativamente freando o progresso social e o crescimento econômico, principalmente nos países em desenvolvimento (WHO, 2005).

Ainda assim, por um lado, críticos avaliam que, embora a eleição dos ODM e de suas metas possa não ser a melhor estratégia para orientar as ações, segue sendo a agenda principal de desenvolvimento internacional consensuada pelos países (Gil-González, 2008). Por outro lado, outra corrente crítica mais forte considera os ODM como uma abordagem superficial e insuficiente, com uma ênfase excessivamente técnica, que não coloca em primeiro plano a mudança de paradigma do desenvolvimento (Schuftan, 2010).

### **3.1.4 Problemas globais exigem uma resposta global**

Em resposta às preocupações crescentes em relação à persistência e aumento das iniquidades, a OMS criou, em 2005, a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), que publicou um importante relatório em 2008, intitulado “*Closing the Gap in a Generation*” (WHO, 2008a). Nessa ocasião, a Comissão convocou os países para agir em três áreas principais: melhorar as condições de vida das pessoas; enfrentar a distribuição desigual de poder e recursos financeiros, materiais e humanos; e avaliar o impacto das políticas e ações em termos de equidade. Esse documento é um dos marcos do atual consenso de que o enfrentamento das iniquidades deve estar no centro das ações em saúde pública, para lidar com desafios tão complexos quanto o acesso de todas as pessoas a cuidados de saúde de qualidade, a erradicação da pobreza e as ameaças ambientais, como a mudança climática. Esses desafios estão acima da capacidade de Estados individuais e exigem um sistema de governança global que promova a responsabilização democrática e transparente das nações e que inclua os países em desenvolvimento na busca de um ambiente global estável e sustentável.

Esse panorama também traz implicações para a pesquisa, à medida que traz a demanda por uma análise mais aprofundada de certos fenômenos, como a relação surpreendentemente fraca entre crescimento econômico e melhorias na saúde e na educação (UNDP, 2010).

Toda essa complexidade reflete nos mecanismos de cooperação internacional, que também precisam se adaptar às transformações e às novas demandas da saúde

global. Novas vulnerabilidades pedem abordagens inovadoras, que incorporem novas ferramentas. A cooperação internacional será discutida com mais detalhes adiante.

## 3.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA ALCANÇAR A “SAÚDE PARA TODOS”

### 3.2.1 Breve histórico

Nos anos 60, após o relativo fracasso de programas para o controle da malária na África, a OMS afirmou publicamente que era necessário investir na infra-estrutura mais básica da saúde e começou a trabalhar em um plano integrado e abrangente para reforçar os serviços de saúde, tanto na parte curativa quanto na preventiva (Brown, 2006). Assim, começou a dar-se a transição entre um modelo centrado em serviços de saúde para uma abordagem que se chamaria de Atenção Primária à Saúde (APS), e o trabalho próximo à comunidade, através das experiências de organizações não governamentais (ONGs) e missionários na África, Ásia e América Latina, veio chamar a atenção dos dirigentes. A experiência dos *barefoot doctors* (médicos descalços) na China, que parecia estar transformando as condições de saúde da população rural daquele país, atraiu o interesse da OMS. Essa e outras iniciativas de base comunitária foram relatadas na coleção de estudos de caso “*Health by the people*”, editada por Ken Newell em 1975 (Newell, 1975), que veio a ganhar atenção internacional, abrindo caminho para a realização da Conferência de Alma Ata em 1978. A Declaração de Alma-Ata (WHO, 1978), já citada anteriormente, definiu os princípios fundamentais da APS: “cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, onde constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde”.

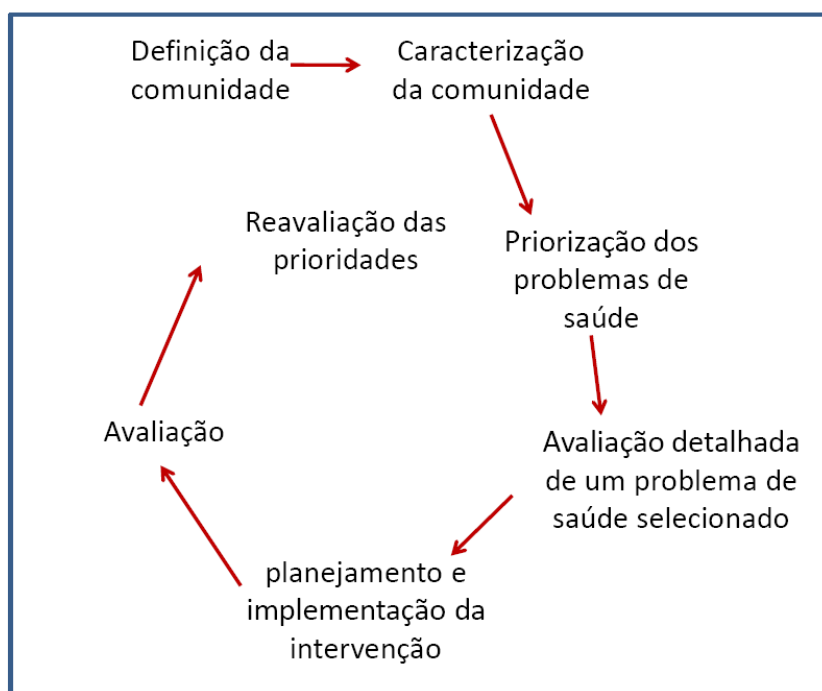
O conceito de Alma Ata se destaca por ter profundas implicações políticas e sociais, à medida que traça uma estratégia que não trata somente de serviços de saúde, mas que também prevê a abordagem dos determinantes políticos e econômicos dos problemas do setor saúde, configurando uma concepção abrangente, baseada no direito fundamental à saúde.

Contudo, a reação de muitos governos, organizações e indivíduos à Declaração de Alma-Ata foi de considerá-la irrealística e intangível. Assim, a partir de 1979, seguiu-se uma corrente de abordagens seletivas de APS, sob a forma de pacotes custo-efetivos estimulados pelo Banco Mundial (Rifkin, 1986; Unger, 1986; World Bank, 1987), como o conhecido GOBI, pacote do UNICEF que incluía quatro intervenções: monitorização do crescimento, reidratação oral, amamentação e imunização. Com isso, o idealismo de Alma Ata foi reduzido a um conjunto de intervenções técnicas que poderiam ser mais facilmente implementadas e medidas. Os seus pressupostos abrangentes foram ofuscados por programas verticais, e os sistemas de saúde em muitos países, principalmente nos de baixa renda, sofreram debilitação e fragmentação. Essa situação ocorreu, em grande parte, como consequência das medidas de ajustes estruturais, promovidas pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), diante da depressão econômica dos anos 80, que levou ao endividamento dos países em desenvolvimento, e da escassez cada vez maior de recursos para a saúde. O Banco Mundial ganhou autoridade ao passo que a OMS perdeu prestígio (Brown, 2006). Tudo isso levou a um cenário de desintegração dos cuidados de saúde, favorecendo o crescimento do setor privado, e, portanto, enfraquecendo o marco da saúde como direito. No início dos anos 90, o Banco Mundial se tornava a força dominante, e o seu relatório *“Investing in Health”*, lançado em 1993, teve grande impacto nos rumos da saúde mundial através da sua abordagem centrada em custo-benefício (World Bank, 1993). As políticas de ajustes estruturais levaram à fragmentação e até à destruição dos sistemas de saúde em muitos países em desenvolvimento. O caso da África Subsaariana é dramático nesse sentido, pois, na década de 80, muitos países estavam recém surgindo como países independentes, o que os colocava em situação de vulnerabilidade em termos de estruturação e afirmação como nação. Somando-se a isso, as guerras civis que eclodiam e os governos autoritários que se instalavam em muitos desses países agravaram os efeitos já devastadores das políticas de ajustes estruturais. O entendimento desses efeitos é central

para compreender o cenário atual dos sistemas de saúde de muitos países da África Subsaariana.

Regressando para as origens de Alma Ata, é importante reconhecer a influência do movimento da atenção primária orientada para a comunidade ou, como é mais conhecida, *Community Oriented Primary Care* (COPC). Quarenta anos antes da conferência de 1978, o casal Sidney e Emily Kark experimentava, no interior da África do Sul, uma prática dos cuidados de saúde inserida e envolvendo a comunidade. A COPC se define como “um processo contínuo que provê atenção primária a uma população definida, baseado na avaliação das suas necessidades de saúde, através da integração planejada entre a prática da saúde pública e a oferta de serviços de atenção primária” (Mullan, 2002). A prática da COPC se baseia em seis elementos, que se relacionam de forma cíclica (Figura 6).

**Figura 6:** Elementos cíclicos da prática da *Community Oriented Primary Care* (Adaptado de Epstein et al., 2002)

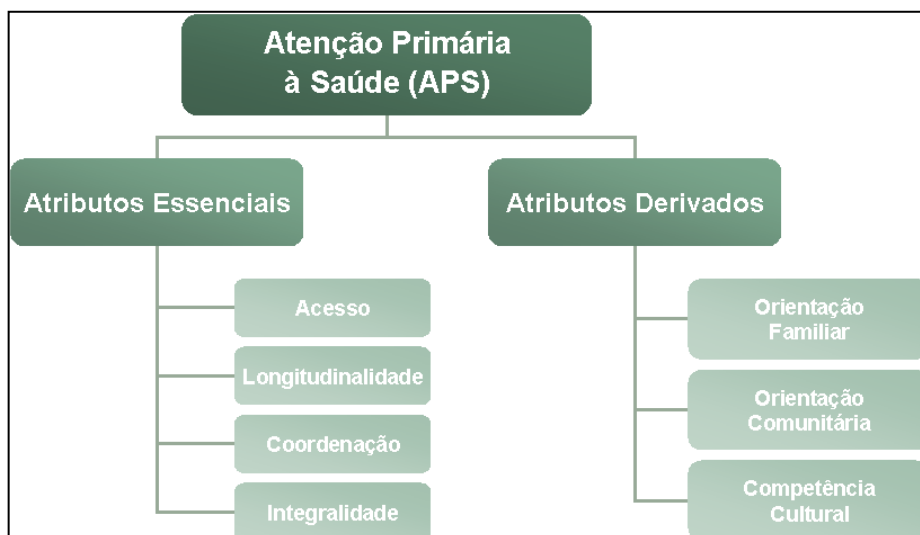


Em 1959, o casal se mudou para Jerusalém, levando consigo a experiência da COPC, que se disseminou para outros lugares do mundo, como Estados Unidos e Reino Unido. Assim, uma série de princípios que faziam parte do conceito da COPC foi incorporada na Declaração de Alma Ata.

### 3.2.2 A “reviravolta” da atenção primária

Na década de 90, a pesquisadora Barbara Starfield descreveu a APS como o primeiro nível de atenção dentro do sistema de saúde (acesso de primeiro contato), caracterizando-se, principalmente, pela continuidade (ou longitudinalidade) e integralidade da atenção e pela coordenação da assistência dentro do próprio sistema de saúde (Starfield, 1992). Segundo a pesquisadora, um sistema de saúde que busca ter esses quatro elementos poderá alcançar o objetivo traçado na Declaração de Alma Ata, tanto sob a perspectiva populacional quanto do cuidado individual (Starfield, 1994). A esses quatro elementos, denominados atributos essenciais, agregaram-se a orientação familiar, a orientação para a comunidade e a competência cultural, que foram chamados de atributos derivados (Figura 7). No Quadro 1 estão definidos os atributos da APS segundo Starfield. Em suma, segundo a pesquisadora, a atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade, através de cuidados de prevenção, cura e reabilitação, centrados na pessoa e não na doença, considerando o seu contexto familiar, comunitário e cultural.

**Figura 7:** Atributos da Atenção Primária à Saúde (Fonte: Starfield, 1992)





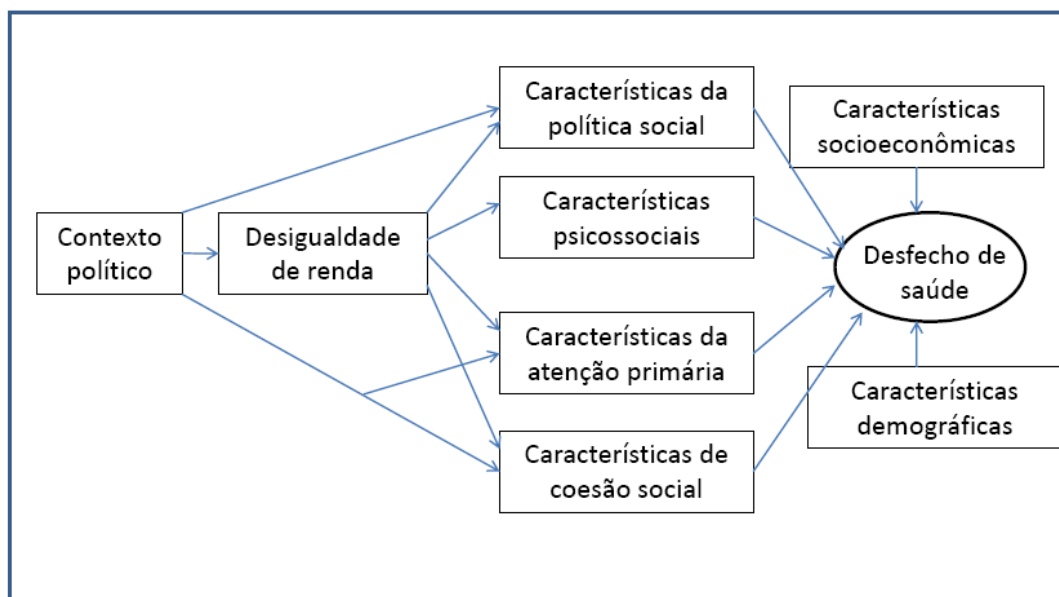
**Quadro 1:** Definições dos atributos da atenção primária (Adaptado de Starfield, 1991).

<b>Atributos essenciais</b>	<b>Definição</b>
Acesso de primeiro contato	O profissional de atenção primária é a primeira referência das pessoas para questões de saúde, e as decisões sobre a necessidade de um serviço especializado devem passar primeiro por ele.
Continuidade ou longitudinalidade	O profissional de atenção primária ou o serviço proporcionam cuidado continuado, ao longo do tempo, independente do tipo de diagnóstico ou problema de saúde, baseado em forte relação interpessoal.
Integralidade	Um conjunto grande de serviços está disponível para as pessoas para responder às suas necessidades, seja diretamente com o profissional de atenção primária, seja em outro ponto do sistema de saúde baseado em APS.
Coordenação	O profissional de atenção primária se comunica diretamente com os outros pontos do sistema de saúde, coordenando os cuidados ofertados nos diferentes pontos de acordo com as necessidades das pessoas. A APS deve ser o centro de comunicação e coordenação do cuidado de toda a rede de serviços de saúde.
<b>Atributos derivados</b>	<b>Definição</b>
Orientação Familiar	A pessoa é cuidada considerando o seu contexto familiar.
Orientação Comunitária	A pessoa é cuidada considerando o seu contexto comunitário e as suas redes sociais.
Competência cultural	Capacidade do profissional de atenção primária em funcionar dentro do contexto das convicções culturais, comportamentos e necessidades apresentadas em uma comunidade.

O marco teórico de Starfield foi muito importante para valorizar a atenção primária, principalmente no meio acadêmico e assistencial. Uma das bases usadas para a sua formulação foi o Relatório Dawson, conhecida publicação inglesa de 1920, que introduziu o conceito de regionalização: distinguia três níveis principais de serviços de saúde, cada qual com a sua função, que se vinculavam entre si (Dawson, 1920).

Starfield também fez contribuições sobre as consequências das iniquidades em saúde (Starfield, 2000), colocando a atenção primária como estratégia para o seu enfrentamento e tendo, nesse contexto, maior importância do que a atenção especializada. A Figura 8 ilustra a posição da atenção primária dentro da cadeia de determinantes da saúde.

**Figura 8:** Marco conceitual dos determinantes da saúde, contendo a atenção primária  
(Fonte: Starfield, 2000)



Em reconhecimento às crescentes iniquidades sociais e de saúde em quase todos os países, em 1996, a OMS (Regional Europeia) adotou um conjunto de princípios para guiar as reformas de saúde na Europa (WHO, 1996). A chamada Carta de Ljubljana afirmou seis princípios fundamentais para os sistemas de saúde: 1) que sejam guiados por valores de dignidade humana, solidariedade, equidade e ética profissional; 2) que tenham a proteção e a promoção da saúde como alvo; 3) que sejam centrados nas pessoas; 4) que sejam focados em qualidade, incluindo custo-efetividade; 5) que sejam baseados em financiamento sustentável, que permita a cobertura universal e o acesso equitativo; e 6) que sejam orientados pela filosofia da APS. Para executar esses princípios, a Carta enfatiza a necessidade de capacidade política e de gestão, reorientação de recursos humanos e participação dos usuários no sistema de saúde.

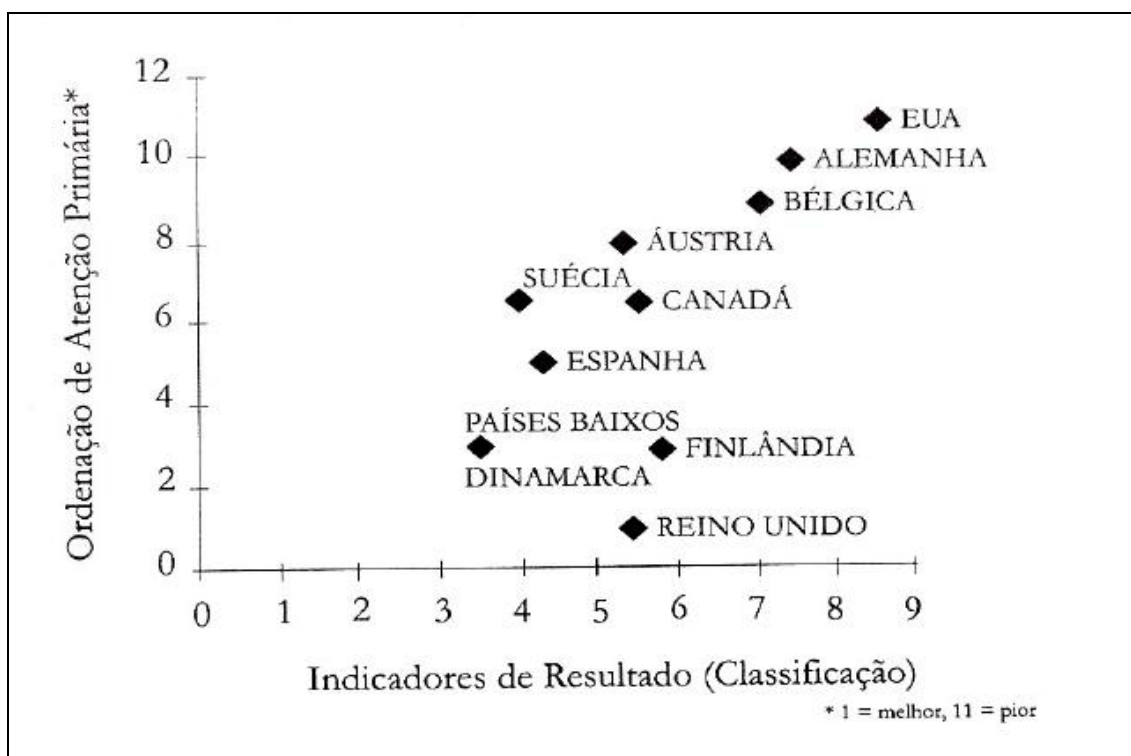
Em 1998, na 51ª Assembleia Mundial de Saúde, renovou-se o compromisso de melhorar a saúde no mundo através da Resolução “Política de Saúde para Todos no Século XXI”. Nessa ocasião, os países membros da OMS reafirmaram a sua intenção de garantir a disponibilidade dos aspectos essenciais da APS, tal como definidos na Declaração de Alma Ata (WHO, 1998).

### 3.2.3 Evidências do impacto da atenção primária

Uma comparação entre 12 países industrializados ocidentais (incluindo Estados Unidos, Austrália e países da Europa) mostrou que os países com uma maior orientação para a atenção primária tinham melhores resultados de saúde (considerando vários indicadores, como mortalidade infantil e expectativa de vida), maior satisfação dos usuários com o sistema de saúde e menores gastos com saúde (Starfield, 1994). A Figura 9 ilustra alguns achados desse estudo.

Nessa mesma linha, Macinko et al. (2003) avaliaram a contribuição da atenção primária, considerando vários indicadores de saúde, em 18 países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) entre 1970 e 1998. O estudo, de delineamento ecológico, mostrou que os países que tinham características de atenção primária mais fortes, como longitudinalidade e coordenação, estavam associados a melhor saúde da população, controlando para possíveis fatores de confusão.

**Figura 9:** Resultados do estudo com 12 países mostrando relação da orientação para a atenção primária com melhores resultados de saúde (Fonte: Starfield, 1994).



Em uma revisão da literatura sobre o impacto da APS na saúde das populações de países de baixa e média renda, com 36 estudos incluídos, somente cinco estudos não mostraram efeito positivo da intervenção estudada (Macinko, 2009). Mais de 70% dos estudos avaliaram os desfechos mortalidade infantil ou mortalidade de crianças menores

de cinco anos. As reduções de mortalidade de crianças menores de cinco anos atribuídas à APS variaram consideravelmente: de zero a 71%, com intervenções que duraram de dois a mais de 10 anos.

No continente africano, Dugbatey (1999), através de uma comparação de casos de quatro países (Botswana, Costa do Marfim, Gana e Zimbábwe), estudou o impacto das políticas nacionais de saúde no estado de saúde da população entre 1980 e 1990. Os resultados mostraram que nos dois países onde as políticas eram mais voltadas para a APS abrangente (Botswana e Zimbábwe), houve melhora nos três indicadores medidos - mortalidade infantil, mortalidade de crianças menores de cinco anos e expectativa de vida - em comparação com os outros dois países, que tinham políticas menos afins com os princípios da APS.

O grupo de pesquisadores do projeto “Revitalizando a Saúde para Todos” (Labonté, 2009) conduziu uma extensa revisão de literatura sobre a integralidade, a efetividade e o contexto político da APS, reunindo 336 referências de todo o mundo. Apesar da qualidade pobre da maioria dos estudos, que não apresentava dados de linha de base ou controles adequados, a revisão concluiu que há evidências suficientes sobre os efeitos positivos da APS em alguns desfechos de saúde e em processos comunitários e intersetoriais, assim como sobre a sua relação custo-efetividade, sendo que quanto mais abrangente a abordagem de APS, maiores os efeitos. Essa revisão destacou os estudos sobre o impacto da APS em alguns países, como Tailândia, Costa-Rica e Brasil.

Na Tailândia, que iniciou com um modelo de APS em 1977, pesquisadores mostraram melhora substancial do estado nutricional das crianças por meio de um programa de vigilância nutricional, com cooperativas de nutrição e incentivo à produção de alimentos nutritivos pelas famílias. Além da nutrição, melhoraram também a cobertura vacinal, o acesso a água potável e saneamento e a disponibilidade de medicamentos essenciais (Nitayarumphong, 1990). O caso tailandês também ganhou destaque em uma publicação da revista *The Lancet*, onde os pesquisadores avaliaram o impacto da APS em 30 países de baixa e média renda. Nesse estudo, a Tailândia se destacou por ter alcançado bons resultados: redução de 8,5% na mortalidade de crianças menores de cinco anos e acesso universal e mais equitativo a vacinação e assistência qualificada ao parto (Rohde, 2008).

Na Costa Rica, um estudo quase-experimental avaliou os efeitos da reforma de saúde no país, baseada em APS, incluindo acesso equitativo, equipes multidisciplinares, participação comunitária, abordagem dos determinantes sociais da saúde e integração

dos diferentes níveis de atenção do sistema. Os autores mostraram que, de 1985 a 2001, a mortalidade infantil reduziu significativamente em 8%, e a mortalidade adulta, em 2%, controlando para possíveis fatores de confusão (Rosero Bixby, 2004).

Vários estudos avaliaram o impacto da APS no Brasil, assunto que será discutido mais adiante em uma seção específica.

### 3.2.4 A renovação da atenção primária

Mais de 30 anos depois da Declaração de Alma Ata, a APS vem ganhando força nos posicionamentos das agências internacionais. Em 2007, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) publicou um documento de posicionamento, intitulado “Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas” (OPAS, 2007). Esse documento afirma que um enfoque renovado da APS é condição essencial para cumprir com os compromissos internacionais vinculados aos objetivos de desenvolvimento, incluindo aqueles da Declaração do Milênio, assim como para abordar os determinantes sociais da saúde e alcançar o mais alto nível de saúde possível para todos. O mecanismo proposto para a renovação da APS, segundo a OPAS, é a transformação dos sistemas de saúde, de modo que a APS desempenhe neles um papel central. Considerou-se que um sistema de saúde baseado em APS é composto de um conjunto de elementos estruturais e funcionais essenciais que garantem a cobertura e o acesso universal aos serviços de saúde, promovendo equidade, prestando atenção integral ao longo do tempo e tendo as famílias e comunidades como base para o planejamento e a ação. O documento da OPAS traz um quadro conceitual de diferentes definições de APS, adaptado no Quadro 2.

**Quadro 2:** Quadro conceitual com os diferentes enfoques de atenção primária. (Adaptado de OPAS, 2007).

Enfoque	Definição ou conceito de Atenção Primária à Saúde	Ênfase
Atenção primária à saúde seletiva	Enfoca um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento. Os serviços principais tornaram-se conhecidos como GOBI (monitoramento de crescimento, técnicas de reidratação oral, amamentação e imunização) e algumas vezes incluíram complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar (GOBI-FFF).	Conjunto específico de atividades e serviços de saúde voltados à população pobre.
Atenção primária	Refere-se ao ponto de entrada no sistema de saúde e ao local de cuidados contínuos de saúde para a maioria das pessoas, na maior parte do tempo.	Nível de atenção em um sistema de serviços de saúde.

	Trata-se da concepção mais comum de APS em países da Europa e em outros países industrializados. Em sua definição mais estreita, a abordagem é diretamente relacionada à disponibilidade de médicos com especialização em clínica geral ou medicina familiar.	
“Atenção primária à saúde integral” de Alma Ata	A declaração de Alma Ata define a APS como o primeiro nível de atenção integrada e abrangente que inclui elementos de participação da comunidade, coordenação intersetorial e apoio em vários trabalhadores de saúde. A definição inclui diversos princípios, como: a necessidade de enfrentar determinantes de saúde mais amplos; acessibilidade e cobertura universais com base na necessidade; envolvimento comunitário e individual e autoconfiança; ação intersetorial para a saúde; e tecnologia apropriada e efetividade de custos em relação aos recursos disponíveis.	Uma estratégia para organizar os sistemas de atenção em saúde e para a sociedade promover a saúde.
Enfoque de saúde e direitos humanos	Enfatiza a compreensão da saúde como direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. Difere em sua ênfase sobre as implicações sociais e políticas da declaração de Alma Ata mais do que sobre os próprios princípios. Defende que o enfoque social e político da APS deixou para trás aspectos específicos de doenças e que as políticas de desenvolvimento devem ser mais “inclusivas, dinâmicas, transparentes e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação” se pretendem alcançar melhoras em termos de equidade em saúde.	Uma filosofia que permeia os setores social e de saúde.

Seguindo na linha de maior visibilidade da APS no contexto internacional, em 2008, o Relatório Mundial de Saúde da OMS foi dedicado à APS: “Atenção Primária à Saúde: Agora Mais do Que Nunca” (WHO, 2008b). Passados exatos 30 anos da Conferência de 1978, esse documento fez um apanhado histórico com várias experiências bem sucedidas de APS no mundo, destacando o Brasil por estar investindo em uma estratégia de APS em larga escala e estruturante do sistema de saúde. Esse relatório traçou as estratégias para reformar a saúde com base na APS (Figura 10). Assim, trouxe novamente os princípios da APS de Alma Ata para a agenda internacional da saúde, com especial destaque para os determinantes sociais da saúde e a ação intersetorial. O documento destaca que a APS não é uma opção barata e requer investimentos consideráveis, mas gera maior valor para o recurso investido do que todas as outras alternativas.

**Figura 10:** Reformas de APS necessárias para reorientar os sistemas de saúde rumo à saúde para todos (Fonte: WHO, 2008).



Também em 2008, a publicação da revista *The Lancet* intitulada “A Saúde para todos não deve ser um sonho enterrado pelo passado”, trouxe uma série de oito artigos com reflexões sobre APS no mundo 30 anos depois de Alma Ata (Lancet Alma-Ata Working Group, 2008). Em um deles, Lawn et al. (2008) reafirmaram a relevância e a atualidade dos princípios de Alma Ata diante dos velhos desafios e novas prioridades que emergiram nos últimos 30 anos, como o HIV/AIDS, as doenças crônicas e a saúde mental. Para os autores, o debate não mais deve polarizar-se entre abordagens seletivas ou abrangentes de APS, e sim combinar as fortalezas de ambas. Na sua retrospectiva, afirmam também que a participação comunitária e o envolvimento intersetorial foram as vertentes da APS que menos se desenvolveram nesses últimos anos.

Em abril de 2008, foi firmada a Declaração de Ouagadougou, na ocasião da Conferência Internacional sobre APS e Sistemas de Saúde na África, que ocorreu em Burkina Faso. A Declaração reafirmou os princípios de Alma Ata, convocando os países membros da ONU a atualizar as suas políticas nacionais de saúde de acordo com a abordagem de APS para fortalecer os sistemas de saúde. Também enfatizou que a APS pode acelerar o alcance dos ODM e que intervenções prioritárias devem ser usadas como porta de entrada para esse objetivo mais amplo (Ouagadougou Declaration, 2008).

Em maio de 2009, na ocasião da 62ª Assembleia Mundial da saúde, a OMS convocou os países membros a “garantir o compromisso político, em todos os níveis, com os princípios e valores de Alma Ata, mantendo o fortalecimento dos sistemas de

saúde baseados na APS como prioridade na agenda política internacional” (WHO, 2009).

Nesse apanhado histórico global, percebe-se que o marco de Alma-Ata continua sendo a principal referência para uma agenda incisiva, que contemple com a devida força os aspectos mais essenciais da APS para transformar os sistemas de saúde (Baum, 1995).

### 3.3 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E O SEU PAPEL NA RENOVAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

#### 3.3.1 Histórico

No mundo, o termo genérico “Agente Comunitário de Saúde” (ACS) se refere a uma variedade de tipos de trabalhadores comunitários, em diferentes modalidades e com variadas tarefas, que incluem intervenções preventivas, promoção de comportamentos saudáveis, mobilização comunitária e, em alguns casos, manejo clínico de doenças prevalentes. As origens do ACS remontam a muitas décadas. Como já foi mencionado na seção anterior, a experiência chinesa dos *barefoot doctors* (médicos descalços) atraiu o interesse da OMS. A China introduziu o programa como política nacional em 1968. Os *barefoot doctors* recebiam uma formação que durava de três a seis meses, e proviam serviços como vacinação, assistência ao parto, acupuntura e pequenas cirurgias, além de atuarem na melhora do saneamento (Figura 11). Essa e outras experiências em meio comunitário enfatizaram a urgência em adotar uma perspectiva de APS incluindo a formação de ACS (Brown, 2006).





**Figura 11:** *Barefoot doctor* chinesa trata um trabalhador rural com acupuntura (Fonte: Wikipédia, disponível em [http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Chinese\\_barefoot\\_doctor\\_performing\\_acupuncture.jpg](http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Chinese_barefoot_doctor_performing_acupuncture.jpg) - acesso em 24/12/2010)

Em 1977, o biólogo e educador David Werner publicou um relato da sua valiosa experiência em comunidades da América Latina (Werner, 1977). Após ter trabalhado 12 anos com formação de agentes comunitários, chamados por ele de *village health workers*, em comunidades rurais remotas no oeste do México, visitou quase 40 projetos em comunidades rurais em nove outros países da América Latina. Com essas visitas, ele buscou elementos para compreender melhor os mecanismos de inserção de trabalhadores da saúde com pouca ou nenhuma formação e o envolvimento mais efetivo da própria comunidade nos cuidados de saúde. Resumidamente, ele encontrou que esses trabalhadores, que ele chamou de *primary health workers*, dividiam-se em dois grupos principais: os auxiliares de enfermagem ou técnicos de saúde e os promotores de saúde ou *village health workers*. Os primeiros tinham mais anos de escolaridade e formação, geralmente não moravam na comunidade, trabalhavam em tempo integral e recebiam um salário do programa para o qual trabalhavam e não da comunidade. Já os *village health workers* tinham menos anos de escolaridade e formação, geralmente moravam na comunidade e eram selecionados por ela, trabalhavam frequentemente em tempo parcial e recebiam apoio da própria comunidade. A partir da sua rica vivência, Werner concluiu sobre os *village health workers*: “se aprenderem uma gama razoável de habilidades, se forem estimulados a pensar, a tomar iniciativa e a continuar aprendendo consigo mesmo, se os seus julgamentos forem respeitados, se os seus limites forem determinados pelo que sabe e pode fazer, se a sua supervisão for apoiadora e educativa, poderão trabalhar com energia e dedicação, trazendo grandes contribuições para a sua

comunidade e ganhando a confiança e o amor da mesma (...) o *village health worker* se torna um agente interno da mudança, não apenas para os cuidados de saúde, mas para o despertar da comunidade em todo seu potencial”. Contudo, em muitos projetos que visitou, encontrou que a função do *village health worker* estava reduzida a tarefas que os profissionais de saúde com mais anos de formação lhe delegavam, num contexto de marcada hierarquia onde o ACS assumia uma posição servil. Assim, deixou clara uma diferença política e filosófica entre os possíveis tipos de ACS: agentes da mudança, catalisadores do processo de desenvolvimento da comunidade, ou agentes extensores dos serviços de saúde.

A pesquisadora Gill Walt e seus colaboradores (1990) descreveram aprofundadamente três experiências distintas com ACS - na Colômbia, em Botswana e no Sri Lanka – além de estudar vários outros programas de ACS no mundo. Assim como Werner, a autora concluiu a respeito dos distintos tipos de ACS, que diferiam de acordo com a ênfase do seu papel.

Em 1978, a Declaração de Alma Ata (WHO, 1978) postulou que a APS “baseia-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos que trabalham no campo da saúde, inclusive médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, conforme seja aplicável, convenientemente formados para trabalhar, social e tecnicamente, ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas de saúde da comunidade”. Assim, a figura do ACS, mesmo sem ter ainda um nome consagrado, passou a fazer parte dos recursos humanos necessários para construir a APS, com os importantes pressupostos da formação adequada e do trabalho junto a outros profissionais da equipe de saúde.

Vários países já estavam experimentando o trabalho do ACS desde as décadas de 60 e 70, como Botswana, Tanzânia, Etiópia, Colômbia, Jamaica, Índia e Sri Lanka, mas foi no final dos anos 70 que começaram a ser implementados os programas em escala nacional (Walt, 1990). Foi somente então, já na década de 80, que o termo “agente comunitário de saúde” passou a ser usado de forma corrente, contemplando o que havia de comum entre todos os tipos de trabalhador comunitário experimentados até então: a atuação na ampliação do acesso da população mais desassistida aos cuidados de saúde e o envolvimento de pessoas da própria comunidade nessa atuação.

Todas as experiências comunitárias tão bem descritas por Werner e por Walt contribuíram enormemente para os rumos da figura do ACS. Nos anos 80, duas conclusões principais estavam à disposição das agências internacionais e governos: 1)

as experiências demonstravam que era possível ampliar o acesso de populações mais desassistidas aos cuidados de saúde por meio de uma formação de curta duração feita com pessoas da comunidade; e 2) a diversidade de termos usados para denominar a figura do ACS refletiam a grande variedade de tarefas que eles executavam (Walt, 1990). Também, segundo Walt (1990), passou-se a questionar a expectativa demasiada em relação ao ACS no contexto de um programa em larga escala (em contraposição a alguns projetos de pequena escala, não ligados ao governo), pois se via que ele raramente conseguia ser o esperado “agente de mudança”, uma vez que havia muitos obstáculos para isso.

Com isso, em 1989, um relatório técnico da OMS sugeriu um perfil para o ACS: pertencer à comunidade onde trabalha, ser selecionado pela própria comunidade e ser capaz de responder às suas necessidades, ter uma formação mais curta que outros profissionais e ser financiado pelo sistema de saúde, sem necessariamente fazer parte da sua estrutura formalmente (WHO, 1989).

### **3.3.2 Efetividade do ACS no contexto internacional**

Recentemente, tem-se renovado o interesse pela atuação dos ACS, pois vários estudos têm mostrado os seus possíveis benefícios para a saúde da população. Além disso, alguns desafios da atualidade, como a “fuga de cérebros” e a má distribuição de profissionais de saúde, bem como o aumento da necessidade de cuidados com as doenças crônicas, incluindo HIV/AIDS, exigem mais conhecimento sobre o potencial do ACS (Lehmann, 2007). Hoje, de acordo com documentos recentes (Task Force on Health Systems Research, 2004; WHO, 2006), a OMS afirma que a viabilidade e o potencial do ACS como força de trabalho em saúde é assunto prioritário na agenda de pesquisa mundial.

Uma revisão extensa da literatura publicada recentemente por encomenda da OMS (Lehmann, 2007), com mais de 250 fontes consultadas, trouxe as seguintes conclusões:

1. O ACS contribui para a melhora do acesso e da cobertura de serviços básicos de saúde, e com isso atua no desenvolvimento comunitário.
2. Para que o ACS possa fazer uma contribuição efetiva, são necessários: seleção, formação e supervisão adequadas e apoio contínuo.
3. Programas de ACS não são a solução para resolver todos os problemas de sistemas de saúde precários, nem são uma opção barata para oferecer acesso a serviços de saúde para populações carentes.

4. Por sua própria natureza, programas de ACS são vulneráveis se não forem devidamente apropriados pelas comunidades, tendo relação direta com a mobilização comunitária.
5. A questão do trabalho do ACS ser remunerado ou voluntário permanece controversa, embora não exista nenhuma evidência mostrando que programas voluntários possam ser sustentáveis a longo prazo.

O estudo também mostrou que existe uma variação muito grande na atuação do ACS: de agentes de mudança que estimulam o empoderamento e a participação da comunidade a agentes que implementam programas verticais através de tarefas restritas.

Sobre a remuneração do ACS, de acordo com a experiência internacional, praticamente não existem exemplos de programas sustentados apenas localmente pela comunidade. Uma das raras exceções é o exemplo dos *barefoot doctors* na China, que eram remunerados com o excedente da produção local, em um contexto político específico que instituía a criação de vários subsistemas de financiamento local (Walt, 1990).

A seguir, são descritos vários exemplos de programas de ACS, em vários contextos, com diferentes tipos de resultados.

Em Bangladesh, desde 1972, a inovadora experiência *Gonoshastaya Kendra*, conhecida como GK, contribuiu para transformar o papel da mulher na sociedade, ao treinar mulheres para trabalharem como “paramédicas” e ensiná-las a percorrer os vilarejos de bicicleta (Figura 12), algo que era absolutamente contrário às tradições e normas da época (Chaudhury, 2007). Com a figura das paramédicas, um tipo de ACS, a proposta de APS de GK trouxe um componente central de inclusão social da mulher, com formação e geração de empregos.

**Figura 12:** Paramédica do projeto GK na sua rotina de trabalho (Fonte: *From Battle Front to Community: Story of Gonoshastaya Kendra*)



No Irã, os ACS, chamados de *behvarzes*, existem há mais de 30 anos, são remunerados e trabalham em áreas rurais. Um estudo acompanhou as taxas de mortalidade infantil e materna de 1974 a 1996, mostrando que as diferenças entre meio urbano e rural reduziram consideravelmente, ao que se atribui uma forte associação com o trabalho dos *behvarzes* (Mehryar, 2005).

Swider (2002) publicou uma revisão da literatura com 19 artigos sobre a efetividade do ACS nos Estados Unidos. Apesar da importante heterogeneidade quanto aos papéis desempenhados pelo ACS, população-alvo das intervenções e desfechos medidos, algumas conclusões puderam ser colocadas, como a melhora do acesso aos cuidados de saúde, principalmente a exames de rastreamento para câncer em mulheres.

Uma metanálise de ensaios clínicos sobre o tratamento da pneumonia na comunidade (por trabalhadores comunitários) em países da Ásia e da África sugeriu uma redução geral de 24% na mortalidade em recém-nascidos, crianças pequenas e pré-escolares (Sazawal, 2003).

Na Etiópia, um estudo realizado por Kidane e Morrow (2000) mostrou uma redução de 40% na mortalidade de crianças com menos de cinco anos após uma intervenção com mães treinadas para dar antimaláricos aos seus filhos.

Mais recentemente, uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados realizada por Lewin et al. (2010), avaliou a efetividade do ACS (chamados de *lay health workers* nesse estudo) em desfechos em saúde materno-infantil e manejo de doenças infecciosas, encontrando uma considerável diversidade nos estudos incluídos, em termos de objetivos, contextos (locais e populações), conteúdo e formato das intervenções e desfechos medidos. Além disso, os autores chamaram a atenção para o fato de a maioria dos estudos (55) ter sido realizada em países de alta renda, apesar de muitos desses terem sido direcionados a países de baixa e média renda. Entre os seus principais resultados, com qualidade de evidência moderada, estão alguns benefícios relacionados às intervenções dos trabalhadores leigos com mães e crianças: melhora da cobertura vacinal em crianças (metanálise com oito estudos; RR 1,22; IC 95% 1,10-1,37), promoção da iniciação da amamentação (metanálise com 12 estudos; RR=1,36; IC 95% 1,14-1,61), amamentação até um ano de idade (metanálise com 12 estudos; RR=1,24; IC 95% 1,10-1,39), amamentação exclusiva até os seis meses (metanálise com 10 estudos; RR=2,78; IC 95% 1,74-4,44). Quanto aos desfechos de morbimortalidade infantil, apesar da qualidade de evidência baixa e da significância estatística limítrofe, o estudo de Lewin sugere benefícios: redução da morbidade por febre, infecção respiratória aguda ou diarreia em crianças (metanálise com seis estudos; RR=0,86; IC 95% 0,75-0,99), redução da mortalidade em crianças menores de cinco anos (metanálise com três estudos; RR=0,75; IC 95% 0,55-1,03) e neonatal (metanálise com quatro estudos; RR=0,76; IC 95% 0,57-1,02).

Huicho et al. (2008) compararam o desempenho de diferentes categorias de trabalhadores da saúde, com mais ou menos anos de formação, em relação ao manejo de doenças prevalentes na infância. Quatro países participaram do estudo (Bangladesh, Brasil, Tanzânia e Uganda), que mostrou que a qualidade do manejo foi a mesma, independentemente da duração do treinamento que os trabalhadores receberam e da sua formação prévia. Esses resultados são estimulantes para a incorporação de ACS e para a ampliação das suas tarefas, dependendo do contexto.

Em relação aos fatores relacionados com o sucesso dos programas de ACS em larga escala, com foco em saúde infantil, Haines et al. (2007) conduziram uma revisão de escopo internacional, concluindo que os ACS podem contribuir para melhorar a saúde infantil, desde que tenham formação e supervisão adequadas. Contudo, a possibilidade desse potencial ser colocado em larga escala depende de muitos fatores relacionados ao contexto (político, econômico, social e do sistema de saúde) que acabam determinando

o seu impacto e a sua sustentabilidade. Além disso, os autores ressaltam que a introdução de programas de ACS em larga escala requer avaliação para documentar o impacto das ações, bem como a sua relação custo-efetividade, e para elucidar os fatores associados com sua boa evolução e sustentabilidade.

Por fim, um trabalho recente incluindo uma revisão sistemática (com 315 estudos) e oito estudos de caso aprofundados (Bhutta, 2010), teve como objetivo identificar os programas de ACS com impacto positivo nos ODM relacionados à saúde. O estudo mostrou que as ações dos ACS contribuíram na redução das taxas de mortalidade materna e infantil, além de terem ajudado a diminuir a carga de doença e os custos da tuberculose e da malária. Os achados também confirmaram que os ACS funcionam como elo crítico de ligação entre as comunidades e o sistema de serviços de saúde e assistência social. No entanto, tanto a cobertura de programas de ACS quanto o progresso geral rumo às metas do milênio, mostraram-se muito lentos. Os autores afirmam que essa evolução aquém do esperado está ligada à fragilidade dos sistemas econômicos e de saúde. Dentre as recomendações desse documento, destacam-se: a inserção dos programas de ACS no sistema de saúde mais amplo, com inclusão do ACS no planejamento de recursos humanos em nível nacional e local; a definição de habilidades e tarefas específicas para o ACS; e a incorporação de sistemas de supervisão participativa e de avaliação interna e externa.

Um dos estudos de caso dessa extensa pesquisa de Bhutta e al. foi o do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Brasil, que será detalhado a seguir.

### 3.4 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL

#### **3.4.1 Histórico e características do modelo brasileiro de APS**

Desde a Constituição Federal de 1988, o Brasil vem transformando o seu sistema de saúde, baseado na instituição do direito universal à saúde, colocando-o como obrigação e responsabilidade do Estado. O antigo sistema previdenciário deu lugar ao Sistema Único de Saúde (SUS), que foi fundamentado em quatro princípios básicos: 1) universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de renda, classe social, etnia, ocupação e contribuição; 2) descentralização em direção aos estados e municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo; 3) participação popular na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no

acompanhamento de sua execução; e 4) equidade (Escorel, 2007). A Lei 8080, que criou o SUS (Brasil, 1990a), foi acompanhada da lei que definiu as suas instâncias de participação social (Lei 8142). O chamado controle social se efetivaria por meio de Conferências e Conselhos de Saúde, este último constituído por usuários, profissionais e gestores, com caráter permanente e deliberativo (Brasil, 1990b).

Em 1991, nasceu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o qual será detalhado mais adiante. Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), definida como uma estratégia de ampliação do acesso a serviços de saúde que privilegia ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias, utilizando os princípios do SUS expostos acima (Brasil, 2006a). Inicialmente, o PSF tinha como objetivo primordial aumentar o acesso aos serviços de saúde para a população mais vulnerável, através da implantação de equipes de atenção básica por todo o país, a começar pelas regiões mais pobres. Com o tempo, o objetivo do PSF se tornou mais ambicioso, passando da ampliação do acesso para a reorganização da prática assistencial e a mudança do modelo de atenção, partindo de uma compreensão ampla do processo saúde-doença. Assim, o PSF foi incorporado ao SUS como política abrangente e de ampla cobertura, de maneira a reorganizá-lo, reforçando a orientação para a APS (chamada de atenção básica pelo Ministério da Saúde do Brasil) e estruturando o sistema de saúde.

A ESF se constitui por uma unidade básica de saúde e uma equipe mínima composta por um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e um número variável (geralmente quatro a seis) de ACS. Hoje, a maioria das equipes já conta com profissionais de saúde bucal: dentistas, auxiliares de saúde bucal e técnicos de saúde bucal. A equipe da ESF assume a responsabilidade por uma zona geográfica definida, com população de até 4.000 pessoas, sendo também o ponto de partida da referência para os demais níveis de atenção quando necessário.

Avanços importantes para a gestão e o financiamento da APS no Brasil vieram com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), em 2001, que deu ênfase à qualificação da atenção básica, instituindo a sua gestão plena ao nível do município, e com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2006a), que redefiniu o Piso de Atenção Básica (PAB), garantindo verba para os municípios em padrão fixo e variável, conforme as suas especificidades. Também em 2006, o Pacto pela Saúde (Brasil, 2006b) trouxe novas diretrizes para as políticas de saúde brasileiras,

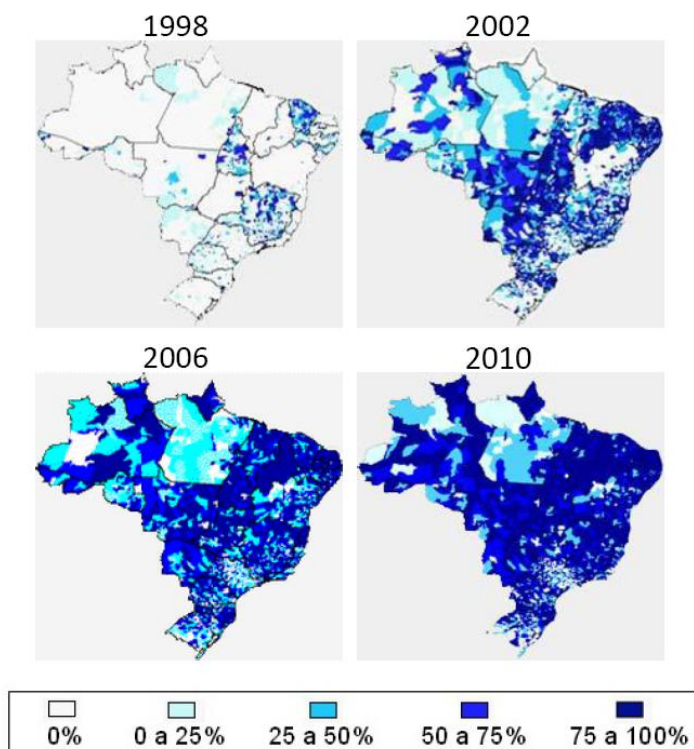


reafirmando a centralidade da ESF na reorganização da atenção básica para a consolidação do SUS (Rocha, 2008).

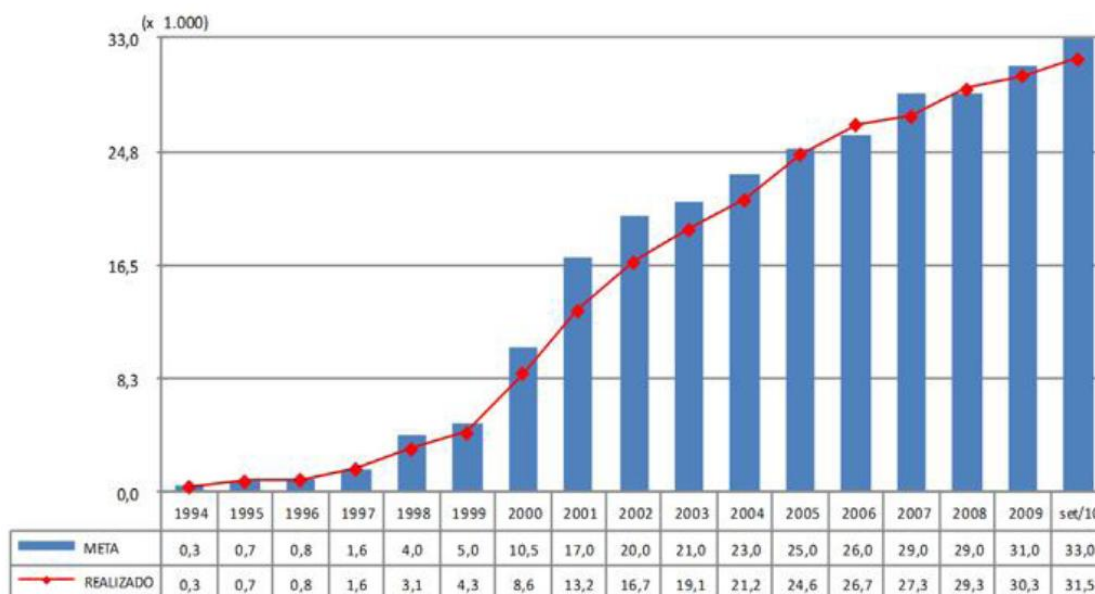
Desde 1994, a ESF se expandiu por todo o território nacional, mas a rede de serviços de APS ainda é bastante heterogênea. Junto com as equipes da ESF, coexistem unidades sanitárias tradicionais (modelo anterior à ESF) e outras propostas, geralmente ligadas a instituições de ensino. O que a ESF trouxe de mais inovador, e o que a mais diferencia de outras propostas de APS no mundo, é o seu funcionamento com base no território, a figura do ACS inserida nas equipes de saúde e a inclusão da saúde bucal.

As Figuras 13 e 14 mostram a evolução da implantação da ESF no Brasil. A cobertura da ESF em 2010 é de mais de 50% da população em todo território brasileiro, contando com o trabalho de quase 30 mil equipes (Brasil, 2010).

**Figura 13:** Evolução da implantação das Equipes Saúde da Família no Brasil, de 1998 a setembro de 2010. (Fonte: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde do Brasil, disponível em <http://200.214.130.35/dab/abnumeros.php#numeros>, acesso em 26/12/2010)



**Figura 14:** Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas no Brasil, de 1994 a setembro de 2010 (Fonte: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde do Brasil, disponível em <http://200.214.130.35/dab/abnumeros.php#numeros>, acesso em 26/12/2010)



### 3.4.2 Evidências de impacto da ESF na saúde da população

Nos últimos 15 anos, acompanhando os progressos do SUS, alguns indicadores tiveram evolução muito favorável, como a taxa de mortalidade infantil, que caiu de 48 por 1.000 para 18 por 1.000. Ainda, nesse período, a proporção de crianças menores de cinco anos com baixo peso reduziu em 50%, e hoje mais de 88% das mulheres fazem quatro ou mais consultas de pré-natal (WHO, 2010b). Em relação às doenças crônicas, nos últimos cinco anos apenas, internações por diabetes ou acidente vascular cerebral diminuíram em 25% (Brasil, 2010). Considerando o aumento da cobertura da ESF nesse mesmo período, essas melhorias lhe são em parte atribuídas. Vários estudos mostraram resultados nesse sentido, tornando a evidência em torno do impacto da ESF razoavelmente consistente. No Quadro 3, estão sumarizados os resultados de alguns desses estudos.

**Quadro 3:** Sumário dos resultados de estudos que avaliaram o impacto da ESF na saúde da população brasileira.

<b>Estudo e ano de publicação</b>	<b>Período do estudo</b>	<b>Achados</b>
Macinko, 2010	1999 a 2007	Redução significativa de 24% nas hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária (doença cardiovascular, derrame, asma, entre outras) no Brasil, quase o dobro da redução de hospitalizações por outras causas. Nos municípios com alta cobertura da ESF, a taxa de hospitalizações por doenças crônicas foi 13% menor do que em municípios com baixa cobertura.
Mendonça, 2009	2003-2006	Na cidade de Belo Horizonte, a redução das hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em quatro anos, depois da implantação da ESF, foi de 17,9%, maior em mulheres em condições de maior vulnerabilidade social.
Aquino, 2009	1996 a 2004	Incluindo 721 (14,6%) municípios de todo Brasil, houve redução de mortalidade infantil de até 22% nos municípios com maior cobertura da ESF, sendo o efeito maior onde a mortalidade infantil basal era mais elevada e o índice de desenvolvimento humano era menor.
Guanais, 2009	1999-2002	A expansão da cobertura da ESF se mostrou associada à redução de hospitalizações por diabetes e problemas respiratórios. A expansão do PACS esteve associada com a redução de hospitalizações por problemas circulatórios. Os achados foram significativos apenas para as mulheres. A cobertura do programa pode ter contribuído para evitar 126 mil hospitalizações, significando uma economia potencial de 63 milhões de dólares.
Rocha, 2008	1993 a 2004	Analisando os municípios brasileiros, houve redução de 20% na mortalidade infantil em municípios com oito anos ou mais de ESF, comparando com municípios sem ESF. A redução média por ano adicional com ESF foi de 0,68/1000 em números absolutos. Também houve redução pequena (média de 0,035/denominador ao ano) na mortalidade da população com 15 a 59 anos, principalmente por causas externas, doenças endócrinas e respiratórias. Os efeitos foram mais visíveis em municípios com características socioeconômicas mais desfavoráveis. Outros desfechos, como mais oportunidades de emprego, redução de fecundidade em mulheres e maior número de crianças matriculadas na escola, também foram associados à ESF.

Macinko, 2007	1999 a 2004	Analisando as microrregiões do Brasil, aumento da cobertura da ESF em 10% esteve independentemente associado a uma redução de 0,45% na mortalidade infantil, de 0,6% na mortalidade pós-neonatal e de 1% na mortalidade infantil por diarreia.
Macinko, 2006	1990 a 2002	Analisando os estados brasileiros, o aumento da cobertura da ESF em 10% esteve associado a uma significativa redução da mortalidade infantil (de 49,7 a 28,9/1000), provavelmente devido, em parte, ao efeito na redução de mortes por diarreia.
Perpetuo, 2007	2000 a 2006	No estado de Minas Gerais, houve redução de 15,8% na taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária, ao passo que a redução por outras causas foi de 10,1%.
Harzheim, 2004	2002	Comparando as unidades da ESF com unidades de saúde tradicionais, observou-se uma extensão maior dos atributos integralidade, orientação comunitária e orientação familiar em relação à saúde infantil. As crianças acompanhadas pela ESF tiveram maior probabilidade de receber alguns cuidados preventivos e melhor saúde percebida pela cuidadora.

### 3.5 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO BRASIL

Supõe-se que muito do êxito alcançado pela ESF se deve ao reforço do trabalho de profissionais não médicos, principalmente os ACS, o que é um dos diferenciais mais reconhecidos da estratégia, tanto nacional quanto internacionalmente. Há 20 anos, o Brasil vem investindo em uma política nacional envolvendo ACS. O PACS, criado em 1991 pelo Ministério da Saúde, foi fruto de uma série de experiências “embrionárias” que vinham sendo experimentadas em vários lugares do Brasil. Uma delas é a dos auxiliares de saúde em Planaltina, no Distrito Federal, desenvolvida entre 1974 e 1978 (Lavor, 2003). O Projeto Planaltina se propôs a determinar um processo realístico de atendimento à saúde adaptado às condições da região. Um dos objetivos foi preparar um novo tipo de “auxiliar de saúde” para atuar tanto em comunidades urbanas como em áreas rurais. Os auxiliares tinham ensino fundamental e dedicavam 12 a 14 horas semanais para fazer visitas a todos os bebês recém-nascidos, continuando a acompanhar esses bebês conforme a necessidade (de Santana, 1980).

Em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, também em 1974, iniciou-se o Programa de Treinamento de Voluntários de Saúde da Comunidade, ligado ao Sistema de Saúde Comunitária Murialdo. O programa tinha como objetivo capacitar pessoas da

comunidade para serem agentes de mudança, prestarem assistência de saúde às famílias, servirem de ligação entre a população e a equipe de saúde e estimularem a participação da comunidade nos cuidados de saúde (Scaravaglione, 1984).

Ainda na década de 70, vários municípios de Minas Gerais, Paraná e São Paulo implantaram projetos dentro dos princípios da APS, incluindo a incorporação de ACS. Uma das experiências originais de um novo modelo de organização de serviços foi o Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, em Montes Claros, iniciado em 1975. Nessa experiência, auxiliares de saúde desenvolviam ações preventivas por meio de visitas domiciliares, sendo que a ideia-motriz do projeto era a construção de um modelo de organização de serviços que fortalecesse a autonomia do nível local (Santos, 2010). O projeto Montes Claros permitiu experimentar a aplicação dos princípios de regionalização, hierarquização, administração democrática e eficiente, integralidade da assistência à saúde, atendimento por auxiliares de saúde e participação popular, tornando-se referência para a reorganização dos serviços de saúde e constituindo-se em um marco inicial da Reforma Sanitária Brasileira (Scorel, 2008).

A primeira experiência em maior escala com trabalhadores comunitários de saúde no Brasil foi a Pastoral da Criança, Organismo de Ação Social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, implantada em 1983 na cidade de Florestópolis, no Paraná. O objetivo da Pastoral era oferecer cuidado e aconselhamento às mães vivendo nas áreas mais pobres por meio de líderes voluntárias, quase todas mulheres, que eram treinadas para tratar episódios de diarreia e de infecção respiratória aguda em crianças com menos de seis anos de idade e para estimular a imunização, a amamentação e a monitorização do seu crescimento e desenvolvimento e também motivar as gestantes para os cuidados de pré-natal. As líderes da Pastoral não eram remuneradas e trabalhavam em tempo parcial, sem qualquer ligação formal com os serviços de saúde, cada uma acompanhando em média 20 famílias (Cesar, 2005). A Pastoral se expandiu para todos os estados brasileiros e hoje registra quase dois milhões de crianças e quase 100 mil gestantes acompanhadas (Pastoral da Criança, 2010).

Essas e outras experiências despertaram interesse em todo o Brasil, e também fora do país, pela possibilidade de estender a cobertura de cuidados de saúde essenciais a populações com menos acesso, envolvendo pessoas da própria comunidade.

Em 1987, na ocasião de uma grande seca no Estado do Ceará, 6.113 pessoas (95% eram mulheres) foram contratadas em 118 municípios do sertão para trabalhar como agentes de saúde. Essas mulheres recebiam um treinamento muito breve, de 15 dias, e trabalharam por um período de seis a 12 meses, promovendo cuidados de saúde

como aleitamento materno, reidratação oral e vacinação junto a mães e crianças (Minayo, 1990). O programa emergencial, conhecido como “Frente da Seca”, contratou também 235 enfermeiras supervisoras. Diante do êxito dessa experiência, a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, começou a implantar o Programa de Agentes de Saúde a partir de 1988.

A primeira avaliação do PACS no Ceará, realizada em 1990 a partir de uma combinação de métodos quantitativos e qualitativos, comparou indicadores de sete municípios com ACS aos de 17 municípios sem ACS ao longo dos últimos três anos (Minayo, 1990). Vários indicadores tiveram um incremento maior nos municípios com ACS, com destaque para o uso de soro de reidratação oral pelas mães para as crianças com diarreia e a proporção de crianças pesadas nos últimos três meses antes do estudo.

A Pesquisa Sobre Saúde Materno-Infantil no Estado do Ceará, realizada em 1990 (PESMIC 2), mostrou uma redução importante na mortalidade infantil (de 100 para 68/1000) comparada com a avaliação anterior (PESMIC 1 em 1987), com uma diminuição da proporção de óbitos por diarreia e de óbitos pós-neonatais. Essas pesquisas foram estudos transversais de base populacional com abrangência estadual. No PSMIC 2, foram incluídas 2.861 crianças menores de três anos e 8.561 mulheres. Apesar de não poder explicar os fatores que produziram esses resultados, devido à natureza do estudo, a pesquisa destaca o provável papel da maior cobertura das ações primárias de saúde no Ceará (McAuliffe, 1990). Na prática, significava que o trabalho dos ACS estava provavelmente fazendo uma grande diferença. Pesquisadoras norte-americanas se interessaram pelo caso do Ceará e vieram ao Brasil estudá-lo com mais profundidade (Freedhein, 1993; Tandler, 1998). Daí a repercussão internacional que levou o UNICEF a dedicar ao Ceará, em 1993, o Prêmio Internacional Maurice Pate pela redução da mortalidade infantil. Tudo isso permitiu que o Programa atraísse a atenção de políticos e gestores.

Assim, o governo brasileiro, estimulado pelas avaliações positivas, resolveu adotar a experiência para todos os Estados do nordeste em 1991, quando o Ceará contava com 4.000 ACS. Foi assim que surgiu o PACS, que logo se expandiu para todo o território nacional. No PACS, cada ACS era responsável por 100 famílias em média e recebia supervisão de uma enfermeira (na relação de uma enfermeira para 20 ACS aproximadamente). Em 1994, foi criado o PSF, que introduziu médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem para dar assistência às famílias acompanhadas pelos ACS. O

ACS passou então a fazer parte da equipe de saúde, que era responsável pelos cuidados primários de uma população vivendo em uma área geograficamente definida.

Em 1997, ocorreu a primeira aprovação das normas e diretrizes do PACS (Brasil, 1997), e, dois anos depois, a fixação das diretrizes para o exercício da atividade do ACS (Brasil, 1999). Foi em 2002, através da lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que foi criada a categoria profissional de ACS, inteiramente vinculada ao SUS (Brasil, 2002). Segundo a lei, a profissão de ACS “caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob a supervisão do gestor local”.

Em 2004, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde publicaram o referencial curricular para curso técnico de ACS, com o objetivo de subsidiar as escolas técnicas na elaboração de seu próprio plano de curso e do currículo de formação, reafirmando a intenção governamental de associar educação profissional à elevação de escolaridade do ACS (Brasil, 2004). Esse documento também veio para reforçar a relevância do ACS no contexto de mudanças das práticas em saúde, assim como o seu papel social. O curso técnico visa potencializar as capacidades do ACS de aumentar o vínculo entre as equipes de saúde e as famílias/comunidade, de facilitar o acesso dos usuários ao sistema de saúde e de liderança na promoção da autonomia dos sujeitos, destacando a responsabilização coletiva e os determinantes sociais da saúde. Segundo o referencial curricular, as competências profissionais do ACS foram agrupadas em três âmbitos: 1º) Mobilização social, integração entre a população e as equipes de saúde e planejamento das ações; 2º) Promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e doenças prevalentes; e 3º) Promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário. A partir da publicação desse documento, compete a cada município organizar o curso técnico de ACS de acordo com o referencial, junto a escola técnica competente.

A lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, revogou a lei anterior de 2002 e assim definiu as atividades do ACS: utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade; promoção de ações de educação individual e coletiva; registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos doenças e outros agravos à saúde; estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e

participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (Brasil, 2006c).

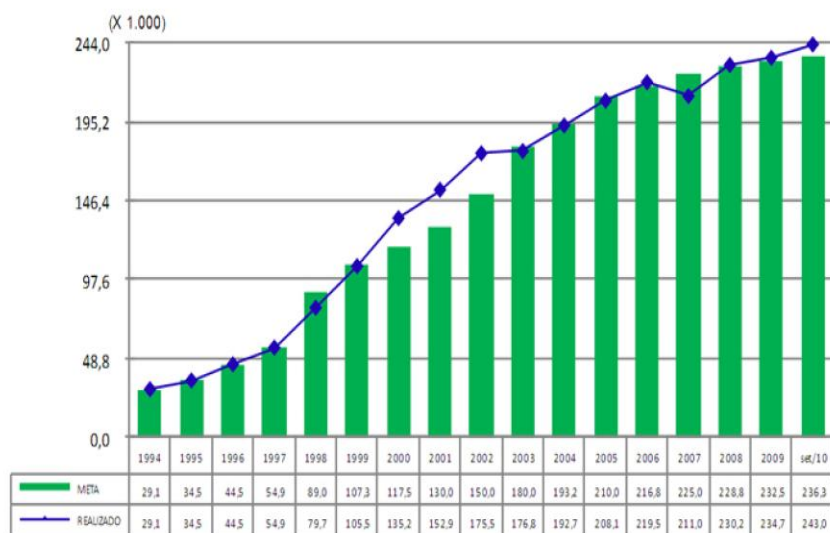
Essa mesma lei define os requisitos que o ACS deve preencher para o exercício da atividade: residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital de processo seletivo público; haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e haver concluído o ensino fundamental.

Também em 2006, uma emenda constitucional estabeleceu a obrigatoriedade de contratação direta do ACS, diminuindo os vínculos desprotegidos da categoria (Brasil, 2006d). Além disso, desde 2009, está em tramitação o Projeto de lei 196/09, que visa estabelecer um piso salarial para o ACS (Brasil, 2009).

Com esses sucessivos avanços, atualmente, há mais de 240 mil ACS em atividade no Brasil, proporcionando cobertura potencial para quase 120 milhões de brasileiros, mais da metade da população. As Figuras 15 e 16 mostram a evolução do ACS no Brasil. Por sua dimensão sem precedentes e pela característica de categoria profissional formal, o PACS, junto à ESF, vem sendo reconhecido no mundo todo como exemplo de estratégia de APS. Um estudo recente (Bhutta, 2010), já mencionado anteriormente, aplicou um escore usado para avaliar programas de ACS (USAID, 2009) em oito países (Brasil, Haiti, Etiópia, Moçambique, Uganda, Bangladesh, Paquistão e Tailândia), sendo o Brasil o país mais bem colocado.

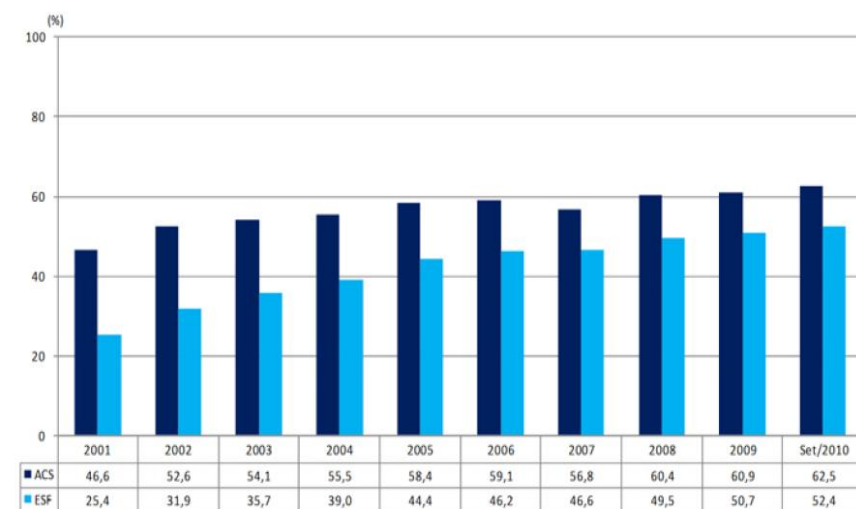


**Figura 15:** Meta e evolução do número de Agentes Comunitários de Saúde implantados no Brasil de 1994 a setembro de 2010 (Fonte: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde do Brasil, disponível em <http://200.214.130.35/dab/abnumeros.php#numeros>, acesso em 26/12/2010)



FONTE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

**Figura 16:** Evolução da população coberta por Agentes Comunitários de Saúde e ESF no Brasil de 1994 a setembro de 2010 (Fonte: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde do Brasil, disponível em <http://200.214.130.35/dab/abnumeros.php#numeros>, acesso em 26/12/2010)



FONTE: SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica  
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde

Vale a pena ressaltar, entretanto, que, apesar de quase todos os municípios brasileiros terem ACS e ESF implantados, a cobertura em cada município é muito variável, assim como a qualidade dos serviços prestados. Também é importante colocar que, apesar de todas as conquistas, o ACS ainda se encontra em situação de precariedade em termos de formação (a implementação do curso técnico está se dando de forma muito lenta), remuneração e vinculação de trabalho. Junta-se a isso a expectativa por vezes excessiva em relação às funções do ACS. Esses são desafios que seguem vivos para os próximos anos.

Em relação às evidências sobre o impacto do PACS na saúde da população ao longo do tempo, os estudos, em geral, não possuem boa qualidade metodológica e estão dispersos na literatura. Essa foi a motivação para realizar um dos artigos apresentados nesta tese: uma revisão sistemática dos estudos de efetividade do ACS no Brasil. Várias características do ACS apontam para o seu enorme potencial. Dentre elas, destacam-se a relação que estabelece com o serviço de saúde e, ao mesmo tempo, com a comunidade, sendo a proximidade com esta última a sua maior especificidade (Nogueira, 2000). Apesar disso, ainda há relativamente pouca pesquisa na área, embora o assunto já tenha sido colocado como prioritário na agenda de pesquisa internacional há alguns anos, como já foi dito antes.

### 3.6 SAÚDE EM ANGOLA

#### **3.6.1 Angola: generalidades e estado de saúde da população**

Situada no sudoeste da África, a República de Angola tem uma área de 1.246.700 Km<sup>2</sup> (aproximadamente um sétimo do tamanho do Brasil) e se divide administrativamente em 18 Províncias, 164 Municípios e 532 Comunas (Figura 19). É um país de língua oficial portuguesa, mas coexistem mais de 20 línguas nacionais.

A população é estimada em 18 milhões de habitantes (WHO, 2010), mas os dados demográficos variam muito de acordo com a fonte, uma vez que o último censo feito em Angola foi em 1970, ainda na época colonial. Assim, todos os indicadores sociodemográficos do país são estimativas pouco acuradas. Entretanto, com os dados disponíveis no último relatório de estatísticas mundiais de saúde (WHO, 2010), tem-se que a população angolana é muito jovem, com uma mediana de idade de 17 anos, com 57% das pessoas vivendo em área urbana. Estima-se que um terço da população esteja



A guerra afetou seriamente o país como um todo, em todos os setores, com consequências nefastas para a vida dos angolanos. Uma delas foi a grande destruição de infraestruturas básicas em todo o país, como escolas e unidades de saúde, principalmente no interior. Junto a isso, a migração em massa das populações deslocadas para as cidades acelerou o processo de urbanização desordenada, provocando enormes aglomerações, onde as pessoas vivem em condições muito precárias.

Desde o fim da guerra, o país está investindo na sua reconstrução: reabilitando estradas e ferrovias, limpando o solo tomado por minas terrestres, retomando os cultivos e criações de animais, estruturando saneamento básico, canalização da água e rede elétrica e construindo escolas, universidades, postos de saúde e hospitais. Tudo isso impulsionado pela forte economia, sustentada basicamente pela produção de petróleo, a maior da África Subsaariana. Ao mesmo tempo em que apresenta um crescimento econômico muito acelerado, competindo com grandes potências mundiais, a dependência extrema do setor petrolífero, implica em um quadro fiscal de maior fragilidade.

Com tudo isso, Angola surge como uma grande potência no continente africano, com valiosos recursos naturais (além do petróleo, o país é rico em diamantes e possui volumosas hidrovias e enormes extensões de terras férteis). No entanto, os indicadores de saúde continuam alarmantes, assim como o IDH.

No Relatório sobre o Desenvolvimento Humano de 2010 (UNDP, 2010), Angola obteve a 146ª posição de uma lista de 169 países, tendo subido duas posições de 2005 para 2010. A taxa de adultos alfabetizados é de 67% e, apesar do impressionante crescimento econômico, a maioria da população (54,3%) segue vivendo abaixo da linha de pobreza (menos de um dólar americano por dia) (WHO, 2010b).

A Tabela 1 mostra uma série de indicadores sociodemográficos e de saúde, comparando duas fontes distintas para Angola e fazendo um paralelo com os dados brasileiros. Essas estimativas, apesar de não poderem ser consideradas confiáveis, dão uma boa ideia da condição de vulnerabilidade da população angolana.

**Tabela 4:** Indicadores sócio-sanitários selecionados em Angola e Brasil

<b>Indicador</b>	<b>Angola – OMS*</b>	<b>Angola – IBEP** 2008-2009</b>	<b>Brasil – OMS*</b>
Expectativa de vida ao nascer	46 anos	--	73 anos
Mortalidade infantil	130/1.000	115,7/1.000	18/1.000
Mortalidade < 5 anos	220/1.000	193,5/1.000	22/1.000
Crianças < 5 anos com baixo peso	27,5%	--	2,2%
Crianças < 5 anos com desnutrição crônica	50,8%	--	7,1%
Cobertura vacinal DTP3	81%	35%	97%
Cobertura vacinal sarampo	79%	52,5%	99%
Mortalidade materna	1.400/100.000	--	110/100.000
Partos assistidos por profissional qualificado	47%	49,4%	--
Consulta pré-natal	80% (≥ 1 visita)	47,1% (≥ 4 visitas)	98% ≥ 1 visita (88% ≥ 4 visitas)
Infecção por HIV em adultos 15-49 anos	2,1%	--	--
Mortalidade adulta (probabilidade de morrer entre 15-60 anos)	421/1.000	--	158/1.000
Mortalidade por doenças transmissíveis (ajustada para idade)	1.287/100.000	--	139/100.000
Mortalidade geral por malária	128/100.000	--	--
Mortalidade por doenças não transmissíveis (ajustada para idade)	1.071/100.000	--	625/100.000
Casos de cólera registrados	10.511 (2008)	--	0
Casos de poliomielite registrados	29 (2009)	--	0
População com acesso a água potável	50%	--	97%
População com saneamento adequado	57%	--	80%
Gastos com saúde (% do total do PIB)	2,5%	--	8,4%
Gastos do governo com saúde (% dos gastos totais do governo)	5,3%	--	5,4%

\*World Health Statistics, 2010

\*\*Inquérito Integrado Sobre o Bem-Estar da População, Instituto Nacional de Estatística, Ministério do Planeamento, Angola.

Vale a pena ressaltar que a taxa de mortalidade de crianças menores de cinco anos, segundo o último relatório da OMS (WHO, 2010b), é a mais alta do mundo e que mais de 50% dos óbitos nessa faixa etária são devidos a diarreia (25%), pneumonia (20%) e malária (8%). Assim, observa-se que o estado de saúde da população angolana é caracterizado por baixa expectativa de vida, altas taxas de mortalidade materna e infantil, elevada carga de doenças transmissíveis, junto com carga expressiva e crescente de doenças crônicas.

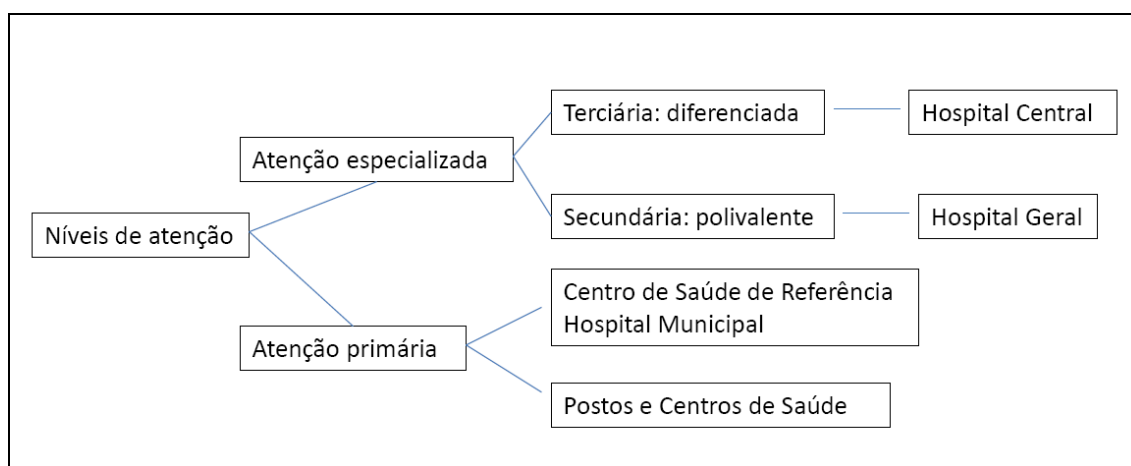
### **3.6.2 Sistema de saúde e atenção primária em Angola**

No período colonial, o sistema de saúde proporcionava acesso apenas para uma minoria privilegiada da população. Logo após a independência, durante o regime de economia planificada (1975 a 1992), surgiram os princípios de universalidade e gratuidade dos serviços prestados pelo Estado. Cresceu a rede sanitária, e a escassez de recursos humanos para a saúde despontou como ponto crítico. Após 1992, com o início da economia de mercado, surgiu a Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde (Angola, 1992), segundo a qual “a proteção à saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade, que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados nos termos da presente lei”. A Lei afirma que é responsabilidade do Estado garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. Além disso, prega a igualdade de acesso, integralidade do cuidado, equidade e gestão descentralizada e participativa. Foi com a Lei de Bases que o Estado introduziu um novo elemento no sistema de saúde, que é a participação do setor privado. O Estado deixou de ter a exclusividade da prestação de cuidados de saúde e, com isso, foi introduzido o conceito da co-participação dos cidadãos nos custos de saúde, mantendo o sistema “tendencialmente” gratuito. Porém, até o momento atual, não há definições mais precisas a respeito da co-participação. O que se sabe, por meio de um estudo que teve a participação do Ministério da Saúde de Angola (MINSa), é que uma família angolana gasta, em pagamento direto, de 15 a 40 dólares americanos em um episódio de doença comum, como malária ou diarreia (Oliveira, 2010), o que significa uma importante barreira de acesso aos cuidados de saúde.

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Angola se organiza em níveis hierárquicos de atenção: nível primário (postos, centros de saúde e hospitais municipais, que são os primeiros pontos de contato da população com o sistema de saúde), nível secundário

(hospitais gerais) e nível terciário (hospitais de referência) (Figura 17). O funcionamento dessa rede sanitária foi amplamente deteriorado pelos anos de guerra, devido, principalmente, à destruição de unidades sanitárias periféricas provedoras de cuidados primários e à estagnação das atividades de formação e qualificação de recursos humanos. O setor privado, acessível apenas para uma parcela restrita da população, funciona com força significativa, principalmente na capital angolana, atraindo grande parte dos médicos por oferecer melhores condições de trabalho e financeiras.

**Figura 17:** Organização dos níveis de atenção à saúde em Angola. Adaptado do documento “Sistema Nacional de Saúde a Nível Municipal” (Angola, 2009)



Estima-se que menos de 35% da população tem acesso a instalações de saúde em condições de funcionamento, localizadas a menos de cinco quilômetros do local onde residem. Uma parte substancial das infraestruturas e equipamentos existentes se encontram em estado avançado de degradação por falta de manutenção e de renovação (Angola, 2009b).

O sistema de referência e contra-referência é muito pouco operacional, e o sistema de informação é incipiente, prejudicando o funcionamento coordenado dos cuidados de saúde. Há vários fluxos paralelos de informação, que ainda não estão devidamente integrados.

A fragilidade do sistema de saúde também se expressa pela carência de recursos humanos, principalmente profissionais com formação universitária, cenário que não será revertido a curto prazo. Até 2009, só havia uma faculdade de medicina e uma faculdade de enfermagem públicas no país todo. A escassez de profissionais de saúde qualificados

é agravada pela sua má distribuição: a proporção de profissionais que estão em Luanda e nas capitais provinciais chega a 85%. Nos postos e centros de saúde, não há médicos na equipe mínima, a assistência é assegurada por técnicos de enfermagem de nível básico e médio (Angola, 2009b). Dados da OMS, estimam taxas de 1 médico e 13 profissionais de enfermagem (incluindo nível técnico) para cada 10.000 habitantes. O número de leitos hospitalares para cada 10.000 habitantes é de oito (WHO, 2010b). Outra informação importante é que quase a metade dos médicos trabalhando em Angola é de nacionalidade estrangeira (Angola, 2009a). Essa situação, no caso de Angola, é devida principalmente às poucas possibilidades de formação universitária, quadro que começou a ser gradualmente melhorado com a abertura de novas universidades desde o fim da guerra.

O órgão reitor das políticas de saúde ao nível central, responsável pela definição e implementação de políticas e estratégias é o Ministério da Saúde (MINSA). A Figura 18 mostra a estrutura do SNS. Em termos de financiamento, anteriormente os fundos eram disponibilizados pelo Ministério das Finanças ao MINSA, e deste chegavam às Delegações Provinciais. Hoje, é o Governo Provincial que gerencia a transferência de recursos, e a Direção Provincial de Saúde (DPS) é responsável pelas despesas da rede de postos e centros saúde da província. A proporção do Orçamento Geral do Estado dedicada à saúde tem variado entre 3,8 a 8% nos últimos cinco anos (Angola, 2009a), porém, o Estado angolano está comprometido a aumentar essa proporção para perto dos 15% (Angola, 2009b). O papel da comunidade internacional no financiamento da saúde, sobretudo no campo da APS, foi importante durante os anos de guerra. Hoje em dia, esses recursos diminuíram e devem estar gradativamente se orientando para o desenvolvimento mais estrutural do sistema de saúde de Angola. Porém, vale a pena ressaltar que uma quantidade considerável dos recursos internacionais chega por meio do Fundo Global para o HIV/AIDS, Malária e Tuberculose, direcionando-se para o combate dessas doenças específicas

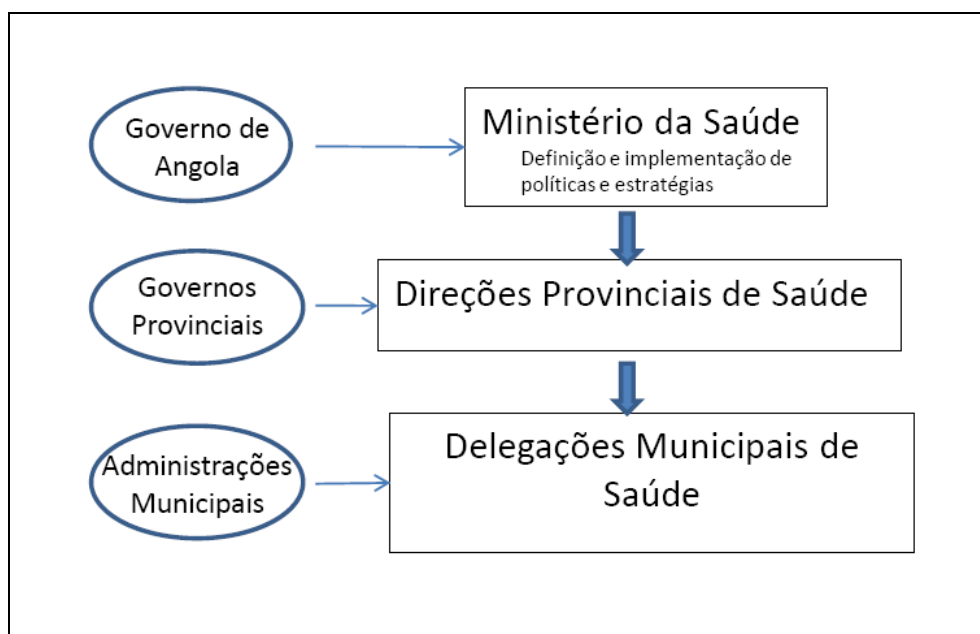
Atualmente, está em curso no país um processo de desconcentração e descentralização administrativa, onde os municípios tendem a assumir progressivamente mais competências, para as quais receberão mais recursos (Angola, 2009b). Todos os planos estratégicos da área da saúde reforçam a tendência da descentralização (Angola, 2008; 2009a; 2009b).

Diante desse cenário, existe consenso sobre os vários desafios do sistema de saúde em Angola (Vemba, 2002; Angola 2009a; 2009b; Oliveira, 2010): reduzida força de



trabalho qualificada, tanto em assistência quanto em gestão; centralização da administração; fraca motivação dos trabalhadores da saúde, problemas nas redes de transporte, comunicação e demais infra-estruturas; ausência de avaliação; e déficit de um sistema de informação que forneça dados confiáveis para a formulação de políticas.

**Figura 18:** Organização dos níveis de administração da saúde em Angola



Mesmo perante tantas adversidades, percebe-se pela atual dinâmica de reconstrução que existe um potencial indiscutível para o progresso na área social em Angola. Em 2010, foi lançada a nova Constituição angolana (Angola, 2010), que traz presságios de avanços em relação ao processo democrático e ao direito à saúde: “O Estado promove e garante as medidas necessárias para assegurar a todos o direito à assistência médica e sanitária”.

As prioridades do setor saúde estão traçadas e foram reiteradas recentemente (Angola 2009a): redução da mortalidade materna e infantil; controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis; adequação dos recursos humanos e tecnologias de saúde; garantia de um financiamento sustentável; e gestão eficiente dos recursos do sistema de saúde. Os planos para abordá-las estão em vigor e vão tomando forma gradativamente.

Em 2004, a Direção Nacional de Saúde Pública do MINSA, lançou o Plano Estratégico para a Redução Acelerada da Mortalidade Materno Infantil em Angola

(Angola, 2004). O Plano deveria ser aplicado no período de 2004 a 2008. Mais recentemente, com o propósito de acelerar o alcance do objetivo do Plano, por meio de intervenções descentralizadas e acessíveis, o processo de Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Infantil (Angola, 2008) começou a ser implementado gradualmente. Por meio deste processo, o MINSA espera fortalecer as capacidades locais em termos de gestão, melhorar o acesso e a qualidade do cuidado, promover equidade e reforçar a participação comunitária.

Uma das estratégias da Revitalização é investir em atividades de base comunitária e familiar. Sendo assim, em fevereiro de 2007, foi instituído, com uma experiência piloto em Luanda, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Com o objetivo de melhorar as competências familiares para a promoção da saúde e reforçar o elo entre as famílias e as unidades de saúde, ACS foram selecionados nas próprias comunidades em algumas regiões mais vulneráveis (grandes aglomerações com saneamento básico precário e alta prevalência de doenças infecto-contagiosas) da província de Luanda.

O Programa, financiado pelo Governo de Luanda, está sendo o grande impulso do processo de Revitalização, e vem contando com a colaboração de profissionais brasileiros por meio de um projeto de cooperação. Um dos artigos desta tese traz uma análise sobre o processo de implantação do PACS de Luanda e sobre a participação do Brasil nesse processo.

### 3.7 COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

#### **3.7.1 Breve histórico da cooperação técnica internacional**

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, quando os países europeus estavam beirando o colapso econômico e social, os Estados Unidos lançaram o Plano Marshall, que destinaria valores milionários para projetos de cooperação e assistência técnica a 16 países europeus. Esse ambicioso projeto foi organizado em 1947 para acelerar a recuperação da Europa. A instituição formal dessas atividades se deu em 1948, na Assembléia Geral das Nações Unidas, que introduziu o termo “assistência técnica” para designar a transferência não comercial de técnicas e conhecimentos entre os países (Cooperação Técnica Internacional 2008-2009). Generalizando, esse primeiro modelo de ajuda internacional pressupunha a cooperação técnica entre países com graus muito diferentes de desenvolvimento, onde um deles é o doador, ou seja, é fonte de recursos e

de conhecimentos técnicos, enquanto o outro é o receptor passivo desses recursos e conhecimentos (Cervo, 1994).

No mesmo ano em que se lançou o Plano Marshall, foi criada a CEPAL (Comissão Econômica para a América Latina). Essa corrente já percebia que os antigos laços coloniais vinham se mantendo sob um novo formato, o da cooperação, reafirmando a dependência externa dos países em desenvolvimento. Assim, os processos de descolonização engendraram um tipo de cooperação internacional norte-sul cujo discurso é a promoção do desenvolvimento socioeconômico, mas cuja realidade é a defesa dos interesses das grandes potências econômicas (Torronteguy, 2010).

A partir de meados da década de 1960, com os movimentos de independência em países da África e Ásia, críticas aos paradigmas sociais vigentes, em especial à “bipolarização” do mundo, foram se articulando. A reflexão e a crítica aos conceitos de desenvolvimento e cooperação internacional se aprofundaram e buscaram propor alternativas que fossem equidistantes aos blocos liderados pelos Estados Unidos e União Soviética e estabelecessem outra ordem política e econômica mais favorável aos seus desenvolvimentos (Rosa, 2006).

Foi nesse espírito que, na década de 70, surgiu outro modelo de ajuda internacional, que tinha a intenção de promover a aproximação entre países com graus semelhantes de desenvolvimento. Surgia a cooperação sul-sul, ou Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento (CTPD), idealizada pela CEPAL para apoiar os países que não tiveram a ajuda do Plano Marshall. A máxima era que, não havendo desequilíbrio pronunciado entre os países, a cooperação poderia basear-se em complementaridade de recursos e objetivos similares (Cooperação Técnica Internacional 2008-2009). Surgia assim a possibilidade de cooperação como trocas de experiências entre países com problemas semelhantes, em busca de progresso, autonomia e crescimento socioeconômico autossustentável.

Essa vertente se materializou em 1978, na Conferência das Nações Unidas sobre Cooperação Técnica entre Países em Desenvolvimento, quando foi aprovado o “Plano de Ação de Buenos Aires”, o PABA, considerado o marco conceitual, com diretrizes e recomendações, desta outra forma de cooperação entre os países do sul. Com o PABA, procurou-se superar, apesar de não substituir, as relações de dependência inerentes aos mecanismos verticais de cooperação norte-sul. O novo modelo de cooperação trazia um conceito amplo, abrangendo dimensões técnicas, econômicas e políticas, e enfatizando relações de trocas, interesses mútuos e desenvolvimento para todas as partes envolvidas

na cooperação. O princípio da horizontalidade apareceu como alternativa às transferências unilaterais de “pacotes prontos” que caracterizavam a ajuda internacional norte-sul (Almeida, 2010).

Com uma nova visão de cooperação, muitos países em desenvolvimento transformaram suas políticas externas a fim de utilizar a cooperação sul-sul como instrumento estratégico para o seu desenvolvimento nacional. A criação de várias associações regionais são exemplos disso: ASEAN (Associação de Nações do Sudeste da Ásia), União Africana, NEPAD (Nova Parceria para o Desenvolvimento da África), UNASUL (União de Nações Sul-Americanas) e CPLP (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa) (Rosa, 2006). Esta última foi criada a fim de consolidar as condições culturais que conferem aos países de língua portuguesa sua identidade particular, promover coordenação político-diplomática e estimular a cooperação, de modo a fomentar iniciativas articuladas de promoção do desenvolvimento socioeconômico dos países. As áreas prioritárias da CPLP são a língua portuguesa, a educação e a saúde (Almeida, 2010).

### **3.7.2 Breve histórico da cooperação internacional em saúde**

A cooperação internacional em saúde surgiu ainda no século XIX, em grande medida como resultado dos avanços no conhecimento sobre as doenças infecciosas e as tecnologias de transporte. O processo de várias conferências internacionais, assinatura de tratados e criação de organizações internacionais culminou no que se considera o marco histórico inicial da cooperação internacional no setor saúde: a criação da OMS, em 1948 (Almeida, 2010). Já nos anos 50, os países desenvolvidos e os organismos internacionais decidiram promover um tipo de cooperação em saúde baseado no financiamento de programas focados no combate de doenças específicas, a Ajuda Oficial ao Desenvolvimento (AOD) (Cooperação Técnica Internacional 2008-2009).

Nas décadas de 60 e 70, acompanhando o movimento que culminou com a Conferência de Alma-Ata em 1978, o foco das discussões sobre cooperação em saúde se voltou para a construção de sistemas de saúde baseados nos princípios da APS. A Declaração de Alma Ata afirma que “todos os países devem cooperar, num espírito de comunidade e serviço, para assegurar os cuidados primários de saúde a todos os povos, uma vez que a consecução da saúde do povo de qualquer país interessa e beneficia diretamente todos os outros países” (WHO, 1978).

Em meados da década de 80, com as crises econômicas, a queda do muro de Berlim e a emergência do neoliberalismo, estimulando as privatizações, o apoio internacional às reformas dos sistemas de saúde diminuiu. Estavam em alta os pacotes custo-efetivos de APS seletiva, e a cooperação internacional voltou a sua atenção às intervenções tecnológicas, com novas drogas e equipamentos, e foi se estruturando em programas verticais vinculados a doenças específicas, a exemplo da AIDS, da tuberculose e da malária. Voltava-se aos moldes da AOD, mas de forma reforçada. Mais tarde, com a emergência de potenciais novos líderes globais, como Brasil, Rússia, Índia e China, os rumos mudaram, e veio à tona o espírito da CTPD.

A partir do ano 2000, o estado crítico de saúde das populações, com desigualdades impactantes entre as regiões do mundo, estimulou o debate global sobre a efetividade da ajuda internacional efetuada até então. Esse debate tem aprofundado as críticas ao modelo dominante da chamada governança global em saúde. Em suma, tal modelo reproduz os desequilíbrios de poder e recursos entre os países ao apoiar iniciativas pré-definidas dos países “doadores”, com suas próprias visões e prioridades, sem a participação dos países “beneficiários”, que continuam receptores passivos dessas iniciativas de cooperação internacional (Almeida, 2010).

Em 2005, a busca por um modelo alternativo, que ajudasse a reorientar a ajuda internacional para o desenvolvimento, levou à realização do “Fórum de Alto Nível para a Efetividade da Ajuda”, em Paris. Neste evento, centenas de países e instituições formularam a Declaração de Paris, que reitera a necessidade de cooperação internacional através de princípios que levam em conta a horizontalidade nas relações, por meio de parcerias com trocas de experiências, corresponsabilização, aprendizado conjunto, harmonização de ações, alinhamento com as necessidades de cada país e benefício mútuo dos países envolvidos (Paris Declaration on Aid Effectiveness, 2005). Em 2008, foi elaborada a “Agenda de Accra para Ação”, em Gana, ministros de vários países, assim como instituições bilaterais e multilaterais, comprometeram-se a aprofundar a implementação da Declaração de Paris (Accra Agenda for Action, 2008).

Um estudo recente mostrou que o financiamento da ajuda ao desenvolvimento para a saúde (*development assistance for health*) aumentou de 5,6 bilhões de dólares americanos em 1990 para 21,8 bilhões em 2007, sendo que a proporção gerenciada pelas agências das Nações Unidas e bancos de desenvolvimento diminuiu nesse período. Em contrapartida, os montantes do Fundo Global para o combate a AIDS, Tuberculose e Malária, do GAVI (*Global Alliance for Vaccines and Immunization*) e

das ONGs aumentaram. O estudo teve acesso ao destino de 14,5 bilhões em 2007; desta quantia, 5,1 bilhões foram para HIV/AIDS, comparado com 0,7 bilhão para tuberculose, 0,8 bilhão para malária e apenas 0,9 bilhão para o apoio ao setor saúde (sem condicionar a doenças específicas). O estudo confirma o papel central do Fundo Global e do GAVI na mobilização e no gerenciamento dos recursos de ajuda ao desenvolvimento para a saúde no presente (Ravishankar, 2009).

### **3.7.3 O Brasil no cenário da cooperação internacional**

A convergência do cenário internacional propício e a conquista de maior estabilidade democrática e econômica interna favoreceram que a política externa brasileira assumisse a liderança nos esforços de construir cooperações no âmbito sul-sul, em especial a partir de 2003 (Pecequilo, 2008). No início do século XXI, a cooperação técnica entre países assume uma posição estratégica na política externa brasileira, ao mesmo tempo em que a saúde passa a ser reconhecida como tema predominante na agenda da cooperação sul-sul, revelando uma aproximação sem precedentes entre o Ministério das Relações Exteriores e da Saúde (Almeida, 2010).

A cooperação brasileira em saúde tem sido definida como “estruturante”, pois está baseada fundamentalmente na abordagem da construção de capacidades para o desenvolvimento. Esta nova abordagem traz dois aspectos inovadores em relação às abordagens anteriores: integra formação de recursos humanos, fortalecimento organizacional e desenvolvimento institucional; e rompe com a tradicional transferência passiva de conhecimentos e tecnologias. A nova abordagem propõe explorar as capacidades e recursos endógenos existentes em cada país (Almeida, 2010).

A cooperação brasileira em saúde com a África prioriza a CPLP e se fundamenta em um plano estratégico conjunto de cooperação em saúde (Plano Estratégico de Cooperação em Saúde - PECS) (CPLP, 2009), construído com a participação de autoridades dos Ministérios da Saúde dos oito países membros da Comunidade e apoiado por “pontos focais” locais, cuja tarefa é identificar interesses e necessidades a partir da mobilização de autoridades nacionais e outros atores (Almeida, 2010).

Várias instituições brasileiras estão envolvidas com atividades de cooperação. O apoio a essa linha de trabalho vem crescendo, inclusive na área da saúde. A Agência Brasileira de Cooperação (ABC), que integra a estrutura do Ministério das Relações Exteriores, foi criada em 1987 com a atribuição de “negociar, coordenar, implementar e acompanhar os programas e projetos brasileiros de cooperação técnica, executados com

base nos acordos firmados pelo Brasil com outros países e organismos internacionais” (Agência Brasileira de Cooperação, 2010). Em 2008, 236 projetos foram aprovados e coordenados pelo Brasil com 58 países em desenvolvimento. Atualmente, o Brasil mantém relações de cooperação técnica com América Latina, Caribe e África, com atuações pontuais na Ásia (Timor-Leste, Afeganistão e Uzbequistão), Oriente Médio (Líbano e Territórios Palestinos) e Oceania (Agência Brasileira de Cooperação, 2010).

Na área da saúde, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) vem liderando os esforços de cooperação, com numerosos projetos, principalmente na área de formação de recursos humanos. Além disso, as agências de fomento à pesquisa, como CNPq e CASPES, vêm destinando apoio crescente à cooperação, principalmente com os países da CPLP. Exemplos disso são o auxílio PROAFRICA do CNPq (Programa de Cooperação em Ciência, Tecnologia e Inovação com Países da África) para apoiar atividades de pesquisa científica, tecnológica e de inovação entre Brasil e países africanos e o programa de incentivo a estudantes de pós-graduação estrangeiros no Brasil (PEC-PG) da CAPES. Essas iniciativas envolvendo governos, universidades e outras instituições, são muito importantes, pois estão criando vínculos institucionais produtivos e solidários e compartilhando experiências que poderão ser sustentadas e amplificadas.

Em uma pesquisa feita com dados do Ministério de Relações Exteriores do Brasil, em 2009, foram constatados 167 atos bilaterais em vigor entre o Brasil e Países Africanos de Língua Portuguesa (PALOP), quais sejam: Angola (35 atos, sendo que apenas seis expressamente dizem respeito à cooperação em saúde); Cabo Verde (37 atos, seis expressamente relacionados à cooperação em saúde); Guiné-Bissau (15 atos, sendo apenas um específico na área da saúde); Moçambique (53 atos, 11 na área de saúde pública); e São Tomé e Príncipe (27 atos, cinco em saúde pública) (Torrenteguy, 2010). Outra modalidade cada vez mais comum no Brasil é a cooperação triangular, seja com terceiros países, seja com organismos internacionais, seja ainda com ONGs ou fundos internacionais.

Segundo Almeida (2010), a horizontalidade da cooperação sul-sul se evidencia na participação brasileira pela ênfase contínua no intercâmbio de experiências, aprendizagem conjunta, compartilhamento de resultados e responsabilidades com parceiros nacionais e internacionais. Não obstante, para Torrenteguy (2010), o que se verifica na prática da grande maioria dos atos bilaterais ainda é o tom de “transferência” de tecnologias, onde o Brasil assume a postura de país doador e os países africanos

“menos desenvolvidos”, de países receptores. Isso demonstra a dificuldade em romper, na prática, os padrões das relações de cooperação, apesar dos avanços das concepções teóricas de horizontalidade e desenvolvimento conjunto das nações. Porém, o autor coloca que a verticalidade que existe no conteúdo da cooperação pode ser inerente ao propósito de promover igual desenvolvimento humano entre os povos, reconhecendo as desigualdades que devem ser vencidas. Deste modo, o conteúdo vertical da cooperação pode ser fruto de uma proposta baseada no princípio da equidade e não será um problema se, de fato, ela engendrar sustentabilidade e apropriação das ações que estão sendo desenvolvidas nos respectivos países.

Apesar de ser cedo para avaliar impactos, o Brasil parece estar buscando trabalhar com a abordagem de cooperação estruturante em saúde, com base em cinco aspectos estratégicos, políticos e técnicos interrelacionados: priorização da cooperação horizontal; foco sobre o desenvolvimento de capacidades em saúde; iniciativas coordenadas no contexto regional; forte envolvimento de ministros da saúde na construção de consensos estratégicos e políticos; e, nacionalmente; e estímulo à parceria nacional entre os Ministérios da Saúde e das Relações Exteriores (Almeida, 2010).

#### **3.7.4 Cooperação internacional envolvendo a África e Angola**

A comunidade internacional, reforçada pelo trabalho de pesquisadores, já vinha se dando conta da inadequação de várias iniciativas de ajuda internacional na África. Um exemplo disso é o estudo de Pfeiffer (2003), realizado em Moçambique, que mostrou o impacto negativo das ONGs no sistema de saúde local, fragmentando-o e intensificando as iniquidades sociais nas comunidades locais. O estudo alertava para a necessidade de um novo modelo de colaboração, que construísse, a longo prazo, relações profissionais menos desiguais e contribuísse para a sustentabilidade do sistema de saúde. As prioridades para assistência técnica deveriam ser determinadas pelos Ministérios da Saúde dos países, focando em desenvolvimento de capacidades dentro de um plano coordenado.

Os documentos estratégicos recentes da OMS parecem estar indo nessa direção. Os escritórios regionais da OMS publicaram em 2009 uma série de documentos sobre a cooperação da OMS com os países da região. No caso de Angola, o documento expressa o apoio da OMS ao MINSa para abordar diversas prioridades (que coincidem com os documentos estratégicos descritos na seção “Saúde em Angola”), com destaque para o apoio ao processo de Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde (WHO,



2009), já abordado anteriormente. Os principais objetivos da OMS para Angola são o apoio à reabilitação do sistema de saúde municipal, de modo a melhorar a prestação de serviços de saúde, e a promoção de meios de subsistência sustentáveis, boa governança e descentralização.

No caso de Angola, o apoio da comunidade internacional se efetiva de três formas: 1) Fundos para programas verticais para o controle de doenças específicas como malária e HIV/SIDA; 2) Fundos para assistência técnica e formação para elaboração das políticas e estratégias de implementação do MINSA e Governos Provinciais; e 3) Fundos canalizados fundamentalmente por ONGs para prestação direta de serviços, principalmente em áreas remotas (WHO, 2009). O documento da OMS nota que a ajuda ao desenvolvimento passou de 953 milhões de euros para 242 milhões, diminuindo para cerca de 19% por ano. A redução da ajuda se deve, sobretudo, ao fim da guerra (em 2002) e ao fato de o país possuir recursos próprios suficientes.

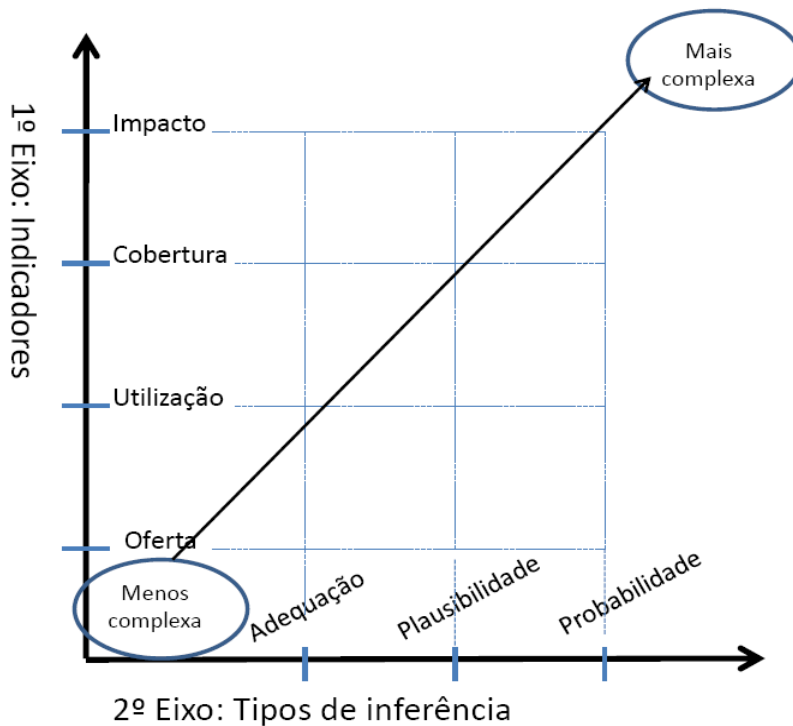
Mais recentemente, a OMS reforçou o seu compromisso com a renovação da APS no continente africano. O documento intitulado “Alcançando o desenvolvimento sustentável em saúde na região africana: orientações estratégicas para a OMS 2010-2015” coloca entre as suas seis prioridades o apoio ao fortalecimento de sistemas de saúde baseados em APS (WHO, 2010a).

### 3.8 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

De acordo com Habicht (1999), o principal objetivo de uma avaliação é influenciar as decisões. A partir daí, a complexidade e a precisão de uma avaliação vão depender de quem é o tomador de decisão e de que decisões serão tomadas como consequência dos achados. Assim, a primeira tarefa no planejamento de uma avaliação consiste em definir o público alvo dos seus resultados. A seguir, pode-se definir qual o delineamento mais apropriado, de acordo com objetivos e viabilidade. Os autores desenvolveram um marco conceitual para ajudar no processo de planejamento de uma avaliação, usando duas classificações em eixos que se cruzam. O primeiro eixo consiste nos indicadores a serem medidos, enquanto o segundo eixo representa os tipos de inferência, correspondentes aos diferentes graus de certeza para tomar uma decisão. O cruzamento dos eixos pode dar uma ideia da complexidade necessária para conduzir a avaliação (Figura 19). Independentemente da complexidade da avaliação, esta deve ser

igualmente rigorosa em relacionar as diferentes possibilidades de delineamento com os tipos de decisões. A descrição de cada eixo e dos seus componentes está no Quadro 4.

Figura 19: Eixos de classificação da avaliação segundo Habicht (1999).



Avaliações de oferta e utilização geralmente podem ser conduzidas sem coleta primária de dados, o que não é o caso das avaliações de cobertura e impacto, e isso significa aumento de custos. Todos os tipos de indicadores podem ser avaliados com estudos de adequação, plausibilidade ou probabilidade. Na realidade das intervenções em saúde pública, dificilmente são necessário estudos de probabilidade, que são os mais complexos e custosos, para assegurar sua efetividade e consolidação. Na maioria das vezes, avaliações de plausibilidade são suficientes para fornecer os elementos necessários para subsidiar decisões sobre o futuro da intervenção (Habicht, 1999; de Zoysa, 1998). Apesar de avaliações de probabilidade terem a mais alta validade interna, frequentemente perdem muito a sua utilidade por falta de validade externa.

**Quadro 4:** Eixos de classificação e seus componentes (adaptado de Habicht, 1999).

Eixo	Componente	Descrição
1º) Indicadores: O que queremos medir?	Oferta	Mede a disponibilidade dos serviços, incluindo infra-estrutura e recursos humanos, assim como sua acessibilidade e qualidade.
	Utilização	Mede se os serviços estão sendo usados.
	Cobertura	Mede se a população alvo está sendo atingida.
	Impacto	Mede se houve melhoras no estado de saúde ou comportamentos relacionados à saúde.
2º) Tipo de inferência: Que grau de certeza queremos ter?	Adequação	Compara os indicadores atingidos com a intervenção avaliada aos critérios estabelecidos previamente. Pergunta: as mudanças esperadas ocorreram de fato? Pressupostos: não requer grupo controle; frequentemente não requer coleta de dados primários; pode requerer duas ou mais medidas ao longo do tempo.
	Plausibilidade	Introduz controle para fatores de confusão. Pergunta: houve efeito da intervenção para além das influências externas? Pressupostos: requer grupo controle
	Probabilidade	Introduz quantificação da probabilidade da influência de fatores de confusão. Considerado o padrão-ouro para pesquisas de eficácia. Pergunta: houve efeito da intervenção ( $p < x\%$ )? Pressupostos: requer randomização.

Idealmente, as avaliações já devem ser planejadas junto com a concepção da própria intervenção, devendo ser aperfeiçoadas ao longo do processo de implantação e expansão da intervenção.

Anteriormente ao marco conceitual de Habicht, Donabedian (1988) havia descrito três categorias para a avaliação da qualidade do cuidado em saúde: estrutura (recursos materiais e humanos, organização), processo (ações de usuários e profissionais em relação ao cuidado) e resultado (efeitos do cuidado no estado de saúde das pessoas e populações). Essa abordagem pressupõe que uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo, que aumenta a probabilidade de um bom resultado. De certa

forma, é possível relacionar as abordagens de Habicht e de Donabedian: estrutura com oferta, processo com utilização e cobertura e resultado com impacto.

Por fim, a avaliação também é uma forma de participação da construção e do aperfeiçoamento de uma intervenção, programa, serviço ou sistema de saúde. É uma oportunidade dos diferentes atores (provedores de serviços de saúde, usuários, políticos, gestores, universidades) participarem da configuração que se quer dar ao sistema de saúde, por exemplo, sendo ao mesmo tempo um processo de aprendizagem e de controle social. O verdadeiro desafio da avaliação é desenvolver um processo que enfatiza o aprendizado e as mudanças, em vez de um sintético julgamento de valor, bom ou mau (Takeda, 2006).

### 3.9 NOTAS SOBRE OS MÉTODOS UTILIZADOS

#### 3.9.1 Revisão Sistemática

A revisão sistemática é uma revisão rigorosa sobre uma questão de pesquisa específica e tem o objetivo de resumir as evidências de pesquisas originais relevantes a essa questão. É sistemática porque segue um plano com fundamentação científica decidido *a priori*. Por isso, a validade de uma revisão sistemática pode ser verificada por qualquer pesquisador, uma vez que se pressupõe que o plano possa ser reproduzido (Fletcher, 2006). Os resultados dos estudos originais podem ser quantitativamente combinados, fornecendo medidas de efeito sumárias, o que caracteriza uma metanálise. Esta combinação dos dados nem sempre é possível, pois para isso é preciso que os estudos sejam suficientemente semelhantes em termos de população, intervenção, seguimento e desfechos. Por isso, frequentemente as revisões sistemáticas são feitas sem metanálise.

A condução de uma revisão sistemática pode ser considerada a melhor maneira de começar um novo projeto com dados primários, pois estabelece o que já se sabe e, mais importante, o que ainda não se sabe sobre o assunto (Haynes, 2006). Além disso, pode fazer a ponte entre pesquisas passadas e as que estão por vir, e entre a pesquisa e a prática (dos cuidados de saúde e da saúde pública). A típica revisão sistemática traz uma questão muito específica e, portanto, tem um escopo restrito, mas é exaustiva dentro desse escopo. Revisões mais abrangentes são menos comuns, pois frequentemente se tornam inviáveis dentro de uma proposta de revisão sistemática.

Por definição, as revisões sistemáticas são estudos observacionais e históricos. Além de problemas metodológicos oriundos dos estudos originais, um dos típicos tipos

de viés de uma revisão sistemática é o viés de publicação, que é a tendência dos estudos publicados serem sistematicamente diferentes do conjunto total dos estudos sobre o assunto (incluindo os não publicados). Geralmente, os estudos publicados estão mais propensos a trazer resultados positivos, e o pesquisador deve estar atento a isso (Fletcher, 2006).

O mais comum é ter revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, mas revisões de estudos observacionais também são válidas. O importante é buscar a melhor evidência disponível sobre o assunto de interesse, sabendo que estudos observacionais e ensaios não randomizados tendem a superestimar os efeitos da intervenção, pois geralmente carecem de um grupo controle comparável (Haynes, 2006).

Segundo Haynes (2006), os principais passos para conduzir uma revisão sistemática são: 1) Especificar a questão de pesquisa, definindo exatamente o seu foco; 2) Buscar os estudos na literatura (localizar as evidências), começando por estudos prévios de revisão e seguindo para os originais, inclusive os não publicados, formulando uma estratégia de busca bem delimitada que possa ser replicada; 3) Especificar os critérios de seleção dos estudos e os métodos de avaliação dos mesmos (com dois revisores independentes); 4) Para os estudos incluídos, extrair os dados e avaliar a qualidade (com dois revisores independentes); 5) Sintetizar e analisar os resultados dos estudos.

Nesta tese, o método da revisão sistemática é usado para sumarizar a evidência disponível sobre a efetividade dos ACS no Brasil.

### **3.9.2 Estudo de caso**

O estudo de caso voltou ao interesse dos pesquisadores a partir dos anos 60, com a preocupação acerca das limitações das pesquisas quantitativas se tornando mais visível (Tellis, 1997). Ao mesmo tempo, atraía-lhes a possibilidade de chegar a uma explicação global a partir do estudo intensivo de uma situação local e particular, preservando o seu caráter singular. Tal possibilidade existe à medida que o fenômeno global se concentra e se manifesta em uma expressão local (Mendes, 2010). Assim, “o estudo de caso se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenômeno de interesse” (Ponte, 2006).

O estudo de caso tem sido adotado em diversas disciplinas, incluindo a saúde pública. Através deste método, é possível examinar as interrelações entre as variáveis para prover o mais completo entendimento do caso em análise, o que significa produzir uma profunda descrição do objeto estudado (Mendes, 2010) para ir ao encontro das perguntas “como” e “por que” (Bressan, 2000). Indica-se em situações complexas em que os pesquisadores têm pouco controle sobre os acontecimentos e quando há um foco contemporâneo dentro de um contexto da vida real. O seu papel é fornecer novas variáveis e novas questões para investigações posteriores a partir da compreensão do evento estudado, gerando teorias mais genéricas sobre o fenômeno observado. Portanto, o estudo de caso vai além do caráter descritivo, à medida que pode interrogar situações, confrontando a situação examinada com outras situações já conhecidas ou com teorias (Mendes, 2010). Em síntese, o objetivo do estudo de caso é explorar, descrever, explicar, avaliar e/ou transformar (Araújo, 2008). Segundo Patton (2002), o propósito de um estudo de caso é coletar informações abrangentes, sistemáticas e aprofundadas sobre o caso de interesse. Por meio da produção de uma informação mais abrangente que a obtida através de análises estatísticas, essa metodologia se mostra apropriada para a compreensão de experiências de implantação de políticas e programas de saúde, por exemplo (Mendes, 2010). A compreensão de um fenômeno também é uma forma de avaliá-lo e, nesse caso, deve adequar-se aos objetivos da avaliação, de acordo com público alvo e eixos de classificação, conforme descrito acima.

Estudos de caso são geralmente conduzidos com uma composição de métodos, tanto quantitativos como qualitativos, sendo por isso mais coerente a sua inclusão nas pesquisas de tipo misto (Araújo, 2008). Segundo Minayo (1993), do ponto de vista metodológico, não há contradição entre investigação quantitativa e qualitativa, e sim complementaridade, pois são de natureza diferente; o importante é que, tanto do ponto de vista qualitativo quanto do quantitativo, seja usado todo o arsenal de métodos e técnicas disponíveis que ambas as abordagens desenvolveram para que fossem consideradas científicas. Pesquisas prévias sugerem que uma combinação de métodos, incluindo componentes quantitativos e qualitativos, pode servir mais diretamente à tomada de decisões no contexto da saúde pública (Lindsay, 2002). Para Baum (1995), os métodos são apenas ferramentas usadas para o conhecimento e não possuem status inerente de consistência ou inconsistência. Segundo a autora, problemas de saúde pública resultam de causas sociais, econômicas, políticas, biológicas, genéticas e ambientais complexas, sendo necessária uma gama de métodos para abordá-las. Assim,

os pesquisadores da área de saúde pública são mais efetivos quando são ecléticos na escolha dos métodos que vão utilizar. Na mesma linha, Chopra e Sanders (2000), encontraram que o uso flexível de métodos e a ênfase em informações apropriadas no momento adequado, no lugar de dados altamente precisos, traz mais sentido para os profissionais de saúde e pesquisadores, que com isso adquirem mais confiança para usar esse conhecimento na prática.

Patton (2002) argumenta que os métodos qualitativos podem ser particularmente interessantes na avaliação de programas cujos processos e impactos ainda são inespecíficos ou difíceis de medir. Nesse sentido, qualquer intervenção ou avaliação social precisa ser entendida dentro do seu nível de especificidade quanto às mudanças a que se propõe, levando também em conta os contextos ampliados de organização do sistema social, cultural e do universo de valores de determinado momento histórico (Minayo, 2005).

Áreas de conhecimento como a saúde pública e a APS, tradicionalmente associadas a métodos quantitativos, estão cada vez mais adotando métodos qualitativos. A razão por trás disso é a necessidade de incorporação de informação mais aprofundada sobre os significados sociais de aspectos de saúde para as pessoas, o que parece ser importante para aumentar a efetividade das recomendações geradas pelos estudos (Harding, 1998). D'Souza e Sadana (2005), por meio da análise de 28 estudos de caso, concluíram que o método tem um grande potencial de contribuição nas políticas e estratégias para fortalecer os sistemas de saúde.

Segundo Benbasat (1987), as características básicas do estudo de caso são: o fenômeno é observado em seu ambiente natural; os dados são coletados por diversos meios; um ou mais entes (pessoas, grupos, organizações) são examinados; a complexidade do ente é estudada intensamente; não são utilizados controles experimentais; o pesquisador precisa especificar previamente o conjunto de variáveis; a pesquisa envolve as questões como e por que e não considera prevalências ou incidências; o estudo enfoca eventos contemporâneos; e os resultados dependem fortemente do poder de integração do pesquisador.

As principais limitações dos estudos de caso estão relacionadas à subjetividade dos dados e ao fato de não permitir observações controladas, além da dificuldade de generalização dos resultados e de fazer deduções lógicas (Tellis, 1997; Araújo, 2008), variando de acordo com as fontes de evidência usadas. A sua grande vantagem, entretanto, é permitir ao pesquisador concentrar-se em um aspecto ou situação

específica e tentar identificar os diversos processos que interagem no contexto estudado. Esses processos podem permanecer ocultos em pesquisas quantitativas de larga escala, porém são cruciais para o sucesso ou fracasso de sistemas ou organizações. O ponto forte do estudo de caso é sua capacidade de explorar processos sociais complexos à medida que esses ocorrem, permitindo uma análise processual, contextual e longitudinal do objeto estudado. Além disso, os estudos de caso são mais receptivos a informações não previstas pelo pesquisador (Mendes, 2010).

Quanto ao problema da generalização dos resultados, contesta-se que a capacidade de generalização é uma qualidade da teoria quando esta é testada e confirmada em diversas situações, seja através de estudos de caso, experimentos de laboratório ou experimentos estatísticos. Portanto, de certa forma, pode ser considerado um problema de qualquer tipo de pesquisa. Para contornar esse problema, ao fazer as generalizações, o pesquisador deve procurar fazê-las em relação às proposições teóricas e não para populações ou universos (Yin, 1989).

No estudo de caso, a coleta de dados, realizada com pesquisa de campo, objetiva buscar as fontes de evidência. Há seis fontes de evidência principais possíveis nos estudos de caso: os documentos, os registros em arquivos, as entrevistas, a observação direta, a observação participante e os artefatos físicos. As entrevistas são uma das mais importantes fontes de dados dos estudos de casos. Nela, tanto entrevistado quanto entrevistador estão envolvidos, de maneira diferente, na produção de conhecimento. A compreensão em maior profundidade oferecida pela entrevista qualitativa pode fornecer informação contextual valiosa para ajudar a explicar achados específicos (Gaskell, 2002). Em relação aos registros, o investigador deve ser prudente em avaliar a sua acurácia.

A composição de fontes a ser usada no estudo varia caso a caso, conforme os objetivos do trabalho, no entanto, segundo Yin (1989) três princípios para coleta de dados devem ser observados: usar múltiplas fontes de evidência (para investigar vários aspectos em relação ao mesmo fenômeno), construir, ao longo do estudo, uma base de dados (para organizar as informações de acordo com as suas respectivas fontes) e formar uma cadeia de evidência (para que o estudo consiga transmitir a apresentação das evidências que o legitimam).

No caso de um programa de saúde como objeto de estudo, os dados podem incluir documentos, estatísticas, projetos, relatórios, entrevistas com profissionais e participantes, observações e histórias do programa (Patton, 2002).





## **OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Sumarizar a evidência conhecida, a partir de estudos quantitativos, da efetividade de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil, e descrever e avaliar a implantação de um Programa da mesma natureza em Angola por meio de um processo de cooperação técnica Brasil-Angola.

### **4.2 Objetivos Específicos**

4.2.1 Revisar, de forma sistemática, a literatura sobre a efetividade do Agente Comunitário de Saúde no Brasil.

4.2.2 Descrever e avaliar de forma preliminar o processo de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Accra Agenda for Action. Accra, Ghana, 4 September 2008. Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf> (acesso em 28/12/2010).
2. Agência Brasileira de Cooperação. Disponível em [www.abc.gov.br](http://www.abc.gov.br) (acesso em dezembro de 2010).
3. Almeida C, Campos R, Buss P, Ferreira J, Fonseca L. A concepção brasileira de “cooperação Sul-Sul estruturante em saúde”. RECIIS R. Eletr. De Com. Inov. Saúde 2010;4(1):25-35.
4. Angola. Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde, 1992.
5. Angola. Ministério da Saúde. Plano Estratégico para a Redução Acelerada da Mortalidade Materno Infantil em Angola: 2004-2008. Luanda, 2004.
6. Angola. Ministério da Saúde. Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde para Acelerar a Redução da Mortalidade Materno-Infantil. Luanda, 2008.
7. Angola. Política Nacional de Saúde, 5º Esboço. Luanda, 2009a.
8. Angola. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Saúde a Nível Municipal, 4º Rascunho. Luanda, 2009b.
9. Angola. Constituição da República de Angola, 2010.
10. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. Am J Public Health 2009; 99(1):87-93.
11. Araújo C, Pinto E, Lopes J, Nogueira L, Pinto R. Métodos de investigação em educação [dissertação]. Universidade do Minho, 2008. Disponível em [www.grupo4te.com.sapo.pt](http://www.grupo4te.com.sapo.pt) (acesso em dezembro de 2010).
12. Baum F. Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate Soc Sci Med. 1995; 40( 4):459-68.
13. Baum, F; Sanders, D. Can health promotion and primary health care achieve Health for All without a return to a more radical agenda? Health Promot Int. 1995; 10 (2):149-60.
14. Benbasat DK, Mead M. The Case Research Strategy in Studies of Information Systems. MIS Quarterly. 1987; 11(3):369-386.
15. Bennett S, Ssengooba F. Closing the Gaps: From Science to Action in Maternal, Newborn, and Child Health in Africa. PLoS Med. 2010; 7(6): e1000298. DOI:10.1371/journal.pmed.1000298.

16. Bhutta Z, Lassi ZS, Pariyo J, Huicho L. Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A Systematic Review, Country Case Studies, and Recommendations for Integration into National Health Systems. World Health Organization/Global Health Workforce Alliance, 2010.
17. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990a.
18. Brasil. Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990b.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886/GM, de 18 de dezembro de 1997.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto-lei nº 3.189, de 4 de outubro de 1999.
21. Brasil. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002.
22. Brasil. Ministério da Educação, Ministério da Saúde. Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. Brasília, 2004.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica, Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006a.
24. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria Nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006b.
25. Brasil. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006c.
26. Brasil. Emenda Constitucional 51, 14 de fevereiro de 2006d.
27. Brasil. Projeto de lei 196/09, 2009.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Disponível em: [http://200.214.130.35/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://200.214.130.35/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php) (acesso em dezembro de 2010).
29. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento. Avaliação do pacto pela saúde, dos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010-2011. 2010. Conforme Portaria nº 2.669 de 03 de novembro de 2009 e Portaria GM/S nº 3.840, de 07 de dezembro de 2010. Disponível em [http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Instrutivo\\_Indicadores\\_2011.pdf](http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/Instrutivo_Indicadores_2011.pdf) (acesso em janeiro de 2011).
30. Bressan F. O método do estudo de caso. Administração On Line. 2000; 1(1). Disponível em [http://www.fecap.br/adm\\_online/art11/flavio.htm](http://www.fecap.br/adm_online/art11/flavio.htm) (acesso em dezembro de 2010).
31. Brown T, Cueto M, Fee E. The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health. Am J Public Health. 2006; 96 (1):62-72.

32. Cervo AL. Socializando o desenvolvimento: uma história da cooperação técnica internacional do Brasil. *Rev Bras Polít Int.* 1994; 37(1):37-63.
33. Cesar JA. Community Health Workers in Sergipe, Brazil: Implications for their future role in maternal and child health [tese]. Londres: The London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2005.
34. Chaudhury RH, Chowdhury Z. Achieving the Millenium Development Goal on Maternal Mortality: Gonoshastaya Kendra's Experience in Rural Bangladesh. Gonomudran Limited: Dhaka, 2007.
35. Chopra M, Sanders D. Asking "how?" rather than "what, why, where, and who?" *BMJ* 2000; 321: 832.
36. Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP (PECS/CPLP). Maio de 2009.
37. Cooperação Técnica Internacional. Revista da Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde (RETS) Nov/dez 2008-jan 2009;10-11.
38. Dawson, Lord. The future provision of medical services. *BMJ*, June 12 1920: 801-802.
39. D'Souza C, Sadana R. Why do case studies on national health research systems matter? Identifying common challenges in low and middle-income countries. *Soc Sci Med.* 2006; 62: 2072-2078.
40. Donabedian A. The Quality of Care. How Can It Be Assessed? *JAMA.* 1988;260(12):1743-1748.
41. Dugbatey K. National health policies: sub-Saharan African case studies (1980-1990). *Soc Sci Med.* 1999; 226(49):223-239.
42. Epstein L, Gofin J, Gofin R, Neumark Y. The Jerusalem Experience: Three Decades of Service, Research, and Training in Community-Oriented Primary Care. *Am J Public Health* 2002; 92:1717-1721.
43. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2007; 21(2):164-176.
44. Escorel S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: Giovanella L et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. p. 385-434.
45. European Union and World Bank: Angola Public Expenditures and Health Sector. January 2007.

46. Gaskell, G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer MW, Gaskell G, editors. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático. Petrópolis: Vozes; 2002. p 64-89.
47. Global Forum for Health Research. 10/90 Report on Health Research 2003-2004. Geneva, 2004.
48. Global Health Watch 2: an Alternative World Health Report. People's Health Movement (Cairo), Medact (London), Global Equity Gauge Alliance (Durban). London & New York: Zed Books; 2008. 386 p.
49. Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambul Care Manage.* 2009;32(2):115-122.
50. Gwatkin D, Rutstein S, Johnson K, Suliman E, Wagstaff A, Amouzou A. Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population within Developing Countries: An Overview. Country Reports on HNP (Health, Nutrition and Population) and Poverty. World Bank: Washington, DC; 2007.
51. Fletcher RH, Fletcher SW. Revisões sistemáticas. In: Fletcher RH, Fletcher SW, editores. *Epidemiologia Clínica: Elementos Essenciais*. 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
52. Freedhein S. Por que menos sinos dobram no Ceará: o sucesso de um programa de agentes de saúde comunitários no Ceará, Brasil [dissertação]. Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology (MIT); 1993.
53. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol.* 1999;28:10-18.
54. Haines A, Sanders D, Lehmann U, Rowe AK, Lawn JE, Jan S, Walker DG, et al. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *Lancet* 2007, 369(9579), 2121-2131.
55. Haynes B. Conducting Systematic Reviews. In: Haynes B, Sackett DL, Guyatt GH, Tugwell P, editors. *Clinical Epidemiology: How to Do Clinical Practice Research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p.15-48.
56. Harding G, Gantley M. Qualitative methods: beyond the cookbook. *Fam Pract.* 1998;15:76-79.
57. Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *BMJ* 2010; 341:c4945.

58. Harzheim E. Evaluación de la atención a la salud infantil del Programa Saúde da Família em la región sur de Porto Alegre, Brasil [tese]. Alicante: Universidad de Alicante; 2004.
59. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*. 2003;362(9377):65-71.
60. Kidane G, Morrow RH. Teaching mothers to provide home treatment of malaria in Tigray, Ethiopia: a randomised trial. *Lancet*. 2000; 356(9229):550-555.
61. Labonte R, Sanders D, Baum F et al. Aplicación, efectividad y contexto político de la atención primaria integral de salud: resultados preliminares de una revisión de la literatura mundial. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2009; 8(16):14-29.
62. Lancet Alma-Ata Working Group. Alma-Ata: Rebirth and Revision. *Lancet*. 2008; 372(9642): 917-1007.
63. Lavor ACH, Lavor MC, Lavor IC. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades de saúde. *Revista Sanare*. 2003; IV(1).
64. Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalize. *Lancet*. 2008; 372:917-27.
65. Lehmann U, Sanders D. *Community health workers: What do we know about them?* Geneva: World Health Organization; 2007.
66. Leroy J, Habicht JP, Pelto G, Bertozzi SM. Current Priorities in Health Research Funding and Lack of Impact on the Number of Child Deaths per Year. *Am J Public Health*. 2007;97:219– 223.
67. Lewin S, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja GN, Van Wyk BE, et al. Lay health workers in primary and community health care. *Cochrane Database Sys Rev*. 2009; (2): DOI: 10.1002/14651858.CD004015.pub1.
68. Lewin S, Munabi-Babigumira S, Glenton C, Daniels K, Bosch-Capblanch X, Van Wyk BE, et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database Sys Rev*. 2009; (10). DOI: 10.1002/14651858.CD004015.pub1.
69. Lindsay AC. Integrating Quantitative and Qualitative Methods to Assess the Impact of Child Survival Programs in Developing Countries: The Case of a Program Evaluation in Ceara, Northeast Brazil. *Health Educ Behav*. 2002;29;570-584.
70. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. *Health Serv Res*. 2003;38(3):831-865.

71. Macinko J, Guanais FC, de FM, de SM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):13-19.
72. Macinko J, Marinho de Souza MDF, Guanais FC, Simões, CCDS. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med*. 2007; 65(10):2070-2080.
73. Macinko J, Dourado I, Aquino R, Bonolo P de F, Lima-Costa MF, Medina MG, Mota E, de Oliveira VB, Turci MA. Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(12):2149-60.
74. Martins HHT. Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa*. 2004; 30(2):289-300.
75. McAuliffe JF, Correia L, Victora CG. Segunda pesquisa de saúde materno-infantil do Ceará – PESMIC 2. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Ceará; 1990.
76. Mendes EVM. Estudos de caso: nota metodológica. In: *Ciclo de debates sobre redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em [http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/Nota\\_Metodologica\\_Estudo\\_de\\_Caso.pdf](http://www.opas.org.br/informacao/UploadArq/Nota_Metodologica_Estudo_de_Caso.pdf) (acesso em 17/12/2010).
77. Mendonça CS. *Uso das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial para a avaliação da Estratégia Saúde da Família - o caso de Belo Horizonte/MG [dissertação]*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); 2009.
78. Mehryar AH, Aghajanian A, Ahmad-Nia S, Mirzae M, Naghavi M. Primary Health Care System, Narrowing of Rural–Urban Gap in Health Indicators, and Rural Poverty Reduction: The Experience of Iran. Paper presented at the XXV General Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), 18-23 July 2005, Tours, France.
79. Minayo MC, D’Elia JC, Svitone E: *Programa de Agentes de Saúde do Ceará: Estudo de Caso*. Fortaleza: UNICEF; 1990.
80. Minayo MCS. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Públ.*1993; 9(3): 239-262.



81. Molina GG, Purser M. Human Development Trends since 1970: A Social Convergence Story. United Nations Development Programme, Human Development Reports, Research Paper 2010/02, June 2010.
82. Mullan F, Epstein L. Community-Oriented Primary Care: New Relevance in a Changing World. *Am J Public Health*. 2002; 92(11):1748-55.
83. Murray CJL, Laakso T, Shibuya K, Hill K, Lopez AD. Can we achieve Millennium Development Goal 4? New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015. *Lancet*. 2007;370:1040–54.
84. Newell K. Health by the people. Geneva: World Health Organization; 1975.
85. Nitayarumphong S. Evolution of Primary Health Care in Thailand: What policies worked? *Health Policy Plan*. 1990; 5(3):246-254.
86. Nogueira RP, da Silva FB, Ramos ZVO. Vínculo Institucional de um trabalhador sui generis – o agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2000. Artigo de discussão nº 735.
87. Oliveira MS. Processo de Descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 2010.
88. Organização Pan–Americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: documento de posicionamento da Organização Pan–Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington D.C: OPAS; 2007.
89. Ouagadougou Declaration on Primary Health Care and Health Systems in Africa: achieving better health for Africa in the new millennium. Ouagadougou, April 2008. Disponível em <http://www.ifrc.org/Docs/pubs/idrl/ouagadougou-declaration.pdf> (acesso em 28/12/2010).
90. Paris Declaration on Aid Effectiveness. Paris, fevereiro de 1995. Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf> (acesso em 28/12/2010).
91. Pastoral da Criança. Disponível em [www.pastoraldacrianca.org.br](http://www.pastoraldacrianca.org.br) (acesso em 13/02/2011)
92. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. Thousand Oaks (CA): Sage publications; 2002.
93. Pecequillo CS. A Política Externa do Brasil no Século XXI: Os Eixos Combinados de Cooperação Horizontal e Vertical. *Rev Bras Polít Int*. 2008;51(2):136-153.

94. People's Health Assembly. People's Charter for Health. Savar, Bangladesh: 2000. Disponível em <http://www.phmovement.org/sites/www.phmovement.org/files/phm-pch-english.pdf> (acesso em 24/12/2010).
95. Perpetuo IHL, Wong LC. Atenção Hospitalar Por Condições Sensíveis À Atenção Ambulatorial (Csaa) E As Mudanças No Seu Padrão Etário: Uma Análise Exploratória Dos Dados De Minas Gerais. *Jornal do XII Seminário sobre a Economia Mineira*. 2007; Jul 1;1-14
96. Pfeiffer J. International NGOs and Primary Health Care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. *Soc Sci Med*.2003;56:725-738.
97. Ponte JP. Estudos de caso em educação matemática. *Bolema*. 2006;25:105-132. Disponível em <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/06-Ponte%20%28Estudo%20caso%29.pdf> (acesso em dezembro de 2010).
98. Ravishankar N, Gubbins P, Cooley RJ, Leach-Kerman K, Michaud CM, Jamison DT, Murray CJL. Financing of global health: tracking development assistance for health from 1990 to 2007. *Lancet*.2009;373:2113–24.
99. Rifkin SB, Walt G. Why Health Improves: Defining the Issues Concerning 'Comprehensive Primary Health Care' and 'Selective Primary Health Care'. *Soc Sci Med*. 1986;23(6):559-66.
- 100.Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, de Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa de Saúde da Família em municípios do nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 Sup 1:S69-S78.
- 101.Rocha R, Soares RR. Evaluating the Impact of Community-Based Health Interventions: Evidence from Brazil's Family Health Program. Bonn: Institute for the Study of Labor (IZA); 2009. Discussion paper No. 4119.
- 102.Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta ZA, Lawn JE. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet*. 2008;372:950-61.
- 103.Rosa HLB. A importância do Brasil na CPLP. *Centro de Estudos em Geopolítica e Relações Internacionais*. 2006; ano III, vol. I (5).
- 104.Rosero Bixby L. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Rev Panam Salud Pública*. 2004;15(2):94–103.

- 105.Sanders D, Carver R. The Struggle for Health. London: Macmillan Publishers; 1985. 232 p.
- 106.de Santana JFNP. Estudo sobre atenção à saúde infantil no Projeto Planaltina: Planaltina-DF-1978 [dissertação]. Universidade de Brasília: Brasília; 1980.
- 107.Santos M. Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal. 14ª Ed. Rio de Janeiro: Record; 2007. 174 p.
- 108.Santos MR, Pierantoni CR, da Silva LL. Agentes Comunitários de Saúde: Experiências e modelos do Brasil. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2010;20(4):1165-1181.
- 109.Sazawal S, Black RE. Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children: a meta-analysis of community-based trials. *Lancet Infect Dis.*2003;3(9):547-556.
- 110.Scaravaglione D, Coroilli EM, Witt RR, Ranieri T. Voluntários de saúde – mito ou realidade? Elementos preliminares da avaliação de nove anos de experiência no Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Enferm.*1984;37(3-4):262-269.
- 111.Scheffler RM, Liu JX, Kinfu Y, Dal Poz M. Forecasting the global shortage of physicians: an economic- and needs-based approach. *Bull World Health Organ.* 2008;86:516–523.
- 112.Schuftan C. Are you MDGs Skeptic? I am. The Social Medicine Portal. 2010. Disponível em <http://www.socialmedicine.org/2010/10/31/social-determinants-of-health/are-you-mdgs-skeptic-i-am/> (acesso em 23/12/2010).
- 113.Starfield B. Primary Care and Health: A Cross-National Comparison. *JAMA.* 1991; 266(16):2268-71.
- 114.Starfield B. Primary care: concept, evaluation, and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
- 115.Starfield B. Is Primary Care Essential? *Lancet.* 1994;344:1129-33.
- 116.Starfield B. Is equity a scientific issue? *J Epidemiol Community Health.* 2000;54:324-325.
- 117.Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002

118. Stuckler D, Basu S, McKee M. Drivers of Inequality in Millennium Development Goal Progress: A Statistical Analysis. *PLoS Medicine*. 2010;7(3):e1000241. DOI:10.1371/journal.pmed.1000241.
119. Svitone EC, Garfield R, Vasconcelos MI, Araujo Craveiro V. Primary health care lessons from the northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. *Rev Panam Salud Pública*. 2000;7(5):293-302.
120. Swider, SM. Outcome effectiveness of community health workers: an integrative literature review. *Public Health Nurs*. 2002;19(1):11-20
121. Takeda S, Talbot Y. Avaliar, uma responsabilidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006;11(3):564-576.
122. Task Force on Health Systems Research. Informed choices for attaining the Millennium Development Goals: towards an international cooperative agenda for health-systems research. *Lancet*. 2004;364(9438):997-1003.
123. Tellis W. Introduction to case study. *The Qualitative Report*. 1997;3(2). Disponível em: [www.nova.edu/ssss/QR/QR3-2/tellis1.html](http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-2/tellis1.html) (acesso em dezembro de 2010).
124. Tendler J. *Bom Governo nos Trópicos - Uma Visão Crítica*. Rio de Janeiro: Revan; Brasília; ENAP: 1998.
125. Torronteguy M. O papel da cooperação internacional para a efetivação de direitos humanos: o Brasil, os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa e o direito à saúde. *RECIIS R Eletr De Com Inov Saúde*. 2010;4(1):58-67.
126. Unger JP, Killingsworth JR. Selective Primary Health Care: A Critical Review of Methods and Results. *Soc Sci Med*. 1986;22(10):1001-13.
127. United Nations. *United Nations Millennium Declaration*. General Assembly, 55<sup>th</sup> Session. Geneva: United Nations; 2000.
128. United Nations Development Programme (UNDP). *Human Development Report 2010 - The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development*. New York: UNDP; 2010.
129. United States Agency for International Development (USAID). *Rapid Assessment of Community Health Worker Programs in USAID Priority MCH Countries*. Bethesda (MD): USAID; 2009.
130. Vemba LV. *As três dimensões críticas do sistema de saúde angolano*. Luanda: USAID; 2002.
131. Walt, G, editor. *Community health workers in national programmes: just another pair of hands?* Milton Keynes (PA): Open University Press; 1990. 180 p.

132. Wagstaff A, Claeson M. The Millennium Development Goals for health: Rising to the challenges. Washington D.C.: World Bank; 2004.
133. Werner D. The village health worker -- lackey or liberator? Paper prepared for the International Hospital Federation Congress; California, USA, May 1977. Disponível em [http://www.healthwrights.org/articles/lackey\\_or\\_liberator.htm](http://www.healthwrights.org/articles/lackey_or_liberator.htm) (acesso em 24/12/2010).
134. World Bank, Financing Health Services in Developing Countries. Washington DC: World Bank; 1987
135. World Bank. World development report 1993: Investing in health. New York: Oxford University; 1993.
136. World Bank. How we classify countries. Disponível em <http://data.worldbank.org/about/country-classifications> (acesso em 22/12/2010).
137. World Health Organization/UNICEF. Declaration of Alma Ata: International Conference on Primary Health Care. Alma Ata, Kazakhstan: WHO/UNICEF; 1978.
138. World Health Organization. Strengthening the performance of community health workers in primary health care: report of a WHO study group. Geneva: WHO; 1989. Technical Report Series No 780.
139. World Health Organization - Europe Regional Office. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. Geneva: WHO; 1996.
140. World Health Organization. Resolução WHA51.7 Política de Saúde para Todos no Século XXI. Geneva: WHO; 1998.
141. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO Global Report. Geneva: WHO; 2005. Disponível em: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/en/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html) (acesso em 28/12/2010).
142. World Health Organization. Working together for health. The World Health Report. Geneva: WHO; 2006.
143. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva: WHO; 2008a.
144. World Health Organization. Primary Health Care Now More Than Ever. The World Health Report. Geneva: WHO; 2008b.
145. World Health Organization –Regional Office for Africa. WHO Country Cooperation Strategy, 2009-2013. Brazzaville: WHO; 2009.

146. World Health Organization - WHO Regional Office for Africa. Achieving Sustainable Health Development in the African Region Strategic Directions for WHO 2010-2015. Brazzaville: WHO; 2010a.
147. World Health Organization. World Health Statistics. Geneva: WHO; 2010b.
148. Yach D, Bettcher D. The Globalization of Public Health I and II. *Am J Public Health*. 1998;88(5):735-741.
149. Yin RK. *Case Study Research - Design and Methods*. Sage Publications Inc.; 1989.
150. de Zoysa I, Habicht JP, Pelto G, Martines J. Research steps in the development and evaluation of public health interventions. *Bull World Health Organ*. 1998;76(2):127-133.

## 5. ARTIGO 1

Efetividade do Agente Comunitário de Saúde no Brasil: Uma revisão sistemática

Effectiveness of the Community Health Worker in Brazil: A systematic review

*Camila Giugliani, Doutoranda em Epidemiologia pela UFRGS*

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser submetido ao periódico: *Journal of Ambulatory Care Medicine*

(versão em português)

Efetividade do Agente Comunitário de Saúde no Brasil: Revisão Sistemática

*Effectiveness of the Community Health Worker in Brazil: A Systematic review*

Camila Giugliani, MD<sup>1</sup>, Erno Harzheim, PhD<sup>1</sup>, Michael Schmidt Duncan, MD<sup>2</sup>, Bruce Bartholow Duncan, PhD<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Rua Ramiro Barcellos, 2400/2º andar

CEP 90035-003

Porto Alegre, RS

Brasil

<sup>2</sup> Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição

Rua Francisco Trein, 596

CEP 91350-200

Porto Alegre, RS

Brasil

Autor para correspondência:

Camila Giugliani

Rua Amélia Teles, 629/401

CEP 90460-070

Porto Alegre, RS

Brasil

E-mail: [giugli@hotmail.com](mailto:giugli@hotmail.com)



## **Abstract**

The objective of this study is to summarize and assess the existing evidence about effectiveness of community health workers (CHWs) in Brazil. This systematic review included all studies whose objective was to evaluate an intervention involving CHWs. In analysis of 21 publications included, despite the low quality of evidence for most outcomes, we often found benefit, best documented for frequency of weighing children, prevalence of breastfeeding and delayed introduction of bottle feeding. These findings and the current major role CHWs have in Brazil suggest that clarifying the benefit of CHW actions across a broad range of health care interventions should be a major research priority.

**Key words:** Community Health Worker, Community Health Aide, Effectiveness, Primary Health Care, Brazil, Review

## **Introdução**

Em muitos países, principalmente onde há dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a incorporação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é tida como uma estratégia importante para o desenvolvimento do sistema de saúde (Haines et al., 2007; Lehmann & Sanders, 2007), representando uma valiosa contribuição para o alcance de melhores desfechos de saúde através de intervenções simples e conhecidas (Jones, Steketee, Black, Bhutta, & Morris, 2003). Na Conferência de Alma Ata (World Health Organization/UNICEF, 1978), foi ressaltado o papel de agentes comunitários devidamente formados para, junto com a equipe de saúde, responder às necessidades da sua comunidade. Hoje, de acordo com documentos recentes (Task Force on Health Systems Research, 2004; World Health Organization, 2006), a Organização Mundial de Saúde afirma que a viabilidade e o potencial do ACS como força de trabalho em saúde é assunto prioritário na agenda de pesquisa mundial.

No mundo, o termo genérico “agente comunitário de saúde” se refere a uma variedade de tipos de trabalhadores comunitários, em diferentes modalidades e áreas de atuação, com responsabilidade por ações abrangentes ou intervenções específicas, de acordo com o contexto. A relação especial com a comunidade e com o serviço de saúde é a característica primordial dos ACS em todo o mundo (Lavor, Lavor, & Lavor, 2003).

O Brasil tem sido citado de maneira recorrente como exemplo bem sucedido de política de Atenção Primária à Saúde (APS) envolvendo ACS em larga escala (Lehmann & Sanders, 2007; World Health Organization, 2008). O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991 pelo Ministério da Saúde, foi fruto de uma série de experiências anteriores, principalmente a dos auxiliares de saúde em Planaltina, no Distrito Federal, desenvolvida entre 1974 e 1978 (Lavor et al., 2003; de Santana, 1980), mas também de outras, como a dos voluntários do Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, no Rio Grande do Sul, também a partir de 1974 (Scaravaglione, Coroilli, Witt, & Ranieri, 1984). Em 1988, após um programa emergencial que contratou 6 mil mulheres para trabalharem na assistência às vítimas de uma grande seca no Estado do Ceará, iniciou-se o PACS, primeiramente no nordeste e, a partir de 1991, em todo o Brasil (Lavor et al., 2003). Os primeiros anos do PACS foram dedicados a estender às populações mais vulneráveis o acesso aos cuidados de saúde, com o objetivo principal de reduzir a mortalidade infantil. Em 1994, surgiu o Programa Saúde da Família (PSF), que veio a transformar-se em política de Estado, passando a chamar-se Estratégia Saúde da Família (ESF). Com o surgimento do PSF, o ACS passou a fazer

parte de uma equipe de saúde (com médico, enfermeiro e técnico de enfermagem), responsável pelos cuidados primários de uma população vivendo em uma área geograficamente definida. Porém, devido à implantação gradativa do PSF, em muitos locais, o PACS continuou funcionando sem a equipe de saúde da família (ACS com enfermeiras supervisoras). É importante salientar que essas transformações no modelo de APS no Brasil se deram juntamente com a criação e a evolução, a partir de 1990, do Sistema Único de Saúde (SUS). Hoje, o Brasil conta com 31 mil equipes da ESF e com mais de 240 mil ACS, proporcionando cobertura potencial para 99 milhões e 118 milhões de brasileiros respectivamente (Brazil Ministry of Health, 2010). Além dos ACS, existem no Brasil outros tipos de experiências com trabalhadores comunitários, como a Pastoral da Criança, que desde 1983 trabalha com líderes voluntárias capacitadas para acompanhar famílias na comunidade, principalmente crianças e gestantes (Cesar, 2005).

O ACS no Brasil é trabalhador de tempo integral, remunerado, desde o surgimento do PACS, mas somente em 2002 foi reconhecido como profissional vinculado ao SUS (*Legal Act No. 10.507, 2002*). Para ser ACS, é preciso residir na área onde vai atuar, assim como haver concluído o ensino fundamental e um curso introdutório de formação inicial (*Legal Act No. 11.350, 2006*). As atribuições do ACS no Brasil estão definidas de forma ampla e, às vezes, imprecisa. Suas atividades incluem a “promoção de ações de educação individual e coletiva” e “participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida” (*Legal Act No. 11.350, 2006*). No entanto, algumas atribuições do ACS são muito claras, como “cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados” (Brazil Ministry of Health, 2006), o que já define um âmbito de ação fundamental ligado ao território e à proximidade com as famílias. Basicamente, o ACS acompanha um número máximo de 750 pessoas, atentando para as suas condições de saúde, aproveitando as oportunidades para ações de prevenção e educação, identificando e monitorando as situações de risco e mantendo registros atualizados.

A definição do papel do ACS é um assunto sempre em discussão; as particularidades desse novo trabalhador do sistema de saúde o colocam em condição de profissional *sui generis*, “elo entre os objetivos das políticas sociais e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade” (Nogueira, da Silva, & Ramos, 2000). O ACS convive simultaneamente com os saberes e práticas da comunidade e da equipe de saúde, tendo a complexa missão de construir a sua prática a partir da integração desses

dois espaços, procurando construir diálogo num processo que implica, muitas vezes, em gerenciar contradições (Nunes, Trad, Almeida, Homem, & de Melo, 2002).

É notável que o interesse mundial nos ACS tenha crescido tanto apesar da ausência de evidência robusta sobre a sua efetividade (Lewin et al., 2009). Algumas revisões de escopo internacional publicadas previamente (Haines et al., 2007; Lewin et al., 2009; Lehmann & Sanders, 2007) sugerem que o trabalho do ACS tem grande potencial na melhora do acesso aos serviços de APS; porém, recomendam que estudos mais aprofundados sejam conduzidos, já que há poucos estudos avaliando a intervenção do ACS de forma independente, comparando-as com outras intervenções em APS. Tendo-se em conta que vários países estão considerando implementar estratégias nacionais envolvendo ACS, é fundamental que as experiências com esse trabalhador sejam avaliadas, no sentido de contribuir para o embasamento, em termos de pertinência, efetividade e sustentabilidade, de políticas em APS.

No Brasil, apesar da dimensão do PACS e da ESF, com grande investimento do Ministério da Saúde, há poucos estudos de avaliação publicados sobre os resultados do trabalho do ACS. Da mesma forma, desconhecemos a existência de alguma revisão abrangente e sistemática sobre o tema no Brasil. Dos estudos publicados sobre o assunto, muitos são pouco conclusivos. Assim, percebe-se pouca atividade de pesquisa nesta área, que, por sua vez, é central para as políticas de saúde. Em relação à ESF, o seu impacto positivo vem sendo demonstrado em estudos recentes (Aquino, de Oliveira, & Barreto, 2009; Macinko, Guanais, de Fátima, & de Souza, 2006; Macinko, Marinho de Souza, Guanais, & Simões, 2007; Rocha & Soares, 2009).

O objetivo deste estudo foi sumarizar e avaliar a evidência da efetividade de trabalhadores comunitários de saúde, em especial o ACS, em diferentes contextos e modalidades de ação, na melhora da situação de saúde em comunidades brasileiras.

## **Métodos**

### *Definições*

Para esta revisão, ACS foi definido como o profissional vinculado ao PACS ou ao PSF/ESF. Outros trabalhadores comunitários de saúde foram definidos como aqueles desempenhando funções que se inserem no conjunto de atribuições do ACS, mas que têm outro perfil de enquadramento ou vinculação, como, por exemplo, voluntários da Pastoral da Criança e trabalhadores que fizeram parte de experiências anteriores ao PACS.

### *Inclusão de estudos*

Todos os estudos incluídos nesta revisão têm como objeto principal ou secundário uma intervenção relacionada ao trabalho do ACS ou outro trabalhador comunitário de saúde no Brasil. Os estudos deveriam apresentar descrição suficiente da intervenção para identificá-la como sendo realizada pelo ACS, e ter como resultado algum desfecho de saúde que possa estar associado ao trabalho do ACS.

### *Procedimentos de busca e seleção de estudos*

As seguintes bases de dados eletrônicas foram usadas para as buscas: Cochrane, PubMed, LILACS, Google Scholar, CINAHL e Embase. A sintaxe da estratégia de busca foi adaptada ao formato de cada uma das bases. A título de ilustração, a sintaxe usada na base PubMed foi: ["Community Health Aides"[Mesh] OR Community health aide\* OR Community health worker\* OR Village health worker\* OR Community worker\* OR Village worker\* OR Barefoot doctor\* OR Community health agent\* OR Health agent\* OR Health promoter\*] AND ["Primary Health Care"[Mesh] OR Primary health care OR Primary care OR Community health] AND ["Brazil"[Mesh] OR Brazil]. Para detalhes das sintaxes utilizadas, referir-se ao Apêndice 1. Nenhum estudo foi excluído por delineamento, idioma ou limite de data.

O período de realização das buscas foi de 29/06/2009 a 23/03/2010. Primeiramente, buscamos outras revisões sobre o tema publicadas no Brasil e no mundo. A seguir, todas as bases de dados foram pesquisadas separadamente para identificar artigos originais. Estudos adicionais, inclusive materiais não publicados, foram pesquisados através da base Google ([www.google.com](http://www.google.com)), Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (<http://bdtd.ibict.br/>) e de contato com os autores das principais publicações. Por fim, foram examinadas as bibliografias dos artigos lidos integralmente, sendo selecionadas aquelas relevantes para o objeto do estudo, incluindo teses e dissertações.

A seleção de artigos foi feita em duas etapas, ambas realizadas em duplicata por dois pesquisadores independentes (CG e MSD). A primeira etapa consistiu na avaliação de todos os títulos e resumos identificados nas buscas eletrônicas para seleção das referências potencialmente relevantes. A segunda etapa foi a leitura integral das referências selecionadas, com inclusão para extração de dados dos artigos que satisfaziam os critérios expostos acima. Na ocorrência de discordância, buscou-se, primeiramente, um consenso através de debate entre os dois avaliadores. Havendo

persistência da discordância, usou-se o julgamento de uma terceira pessoa (EH) para definir a posição final.

#### *Extração de dados dos artigos incluídos*

Um instrumento específico foi criado para esta etapa. A extração dos dados referentes ao desfecho de cada estudo foi feita em duplicata por dois pesquisadores independentes (CG e MSD). Em caso de discordância, procurou-se chegar a um consenso entre os dois avaliadores, considerando a opinião dos demais pesquisadores quando necessário.

#### *Avaliação da qualidade metodológica*

A avaliação de qualidade foi realizada para cada desfecho, considerando o conjunto dos dados que contribuem com alguma evidência para aquela medida. Esta avaliação por desfecho (e não por estudo individual) foi feita de acordo com o sistema do *GRADE Working Group* (Guyatt et al., 2006, 2008). Para sistematizar o processo, um instrumento específico foi criado, a partir dos critérios do GRADE: delineamento, qualidade (limitações metodológicas e na execução do estudo), consistência (resultados consistentes entre diferentes estudos), *directness* (grau de semelhança das intervenções estudadas com o objeto de interesse; por exemplo, o estudo de outro tipo de trabalhador comunitário, que não o ACS, leva a perda de ponto nesse critério) e outros fatores que podem modificar a qualidade do estudo (para mais: evidência muito forte ou forte de associação, evidência de gradiente dose-reposta, vieses que, se ajustados, teriam reforçado os achados; para menos: limitações metodológicas sérias ou muito sérias, inconsistência importante, incertezas em relação ao *directness*, dados imprecisos ou esparsos e alta probabilidade de viés de publicação). Com isso, classificou-se a qualidade da evidência em alta (A: muito improvável que trabalhos adicionais modifiquem a confiança na estimativa do efeito), moderada (B: trabalhos adicionais podem modificar a confiança na estimativa do efeito), baixa (C: muito provável que trabalhos futuros modifiquem a confiança na estimativa do efeito) e muito baixa (D: qualquer estimativa de efeito deve ser vista como incerta).

A avaliação de qualidade foi feita por dois pesquisadores independentes (CG e MSD). Os instrumentos preenchidos individualmente para a extração de dados e a avaliação de qualidade foram comparados, resgatando os artigos originais sempre que necessário. Em caso de discordância, procurou-se chegar a um consenso entre os dois avaliadores, considerando a opinião dos demais pesquisadores quando necessário.

#### *Síntese dos dados*

Para a síntese dos dados, os estudos foram agrupados quanto a cinco critérios: perfil do trabalhador comunitário, perfil da população estudada, abrangência geográfica da intervenção, delineamento do estudo e desfecho medido. Os desfechos foram agrupados em quatro categorias: saúde materno-infantil, doenças crônicas, doenças infecciosas e outros. A diarreia em crianças, apesar de ser um problema eminentemente infeccioso, foi considerada como desfecho de saúde materno-infantil.

## **Resultados**

### *Busca e seleção*

Os resultados dos procedimentos de busca e seleção de estudos estão na Figura 1. Foram identificados e lidos 660 títulos e resumos nas bases PubMed, LILACS, CINAHL e Embase. Cartas e editoriais foram excluídos. Excluindo estudos duplicados, trinta e três foram considerados potencialmente relevantes e examinados com leitura integral. Somaram-se a estes outros 10 estudos identificados através de outras bases pesquisadas (Google e Google Scholar), bibliografia das referências lidas e contatos com autores. Dos 43 estudos lidos na íntegra, 23 foram elegíveis para o objetivo desta revisão e entraram para extração de dados e avaliação de qualidade. Os motivos de exclusões de artigos foram: descrição insuficiente da intervenção, ausência de desfecho relacionado à saúde da população ou falta de clareza quanto a intervenção ou desfecho (13 artigos), validade interna do estudo seriamente comprometida, com resultados imprecisos ou confusos (cinco artigos), não relacionado a intervenção por ACS (um artigo) e artigo de revisão (um artigo).

### *Síntese e agrupamentos*

No Quadro 1, estão detalhados os estudos agrupados conforme os perfis do trabalhador comunitário e da população estudada, abrangência geográfica e delineamento do estudo (com as referências correspondentes). A maioria dos estudos (N=14; 61%) foi sobre o ACS vinculado ao PACS ou ao PSF/ESF. Especificamente, seis estudos (26%) avaliaram o PACS, sete (30%) avaliaram o ACS atuando junto à ESF e outros dois estudos (9%) avaliaram ACS tanto no contexto do PACS quanto no da ESF. Os outros perfis de trabalhadores comunitários, que apareceram em três estudos (13%), eram aconseladoras leigas ou visitadoras domiciliares para promover a amamentação (Leite, Puccini, Atalah, Alves da Cunha, & Machado, 2005; Coutinho, de Lira, Lima &

Ashworth, 2005) e curandeiros treinados para melhorar o manejo da diarreia (Nations, de Sousa, Correia, & da Silva, 1988). Um estudo foi publicado relatando os resultados do trabalho de agentes de saúde em 1985, previamente à implantação do PACS (Kirchhoff et al., 1985).

Grande parte dos estudos (N=10; 43%) foi conduzida apenas no meio urbano, sendo que seis estudos (26%) avaliaram tanto meio urbano quanto rural. Em relação à abrangência geográfica do estudo, nove (39%) foram sobre intervenções em áreas ou bairros dentro de um município. Dos demais, oito (35%) foram de abrangência média, com representatividade de município inteiro, e seis (26%) de abrangência grande, avaliando efeitos em vários municípios ou ao nível estadual ou regional.

Em relação ao delineamento dos estudos: 10 (43%) eram transversais; cinco (22%) fizeram comparações antes e depois da intervenção; quatro (17%) eram estudos de intervenção não randomizados; dois (9%) eram ecológicos ou de análise de tendências com dados secundários; dois (9%) eram estudos de coorte; e dois (9%) eram ensaios clínicos randomizados.

#### *Síntese por desfechos e qualidade da evidência*

Dos 23 estudos selecionados, 13 (56%) avaliaram desfechos de saúde materno-infantil, tanto de práticas preventivas, quanto de indicadores de morbimortalidade (Cesar, 2005; Cesar et al., 2002; Cesar et al., 2005; Cesar et al., 2008; Coutinho et al., 2005; Emond et al., 2002; Kirchhoff et al., 1985; Leite et al., 2005; Minayo et al., 1990; Nations et al., 1988; Neumann et al., 1999; Neumann et al., 2002; Svitone et al., 2000). Sete estudos (30%) mediram o efeito do ACS em desfechos relacionados a doenças infecciosas (Cavalcante et al., 2007; Chiaravalloti Neto et al., 2006; Emond et al., 2002; Holanda et al., 2006; Kirchhoff et al., 1985; J. Nogueira et al., 2007; Salcedo et al., 2000), enquanto seis estudos (26%) o fizeram no âmbito das doenças crônicas (Frazão & Marques, 2009; Guanais & Macinko, 2009; Mauad et al., 2009; Minayo et al., 1990; Ramos-Cerqueira et al., 2005; Targa, 2006). Dois estudos (9%) teve a redução das iniquidades como um dos resultados medidos (Cesar, 2005; Coutinho et al., 2005). Alguns estudos avaliaram mais de um tipo de desfecho (Cesar, 2005; Emond et al., 2002; Kirchhoff et al., 1985; Minayo et al., 1990).

Devido à heterogeneidade dos desfechos e dos contextos de intervenção, seria inapropriado e de pouco significado combinar quantitativamente os resultados. Dessa forma, apresentamos os resultados de maneira descritiva.



O Quadro 2 apresenta o sumário dos resultados dos estudos de acordo com o desfecho, com o respectivo nível de evidência segundo o sistema GRADE. De forma geral, destaca-se, para a maioria dos desfechos, a grande quantidade de resultados positivos associados à intervenção do ACS. Alguns desfechos positivos relacionados à saúde materno-infantil, nomeadamente frequência de pesagens, amamentação total, amamentação exclusiva ou predominante e introdução tardia da mamadeira mostraram melhora importante e, de maneira geral, consistente na presença de intervenções envolvendo ACS. Esses desfechos foram classificados com melhor qualidade devido aos cuidados metodológicos apresentados por alguns deles e à combinação de estudos mostrando a mesma direção de efeito (consistência). Muitos outros desfechos de saúde materno-infantil mostraram efeito positivo, porém, com nível de evidência baixo (como cobertura vacinal e amamentação exclusiva ou predominante) ou muito baixo (como suplementação com Vitamina A). Alguns desfechos foram classificados como inconclusivos, devido à inconsistência dos resultados encontrados entre os estudos. Os estudos não mostraram benefício do trabalho do ACS em indicadores de baixo peso ao nascer (Cesar, 2005; Cesar et al., 2005; Cesar et al., 2002) ou déficit altura/idade (Cesar et al., 2002; Cesar et al., 2005; Neumann, 2002).

Para os desfechos hospitalizações e mortalidade em crianças menores de cinco anos, os resultados se dividem entre um estudo que mostrou efeito positivo (Cesar et al., 2002) e aqueles que não mostram nenhum efeito do ACS (Cesar, 2005; Cesar et al., 2005). No entanto, para mortalidade em menores de um ano (total e por diarreia), um levantamento seriado de grande porte mostrou redução com o aumento da cobertura do PACS no nordeste, apesar de ser uma comparação descritiva de tendências, o que classifica o desfecho com nível de evidência muito baixo (Svitone et al., 2000). Este estudo mostrou redução da mortalidade infantil total de 95 para 65/1.000 e redução de 48% para 23% na taxa de mortalidade infantil por diarreia em um período de três anos.

Todos os desfechos relacionados a doenças crônicas (desfechos de saúde bucal, adesão ao exame citopatológico de colo uterino, hospitalizações por problemas circulatórios, identificação de pessoas com demência e detecção de pressão alta) mostraram melhora após a intervenção do ACS, porém, com nível de evidência baixo ou muito baixo. No caso das hospitalizações em adultos, por exemplo, os resultados foram pouco elucidativos: um único estudo mostrou redução de hospitalizações por problemas circulatórios apenas em mulheres, mas não houve efeito em homens (Guanais & Macinko, 2009).

Quanto aos desfechos relacionados a doenças infecciosas, também a maioria dos estudos apresentou efeito positivo, mas com nível de evidência baixo ou muito baixo. Resultados positivos apareceram na atuação do ACS na identificação de sintomáticos respiratórios (Nogueira et al., 2007), na melhora do tratamento da água para beber (Emond et al., 2002), na redução da proliferação de larvas do mosquito da dengue (Chiaravalloti Neto et al., 2006) e no conhecimento das mulheres sobre a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (Emond et al., 2002). É de notar o resultado de um estudo de intervenção que mostrou melhora na adesão ao tratamento da tuberculose com intervenção de ACS (nível de evidência baixo) (Cavalcante et al., 2007).

Outro achado interessante é a atuação do ACS na redução de iniquidades (nível de evidência baixo): um estudo mostrou que os ACS visitaram mais as crianças cujas mães tinham baixa escolaridade e que pertenciam às famílias mais pobres (Cesar, 2005). Outro estudo (Coutinho, 2005) mostrou que uma intervenção com visitadoras domiciliares beneficiou igualmente todos os grupos socioeconômicos, enquanto a intervenção hospitalar foi mais benéfica para as mães em melhor situação socioeconômica.

O Quadro 3 apresenta um resumo dos desfechos classificados por efeito e nível de evidência.

Em relação ao tipo de comparação estudada, 14 estudos (61%) compararam desfechos alcançados com a presença do ACS àqueles encontrados na ausência do ACS (Cavalcante et al., 2007; Cesar, 2005; Cesar et al., 2002; Cesar et al., 2005; Chiaravalloti Neto et al., 2006; Coutinho et al., 2005; Emond et al., 2002; Guanais & Macinko, 2009; Holanda et al., 2006; Leite et al., 2005; Minayo et al., 1990; Neumann et al., 1999; Neumann et al., 2002; Svitone et al., 2000). Cinco estudos (22%) analisaram os desfechos alcançados com o ACS executando uma ação programática específica, em comparação com os mesmos sem que o ACS realizasse tal ação programática, na maioria dos casos sob forma de comparação antes e depois (Cesar et al., 2008; Frazão & Marques, 2009; Nogueira et al., 2007; Salcedo et al., 2000; Targa, 2006). Outros quatro estudos (17%) fizeram outros tipos de comparação (Kirchhoff et al., 1985; Mauad et al., 2009; Nations et al., 1988; Ramos-Cerqueira et al., 2005).

Por fim, alguns estudos que não foram incluídos por questões metodológicas merecem ser destacados pelo seu valor histórico e originalidade no contexto da pesquisa sobre intervenções realizadas por ACS. Esses estudos contribuíram muito para o marco teórico do trabalho dos ACS em atenção primária. São eles: Offenheiser (Offenheiser,

1986), que relatou sobre o trabalho de agentes comunitários da Fundação Esperança, uma fundação religiosa privada, na região norte do país, em 1985; Paranaguá de Santana (de Santana, 1980), que avaliou a implantação de auxiliares de saúde em Planaltina, Distrito Federal, em 1978; Rice-Marquez (Rice-Marquez, Baker, & Fischer, 1988), que relatou sobre o trabalho das visitadoras sanitárias da FSESP no início da década de 80 em vários estados do Brasil; e Scaravaglione (Scaravaglione et al., 1984), que escreveu sobre o trabalho dos voluntários do Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, no Rio Grande do Sul a partir de 1974).

### **Discussão**

Apesar da dimensão do PACS no Brasil, poucos estudos avaliaram o efeito de intervenções envolvendo ACS. Os estudos incluídos nesta revisão são consideravelmente heterogêneos (em termos de contexto, tipo de intervenção, desfecho, delineamento e abrangência geográfica) e a maioria deles não tem boa qualidade metodológica. Ainda assim, o conjunto da evidência, quando avaliado de acordo com critérios internacionalmente aceitos, resulta em uma forte sugestão de benefício do trabalho do ACS em diversas áreas de atuação, com destaque para algumas intervenções no campo da saúde materno-infantil (maior frequência de pesagem das crianças, maior prevalência de amamentação total, predominante ou exclusiva e introdução tardia da mamadeira). No entanto, as evidências também sugerem benefícios no âmbito das doenças infecciosas e crônicas e na redução de iniquidades, apesar de a evidência ser de nível baixo ou muito baixo para esses tipos de desfecho. A maioria dos estudos incluídos foi sobre o ACS vinculado ao PACS ou ao PSF/ESF, atingindo diretamente a política nacional de saúde em APS no Brasil. A população urbana foi mais estudada que a rural, e a abrangência geográfica dos estudos foi mais local do que municipal, regional ou nacional. Quanto ao delineamento, 65% dos estudos são transversais ou de comparação antes e depois.

Os achados desta revisão podem ser comparados com vários estudos internacionais. A revisão de Haines et al. (2007) colocou em evidência um ponto importante do trabalho do ACS, que é a capacidade de reduzir iniquidades ao atingir preferencialmente pessoas mais pobres e vulneráveis. Este aspecto foi avaliado por Cesar (2005) e Coutinho (2005), que, embora com nível de evidência baixo, mostrou benefício da atuação do ACS. No entanto, uma revisão sistemática de 43 ensaios clínicos randomizados (Lewin et al., 2009), que avaliou a efetividade de intervenções

envolvendo trabalhadores de saúde leigos (*lay health workers*) no mundo, mostrou que menos da metade dos estudos incluídos estudou intervenções voltadas para a população mais vulnerável.

Vários estudos em outros países mostraram o impacto de intervenções realizadas por pessoas da comunidade, principalmente aquelas voltadas para o manejo de crianças doentes, na redução da mortalidade infantil. Exemplos são a metanálise publicada por Sazawal e Black, que estudou o manejo comunitário de casos de pneumonia em crianças em países asiáticos e africanos, resultando em uma redução de 24% na mortalidade (Sazawal & Black, 2003), e um estudo feito na Etiópia, que mostrou uma redução de 40% na mortalidade de crianças com menos de cinco anos após uma intervenção com mães treinadas para dar antimaláricos aos seus filhos (Kidane & Morrow, 2000). Porém, o perfil de trabalhador comunitário nesses estudos não é o de um profissional de saúde, como é o caso do ACS no Brasil; são, na maior parte das vezes, de pessoas voluntárias, como mães ou parteiras tradicionais. No nosso estudo, a redução da mortalidade foi um desfecho pouco estudado, e apenas pudemos concluir, a partir de um estudo de análise de tendências com dados secundários (Svitone et al., 2000), que a intervenção do ACS teve um efeito positivo, com nível de evidência muito baixo, na redução da mortalidade total e por diarreia em crianças menores de um ano.

Sendo o ACS elemento fundamental da ESF, estudos demonstrando benefício da ESF também reforçam a efetividade do ACS. Nesse sentido, pesquisas demonstraram queda importante da mortalidade infantil (de 49,7 a 28,9 por 1000) associada ao aumento da cobertura da estratégia (Macinko et al., 2006) e que a redução de mortalidade infantil pode chegar a 22% nos locais com maior cobertura da ESF, sendo o efeito maior onde a mortalidade infantil é mais elevada e o índice de desenvolvimento humano é menor (Aquino et al., 2009). Ainda, outro estudo (Macinko et al., 2007) mostrou que o aumento da cobertura da ESF de 1999 a 2004 esteve independentemente associado a uma redução de 0,45% na mortalidade infantil e de 1% na mortalidade por diarreia. Rocha e Soares (Rocha & Soares, 2009) mostraram uma redução de 20% na mortalidade infantil de municípios com oito anos ou mais de ESF, sendo a redução média por ano adicional com ESF é de 0,68, sendo o efeito mais visível em municípios com características socioeconômicas mais desfavoráveis. Também, com relação às internações por condições sensíveis a APS, um estudo mostrou redução significativa de 24% (por doença cardiovascular, derrame, asma, entre outras) entre 1999 e 2007, quase o dobro da redução de internações por outras causas (Macinko, 2010). É importante

destacar, no caso brasileiro, a relevância do PACS e da ESF como políticas de saúde determinantes para a melhora do acesso da população aos cuidados de saúde no âmbito do SUS. Isso justifica a sua expansão para todo o território nacional, e essa dimensão reforça a necessidade de avaliação dessas estratégias. Para isso, é preciso intensificar a pesquisa avaliativa no Brasil.

Uma revisão de literatura que incluiu 19 artigos sobre a efetividade do ACS nos Estados Unidos relatou importante heterogeneidade quanto aos papéis desempenhados pelo ACS, população-alvo das intervenções e desfechos medidos (Swider, 2002). Assim como no nosso estudo, isso dificulta a síntese dos resultados para uma conclusão robusta. Ainda assim, algumas conclusões puderam ser colocadas na revisão de Swider: efetividade no mínimo parcial na melhora do acesso aos cuidados de saúde, principalmente exames de rastreamento para câncer em mulheres. Em comparação, o nosso estudo também sugere alguma melhora nas práticas de rastreamento de câncer após intervenção do ACS, apesar do nível de evidência ser muito baixo.

No que se refere à importância da monitorização domiciliar da pressão arterial, o que pode ser feito por ACS, como mostrado em um dos estudos incluídos nesta revisão (Targa, 2006), uma metanálise com 18 ensaios randomizados sugeriu que pessoas com hipertensão alcançam melhor controle com monitorização domiciliar comparado com monitorização no serviço de saúde (Cappuccio, Kerry, Forbes & Donald, 2004).

A revisão de Lewin et al. (2010), que limitou o seu escopo a desfechos em saúde materno-infantil e manejo de doenças infecciosas, encontrou uma considerável diversidade nos estudos incluídos, em termos de objetivos, contextos (locais e populações), conteúdo e formato das intervenções e desfechos medidos. Entre os seus principais resultados, com qualidade de evidência moderada segundo o GRADE, estão alguns benefícios relacionados às intervenções dos trabalhadores leigos com mães e crianças: melhora da cobertura vacinal em crianças (metanálise com oito estudos; RR 1,22; IC 95% 1,10-1,37), promoção da iniciação da amamentação (metanálise com 12 estudos; RR=1,36; IC 95% 1,14-1,61), amamentação até um ano de idade (metanálise com 12 estudos; RR=1,24; IC 95% 1,10-1,39), amamentação exclusiva até os seis meses (metanálise com 10 estudos; RR=2,78; IC 95% 1,74-4,44). Quanto aos desfechos de morbimortalidade infantil, apesar da qualidade de evidência baixa, o estudo de Lewin sugere benefícios: redução da morbidade por febre, infecção respiratória aguda ou diarreia em crianças (metanálise com seis estudos; RR=0,86; IC 95% 0,75-0,99), redução da mortalidade em crianças menores de cinco anos (metanálise com três

estudos; RR=0,75; IC 95% 0,55-1,03) e neonatal (metanálise com quatro estudos; RR=0,76; IC 95% 0,57-1,02).

No nosso estudo, encontramos benefício do trabalho do ACS na promoção do aleitamento materno total, predominante e exclusivo e introdução tardia da mamadeira (ambos com efeito positivo e nível de evidência moderado). O efeito na promoção do aleitamento materno exclusivo e predominante também foi positivo, mas apareceu com menos força (nível de evidência baixo). Em relação à cobertura vacinal em crianças, encontramos um efeito positivo (nível de evidência baixo) das intervenções dos ACS. Para hospitalizações em crianças, o nosso estudo se mostrou inconclusivo, enquanto que a mortalidade infantil geral e por diarreia parecem melhorar com a atividade do ACS, embora com nível de evidência muito baixo. O fato de o PACS ter iniciado com foco em intervenções materno-infantis pode explicar porque os desfechos relacionados a este grupo populacional foram mais estudados.

Em relação às doenças infecciosas, o estudo de Lewin et al. (2010) mostrou evidência de qualidade moderada, com melhora das taxas de cura da tuberculose pulmonar (metanálise com quatro estudos; RR=1,22; IC 95% 1,13-1,31) nas pessoas que foram acompanhadas por trabalhadores comunitários, em comparação com o cuidado usual. O sucesso do tratamento diretamente observado da tuberculose (DOT) foi avaliado em um dos estudos incluídos na revisão de Lewin et al., mostrando que a supervisão do DOT pelo ACS na comunidade parece melhorar taxas de tratamento bem sucedido, comparado com o DOT no serviço de saúde (RR=1,30; IC 95% 0,99-1,71) (Zwarenstein, Schoeman, Vundule, Lombard, & Tatley, 2000). O estudo de Cavalcante (2007), incluído na nossa revisão, avalia este mesmo desfecho no Brasil e mostrou resultado final semelhante, apesar de apresentar alguns problemas no delineamento, principalmente a adequação do grupo controle.

É importante salientar que a maioria (15) dos 23 estudos selecionados é de delineamento transversal ou antes e depois. Encontramos apenas dois ensaios clínicos randomizados (Leite et al., 2005; Coutinho et al., 2005), que, por suas qualidades metodológicas, contribuiu para a boa avaliação dos desfechos relacionados à amamentação, mesmo tratando de outro perfil de trabalhador comunitário (aconseladoras leigas).

Vários fatores podem explicar os potenciais benefícios de estratégias com ACS. O ACS, por pertencer à mesma comunidade da qual cuida, é capaz de ter um compromisso mais firme com a melhora da saúde da população, conquistando mais

facilmente a sua confiança e melhorando a identificação dos problemas locais. Além disso, está mais próximo de outros recursos da comunidade, podendo obter o apoio de organizações comunitárias, ajudando no reforço da rede social. Ainda, o ACS, pela proximidade e afinidade com a comunidade na qual está inserido, é o elemento da equipe de saúde que mais pode contribuir na realização da competência cultural, um dos atributos importantes da atenção primária. Um exemplo disso é o estudo de Nations et al. (1988), que trabalhou com curandeiros para mudar as práticas da comunidade na prevenção e no manejo de casos de diarreia, mostrando que a diminuição de barreiras culturais é uma questão importante a ser trabalhada pelo ACS.

A nossa revisão apresenta algumas limitações. O sucesso de um programa de ACS depende de muitos fatores: políticos, socioeconômicos, comunitários (infra-estrutura local, características epidemiológicas locais, mobilização da comunidade) e organização e funcionamento do sistema de saúde (Haines et al., 2007). Esses fatores, por sua vez, também estão relacionados à situação de saúde de uma população. Por isso, é difícil medir o efeito do trabalho do ACS isoladamente de outros fatores também implicados na melhora de certos indicadores de saúde, como educação, condições de moradia, saneamento e o trabalho de outros profissionais de saúde. Em estudos ecológicos, é preciso levar em conta o efeito de co-intervenções, como a melhor estruturação do sistema de saúde ao longo do tempo. Ainda, considerando o fato de vários indicadores, como os de saúde infantil, por exemplo, estarem melhorando de forma geral no Brasil, os resultados desta revisão devem ser interpretados com cautela, principalmente para estudos de delineamento observacional e de pequena escala. Também se deve ter cautela ao considerar os resultados de estudos de pequena escala (a maioria dos incluídos nesta revisão) para programas de larga escala, pois essa extrapolação envolve questões de adequação e sustentabilidade.

A grande heterogeneidade dos estudos impediu a combinação quantitativa dos resultados, dificultando a geração de conclusões mais robustas. Ainda, a maioria dos estudos apresentou limitações metodológicas importantes, como ausência ou inadequação de grupo-controle e alta susceptibilidade para vieses, o que faz com que muitos resultados nos estudos individuais sejam pouco conclusivos em relação à efetividade da intervenção do ACS. Quando se analisou o conjunto das evidências para cada desfecho, foi possível examinar a consistência dos achados entre os diversos estudos, o que foi um elemento importante para gerar o sumário da evidência para cada desfecho. Também é importante mencionar a possibilidade de viés de publicação,

apesar da tentativa de minimizá-la com a busca de material não publicado, inclusive através de contatos com autores. O fato de a maioria dos estudos ser de pequeno porte e com delineamentos pouco robustos aumenta a susceptibilidade para esse tipo de viés. Quanto ao método usado para a avaliação do conjunto de evidências para cada desfecho (sistema GRADE), a calibração da classificação foi mais difícil, justamente por tratar-se de uma ferramenta nova, menos utilizada para conjuntos de evidência observacionais.

Sendo o ACS no Brasil integrado ao PACS ou à ESF, que são políticas de saúde em nível nacional, o potencial de estudar-se a intervenção com ensaios clínicos randomizados se torna mais limitado. Ainda assim, julgamos que muitas intervenções específicas, principalmente as novas, programáticas ou não, poderiam ser avaliadas com estudos de boa qualidade metodológica. Outra consideração importante é a dificuldade de medir resultados de ações voltadas para promoção da saúde e educação, que geralmente implicam em um tempo longo de seguimento.

Quanto ao perfil dos ACS, dado o número pequeno de estudos e as afinidades entre as intervenções em si, optamos por incluir outros perfis, como as líderes da Pastoral, na combinação dos resultados. Para minimizar a perda de especificidade em relação às intervenções do ACS ligado ao PACS ou à ESF, levamos este aspecto em conta na avaliação das evidências para cada desfecho (os estudos com outro perfil de trabalhador comunitário de saúde perderam pontos no critério *directness* do GRADE).

Consideramos que este estudo representa uma importante contribuição para o cenário das políticas de saúde no Brasil e também em outros países. Em primeiro lugar, é uma revisão abrangente e exaustiva dos estudos que avaliaram os resultados do trabalho do ACS no Brasil, em uma diversidade de contextos e localidades, com uma ampla gama de intervenções e desfechos medidos. Em segundo lugar, resgata o valor histórico e a originalidade de estudos pouco difundidos. Em terceiro lugar, potencializa a contribuição de cada estudo individual a partir da combinação com o conjunto das evidências existentes sobre o assunto. Em quarto lugar, o fato de o estudo ter se limitado ao contexto brasileiro, onde o ACS é uma categoria profissional definida, diminui a heterogeneidade quanto a este critério e facilita a identificação dos estudos, o que apareceu como limitação em outras revisões do gênero (Haines et al., 2007; Lewin et al., 2009). Na nossa revisão, a maioria dos estudos foi sobre o ACS vinculado às equipes de atenção primária no contexto do SUS, o que é um dado importante para pensar na sua potencial contribuição para o sistema de saúde no Brasil e para a implantação de sistemas semelhantes em outros países. Por fim, o uso de um sistema



mais robusto para avaliação da qualidade das evidências (GRADE), que as classifica por desfecho e não por estudo individual, além de ser inovador em situações onde quase não há ensaios clínicos randomizados, é interessante pelo potencial de valorização dos efeitos observados no conjunto da evidência. A revisão internacional de Lewin et al. (2010) também usou o sistema GRADE.

O sucesso de programas de ACS de larga escala depende de investimentos sólidos, de compromisso político e de sua inserção em processos de mobilização comunitária. As experiências prévias mostram também que seleção apropriada dos ACS, educação continuada, envolvimento dos profissionais de saúde e supervisão adequada são aspectos necessários para o desenvolvimento de programas bem sucedidos (Haines et al., 2007; Tandler, 1998; Lehmann & Sanders, 2007). Além disso, podemos adicionar a importância de uma formação adequada, da integração com a equipe de saúde e da definição clara dos papéis de cada profissional. No Brasil, muito já se conquistou na trajetória do ACS como profissional de saúde, mas muitos desafios persistem, como formação qualificada e contemplando os objetivos de trabalho do ACS, melhor remuneração do ACS, trabalho efetivo em equipe, com boa supervisão e suporte permanente, buscando o bom entendimento dos papéis de cada profissional e harmonização do trabalho.

Como a evidência existente é, no máximo, de nível moderado, existe uma importante lacuna em relação à avaliação do trabalho do ACS, o que se torna preocupante à medida que o PACS está se expandindo rapidamente por todo o Brasil, colocando o assunto como prioridade na agenda de pesquisa nacional e internacional. Apesar de as evidências existentes trazerem mais resultados relacionados à saúde materno-infantil, dado o cenário epidemiológico nacional, é clara a necessidade de desenvolver e avaliar a utilidade do ACS no cuidado às doenças crônicas, às causas externas de morbimortalidade, principalmente associadas a violência e drogas, e à saúde mental, problemas que se tornam cada vez mais prevalentes, gerando crescente carga de doença. A ampla diversidade de ações que o ACS pode desenvolver no âmbito das suas atribuições certamente contempla esse potencial de expansão e inovação, desde que haja formação adequada e boa integração com a equipe de saúde, com definição clara de papéis.

## **Conclusões**

Esta revisão sistemática traz evidências de que o ACS pode ser efetivo em um leque grande de ações, com evidência mais contundente para intervenções sobre a saúde materno-infantil, que foram as mais bem estudadas. No entanto, o potencial de abordar outros desfechos, como aqueles relacionados a doenças crônicas, doenças infecciosas e redução de iniquidades, também se faz presente, mesmo que de forma menos sustentada. É fundamental avançar na cultura avaliativa e, assim, ter mais dados que possibilitem melhor aproveitamento e expansão do potencial do ACS, estimulando permanentemente a atividade de avaliação e pesquisa, de forma a preencher a enorme lacuna que existe na investigação sobre esse importante trabalhador da saúde.

### **Agradecimentos**

Agradecemos à colaboração dos autores que gentilmente enviaram seus trabalhos, à Eliana Wendland pelo suporte técnico nas estratégias de busca de literatura e a Carlile e Míria Lavor pela constante inspiração no trabalho com os agentes comunitários de saúde.

## Referências

- Aquino, R., de Oliveira, N. F., & Barreto, M. L. (2009). Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *American Journal of Public Health, 99*(1), 87-93.
- Brazil Ministry of Health. (n.d). Departamento de Atenção Básica. In [*Family Health Numbers*]. Retrieved November 10, 2010, from <http://200.214.130.35/dab/abnumeros.php#numeros>
- Brazil Ministry of Health. (2006). [*National Policy for Primary Care*]. Brasília, Brazil: Author.
- Cappuccio, F.P., Kerry, S.M., Forbes, L., Donald, A. (2004). Blood pressure control by home monitoring: meta-analysis of randomized trials. *BMJ, 329* (7458), doi:10.1136/bmj.38121.684410.AE.
- Cavalcante, S. C., Soares, E. C. C., Pacheco, A. G. F., Chaisson, R. E., & Durovni, B. (2007). Community DOT for tuberculosis in a Brazilian favela: comparison with a clinic model. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease: The Official Journal of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 11*(5), 544-549.
- Cesar, J. A. (2005). *Community Health Workers in Sergipe, Brazil: Implications for their future role in maternal and child health* (Unpublished doctoral dissertation). The London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.
- Cesar, J. A., Cavaleti, M. A., Holthausen, R. S., & de Lima, L. G. S. (2002). [Changes in child health indicators in a municipality with community health workers: the case of Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo State, Brazil]. *Cadernos De Saúde Pública / Ministério Da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional De Saúde Pública, 18*(6), 1647-1654.
- Cesar, J. A., Gonçalves, T. S., Neumann, N. A., Oliveira Filho, J. A., & Diziekaniak, A. C. (2005). [Child health in poor areas of North and Northeast Brazil: a comparison of areas covered by the Children's Mission and control areas]. *Cadernos De Saúde Pública / Ministério Da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional De Saúde Pública, 21*(6), 1845-1855.
- Cesar, J. A., Mendoza-Sassi, R. A., Ulmi, E. F., Dall'Agnol, M. M., & Neumann, N. A. (2008). [Effects of different home visit strategies on prenatal care in Southern Brazil]. *Cadernos De Saúde Pública / Ministério Da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional De Saúde Pública, 24*(11), 2614-2622.

- Chiaravalloti Neto, F., Barbosa, A. A. C., Cesarino, M. B., Favaro, E. A., Mondini, A., Ferraz, A. A., Dibo, M. R., et al. (2006). [Dengue control in an urban area of Brazil: impact of the Family Health Program on traditional control]. *Cadernos De Saúde Pública / Ministério Da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional De Saúde Pública*, 22(5), 987-997.
- Coutinho, S.B., de Lira, P.I.C., Lima, M.C., Ashworth, A. (2005). Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet*, 366: 1094–1100.
- Emond, A., Pollock, J., Da Costa, N., Maranhão, T., & Macedo, A. (2002). The effectiveness of community-based interventions to improve maternal and infant health in the Northeast of Brazil. *Revista Panamericana De Salud Pública = Pan American Journal of Public Health*, 12(2), 101-110.
- Frazão, P., & Marques, D. (2009). Effectiveness of a community health worker program on oral health promotion. *Revista De Saúde Pública*, 43(3), 463-471.
- Guanais, F., & Macinko, J. (2009). Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *The Journal of Ambulatory Care Management*, 32(2), 115-122.
- Guyatt, G., Vist, G., Falck-Ytter, Y., Kunz, R., Magrini, N., & Schunemann, H. (2006). An emerging consensus on grading recommendations? *Evidence-Based Medicine*, 11(1), 2-4.
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P., & Schünemann, H. J. (2008). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 336(7650), 924-926.
- Haines, A., Sanders, D., Lehmann, U., Rowe, A. K., Lawn, J. E., Jan, S., Walker, D. G., et al. (2007). Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *Lancet*, 369(9579), 2121-2131.
- Holanda, F., Castelo, A., Veras, T. M. C. W., de Almeida, F. M. L., Lins, M. Z., & Dores, G. B. (2006). Primary screening for cervical cancer through self sampling. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 95(2), 179-184.
- Jones, G., Steketee, R. W., Black, R. E., Bhutta, Z. A., & Morris, S. S. (2003). How many child deaths can we prevent this year? *Lancet*, 362(9377), 65-71.

- Kidane, G., & Morrow, R. H. (2000). Teaching mothers to provide home treatment of malaria in Tigray, Ethiopia: a randomised trial. *Lancet*, 356(9229), 550-555.
- Kirchhoff, L. V., McClelland, K. E., Do Carmo Pinho, M., Araujo, J. G., De Sousa, M. A., & Guerrant, R. L. (1985). Feasibility and efficacy of in-home water chlorination in rural North-eastern Brazil. *The Journal of Hygiene*, 94(2), 173-180.
- Lavor, A. C. H., Lavor, M. C., & Lavor, I. C. (2003). Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades de saúde. *Revista Sanare, ANO IV, N.1*.
- Legal Act No. 10.507*. (2002).
- Legal Act No. 11.350*. (2006).
- Lehmann, U., & Sanders, D. (2007). *Community health workers: What do we know about them?* Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Leite, A. J. M., Puccini, R. F., Atalah, A. N., Alves Da Cunha, A. L., & Machado, M. T. (2005). Effectiveness of home-based peer counselling to promote breastfeeding in the northeast of Brazil: a randomized clinical trial. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 94(6), 741-746.
- Lewin, S., Dick, J., Pond, P., Zwarenstein, M., Aja, G. N., Van Wyk, B. E., Bosch-Capblanch, X., et al. (Updated 2009). Lay health workers in primary and community health care. [Cochrane Review]. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009 (1). Retrieved August 19, 2009, from The Cochrane Library, Wiley Interscience.
- Lewin, S., Munabi-Babigumira, S., Glenton, C., Daniels, K., Bosch-Capblanch, X., Van Wyk, B. E., Odgaard-Jensen, J., et al. (Updated 2010). Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. [Cochrane Review] In *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009 (1). Retrieved November 10, 2010, from The Cochrane Library, Wiley Interscience.
- Macinko, J., Guanais, F. C., de Fátima, M., & de Souza, M. (2006). Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(1), 13-19.
- Macinko, J., Marinho de Souza, M. D. F., Guanais, F. C., & Simões, C. C. D. S. (2007). Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Social Science &*

- Medicine*, 65(10), 2070-2080.
- Macinko, J., Dourado, I., Aquino, R., Bonolo, P. de F., Lima-Costa, M.F., Medina, M.G., Mota, E., de Oliveira, V.B., Turci, M.A (2010). Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization. *Health Aff (Millwood)*;29(12):2149-60.
- Mauad, E. C., Nicolau, S. M., Moreira, L. F., Haikel, R. L., Longatto-Filho, A., & Baracat, E. C. (2009). Adherence to cervical and breast cancer programs is crucial to improving screening performance. *Rural and Remote Health*, 9(3), 1241.
- Minayo, M., D'Elia, J., & Svitone, E. (1990). [*Community Health Workers Program (Case Study)*]. Fortaleza, Brazil: UNICEF.
- Nations, M. K., de Sousa, M. A., Correia, L. L., & da Silva, D. M. (1988). Brazilian popular healers as effective promoters of oral rehydration therapy (ORT) and related child survival strategies. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 22(4), 335-354.
- Neumann, N. A., Victora, C. G., Halpern, R., Guimarães, P. R., & Cesar, J. A. (1999). [Assessment of the performance of Pastoral de Criança, a health support group, in promoting child survival and health education in Criciúma, a city in southern Brazil]. *Revista Panamericana De Salud Pública = Pan American Journal of Public Health*, 5(6), 400-410.
- Neumann, N., Victora, C., Valle, N., Cesar, J., Horta, B., Lima, S., & Barros, F. (2002). [Impact of Pastoral da Criança on the nutrition of children under 5 years of age in Maranhão: A multilevel analysis]. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 5(1), 30-40.
- Nogueira, J., Netto, A., Monroe, A., Gonzales, R., & Villa, T. (2007). [Active search of patients with respiratory symptoms in tuberculosis control in the Community Health Agents perception]. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(1), 106-118. Retrieved July 20, 2009, from <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a08.htm>
- Nogueira, R. P., da Silva, F. B., & Ramos, Z. V. O. (2000). [*The institutional link of a sui generis worker - the community health worker*] (Discussion paper No. 735). Rio de Janeiro, Brazil: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Nunes, M. D. O., Trad, L. B., Almeida, B. D. A. A., Homem, C. R., & de Melo, M. C. I. D. (2002). [The community health worker: identity construction of this

- polyphonic and hybrid character]. *Cadernos De Saúde Pública*, 18(6), 1639-1646.
- Offenheiser, R. C. (1986). Making primary health care work: the case of Fundacao Esperanca. *Grassroots Development*, 10(2), 22-29.
- Ramos-Cerqueira, A. T. A., Torres, A. R., Crepaldi, A. L., Oliveira, N. I. L., Scazufca, M., Menezes, P. R., & Prince, M. (2005). Identification of dementia cases in the community: a Brazilian experience. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(10), 1738-1742.
- Rice-Marquez, N., Timothy D. Baker, & Corinha Fischer. (1988). The Community Health Worker: Forty Years of Experience of an Integrated Primary Rural Health Care System in Brazil. *The Journal of Rural Health*, 4(1), 87-100.
- Rocha, R., & Soares, R. R. (2009). *Evaluating the Impact of Community-Based Health Interventions: Evidence from Brazil's Family Health Program* (Discussion paper No. 4119). Bonn, Germany: IZA Institute for the Study of Labor.
- Salcedo, J. M., Camargo, E. P., Krieger, H., Silva, L. H., & Camargo, L. M. (2000). Malaria control in an agro-industrial settlement of Rondônia (Western Amazon region, Brazil). *Memórias Do Instituto Oswaldo Cruz*, 95(2), 139-145.
- de Santana, J. F. N. P. (1980). *[Study about child health in the Planaltina project: Planaltina-DF-1978]* (Unpublished master's thesis). Universidade de Brasília, Brasília, Brazil.
- Sazawal, S., & Black, R. E. (2003). Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children: a meta-analysis of community-based trials. *The Lancet Infectious Diseases*, 3(9), 547-556.
- Scaravaglione, D., Coroilli, E. M., Witt, R. R., & Ranieri, T. (1984). [Health volunteers-myth or reality? The preliminary elements of an evaluation of 9 years of experience in the Murialdo Community Health System, Rio Grande do Sul]. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 37(3-4), 262-269.
- Svitone, E. C., Garfield, R., Vasconcelos, M. I., & Araujo Craveiro, V. (2000). Primary health care lessons from the northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. *Revista Panamericana De Salud Pública = Pan American Journal of Public Health*, 7(5), 293-302.
- Swider, S. M. (2002). Outcome effectiveness of community health workers: an integrative literature review. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 19(1), 11-20.

- Targa, L.V. (2006). [Can blood pressure assessment by community agents be a useful primary care strategy?]. *Rev Bras Med Fam e Com*, 1(4), 141-151.
- Task Force on Health Systems Research. (2004). Informed choices for attaining the Millennium Development Goals: towards an international cooperative agenda for health-systems research. *Lancet*, 364(9438), 997-1003.
- Tendler, J. (1998). [*Good government on the tropics - a critical view*]. Rio de Janeiro, Brazil: Revan.
- World Health Organization. (2006). *Working together for health*. The World Health Report. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2008). *Primary Health Care Now More Than Ever*. The World Health Report. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization/UNICEF. (1978). *Declaration of Alma Ata: International Conference on Primary Health Care*. Alma Ata, Kazakhstan: Author.
- Zwarenstein, M., Schoeman, J. H., Vundule, C., Lombard, C. J., & Tatley, M. (2000). A randomised controlled trial of lay health workers as direct observers for treatment of tuberculosis. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease: The Official Journal of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*, 4(6), 550-554.



## Apêndice 1: Estratégias de busca utilizadas em cada base de dados

Base e data da busca/ Componente de termos	Cochrane 08/07/2009	Pubmed 29/06/2009 e 23/03/2010	Lilacs/Scielo 08/07/2009	CINAHL 13/07/2009	EMBASE 13/07/2009	Google Scholar 25/11/2009
1º Componente: Termos relacionados a “Agente Comunitário de Saúde” (Todos separados pelo termo booleano OR)	Community health workers	"Community Health Aides"[Mesh] Community health aide* Community health worker* Village health worker* Community worker* Village worker* Barefoot doctor* Community health agent* Health agent* Health promoter*	Agente comunitário de saúde Agentes comunitários de saúde ACS Agente de saúde Agentes de saúde Agente comunitário Agentes comunitários Promotor de salud Promotor de saúde	(MH "Community Health Workers") Community health worker* Health promoter* Barefoot doctor* Lay health worker* Village health worker* Health aide* Community health aide* Health agent* Community health agent* Community worker*	community health worker#.mp. health agent#.mp. community agent#.mp. lay health worker#.mp. community health aide#.mp. village health worker#.mp. village worker#.mp. barefoot doctor#.mp. health aide#.mp. health promoter#.mp. exp health auxiliary/ or health auxiliary.mp.	Community health workers Agentes comunitários de saúde Agente comunitário de saúde
Termo booleano ligando 1º e 2º componentes	-----	AND	AND	AND	AND	----
2º Componente: Termos relacionados a “Atenção Primária à Saúde” (Todos separados pelo termo booleano OR)	-----	"Primary Health Care"[Mesh] Primary health care Primary care	Atenção primária à saúde Saúde comunitária Atenção primária	(MH "Primary Health Care") (MH "Health Education+") (MH "Health Promotion+")	primary health care.mp. or exp primary health care/ primary care.mp. community care.mp. or exp	----

		Community health	Atenção básica Atenção básica de saúde Cuidados primários de saúde Cuidados primários	Primary health care Health education Health promotion Community health Community care Primary care	community care/ community health.mp. health education.mp. or exp health education/ health promotion.mp. or exp health promotion/	
Termo booleano ligando 1º ou 2º e 3º componentes	AND	AND	----	AND	AND	----
3º Componente: Termos relacionados a “Brasil” (Todos separados pelo termo booleano OR)	Brazil	"Brazil"[Mesh] Brazil	----	(MH "Brazil") Brazil*	] Brazil.mp. or exp Brazil/ Brazil#.mp.	Brazil

**Quadro 1:** Agrupamento dos estudos segundo perfil do trabalhador comunitário de saúde, perfil da população e abrangência geográfica da intervenção.

	Perfil do trabalhador comunitário						Perfil da população			Abrangência geográfica *			Delineamento do estudo <sup>a</sup>					
	ACS-PACS	ACS-ESF	ACS outro projeto	Pastoral	Pré-ACS	Outro	Urbana	Rural	Urbana e rural	Pequena	Média	Grande	Transversal	Antes e depois	Ecológico/análise de tendências com dados secundários	Coorte	Estudo de intervenção não	Ensaio clínico randomizado
Cavalcante, 2007																		
Cesar, 2008 <sup>f</sup>																		
Cesar, 2005a																		
Cesar, 2005b																		
Cesar, 2002 <sup>g</sup>																		
Chiaravalloti, 2008																		
Coutinho, 2005																		
Emond, 2002 <sup>h</sup>																		
Frazão, 2009																		
Guanais, 2009																		
Holanda, 2006																		
Kirchoff, 1985																		
Leite, 2005																		
Mauad, 2009																		
Minayo, 1990																		
Nations, 1988 <sup>t</sup>																		
Neumann, 1999																		
Neumann, 2002																		
Nogueira																		
Ramos-Cerqueira, 2005																		
Salcedo, 2000																		
Svitone, 2000																		
Targa, 2006																		
<b>TOTAL 21 (100%)</b>	<b>8</b> (35)	<b>9</b> (39)	<b>2</b> (9)	<b>4</b> (17)	<b>1</b> (4)	<b>3</b> (13)	<b>10</b> (43)	<b>7</b> (30)	<b>6</b> (26)	<b>9</b> (39)	<b>8</b> (35)	<b>6</b> (26)	<b>10</b> (43)	<b>5</b> (22)	<b>2</b> (9)	<b>2</b> (9)	<b>4</b> (17)	<b>2</b> (9)

\*Pequena: bairro ou intramunicipal; Média: região com representatividade municipal; e Grande: Intermunicipal, Estadual, Regional e Nacional.

<sup>†</sup>Estudo realizou uma comparação entre ACS e agentes da Pastoral da Criança.

<sup>‡</sup>Estudo sobre projeto do UNICEF com agentes comunitários de saúde.

<sup>§</sup>Estudo sobre projeto ProNatal, que incluía agentes comunitários de saúde.

<sup>£</sup>Estudo realizado em 1988, na época pré-ACS, mas trabalhadores têm um perfil específico (curandeiros)

<sup>ª</sup>Alguns estudos apresentam mais de um delineamento.

**Quadro 2: Efeitos das intervenções para desfechos específicos com classificação do nível de evidência segundo o Sistema GRADE (Qualidade da evidência - A: alta; B: moderada; C: baixa; e D: muito baixa).**

<b>Desfechos de saúde materno-infantil</b>
<p><b>Suplementação com Vitamina A</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (D)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efeito positivo: <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Cesar, 2005a</i> Crianças de 6 a 59 meses visitadas pelos ACS receberam mais vitamina A nos últimos 6 meses (OR 1,89; IC95% 1,21–2,95).</li> </ul> </li> <li>• Sem efeito: <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Cesar 2005b</i> Não houve diferença na suplementação com vitamina A: 54,4% com Pastoral vs. 52,8 % sem Pastoral (p = 0,79).</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Frequência de pesagem</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (B)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efeito positivo: <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Cesar, 2005a</i> Crianças &lt; 2 anos visitadas pelos ACS foram pesadas com maior frequência no último mês (OR 4,27; IC95% 2,79–6,54).</li> <li><i>Cesar 2005b</i> Crianças &lt; 5 anos acompanhadas pela Pastoral foram pesadas mais frequentemente no último mês (78,3% vs. 62,3%; p&lt;0,001).</li> <li><i>Neumann, 1999</i> Crianças &lt; 3 anos acompanhadas pela Pastoral tiveram maior número de pesagens nos últimos 3 meses (OR 2,94; IC95% 1,66-5,23).</li> <li><i>Minayo, 1990</i> Municípios com ACS tiveram um aumento de 23% na proporção de crianças pesadas nos últimos 3 meses.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Cobertura vacinal</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (C)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Efeito positivo: <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Cesar, 2005b</i> Crianças &lt; 5 anos acompanhadas pela Pastoral tiveram maior prevalência de vacinação básica completa (89,8% vs. 82,2%; p&lt;0,001).</li> <li><i>Cesar, 2002</i> Crianças &lt; 5 anos no município com ACS tiveram maior cobertura vacinal (89,3% vs. 75,7%; p&lt;0,001).</li> <li><i>Neumann, 1999</i> Crianças acompanhadas pela Pastoral tiveram maior probabilidade de terem imunização completa para a idade do que as não acompanhadas (OR ajustada 1,31; IC 95% 1,01-1,71).</li> <li><i>Minayo, 1990</i> Nos municípios com ACS, houve aumento de 11,6% na cobertura de 3 doses de DTP vs. 8,3% nos municípios sem ACS; aumento de 11,7% na cobertura da vacina contra sarampo vs. 7,5% nos municípios sem ACS e aumento de 19,4% na cobertura da BCG vs.16,4% nos municípios sem ACS.</li> </ul> </li> </ul>

- Sem efeito:

*Cesar, 2005a* Não houve diferença entre crianças < 5 anos visitadas e não visitadas pelo ACS em relação à cobertura do esquema básico de imunizações.\*

**Amamentação total** Sumário da evidência: **EFEITO POSITIVO (B)**

- Efeito positivo:

*Coutinho, 2005* Intervenção com visitadoras domiciliares (combinada com intervenção hopsitalar) melhorou a prevalência de amamentação comparada com intervenção hospitalar isolada (média da prevalência agregada para os dias 10-180 foi 78% vs. 62%; p<0.001)

*Leite, 2005* Intervenção com aconseladoras leigas aumentou a prática de amamentação total em 39% (RR 0,61; IC95% 0,50-0,75).

*Svitone, 2000* Após introdução do PACS no nordeste brasileiro, a proporção de crianças que nunca amamentaram caiu de 14% para 6% de 1987 a 1994, aumentando também a duração média da amamentação de 4 para 7 meses.

*Neumann, 1999* Crianças < 3 anos acompanhadas pela Pastoral tiveram maior duração total do aleitamento materno (OR 2,23; IC95% 1,13-4,40).

- Sem efeito:

*Cesar, 2005a* Não houve diferença entre crianças < 5 anos visitadas e não visitadas pelo ACS em relação à amamentação total.\*

**Amamentação exclusiva ou predominante** Sumário da evidência: **EFEITO POSITIVO (B)**

- Efeito positivo:

*Coutinho, 2005* Intervenção com visitadoras domiciliares (combinada com intervenção hopsitalar) melhorou a prevalência de amamentação exclusiva comparada com intervenção hospitalar isolada (média da prevalência agregada para os dias 10-180 foi 45% vs. 13%; p<0.001).

*Leite, 2005* Aleitamento materno exclusivo foi maior no grupo que recebeu intervenção com aconseladoras leigas (24,7% vs. 19,4%; p=0,044). NNT=17 para aleitamento materno exclusivo.

*Neumann, 2002* Pastoral esteve associada a aumento do aleitamento materno exclusivo ou predominante aos 3 meses de idade: análise multinível (OR 4,63; IC95% 3,25-6,59).

- Sem efeito:

*Neumann, 1999* Não houve associação significativa entre vinculação à Pastoral e duração do aleitamento materno exclusivo (OR 0,55; IC95% 0,07-4,27).

**Introdução tardia da mamadeira** Sumário da evidência: **EFEITO POSITIVO (B)**

- Efeito positivo:

*Coutinho, 2005* Intervenção com visitadoras domiciliares (combinada com intervenção hospitalar) melhorou retardou a introdução de mamadeira comparada com intervenção hospitalar isolada (65% vs. 90%;  $p < 0,001$ ).

*Leite, 2005* Introdução de mamadeira foi menor no grupo que recebeu intervenção com aconseladoras leigas 20,1% vs. 33,4%;  $p < 0,001$ ). NNT=7.

*Neumann, 1999* Crianças < 3 anos acompanhadas pela Pastoral tiveram introdução tardia da mamadeira (OR 0,49; IC95% 0,27- 0,89).

#### **Uso de Soro de Reidratação Oral (SRO) no último episódio de diarreia** Sumário da evidência: **EFEITO INCONCLUSIVO**

- Efeito positivo:

*Cesar, 2002* Crianças < 5 anos no município com ACS usaram mais SRO em caso de diarreia (85,7% x 69,6%;  $p = 0,02$ ).

*Svitone, 2000* Proporção de crianças que receberam SRO no último episódio de diarreia aumentou de 23% para 52% com aumento da cobertura do PACS de 1987 a 1994.

*Minayo, 1990* Municípios com ACS tiveram aumento de 8,7% na utilização de SRO em caso de diarreia pelas mães vs. aumento inexpressivo (1,3%) em municípios sem ACS.

*Nations, 1988* Após a intervenção com curandeiros treinados, aumentou uso de SRO pelas mães pelo menos uma vez em caso de diarreia (0 vs. 54,2%).

- Sem efeito:

*Cesar 2005a* Não houve diferença entre crianças < 5 anos que receberam visita do ACS e que não receberam quanto ao uso de SRO pela mãe em episódios de diarreia.\*

*Cesar 2005b* Não houve diferença no uso de SRO pela mãe nos últimos 15 dias: Pastoral 69,6% vs. não Pastoral 70,4%;  $p = 0,068$ .

*Neumann, 1999* Não houve associação significativa entre vinculação à Pastoral e uso de SRO no manejo da diarreia (OR 1,73; IC95% 0,90-3,33).

#### **Manutenção da amamentação e da alimentação durante episódios de diarreia** Sumário da evidência: **EFEITO INCONCLUSIVO**

- Efeito positivo:

*Nations, 1988* Após o treinamento de curandeiros sobre o manejo da diarreia, houve aumento de 20,8% no percentual de mães que acreditavam na importância de manter o aleitamento materno durante episódios de diarreia ( $p < 0,001$ ) e redução de 18% no percentual de mães que suspendiam leite ou alimentos durante episódios de diarreia ( $p < 0,001$ ).

- Sem efeito:

*Neumann, 1999* Crianças visitadas pela Pastoral não tiveram maior probabilidade de terem aumentado a oferta de líquidos ou mantido a alimentação durante

episódio de diarreia nas duas últimas semanas (OR ajustada 0,99; IC 95% 0,46- 2,14).

**Incidência de diarreia em crianças** Sumário da evidência: **SEM EFEITO (D)**

- Sem efeito:

*Kirchoff, 1985* Apesar da redução de coliformes fecais na água nas casas visitadas por ACS, não houve redução de sintomas gastrintestinais.\*

**Conhecimento sobre uso do SRO em caso de diarreia em crianças** Sumário da evidência: **EFEITO POSITIVO (D)**

- Efeito positivo:

*Cesar, 2005a* Mães de crianças visitadas por ACS conheciam mais a SRO de preparação pronta (OR ajustado 1,9; IC95% 1,1–3,4).

*Emond, 2002* No grupo visitado por ACS, as mães tinham maior conhecimento sobre uso do SRO em caso de diarreia (p=0,001).

*Minayo, 1990* Nos municípios com ACS, 72,3% das mães conheciam a função da colher-medida, comparado com 61% nos municípios sem ACS.

*Nations, 1985* Após o treinamento de curandeiros leigos, aumentou o percentual de mães que acreditavam que deveriam dar SRO para a criança em caso de diarreia (84,2% para 93%; p<0,01) e sobre a preparação caseira da SRO (2,9% para 71,2%; p<0,001).

- Sem efeito:

*Cesar, 2005a* Não houve diferença na frequência do reconhecimento de colher medida entre as mães de crianças < 5 anos visitadas por ACS e as não visitadas.\*

*Neumann, 1999* Em crianças visitadas pela Pastoral, as mães não tinham maior conhecimento sobre uso do SRO do que as mães de crianças não visitadas (OR ajustada 1,29; IC 95% 0,94-1,76).

**Baixo peso ao nascer** Sumário da evidência: **SEM EFEITO (B)**

- Sem efeito:

*Cesar, 2005a* Não houve diferença entre crianças < 5 anos cujas mães receberam visita do ACS e aquelas cujas mães não foram visitadas.\*

*Cesar 2005b* Não houve diferença para baixo peso ao nascer (7,8% com Pastoral vs. 8,5% sem Pastoral; p=0,65).

*Cesar, 2002* Baixo peso (<2500g) não foi estatisticamente diferente nos dois grupos (10,9% com ACS vs.13,7% sem ACS; p=0,27).

**Déficit altura/idade** Sumário da evidência: **SEM EFEITO (C)**

- Sem efeito:

*Cesar, 2005b* Não houve diferença na frequência de déficit altura/idade em crianças < 5 anos: 16,6% com Pastoral vs.14,6 % sem Pastoral (p = 0,073).

*Cesar, 2002* Houve pouca diferença para déficit altura/idade (26,7% vs.24,2%) após introdução dos ACS (na comparação antes e depois).



<p><i>Neumann, 2002</i> Diferença foi de -0,08 no Escore Z para crianças acompanhadas pela Pastoral em relação a crianças do grupo-controle por análise multinível (IC95% -0,27-0,11).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito negativo: <p><i>Cesar, 2002</i> Município sem ACS teve menor prevalência de déficit altura/idade (19,8% x 24,3%; p=0,01), mas não há linha de base.</p> </li> </ul>
<p><b>Déficit peso/idade</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO NEGATIVO (D)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito negativo: <p><i>Cesar 2005b</i> Crianças acompanhadas pela Pastoral tiveram maior déficit peso/idade (8,5% vs.7%; p=0,02).</p> </li> </ul>
<p><b>Hospitalização em &lt; 5 anos</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO INCLONCLUSIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo: <p><i>Cesar, 2002</i> Município com ACS teve menos hospitalizações (3,2% vs. 10,8%; p&lt;0,001). Dentro do município com ACS, hospitalizações diminuíram de 13,1% para 2,2% após introdução do ACS.</p> </li> <li>Sem efeito: <p><i>Cesar, 2005a</i> Não houve diferença entre crianças visitadas e não visitadas pelo ACS em relação a hospitalização no último ano. *</p> <p><i>Cesar 2005b</i> Não houve diferença para hospitalizações: 14,3% com Pastoral vs. 13,2% sem Pastoral (p=0,548).</p> </li> </ul>
<p><b>Mortalidade em &lt; 5 anos</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO INCLONCLUSIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo: <p><i>Cesar, 2002</i> Dentro do município com ACS, óbitos diminuíram de 6 para 2.</p> </li> <li>Sem efeito: <p><i>Cesar, 2005a</i> Não houve diferença entre crianças visitadas e não visitadas pelo ACS em relação à morte de crianças &lt; 5 anos no domicílio.*</p> </li> </ul>
<p><b>Mortalidade em &lt; 1 ano</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (D)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo: <p><i>Svitone, 2000</i> Diminuiu 32% (de 95 para 65/1000) no Ceará no período de 1987 a 1990 (aumento da cobertura do PACS), comparado a uma redução de 10% no Brasil no mesmo período.</p> </li> </ul>
<p><b>Mortalidade neonatal</b> Sumário da evidência: <b>SEM EFEITO (D)</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Sem efeito: <i>Svitone, 2000</i> Não houve melhora após introdução dos ACS.*</li> </ul>
<p><b>Mortalidade infantil por diarreia</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (D)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo: <i>Svitone, 2000</i> Mortalidade infantil por diarreia diminuiu de 48% para 23% com aumento da cobertura do PACS.</li> </ul>
<p><b>Realização de pré-natal ou número de consultas de pré-natal</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (D)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo: <i>Cesar, 2008</i> Gestantes acompanhadas por ACS realizaram pré-natal adequado com maior frequência em relação ao grupo controle (RP 1,5; IC95% 1,16-1,94). <i>Cesar, 2005b</i> Mães de crianças acompanhadas pela Pastoral tiveram acompanhamento pré-natal com mais consultas (seis ou mais consultas – 45,2% vs. 38,2%; p=0,006). <i>Svitone, 2000</i> A proporção de mães que recebeu cuidado pré-natal aumentou de 65% para 84% com aumento da cobertura do PACS de 1987 a 1994. <i>Minayo, 1990</i> Nos 7 municípios com ACS, mais gestantes fizeram pelo menos 1 consulta pré-natal (86,5% vs. 47,3%).</li> <li>Sem efeito: <i>Cesar, 2005a</i> Mães de crianças &lt; 5 anos visitadas pelos ACS não tiveram maior número de consultas de pré-natal.* <i>Neumann, 1999</i> Não houve diferenças significativas entre os dois grupos em termos de número de consultas pré-natais.*</li> </ul>
<p><b>Imunização contra tétano na gestação</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO INCONCLUSIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo: <i>Minayo, 1990</i> Em municípios com ACS, 66,8% das gestantes receberam 1 a 3 doses de vacina antitetânica na gravidez atual, vs. 52,7% em municípios sem ACS.</li> <li>Sem efeito: <i>Cesar, 2005a</i> Mães de crianças &lt; 5 anos visitadas pelos ACS não tiveram maior frequência de imunização contra tétano.*</li> <li>Efeito negativo: <i>Cesar, 2005b</i> Mães de crianças acompanhadas pela Pastoral tiveram menos vacinação completa contra tétano (51,2% vs. 56,9%; p=0,048).</li> </ul>
<p><b>Suplementação com ferro no pré-natal</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (D)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo:</li> </ul>

*Cesar, 2005b* Mães de crianças acompanhadas pela Pastoral receberam mais sulfato ferroso na gestação (84% vs. 78,4%;  $p=0,01$ ).

*Minayo, 1990* Proporção de gestantes recebendo ferro foi maior nos municípios com ACS (73,1% vs. 58,6%).

**Início do pré-natal no 1º trimestre** Sumário da evidência: **SEM EFEITO (D)**

- Efeito positivo:

*Cesar, 2008* Gestantes visitadas pelos ACS iniciaram pré-natal mais cedo (60,9% vs. 43,8%; análise descritiva sem teste estatístico).

- Sem efeito:

*Cesar, 2005a* Após ajuste, mães de crianças < 5 anos visitadas pelos ACS não tiveram maior probabilidade de ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre do que aquelas não visitadas (OR 1,06; IC 95% 0,60-1,86).

*Cesar, 2005b* Não houve diferença entre áreas com e sem Pastoral (69,6% vs. 65,8%;  $p=0,22$ ).

**Partos institucionais** Sumário da evidência: **SEM EFEITO (D)**

- Efeito positivo:

*Svitone, 2000* Aumentou de 70% para 89% com aumento da cobertura do PACS de 1987 a 1994.

- Sem efeito:

*Cesar, 2005b* Não houve diferença na frequência de partos institucionais em crianças < 5 anos: 81,0% com Pastoral vs. 79,8 % sem Pastoral ( $p = 0,547$ ).

**Tipo de parto (normal)** Sumário da evidência: **SEM EFEITO (D)**

- Sem efeito:

*Cesar, 2005b* Não houve diferença na frequência de partos normais em crianças < 5 anos: 88,2% com Pastoral vs. 85,4 % sem Pastoral ( $p = 0,112$ ).

**Consulta pós-parto** Sumário da evidência: **EFEITO INCOCLUSIVO**

- Efeito positivo:

*Minayo, 1990* Nos municípios com ACS, houve mais consultas pós-parto (33,3% vs. 12,4%).

- Sem efeito:

*Cesar, 2005b* Mães de crianças < 5 anos visitadas pelos ACS não tiveram maior frequência de consultas pós-parto que as mães não visitadas.\*

**Realização de ultrassonografia no pré-natal†** Sumário da evidência: **EFEITO POSITIVO (D)**

- Efeito positivo:

<p><i>Cesar, 2005a</i> Mães de crianças &lt; 5 anos visitadas por ACS fizeram mais ecografia durante a gravidez (OR 1,8; IC95% 1,1–3,0).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sem efeito:</li> </ul> <p><i>Cesar, 2005b</i> Não houve diferença na frequência de realização de ultrassonografia no pré-natal (Pastoral 41,5% vs. não Pastoral 46,3%; p=0,089).</p>
<p><b>Conhecimento das mães sobre doenças comuns da infância</b> Sumário da evidência: <b>SEM EFEITO (C)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sem efeito:</li> </ul> <p><i>Cesar, 2005a</i> Para crianças &lt; 5 anos, não houve diferença na frequência de reconhecimento de sinais de alarme pelas mães que receberam visitas de ACS e pelas que não receberam.*</p>
<p><b>Desfechos relacionados a doenças crônicas</b></p>
<p><b>Saúde bucal (escovação e uso do fio dental)</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (D)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo:</li> </ul> <p><i>Frazão, 2009</i> A frequência da escovação (2 ou mais vezes ao dia) se elevou de aproximadamente 77% para 90% e do uso do fio dental (1 vez ao dia) aumentou de aproximadamente 22% para 27% com a intervenção dos ACS.</p>
<p><b>Acesso facilitado e uso regular do serviço de saúde bucal</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (D)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo:</li> </ul> <p><i>Frazão, 2009</i> O acesso ao serviço foi mais fácil para as mulheres após a intervenção dos ACS (acesso fácil e muito fácil aumentou de 13,2% para 52,8%; e seu uso mais regular (uso freqüente e muito freqüente aumentou de 25,3% para 57,2%). Aumentou valor da escala de acesso a serviço odontológico pelas mulheres (de -44,5 para 13,5; p&lt;0,001) e o valor na escala de uso do serviço odontológico (de -34,5 para 12,0; p&lt;0,001).</p>
<p><b>Conhecimentos sobre saúde bucal</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (D)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo:</li> </ul> <p><i>Frazão, 2009</i> A média de acertos observada entre as mulheres aumentou de 7,62 ±0,56 para 10,89 ±0,39 (p&lt;0,001).</p>
<p><b>Adesão ao exame citopatológico (CP) do colo uterino‡</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (D)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo:</li> </ul> <p><i>Mauad, 2009</i> Após um pacote de intervenções, 43,7% das mulheres que compareceram para rastreamento (CP) relataram ter sido captadas pelos ACS.</p>

<i>Minayo, 1990</i> Nos municípios com ACS, realização de CP nos últimos 12 meses foi maior (33,5% vs. 21,6%)
<p><b>Adesão ao rastreamento para câncer de mama</b> ‡ Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (D)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo: <p><i>Mauad, 2009</i> Após um pacote de intervenções, 47,4% das mulheres que compareceram para rastreamento de câncer de mama relataram ter sido captadas pelos ACS.</p> </li> </ul>
<p><b>Hospitalizações por problemas circulatórios</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (D)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo: <p><i>Guanais, 2009</i> Diminuição de 4,3% nas hospitalizações por problemas circulatórios em mulheres, controlada para fatores de confusão, com aumento da cobertura do PSF e PACS de 1998 a 2002.</p> </li> <li>Sem efeito: <p><i>Guanais, 2009</i> Sem efeito em homens.</p> </li> </ul>
<p><b>Identificação de demência</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (D)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo: <p><i>Ramos-Cerqueira, 2005</i> 85 casos identificados pelos ACS – 45 confirmados pelos especialistas. Valor preditivo positivo do método foi 62,5%.</p> </li> </ul>
<p><b>Detecção de pressão arterial alta</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (D)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo: <p><i>Targa, 2006</i> Depois de dois anos da intervenção do ACS, número de pessoas com <math>\geq 40</math> anos com pressão alta diagnosticadas em uma unidade de atenção primária aumentou de 9,1 to 31,8%.</p> </li> </ul>
<b>Desfechos relacionados a doenças infecciosas</b>
<p><b>Prevalência de malária</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (D)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo: <p><i>Salcedo, 2000</i> Redução dos casos de malária em 50% no 1º ano e 75% no 2º ano (mais pronunciado para <i>P. falciparum</i>), após intervenção com ACS. Declínio da prevalência de malária mais acentuado no município onde houve a intervenção com ACS do que no estado (Rondônia) como um todo.</p> </li> </ul>
<p><b>Tratamento para malária instituído precocemente</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (D)</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo: <i>Salcedo, 2000</i> Diminuição do período entre início dos sintomas e tratamento (3,5 para 1,3 dias) após intervenção com ACS.</li> </ul>
<p><b>Incidência de diarreia em adultos</b> Sumário da evidência: <b>SEM EFEITO (D)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sem efeito: <i>Kirchoff, 1985</i> Apesar da redução de coliformes fecais na água nas casas visitadas por ACS, não houve redução de sintomas gastrintestinais. *</li> </ul>
<p><b>Deteção de HPV de alto risco por auto-coleta</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (D)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo: <i>Holanda, 2006</i> A sensibilidade do teste foi igual para amostras coletadas pelas próprias mulheres (auto-coleta) instruídas pelos ACS comparado com amostras coletadas por ginecologistas (63,3% vs. 66,7% para lesões de baixo grau; <math>p=0,94</math> e 88,9% x 88,9% para lesões de alto grau). Identificação de resultados ,foi similar nos dois grupos.</li> </ul>
<p><b>Identificação de sintomáticos respiratórios (tuberculose)</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (D)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo: <i>Nogueira, 2007</i> Logo após capacitação específica sobre tuberculose, a solicitação de exames de baciloscopias aumentou (67 exames em 2002 vs. 15 exames no mês de julho de 2001), porém este aumento não se sustentou passados 2 meses da intervenção.</li> </ul>
<p><b>Tratamento Observado Diretamente (DOT) para tuberculose</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (C)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo: <i>Cavalcante, 2007</i> Para moradores das favelas, regressão múltipla com tratamento auto-administrado como referência: DOT com ACS ( OR 3.0; 95% CI 1.9–4.8) vs. DOT no serviço (OR 1.5; 95%CI 0.9–2.4). Aceitação do DOT: 98,9% com ACS vs. 60% no serviço; <math>p&lt;0,001</math>.</li> </ul>
<p><b>Índice Predial (IP) de larvas mosquito da dengue</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (C)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo: <i>Chiaravalloti, 2008</i> Valores IP foram, respectivamente, para os levantamentos inicial e final (após intervenção com ACS treinados): 6,9% e 4,4% (<math>p = 0,04</math>).</li> </ul>
<p><b>Qualidade da água após cloração</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (D)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo: <i>Kirchoff, 1985</i> Nível médio de coliformes fecais na água clorada nas casas visitadas por ACS foi menor (70 vs. 16000 organismos/dl, <math>P &lt; 0,001</math>).</li> </ul>

<p><b>Tratamento da água para beber</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (C)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo: <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Emond, 2002</i> Em casas visitadas por ACS, 25% das mulheres responderam que ferver a água é medida de prevenção contra doenças vs. 14% nas casas sem ACS (p=0,001).</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Conhecimento das mulheres sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (C)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo: <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Emond, 2002</i> Conhecimentos sobre DST (respostas corretas sobre transmissão sexual do HIV) foi de 84% com ACS vs. 64% sem ACS (p=0,001).</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Outro grupo de desfecho</b></p>
<p><b>Redução de iniquidades</b> Sumário da evidência: <b>EFEITO POSITIVO (C)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Efeito positivo: <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Coutinho, 2005</i> Dentro do grupo que recebeu visitas domiciliares, todos os estratos socioeconômicos foram beneficiados e não se detectou efeito de iniquidade da intervenção, comparado com a intervenção hospitalar isolada, que esteve relacionada com diferenças sistemáticas beneficiando as mães em melhor situação socioeconômica e com maior escolaridade.</li> <li><i>Cesar, 2005a</i> ACS visitaram mais as crianças cujas mães tinham menor escolaridade e que pertenciam às famílias mais pobres (p&lt;0,001).</li> </ul> </li> </ul>

\*Resultados dos testes estatísticos não são mostrados no estudo.

†Achado provavelmente não está relacionado com melhor saúde materno-infantil.

‡Neste quadro, não se está discutindo a efetividade da intervenção de rastreamento e sim o resultado do trabalho do ACS em relação ao seu objetivo.

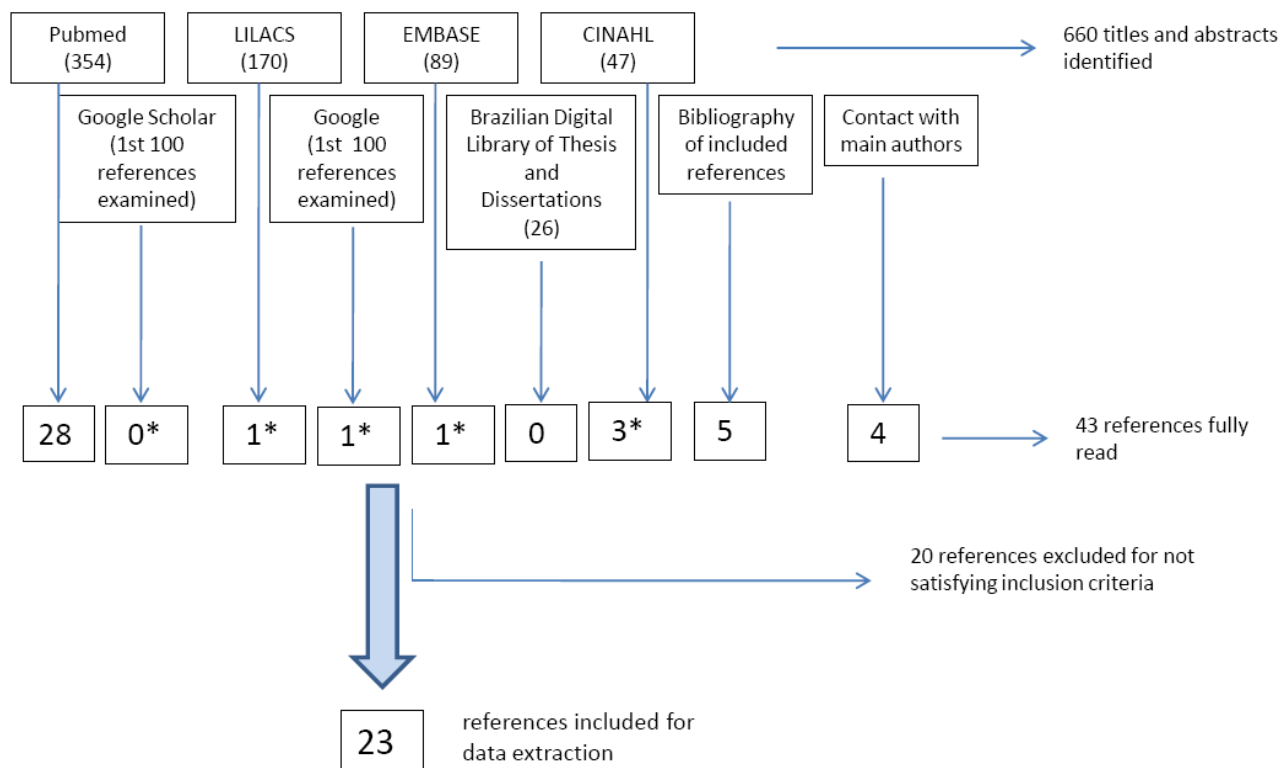
**Quadro 3: Sumário das evidências quanto à direção do efeito e qualidade (nível) de evidência**

Desfechos com EFEITO POSITIVO e nível de evidência MODERADO	Frequência da pesagem em crianças Amamentação total Amamentação exclusiva ou predominante Introdução tardia da mamadeira
Desfechos com EFEITO POSITIVO e nível de evidência BAIXO	Cobertura vacinal em crianças Adesão ao tratamento diretamente observado (DOT) para tuberculose Índice predial de larvas do mosquito da dengue Tratamento da água para beber Conhecimento das mulheres sobre doenças sexualmente Transmissíveis Redução de iniquidades
Desfechos com EFEITO POSITIVO e nível de evidência MUITO BAIXO	Suplementação com vitamina A em crianças Mortalidade infantil Mortalidade infantil por diarreia Realização de pré-natal ou número de consultas de pré-natal Suplementação com ferro no pré-natal Realização de ecografia no pré-natal Saúde bucal: escovação e uso do fio dental Acesso facilitado e uso regular do serviço de saúde bucal Adesão ao exame citopatológico de colo uterino Adesão ao rastreamento para câncer de mama Hospitalizações por problemas circulatórios Prevalência de malária Tratamento para malária instituído precocemente Detecção de HPV de alto risco por auto-coleta Identificação de sintomáticos respiratórios (tuberculose) Identificação de demência Detecção de pressão arterial alta Qualidade da água após cloração Conhecimentos sobre saúde bucal Conhecimento sobre uso do SRO em caso de diarreia
Desfechos SEM EFEITO e nível de evidência MODERADO	Baixo peso ao nascer
Desfechos SEM EFEITO e nível de evidência BAIXO	Déficit altura/idade Conhecimento das mães sobre doenças comuns Conhecimento sobre prevenção da dengue



Desfechos SEM EFEITO e nível de evidência MUITO BAIXO	<p>Incidência de diarreia em crianças</p> <p>Mortalidade neonatal</p> <p>Início do pré-natal no 1º trimestre</p> <p>Partos institucionais</p> <p>Tipo de parto (normal)</p> <p>Incidência de diarreia em adultos</p>
Desfechos com EFEITO NEGATIVO e nível de evidência MODERADO	
Desfechos com EFEITO NEGATIVO e nível de evidência BAIXO	
Desfechos com EFEITO NEGATIVO e nível de evidência MUITO BAIXO	Déficit peso/idade
Dados inconclusivos	<p>Uso de Soro de Reidratação Oral (SRO) no último episódio de diarreia</p> <p>Manutenção da amamentação e da alimentação durante episódios de diarreia</p> <p>Hospitalização em &lt; 5 anos</p> <p>Mortalidade em &lt; 5 anos</p> <p>Imunização contra tétano na gestação</p> <p>Consulta pós-parto</p>

**Figura 1: Resultados da estratégia de busca e seleção dos estudos.**



\* Remaining references excluding duplicates

## 6. ARTIGO 2

Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda, Angola: Desafios do processo de implantação e reflexões sobre a cooperação com o Brasil

Community Health Worker's Program in Luanda, Angola: Challenges of the implementation process and reflections about cooperation with Brazil

*Camila Giugliani, Doutoranda em Epidemiologia pela UFRGS*

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser submetido ao periódico: *Ciência e Saúde Coletiva*

Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda, Angola: Desafios do processo de implantação e reflexões sobre a cooperação com o Brasil

*Community Health Worker's Program in Luanda, Angola: challenges of the implementation process and reflections about cooperation with Brazil*

Título corrido: Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda, Angola

Camila Giugliani<sup>1</sup>, Bruce Bartholow Duncan<sup>1</sup>, Erno Harzheim<sup>1</sup>, Antônio Carlile Holanda Lavor<sup>2,3</sup>, Míria Campos Lavor<sup>3</sup>, Márcia Maria Tavares Machado<sup>4</sup>, Maria Idalice Barbosa<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<sup>2</sup> Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Ceará

<sup>3</sup> Consultores que apoiaram o processo de implantação do PACS de Luanda de 2007 a 2008

<sup>4</sup> Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará

<sup>5</sup> Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, Sobral, Ceará

Autor para correspondência:

Camila Giugliani

Rua Amélia Teles, 629/401

CEP 90460-070, Porto Alegre, RS

## **Resumo**

O objetivo deste estudo foi avaliar o processo de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de Luanda, bem como analisar criticamente o papel da cooperação técnica com o Brasil. Realizamos um estudo de caso com análise documental, observação direta, registros das fichas de avaliação dos ACS, entrevistas e grupos focais. Até junho de 2009, o PACS de Luanda chegou a 2.548 ACS formados, proporcionando cobertura potencial para 261.357 famílias. Por meio dos dados qualitativos, observou-se associação do ACS com melhoras na saúde materno-infantil e aumento da demanda nos serviços de saúde, gerando necessidade de maior capacidade de resposta. No entanto, o Programa enfrenta problemas estruturais que ameaçam a sua continuidade: falta de remuneração regular e vínculo administrativo do ACS e necessidade de formação adequada, supervisão contínua e estratégia de avaliação. Em perspectiva, o Brasil tem potencial para contribuir na evolução do PACS de Luanda, compartilhando a sua própria experiência e fornecendo suporte técnico para a avaliação do Programa, ao mesmo tempo em que se desafia a refletir sobre as suas próprias políticas.

**Descritores:** Agente Comunitário de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Cooperação Internacional, Brasil, Angola

## **Abstract**

The aim of this study was to assess the implementation process of the Community Health Workers (CHW) Program in Luanda, as well as to critically analyze the role of technical cooperation with Brazil. This was a case study with documental analysis, direct observation, CHW reports data, interviews and focal groups. Until June 2009, the program had achieved 2,548 trained CHW, providing potential coverage for 261,357 families. With qualitative data, an association of CHW with improvements in maternal and child health was observed, as well as with increase in the demand for health services, generating further need to improve service capacity. Nevertheless, the program faces structural problems which harass its continuity: lack of regular payments and of formal work contracts, need for formal training, continuous supervision, and evaluation strategy. In terms of perspectives, we see the potential of Brazil's contribution for the program in Luanda, by sharing its experience with CHW in its National Health System, and by providing support for the program's evaluation, at the same time the cooperation provides a unique opportunity to reflect upon its own policies and challenges.

**Key words:** Community Health Workers, Primary Health Care, Angola, Brazil, International Cooperation

## **Introdução**

Angola vive um período de intensa reconstrução, após ter passado pela guerra de independência até 1975, seguida por prolongada guerra civil, que assolou o país até 2002. Os dados disponíveis sugerem que o estado de saúde dos angolanos está melhorando nos últimos anos, com o aumento gradativo dos investimentos nos setores sociais, incluindo saúde e educação. Ainda assim, os indicadores denunciam uma situação de extrema vulnerabilidade, com alguns dos números mais alarmantes do mundo: expectativa de vida de 46 anos, taxa de mortalidade materna de 1.400/100.000 e taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos de 220/1.000<sup>1</sup>. Mais de 50% das mortes de crianças são causadas por diarreia, pneumonia e malária<sup>1</sup>. A capital, Luanda, uma província com nove municípios, concentra praticamente um terço da população. A aglomeração, causada em grande parte pela guerra, agrava o cenário de saúde, favorecendo a permanência das doenças transmissíveis, como a malária e a cólera. Recentemente, o país também tem registrado novos casos de poliomielite (29 casos em 2009)<sup>1</sup>.

Angola possui um Sistema Nacional de Saúde que prevê o acesso universal da população aos serviços<sup>2,3</sup>. Contudo, a estrutura frágil do sistema, que está se reorganizando e lidando com os estragos da guerra, reflete em barreiras importantes para o seu bom funcionamento. A debilidade do sistema de saúde também se expressa pela carência de recursos humanos, principalmente profissionais com formação universitária, mais marcada na rede de serviços de Atenção Primária à Saúde (APS).

Desde 2006, está em curso o processo de Revitalização dos Sistemas Municipais de Saúde, que tem o propósito de acelerar a redução da mortalidade materna e infantil, garantindo equidade, por meio de intervenções descentralizadas e acessíveis<sup>4</sup>. A proposta reforça a ampliação e a qualificação da APS como aspecto fundamental para o desenvolvimento do sistema de saúde<sup>5</sup>, seguindo as orientações estratégicas internacionais para o continente africano<sup>6,7</sup>.

Nesse contexto, surgiu, em 2007, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de Luanda, uma iniciativa do Governo Provincial. Para sua implantação em seis municípios, a Direção Provincial de Saúde (DPS), responsável pela execução do projeto, solicitou o apoio de profissionais brasileiros, que trabalharam como consultores pelo UNICEF. Aliados a estes, outras instituições brasileiras, como a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, vêm apoiando a iniciativa por meio de cooperação, desenvolvendo atividades de pesquisa e trocas de experiências.

Entendemos que a cooperação entre Brasil e Angola, além de enquadrar-se nas atuais tendências de parcerias sul-sul, foi motivada pela valorização da grande experiência do Brasil com agentes comunitários de saúde (ACS), conhecida em todo o mundo, por meio de estudos que mostraram a sua contribuição, junto com as equipes de saúde da família, na redução da mortalidade infantil<sup>8-11</sup>.

O presente estudo teve por objetivo avaliar, principalmente por meio de técnicas qualitativas, o processo de implantação do PACS de Luanda e analisar criticamente o papel da cooperação com o Brasil no apoio ao desenvolvimento desse programa.

## **Métodos**

Esse estudo está inserido em um projeto maior intitulado “Desenvolvendo Serviços de Atenção Primária à Saúde em Angola: proposta para avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda”, financiado pelo CNPq-PROAFRICA.

A pesquisa de campo (em Luanda, Angola) se deu por meio de duas missões realizadas no período entre maio de 2008 e junho de 2009. A vinda da coordenadora do PACS de Luanda ao Brasil também foi efetivada em dezembro de 2009. Cada missão teve duração de duas a três semanas.

Utilizamos o método do estudo de caso, tendo como fontes de evidência: documentos, registros das fichas de avaliação dos ACS, entrevistas semi-estruturadas, grupos focais e observação direta. Por meio dessas diversas fontes, foi possível analisar a implantação do PACS de Luanda, avaliando indicadores de oferta (recursos humanos, organização da coordenação, materiais de trabalho) em termos da sua adequação (em que medida os objetivos do programa foram alcançados)<sup>12,13</sup>. Os diferentes tipos de informantes nas entrevistas e grupos focais (gestores provinciais, coordenadores municipais e ACS), permitiram investigar e compreender diferentes perspectivas acerca do fenômeno estudado. Assim, investigamos as percepções, impressões e posicionamentos, na perspectiva tanto dos gestores como dos ACS, em relação aos eixos de análise constituídos previamente à pesquisa de campo: objetivos do PACS, funções do ACS, cotidiano de trabalho, relação do ACS com a unidade de saúde (US), formação do ACS, resultados positivos, dificuldades enfrentadas e desafios a serem superados.

Para a análise documental, utilizamos os documentos que descrevem as políticas de saúde em Angola e em Luanda, especialmente aqueles relacionados à APS, além de bases legislativas (Quadro 1).



Para conduzir as entrevistas e grupos focais, elaboramos um roteiro para cada tipo de informante. A escolha da técnica de grupo focal para os ACS foi motivada pela possibilidade de obter seus depoimentos considerando a interação social entre os participantes<sup>14</sup>, cuja escolha foi intencional e buscou contemplar representantes de todos os municípios onde o PACS estava sendo implantado. As entrevistas individuais foram realizadas com duas gestoras do nível provincial, o representante do UNICEF responsável pelo apoio ao PACS (considerado como gestor provincial) e seis coordenadores municipais dos ACS (um de cada município). Os seis grupos focais foram convocados pelos coordenadores municipais e foram conduzidos por uma ou duas pesquisadoras do projeto: participaram 48 ACS (média de oito por grupo), sendo 27 homens. As entrevistas tiveram, em média, 40 minutos de duração, enquanto os grupos focais duraram aproximadamente uma hora e 20 minutos cada. Todas as entrevistas e grupos focais foram gravados e posteriormente transcritos na íntegra.

Todos os registros realizados pelos ACS, disponíveis de dezembro de 2007 a dezembro de 2009, com dados relativos ao número de ACS formados e de famílias acompanhadas por eles ao longo do período de implantação, foram tabulados. Observações e momentos vivenciais foram registrados em relatórios de campo.

### *Análise*

A análise documental foi utilizada para fazer as comparações entre os fatos observados e o que estava inicialmente previsto, em termos de oferta, objetivos, atividades, remuneração do ACS, bem como a adequação do PACS no plano mais amplo de desenvolvimento da APS.

Os dados de registro dos ACS foram tabulados em planilha Excel para análise descritiva ao longo do tempo, incluindo frequências e proporções.

Para as entrevistas e grupos focais, foi feita análise de conteúdo, visando chegar a inferências válidas sobre os dados no seu contexto<sup>15</sup> e identificar significados centrais ao trabalho<sup>16</sup>. O ponto de partida foram os eixos de análise, que, com a escuta das gravações e a leitura flutuante das transcrições, seguida de leitura mais detalhada e cuidadosa, originaram, sistematicamente, as categorias e subcategorias. Seguiu-se a revisão dos trechos discursivos alocados em cada categoria para corrigir inconsistências de acordo com critérios de homogeneidade interna e heterogeneidade externa<sup>16</sup>. A análise levou à identificação de temas, dentre os quais procuramos identificar padrões de convergência/divergência entre os diferentes interlocutores, buscando caracterizar as suas especificidades<sup>15,16</sup>. Assim, foi possível estabelecer relações entre os diferentes depoimentos e opiniões, levando em conta os distintos momentos da interpretação das narrativas: descrição (os fatos tais como eles são),

análise (decomposição dos dados e busca de relações entre as partes) e interpretação (busca de sentidos das falas e ações para alcançar a compreensão do fenômeno)<sup>17</sup>. Para auxiliar a organização dos dados, utilizamos um programa de análise de dados qualitativos (MAXqda2)<sup>18</sup>.

É importante ressaltar que a participação dos pesquisadores nesse estudo de avaliação ocorre conjuntamente com seu envolvimento no próprio processo de implantação, por meio da cooperação, que se iniciou com os consultores do UNICEF. À medida que o trabalho de cooperação objetiva apoiar o desenvolvimento do PACS de Luanda, não houve a intenção de fazer uma avaliação totalmente externa ou independente. Por outro lado, uma vantagem dessa abordagem foi a proximidade com os tomadores de decisão, o que pode ser considerado estratégico para os fins de uma avaliação

#### *Considerações éticas*

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (processo 2008045/2009) e autorizado pela DPS de Luanda. Todos os participantes leram e assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido antes de iniciar as entrevistas e grupos focais.

## **Resultados**

### *Descrição do processo de implantação do PACS de Luanda*

O PACS de Luanda foi uma iniciativa do Governo da Província, responsável pelo seu financiamento por um período inicial de dois anos (experiência piloto), sendo que a DPS de Luanda assumiu a responsabilidade da sua execução. A proposta entrou como “carro-chefe” do processo de Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde na província, com o objetivo principal de diminuir a mortalidade materna e infantil. Assim, o trabalho do ACS se iniciou com foco nas gestantes e nas crianças menores de cinco anos, com o plano de ampliar-se para outras tarefas e grupos populacionais à medida que fossem alcançados os primeiros objetivos. Cada ACS deveria acompanhar, em média, 100 famílias, recebendo um incentivo de 4.000 kwanzas (moeda local) – o equivalente a 50 dólares americanos - mensais para trabalhar oito horas semanais sem vínculo empregatício formal. Como requisitos, o ACS deveria ser morador da comunidade onde iria atuar, ter idade superior a 18 anos, ter no mínimo oito anos de escolaridade, além de ter boa relação com a comunidade. De acordo com todas as fontes estudadas, o ACS seria o “elo de ligação” entre a comunidade e o serviço de saúde.

Seis municípios da área periférica da província de Luanda foram escolhidos para a implantação do PACS: Cacuaco, Cazenga, Kilamba Kiaxi, Samba, Sambizanga e Viana. O PACS está sob a coordenação da DPS e, em termos organizacionais, também está vinculado às estruturas administrativas locais (ao nível do bairro e do município).

Em março de 2007, iniciou-se a preparação dos coordenadores, e a formação dos primeiros ACS, na comuna de Kikolo, município de Cacuaco, realizou-se em maio. A formação inicial dos ACS, com duração de 42 dias, foi feita com atividades teóricas (10 dias) e práticas (32 dias).

As etapas iniciais de implantação se deram da seguinte forma: mapeamento e cadastramento das famílias (1ª etapa); identificação e acompanhamento das gestantes, estimulando-as a fazer consulta pré-natal e a ter o parto assistido no serviço de saúde (2ª etapa); e identificação e acompanhamento das crianças menores de cinco anos, incentivando a realização das vacinas e a monitorização do peso (3ª etapa). Na 2ª etapa, o ACS também começou a trabalhar com a promoção de algumas práticas importantes, tais como tratamento da água com hipoclorito de sódio e uso do mosquiteiro para prevenção da malária.

A estrutura de coordenação do Programa está na Figura 1. Cada coordenador local deveria ter no máximo 50 ACS sob sua responsabilidade. No processo de implantação, surgiu a figura do supervisor, eleito pelos próprios ACS, que ficaria em contato mais próximo com os mesmos para ajudar no fluxo da estrutura de coordenação. Essa estrutura previa encontros periódicos de avaliação entre ACS, supervisores e coordenadores (semanais no primeiro ano de implantação, depois mais espaçados), que também eram tidos como oportunidades para a formação continuada do ACS.

O sistema de saúde em Luanda funciona com a coexistência de serviços públicos e privados, com fraca regulação e integração. Os postos e centros de saúde, assim como os hospitais municipais, são os pontos de atenção primária do sistema, constituindo uma rede marcadamente fragmentada e ainda bastante centralizada no nível provincial. O acesso das pessoas aos serviços de APS é dificultado pelas distâncias, pouca capacidade de resposta (falta de pessoal qualificado, exames e medicamentos, por exemplo) e pelas cobranças indevidas pelos atendimentos, as chamadas “gasosas”, que se tornaram comuns nos serviços públicos.

Em relação à inserção do PACS nesse sistema, previa-se que o Programa fosse estruturado a partir da rede de postos e centros de saúde com equipes multiprofissionais. O projeto de implantação também previa que seria fundamental a reorientação do modelo de atenção à saúde, no sentido de ampliar e valorizar o acesso e a resolutividade dos serviços de

APS. Assim, o PACS deveria estar inserido em um contexto mais amplo de decisão política e institucional.

#### *Descrição da cooperação Brasil-Angola*

Os consultores brasileiros estiveram diretamente envolvidos no apoio ao processo de implantação durante doze meses, a partir de maio de 2007, tendo participado ativamente na realização das atividades de formação e na organização da estrutura do PACS, acompanhando e dando suporte aos gestores. Depois desse primeiro ano de trabalho, continuaram colaborando por meio do projeto conjunto (PROAFRICA), junto com colaboradores de outras instituições brasileiras. O projeto estabeleceu uma parceria direta com a DPS de Luanda, órgão responsável pela coordenação da rede de APS em Luanda, incluindo o PACS, e com a representação local do UNICEF.

O contato constante entre as pessoas e instituições envolvidas, reforçado pela experiência de trabalho prévia mais prolongada de alguns dos colaboradores em Angola, possibilitou a identificação de novas necessidades ao longo do processo. Nesse sentido, foi importante a flexibilidade para direcionar os esforços às demandas que se apresentavam, permitindo um trabalho dinâmico com ações mais coerentes.

#### *Evolução da cobertura do PACS*

A maioria dos dados de registro dos ACS, principalmente os relacionados aos indicadores de saúde, como realização de vacinas, adesão das gestantes ao pré-natal e mortalidade materna e infantil, não pôde ser utilizada, pois era alimentada irregularmente e apresentava inconsistências.

Com os dados disponíveis nas fichas de avaliação dos ACS, complementados por outras fontes, pudemos observar a evolução da implantação do Programa nos seis municípios, chegando a 2.548 ACS formados e 261.357 famílias cadastradas em junho de 2009 (Tabela 1). Os dados dos ACS que entregaram seus registros foram usados como base para estimar os números correspondentes ao total de ACS formados. Assim, é provável que o número de ACS realmente ativos naquele momento seja menor.

Os números evidenciam duas discrepâncias principais, que se interrelacionam:

1. Entre o número de ACS previstos e o que foi se mostrando realmente necessário para cobrir a população.
2. Entre a população-alvo considerada no planejamento do Programa e a população encontrada uma vez iniciados os trabalhos de mapeamento e cadastramento. Com isso,

alguns municípios apresentaram cobertura maior que 100% devido ao número inicial subestimado.

De acordo com os documentos e os registros, à medida que os ACS começaram a trabalhar, contaram em média cinco pessoas por família, em comparação com as sete previstas no Projeto de Implantação. Considerando cinco pessoas por família, o número de ACS necessários seria de 4.825, em vez dos 3.444 previstos. A cobertura potencialmente atingida de acordo com o número de ACS formados foi de 60%. Pode-se observar que, de junho a dezembro de 2009, houve redução do número de ACS na província, o que pode ser devido às dificuldades enfrentadas pelo Programa, gerando desistências, ou às diferenças entre as distintas fontes de registros. O fato de termos encontrado dados discrepantes entre os vários documentos analisados e os registros dos ACS reforça o quadro de inconsistências.

Os dados qualitativos permitem analisar vários aspectos em torno dessa evolução.

### *Resultados da análise qualitativa*

#### Perfil dos ACS e dos coordenadores

Sendo o tempo de trabalho preconizado de oito horas semanais, a maioria dos ACS estuda ou tem outras ocupações. Há predominância de homens; alguns são técnicos de enfermagem, que, estando desempregados, trabalham como ACS, muitos com o ideal de um dia se tornarem enfermeiros ou médicos. Nos grupos focais, foi presente o discurso de serviço à comunidade; muitos já eram envolvidos com a comissão de moradores do bairro ou trabalhavam como ativistas com organizações não governamentais (ONGs). Foi exteriorizado o sentimento de liderança, responsabilidade e pertencimento à comunidade, no sentido de que o seu trabalho também atinge a si e à sua família. Nos documentos analisados, foi possível apreender a importância do ACS ganhar a confiança das famílias.

Quanto aos coordenadores municipais, quase todos são técnicos de enfermagem que trabalham na Repartição Municipal de Saúde, acumulando outras funções na US local ou conciliando com estudos universitários. Os gestores em nível provincial (dois médicos e uma enfermeira) também acumulam várias funções, tornando visível a sobrecarga de trabalho.

Em apenas um município, onde se iniciou a implantação, o coordenador municipal tem dedicação exclusiva ao PACS e conta com apoio mais direto da Repartição Municipal de Saúde, explicando, em parte, por que esse município tem o maior número de ACS formados e um processo de monitoramento e avaliação menos irregular. Ligado a isso, também se percebe nesse município uma identificação mais clara com o objetivo do programa:

*“Fiquei feliz porque corresponde com um sonho, uma ansiedade que eu sempre tive que era trabalhar na saúde pública, trabalhar mais na prevenção do que na cura”*(coordenador municipal)

### Objetivos do PACS e funções do ACS

Em relação à ação prioritária do PACS de Luanda, houve consenso, tanto nos documentos, quanto entre todos os tipos de informantes, sobre a diminuição da mortalidade materna e infantil.

Houve grande diversidade na concepção sobre as funções do ACS, mas o elemento principal, que também aparece em todos os documentos analisados, é o “elo de ligação” entre comunidade e serviço de saúde, materializado na função de acompanhar as famílias, principalmente mães e crianças, levando informações de prevenção, estimulando práticas saudáveis e encaminhando-as à US para os cuidados de saúde:

*“O objetivo (do ACS) é capacitar as pessoas, que tenham conhecimento da vantagem da procura dos serviços de saúde, porque quando nós vemos que toda comunidade vai à procura dos serviços de saúde, quer dizer que a comunidade tá sã”* (coordenador municipal).

A função do ACS de “organizar” a comunidade também foi reforçada por meio da sua atuação nos problemas com lixo e saneamento, que estão entre os principais determinantes de doença. Ainda, outras funções denotam o papel de “apoiador” do ACS, como no caso de ajudar a família em procedimentos funerários e no registro civil das crianças. O agente é tido como uma pessoa de confiança das famílias e acaba sendo solicitado, tanto pelas famílias como pelas autoridades locais, para funções que vão muito além da saúde.

A importância do registro feito pelo ACS foi enfatizada, seja na notificação de doenças, seja na simples contagem das pessoas que vivem em cada micro-área, trazendo também a importância de levar informação local para o governo.

*“Um dos objetivos que ele (ACS) tem é saber mais ou menos quantas pessoas vivem na sua micro-área. Isso também já é importante pra o nosso governo”* (ACS).

Percebemos também, tanto nas falas quanto nos documentos analisados, a importância de o ACS passar a informação para a coordenação sobre cobranças indevidas pelos atendimentos nas US (“gasosa”). Assim, para poder efetivamente diminuir as barreiras de acesso, o PACS busca acabar com essas cobranças.

### Formação dos ACS

Foi destacado como fato positivo o caráter teórico-prático da formação do ACS, que parece ser novo para o contexto. Foi muito presente a solicitação de formação em práticas assistenciais, em técnicas de enfermagem, explicitando o sentimento de limitação que o ACS tem em muitas ocasiões, quando não tem o conhecimento para atuar mais diretamente nos cuidados. Não querem só ter a função de encaminhar para o posto de saúde, mas querem poder tratar certas situações.

*“Gostaria que a minha formação atingisse um nível mais alto, gostaria de ser um enfermeiro (...). Então penso que devíamos ter uma formação mais elevada, mais conhecimento de saúde”* (ACS).

O desejo de ter formação e status de um enfermeiro parece se justificar pela possibilidade de ter um emprego “de verdade” no sistema de saúde.

*“Nós estamos fora do mercado de trabalho, nós gostaríamos de fazer parte da saúde pública, pertencer também ao Estado”* (ACS).

Em contraponto com a demanda de formação em técnicas de enfermagem, um ACS trouxe a ideia de que seria importante ter uma formação específica, que contemplasse os aspectos sociais da sua função. Assim, aparece a noção de que o ACS possui habilidades específicas, que só podem ser ensinadas por outro ACS.

*“Para essa formação, tinha que ser os agentes sociais, os agentes comunitários, não um técnico de enfermagem que não tem o conhecimento social ou comunitário. Tinha que ser um agente comunitário pra formar um agente comunitário”*. (ACS).

Essas diferentes visões trazem à tona a indefinição que existe em torno das tarefas do ACS, embora esteja muito claro nos documentos analisados que “o trabalho dos ACS se caracteriza como essencialmente educativo, no sentido da promoção da saúde e da prevenção das doenças”.

Os ACS apontaram que a sua formação inicial foi adequado para iniciar os trabalhos, mas que necessitam de reforços ou “refrescamentos” contínuos, o que também foi colocado pelos gestores.

#### Relação do ACS com a unidade de saúde

Observou-se ambiguidade importante em relação à receptividade do ACS pelos técnicos de saúde, mas com predomínio da fragilidade do vínculo, ocasionada ora por desconhecimento da função do ACS, ora por má aceitação de fato, por considerar o ACS como uma “pedra no sapato”, que traz mais trabalho, que fiscaliza as cobranças indevidas e que “perturba o ambiente”. A receptividade ruim foi mencionada principalmente pelos ACS e se concentrou

em dois municípios onde o Programa parece estar enfrentando mais dificuldades. O que quase todos os coordenadores mencionaram, assim como vários ACS, foi a desmoralização diante das famílias, que são orientadas a procurar a US e acabam encontrando dificuldades de acesso, incluindo as cobranças.

*“Eles vêem os agentes como pedra no sapato (...). Porque eles estão habituados àquele processo da gasosa (propina). Então quando eles vêem nós fardados eles acham assim “esses aí são os estragas pães, o objetivo deles é nos estragar” (ACS).*

*“As consultas é gratuito, então os agentes saem, vão às suas famílias e explicam, mas o que acontece é que quando o agente dá as costas a família tá sendo cobrada, então isso dá uma discrepância” (coordenador municipal).*

Alguns coordenadores ressaltaram que houve evolução favorável em relação à aceitação do ACS nas unidades de saúde, que esta melhorou após um trabalho de sensibilização realizado com os técnicos, o que aconteceu em apenas alguns municípios.

*“Alguns técnicos confundiam que o agente comunitário de saúde veio para tirar o lugar do técnico de saúde, então estava a criar um determinado ciúme, mas depois de compreenderem que é mais uma valia, que o agente comunitário de saúde vai trabalhar na saúde preventiva e se trabalhar na saúde preventiva teremos pouco afluxo pra saúde curativa, então vai aliviar o trabalho do técnico de saúde no centro onde ele está. Então com essa conscientização eles conseguiram compreender o quanto é importante a atividade do agente comunitário de saúde” (coordenador municipal).*

Nos documentos analisados, apareceu a necessidade de fortalecer a integração dos ACS com as US, o que era um objetivo do programa desde o início.

### Cotidiano de trabalho do ACS

Inicialmente, houve alguma rejeição do ACS pelas comunidades em quase todos os municípios, pois as pessoas, sem ter conhecimento do Programa, tinham receio que pudesse ser alguém ligado a algum partido político ou algum agente de fiscalização. Depois, foram conhecendo o trabalho do ACS e passaram a aceitá-lo melhor. Muitos ACS colocaram que a sua aceitação na comunidade melhorou quando começou a entregar mosquiteiros ou hipoclorito.

*“Houve famílias onde os agentes foram bater à porta para cadastrarem, negavam-se, mas quando depois viram que os agentes voltaram pra vir distribuir o mosquiteiro ou o hipoclorito em casas onde já tiveram cadastrados então aqueles que não tinham sido*



*cadastrados também chamavam “passem também já aqui por favor”* (coordenador municipal).

Muitas vezes, os ACS colocaram a importância de acompanharem pessoalmente os doentes à US, pois as pessoas frequentemente desconhecem o funcionamento do serviço, assim como os seus direitos de usuários. Nesse sentido, o ACS pode ajudar a garantir que a pessoa seja atendida e que não seja cobrada.

*“Temos que acompanhar porque não basta darmos só uma guia, ele vai chegar aqui (na US) e não vai saber a quem se dirigir, então nós temos mesmo é que acompanhar essa pessoa até o posto de saúde”* (ACS).

A maneira como o ACS organiza suas visitas depende muito do município, pois suas oito horas semanais de trabalho não têm horário fixo. Alguns o fazem de acordo com a disponibilidade das pessoas da comunidade ou conforme o tempo livre que lhes resta. Como a remuneração não é considerada suficiente, os ACS muitas vezes não chegam a trabalhar oito horas semanais. Diante do atraso do pagamento do incentivo e da luta pela subsistência, a sua dedicação de tempo para o trabalho de por vezes fica comprometida

*“Nós não conseguimos trabalhar dia-a-dia porque o subsídio é muito baixo, então nós escolhemos alguns dias. Numa semana suponhamos que eu posso trabalhar dois dias, então vou esperar mais outra semana pra trabalhar mais outros dois dias”* (ACS).

Na maioria dos municípios, os ACS afirmaram que conseguem visitar as 100 famílias por mês, apesar das diferentes formas de organização. Como muitos deles têm outras ocupações, os coordenadores acabam não exigindo o cumprimento das oito horas semanais.

*“Na regra eles têm que trabalhar 8 horas, mas nós não exigimos, devido ao incentivo que às vezes atrasa, então uns têm outras ocupações, uns são professores, diretores de escola, outros são alunos, têm outras ocupações, então, nós não exigimos assim tanto. Só exigimos que no fim do mês ele apresente os dados corretos”* (coordenador municipal).

Foi perceptível também a grande frequência com que os ACS se deparam com situações em que as famílias recorrem a práticas tradicionais para curar diversos tipos de doenças. Diante dessas situações, o ACS parecia não saber como conduzi-las, tendendo inicialmente à rejeição desse tipo de prática.

### O que o ACS trouxe de positivo?

O aumento da demanda nas unidades de saúde foi percebido como positivo apesar de também ter sido mencionado como dificuldade, pela pouca resolutividade do serviço. Nos documentos analisados, consta que um dos motivos principais do aumento da procura foi a redução das

cobranças. Além disso, os ACS e os coordenadores em todos os municípios relataram melhoras nos cuidados de saúde materno-infantil, conforme foram observando mais mulheres fazendo consulta pré-natal e levando os seus bebês para vacinar e pesar.

*“As grávidas não iam na consulta pré-natal, mas agora, com o agente, já sabem que têm que ir no centro para acompanhar a saúde da bebê e da mãe, e também as crianças não iam na vacina e agora já vão”* (ACS)

*“De um ano pra cá, o centro de saúde não tinha tanto afluxo como hoje. Com a atividade do agente comunitário de saúde em incentivar, quebrar alguns tabus da comunidade que no centro de saúde cobra-se, que no centro de saúde há maus tratos, eles conseguiram então educar a comunidade a procurar o serviço de saúde mais próximo”* (Coordenador municipal).

*“Há pessoas que realmente não sabiam que uma criança tem que ser vacinada e com os ACS isso veio a acontecer”* (Coordenador municipal)

Os ACS também notaram que reduziu o número de mortes maternas e de crianças:

*“Nós víamos que morriam muitas senhoras no parto, porque às vezes tavam a dar parto mesmo em casa, anteriormente morriam muitas crianças também e nós agora víamos atualmente que reduziu bastante”* (ACS)

*“Por intermédio dos relatórios que nós fazemos, já é fácil darmos conta se a taxa de mortalidade está subindo ou não. O mês passado, só encontramos oito, este mês vamos encontrar quatro, outro mês a seguir, estamos encontrando quatro ou dois, está diminuindo ou não está diminuindo? Está diminuindo.”* (ACS)

Cabe ressaltar, entretanto, que o sistema de monitoramento e avaliação ainda não está funcionando devidamente. Os ACS não têm conseguido preencher corretamente os dados nem entregá-los regularmente. Dessa forma, ainda é difícil estimar a evolução dos indicadores de saúde na comunidade.

Os ACS dos municípios mais afetados por uma grande epidemia de cólera em 2006 manifestaram a importância do seu trabalho na prevenção de novos casos, principalmente com o tratamento da água. Também na visão da gestão, o ACS tem tido um papel importante para evitar uma nova epidemia de cólera.

*“A partir do momento em que os agentes comunitários de saúde começaram a funcionar, os casos diminuíram drasticamente. Acredito que tiveram um papel muito grande na distribuição de hipoclorito casa a casa, e apoio às famílias com relação à higiene, saneamento, a orientação mesmo para a simples lavagem das mãos, o detectar os casos rapidamente para ir para as unidades sanitárias o mais cedo possível, a reidratação dos*

*pacientes a nível local, a nível das casas. Acredito que isso contribuiu muito, tanto para diminuição dos casos como dos óbitos domiciliares”* (coordenador provincial).

Os aprendizados que os ACS trazem também se relacionam com o seu próprio ser, com seu amadurecimento profissional e pessoal, refletindo em uma melhor desenvoltura inter-relacional e novas habilidades de comunicação.

*“Eu não conseguia falar assim publicamente, mas desde que eu entrei no projeto dos agentes comunitários de saúde eu fui ganhando aquele ânimo e tirei toda aquela timidez e todo medo e agora já posso falar com o público normalmente”* (ACS)

Os chefes das Repartições Municipais de Saúde relataram que percebem mudanças positivas com os ACS, principalmente o aumento do movimento nas unidades de saúde e a redução das cobranças pelas consultas e medicamentos no serviço público. Em contrapartida, as unidades não estão preparadas para atender a demanda aumentada, e em muitas delas não se pôde contratar mais pessoal devido à dificuldade de fazer concurso público. Quanto a isso, a gestão provincial está planejando o aumento da capacidade dos postos de saúde, que passariam a ter mais espaço, mais profissionais e horários de funcionamento mais amplos. Alguns avanços, por ora pontuais, na estrutura da rede de atenção primária puderam ser percebidos:

*“Transformando os postos em centros de saúde, adequa-se o pessoal em termos de número e em termos de qualidade. Um exemplo, numa área onde se começou a formação dos agentes comunitários de saúde transformou-se o posto num centro de saúde e com essa transformação já ganhou dois médicos, está a ganhar uma sala de parto, é um upgrade”* (coordenador provincial)

Essa opinião é compartilhada no nível da gestão municipal de um dos municípios, onde essas mudanças já estão acontecendo.

*“Entende-se que quanto maior for a procura, quanto maior forem as queixas dos técnicos de saúde, a administração governamental vai criar política de construir mais centros de saúde pra dar resposta a essa demanda que nós estamos a viver”* (coordenador municipal).

No discurso da gestão, aparece a importância e a especificidade do trabalho do ACS em sua proximidade com a comunidade, justificando o investimento na continuidade do PACS.

*“O agente ele tá lá, ele vai ver, porque o técnico de saúde o que faz? Ele orienta, mas a mãe vai pra casa, quem vai depois continuar a observar, monitorar se aquilo está ser feito é o ACS. Então ele é um ponto chave pra nós, ele vai nos dar aquilo que nós não*

*conseguimos ver quando estamos na unidade sanitária e eu acho que é uma aposta bastante boa se nós continuarmos a investir no agente comunitário”*. (coordenador provincial)

### Dificuldades encontradas

As duas dificuldades mais mencionadas, e que também constam nos documentos de conclusões e recomendações do PACS, foram o atraso do pagamento dos ACS e a falta de material para cumprir as tarefas do seu trabalho.

O atraso do incentivo mensal foi mencionado em todos os municípios, tanto por ACS como por coordenadores, aparecendo como um problema maior que o valor monetário em si. Esse valor é considerado baixo, mas ainda assim seria valorizado caso fosse recebido regularmente. O atraso dos incentivos, assim como a falta de vínculo administrativo, tem levado a muitas desistências.

*“O incentivo atrasa muito, já é um bocado e não compensa, e com esse atraso, há pessoas mesmo que estão a desistir. Pra que as pessoas tenham vontade e força mesmo de trabalhar, que melhore o incentivo, que não atrase mais, mesmo que for um bocadinho, mas que todos os meses receber, as pessoas mesmo vão no terreno com boa vontade”* (ACS)

*“Muitos acabam por desistir, outros porque como são voluntários tem outras tarefas e quando encontram um emprego melhor e que vai ocupar o tempo que ele tinha livre, por exemplo, ele não pensa duas vezes, porque consegue um emprego melhor e que tem até também um incentivo maior”* (coordenador provincial)

A falta de materiais para o trabalho, como os mosquiteiros, que deveriam ser entregues na unidade de saúde, o hipoclorito para tratar a água ou as botas para andar em tempo de chuva, desmoraliza o ACS frente às famílias.

*“Quando a gente promete e não levamos aquilo que prometemos já começa a desacreditar no nosso trabalho. Na outra visita, “me dá um mosquiteiro?” “Não, na outra semana a gente traz” e sucessivamente a gente começa a perder aquela confiança em nossas famílias”* (ACS)

Os ACS também colocaram que o seu trabalho fica isolado de outros dispositivos públicos, como a coleta de lixo, por exemplo, de forma que as orientações que dão para as pessoas ficam sem resposta:

*“As pessoas nos cobram “ah vieste, falaste do lixo, temos que fazer isso, mas aqui na nossa rua não tem contentor, não temos luz e como é que fica a água, a água aqui não chega”* (ACS)

Outra dificuldade encontrada no cotidiano do ACS é que ele encaminha as pessoas para a unidade de saúde, mas muitas vezes elas não têm dinheiro para o transporte. Assim, ele, apesar de ter feito o seu trabalho, sente-se impotente pela não concretização das suas orientações.

A sobrecarga dos coordenadores, tanto no nível provincial quanto no municipal foi trazida como dificuldade em vários documentos, no sentido de colocar a importância dos responsáveis terem mais tempo para dedicar-se ao Programa.

Em dois municípios, dificuldades maiores estiveram relacionadas com as falhas de comunicação entre os ACS e os coordenadores, gerando mal entendidos. Os ACS se queixaram de não serem ouvidos e de que sentem necessidade de ter encontros presenciais mais frequentes para esclarecer dúvidas.

O aumento da demanda nos postos de saúde, que apareceu como ponto positivo do trabalho do ACS, também foi apontado como uma dificuldade a ser superada e um estímulo para trazer melhorias ao serviço.

*“Muitas das vezes nós ouvíamos reclamações, mas não faz sentido dizer “ah os agente comunitários enviam pra cá muita gente e nós não conseguimos dar conta do recado”. Eu acho que quando se está a trabalhar um lado, automaticamente vamos empurrando para que o outro também se desenvolva”* (coordenador provincial).

### Desafios e perspectivas

A sustentabilidade do Programa, principalmente em termos financeiros, foi evocada pela gestão como o maior dos desafios, juntamente com a necessidade de criar um vínculo institucional para o trabalho do ACS.

*“Outro problema que é mais grave é o vínculo do próprio agente. Até agora nós não sabemos, é um projeto, o projeto normalmente tem um princípio e tem um fim, mas nós vemos que esse programa dos agentes não é para ter fim. Por aquilo que se vê e pela necessidade que se nota, e que todo mundo agora está convencido de que é uma coisa que é importante, que faz falta, não é pra ter fim. Mas daí a necessidade de haver uma sustentabilidade do programa e essa é uma situação ainda crítica, até agora este é um projeto do governo da província, é o governo que está financiando todas as despesas de capacitação e incentivos, mas que ainda não temos mecanismos próprios para agilizar essa disponibilidade financeira”* (coordenador provincial)

Claramente, este se coloca como o ponto crítico para a continuidade do Programa, pois, na prática, existe uma lacuna financeira entre o programa piloto e a sua ampliação e

consolidação. Como alternativa possível, há perspectivas de enquadrar o PACS junto à Administração Municipal de cada município, criando responsabilização pela manutenção do Programa ao nível local.

*“Desafios que temos que ultrapassar e também consolidar a estrutura de coordenação, supervisão, a monitoria e avaliação de desempenho do agente comunitário de forma descentralizada, para que as repartições municipais de saúde, que é a última estrutura administrativa dentro da pirâmide administrativa de saúde, possam assumir a supervisão”* (coordenador provincial)

A descentralização aparece como fundamento dos planos para a saúde em todos os documentos analisados, sendo apontada como um caminho para a agilidade e a qualificação das ações locais.

Em relação à avaliação, a sua importância ficou explícita no caso de Luanda. Os gestores provinciais se mostraram preocupados com a demonstração de resultados, para que o Programa possa obter apoio político e investimento para expandir-se e consolidar-se. A província de Luanda está sendo solicitada para compartilhar a sua experiência e apoiar a implantação do PACS em outras províncias, porém, primeiro precisa afirmar o Programa na sua própria província.

O projeto inicial previa como condição para o seu sucesso a incorporação de instrumentos de acompanhamento e avaliação permanentes. Os instrumentos foram introduzidos, mas a sua utilização apresentou várias falhas em termos de operacionalização, como o preenchimento irregular das fichas de registro, a falta de sistematização e informatização e as dificuldades de comunicação dentro do fluxo de coordenação. Apesar disso, as autoridades de saúde reconhecem o potencial do ACS na coleta de dados confiáveis pelo fato de ter acesso continuado às famílias nos seus domicílios, o que foi claramente percebido e relatado nos relatórios de campo.

#### Impressões sobre a cooperação com o Brasil

Conforme as atividades foram se desenvolvendo, a perspectiva de estar ampliando os mecanismos de cooperação, de formato de consultoria, de suporte técnico mais focalizado, para um apoio mais estrutural motivou os gestores provinciais.

*“Agora estamos a sair dessa dimensão de consultoria, de assistência técnica entre um grupo de pessoas para envolver instituições de estado e instituições de governo e eu penso que isso é muito importante”* (coordenador provincial)

Os ACS que participaram dos grupos focais manifestaram a expectativa de que a equipe do Brasil fosse “porta-voz” das suas preocupações diante dos dirigentes e governantes, tanto de Angola como do Brasil, no sentido de advogar pelo melhor reconhecimento do ACS. Além disso, esperam que o Brasil possa ajudar a qualificar a sua formação.

As oportunidades de troca proporcionadas pelo projeto de cooperação trouxeram experiências muito positivas, transformando os desafios vividos no Brasil em aprendizado para ser compartilhado e considerado na construção de uma nova iniciativa em um novo contexto.

*“Eu tive a oportunidade de ir ao Ceará e ver na prática aquilo que nós tínhamos que fazer aqui, isso não só me ajudou a entender melhor o trabalho do ACS, mas ver que as dificuldades que nós temos hoje, muitos deles passaram, então isso animou-me muito mais. Sem perguntar mesmo eles diziam “isso agora é assim, mas nós quando começamos não era não, nós tínhamos dificuldade disso, pra entrar na família era difícil” então eu comecei a ver que afinal nós vamos mudar, vamos conseguir”* (coordenador provincial)

Em um dos municípios, apareceu a preocupação, que consideramos relevante, de que o PACS não seja uma mera cópia do programa brasileiro, sem planejamento adequado para o contexto angolano:

*“Não podemos só copiar um projeto de outro país para o nosso sem conhecer primeiro as realidades, porque o Brasil é outro país, é América, Angola é outra coisa. Então vir um projeto do Brasil pra Angola com a mesma realidade do Brasil pra funcionar em Angola não da certo”* (ACS)

Apesar da preocupação, ficou explícita a receptividade a pessoas de outras nações que se preocupam com Angola:

*“Os outros países irmãos podem nos ajudar porque o angolano não é só aquele de Angola, que nasceu em Angola. O angolano é aquele que se preocupa com a vida do angolano, outros estrangeiros, não interessa a diferenciação racial, mas aquele que se preocupa com o angolano, esse que quer ajudar Angola é o verdadeiro angolano”* (ACS)

## **Discussão**

A avaliação do processo de implantação do PACS de Luanda permitiu relacionar algumas características contextuais com os resultados descritos. Apesar do processo irregular da implantação, o Programa alcançou um grande número de ACS formados, o que, de acordo com dados qualitativos, esteve associado ao aumento da procura por serviços de saúde e à melhora do estado de saúde de mães e crianças. No entanto, várias dificuldades, como a

indisponibilidade de recursos e a ausência de vínculo institucional do ACS, apareceram como fatores limitantes ao bom funcionamento e à sustentabilidade do Programa. De fato, a implantação de uma intervenção complexa, como o PACS, geralmente sofre a influência de vários fatores do contexto<sup>19</sup>. No caso de Luanda, é importante destacar várias delas, como fragmentação do sistema de saúde, fragilidade das políticas sociais em geral, centralização da gestão e da tomada de decisões, escassez de profissionais de saúde qualificados e aglomeração urbana como apenas uma das consequências da guerra.

As características do PACS de Luanda foram se constituindo ao longo do processo e podem ser comparadas com outros programas de ACS no mundo. A predominância de homens entre os ACS, por exemplo, pode estar relacionada com o alto índice de desemprego em Luanda, situação que já foi relatada em outros países onde as oportunidades de emprego são mais escassas (Índia e Zâmbia, por exemplo)<sup>20</sup>. Nisso, experiências com ACS em países da África, na Índia e no Brasil descrevem a busca de emprego como motivação para trabalhar temporariamente como ACS<sup>20,21</sup>.

A função do ACS como “elo de ligação” entre comunidade e serviço de saúde aparece em muitos contextos descritos na literatura. Estudos realizados no Brasil discutem o papel do ACS como mediador ou interlocutor entre dois segmentos principais, a população residente na comunidade e os profissionais do sistema de saúde local<sup>22-25</sup>. Nesse sentido, as formas de mediação do ACS enquanto “elo” desses dois segmentos podem variar de acordo com o contexto, desenvolvendo ou não o seu potencial de atuar na transformação do modelo de atenção, que será tanto maior quanto maior a permeação dos serviços às necessidades e demandas da população<sup>22</sup>. A multiplicidade de papéis que o ACS exerce e a expectativa bastante diversificada em relação às suas funções por parte da comunidade também estão descritas no Brasil<sup>24</sup>. Além de elo entre comunidade e serviço, no Brasil, reconheceu-se a importância do ACS ser um elo entre as políticas sociais do Estado e os objetivos próprios do modo de vida da comunidade, facilitando o acesso aos direitos de cidadania de modo geral<sup>25,26</sup>. Conforme o estudo da experiência brasileira, esse tipo de mediação do ACS é muito importante para aproximar a realidade da comunidade do governo, para que este se interesse e valorize os progressos locais<sup>27</sup>. Nesse sentido, é importante destacar que o PACS no Brasil se desenvolveu no contexto amplo da reforma sanitária que deu origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), que trouxe grandes avanços em termos de acesso aos cuidados de saúde, dentro da recriação de um estado democrático de direito<sup>26</sup>. Essa inserção foi determinante para o êxito do PACS no Brasil, pois o programa, que iniciou com foco em saúde materno-infantil, pôde evoluir como política de saúde com respaldo do Estado, o que facilitou a sua expansão



para todo país e a criação do Programa Saúde da Família logo depois, ampliando a abordagem por meio de equipes com profissionais médicos, de enfermagem e dentistas<sup>28</sup>. Essa parece ser uma das grandes diferenças em relação ao PACS de Luanda, que surge num contexto onde o sistema de saúde é marcado pela fragmentação e pela deterioração da guerra, onde os recursos do Estado se misturam com aqueles de agências internacionais, sendo grande parte ainda destinada a programas verticais. Ao mesmo tempo, a construção do SUS no Brasil desponta como o grande patrimônio a ser compartilhado numa iniciativa de cooperação dessa natureza. Porém, é importante pensar nas implicações para a cooperação do fato de Angola não ter um sistema de saúde universal, considerando que as evidências de êxito de ações de cooperação sul-sul ainda são muito escassas.

A relação conflituosa do ACS com a US caracterizada em Luanda também foi descrita no Brasil: no início, a incorporação do ACS na equipe causou ameaça aos auxiliares de enfermagem, que desconheciam o seu papel. Depois, com o reconhecimento do ACS, as ações atribuídas a ele passaram a ser inclusive exageradas<sup>24</sup>. Sobre a integração do ACS com os profissionais do serviço, revisões internacionais recentes sobre programas de ACS no mundo, como a de Haines et al.<sup>29</sup>, identificam a relação formal com o serviço de saúde como um determinante chave da sua efetividade.

Outro aspecto que parece importante é a integração das práticas tradicionais de saúde no sistema formal. A Política Nacional de Saúde de Luanda, de 2009, refere que a maioria das pessoas recorre à medicina tradicional, exigindo que se trabalhe seriamente na sua integração com o sistema nacional de saúde e na articulação dos seus provedores com outros prestadores de saúde. O ACS, ao se deparar com essas questões no seu dia a dia, é um elemento chave para abordar essa integração junto às comunidades e junto aos profissionais dos serviços de saúde.

Em Angola, ficou clara a tendência de descentralizar a gestão dos serviços de APS, o que a literatura caracteriza como uma necessidade e uma grande oportunidade para concretizar os avanços do sistema de saúde naquele país<sup>30</sup>. Além disso, a tendência também consta nas diretrizes das agências internacionais envolvidas no apoio ao desenvolvimento do sistema de saúde em Angola<sup>7</sup>. No contexto do PACS de Luanda, a municipalização poderia ser uma boa oportunidade para vincular o ACS localmente, podendo trazer uma vinculação maior entre os ACS e os profissionais das US e uma resposta mais ágil às demandas locais. No Brasil, estudo sobre o início do PACS mostrou que a autonomia dos municípios foi uma característica importante para responder às necessidades locais e ganhar legitimidade<sup>26</sup>. Contudo, é preciso ter cautela em se tratando de descentralização, pois, ao mesmo tempo em

que pode facilitar a gestão e a adequação dos programas, também pode gerar iniquidades e desarticulação com o nível central. Além disso, a proposta exige investimento na qualificação dos recursos humanos em nível municipal.

O estudo evidencia a necessidade de incorporar estratégias de avaliação ao processo de implantação do PACS de Luanda. No Brasil, os resultados das avaliações que foram conduzidas desde o início do PACS foram determinantes para a consolidação do programa a partir de um investimento político em larga escala<sup>8,26,28,31</sup>. Na literatura internacional, destaca-se a avaliação como ponto fundamental para mostrar impacto, planejar custos e documentar os fatores envolvidos com os sucessos e falhas do programa<sup>29</sup>.

A partir dessas comparações, principalmente com o Brasil, e no âmbito da iniciativa de cooperação em torno do desenvolvimento do PACS de Luanda, é fundamental refletir sobre o processo de “transferência” e “tradução” de experiências para contextos diferentes, avaliando de que maneira as contribuições podem ser mais efetivas. Experiências prévias estudadas no mundo já mostraram que o trabalho do ACS deve refletir as circunstâncias do seu contexto, em termos de necessidades e recursos, por exemplo, exigindo flexibilidade ao longo do processo de implantação<sup>20</sup>. Essa reflexão esteve presente ao longo de todo o processo de trabalho conjunto, tendo sido importante para valorizar o princípio de gerar contribuições úteis e concretas para todos os envolvidos. Concordamos que é preciso encontrar meios mais efetivos de transformar a investigação em políticas e ações<sup>32</sup>, possibilitando que os responsáveis pela elaboração de políticas e os gestores possam fazer uso dos resultados da investigação.

De forma geral, a literatura internacional, que reuniu os aprendizados de experiências com ACS em todo o mundo desde os anos 60, confirma os pontos críticos apresentados no caso de Luanda: não basta formação inicial, é preciso supervisão e apoio contínuos; é preciso especificar as tarefas do ACS; deve-se criar um sistema sólido de remuneração; o programa deve estar inserido em um contexto de apoio político mais amplo que lhe garanta sustentabilidade; e é necessário avaliar a sua efetividade<sup>20,29</sup>. Na mesma linha, uma revisão internacional abrangente trouxe algumas conclusões a respeito de programas de ACS: podem melhorar o acesso a cuidados essenciais de saúde, principalmente para crianças; os ACS devem ser adequadamente selecionados e formados e receber apoio e supervisão contínuos para alcançar bons resultados; muitos programas de ACS falharam por não considerar devidamente no planejamento os esforços e custos necessários para o seu bom funcionamento; a comunidade deve ter apropriação do programa, tendo poder para apoiar o ACS em suas ações; e, há fortes indícios de que o ACS deva ser um trabalhador

remunerado<sup>33</sup>. Vários elementos mostrados no estudo do caso de Luanda vêm ao encontro dessas conclusões, sugerindo que estudos dessa natureza podem gerar resultados que poderão ser utilizados para tomar decisões sobre a implantação de determinada intervenção em outros meios<sup>19</sup>.

É importante considerar algumas limitações desse estudo. Os ACS que participaram dos grupos focais são aqueles que estavam ativos no momento, portanto, mais participativos. Assim, é possível que as dificuldades enfrentadas sejam maiores do que as mostradas neste estudo. A falta de estatísticas confiáveis, um problema de Angola como um todo, impossibilitou a análise da evolução dos indicadores de saúde ao longo da implantação do Programa. Dada a subjetividade de muitas das fontes aqui mencionadas, os resultados podem não ser generalizáveis ou representativos. Por outro lado, acreditamos que o estudo desta situação singular pode ensinar-nos sobre o fenômeno da implantação de um programa de saúde no contexto de uma cooperação internacional, sendo que algumas explicações e conclusões poderão ser consideradas mais genéricas ou globais.

Como conclusões, podemos apontar o seguinte:

- É importante, em Luanda, fortalecer duas condições relacionadas ao contexto político mais amplo, que parecem ser determinantes para o sucesso do PACS: sua integração no fluxo das ações do sistema de saúde e sua inclusão no contexto de políticas sociais mais abrangentes, para lidar com problemas como pobreza e saneamento básico. O progresso na construção de um estado democrático também é determinante para a evolução das políticas públicas.
- O PACS de Luanda iniciou com foco prioritário em saúde materno-infantil, para que tivesse um objetivo claro, a redução da mortalidade nesse grupo populacional, que pudesse dar visibilidade à iniciativa. Este foi o caminho percorrido no Brasil, e nos parece uma boa oportunidade para o início de uma estratégia de APS mais abrangente.
- A maior procura das famílias pelo serviço de saúde pode estimular o seu desenvolvimento: a maior demanda pode ser vista como um estímulo para investir na rede de serviços de APS e aumentar a sua resolutividade. Com isso, o serviço também poderá ser reforçado para oferecer apoio e supervisão contínuos ao ACS.
- O ACS não deve ser um trabalhador voluntário. Uma remuneração adequada, compatível com sua dedicação em tempo integral, aumentaria a sua motivação e melhoraria o seu desempenho. Nesse sentido, é fundamental buscar formas de institucionalizar o trabalho do ACS, vinculando-o formalmente ao sistema de saúde.

- Para que o ACS seja um trabalhador motivado e qualificado para as suas funções, é necessário investir na sua formação, sendo importante que alguma instituição competente assuma esta responsabilidade.
- No nosso estudo, ficou clara a discrepância entre os dados observados e planejados. O PACS poderá contribuir muito no processo de coleta de dados para a avaliação e o planejamento das ações de saúde em Angola. O registro dos ACS poderá ser uma importante fonte de informações das estatísticas vitais, como foi para o nordeste e o norte brasileiros na primeira década de sua implantação. A necessidade de reforçar a avaliação, e a possibilidade de o Brasil apoiar nesse processo, vem orientando as atividades de cooperação do projeto maior, que estão atualmente em andamento.
- A sobrecarga dos coordenadores/gestores do PACS, com acúmulo de numerosas funções, é um entrave para o bom funcionamento do Programa. Uma vez que ainda há relativamente poucas pessoas com formação de nível superior em Angola, aqueles que assumem cargos de gestão geralmente se responsabilizam por duas ou mais áreas. Mesmo levando em conta que este não é um cenário reversível em curto prazo, é importante destacar a necessidade dos profissionais poderem dedicar mais tempo ao Programa.
- Todas essas considerações são fruto de um trabalho conjunto, envolvendo brasileiros e angolanos, num processo dinâmico e participativo, onde as vivências e trocas fundamentam continuamente a análise das necessidades e os rumos das atividades de cooperação. No contexto da cooperação, consideramos que o fato do PACS de Luanda ter nascido dentro do governo angolano pode representar uma probabilidade maior de sucesso, em termos de autonomia e sustentabilidade.

Por fim, o PACS de Luanda pôde ser implantado, alcançando um grande número de ACS formados e de famílias acompanhadas. No entanto, a sua sustentabilidade aparece como ponto crítico. Para sua continuidade e ampliação, o Programa precisa de suporte técnico e apoio político e financeiro a médio e longo prazo. Os resultados aqui descritos podem ser direcionados para reforçar e reformular o planejamento das ações do PACS de Luanda (e de Angola), para repensar os desafios do PACS no Brasil, trazendo também aprendizados sobre o papel da cooperação internacional em saúde.

## **Agradecimentos**

A maioria das atividades que possibilitaram esse trabalho foi financiada pelo CNPq/PROAFRICA.

## Referências

1. World Health Organization. *World Health Statistics 2010*. Geneva: WHO; 2010.
2. Angola. Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde. Diário da República, 1992.
3. Angola. Constituição da República de Angola. Luanda; 2010.
4. Angola, República de. Ministério da Saúde. Revitalização dos Sistemas Municipais de Saúde para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Infantil. Luanda; 2008.
5. Angola. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de saúde a Nível Municipal (4º Rascunho). Luanda; 2009.
6. World Health Organization. *Achieving Sustainable Health Development in the African Region Strategic Directions for WHO 2010-2015*. WHO Regional Office for Africa: Brazzaville; 2010.
7. Organização Mundial de Saúde. *Estratégia de Cooperação da Organização Mundial da Saúde com os Países, 2009-2013 Angola*. OMS Escritório Regional Africano: Brazzaville; 2009.
8. Svitone EC, Garfield R, Vasconcelos MI, Craveiro VA. Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the *Agentes de Saúde* Program. *Pan Am J Public Health*. 2000;7(5):293-301.
9. Macinko J, Guanais FC, de FM, de SM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006; 60(1):13-9.
10. Macinko J, Marinho de Souza MF, Guanais FC, da Silva Simoes CC. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999-2004. *Soc Sci Med*. 2007;65(10):2070-80.
11. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009;99(1):87-93.
12. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation Designs for Adequacy, Plausibility and Probability of Public Health Programme Performance and Impact. *Int J Epidemiol*. 1999; 28:10-8.
13. Santos IS, Victora CG. Serviços de Saúde: Epidemiologia, Pesquisa e Avaliação. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):S337-S341.
14. Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer, Martin W/Gaskell, George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Um manual prático*. Petrópolis: Vozes; 2002.
15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento*. Editora Hucitec: São Paulo; 2008.

16. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. Sage publications; 2002.
17. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
18. MAX Qualitative Data Analysis, 2005, VERBI Software. Consult. Sozialforschung GmbH, Berlin, Germany.
19. Denis JL, Champagne F. Análise de Implantação. In: Hartz, ZMA (org.). Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. FIOCRUZ: Rio de Janeiro; 1997.
20. Walt G. (ed.) Community health workers in national programmes: just another pair of hands? Open University Press: Philadelphia; 1990.
21. Scaravaglione D, Coroilli EM, Witt RR, Ranieri T. Voluntários de saúde – mito ou realidade ? Elementos preliminares da avaliação de nove anos de experiência no Sistema de Saúde Comunitária Murialdo, Rio Grande do Sul. Rev Bras Enfermagem. 1984;37(3-4), 262-269.
22. Bornstein VJ, Stotz EN. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencedora e a transformadora. Trabalho, Educação e Saúde. 2008-9 nov/fev;6(3): 457-480.
23. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção de identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública. 2002;18(6):1639-1646.
24. Nascimento EPL, Correa, CRS. O Agente Comunitário de Saúde: inserção, formação e práticas. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(6):1304-1313.
25. Nogueira RP, da Silva FB, Ramos ZVO. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis - o agente comunitário de saúde. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA): Rio de Janeiro; 2000.
26. Freedhein S. Por que menos sinos dobram no Ceará: o sucesso de um programa de agentes de saúde comunitários no Ceará, Brasil [dissertação]. Massachusetts: Instituto de Tecnologia de Massachusetts; 1993.
27. Tandler J. Bom Governo nos Trópicos - Uma Visão Crítica. Editora Revan: Rio de Janeiro; 1998
28. Lavor ACH, Lavor MC, Lavor IC. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades de saúde. Revista Sanare. 2003; ANO IV, N.1.

29. Haines A, Sanders D, Lehmann U, Rowe A K, Lawn, JE, Jan S, Walker DG, et al. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *Lancet*. 2007; 369(9579), 2121-2131.
30. Oliveira MS. Processo de Descentralização do Serviço Nacional de Saúde de Angola [tese]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010.
31. Minayo, MCS. Programa Agentes de Saúde do Ceará. UNICEF. Fortaleza, 1990.
32. Haines A, Kuruvilla S, Borchert M. Bridging the implementation gap between knowledge and action for health, *Bull World Health Organ*. 2004;82:724-732.
33. Lehmann U, Sanders D. Community health workers: What do we know about them? Geneva: World Health Organization; 2007.



## Tabelas e quadros

Quadro 1: Documentos utilizados para a análise documental

<b>Título do documento (Instituição e data)</b>	<b>Descrição</b>
Constituição da República de Angola (Assembleia Nacional, janeiro 2010)	Constituição como Lei Suprema e Fundamental da República de Angola.
Apresentação de balanço do PACS (DPS Luanda, 2009)	Apresentação feita pela coordenadora provincial com os resultados alcançados pelo PACS na ocasião de sua visita ao Brasil
Sistema Nacional de Saúde a nível municipal (4º rascunho) (MINSa, outubro 2009)	Ferramenta estratégica e operacional para guiar e acompanhar os responsáveis municipais e provinciais no processo de planificação e gestão do Sistema de Saúde no Município, com o objetivo de melhorar o estado da saúde da população, respondendo às suas expectativas e procurando a criação de uma sustentabilidade financeira.
Política Nacional de Saúde (5º esboço) (MINSa, março 2009)	Define as principais orientações que deverão ser implementadas através de Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário e de Planos Operacionais, estabelecendo as orientações estratégicas para a melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida da população.
Resultados do encontro de balanço 2008 (DPS Luanda, dezembro 2008)	Apresentação coordenadora provincial com os resultados alcançados pelo PACS
Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde (MINSa, janeiro 2008)	Apresenta estratégias para reforçar a implementação do Plano Estratégico para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Infantil (2004-2009)
Plano de desenvolvimento sanitário do município de Cacucaco (2008-2011) (UNICEF, junho 2008)	Apresenta o plano de ação para a revitalização dos serviços de saúde da comuna do Kikolo, município de Cacucaco (2008-2009)
Manual para a formação dos agentes comunitários de saúde (UNICEF e DPS Luanda, 2008)	Descreve conteúdo, atividades e métodos pedagógicos detalhados para o curso de formação do ACS.
Roteiro para capacitação dos coordenadores de ACS (UNICEF e DPS Luanda, maio 2008)	Descreve conteúdos para a formação dos coordenadores dos ACS, bem como as principais tarefas dos ACS.
Relatório de consultoria PACS (UNICEF, fevereiro 2008)	Relato acerca do desenvolvimento do Programa até a data da sua confecção, com recomendações.
Relatório de consultoria PACS (UNICEF, dezembro 2007)	Relato acerca do desenvolvimento do Programa até a data da sua confecção, com descrição das próximas etapas.
Relatório de consultoria PACS (UNICEF, agosto 2007)	Relato acerca do desenvolvimento do Programa até a data da sua confecção, com descrição das próximas atividades.
Relatório de consultoria PACS (UNICEF, julho 2007)	Relato acerca do desenvolvimento do Programa até a data da sua confecção, com descrição das próximas atividades.
Relatório de consultoria PACS (UNICEF, junho 2007)	Relato acerca do desenvolvimento do Programa até a data da sua confecção, com descrição das próximas atividades.
Relatório de consultoria PACS (UNICEF, maio 2007)	Relato das primeiras atividades da consultoria e impressões.
Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda “Vigilantes de Saúde” (DPS Luanda, janeiro 2007)	Documento com a proposta inicial para a implantação do PACS.
Lei de Bases do Sistema Nacional de Saúde (Diário da República, agosto 1992)	Dispõe sobre os princípios e linhas gerais das políticas de saúde, nos seus artigos específicos.

Tabela 1: Números do PACS em três momentos, separados por município.

Município (população-alvo de acordo com documentos)	Dezembro 2007 §	Julho 2008	Dezembro 2008	Junho 2009	Dezembro 2009 §
Cacuaco (Kikolo: 421.000 habitantes)					
• Número de ACS necessários para cobrir população-alvo†	601	601	601	601	601
• ACS formados	832	872	890	1094	1098
• Famílias cadastradas	31.270	69.503	70.352	109.172	109.788
• Pessoas cadastradas	97.021	385.809	502.986	600.624	604.009
(% em relação à população-alvo)	(23,0%)	(91,6%)	(119,5%)	(142,7%)	(143,5%)
Sambizanga (Ngola Kiluanji: 250.000 habitantes)					
• Número de ACS necessários para cobrir população-alvo†	357	357	357	357	357
• ACS formados	277	407	480	487	487
• Famílias cadastradas	10.001	30.152	53.037	53.810	48.113
• Pessoas cadastradas	28.393	170.722	297.006	301.337	269.432
(% em relação à população-alvo)	(11,4%)	(68,3%)	(118,8%)	(120,5%)	(107,8%)
Samba (Benfica: 108.850 habitantes)					
• Número de ACS necessários para cobrir população-alvo†	155	155	155	155	155
• ACS formados	11	59	100	150	131
• Famílias cadastradas	1261	6913	11.717	17.575	13.223
• Pessoas cadastradas	4380	24.003	40.683	61.025	45.914
(% em relação à população-alvo)	(4,0%)	(22,1%)	(37,4%)	(56,1%)	(42,2%)
Kilamba Kiaxi (Golfe: 389.500 habitantes)					
• Número de ACS necessários para cobrir população-alvo†	556	556	556	556	556
• ACS formados	96	78	166	176	160
• Famílias cadastradas	4800	6853	14.584	18.532	16.620
• Pessoas cadastradas	20.513	31.074	66.131	71.336	63.975
(% em relação à população-alvo)	(5,3%)	(8,0%)	(17,0%)	(18,3%)	(16,4%)

Cazenga (Cazenga: 643.123 habitantes)					
•Número de ACS necessários para cobrir população-alvo†	918	918	918	918	918
•ACS treinados	258	373	373	641	641
• Famílias cadastradas	8036	28.236	34.849	62.267	64.151
•Pessoas cadastradas	27.734	97.451	225.676	406.661	418.966
(% em relação à população-alvo)	(4,3%)	(15,2%)	(35,1%)	(63,2%)	(65,1%)
Viana* (Km 9 e Km 12: 600.000 habitantes)					
•Número de ACS necessários para cobrir população-alvo†	857	857	857	857	857
•ACS formados	120	-	339	360	131
• Famílias cadastradas	8037	-	33.900	36.000	32.311
• Pessoas cadastradas	40.186	-	169.500	180.000	161.555
(% em relação à população-alvo)	(7,0%)		(28,2%)	(30%)	(26,9%)
Total da província de Luanda (2.412.473 habitantes‡)					
•Número de ACS necessários para cobrir população-alvo†	3444	3444	3444	3444	3444
•ACS formados	1594	1789	2348	2548	2517
• Famílias cadastradas	63.406	141.658	238.699	261.357	251.895
• Pessoas cadastradas	218.227	709.060	1.301.982	1.440.983	1.402.295
(% em relação à população-alvo)	(9,0%)	(29,4%)	(54,0%)	(59,7%)	(58,1%)

\*Os únicos registos disponíveis do município de Viana foram extraídos do relatório de consultoria do UNICEF de dezembro de 2007, da apresentação de balanço da DPS (dezembro 2008 e dezembro 2009) e da entrevista com a coordenadora municipal dos ACS (junho 2009), possibilitando uma projeção do número de famílias e pessoas cobertas.

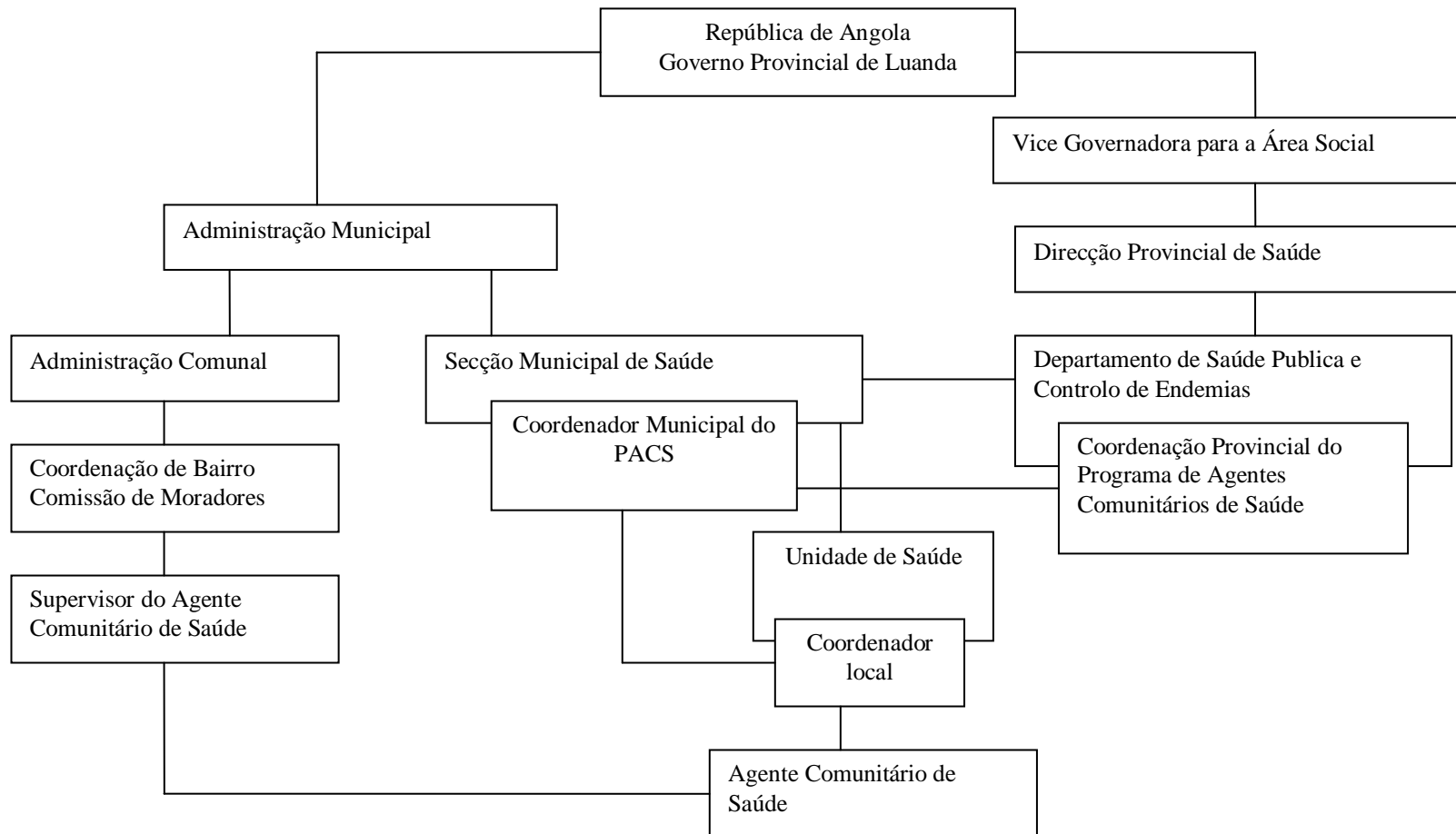
† Estimado com: população-alvo/700 [700 equivale a 100 (número de famílias que cada ACS deve acompanhar) x 7 (número médio de pessoas por família previsto no Projeto de Implantação)]

‡ População da província equivale à soma das populações-alvo de todos os municípios

§ Em dezembro de 2007, o número de ACS formados inclui os ACS em formação não concluída, por isso o número de ACS para o município de Kilamba Kixi é maior em dezembro de 2007 do que em julho de 2008. Os dados de dezembro de 2009 são provenientes da apresentação do balanço da DPS de Luanda (os registos originais dos ACS não estavam disponíveis)

## **Figuras**

Figura 1: Estrutura de Coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda – PACSL. Fonte: Relatório de Consultoria UNICEF, dezembro de 2007.



## 8. CONCLUSÕES

O primeiro artigo apresentado nesta tese permitiu sistematizar e sumarizar a evidência disponível sobre o trabalho do ACS no Brasil, concluindo que o ACS pode ser efetivo em várias situações, embora a qualidade metodológica da maioria dos estudos seja limitada principalmente por seus delineamentos pouco robustos. Os resultados da revisão sistemática em relação ao benefício do ACS se apoiam em estudos internacionais e estudos de efetividade da ESF, que tem o ACS como elemento chave. Apesar de as intervenções relacionadas aos cuidados de saúde materno-infantil terem sido as mais bem estudadas (e isso se explica pelo início do PACS com este foco), outros campos de ação para o ACS se mostram potencialmente efetivos, como a abordagem das doenças crônicas e infecciosas e a redução de iniquidades. Esses achados estimulam e abrem caminho para a atuação do ACS em várias frentes, de acordo com as necessidades prementes no contexto da grande diversidade regional característica do nosso país. Além das doenças crônicas não transmissíveis, temas como saúde mental, violência e drogas, por exemplo, estão despontando como importantes determinantes de doença, levando as equipes de atenção primária a redirecionar os focos de suas atividades, sendo o ACS um elemento chave na abordagem desses problemas junto à população.

Os resultados do primeiro artigo reforçam o embasamento para o trabalho conjunto direcionado ao desenvolvimento do PACS em Angola, no sentido de fornecer mais elementos que justifiquem a importância de investir-se em um programa dessa natureza naquele país, baseado no seu potencial para o desenvolvimento da rede mais abrangente de cuidados em APS.

O acompanhamento da implantação do PACS em Luanda, apresentado no segundo artigo, possibilitou, através das atividades de cooperação, produção de conhecimento sobre o desenvolvimento do Programa e da cooperação, envolvendo as duas partes, Brasil e Angola. A avaliação do processo de implantação do PACS de Luanda mostrou que resultados importantes foram alcançados, mas que o programa enfrenta uma situação crítica em relação à sua sustentabilidade, a qual depende da disponibilidade de suporte técnico e de apoio político e financeiro a médio e longo prazo. As impressões e recomendações geradas com a análise da implantação podem ser direcionadas para reforçar e reformular o planejamento das ações do PACS de

Luanda, bem como para repensar os desafios do PACS no Brasil, trazendo também aprendizados sobre o processo de implantação de um novo programa, em outro continente, no contexto de um projeto de cooperação.

Os dois artigos apresentados corroboram com a necessidade de avaliar e documentar o impacto do trabalho do ACS na saúde das comunidades e de intensificar a cultura avaliativa dentro do contexto mais amplo da estruturação dos sistemas de saúde.

Em suma, a tese apresenta dois artigos com métodos muito distintos: uma revisão sistemática sobre a efetividade do ACS no Brasil e um estudo de caso com a análise da implantação do PACS em Angola. O “elo de ligação” (para usar o termo correntemente empregado para definir a função do ACS) entre os dois estudos é o processo de cooperação técnica entre Brasil e Angola, que vem possibilitando trocas de experiências baseadas na construção de um sistema de saúde universal, tal qual o SUS no Brasil, que podemos considerar como o grande patrimônio a ser compartilhado com outros países no contexto da cooperação internacional, impulsionando os avanços rumo à concretização do direito à saúde.

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho dentro de um processo de cooperação internacional representou um elemento particular nesse estudo, trazendo desafios específicos, inerentes a esse tipo de trabalho. A tentativa de desenvolver um trabalho conjunto baseado em trocas de experiências, respeito e aprendizado mútuo trouxe contribuições muito importantes para todos os envolvidos no que concerne o próprio funcionamento de uma cooperação, assim como o processo de implantação de programas ou políticas de saúde em um contexto político e sociocultural diferente. A identificação de novas necessidades de trabalho à medida que as atividades iam se desenvolvendo também nos ensinou muito sobre flexibilidade e adaptação dos objetivos de um projeto de pesquisa às demandas reais e mais imediatas que se mostravam evidentes ao longo do processo. A paciência necessária para que cada atividade se realizasse no seu devido tempo, também foi uma grande aquisição nesses quatro anos de trabalho. Os esforços envolvidos são grandes, o que também dificulta o distanciamento dos pesquisadores, por vezes necessário para uma análise mais crítica, que busque compreender mais profundamente as dificuldades de um trabalho desenvolvido nessa conjuntura. Ao mesmo tempo, o esforço e o envolvimento que impossibilitam esse distanciamento nesse momento, foram e são fundamentais para a concretização do trabalho de forma mais próxima (e estratégica) aos tomadores de decisão. Trabalho esse que continua, a partir da necessidade de aprimorar a avaliação do PACS de Luanda, que ficou clara a partir do segundo artigo apresentado nesta tese. Recentemente, a equipe do projeto trabalhou em uma coleta de dados primários em Luanda, com o propósito de comparar áreas com e sem ACS quanto a desfechos de saúde materno-infantil. As análises desses dados estão em curso e dão continuidade às atividades de cooperação no âmbito deste projeto.

Outro grande resultado desse trabalho foi o estabelecimento de uma rica rede de relações, com núcleos de contribuição diversificados: Angola, com sua efervescência de reconstrução e os desafios para desenvolver a atenção primária depois de uma prolongada guerra; Ceará, com a sua experiência única na implantação do PACS; Rio de Janeiro (FIOCRUZ), com capacidade e experiência em formação de ACS; e Rio Grande do Sul (UFRGS), com experiência em pesquisa em atenção primária. Além disso, o ingresso de um enfermeiro, professor da



universidade pública em Angola, na pós-graduação em Epidemiologia da UFRGS, é outro resultado importante desse projeto e vem reforçando o trabalho conjunto e as parcerias institucionais. O trabalho em rede tem sido extremamente valioso e nos estimula a investir cada vez mais na grande riqueza que é o capital humano e social.

O projeto segue, por enquanto, e há grandes desafios pela frente. Por isso, lendo uma das numerosas referências desta tese, o Relatório sobre o Desenvolvimento Humano de 2010, uma frase de Martin Luther King me chamou a atenção:

*“Human progress never rolls in on wheels of inevitability.*

*It comes through tireless efforts and persistent work. . . .*

*Without this hard work, time itself becomes an ally  
of the forces of social stagnation.”*

Para que saibamos valorizar as conquistas do árduo trabalho realizado, passo a passo, transformando-as em inspiração para seguir em frente, pois os objetivos, à medida que vamos agregando novos conhecimentos e vivências, tendem a ficar cada vez mais complexos.

## 10. ANEXOS

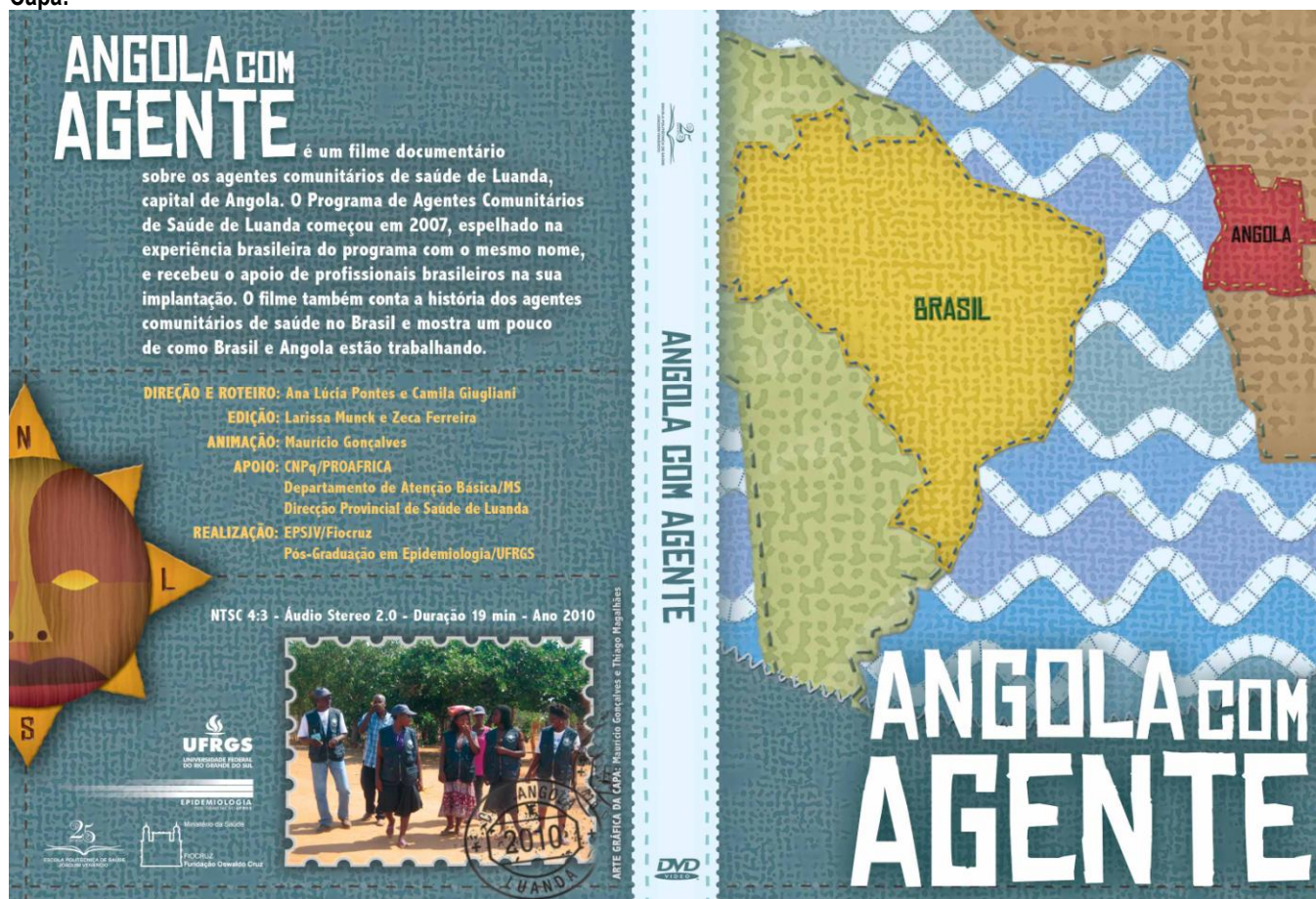
- A. Ficha técnica do filme “Angola com Agente”, produzido durante o projeto de cooperação.
- B. Projeto de Pesquisa
- C. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa
- D. Carta de autorização da Direção Provincial de Saúde de Luanda
- E. Planilha de extração de dados do Artigo 1
- F. Roteiros para realização das entrevistas e grupos
- G. Relatório da missão da equipe brasileira em Angola, junho de 2009
- H. Relatório da missão da equipe angolana no Brasil, dezembro de 2009
- I. Tabela de categorias e temas da análise qualitativa realizada no artigo 2

## ANEXO A

### FICHA TÉCNICA

Título Original: ANGOLA COM AGENTE

Capa:



Direção: Ana Lúcia Pontes e Camila Giugliani

Duração: 19'30

Data de Finalização: julho 2010

País de produção: Brasil

Outros países de produção: Angola

Idioma dos diálogos: Português

Possui lista de diálogos ( ) Sim ( x ) Não

Formato de Captação: NTSC e PAL

Formato de exibição: NTSC

Gênero: Documentário

**Sinopse:**

ANGOLA COM AGENTE é um filme documentário sobre os agentes comunitários de saúde de Luanda, capital de Angola. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda começou em 2007, espelhado na experiência brasileira do programa com o mesmo nome, e recebeu o apoio de profissionais brasileiros na sua implantação. O filme também conta a história dos agentes comunitários de saúde no Brasil e mostra um pouco de como Brasil e Angola estão trabalhando no contexto da cooperação sul-sul para o desenvolvimento da atenção primária à saúde, numa construção conjunta rumo à concretização do direito fundamental à saúde.

A intenção do filme é ampliar as formas de comunicação no âmbito de um projeto científico de cooperação técnica, usando os meios audiovisuais como recursos para dar mais visibilidade ao objeto do trabalho e expandir as possibilidades de circulação em diferentes espaços sociais.

**FICHA TÉCNICA**

**Produtor:** Núcleo de Tecnologias Educacionais – EPSJV/Fiocruz e Programa de Pós-Graduação e Epidemiologia da UFRGS

**Roteiro:** Ana Lúcia Pontes e Camila Giugliani

**Música:** Paulo Flores e outros

**Elenco:** Carlile Lavor, Pascoal, Catarina Oatanha e agentes comunitários de saúde de Luanda

**Companhia Produtora:** Núcleo de Tecnologias Educacionais – EPSJV/Fiocruz

**Fotografia:** Ana Lúcia Pontes e Camila Giugliani

**Montagem:** Larissa Munck e Zeca Ferreira

**CONTATO**

**Responsável:** Camila Giugliani

**E-mail:** giugli@hotmail.com

**Telefone:** (51) 30267442

**Celular / teléfono móvil:**(51) 81069282

**Endereço:** Rua Amélia Teles, 629/401 CEP 90460-070

**Cidade :** Porto Alegre

**Estado:** RS

**Pais:** Brasil

## **ANEXO B**

### **PROJETO DE PESQUISA**

**Título do Projeto:** Desenvolvendo Serviços de Atenção Primária à Saúde em Angola: proposta para avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda.

**Autores:** Bruce Bartholow Duncan, Erno Harzheim, Camila Giugliani, Antônio Carlile Holanda Lavor, Míria Campos Lavor, Catarina Oatanha, Nkanga Guimarães

**Local de Origem:**

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - Universidade federal do Rio Grande do Sul  
Rua Ramiro Barcelos, 2400/2º andar  
Fone/Fax: (51) 3308 5620/ (51) 33085347 / (51) 3308 5621

**Local de Realização:**

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - Universidade federal do Rio Grande do Sul  
Rua Ramiro Barcelos, 2400/2º andar  
Porto Alegre, RS, Brasil  
Fone/Fax: (51) 3308 5620/ (51) 33085347 / (51) 3308 5621

## **Introdução**

Angola, uma das últimas nações africanas a alcançar a independência (em 1975), é um país em plena reconstrução, após quase 30 anos de guerra civil. Na seqüência deste longo conflito, que terminou somente em 2002, o aumento da pobreza, a deterioração dos setores de saúde e educação, e a degradação dos dispositivos sócio-sanitários em geral estão entre as conseqüências mais marcantes. Estima-se que 65% das unidades de saúde tenham sido destruídas pela guerra (Ministério da Saúde de Angola, 2003), sendo as zonas rurais particularmente atingidas.

Angola possui aproximadamente 15 milhões de habitantes, 63% vivendo em zona rural e 55% de jovens com menos de 20 anos (UNFPA, 2005). Apenas 31% da população vive com condições adequadas de saneamento (UNICEF, 2004). A taxa de fertilidade total é de 6,7 filhos/mulher, e a expectativa de vida ao nascer é de apenas 40 anos (OMS, 2004). A mortalidade infantil para crianças menores de 5 anos é a segunda mais alta do mundo: 260/1000; para os menores de 1 ano, a mortalidade é de 154/1000 (UNICEF, 2006). A mortalidade materna também está entre as mais elevadas do mundo, ficando em torno de 1700/100.000 (OMS, 2000), e apenas 45% dos partos são assistidos por profissionais qualificados (UNICEF, 2000). As principais causas de morte materna e infantil são: malária, doenças respiratórias e diarreicas agudas e complicações decorrentes da ausência ou insuficiência de cuidados pré-natais e perinatais adequados. A prevalência do HIV em adultos é estimada em 3,7% (UNICEF, 2005). Todos estes indicadores contrastam com o impressionante crescimento econômico do país (atualmente mais de 15% ao ano – principalmente devido ao petróleo), o que não impede que serviços básicos de saúde, educação, água e saneamento sejam ainda inacessíveis para a maioria da população. Em 2007, o Ministério da saúde de Angola avaliou que apenas 30 a 40% dos angolanos tinham acesso a serviços de saúde.

A escassez e a má distribuição de recursos humanos em saúde são evidentes em Angola: estima-se que a densidade de médicos e de técnicos de saúde de nível básico ou médio, por 1.000 habitantes seja de 0,08 e 1,19 respectivamente (OMS, 2004), e perto de 80% dos profissionais estão concentrados na capital do país, Luanda. Assim, a assistência no nível primário de atenção, quando disponível, é assegurada essencialmente por pessoal técnico. O sistema de saúde possui um setor público, que deveria disponibilizar à população o acesso gratuito e universal aos cuidados básicos de saúde. A rede de Atenção Primária à Saúde (APS), basicamente os postos e centros de saúde, é estruturalmente precária, insuficiente e pouco resolutive. As iniquidades em saúde são muito marcadas: as populações mais vulneráveis, principalmente nas zonas rurais, são as que menos têm acesso a cuidados de saúde.

Diante desta situação, e considerando que a cooperação internacional para o desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países de língua portuguesa da África foi evidenciada como eixo e princípio de ação do Ministério da Saúde do Brasil em março de 2007, teve início, em junho do mesmo ano o projeto de cooperação "Desenvolvendo Serviços de Atenção Primária à Saúde em Angola", com participação do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde do Brasil (DAB/MS) e Direção Provincial da Saúde de Luanda (DPSL)/Ministério da Saúde de Angola (MINSa). Um dos objetivos principais deste projeto conjunto é de descrever a situação atual da Atenção Primária à Saúde em Angola, para que se tenha uma linha de base que permita a documentação de efeitos de futuras intervenções. Desta forma, através de atividades de intercâmbio e de capacitação, pretende-se contribuir para a ampliação e para a qualificação da rede de serviços de atenção primária em Angola. Este projeto, em pouco mais de um ano, vem oportunizando trocas de conhecimento e de experiência no campo da Atenção Primária à Saúde entre os parceiros brasileiros e angolanos, tornando acessível o acúmulo obtido pela experiência brasileira, assim como o aprendizado das iniciativas angolanas em período de transformação e rápido crescimento.

Ao longo das atividades de diagnóstico situacional incluídas neste projeto conjunto, viu-se que o Ministério da Saúde de Angola (MINSA) iniciou recentemente, em nível nacional, com uma nova política de saúde: o processo de Revitalização dos Serviços Municipais de Saúde para Acelerar a Redução da Mortalidade Materna e Infantil. Por meio deste processo, o MINSA espera fortalecer as capacidades locais em termos de gestão, melhorar o acesso e a qualidade do cuidado, promover equidade e reforçar a participação comunitária. A descentralização da saúde é o elemento-chave deste processo, que vem enfrentando dificuldades esperadas, como problemas relacionados à estrutura física dos serviços, número insuficiente e má distribuição de profissionais de saúde qualificados, falta de motivação dos profissionais e falta de integração dos serviços.

Dentro do processo de Revitalização, foi instituído, em fevereiro de 2007, através de uma experiência piloto em Luanda, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Com o objetivo de melhorar as competências familiares para a promoção da saúde e reforçar o elo entre as famílias e as unidades de saúde, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foram selecionados nas próprias comunidades em algumas regiões mais vulneráveis (grandes aglomerações com saneamento básico precário e alta prevalência de doenças infecto-contagiosas) da província de Luanda. O Programa, instituído e financiado pelo Governo de Luanda, está sendo o grande impulso do processo de Revitalização em Luanda. O processo de implantação do PACS em Luanda contou com o apoio de dois consultores brasileiros (que participam no projeto conjunto) que, por sua vez, tiveram um importante papel na inserção e consolidação do PACS no Brasil. Desta forma, a experiência do Brasil, tida como uma das mais bem-sucedidas do mundo (1), e que, assim como Angola, começou com foco em saúde materno-infantil (2), pôde ser compartilhada, contribuindo no processo de seleção, formação e trabalho dos ACS, assim como na gestão e na coordenação do Programa. Assim, diante destas novas iniciativas no setor saúde em Angola, vimos a necessidade de expandir o projeto conjunto em andamento para incorporar atividades de pesquisa e de apoio ao processo de avaliação do PACS de Luanda.

No Brasil, o impacto positivo de experiências de APS vem sendo demonstrado através de estudos como o de Svitone et al. (3), que mostrou que o trabalho dos ACS no nordeste brasileiro contribuiu para a diminuição da mortalidade infantil e para o aumento da cobertura vacinal nas crianças, e o de Macinko et al. (4), que evidenciou uma queda importante na mortalidade infantil (de 49,7 a 28,9 por 1000) associada ao aumento da cobertura da Estratégia saúde da Família entre 1990 e 2002. Junto com a expansão da APS no Brasil, os programas de formação, em nível técnico, de graduação e pós-graduação, para qualificar a atuação dos profissionais em APS têm se multiplicado no país, assim como grupos de pesquisa de diversas instituições de ensino e centros de pesquisa têm direcionado de forma crescente o seu interesse para o estudo da APS.

Sabe-se que países que conseguiram fortalecer a sua rede de APS alcançaram melhores desfechos de saúde com uma relação custo-efetividade mais favorável, mesmo em contextos de grandes iniquidades (5). Em países pobres, onde a escassez de recursos humanos em saúde é uma adversidade importante, o uso de ACS é tido como uma estratégia importante para melhorar o acesso à saúde e fortalecer a rede de APS (1, 6), representando uma valiosa contribuição para o alcance de melhores desfechos de saúde através de intervenções simples e conhecidas (7). O sucesso de programas de ACS de larga escala depende de investimentos sólidos, de vontade política e de sua inserção em processos de mobilização comunitária. As experiências prévias mostram também que seleção apropriada dos ACS, educação continuada, envolvimento dos profissionais de saúde e supervisão adequada são aspectos necessários para o desenvolvimento de programas bem sucedidos. (1, 8).

Frente às condições atuais (crescimento econômico acelerado e início do processo de democratização), Angola necessita de suporte técnico no seu processo de reconstrução e desenvolvimento, especialmente na avaliação das ações e programas que vêm sendo implementados. Em termos de saúde, é preciso fortalecer a rede de APS, tornando acessíveis,

de forma mais equitativa, cuidados básicos de saúde de qualidade para a população, como consulta pré-natal, assistência ao parto, vacinação e prevenção e tratamento das principais doenças transmissíveis. O processo de Revitalização, através do PACS, está sendo uma iniciativa importante neste sentido. Entre os principais desafios que precisam ser enfrentados na perspectiva de fortalecer o PACS em Angola estão: a institucionalização da formação dos ACS, o fortalecimento do vínculo formal de trabalho do ACS, o aumento da sua carga horária de trabalho e a qualificação do cuidado prestado pelos técnicos nas unidades de saúde. Por fim, para consolidar e tornar esta estratégia cada vez mais efetiva, tornando possível a sua expansão para todo o território nacional, é preciso avaliar e demonstrar o seu impacto na saúde da população, assim como o seu custo de implantação e manutenção. Assim, recomenda-se que programas como este sejam acompanhados de pesquisa para elucidar e documentar os fatores associados com seu sucesso e sustentabilidade (6). Neste contexto, a utilização de metodologia epidemiológica como ferramenta básica para a avaliação e o aprimoramento de programas de saúde tem papel fundamental.

### *O PACS de Luanda*

O PACS de Luanda, instituído e financiado pelo Governo de Luanda e executado pela Direção Provincial de Saúde de Luanda (DPSL), com apoio do UNICEF, abrange áreas determinadas em seis municípios: Cacucaco, Sambizanga, Cazenga, Samba, Kilamba Kiaxi e Viana. Atualmente, o Programa tem 104.106 famílias cadastradas e 1.800 ACS formados. Em cada localidade, o ACS é responsável por uma microárea com 100 famílias e seu trabalho está inicialmente concentrado nas ações de saúde materno-infantil, com vistas a atuar diretamente na redução da mortalidade materna e infantil, uma absoluta prioridade no país. As tarefas do ACS neste momento são:

- Conhecer, cadastrar e acompanhar todas as famílias de sua microárea.
- Conhecer bem a unidade de saúde de referência para as famílias que acompanha.
- Distribuir mensalmente o hipoclorito a todas as famílias, orientando-as para os cuidados de higiene.
- Identificar todas as grávidas, estimulando-as a seguir o Caderno de Consultas Pré-natais e utilizar o mosquiteiro.
- Estimular todas as grávidas a terem o parto assistido no Centro de Saúde.
- Estimular todas as puérperas para irem à consulta pós-parto
- Identificar os óbitos maternos.
- Identificar todas as crianças nascidas, acompanhando-as e orientando as suas mães para os cuidados de saúde, especialmente para o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses.
- Acompanhar todas as crianças menores de cinco anos, estimulando as mães a seguirem as orientações do Cartão de Saúde Infantil.
- Identificar os óbitos de menores de cinco anos.

Todo ACS dispõe de fichas de cadastramento das famílias, fichas de acompanhamento das gestantes e cópias dos cartões de saúde infantil das crianças com menos de cinco anos, além de um mapa de visita domiciliar. Este material ajuda o ACS a acompanhar as famílias da sua microárea através da recolha contínua de dados. Ao fim de cada mês, o ACS entrega uma tabela de dados relativos às suas tarefas para o seu coordenador. O coordenador compila os dados de todos os ACS sob sua responsabilidade e entrega à instância municipal da saúde. Por fim, todos os dados do mês são compilados pela equipe de coordenação do PACS na DPSL. Até o momento, não existe nenhum plano formalmente estruturado de análise dos dados do Programa. Os dados estão atualmente começando a ser informatizados. Além disso, a DPSL expressou a sua demanda em termos



de apoio no uso da metodologia epidemiológica para a avaliação de dados, reconhecendo a importância deste processo na legitimação e no aprimoramento dos seus programas de saúde.

Com este projeto, pretende-se, através do uso de métodos epidemiológicos, aprimorar a qualidade dos dados do PACS e qualificar a sua análise. Isto envolve a capacitação da equipe envolvida com este processo e também reflete na otimização dos processos anteriores à análise de dados (coleta, armazenamento e apropriação informatizada de dados). Assim, será possível estruturar de forma sistematizada o processo de análise estatística dos dados e sua interpretação, tornando possível e mais clara a demonstração de resultados do programa e a evolução da situação de saúde nas áreas cobertas, através de seus indicadores. Pretende-se também avaliar dados qualitativos sobre o processo de evolução do PACS como política de saúde, na perspectiva dos gestores, dos ACS e de seus coordenadores. Com a demonstração de resultados concretos relativos à contribuição do PACS, a figura do ACS poderá se consolidar no sistema de saúde, tornando mais provável a expansão do programa para outras áreas da Província de Luanda e para outras províncias de Angola.

### *Justificativa*

O PACS de Luanda, desde os primeiros meses de implantação, contou com a colaboração de dois consultores brasileiros, que participam do projeto conjunto. Estes consultores, que viveram a experiência pioneira da implantação do PACS no Brasil desde a década de 70, apoiaram o Programa em Angola por um ano, até maio de 2008. Desta forma, a experiência brasileira foi compartilhada com os parceiros angolanos, que puderam então elaborar um programa adaptado ao seu contexto. Os consultores brasileiros, através de um contrato com o UNICEF de Angola, apoiaram a equipe angolana do PACS no processo de seleção dos ACS, na formação dos coordenadores dos ACS, no desenvolvimento das suas ferramentas de trabalho e na gestão e coordenação do Programa. Este trabalho de colaboração entre Brasil e Angola teve resultados muito positivos, expressos na atual motivação dos profissionais envolvidos e das comunidades em favor do fortalecimento do Programa. Assim, é provável que a manutenção desta colaboração continue a contribuir para o sucesso e a sustentabilidade do trabalho do ACS em Angola. Além disso, a efetividade do trabalho do ACS está entre os temas mais relevantes da pesquisa em APS mundialmente, pois se acredita que os programas de ACS possam contribuir de forma significativa para melhorar a situação de saúde da população, sobretudo em países em desenvolvimento com escassez de profissionais de saúde.

No Brasil, a experiência com auxiliares de saúde, que se tornariam os futuros ACS, começou na década de 70, em Planaltina, Distrito Federal. Durante a seca de 1987, seis mil mulheres contratadas para o trabalho emergencial originaram o Programa de Agentes de Saúde do Ceará, oficializado pela Secretaria de Saúde do Estado no ano seguinte, iniciando a experiência com ACS no Brasil. O PACS iniciou oficialmente em 1991 no Ceará. Três anos mais tarde, foi lançado o Programa Saúde da Família como estratégia de APS, incorporando os ACS na equipe de saúde. Em 2002, entrou em vigor a lei que reconhece a profissão de ACS, exigindo curso de qualificação básica para a categoria. Em 2006, teve início o primeiro Curso Técnico para os ACS no Ceará, que foi seguido do Curso de Especialização em Educação Comunitária em Saúde para qualificação dos instrutores dos ACS. Em 2008, são 211 mil ACS no Brasil e mais de 27 mil equipes de Saúde da Família disponíveis para mais de 90 milhões de brasileiros. Estas conquistas do Sistema Único de Saúde no Brasil devem ser compartilhadas com outros países, principalmente países em desenvolvimento que estão em processo de implantar iniciativas parecidas, como é o caso de Angola, trazendo benefícios em termos de pesquisa, assistência e políticas públicas de saúde.

No caso de Angola, devido ao período de paz e de impressionante crescimento econômico, o retrocesso decorrente do período de quatro décadas de guerras está sendo recuperado de forma acelerada. No setor da saúde, mais do que nunca, o suporte técnico se faz necessário,

principalmente em termos de recursos humanos, para implementar novas políticas que tragam desenvolvimento sustentável e que promovam equidade. Neste contexto único, os benefícios para o Brasil podem ser muitos: compartilhar a sua experiência e aprender com a implementação e adaptação das estratégias em contextos diferentes, o que garante a oportunidade de reavaliar as suas próprias práticas e de descobrir novas ferramentas para enfrentar os desafios crescentes da era da globalização.

## **Objetivos**

### **Geral:**

Contribuir para a ampliação e para a qualificação da rede de serviços de Atenção Primária à Saúde em Angola através de atividades de pesquisa, intercâmbio e capacitação.

### **Específicos:**

- Descrever a situação atual da Atenção Primária à Saúde em Angola a fim de ter uma linha de base que permita a documentação de efeitos de futuras intervenções.
- Avaliar os resultados do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda, Angola, nos seis municípios selecionados para a sua implantação, a partir dos dados disponíveis entre 2008 e 2010, compartilhando o uso de ferramentas de metodologia epidemiológica, a fim de:
  - Descrever a situação sócio-sanitária nos municípios estudados.
  - Descrever a evolução dos indicadores de processo referentes à implantação do PACS nos municípios estudados.
  - Descrever a cobertura das ações de saúde materno-infantil realizadas pelos ACS na sua área de abrangência.
  - Descrever a evolução de indicadores de saúde de mães e crianças de até cinco anos na região estudada.
  - Coletar e descrever dados referentes aos custos de implementação do PACS de Luanda para permitir uma futura análise de custo-efetividade.
- Ao longo de todo o projeto, trabalhar continuamente com a equipe de coordenação do PACS de Luanda para coleta, apropriação informatizada e análise estatística e interpretação de dados, além de promover o uso de outras ferramentas de metodologia epidemiológica para avaliação e aprimoramento do programa.

## **Material e métodos**

Para avaliar de forma quantitativa o PACS de Luanda, será realizado um estudo ecológico de variação de indicadores de morbimortalidade materno-infantil ao longo do tempo, onde a intervenção estudada será o PACS de Luanda. Os dados serão agregados, correspondendo às famílias mapeadas das áreas selecionadas para a implantação do PACS. A população total das áreas selecionadas é de aproximadamente 2.412.000 habitantes, sendo que 209.021 famílias foram mapeadas (DPSL). O período de estudo será de 18 meses, a contar da primeira ida a Angola, em junho de 2009, até dezembro de 2010. Neste período, será possível avaliar dados coletados pelos ACS entre abril/2008 (primeiros dados disponíveis) até outubro de 2010.

As variáveis serão medidas em periodicidade mensal e analisadas uma vez por semestre ao longo do período de estudo, nos momentos de encontro entre as equipes do Brasil e de Angola. As variáveis serão avaliadas e discriminadas por município. Os desfechos primários

serão: taxa de mortalidade materna, taxa de mortalidade infantil e taxa de mortalidade de crianças com menos de cinco anos. Variáveis relativas à estrutura de serviços de saúde, recursos humanos, processos de implementação e cobertura do Programa, formação dos ACS e desfechos de processo, principalmente indicadores de cobertura (e.g. proporção de gestantes com assistência pré-natal em dia, cobertura de crianças vacinadas) também serão medidas em cada município. Em relação aos custos, os valores referentes à implementação e à manutenção do Programa serão coletados, possibilitando uma futura análise de custo-efetividade.

Os dados que serão analisados nesta pesquisa serão coletados pelos ACS na sua rotina de trabalho, sob a supervisão dos seus coordenadores. Para fins desta pesquisa, serão utilizados os dados recolhidos pela DPSL. É possível que a qualidade dos dados varie de um local para outro, conforme o trabalho e a supervisão de cada ACS na sua micro-área. A evolução das variáveis estudadas será avaliada com métodos descritivos (frequências, proporções, médias e medidas de dispersão). A diferença na ocorrência dos desfechos (taxas de mortalidade) em momentos distintos com relação à exposição à intervenção (primeiro momento no início da intervenção, em abril de 2008, e segundo momento em cada avaliação, até outubro de 2009) poderá ser verificada com teste de hipótese para proporções. Para armazenamento e análise dos dados, serão usados, respectivamente, os programas Excel 2007 e SPSS para Windows versão 15.0. As avaliações dos dados serão realizadas com a presença do pesquisador principal deste estudo junto à equipe de Coordenação do PACS de Luanda. Pesquisadores do Instituto Superior de Enfermagem (ISE) da Universidade Agostinho Neto, de Angola, também serão convidados a participar de todo processo de avaliações. Métodos de comunicação à distância serão utilizados para manter a continuidade do trabalho ao longo de todo estudo.

Em relação à avaliação qualitativa do PACS de Luanda, faremos entrevistas com gestores, coordenadores de ACS e grupos focais com ACS, em Angola, abordando os seguintes temas sobre o Programa: objetivos, sua evolução como política de saúde e em termos de aplicação prática, seus pontos positivos, problemas e recomendações (Anexo 1). O conteúdo das entrevistas será gravado, transcrito e posteriormente analisado. Após a transcrição das entrevistas, as gravações serão mantidas pelos pesquisadores por um prazo de 5 anos, sempre com preservação da confidencialidade quanto à identidade dos sujeitos, e, após este período, serão descartadas.

Por fim, ao longo deste estudo, a equipe de coordenação do PACS de Luanda se beneficiará de capacitação contínua para uso de ferramentas de metodologia epidemiológica que poderão ser aplicadas na avaliação do PACS e na rotina da coordenação de diferentes programas de saúde. Pesquisadores do ISE também serão convidados a participar da capacitação.

Os dados utilizados para avaliação quantitativa, sendo secundários e agregados, não permitem a identificação individual da população em estudo. Quando forem realizadas entrevistas, estas se darão mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido por cada um dos entrevistados (Anexo 2), que serão devidamente informados do propósito desta pesquisa, e dos riscos e benefícios eventualmente envolvidos. Para todos os entrevistados, que devem ter 18 anos ou mais, será mantido sigilo de identidade ao longo do processamento e da análise dos dados. Não identificamos riscos particulares envolvidos no processo desta pesquisa. Além disso, será salientado que o processo de avaliação que será trabalhado nesta pesquisa poderá contribuir para o Programa com achados relevantes para o seu fortalecimento e consolidação.

Este projeto também será submetido a aprovação ética por órgão competente em Angola.

*Infra-estrutura disponível para realização do projeto*

PPG Epidemiologia -UFRGS

O PPG Epidemiologia coloca à disposição do projeto o seu espaço físico com:

- uma sala de aula com 60 lugares, com projetor multimídia;
- um laboratório de informática com 15 computadores, com projetor multimídia;
- uma sala de estudos com 4 computadores e pequena biblioteca com livros de Epidemiologia e Estatística;
- uma sala de reuniões com capacidade para 20 pessoas;
- um projetor multimídia portátil;
- quatro impressoras
- um scanner;
- um equipamento de videoconferência;
- um equipamento de audioconferência;
- biblioteca da Faculdade de Medicina da UFRGS: livros, periódicos, teses, dissertações e monografias;
- softwares de programas de estatística e análise de dados.

#### Direção Provincial de Saúde de Luanda

A DPSL possui um espaço físico restrito, mas dispõe de espaços cedidos por outras instituições, como escolas técnicas com salas de aula nos municípios de abrangência do PACS. Estes espaços serão disponibilizados para o projeto, para facilitar o acesso dos ACS e outros profissionais de cada localidade às atividades do projeto. Na cidade de Luanda, a DPSL dispõe, para este projeto, de:

- escritório de trabalho do Departamento de Saúde Pública e Controle de endemias;
- projetor multimídia portátil;
- cinco computadores;
- duas impressoras
- uma sala de reuniões com capacidade para 20 pessoas.

#### Cronograma de trabalho

Março a maio 2009	Revisão de literatura e informações Avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa Preparação da primeira etapa de trabalho (em Angola)
Junho 2009	<u>Primeira etapa: em Angola</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primeira ida dos pesquisadores brasileiros a Luanda.</li> <li>• Atividades para reconhecimento da situação e acompanhamento do PACS</li> <li>• Primeira avaliação conjunta dos dados: trabalho conjunto em forma de oficina de apropriação do uso de metodologia epidemiológica para avaliação.</li> <li>• Entrevistas e grupo focal</li> <li>• Coleta de informações sobre as necessidades relativas à formação do ACS, do seu coordenador e do técnico de saúde.</li> </ul>
Julho a novembro 2009	Sistematização do trabalho da primeira etapa Trabalho continuado à distância com equipe de Angola Preparação da segunda etapa de trabalho (no Brasil)
Novembro 2009	<u>Segunda etapa: no Brasil</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ida dos pesquisadores angolanos ao Brasil: Porto Alegre</li> </ul>

	<p>e Fortaleza.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Segunda avaliação conjunta dos dados.</li> <li>• Estágio de curta duração no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS: Sistema de Informações em Saúde no Brasil, introdução ao manuseio das bases de dados disponíveis no Brasil, introdução à avaliação de tecnologias em saúde (duração: 5 dias).</li> <li>• Estágio de curta duração em Fortaleza: Curso Técnico para ACS, avaliação do ACS, Curso de Especialização em Educação Comunitária, experiências do PACS (duração: 5 dias).</li> </ul>
Dezembro 2009 a março 2010	<p>Sistematização do trabalho da segunda etapa Trabalho continuado à distância com equipe de Angola Preparação da terceira etapa (em Angola)</p>
Março 2010	<p><u>Terceira etapa: em Angola</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Segunda ida dos pesquisadores brasileiros a Luanda.</li> <li>• Terceira avaliação conjunta dos dados: continuação do trabalho conjunto feito nas etapas anteriores.</li> <li>• Seguimento de coleta de dados com entrevistas.</li> <li>• Seguimento da coleta de informações sobre as necessidades relativas à formação do ACS, do seu coordenador e do técnico de saúde.</li> </ul>
Abril a Setembro de 2010	<p>Sistematização do trabalho da terceira etapa Trabalho continuado à distância com equipe de Angola Preparação da quarta etapa (em Angola)</p>
Setembro de 2010	<p><u>Quarta etapa: em Angola</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Terceira ida dos pesquisadores brasileiros a Luanda.</li> <li>• Avaliação conjunta final dos dados, com avaliação do desempenho das pessoas que participaram do trabalho com uso de metodologia epidemiológica para avaliação.</li> <li>• Retorno para os participantes angolanos sobre as necessidades em formação e documentação.</li> <li>• Retorno para os participantes angolanos sobre resultados parciais do projeto.</li> </ul>
Novembro 2010 a janeiro 2011	<p>Preparação das publicações e divulgação dos resultados finais</p>

### Orcamento

<b>Descrição da atividade</b>	<b>Valor (em reais)</b>
Atividades científicas de brasileiros em missão aos países africanos (viagens, seguro e diárias)	30.168
Atividades científicas de brasileiros em outras cidades no Brasil (viagens e diárias)	5.229,62
Atividades científicas de pesquisadores africanos em missão ao Brasil (viagens e diárias)	20.841,12
Gastos com custeio	8.000

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Serviço prestado por pessoa física</li> <li>• Impressos, fotocópias e serviços gráficos</li> <li>• Aquisição de novos softwares e outros materiais</li> </ul>	
<b>Total</b>	<b>64.238,74</b>

### **Fontes de financiamento**

Este projeto foi contemplado pelo Edital MCT/CNPq nº 012/2008 PROAFRICA na Chamada 2 (Apoio Financeiro a Atividades de Cooperação Internacional para a Execução de Projetos Conjuntos em C&T&I), com um financiamento total de 65 mil reais.

O PACS de Luanda é um projeto financiado pelo Governo da Província de Luanda e executado pela DPSL. O valor total para um ano de financiamento do Programa é de aproximadamente US\$ 4.441.650, incluindo salários das equipes de gestão (US\$ 50.600), salários dos ACS (US\$ 2.066.400), custos de formação (US\$ 1.361.800) e custos em material de trabalho, transporte e alimentação para encontros de avaliação (US\$ 962.850). É com base nesta quantia que o Governo garante sustentar o Programa nos próximos anos.

### **Resultados Esperados**

De acordo com os objetivos desta proposta, podemos esperar os seguintes resultados:

1. Diagnóstico das principais características e dificuldades do sistema de Atenção Primária à Saúde em Angola (linha de base disponível para avaliação de futuras intervenções).
2. Ações de gestão e assistência em APS, principalmente no que diz respeito ao trabalho do ACS, entre Brasil e Angola compartilhadas.
3. Resultados do PACS de Luanda avaliados nos seis municípios selecionados:
  - a. Situação de saúde dos municípios estudados com participação dos ACS, dos técnicos de saúde e das autoridades municipais e provinciais de saúde.
  - b. Indicadores do processo de implantação do PACS nos municípios estudados devidamente medidos e avaliados.
  - c. Cobertura das ações de saúde materno-infantil realizadas pelos ACS na sua área de abrangência devidamente medida e avaliada.
  - d. Indicadores de saúde de mães e crianças de até cinco anos devidamente medidos e avaliados e caracterizada a evolução destes indicadores ao longo do tempo.
4. Dados referentes aos custos de implementação do PACS de Luanda coletados e descritos.
5. Dados subjetivos sobre avaliação do PACS de Luanda analisados.
6. Oficinas de trabalho em metodologia epidemiológica para os profissionais angolanos envolvidos concluídas com avaliação satisfatória (mínimo 70% de aproveitamento)
7. Qualidade aprimorada dos dados do PACS coletados e da sua análise.
8. Artigos científicos e relatórios técnicos publicados.

### **Divulgação dos resultados**

Os resultados deste estudo, sendo de interesse público, deverão ser amplamente divulgados na sociedade como um todo, tanto em revistas científicas, quanto em relatórios técnicos e outros meios de comunicação.

Abaixo estão listados instituições, organismos e grupos que deverão ter conhecimento dos resultados deste estudo:

- Ministério da Saúde de Angola, suas repartições provinciais e municipais e outros Ministérios da área social e de planejamento
- Governo da República de Angola, Governos Provinciais e Administrações Municipais
- Organismos internacionais ligados à saúde: agências das Nações Unidas e Organizações Não-Governamentais presentes em Angola
- Instituições de ensino superior e médio (de formação técnica) em Angola
- Profissionais de saúde, líderes comunitários e comunidade em geral, principalmente na área estudada
- Ministério da Saúde do Brasil
- Comunidade científica angolana, brasileira e internacional

## **Referências bibliográficas**

1. Lehmann U, Sanders D. Community health workers: *What do we know about them?* The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Geneva: Evidence and Information for Policy, Department of Human Resources for Health, World Health Organization; 2008 Jan.
2. Lavor ACH, Lavor MC, Lavor IC. Agente Comunitário de Saúde: um novo profissional para novas necessidades de saúde. *Revista Sanare* 2004;V(1).
3. Svitone EC, Garfield R, Vasconcelos MI, Craveiro VA. Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the *Agentes de Saúde* Program. *Pan Am J Public Health* 2000;7(5):293-301.
4. Macinko J, Guanais FC, de FM, de SM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006 Jan;60(1):13-9.
5. Starfield B. *Primary Care: concept, evaluation and policy.* New York: Oxford University Press; 1992.
6. Haines A, Sanders D, Lehmann U, Rowe AK, Lawn JE, Jan S, et al. Achieving child survival goals: potential contribution of community health workers. *Lancet* 2007 Jun 23;369(9579):2121-31.
7. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003 Jul 5;362(9377):65-71.
8. Tandler J. *Medicina Preventiva: O Caso da Meritocracia sem Qualificação. Bom Governo nos Trópicos - Uma Visão Crítica.* Rio de Janeiro/Brasília: Revan/ENAP; 1998. p. 38-70.



## ANEXO C



pro-pesq

**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA  
CARTA DE APROVAÇÃO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul analisou o projeto:

**Número :** 2008045


**Título :** Desenvolvendo Serviços de Atenção Primária à Saúde em Angola: proposta para avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda.

**Pesquisador (es) :**

<u>NOME</u>	<u>PARTICIPAÇÃO</u>	<u>EMAIL</u>	<u>FONE</u>
BRUCE BARTHOLOW DUNCAN	PESQ RESPONSÁVEL	bbduncan@orion.ufrgs.br	33085591
CAMILA GIUGLIANI	PESQUISADOR	giugli@hotmail.com	
ERNO HARZHEIM	PESQUISADOR	ernoharz@terra.com.br	33085591

O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, reunião nº 48 , ata nº 128 , de 30/4/2009 , por estar adequado ética e metodologicamente e de acordo com a Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

Porto Alegre, sexta-feira, 8 de maio de 2009

  
ILMA SIMONI BRUM DA SILVA  
Coordenador do CEP-UFRGS

sexta-feira, 8 de maio de 2009

Página 8 de 8

## ANEXO D



FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA  
Mestrado e Doutorado  
Ramiro Barcelos, 2400-2º andar – CEP 90035-003-Porto Alegre-RS  
Fone: 3308.5620 – Fax. 3308.5621

*Concorda com a  
análise dos dados  
projetos.  
v. 1/2 v. 1/2  
18.06.09*

Ao Sr. Director Provincial de Saúde de Luanda, Dr. Vita Vemba

O Governo Brasileiro, através do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – edital PROAFRICA, está financiando os seguintes projectos de cooperação com Angola:

- **Desenvolvendo Serviços de Atenção Primária à Saúde em Angola: proposta para avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda** – edital 012/2008 - Processo 490557/2008-2, coordenado pelo Prof. Bruce B. Duncan (Universidade Federal do Rio Grande do Sul)
- **Agente Comunitário de Saúde Angolano: análise das concepções e práticas em saúde e a formação profissional (visitas exploratórias)** – edital 013/2008, coordenado pela Profª Márcia Maria Tavares Machado (Universidade Federal do Ceará)

Os referidos projectos têm como objectivo contribuir para o fortalecimento do Programa de Agentes Comunitários de Saúde de Luanda principalmente através do trabalho com dados de monitoramento e avaliação. Os dados serão coletados de junho de 2009 a janeiro de 2011. A coleta de dados consistirá da análise dos relatórios de avaliação do Programa, assim como de entrevistas com os coordenadores e grupos focais com os agentes comunitários de saúde. Além disso, serão realizadas visitas aos Municípios para conhecer melhor o trabalho que vem sendo realizado pelos agentes comunitários de saúde. Pretende-se, com isso, ter um material sistematizado e documentado que possa servir de contribuição para reforçar este Programa e outras políticas no domínio da Atenção Primária à Saúde na Província de Luanda.

Tendo a Direcção Provincial de Saúde de Luanda conhecimento destes projectos (disponíveis em versão integral em anexo), que contaram com a participação de dois representantes do Programa em Angola (Dra. Catarina Oatanha – Direcção Provincial de Saúde de Luanda e Dr. Nkanga Guimarães - UNICEF), vimos através desta solicitar a vossa concordância para a sua realização. Comprometemo-nos a compartilhar os dados em todas as etapas dos projectos e a divulgá-los somente com a vossa prévia autorização.

Atenciosamente,

Luanda, aos 17 de Junho de 2009

Dra. Camila Giugliani (pesquisadora de projecto, representante do coordenador)

Dra. Márcia Maria Tavares Machado (coordenadora de projecto)

**ANEXO E**

**PLANILHA DE EXTRAÇÃO DE DADOS DO ARTIGO 1**

Artigo – autores – revista - data	Local do estudo e período de realização	Objetivo do estudo	Delineamento e população	Intervenção: Descrição do trabalho dos ACS – perfil do ACS e que ações foram estudadas	Comparação	Fonte dos dados e Desfechos (que aspecto de saúde da comunidade foi estudado)	Principais resultados	Artigo – autores – revista - data	Local do estudo e período de realização	Objetivo do estudo
Cavalcante et al., “Community DOT for tuberculosis in a Brazilian favela: comparison with a clinic model”  <b>INT J TUBERC LUNG DIS 2007</b>	Distrito urbano da cidade do Rio de Janeiro; 01/01/2003 a 30/12/2004	Comparar Tratamento Observado Diretamente (DOT) administrado na comunidade para tuberculose (TB), usando ACS, com o DOT administrado no serviço de saúde em área de alta incidência de TB.	Estudo de coorte, histórico. Todos os pacientes com diagnóstico de TB na área do estudo tiveram seus dados analisados (N=1811). 1215 (67%) receberam DOT: 726 (60%) no serviço e 489 (40%) na comunidade. 596 pacientes receberam tratamento hospitalar ou auto-administrado.	Na Favela da Rocinha, 40 ACS do PSF/PACS foram treinados para administrar DOT na comunidade (na casa do paciente ou na igreja próxima, conforme preferência). Os ACS receberam supervisão de 2 enfermeiras e 1 administrador. Paralelamente, fez-se um trabalho de reforço das redes sociais na comunidade. Pacientes tinham consulta com enfermeira na igreja nos meses 3 e 5.	Nas outras áreas do distrito estudado (incluindo outras favelas menores e áreas com melhores condições), DOT foi administrado no serviço de saúde (por uma equipe incluindo médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e <i>outreach workers</i> ).	Fonte dos dados: registros dos serviços de saúde e base de dados nacional (SINAN-TB).  Sucesso do tratamento (definido pela soma de pacientes curados e pacientes que completaram o tratamento).	1. Sucesso do tratamento: 90,4% com ACS vs. 78.2% no serviço; $P<0,001$ . 2. Aceitação do DOT: 98,9% com ACS vs. 60% no serviço; $p<0,001$ . 3. Para moradores das favelas: regressão múltipla com tratamento auto-administrado como referência: DOT com ACS (OR 3.0; 95% CI 1.9–4.8) vs. DOT no serviço (OR 1.5; 95%CI 0.9–2.4). 4. Para casos reincidentes (em moradores das favelas), sucesso do tratamento foi maior com ACS: 87,1% VS. 63,5% no serviço.	Cavalcante et al., “Community DOT for tuberculosis in a Brazilian favela: comparison with a clinic model”  <b>INT J TUBERC LUNG DIS 2007</b>	Distrito urbano da cidade do Rio de Janeiro; 01/01/2003 a 30/12/2004	Comparar Tratamento Observado Diretamente (DOT) administrado na comunidade para tuberculose (TB), usando ACS, com o DOT administrado no serviço de saúde em área de alta incidência de TB.
Cesar, JA “Community Health Workers in	Estado do Sergipe, áreas urbanas e rurais (setores	Entre outros objetivos, avaliar a efetividade das visitas feitas	Estudo transversal. 1700 (1385 sendo visitadas por ACS	Trabalho de rotina do ACS ligado à ESF ou PACS, visitando as	Famílias no mesmo setor censitário não visitadas pelo	Fontes: questionários aplicados aos responsáveis	1. ACS visitaram mais as crianças cujas mães	Cesar, JA “Community Health Workers in	Estado do Sergipe, áreas urbanas e rurais (setores	Entre outros objetivos, avaliar a efetividade das visitas feitas

<p>Sergipe, Brazil: Implications for their future role in maternal and child health” (Tese de Doutorado, 2005, não publicada)</p>	<p>censitários de 21 municípios selecionados); maio a julho de 2000.</p>	<p>pelos ACS.</p>	<p>e 315 não visitadas) crianças menores de 5 anos  311 ACS</p>	<p>famílias e acompanhando crianças e mães.</p>	<p>ACS.</p>	<p>pelas crianças e entrevistas com ACS  Desfechos de saúde materno-infantil, tais como: consultas pré-natais, imunização da criança, monitorização do crescimento, suplementação com Vitamina A, amamentação, hospitalizações e morte de crianças &lt; 5 anos no domicílio.</p>	<p>tinham baixa escolaridade e que pertenciam às famílias mais pobres (ACS contribuindo para diminuição de iniquidades)  <b>Após análise ajustada para potenciais confundidores:</b> 2. Mães de crianças visitadas por ACS conheciam mais a Terapia de Reidratação Oral (OR ajustado 1,9; IC 95% 1,1 – 3,4); receberam mais aconselhamento quanto à amamentação (1,78; 1,07-2,94) e parto normal (1,69; 1,15-2,49) durante o pré-natal; fizeram mais ecografia durante a gravidez (1,8; 1,1 – 3,0). 3. Crianças &lt; 5 anos visitadas pelos ACS receberam mais Vitamina A nos últimos 6 meses (1,9; 1,2 – 2,9) e foram pesadas com maior frequência no</p>	<p>Sergipe, Brazil: Implications for their future role in maternal and child health” (Tese de Doutorado, 2005, não publicada)</p>	<p>censitários de 21 municípios selecionados); maio a julho de 2000.</p>	<p>pelos ACS.</p>
---	--	-------------------	---	---	-------------	--	--	---	--	-------------------

							último mês (4,3; 2,8 – 6,5). 4. Não houve diferença entre crianças visitadas e não visitadas pelo ACS em relação a imunizações, amamentação, hospitalização no último ano e morte de crianças < 5 anos no domicílio.			
Cesar, JA et al. "Mudanças em indicadores de saúde infantil em um município com agentes comunitários: o caso de Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil"  Cadernos de Saúde Pública, 2002	Município de Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo; área rural  abril de 1994 a março de 1997	Comparar indicadores de saúde infantil entre crianças de um município com ACS e crianças em um município sem ACS.	Estudo de coorte em um município e transversal comparativo entre os dois municípios. 409 crianças < 5 anos	ACS em programa paralelo, financiado pelo UNICEF. 12 ACS foram treinados para diagnosticar e iniciar tratamento de diarreia e infecção respiratória no domicílio, monitorar crescimento, incentivar imunização básica e orientar a introdução de alimentos à dieta entre menores de cinco anos. Esses cuidados eram oferecidos através de visitas domiciliares semanais a todas crianças nessa faixa etária, residentes na área	Crianças em município vizinho sem ACS (Bom Sucesso de Itararé).	Fonte: dados coletados pelos próprios ACS  Desfechos de saúde infantil, tais como taxa de hospitalização em < 5 anos, utilização de soro reidratante oral, cobertura vacinal básica, prevalência de déficit altura/idade e incidência de baixo peso ao nascer.	<b>Comparação de indicadores no mesmo município em 1994 e 1997:</b> Mortalidade em < 5 anos diminuiu de 6 óbitos para 2; hospitalizações diminuíram de 13,1% para 2,2%; uso de SRO para diarreia aumentou de 38,6% para 93,2%; imunização básica completa aumentou de 72,6% para 95,4%. Houve pouca diferença para déficit altura/idade (26,7% para 24,2%) e baixo peso ao nascer (12,1% para 11,3%). <b>Comparação</b>	Cesar, JA et al. "Mudanças em indicadores de saúde infantil em um município com agentes comunitários: o caso de Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil"  Cadernos de Saúde Pública, 2002	Município de Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo; área rural  abril de 1994 a março de 1997	Comparar indicadores de saúde infantil entre crianças de um município com ACS e crianças em um município sem ACS.

				de abrangência do ACS, com preenchimento de cartão de acompanhamento.			<b>entre os dois municípios:</b> Itapirapuã Paulista teve menos hospitalizações (3,2% vs. 10,8%; $p < 0,001$ ); mais uso de SRO em caso de diarreia (85,7% vs. 69,6%; $p = 0,02$ ); maior cobertura vacinal (89,3% vs. 75,7%; $p < 0,001$ ). Bom Sucesso teve menor prevalência de déficit altura/idade (19,8% vs. 24,3%; $p = 0,01$ ).			
Cesar, JA et al. "Saúde infantil em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: comparando indicadores básicos em áreas atendidas pela Pastoral da Criança e áreas-controlé"  Cadernos de Saúde Pública, 2005b	18 áreas de alguns dos municípios mais pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil; julho a setembro de 2002	Avaliar indicadores básicos de saúde infantil e compará-los entre áreas visitadas pelos Líderes da Pastoral com áreas de mesmo nível sócio-econômico, mas não visitadas por eles.	Estudo transversal comparativo; 1528 crianças < 5 anos (782 em área Pastoral e 772 em área não-Pastoral).	Líderes da Pastoral da Criança, visitando regularmente as mães e crianças da sua área de abrangência.	Áreas semelhantes, mas sem líderes da Pastoral	Fonte: dados primários coletados por entrevistadores com questionários  Assistência à gestação e ao parto, padrão de morbidade prévia e atual, utilização de serviços curativos e preventivos em saúde, idade de introdução de alimentos à dieta infantil, padrão atual de amamentação e dieta e	<b>Mães</b> de crianças acompanhadas por líderes da Pastoral tiveram melhor acompanhamento pré-natal (seis ou mais consultas – 45,2% vs. 38,2%; $p = 0,006$ ) e receberam mais sulfato ferroso na gestação (84% vs. 78,4%; $p = 0,011$ ). Vacinação completa contra tétano neonatal foi menor nas áreas Pastoral (51,2% vs. 56,9%; $p = 0,048$ ). Não houve	Cesar, JA et al. "Saúde infantil em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: comparando indicadores básicos em áreas atendidas pela Pastoral da Criança e áreas-controlé"  Cadernos de Saúde Pública, 2005b	18 áreas de alguns dos municípios mais pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil; julho a setembro de 2002	Avaliar indicadores básicos de saúde infantil e compará-los entre áreas visitadas pelos Líderes da Pastoral com áreas de mesmo nível sócio-econômico, mas não visitadas por eles.

						obtenção do peso e altura/comprimento.	diferença para início do pré-natal no 1º trimestre e baixo peso ao nascer.  <b>Crianças</b> acompanhadas pela Pastoral foram pesadas mais frequentemente no último mês (78,3% vs. 62,3%; p<0,001), tinham maior prevalência de vacinação básica completa (89,8% vs. 82,2%; p<0,001); porém, tiveram maior déficit peso/idade (8,5% vs. 7%; p=0,016). Não houve diferença para hospitalizações e suplementação com Vitamina A.			
Cesar, JA et al. "Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil"  Cadernos de Saúde Pública, 2008	Periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul; junho de 2004 a dezembro de 2005.	Comparar o efeito de duas Estratégias (Laços de Amor da Pastoral da Criança e Manual de capacitação para o ACS) sobre o pré-natal de gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande.	Estudo de intervenção, controlado, não randomizado.  Mulheres com até 16 semanas de gravidez.  116 no grupo intervenção Pastoral, 115 no grupo intervenção ACS e 108 no grupo controle	<b>Pastoral:</b> estratégia Laços de Amor - cartões entregues mensalmente à gestante pelo líder da Pastoral da Criança durante cada uma de suas visitas. Também são mencionados todos os sinais indicativos de gravidade que	Mulheres acompanhadas pelos líderes da Pastoral da Criança, mas não capacitado na estratégia Laços de Amor nem para o uso dos manuais de ACS.	Fonte: dados primários coletados por entrevistadores com questionários  Cuidados recebidos desde o início da gravidez até o pós-parto imediato, bem como tipo de parto e o	<b>Descritiva:</b> Gestantes visitadas pelos ACS: iniciaram pré-natal mais cedo, fizeram maior número de consultas, fizeram mais exames clínicos e laboratoriais durante o pré-natal, receberam mais aconselhamento	Cesar, JA et al. "Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil"  Cadernos de Saúde Pública, 2008	Periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul; junho de 2004 a dezembro de 2005.	Comparar o efeito de duas Estratégias (Laços de Amor da Pastoral da Criança e Manual de capacitação para o ACS) sobre o pré-natal de gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande.



				<p>requerem a busca imediata de cuidados médicos.</p> <p><b>ACS:</b> manuais de capacitação - informar à gestante todos os procedimentos clínicos e laboratoriais a que ela deveria ser submetida durante o pré-natal, bem como a convencessem a realizar pelo menos seis consultas durante este período e fosse ainda imunizada contra tétano neonatal.</p>		<p>profissional que o realizou.</p>	<p>sobre amamentação e mais suplementação com sulfato ferroso.</p> <p>Não houve diferença quanto ao local do parto, tipo de parto e peso ao nascer.</p> <p><b>Análise multivariável:</b> gestantes acompanhadas por ACS realizaram pré-natal adequado com maior frequência em relação ao grupo controle (RP 1,5; IC95% 1,16-1,94). Pastoral em relação ao grupo controle não foi significativo.</p>			
Chiaravalloti Neto et al. "Controle do dengue em uma área urbana do Brasil: avaliação do impacto do Programa Saúde da Família com relação ao programa tradicional de	Áreas urbanas de São José do Rio Preto; de 2001 a 2003	Avaliar se a introdução do controle do dengue no PSF produziria ganhos de conhecimentos sobre dengue, seu vetor e medidas de controle em relação ao programa tradicional e avaliar se	Estudo de intervenção, controlado, com levantamentos seriados (antes, durante e após implementação); Região PSF (4.633 domicílios, com 37 ACS) Região Controle de Vetores (programa tradicional; 9.440 ACV com um	ACS foram treinados para fazer a vistoria completa da casa e dos imóveis não-residenciais cadastrados e para fornecer orientações ao morador para eliminação de criadouros potenciais de <i>A. aegypti</i> , além das suas	Áreas com ACV, que também foram treinados. O ACV visitou mensalmente metade dos imóveis da área realizando: vistoria completa do imóvel, acompanhado do	Fonte: dados primários (questionários para conhecimentos e contagem de recipientes e identificação de larvas)  Grau de conhecimentos do usuário sobre dengue. Número de	Na região PSF, os valores IP foram, respectivamente para os levantamentos inicial e final, 6,9% e 4,4%, (p = 0,040). Não houve diferença significativa na região CV.  Não houve diferença no conhecimento dos	Chiaravalloti Neto et al. "Controle do dengue em uma área urbana do Brasil: avaliação do impacto do Programa Saúde da Família com relação ao programa tradicional de	Áreas urbanas de São José do Rio Preto; de 2001 a 2003	Avaliar se a introdução do controle do dengue no PSF produziria ganhos de conhecimentos sobre dengue, seu vetor e medidas de controle em relação ao programa tradicional e avaliar se

controle” Cadernos de Saúde Pública, 2008		ocorreriam mudanças nas práticas para o controle do vetor nas populações atendidas.	supervisor). Aproximadamente 700 domicílios amostrados em cada levantamento por grupo.	atribuições habituais. O ACS visitou, mensalmente, a metade das famílias da área sobre sua responsabilidade, e procedeu a identificação dos tipos e quantidades de recipientes potenciais e com larvas de mosquitos.	responsável, orientando-o sobre as várias medidas de controle que poderiam ser utilizadas para eliminar os criadouros potenciais encontrados e executando, junto com o morador quando possível, todas as medidas de controle.	recipientes potenciais. Valor de IP (proporção de domicílios com larvas de <i>Aedes aegypti</i> )	usuários e no número de recipientes potenciais por domicílio.	controle” Cadernos de Saúde Pública, 2008		ocorreriam mudanças nas práticas para o controle do vetor nas populações atendidas.
Emond A. et al. "The effectiveness of community-based interventions to improve maternal and infant health in the Northeast of Brazil" Rev Panam Salud Publica 2002	Distrito de Felipe Camarão (área urbana, com 42 mil habitantes), Cidade de Natal, Rio Grande do Norte; julho de 1995 a dezembro de 1997	Avaliar a efetividade de uma intervenção comunitária para reduzir a mortalidade materna e infantil.	Estudo de intervenção, de comparação antes e depois, com 2 levantamentos seriados (antes e após 30 meses). Foram entrevistadas mulheres de 15 a 45 anos: 922 no levantamento pré-intervenção e 599 no levantamento pós-intervenção.	A intervenção estudada é o projeto ProNatal, caracterizado por um programa de ações integradas na comunidade do distrito em questão. Inclui: estabelecimento de clínicas pré-natais nos postos de saúde já existentes, assim como centros obstétricos para partos de baixo risco, clínicas de planejamento familiar e amamentação e outros serviços, incluindo emergências, com apoio de pediatras.	Período pré-intervenção.  Também foram comparadas áreas com e sem ACS.	Fontes: entrevistas e registros dos serviços de saúde e Secretaria Municipal de Saúde  Desfechos de saúde materno-infantil, tais como: mortes maternas, mortes infantis, amamentação, vacinação  Conhecimentos da mãe sobre higiene e doenças mais comuns	Mortes maternas: em 95, houve 4 (1.195 gestações) e nenhuma em 98 (1.225 gestações); p=0,001.  Morte neonatal precoce: diminuiu de 44/1000 NV para 6/1000 NV.  Mortalidade infantil diminuiu de 60/1000 em 95 para 37/1000 em 98.  Partos atendidos no serviço de saúde da comunidade: aumentou de 0 para 620.	Emond A. et al. "The effectiveness of community-based interventions to improve maternal and infant health in the Northeast of Brazil" Rev Panam Salud Publica 2002	Distrito de Felipe Camarão (área urbana, com 42 mil habitantes), Cidade de Natal, Rio Grande do Norte; julho de 1995 a dezembro de 1997	Avaliar a efetividade de uma intervenção comunitária para reduzir a mortalidade materna e infantil.

				<p>Uma das ações do projeto foi a introdução de ACS recrutados na comunidade local. Por restrição financeira, apenas 43% do distrito contou com ACS (área próxima ao posto de saúde), o que permitiu a comparação entre áreas com e sem ACS. Cada ACS era responsável por 200 famílias, às quais fazia visitas domiciliares mensais, onde trabalhava tópicos específicos de promoção da saúde e estimulava gestantes, crianças e adultos com doenças crônicas a buscarem o serviço de saúde. Os ACS receberam treinamento e recebiam remuneração de um salário mínimo.</p>			<p>Amamentação por mais de 6 meses aumentou de 32% para 41% (RR 1,22; IC95% 1,18-1,26).</p> <p>Vacinação pólio, BCG e sarampo aumentou após a intervenção.</p> <p>Não houve mudança: prematuridade, baixo peso ao nascer e tipo de parto.</p> <p>Assistência pré-natal adequada (7 ou mais consultas) aumentou de 22% para 35,1%, mas sem significância estatística.</p> <p>Planejamento familiar: aumentou (de 50% para 75%) o número de mulheres que receberam aconselhamento (RR 1,5; IC95% 1,38 -1,63)</p> <p>Rastreamento CP aumentou de 16% para 27%.</p>			
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--

							<p>Crianças que tiveram diarreia visitadas por ACS receberam SRO e foram levadas ao médico com mais frequência (p=0,01)</p> <p>Em casas visitadas por ACS, 25% ferviam água para beber vs. 14% nas casas sem ACS (p=0,001).</p> <p>Conhecimentos das mães sobre doenças comuns aumentou quando visitadas por ACS. Conhecimentos sobre DST foi de 84% com ACS vs. 64% (p=0,001).</p>			
<p>Frazão P. e Marques D. "Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal"</p> <p>Rev Saúde Pública 2009</p>	<p>Município de Rio Grande da Serra (43 mil habitantes), São Paulo; área urbana. julho de 2003 a agosto de 2004</p>	<p>Avaliar mudanças em conhecimentos, atitudes e acesso/utilização de serviços odontológicos decorrentes de um programa de promoção da saúde bucal com agentes comunitários de saúde.</p>	<p>Estudo de intervenção, com comparação antes e depois.</p> <p>36 ACS e 91 mães com idade entre 25 e 39 anos</p>	<p>A intervenção foi um Projeto de capacitação para ACS combinando ensino-aprendizagem, apoio e supervisão. Durante 12 meses, os ACS participaram de campanhas (como vacinação, dengue) e treinamentos</p>	<p>Período pré-intervenção.</p>	<p>Fonte: entrevistas</p> <p>Conhecimentos de saúde-doença bucal, práticas e capacidades auto-referidas em relação ao autoexame, higiene bucal, número de residentes e de escovas dentais</p>	<p>A frequência da escovação (2 ou mais vezes ao dia) se elevou de 77% para 90% e do uso do fio dental (1 vez ao dia) aumentou de 22% para 27% com a intervenção dos ACS.</p> <p>O acesso ao serviço foi mais fácil para as</p>	<p>Frazão P. e Marques D. "Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal"</p> <p>Rev Saúde Pública 2009</p>	<p>Município de Rio Grande da Serra (43 mil habitantes), São Paulo; área urbana. julho de 2003 a agosto de 2004</p>	<p>Avaliar mudanças em conhecimentos, atitudes e acesso/utilização de serviços odontológicos decorrentes de um programa de promoção da saúde bucal com agentes comunitários de saúde.</p>

				<p>sobre vigilância sanitária e epidemiológica, saúde da criança e da mulher, entre outros eventos. O treinamento do componente de saúde bucal durou 18 horas no PACS (12 horas no primeiro mês, três horas no segundo e no sétimo mês). O projeto foi desenvolvido para além das atribuições habituais do ACS.</p>		<p>individuais e coletivas em cada domicílio e acesso e uso de serviços odontológicos.</p>	<p>mulheres após a intervenção dos ACS (acesso fácil e muito fácil aumentou de 13,2% para 52,8%; <math>p &lt; 0,001</math>) e seu uso mais regular (uso freqüente e muito freqüente aumentou de 25,3% para 57,2%; <math>p &lt; 0,001</math>).entre mulheres. Não houve diferença para os ACS.</p> <p>Modificação nas práticas e capacidades auto-referidas mostrou significativa elevação da autoconfiança (<math>p &lt; 0,001</math>) tanto para os ACS quanto para as mulheres.</p> <p>Aumentaram os conhecimentos sobre saúde bucal tanto para os ACS quanto para as mulheres.</p>			
<p>Guanais F, Macinko J. "Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence From Brazil"</p>	<p>Brasil, de 1998 a 2002.</p>	<p>Avaliar a efetividade de programas de atenção primária orientados para a comunidade na redução de</p>	<p>Estudo ecológico -Análise longitudinal multivariada com dados de painel .</p>	<p>Cobertura do PSF e PACS. Trabalho habitual no PACS: ACS fazendo visitas domiciliares mensais para</p>	<p>Com período anterior.</p>	<p>Fonte: Sistema de Informações Hospitalares</p> <p>Taxas de hospitalizações em adultos para</p>	<p>A cobertura dos ACS aumentou em 86,6% de 1998 a 2002. A presença dos ACS foi associada à diminuição de</p>	<p>Guanais F, Macinko J. "Primary Care and Avoidable Hospitalizations: Evidence From Brazil"</p>	<p>Brasil, de 1998 a 2002.</p>	<p>Avaliar a efetividade de programas de atenção primária orientados para a comunidade na redução de</p>

J Ambulatory Care Manage 2009		hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária.	2448 municípios, todos com mais de 10 mil habitantes (86% da população do país).	cuidados preventivos essenciais e atividades educativas na comunidade. Até 150 famílias por ACS. 30 ACS sob supervisão de uma enfermeira.		problemas circulatórios, diabetes mellitus e problemas respiratórios.	hospitalizações por problemas circulatórios em mulheres em 4,3%, controlada para fatores de confusão. Não houve associação para homens.	J Ambulatory Care Manage 2009		hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária.
Holanda Jr. F et al. "Primary screening for cervical cancer through self sampling"  International Journal of Gynecology and Obstetrics (2006)	Áreas rurais pobres em 5 cidades do Ceará; agosto a dezembro de 2002.	Avaliar o uso de ACS para instruir mulheres em obter amostras cervicais auto-coletadas e comparar detecção de HPV com amostras coletadas por ginecologistas.	Estudo de intervenção diagnóstica  878 mulheres com 15 a 69 anos	ACS (apenas mulheres) foram treinados em grupo ao longo de um dia e visitaram mulheres sexualmente ativas, instruindo-as para a auto-coleta.	As mesmas mulheres, uma semana após, submeteram-se a coleta cervical e colposcopia por ginecologistas.	Fonte: exames laboratoriais de captura híbrida para HPV, colposcopia e biópsia para casos positivos.  Detecção de HPV de alto risco na captura híbrida.	A sensibilidade do teste foi igual nos dois grupos (63,3% x 66,7% para lesões de baixo grau; p=0,94 e 88,9% x 88,9% para lesões de alto grau) . Houve uma tendência para maior especificidade nas amostras coletadas por ginecologistas (p=0,056).  O estudo sugere viabilidade de envolver as ACS neste tipo de intervenção.  Nenhuma mulher abordada pela ACS se recusou a fazer o exame.	Holanda Jr. F et al. "Primary screening for cervical cancer through self sampling"  International Journal of Gynecology and Obstetrics (2006)	Áreas rurais pobres em 5 cidades do Ceará; agosto a dezembro de 2002.	Avaliar o uso de ACS para instruir mulheres em obter amostras cervicais auto-coletadas e comparar detecção de HPV com amostras coletadas por ginecologistas.
Kirchoff LV. et al. "Feasibility and Efficacy of In-Home Water	Vilarejo rural de São João (população de 40 famílias), Ceará; janeiro a junho de	Avaliar a viabilidade, a aceitabilidade e o efeito de um programa domiciliar de	Estudo de intervenção cruzado e cego; 20 famílias com pelo menos 2 crianças cada,	ACS (cega para a intervenção) visitava as casas e tratava a água	Água tratada com placebo (água destilada).	Fonte: exame da água (cultura) e entrevistas para sintomas.	Nível médio de coliformes fecais na água clorada foi menor (70 vs 16000 organismos/dl, P	Kirchoff LV. et al. "Feasibility and Efficacy of In-Home Water	Vilarejo rural de São João (população de 40 famílias), Ceará; janeiro a junho de	Avaliar a viabilidade, a aceitabilidade e o efeito de um programa domiciliar de

Chlorination in Rural North-Eastern Brazil”  The Journal of Hygiene, 1985	1981.	cloração da água.	utilizando a mesma fonte de água (lago) (112 pessoas no total – 12.248 pessoas-dia). Dois grupos de 10 famílias (um começava com hipoclorito, o outro com placebo, depois de 9 semanas trocava).			Medidas de coliformes fecais na água e sintomas de doença gastrointestinal. Antes e após o cruzamento.	< 0-001).  Não houve diferença nos sintomas de doença gastrointestinal.	Chlorination in Rural North-Eastern Brazil”  The Journal of Hygiene, 1985	1981.	cloração da água.
Leite AJM et al. “Effectiveness of home-based peer counselling to promote breastfeeding in the northeast of Brazil: A randomized clinical trial”  Acta Pcediatrica, 2005;	Cidade de Fortaleza, Ceará; novembro de 1996 a abril de 1997.	Avaliar a efetividade de aconselhamento por pares no domicílio para aumentar taxas de amamentação em crianças com baixo peso.	Ensaio Clínico Randomizado Controlado; 1003 mães e seus bebês (saudáveis e com menos de 3000g) selecionados em 8 maternidades.	Aconseladoras leigas com experiência em amamentar seus próprios filhos e integrantes de grupo de trabalho ligado à UFC por 5 anos. Além de treinamento periódico e supervisão, participaram de curso teórico-prático de 20h. Visitaram as mães nos dias 5, 15, 30, 60, 90 e 120 após o nascimento. Nas visitas, entrevistavam as mães, observavam o ambiente da casa e os métodos de alimentação da criança e identificavam dificuldades das mães para	O grupo controle não recebeu nenhuma intervenção específica, apenas recebeu a orientação usual na maternidade para procurarem o seu serviço de saúde de referência.	Fonte: entrevista e observação (entrevistadores cegos)  Tipo e método de alimentação no 4º mês de vida (aleitamento exclusivo, predominante, complementar e artificial).	Aleitamento materno exclusivo maior no grupo intervenção (24,7% vs. 19,4%; p=0,044).  Introdução de leite de mamadeira menos no grupo intervenção (20,1% vs. 33,4%; p<0,001)  Intervenção aumentou a prevalência de amamentação total em 39% (RR 0,61; IC95% 0,50-0,75).  NNT=7 (famílias a serem visitadas para evitar que 1 criança receba alimentação artificial)	Leite AJM et al. “Effectiveness of home-based peer counselling to promote breastfeeding in the northeast of Brazil: A randomized clinical trial”  Acta Pcediatrica, 2005;	Cidade de Fortaleza, Ceará; novembro de 1996 a abril de 1997.	Avaliar a efetividade de aconselhamento por pares no domicílio para aumentar taxas de amamentação em crianças com baixo peso.

				amamentar. Cada aconselhadora ficou responsável por 25 mães-bebês.			NNT=17 para aleitamento exclusivo			
Minayo MC et al. "Programa Agentes de Saúde do Ceará: Estudo de Caso"  Relatório Técnico, UNICEF	Estado do Ceará, de 1988 a 1990  Estudo aprofundado em 4 municípios onde o programa tem mais de um ano de funcionamento: Jucas, Quixerê, Jaguarana e Itapipoca	Entre outros, identificar fatos importantes gerados no processo de implementação do PACS correspondentes a mudanças em alguns indicadores de cobertura de ações de saúde e mudanças na situação de saúde da população alvo.	Estudo de caso, quanti-qualitativo (evolução de indicadores ao longo de dois anos + entrevistas com diversos atores sociais envolvidos no processo).	ACS no início da implementação do PACS – fazem visitas domiciliares uma vez por mês. 1 ACS cuida de até 100 famílias na área rural e até 250 na área urbana. 1 supervisor para cada 30 ACS.	Foi feita uma análise separada de dados, comparando 7 municípios do interior com ACS com 17 (também do interior) sem ACS.	Fontes: secundárias: registros do PACS, IBGE, UNICEF, Secretaria de Saúde; primárias: entrevistas e grupos focais  Desfechos de saúde materno-infantil, tais como vacinação, amamentação, assistência pré-natal.	Aumento da cobertura vacinal e diminuição da ocorrência de algumas doenças imunopreveníveis.  Municípios com ACS comparando com sem ACS: maior cobertura vacinal (DPT 3 doses 75,3% vs. 55,1%); maior utilização de TRO em caso de diarreia (33,6% vs. 23,4%); mais crianças pesadas nos últimos 3 meses (57% vs. 27%); CP nos últimos 12 meses (33,5% vs. 21,6%); gestantes que fizeram pelo menos 1 consulta pré-natal (86,5% vs. 47,3%); gestantes recebendo ferro (73,1% vs. 58,6%); consulta pós-parto (33,3% vs. 12,4%)	Minayo MC et al. "Programa Agentes de Saúde do Ceará: Estudo de Caso"  Relatório Técnico, UNICEF	Estado do Ceará, de 1988 a 1990  Estudo aprofundado em 4 municípios onde o programa tem mais de um ano de funcionamento: Jucas, Quixerê, Jaguarana e Itapipoca	Entre outros, identificar fatos importantes gerados no processo de implementação do PACS correspondentes a mudanças em alguns indicadores de cobertura de ações de saúde e mudanças na situação de saúde da população alvo.
Nations MK et al. "Brazilian	Distrito rural de Pacatuba (7 mil habitantes),	Avaliar o efeito da ação de curandeiros	Estudo de intervenção, com comparação	Intervenção durou 12 meses. 46 curandeiros (34	Comparação pré e pós intervenção.	Fonte: entrevistas com as mães	Aumentou o conhecimento das mães sobre TRO	Nations MK et al. "Brazilian	Distrito rural de Pacatuba (7 mil habitantes),	Avaliar o efeito da ação de curandeiros



<p>popular healers as effective promoters of oral rehydration therapy (ORT) and related child survival strategies.”</p> <p>Bull Pan Am Health Organ 1988</p>	<p>Ceará. Janeiro de 1984 a janeiro de 1986.</p>	<p>treinados em TRO e outras estratégias de sobrevivência infantil nos conhecimentos, atitudes e práticas de mães sem mudar aspectos essenciais da sua cultura original.</p>	<p>antes e depois.</p> <p>430 famílias com pelo menos uma criança &lt; 5 anos (204 no grupo pré-intervenção e 226 no grupo pós)</p>	<p>eram mulheres) foram recrutados e treinados. 20 rezadeiras, 7 umbandistas, 4 espíritas, 3 farmacêuticos populares, 1 médico 'leigo', 1 raizeiro e 10 oradores. Foram realizados 12 encontros nas casas dos curandeiros e, a seguir, todos juntos (equipe de pesquisa + curandeiros) planejaram o seguimento da intervenção. Os curandeiros foram orientados especificamente quanto aos conceitos biomédicos básicos da desidratação (com o uso de recursos visuais e terminologia local); aprenderam a preparar uma SRO caseira e foram orientados a transmitir 5 mensagens-chave e a identificar fatores de risco que requerem encaminhamento para o serviço de</p>		<p>Manejo de episódios de diarreia: uso de TRO, alimentação. Conhecimentos e práticas relacionados à diarreia.</p>	<p>para diarreia (84,2% para 93%; <math>p&lt;0,01</math>) e sobre a preparação caseira da TRO (2,9% para 71,2%; <math>p&lt;0,001</math>). Mães que continuam amamentando durante a diarreia (71,2% para 92%; <math>p&lt;0,001</math>). Diminuiu a restrição da alimentação por período prolongado - &gt; 5 dias (18,6% para 8,8%; <math>p&lt;0,01</math>) e uso de anti-diarreicos (93,1% para 72,6%).</p> <p>54,2% das mães relataram ter usado o SRO indicado pelos curandeiros pelo menos uma vez. Efeito foi maior no grupo de mães mais pobres (62%).</p> <p>As mudanças ocorreram sem alterar a crença na medicina tradicional da comunidade.</p>	<p>popular healers as effective promoters of oral rehydration therapy (ORT) and related child survival strategies.”</p> <p>Bull Pan Am Health Organ 1988</p>	<p>Ceará. Janeiro de 1984 a janeiro de 1986.</p>	<p>treinados em TRO e outras estratégias de sobrevivência infantil nos conhecimentos, atitudes e práticas de mães sem mudar aspectos essenciais da sua cultura original.</p>
--	--	--	---	---	--	--	---	--	--	--

				saúde. Também os próprios curandeiros produziram materiais educativos.						
Neumann et al. "Desempenho da Pastoral da Criança na promoção de ações de sobrevivência infantil e na educação em saúde em Criciúma, uma cidade do sul do Brasil"  Rev Panam Salud Publica 1999	Área urbana do município de Criciúma (143 mil habitantes), estado de Santa Catarina  março a junho de 1996	Avaliar se crianças e mães acompanhadas pela Pastoral da Criança apresentam melhores indicadores de saúde e conhecimento sobre as ações básicas de sobrevivência infantil do que as crianças e mães não acompanhadas	Estudo transversal, de base populacional  2 208 crianças menores de 3 anos (1791 em área Pastoral e 417 em Não Pastoral)	Líderes da Pastoral treinados e acompanhados no contexto comunitário para atuar junto a famílias através de nove ações prioritárias: 1) acompanhamento da gestante; 2) incentivo ao aleitamento materno; 3) vigilância nutricional e promoção do crescimento; 4) incentivo às imunizações; 5) controle das infecções diarreicas; 6) controle das infecções respiratórias agudas; 7) prevenção de acidentes domésticos; 8) alternativas alimentares; e 9) acompanhamento do desenvolvimento	Crianças e mães não acompanhadas pela Pastoral	Fonte: entrevista com questionário estruturado com a mãe ou responsável da criança  Desfechos de saúde materno-infantil, tais como aleitamento materno, monitorização do crescimento, terapia de reidratação oral em episódios de diarreia, manejo da diarreia, imunizações no primeiro ano de vida, imunizações no momento da pesquisa, padrão alimentar e monitorização do crescimento.	A participação na Pastoral esteve positivamente associada à maior duração total do aleitamento materno (OR ajustado 2,23; IC95% 1,13 a 4,40); à introdução tardia da mamadeira (0,49; 0,27 a 0,89), ao maior número de pesagens no trimestre imediatamente anterior à pesquisa (2,94; 1,66 a 5,23) e à posse de colher-medida para reidratação oral (1,51; 1,20 a 1,91).  Não houve associação significativa entre a vinculação à Pastoral e a duração do aleitamento materno exclusivo ou predominante nem o manejo da	Neumann et al. "Desempenho da Pastoral da Criança na promoção de ações de sobrevivência infantil e na educação em saúde em Criciúma, uma cidade do sul do Brasil"  Rev Panam Salud Publica 1999	Área urbana do município de Criciúma (143 mil habitantes), estado de Santa Catarina  março a junho de 1996	Avaliar se crianças e mães acompanhadas pela Pastoral da Criança apresentam melhores indicadores de saúde e conhecimento sobre as ações básicas de sobrevivência infantil do que as crianças e mães não acompanhadas

							diarréia.  Não houve diferenças significativas entre os dois grupos em termos de número de consultas pré-natais, nem de consultas clínicas para as crianças.			
Neumann et al. "Impacto da Pastoral da Criança sobre a nutrição de menores de cinco anos no Maranhão: uma análise multinível"  Rev. Bras. Epidemiol. 2002	Áreas urbanas e rurais (municípios São Luís e Timbiras) no Maranhão.  8 de janeiro a 21 de fevereiro de 1991.	Comparar indicadores de nutrição infantil em comunidades servidas pela Pastoral da Criança e em comunidades-controle através da análise tradicional e multinível.	Estudo quase-experimental, comparando conglomerados de crianças acompanhadas por 60 líderes comunitários da Pastoral e conglomerados-controle.  60 conglomerados em cada grupo (Pastoral e Controle) e média de 14 crianças por conglomerado, sendo efetivamente incluídas no estudo 1.629 crianças, das quais 820 eram acompanhadas pela Pastoral.	Líderes da Pastoral da Criança	Crianças não acompanhadas pela Pastoral.	Fonte: entrevista com a mãe ou responsável pela criança, pesagem e medição das crianças, e medida da altura das mães.  Aleitamento materno e altura para a idade da criança	A Pastoral da Criança esteve associada a melhoria do aleitamento materno exclusivo ou predominante aos 3 meses de idade (OR ajustado para fatores sócio-econômicos e ambientais 4,37; IC 95% 3,36-5,68). Na análise multinível: 4,63 (3,25 - 6,59)  Mas não em termos de altura/idade.	Neumann et al. "Impacto da Pastoral da Criança sobre a nutrição de menores de cinco anos no Maranhão: uma análise multinível"  Rev. Bras. Epidemiol. 2002	Áreas urbanas e rurais (municípios São Luís e Timbiras) no Maranhão.  8 de janeiro a 21 de fevereiro de 1991.	Comparar indicadores de nutrição infantil em comunidades servidas pela Pastoral da Criança e em comunidades-controle através da análise tradicional e multinível.
Offenheiser RC. "Making primary	Santarém, 1985		Relato de caso	Fundação Esperança, organização				Offenheiser RC. "Making primary	Santarém, 1985	

health care work: the case of Fundação Esperança”				religiosa privada. Agentes comunitários (paramédicos) residentes nas comunidades, selecionados localmente e supervisionados por comitês locais de saúde. Treinados durante 12 semanas na sede da Fundação em Santarém para identificar e tratar infecções por parasitas intestinais, realizar ações de vacinação, acompanhar gestantes, identificar e tratar algumas doenças mais comuns. Trabalharam com a comunidade, ensinando a construir poços.				health care work: the case of Fundação Esperança”		
Ramos-Cerqueira et al “Identification of Dementia Cases in the Community: A Brazilian Experience”  Journal of the American Geriatrics Society	Piraju, São Paulo (27.871 habitantes). Área urbana.  Período não citado. Publicado em 2005.	Descrever a aplicação de um procedimento simples e de baixo custo desenvolvido na Índia para identificação de casos de demência na comunidade.	Estudo de diagnóstico na comunidade  2.222 pessoas com 65 anos ou mais	O instrumento foi aplicado por 25 ACS treinadas (treinamento de 3 horas + discussões de grupo)	A identificação de casos pelo ACS foi conferida com a avaliação diagnóstica dos especialistas (psicólogos e psiquiatras)	Valor preditivo positivo do teste.	85 casos identificados pelos ACS – 45 confirmados pelos especialistas. Valor preditivo positivo do método foi 62,5%.  27 falso-positivos	Ramos-Cerqueira et al “Identification of Dementia Cases in the Community: A Brazilian Experience”  Journal of the American Geriatrics Society	Piraju, São Paulo (27.871 habitantes). Área urbana.  Período não citado. Publicado em 2005.	Descrever a aplicação de um procedimento simples e de baixo custo desenvolvido na Índia para identificação de casos de demência na comunidade.

2005								2005		
Rice-Marquez N et al. "The Community Health Worker: Forty Years of Experience of an Integrated Primary Rural Health Care System in Brazil"	16 estados e 2 territórios do Brasil. Área rural. 1981 e 1982	Descrever o funcionamento e alguns resultados do programa de visitadoras da FSESP.	Relato de caso.  Amostra de 225 postos de saúde da FSESP	Programa de Visitadoras Sanitárias da Fundação SESP (Fundação Pública ligada ao MS). Visitadoras trabalhavam junto com Auxiliares Sanitários (homens) na promoção de medidas preventivas no controle de doenças transmissíveis e de educação em saúde. Também eram reinadas para práticas curativas. Fazendo o elo com o serviço de saúde. Trabalhavam 40h/semana; metade do tempo em visitas domiciliares, metade no serviço atendendo consultas mais simples, primeiros socorros e fazendo encaminhamentos. Podiam fazer tratamento das doenças mais prevalentes. Médico ia no serviço uma vez por semana.	Indicadores foram comparados com outros países latino-americanos	Fonte: registro de dados feito pelas próprias visitadoras  Indicadores de produtividade, cobertura, qualidade e custos da atividade das visitadoras.	Taxas de 3ª dose de vacina DPT maiores que outros países latino-americanos.  Consulta pré-natal iniciando antes do 5º mês – proporções satisfatórias (sem comparação)  Custos mais baixos (sem parâmetros)	Rice-Marquez N et al. "The Community Health Worker: Forty Years of Experience of an Integrated Primary Rural Health Care System in Brazil"	16 estados e 2 territórios do Brasil. Área rural. 1981 e 1982	Descrever o funcionamento e alguns resultados do programa de visitadoras da FSESP.

				Treinamento de 5 meses (4 meses teórico-prático e 1 mês de "internato"). Supervisão 2 vezes por semana pela enfermeira e 1 vez por semana pelo médico.						
Salcedo et al. "Malaria Control in an Agro-industrial Settlement of Rondônia (Western Amazon Region, Brazil)"  Mem Inst Oswaldo Cruz, 2000	Urupá, Assentamento agro-industrial em Rondônia  01/08/1995 a 31/12/1996 (2 anos)	Descrever uma experiência piloto para controle da malária baseada na ação de agentes comunitários de saúde.	Estudo de intervenção, com comparação pré e pós.  180 habitantes do assentamento	ACS foram treinados (por 6 meses) para coletar sangue, fazer diagnóstico microscópico in loco e tratamento de casos não complicados de malária.  A outra intervenção foi a limitação do uso de inseticida para o período logo antes da época de alta transmissão (2 meses antes). ACS foram treinados para aplicar o produto.	Com período anterior à intervenção e com o município todo	Fonte: registros dos ACS em Urupá e dados FUNASA para município todo  API (índice de parasita anual)  Período entre aparecimento de sintomas e início do tratamento	Diminuição do período entre início dos sintomas e tratamento (3,5 para 1,3 dias).  Redução dos casos de malária em 50% no 1º ano e 75% no 2º ano (mais pronunciado para P. falciparum).  Declínio da prevalência de malária mais acentuado em Urupá do que em Rondônia como um todo.	Salcedo et al. "Malaria Control in an Agro-industrial Settlement of Rondônia (Western Amazon Region, Brazil)"  Mem Inst Oswaldo Cruz, 2000	Urupá, Assentamento agro-industrial em Rondônia  01/08/1995 a 31/12/1996 (2 anos)	Descrever uma experiência piloto para controle da malária baseada na ação de agentes comunitários de saúde.
Solla et al. "O PACS na Bahia: Avaliação do Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde"	Estado da Bahia. Setembro de 1994	Avaliar o PACS no Estado da Bahia com o objetivo de identificar avanços e impactos sobre a atenção à saúde da população coberta, bem como as principais	Levantamento em um único ponto  564 famílias de 12 municípios onde o PACS estava implantado. Amostra por conglomerados.	PACS		Fonte: Sistema de Informações do PACS, além de questionário para o usuário e para o supervisor do ACS.  Indicadores de utilização do serviço de	Análise dos encaminhamentos feitos sugeriu que o ACS tem cumprido a sua função como elo de ligação entre comunidade e serviço.	Solla et al. "O PACS na Bahia: Avaliação do Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde"	Estado da Bahia. Setembro de 1994	Avaliar o PACS no Estado da Bahia com o objetivo de identificar avanços e impactos sobre a atenção à saúde da população coberta, bem como as principais

		dificuldades e limites.				saúde, controle de diarreia				dificuldades e limites.
Stock-Iwamoto and Korte "PRIMARY HEALTH WORKERS IN NORTH EAST BRAZIL"	Bairros pobres de São Luís, Maranhão  De janeiro a junho de 1988	Avaliar o impacto potencial do programa de agentes de atenção primária (Primary Health Workers) em São Luis na situação de saúde nos bairros pobres de São Luis.	Inquérito com ACS e famílias e observação participante  Todos os 83 agentes trabalhando em 4 bairros pobres de São Luís; 2 em área urbana e 2 em área rural.  14 ACS foram observados durante 4 dias (observação participante)  255 famílias foram entrevistadas com relação ao trabalho do agente	Agentes de atenção primária treinados para desempenhar tarefas em: saúde e nutrição (práticas preventivas), promoção e uso de TRO em casos de diarreia não complicada (práticas curativas) e registro	Compara a atuação dos agentes em áreas urbanas e rurais	Fonte: entrevistas com ACS, entrevistas com famílias e registros dos ACS  Só avalia processo de trabalho do ACS e aspectos pontuais do conhecimento de saúde das famílias.		Stock-Iwamoto and Korte "PRIMARY HEALTH WORKERS IN NORTH EAST BRAZIL"	Bairros pobres de São Luís, Maranhão  De janeiro a junho de 1988	Avaliar o impacto potencial do programa de agentes de atenção primária (Primary Health Workers) em São Luis na situação de saúde nos bairros pobres de São Luis.
Svitone et al. "Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the <i>Agentes de Saúde</i> Program"  Rev Panam Salud Publica 2000	Ceará De 1987 a 1994.	Entre outros: Avaliar mudanças nos indicadores de saúde e relacioná-las à ação dos agentes comunitários de saúde	Levantamentos seriados (1987, 1990 e 1994) de base populacional.  Municípios do Ceará com ACS.	ACS ligados ao PACS, supervisionados por uma enfermeira (pelo menos 1 vez por mês). Trabalham 8 horas por dia, fazem visitas domiciliares uma vez por mês, executando um pequeno número de atividades prioritárias com ênfase em promoção e	Compara indicadores ao longo do tempo.	Fonte: inquéritos domiciliares de base populacional em 1987, 1990 e 1994.  Indicadores de saúde materno-infantil, tais como: imunizações, cuidado pré-natal, mortalidade infantil	Mortalidade infantil diminuiu 32% (de 95 para 65/1000) no Ceará no período de 1987 a 1990 (comparado a uma redução de 10% no Brasil no mesmo período).  <b>De 1987 para 1994:</b>  Mortalidade infantil por diarreia diminuiu	Svitone et al. "Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the <i>Agentes de Saúde</i> Program"  Rev Panam Salud Publica 2000	Ceará De 1987 a 1994.	Entre outros: Avaliar mudanças nos indicadores de saúde e relacioná-las à ação dos agentes comunitários de saúde

				<p>prevenção, com algumas ações curativas: saúde pré-natal, promoção do aleitamento materno exclusivo, pesagem mensal das crianças e aconselhamento nutricional, encaminhamento para vacinação, uso de SRO para diarreia e tratamento de feridas menores.</p> <p>1 ACS para 75 famílias na área rural e para 225 na área urbana.</p> <p>Treinamento: 8 semanas de curso introdutório e 4 semanas de trabalho de campo supervisionado.</p>			<p>de 48% para 23%.</p> <p>A proporção de mães que recebeu cuidado pré-natal aumentou de 65% para 84%.</p> <p>Proporção de crianças que receberam TRO no último episódio de diarreia aumentou de 23% para 52%.</p> <p>Duração média da amamentação aumentou de 4 para 7 meses.</p> <p>Não houve melhora na mortalidade neonatal nem materna.</p>			
<p>Caleffi et al. "Adherence to a breast cancer screening program and its predictors in southern Brazil"</p> <p>Não Publicado, 2010</p>	<p>Porto Alegre, Rio Grande do Sul</p> <p>Abril de 2004 a março de 2006</p>	<p>Avaliar a aderência a um programa de rastreamento de CA mama e seus preditores.</p>	<p>Estudo de coorte</p> <p>3.749 mulheres</p>	<p>Uma das intervenções foi treinar ACS da prefeitura de Porto Alegre para fazer a busca ativa de mulheres que não procuravam a unidade de saúde há mais de 12 meses</p>	<p>Não houve comparação.</p>	<p>Fonte: dados primários coletados por aplicação de questionário no início e seguimento com dados das consultas e exames. Aderência ao rastreamento (tempo entre um exame e outro)</p>	<p>57.6% das mulheres tiveram um intervalo entre um exame de rastreamento e outro de <math>\leq 18</math> meses; e 71% <math>\leq 24</math> meses. O índice <math>&gt; 70\%</math> para rastreamento bi-anual é satisfatório de acordo com recomendações internacionais.</p>	<p>Caleffi et al. "Adherence to a breast cancer screening program and its predictors in southern Brazil"</p> <p>Não Publicado, 2010</p>	<p>Porto Alegre, Rio Grande do Sul</p> <p>Abril de 2004 a março de 2006</p>	<p>Avaliar a aderência a um programa de rastreamento de CA mama e seus preditores.</p>



## ANEXO F

### **ROTEIROS PARA ENTREVISTAS**

#### A) Gestores e autoridades relacionados ao PACS *2 ou 3 pessoas da coordenação provincial*

1. Identificação:

- Nome do entrevistado:
- Função/local de trabalho:
- Há quanto tempo está trabalhando com o PACS:

2. Qual o objetivo do PACS na sua visão?

3. Como avalia o PACS como política de saúde em Luanda? Como vê a sua evolução?

4. Como vê o progresso deste Programa na realidade de saúde dos municípios onde foi implantado?

5. Pontos positivos do PACS que gostaria de ressaltar

6. Pontos mais críticos do PACS na sua opinião

(Nos itens 5 e 6: explorar aspectos de: recrutamento e seleção, remuneração, carga horária, formação, supervisão, avaliação)

7. Como vê a continuidade do Programa? Que sugestões daria para melhorar o Programa?

B) Coordenadores de ACS

*6 coordenadores municipais (um de cada município) ou um coordenador local de cada município*

1. Identificação:

- a. Nome do entrevistado:
- b. Função/local de trabalho:
- c. Há quanto tempo está trabalhando com o PACS:

2. Qual o objetivo do PACS na sua visão?

3. Qual é o seu trabalho como coordenador dos agentes de saúde? O que acha do seu trabalho?

4. O que acha do trabalho dos ACS? Você identifica fragilidades e pontos fortes no trabalho dos ACS?

5. Acha que o PACS trouxe algum progresso na saúde do município/bairro? Gostaria de ressaltar pontos positivos do PACS?

6. Pontos mais críticos do PACS na sua opinião e quais os problemas que enfrenta como coordenador de ACS

(Nos itens 5 e 6: explorar aspectos de: recrutamento e seleção, remuneração, carga horária, formação, supervisão, resolutividade dos encaminhamentos, avaliação)

7. Como vê a continuidade do Programa? Que sugestões daria para melhorar o Programa?

8. Como está sendo a coleta de dados pelos ACS da sua área? (explorar circunstâncias da coleta e registro)

## **ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM ACS**

*Grupos de 8 a 10 ACS – um GF por município ou menos contemplando diversidade na escolha dos municípios*

Mapeamento dos participantes (preenchimento de mini-formulários não-identificados com dados pessoais)

- a. Sexo:
- b. Idade:
- c. Anos de estudo:
- d. Profissão:
- e. Número de filhos:
- f. Há quanto tempo está trabalhando como ACS:
- g. Quantas famílias tem sob sua responsabilidade:

2. Qual o objetivo do PACS?
3. Qual é o seu trabalho como agente de saúde? Conte como é o seu dia-a-dia. Fale sobre algumas tarefas mais fáceis e outras mais difíceis.
4. Como é a parte de registro – preenchimento de dados e entrega para os coordenadores? O que você acha deste trabalho?
5. Acha que o PACS teve algum resultado positivo na comunidade onde atua?
6. Quais os problemas do Programa a serem ressaltados na sua opinião? Quais os problemas que enfrenta como agente de saúde/limitações do seu trabalho? (verificar se limitações próprias ao trabalho do ACS, ou relativas ao Programa, atuação dos coordenadores, governo, comunidade)

(Nos itens 4 e 5: explorar aspectos de: recrutamento e seleção, remuneração, carga horária, formação, supervisão, resolutividade dos encaminhamentos, avaliação)

7. Que sugestões daria para melhorar o Programa?

## **ANEXO G**

### **RELATÓRIO DE ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DA VISITA DE 29 DE MAIO A 19 DE JUNHO DE 2009**

#### **PROJECTO DE COOPERAÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE LUANDA** **Apoio: Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)**

##### **Instituições Participantes:**

Direcção Provincial de Saúde de Luanda

UNICEF Angola

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Escola Politécnica Joaquim Venâncio da FIOCRUZ (ESPJV)

FIOCRUZ – Núcleo do Ceará

Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (Sobral, Ceará)

##### **Equipa Brasileira presente em Luanda:**

Ana Lúcia Pontes (ESPJV)

Antônio Carlile Holanda Lavor (FIOCRUZ – Ceará)

Camila Giugliani (UFRGS)

Idalice Barbosa (Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia)

Márcia Maria Tavares Machado (UFC)

Míria Campos Lavor

Vera Joana Bornstein (ESPJV)

##### **OBJECTIVOS DA VISITA:**

- Trabalhar conjuntamente com a Equipa de Coordenação na avaliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
- Visitar os Municípios onde o Programa está implantado para conhecer melhor a realidade dos Agentes Comunitários de Saúde.
- Fortalecer as parcerias estabelecidas através dos projectos em andamento, definindo conjuntamente os mecanismos para dar continuidade às actividades de cooperação.
- Contactar instituições de ensino Angolanas que possam se envolver no Programa de ACS, principalmente na componente de formação.

- Articular com as instituições de ensino e serviço possíveis programas de intercâmbio académico em nível de graduação e pós-graduação.

#### ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS:

Actividade	Data	Descrição do trabalho realizado
Reunião de início dos trabalhos na DPSL, com presença dos Coordenadores Provinciais e Municipais do Programa e do responsável do UNICEF	29/05	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão sobre o andamento do Programa e o seu momento actual, com colocação dos principais pontos positivos, constrangimentos e desafios</li> <li>- Fixação dos objectivos do trabalho da Equipa Brasileira e elaboração do cronograma de trabalho para o tempo de permanência da Equipa Brasileira em Luanda</li> </ul>
Reunião com Dr. Nkanga Guimarães no Escritório do UNICEF	01/06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Discussão sobre o progresso do Programa dos ACS, a continuidade da formação dos coordenadores e a sua institucionalização.</li> <li>- Realização de entrevista com Dr. Nkanga</li> </ul>
Trabalho na DPSL	02/06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisão inicial da pasta de relatórios de avaliação dos ACS</li> <li>- Entrevista com Dra. Catarina</li> </ul>
Trabalho de campo no Município de Cacuaco	03/06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estivemos acompanhados dos coordenadores Pascoal e Dinis</li> <li>- Encontro com a Chefe da Repartição Municipal de Saúde Dra. Joana</li> <li>- Visita ao Centro de Saúde de Cacuaco Sede</li> <li>- Encontro com um grupo de 15 ACS no bairro de Balumuca – realização de 2 grupos focais</li> <li>- Visita à micro-área de 1 ACS e visita a algumas famílias</li> <li>- Entrevistas com os coordenadores municipais Pascoal e Dinis e com o Coordenador de bairro</li> </ul>
Trabalho de campo no Município de Sambizanga	04/06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estivemos acompanhados da coordenadora Anabela</li> <li>- Encontro com a Chefe da Repartição Municipal de Saúde Dra. Afra</li> <li>- Encontro com um grupo de aproximadamente 20 ACS na Comuna Ngola Kiluanje – realização de 2 grupos focais</li> <li>- Entrevistas com os coordenadores municipais Capitão e Maria Antónia</li> <li>- Visita à micro-área de 1 ACS e visita a algumas famílias</li> </ul>
Trabalho de campo no Município de Samba	05/06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estivemos acompanhados das coordenadoras Nazaré e Teresa</li> <li>- Encontro com a chefe da Secção de Saúde Pública Sra. Suzana</li> <li>- Encontro com um grupo de aproximadamente 12 ACS no Benfica, área rural – realização de um grupo</li> </ul>

		<p>focal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevistas com as coordenadoras Nazaré e Teresa</li> </ul>
Trabalho de campo no Município de Kilamba Kiaxi	08/06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estivemos acompanhados do coordenador António João</li> <li>- Encontro com o coordenador Cruz Manuel na Repartição Municipal de Saúde</li> <li>- Encontro com um grupo de aproximadamente 15 ACS na Comuna Havemos de Voltar – realização de um grupo focal</li> <li>- Entrevistas com os coordenadores Cruz e Marta</li> </ul>
Trabalho de campo no Município de Cazenga	09/06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estivemos acompanhados dos coordenadores Nimi, Casimiro e Avelino</li> <li>- Encontro com o chefe da Repartição Municipal de Saúde, Dr. Zola</li> <li>- Encontro com um grupo de aproximadamente 20 ACS – realização de 2 grupos focais</li> <li>- Caminhada por uma micro-área e visitas a algumas famílias</li> <li>- Entrevistas com os coordenadores Casimiro, Nimi e Avelino</li> </ul>
Trabalho de campo no Município de Viana	10/06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estivemos acompanhados dos coordenadores Menezes e Georgina</li> <li>- Encontro com a Chefe de Repartição Municipal, Dra. Elsa</li> <li>- Encontro com um grupo de aproximadamente 10 ACS no Bairro km 9 – realização de um grupo focal</li> <li>- Encontro com um grupo de aproximadamente 5 ACS no Bairro km 12 – realização de um grupo focal</li> <li>- Entrevistas com os coordenadores Menezes e Georgina</li> </ul>
Trabalho com Coordenadores Municipais na DPSL	11/06	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabalho com os Coordenadores do Cacucó Dinis e Pascoal sobre os relatórios de avaliação e introdução ao uso do Excel para informatizar os dados</li> <li>- Trabalho com os Coordenadores de Sambizanga Capitão e Maria Antónia sobre os relatórios de avaliação, dificuldades no preenchimento, como está o processo de supervisão e avaliação</li> <li>- Trabalho com os Coordenadores de Cazenga Casimiro e Avelino sobre os relatórios de avaliação, preenchimento e fluxo de supervisões, sugestões melhorar o processo de avaliação.</li> <li>- Entrevista com a Coordenadora Ana Isabel</li> <li>- Encontro com Dr. António Correia para discutir a institucionalização da formação dos coordenadores dos ACS em relação com a Escola Técnica Profissional em Saúde</li> <li>- Visita à Escola Técnica Profissional em Saúde e encontro com o Director Pedagógico com o objectivo</li> </ul>

		de discutir as possibilidades de cooperação entre a ETPS e a Escola Politécnica Joaquim Venâncio da FIOCRUZ para o desenvolvimento de uma especialização técnica para os coordenadores dos ACS.
Trabalho com Coordenadores Municipais na DPSL	12/06	- Trabalho com os Coordenadores de Kilamba Kiayi Cruz e Marta sobre os relatórios de avaliação, preenchimento e fluxo de supervisões, sugestões para melhorar o processo de avaliação.
Trabalho de campo em Cacucaco	15/06	- Visita ao centro de saúde de Cacucaco Sede – sala de parto e sector de obstetrícia - Visita a uma família acompanhada do ACS Carlos entrevista com uma mãe com bebé de 2 meses - Trabalho com Dinis e Pascoal sobre os relatórios de avaliação
Encontro no Instituto Superior de Enfermagem, com presença da Decana, vice-decano e outros docentes  Passagem por Kilamba Kiayi	16/06	- Reunião para partilhar o projecto de cooperação e saber do interesse do ISE em se envolver na formação dos ACS, assim como no intercambio de profissionais para pós-graduação e graduação no Brasil.  - Conversa com Cruz e com o responsável do sector de Saúde Pública para saber sobre a participação dos ACS no programa da malária que está sendo implementado pelos médicos cubanos
Encontro com docentes do ISE e Dra. Catarina no Hospital Pediátrico  Participação na Sessão Clínica do Hospital Pediátrico  Trabalho de campo no Cazenga	17/06	- O objectivo da reunião foi de discutir como se poderia integrar o ISE na formação dos coordenadores dos ACS.  - Convidados pelo Director Pedagógico do Hospital Pediátrico Dr. Joaquim Van-Dúnem Camila, Carlile e Márcia apresentaram a experiência em atenção primária no Brasil e o andamento do projecto de cooperação com Angola sobre o Programa dos ACS.  - Visita a uma micro-área e a algumas famílias, acompanhada do coordenador Casimiro e do ACS Pedro.
Trabalho na DPSL com Coordenadores do Programa  Encontro com o Decano da Faculdade de Medicina da UAN  Reunião de fechamento com participação das autoridades de saúde da Província de Luanda:	18/06	- Finalização do Relatório de Actividades  - Reunião para discutir as possibilidades de cooperação entre as instituições de ensino Brasileiras e Angolanas  - Apresentação e discussão do relatório de actividades da Equipa Brasileira e planificação das actividades futuras

<p>Dra. Isilda Neves, Dr. Vita Vemba, Dra Catarina Oatanha, Dra. Isabel Massocolo. Dr. Antonio Correia e Dr. Nkanga Guimarães do UNICEF. Com presença da assessora do Governo Provincial, Dra. Cesarina.</p>		
<p>Confraternização de despedida</p>		

No total, foram realizados 10 grupos focais com ACS, 12 entrevistas com Coordenadores Municipais, 2 entrevistas com Coordenadores a nível Provincial e 1 entrevista com o responsável do UNICEF.

### **IMPRESSÕES:**

Ao longo das 3 semanas de visita, a partir do trabalho de campo e de outras actividades realizadas, é possível colocar algumas impressões, referentes aos pontos fortes e aos constrangimentos/desafios.

- **Pontos positivos percebidos**

- **Aumento da procura nas unidades de saúde (consultas pré-natais, partos, consultas pós-parto e puericultura).** Este ponto foi colocado em todos os Municípios como uma das principais mudanças percebidas após a introdução dos ACS. Alguns aspectos relevados com frequência pelas famílias foram a melhora do acesso às unidades de saúde a partir do encaminhamento dos ACS e a gratuidade do atendimento.
- **Tratamento da água com hipoclorito como contribuição para diminuir casos de cólera e outras doenças transmitidas pela água.** Este ponto apareceu na maioria dos Municípios como um dos principais pontos positivos após a introdução dos ACS.
- **Uso do mosquiteiro pelas gestantes e crianças.** Apesar da frequente escassez de mosquiteiros, as famílias que o recebem estão adquirindo o hábito de usá-lo. Algumas famílias estão insistindo com os ACS para a aquisição dos mosquiteiros.
- **Vínculo com as famílias da micro-área de trabalho.** Percebemos que um grande diferencial do trabalho do ACS tem sido o desenvolvimento de um trabalho baseado no território onde vivem, o que possibilita uma proximidade maior com as famílias. Ainda, o trabalho de mapeamento parece ter um grande valor na divisão das áreas de trabalho e no conhecimento do território.
- **Desenvolvimento de um sistema de registo de dados.** O ACS, como conhece e visita todas as famílias da sua micro-área de trabalho, tem acesso às informações mais reais, pois pode obter dados não somente das pessoas



que vão até a unidade de saúde. Assim, é possível conhecer o número real de pessoas que lá habitam, identificando gestantes, crianças e outras pessoas em situação vulnerável e registando os dados referentes à sua saúde. O facto de ter acesso continuado às famílias nos seus domicílios é um diferencial importante para o desenvolvimento de um sistema de informação com dados confiáveis.

- **Empenho dos coordenadores na continuidade do Programa.** Percebemos que existe uma dedicação importante de alguns coordenadores, que pode ser um factor de contribuição para atingir os objectivos do Programa. No entanto, percebemos que existe uma heterogeneidade entre os Municípios quanto à evolução do Programa. Isso pode estar relacionado às diferenças quanto à formação dos coordenadores, supervisores e ACS, mais fortalecida em alguns Municípios do que em outros.
- **Reconhecimento da importância do trabalho do ACS pelas famílias acompanhadas e por alguns profissionais de saúde.**
- **Desafios para a continuidade e o fortalecimento do Programa**
  - **Alimentação contínua do sistema de informações, garantindo o fluxo dos dados desde o ACS até a Província.** Pensamos que é oportuno reforçar a formação neste aspecto para que os dados sejam devidamente registados e possam servir de material de análise para mostrar os resultados do Programa, identificando objetivamente pontos fortes e dificuldades no intuito de trazer melhorias. Outro desafio é trabalhar com a informatização dos dados de monitoramento e avaliação do Programa, ou seja, com a criação de um banco de dados.
  - **Fortalecer o processo de trabalho entre coordenadores, supervisores e ACS.** Também pensamos que é oportuno, através da formação contínua, reforçar a integração entre os ACS, Coordenadores Municipais e Provinciais do Programa.
  - **Fortalecer a ligação do Programa com as Unidades de Saúde.** Percebemos que algumas unidades de saúde não conhecem bem o trabalho do ACS e, portanto, seria importante reforçar essa relação a fim de aumentar a resolutividade nos encaminhamentos dos utentes e de resolver alguns constrangimentos que porventura persistem em algumas unidades, como as cobranças nos atendimentos.
  - **Ampliar a inserção dos ACS em outras acções educativas na comunidade.** Um exemplo importante que foi observado foi a participação dos ACS no Programa de Controle do Vector transmissor da malária no Município de Kilamba Kiayi.

- **Conduzir avaliações para mostrar o impacto do Programa.** Com a alimentação contínua do sistema de informações, será possível analisar os dados de forma sistemática e inferir sobre os resultados do Programa na saúde da população. Também seria importante reforçar a avaliação qualitativa do processo de trabalho dos ACS do ponto de vista dos coordenadores, dos ACS e das famílias acompanhadas.
- **Fortalecimento da formação dos coordenadores e dos ACS.** Percebemos que um ponto importante para fortalecer e expandir o Programa com a inclusão de novos ACS é a formação contínua. Este foi um ponto que apareceu em todos os Municípios como sugestão. Assim, seria importante fortalecer a formação dos coordenadores e dos supervisores nesta altura. Outro desafio é integrar as instituições de ensino, como o Instituto Superior de Enfermagem e a Escola Técnica Profissional em Saúde, nessa formação. A institucionalização da formação poderá contribuir para o reconhecimento e o enquadramento dos ACS no sistema de saúde.
- **Atingir 100% de cobertura em pelo menos um Município e investir no seu bom funcionamento para que seja referência para a expansão do Programa para os outros Municípios da Província de Luanda e também para as outras Províncias.** Percebemos a importância de ter uma área que sirva de referência para o Programa, com cobertura total e bom funcionamento, inclusive para servir de pólo de formação para novas áreas e também como campo de estágio curricular para estudantes de Angola e do Brasil.
- **Maior divulgação do trabalho dos ACS na mídia (rádio e TV principalmente).** Este ponto surgiu na maioria dos Municípios como sugestão para reforçar a sensibilização da população sobre o trabalho dos ACS.
- **Publicações dos resultados do Programa para disseminar a experiência.** A partir das avaliações, será possível divulgar a experiência e seus resultados através de relatórios e artigos. Seria também uma forma importante de dar visibilidade e credibilidade ao Programa.
- **Enquadramento do ACS, seu vínculo de trabalho e remuneração.** Este ponto, que consta entre as recomendações e conclusões do Conselho Consultivo da DPSL realizado no mês de Maio de 2009, foi mencionado em todos os Municípios. Houve consenso que este é um dos grandes desafios para o Programa nos próximos meses ou anos. A regularidade da remuneração foi apontada como fator importante para a motivação do trabalho dos ACS.

## **ENCAMINHAMENTOS:**

A partir das impressões colocadas acima, propomos os seguintes encaminhamentos como plano de continuidade para este projecto.

- Colocar em prática um Programa de formação continuada dos coordenadores e supervisores (Proposta em documento anexo). Ficou encaminhado também o contacto da DPSL com os docentes do ISE para promover a integração desta instituição nas actividades.
- Revisar as fichas de avaliação para mantê-las o mais simples e funcionais possível. Isso facilitará a coleta e a análise dos dados.
- Como parte da formação, trabalhar no desenvolvimento de um banco de dados para alimentar o sistema de informação para monitoramento e avaliação do Programa, o que possibilitará também o acompanhamento das estatísticas vitais.
- Programar a ida dos participantes Angolanos neste projecto para o Brasil em Novembro/Dezembro de 2009. Esta ida tem o objectivo de promover o intercâmbio entre as instituições envolvidas com ênfase nos seguintes pontos:
  - Trabalho com epidemiologia e sistema de informação em Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
  - Conhecer o programa de formação de ACS no Ceará.
  - Fazer contactos com as universidades públicas (UFC, UNILAB, UFRGS) para formular propostas de intercambio em formação e pesquisa.
  - Participar do X Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade em Florianópolis, Santa Catarina.

*A Equipa Brasileira agradece a receptividade dos Parceiros da Direcção Provincial de Saúde de Luanda, do UNICEF, dos Chefes das Repartições Municipais de Saúde, dos Coordenadores Municipais dos ACS, dos Coordenadores de Bairro e dos Agentes Comunitários de Saúde, que possibilitaram o bom andamento do trabalho.*

## ANEXO H

### CNPQ PROAFRICA - PROJETO “DESENVOLVENDO SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM ANGOLA: PROPOSTA PARA AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE LUANDA”

#### VISITA DOS PESQUISADORES ANGOLANOS AO BRASIL RELATÓRIO DE ATIVIDADES

**Período da visita: 26 de novembro a 13 de dezembro de 2009**

**Apoio: Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)**

#### **Instituições Participantes nessa visita:**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Direção Provincial de Saúde de Luanda

Universidade Federal do Ceará (UFC)

FIOCRUZ – Núcleo do Ceará

Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (Sobral, Ceará)

#### **Equipe angolana presente no Brasil:**

Catarina Oatanha – DPS de Luanda

*O pesquisador angolano Nkanga Guimarães teve a sua viagem ao Brasil cancelada devido à necessidade de sua permanência em Angola para concluir atividades em sua instituição de origem (UNICEF).*

#### INTRODUÇÃO

Dentro deste projeto conjunto, os momentos de encontro entre os pesquisadores brasileiros e angolanos envolvidos são os momentos mais importantes para a realização das atividades planejadas, de forma a contemplar a ideia de construir coletivamente os resultados deste trabalho. Assim, as missões de visita, como esta, são fundamentais para vivenciar, pensar, discutir, aprender e planejar conjuntamente as ações no âmbito da cooperação.

Neste momento, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de Luanda conta com cerca de 2800 ACS formados. A expansão prevista não foi efetuada por falta de financiamento, de forma que o PACS está enfrentando uma situação de risco para a sua sustentabilidade. Há indícios de que a crise econômica mundial teve grande impacto em Angola, reduzindo sobremaneira o orçamento do setor saúde e das políticas públicas como um todo. Os subsídios dos ACS estão atrasados em muitos meses, o que pode estar ocasionando uma desmotivação generalizada dos ACS. Dessa forma, consideramos este um momento crucial para produzir resultados de avaliação do PACS, esperando que a demonstração de um impacto positivo na saúde das comunidades cobertas pelos ACS sirva de subsídio para um maior investimento político no Programa. Consideramos que o PACS de Luanda, como programa piloto, tem um grande potencial em “abrir as portas” para uma abordagem em atenção primária à saúde mais ampla, como no caso do Brasil, onde o PACS evoluiu para o Programa Saúde da Família.

### OBJETIVOS DA VISITA

- Oportunizar a experiência de conhecer o Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da UFRGS e seus principais projetos, assim como serviços de APS em Porto Alegre.
- Oportunizar a participação da equipe angolana no 10º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, com o Simpósio “Experiências de Cooperação Internacional em Atenção Primária à Saúde”.
- Oportunizar o contato com o Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, FIOCRUZ - Núcleo Ceará e Escola de Formação em Saúde da Família de Sobral.
- Através dos contatos estabelecidos, fortalecer as redes de contatos e parcerias entre instituições e profissionais angolanos e brasileiros.
- Melhorar e atualizar a base de dados do PACS de Luanda.
- Planejar os próximos passos do projeto, principalmente a possibilidade de um inquérito para avaliação do PACS em um dos municípios onde está sendo implantado.

### ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Atividade	Data
Visita à Unidade de Saúde Barão de Bagé (Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição)	27/11
Reunião com professores do PPG de Epidemiologia da UFRGS e visita aos projetos	27/11
Trabalho com a planilha de dados do PACS de Luanda	30/11
Discussão sobre a proposta de avaliação do PACS de Luanda	30/11
Apresentação do PACS de Luanda ao Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde	30/11
Trabalho com a planilha de dados do PACS de Luanda	01/12
Apresentação do PACS de Luanda no Seminário Epi às 5 do PPG de Epidemiologia	01/12
Reunião de fechamento com os pesquisadores do PPG de Epidemiologia	02/12
Visita à Unidade da Estratégia Saúde da Família Beco dos Coqueiros	02/12
Participação no Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade	03/12
Participação no Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade	04/12
Participação no Congresso Brasileiro de Medicina de Família e	05/12

Comunidade	
Deslocamento para Fortaleza, Ceará	06/12
Visita à FIOCRUZ – Núcleo Ceará	07/12
Preparação da apresentação sobre a saúde em Angola	08/12
Reunião com Prof <sup>a</sup> Márcia Machado	08/12
Visita ao IPREDE	09/12
Apresentação “Saúde em Angola” no Almoço Científico do Departamento de saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará	09/12
Visita à Secretaria Estadual de Saúde do Ceará	09/12
Visita da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia em Sobral	10/12
Visita à Secretaria Municipal de Saúde de Sobral	10/12
Apresentação do PACS de Luanda na reunião da equipe da Unidade de Saúde COELCI	10/12
Participação no grupo de pesquisa sobre Participação e Afetividade	10/12
Visita ao Projeto Trevo de Quatro Folhas	11/12
Encontro com Yves Talbot	11/12

**COLABORADORES:** Bruce Duncan, Erno Harzheim, Álvaro Vigo, Sotero Mengue, Paulo Fontanive, Sílvia Takeda, Carlile Lavor, Míria Lavor, Maria Idalice Barbosa, Márcia Machado

#### **IMPRESSÕES GERAIS SOBRE A VISITA:**

Ao longo das 3 semanas de visita, a partir do trabalho de campo e de outras actividades realizadas, é possível colocar algumas impressões, referentes aos pontos fortes e aos constrangimentos/desafios.

- **Pontos positivos percebidos**

- **Aumento da procura nas unidades de saúde (consultas pré-natais, partos, consultas pós-parto e puericultura).** Este ponto foi colocado em todos os Municípios como uma das principais mudanças percebidas após a introdução dos ACS. Alguns aspectos relevados com frequência pelas famílias foram a melhora do acesso às unidades de saúde a partir do encaminhamento dos ACS e a gratuidade do atendimento.
- **Tratamento da água com hipoclorito como contribuição para diminuir casos de cólera e outras doenças transmitidas pela água.** Este ponto apareceu na maioria dos Municípios como um dos principais pontos positivos após a introdução dos ACS.
- **Uso do mosquiteiro pelas gestantes e crianças.** Apesar da freqüente escassez de mosquiteiros, as famílias que o recebem estão adquirindo o hábito de usá-lo. Algumas famílias estão insistindo com os ACS para a aquisição dos mosquiteiros.

- **Vínculo com as famílias da micro-área de trabalho.** Percebemos que um grande diferencial do trabalho do ACS tem sido o desenvolvimento de um trabalho baseado no território onde vivem, o que possibilita uma proximidade maior com as famílias. Ainda, o trabalho de mapeamento parece ter um grande valor na divisão das áreas de trabalho e no conhecimento do território.
- **Desenvolvimento de um sistema de registo de dados.** O ACS, como conhece e visita todas as famílias da sua micro-área de trabalho, tem acesso às informações mais reais, pois pode obter dados não somente das pessoas que vão até a unidade de saúde. Assim, é possível conhecer o número real de pessoas que lá habitam, identificando gestantes, crianças e outras pessoas em situação vulnerável e registando os dados referentes à sua saúde. O facto de ter acesso continuado às famílias nos seus domicílios é um diferencial importante para o desenvolvimento de um sistema de informação com dados confiáveis.
- **Empenho dos coordenadores na continuidade do Programa.** Percebemos que existe uma dedicação importante de alguns coordenadores, que pode ser um factor de contribuição para atingir os objectivos do Programa. No entanto, percebemos que existe uma heterogeneidade entre os Municípios quanto à evolução do Programa. Isso pode estar relacionado às diferenças quanto à formação dos coordenadores, supervisores e ACS, mais fortalecida em alguns Municípios do que em outros.
- **Reconhecimento da importância do trabalho do ACS pelas famílias acompanhadas e por alguns profissionais de saúde.**
- **Desafios para a continuidade e o fortalecimento do Programa**
  - **Alimentação contínua do sistema de informações, garantindo o fluxo dos dados desde o ACS até a Província.** Pensamos que é oportuno reforçar a formação neste aspecto para que os dados sejam devidamente registados e possam servir de material de análise para mostrar os resultados do Programa, identificando objetivamente pontos fortes e dificuldades no intuito de trazer melhorias. Outro desafio é trabalhar com a informatização dos dados de monitoramento e avaliação do Programa, ou seja, com a criação de um banco de dados.
  - **Fortalecer o processo de trabalho entre coordenadores, supervisores e ACS.** Também pensamos que é oportuno, através da formação contínua, reforçar a integração entre os ACS, Coordenadores Municipais e Provinciais do Programa.

- **Fortalecer a ligação do Programa com as Unidades de Saúde.** Percebemos que algumas unidades de saúde não conhecem bem o trabalho do ACS e, portanto, seria importante reforçar essa relação a fim de aumentar a resolutividade nos encaminhamentos dos utentes e de resolver alguns constrangimentos que porventura persistem em algumas unidades, como as cobranças nos atendimentos.
- **Ampliar a inserção dos ACS em outras ações educativas na comunidade.** Um exemplo importante que foi observado foi a participação dos ACS no Programa de Controle do Vector transmissor da malária no Município de Kilamba Kiaxi.
- **Conduzir avaliações para mostrar o impacto do Programa.** Com a alimentação contínua do sistema de informações, será possível analisar os dados de forma sistemática e inferir sobre os resultados do Programa na saúde da população. Também seria importante reforçar a avaliação qualitativa do processo de trabalho dos ACS do ponto de vista dos coordenadores, dos ACS e das famílias acompanhadas.
- **Fortalecimento da formação dos coordenadores e dos ACS.** Percebemos que um ponto importante para fortalecer e expandir o Programa com a inclusão de novos ACS é a formação contínua. Este foi um ponto que apareceu em todos os Municípios como sugestão. Assim, seria importante fortalecer a formação dos coordenadores e dos supervisores nesta altura. Outro desafio é integrar as instituições de ensino, como o Instituto Superior de Enfermagem e a Escola Técnica Profissional em Saúde, nessa formação. A institucionalização da formação poderá contribuir para o reconhecimento e o enquadramento dos ACS no sistema de saúde.
- **Atingir 100% de cobertura em pelo menos um Município e investir no seu bom funcionamento para que seja referência para a expansão do Programa para os outros Municípios da Província de Luanda e também para as outras Províncias.** Percebemos a importância de ter uma área que sirva de referência para o Programa, com cobertura total e bom funcionamento, inclusive para servir de pólo de formação para novas áreas e também como campo de estágio curricular para estudantes de Angola e do Brasil.
- **Maior divulgação do trabalho dos ACS na mídia (rádio e TV principalmente).** Este ponto surgiu na maioria dos Municípios como sugestão para reforçar a sensibilização da população sobre o trabalho dos ACS.



- **Publicações dos resultados do Programa para disseminar a experiência.** A partir das avaliações, será possível divulgar a experiência e seus resultados através de relatórios e artigos. Seria também uma forma importante de dar visibilidade e credibilidade ao Programa.
- **Enquadramento do ACS, seu vínculo de trabalho e remuneração.** Este ponto, que consta entre as recomendações e conclusões do Conselho Consultivo da DPSL realizado no mês de Maio de 2009, foi mencionado em todos os Municípios. Houve consenso que este é um dos grandes desafios para o Programa nos próximos meses ou anos. A regularidade da remuneração foi apontada como fator importante para a motivação do trabalho dos ACS.

### **ENCAMINHAMENTOS/PLANEJAMENTO PARA A CONTINUIDADE DO TRABALHO:**

A partir das impressões colocadas acima, propomos os seguintes encaminhamentos como plano de continuidade para este projecto.

- Colocar em prática um Programa de formação continuada dos coordenadores e supervisores (Proposta em documento anexo). Ficou encaminhado também o contacto da DPSL com os docentes do ISE para promover a integração desta instituição nas actividades.
- Revisar as fichas de avaliação para mantê-las o mais simples e funcionais possível. Isso facilitará a coleta e a análise dos dados.
- Como parte da formação, trabalhar no desenvolvimento de um banco de dados para alimentar o sistema de informação para monitoramento e avaliação do Programa, o que possibilitará também o acompanhamento das estatísticas vitais.
- Programar a ida dos participantes Angolanos neste projecto para o Brasil em Novembro/Dezembro de 2009. Esta ida tem o objectivo de promover o intercâmbio entre as instituições envolvidas com ênfase nos seguintes pontos:
  - Trabalho com epidemiologia e sistema de informação em Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
  - Conhecer o programa de formação de ACS no Ceará.
  - Fazer contactos com as universidades públicas (UFC, UNILAB, UFRGS) para formular propostas de intercambio em formação e pesquisa.

- Participar do X Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade em Florianópolis, Santa Catarina.

## **COMBINAÇÕES DE ACTIVIDADES APÓS A VISITA AO BRASIL**

### **1-ATUALIZAÇÃO DA BASE DE DADOS**

- a. Rever/buscar todos os relatórios que não se encontram na base de dados até o mês corrente.
  - i. Listar todos os relatórios em falta por Município
  - ii. Solicitar aos coordenadores municipais os relatórios em falta
- b. Conferir os dados que estão em amarelo (onde provavelmente houve algum erro)
  - i. Convocar uma reunião com os coordenadores municipais e discutir esses dados (imprimir a base de dados)
- c. Mandar cópias dos relatórios em falta pela Vanira/André
- d. Atualizar a base de dados com os relatórios em falta

### **2-PLANEJAMENTO DO INQUÉRITO PARA MAIO/JUNHO**

- a. Verificar viabilidade do inquérito (até 15 de Fevereiro)
  - i. Camila vai enviar o projeto (com orçamento) por e-mail para Catarina com cópia para o Nkanga ainda em Dezembro. Para mapeamento pré, prever pagamento de alguns ACS (~10).
  - ii. Falar com Dra. Isilda. Ver possibilidade de apoio em transporte com a DPS ou o próprio município.
  - iii. Conversar com coordenadores municipais e chefes de repartição para ver o interesse, lançar o desafio. Ver qual é o município que está melhor organizado.
  - iv. Falar com Dr. Nkanga sobre possibilidades de apoio pelo UNICEF (financeiro, hospedagem, transporte, alimentação, pagamento do pessoal local que irá facilitar)
- b. Uma vez confirmada a viabilidade e o interesse, trabalhar na preparação:
  - i. Brasil: preparação dos questionários, entrevistadores, busca de recursos, material de logística (balanças, estadiômetros)
  - ii. Angola: mapeamento da área coberta e da não coberta (ter os mapas em mãos), seleção dos facilitadores, ajudar na formulação do questionário

### **3-OUTROS**

- a. Camila envia por e-mail relatório da visita com introdução
- b. Catarina envia por e-mail o seu relatório da visita

## **ANEXO I**

### **ANÁLISE QUALITATIVA DE ENTREVISTAS E GRUPOS FOCAIS: TABELA DE CATEGORIAS E TEMAS**

CATEGORIA: MOTIVAÇÕES/DESEJOS DO ACS								
Temas	GF Cacuaco	GF Sambiz	GF Samba	GF K.Kiayi	GF Cazenga	GF Viana	Coord. Municipal	Coord. Provincial
Técnico enfermagem desempregado	XX		X					
Sonho de ser médico	XX	X						
Ex-militar desocupado	X		X					
Única ocupação é ACS	X							
Espírito de Serviço à comunidade		X	X		XX		X	
Pertencimento (medidas Tb o atingem)					XX			
Espírito de liderança e responsabilidade					X			
Discurso religioso: ACS tem que ter boa imagem e bom comportamento					XX			
CATEGORIA: PERFIL DO COORDENADOR								
Temas	Coord. Cacuaco	Coord. Sambiz	Coord. Samba	Coord. K.Kiayi	Coord. Cazenga	Coord. Viana		Coord. Provincial
TMS trabalhando na US		X			X			
TBS ou TMS trabalhando na Repartição			X	X		X		
Estudando (faculdade)	X			X				
Dedicação exclusiva	X							
Coordenador é, antes de tudo, ser um líder	X							
Identificação ideológica: Sonho de trabalhar na saúde pública, com prevenção	X							
CATEGORIA: FUNÇÃO DO ACS E OBJETIVOS DO PACS								
Temas	GF Cacuaco	GF Sambiz	GF Samba	GF K.Kiayi	GF Cazenga	GF Viana	Coord. Municipal	Coord. Provincial
Elo de ligação entre comunidade e serviço de saúde				X	XX		XX	XX
Melhoria das competências familiares ligadas as principais causas de doença e de morte							XX	X
Objetivo de reduzir a mortalidade materno-infantil – melhorar a saúde materno-infantil							XXXX	XX
ACS como figura-guia para US se voltar mais para a comunidade								X
Mobilizar, convencer as pessoas para procurarem a US Levar as pessoas para a US	X	XXX	X	X			XXXXX	X
Acompanhar crianças e grávidas					X	X	X	X
Prevenção, informação e educação	X	X	X			X	X	X
Identificar precocemente ocorrência de doenças e encaminhar para US para tratamento	X		X	X	X		X	
Estimular (dar coragem) e aconselhar as mães a levarem crianças à US e irem ao pré-natal		XX			X	X	X	
Acompanhar a saúde das famílias		XX	X		X			235
Identificar doenças potencialmente endêmicas e atuar quando há surtos						X	X	

Mudar um comportamento negativo para positivo – desestimular métodos tradicionais				XX		X	X	
Ensinar métodos de prevenção				XXXX		XX		
Ajudar no censo populacional				X				
Estimular a manter a casa limpa, sem lixo, sem águas paradas					X	XX		
É um agente de mudança					X	X		
Orientar para os cuidados primários de saúde								X
Notificar todos os problemas de saúde da comunidade							X	
Conscientizar para o recenseamento eleitoral								X
Alertar as famílias para os perigos da comunidade								X
Ajudar no registro civil das crianças	X							X
Participar das campanhas de vacinação			X		X		X	
Fazer palestras e outras atividades educativas (teatro)						X	X	
Ajudar em procedimentos funerários quando alguém morre				X				
Desinfestação das águas, pulverização							X	
Informa aos coordenadores ou à Repartição Municipal sobre as cobranças nas US								X

**CATEGORIA: FORMAÇÃO**

Temas	GF Cacucaco	GF Sambiz	GF Samba	GF K.Kiayi	GF Cazenga	GF Viana	Coord. Municipal	Coord. Provincial
Característica Teórico-prática da formação – descrevendo como funciona				XX			XX	X
Característica contínua da formação – descrevendo o processo			X					
Aprendem a identificar doenças e algumas técnicas básicas de manejo (ex. dar banho na criança com febre)			X					
Pedindo formação técnica em enfermagem, como primeiros socorros, diagnóstico e tratamento das doenças mais comuns		X	XXXXX	XXXXX	XXX			
Pedindo formação sobre administração de fármacos			X					
Pedindo formação específica para ACS, feita por outro ACS, contemplando aspectos sociais						X		
O que foi aprendido na formação não pode ser praticado por falta de materiais no dia-a-dia						X		
Sugerindo novos conteúdos e “refrescamentos”							XX	

**CATEGORIA: RELAÇÃO DO ACS COM US**

Temas	GF Cacucaco	GF Sambiz	GF Samba	GF K.Kiaxi	GF Cazenga	GF Viana	Coord. Municipal	Coord. Provincial
ACS reconhecido como facilitador do acesso à US: atendimentos mais rápidos, ACS conhece os detalhes do funcionamento da US (sabe dizer horas de funcionamento, setores onde há cobranças),	x				x	x	x	
ACS pouco valorizado pelos técnicos da US; ACS não reconhecido como "elo de ligação", receptividade ruim, técnicos desconhecem atividade do ACS.	x		x	xxxxx	x	xx		
ACS fica "mal" porque encaminha para a US, mas a pessoa não consegue ser atendida ou é mal atendida ou acaba tendo que pagar ou encontra informações diferentes	x			xx	xx	x	xxxxx	
ACS como "pedra no sapato" dos técnicos da US, porque estes passam a ter que trabalhar mais para atender uma demanda maior, não podem fazer cobranças, têm que cumprir com certas coisas orientadas pelos ACS		x			x		xx	
Técnicos de saúde passaram por um processo de sensibilização e passaram a aceitar melhor o trabalho do ACS	x						xxx	
ACS cria constrangimento, porque quer que os seus clientes sejam atendidos antes		x					xx	
ACS só é bem recebido nos centros onde houve alguma sensibilização, fora disso, são mal recebidos					x			

CATEGORIA: COTIDIANO DE TRABALHO								
Temas	GF Cacucaco	GF Sambiz	GF Samba	GF K.Kiayi	GF Cazenga	GF Viana	Coord. Municipal	Coord. Provincial
Dão orientações para melhorar a limpeza da casa, tratar o lixo, tratar a água e evitar doenças		X	x	x	x		x	
Acompanha pessoalmente até a US se necessário e atua como facilitador do acesso		XX			XX	XX		
Faz palestras no centro de saúde ou outros espaços comunitários sobre diversos temas de saúde					XX			
Manifestações de valorização do trabalho do ACS (oferecem comida, admiração dos técnicos do centro, o ACS se torna conhecido no seu bairro, prestígio)	XX	X			X		X	
Convence as pessoas a ir ao Centro de Saude	XX							
Pelo fato do ACS já ser conhecido na comunidade, não há problemas de timidez	X							
As pessoas passaram a procurar o ACS também, criou-se um vínculo recíproco		X				X		
Rejeição inicial por desconhecimento do ACS (e confundimento com "inquiridores" ligados a partidos políticos ou outro) deu lugar a aceitação	X	X			XX	XX	X	
Rejeição continua acontecendo por acharem que o ACS está ligado à política ou a alguma religião		XX					X	
Aceitação ligada a entrega de materiais e condições (ex. hipoclorito, mosquiteiro), falta de materiais gera descrédito	X		XX		X	XX	X	
Aceitação ligada a boa apresentação do ACS	X							
Importante fazer-se aceitar pelo chefe de família para ter acesso às grávidas	X	X						

CATEGORIA: ORGANIZAÇÃO DE VISITAS								
Temas	GF Cacucaco	GF Sambiz	GF Samba	GF K.Kiaxi	GF Cazenga	GF Viana	Coord. Municipal	Coord. Provincial
Se organiza por relatórios de visitas a grávidas ou crianças	xx							
Se organiza por território: visita parte por parte			xx			x		
Aproveita a proximidade das casas para visitar várias famílias num curto espaço de tempo	x							
É possível visitar todas as famílias mensalmente	x		x	xx	x			
Concilia visitas de ACS com trabalho de autônoma vendedora		x	x					
Trabalham nos dias em que as mães não vão vender, estão em casa (2 vezes por semana, no fim de semana)		x	xx		x			
Consegue visitar uma vez por semana			x		x			
Visita 2 a 3 vezes na semana					x			
Limita os dias de visita porque não recebe o subsídio				x			x	
As visitas que demoram um pouco mais de tempo são aquelas onde há crianças e gestantes. As outras família, é uma passada rápida, devem visitar apenas uma vez no mês.				x	x			
Visita no seu tempo livre, principalmente fins de semana	x			x	x	xxx	x	
Precisam trabalhar muito mais do que as 8 horas estipuladas para cumprir com seus objetivos								xx



CATEGORIA: TRABALHO DO COORDENADOR								
Temas	GF Cacucaco	GF Sambiz	GF Samba	GF K.Kiaxi	GF Cazenga	GF Viana	Coord. Municipal	Coord. Provincial
Cria projetos, capacita os agentes, implementa e avalia							X Cac	
Faz visitas domiciliares em algumas ocasiões para certificar-se de que o trabalho do ACS está a correr bem, se estão realmente visitando, se as famílias conhecem os ACS					X sup		X Cac X Sambiz X Caz X KKiaxi	
Não tem dedicação exclusiva, mas prioriza trabalho no PACS							X Sambiz	
Coordenador municipal também ajuda os coordenadores de bairro							X Sambiz	
Fazem visitas para reforçar a aceitação do ACS, principalmente em famílias que rejeitam					X sup		X Samba X caz	
Convoca reuniões com os ACS quando necessário, por exemplo, em caso de campanha de vacinação					X sup X sup			
Reuniões de avaliação							X Viana X cac X Caz X Samba X Sambiz	
Dá orientação para palestras							X Samba X Viana	
Certifica se os registos estão corretos e se as metas estão sendo atingidas							X KKiaxi	
Coordenador municipal também é coordenador de bairro							X KKiaxi	
Supervisor auxilia os ACS no registo das informações	X sup							

CATEGORIA: MUDANÇAS POSITIVAS (59)								
Temas	GF Cacucaco	GF Sambiz	GF Samba	GF K.Kiayi	GF Cazenga	GF Viana	Coord. Municipal	Coord. Provincial
Aumento da demanda nas US públicas	x	x	xx	xxx		x	X Cacucaco X Sambiz X Viana X Caz	xxx
Melhor organização do funcionamento das US devido ao aumento da demanda								xx
A comunidade aprendeu a tratar a água com hipoclorito	xx		x	x	xxxx	x	X Cacucaco	
Mais mulheres passaram a fazer o pré-natal	xx	x			xx	x	X Cacucaco X Sambiz	
Diminuição dos partos domiciliares							x	
Mais mulheres fazendo consulta pós-parto e aderindo ao planejamento familiar					x			
Mais crianças passaram a ser levadas para vacinar e pesar	xx	x			x	x	X KK X Via X Sambiz	
Diminuiu a mortalidade materna	xx			x	x		X Sambiz	
Diminuiu a mortalidade infantil	x			xx			X Sambiz	
Diminuíram as cobranças na US							X Cacucaco	x
Reduziu o lixo nas comunidades		x			xxx		X Cacucaco	
Melhoraram os hábitos de higiene das famílias em casa		x						
Não houve mais surto de cólera desde o início dos ACS				xx			X KK X Cacucaco	x
Pessoas passaram a utilizar mais o mosquiteiro					xxxx		X Cacucaco	
Mudanças de comportamentos tidos como "negativos" para "positivos"							X Via	
O ACS como "informante" da Seção Municipal de Saúde em relação às cobranças nos postos								x
Diminuição da ocorrência de doenças imunopreveníveis, como pólio e sarampo							x	x



CATEGORIA: <b>DESAFIOS (10) e PERSPECTIVAS (11)</b>								
Temas	GF Cacuo	GF Sambiz	GF Samba	GF K.Kiayi	GF Cazenga	GF Viana	Coord. Municipal	Coord. Provincial
Descentralização do PACS								x
Recursos financeiros para sustentar o Programa								xx
Institucionalização do ACS – ter vínculo administrativo e passar a receber salário								x
Criar uma base de dados para organizar melhor o monitoramento e avaliação								x
Conquistar melhor afinidade entre ACS e técnicos de saúde nas US							X Cacuo	
Expandir o Programa para outros bairros, municípios e ao nível nacional							X Samb X KK X Caz	x
O PACS tem que mostrar bons resultados								x
CATEGORIA: <b>COOPERAÇÃO COM O BRASIL (11)</b>								
Temas	GF Cacuo	GF Sambiz	GF Samba	GF K.Kiayi	GF Cazenga	GF Viana	Coord. Municipal	Coord. Provincial
Mudança de assistência técnica, consultoria, para forma mais ampla de cooperação, abrangendo instituições do estado								x
Ser porta-voz do ACS, a levar as informações ao governo e advogar pelo Programa e pelo melhor reconhecimento do ACS			x	xx	x			
O Brasil apoiar na formação				x				
Desejo de conhecer o PACS no Brasil	x				x			
Importância de aprender com a experiência brasileira, saber quais os desafios que já ultrapassaram								x
Preocupação de que o programa seja uma cópia do Brasil, sem planejamento adequado para o contexto angolano				x				