AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES DA INFÂNCIA (AIDPI) NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) NO ESTADO DE PERNAMBUCO NO PERIÓDO DE 1998 A 1999.

Dissertação apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (NESC/CPqAM/FIOCRUZ), para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

ERONILDO FELISBERTO

Área de Concentração: Epidemiologia Social e Políticas de Saúde
Orientador: Prof. Eduardo Maia Freese de Carvalho
Co-Orientador: Dr. Ruben Schindler Maggi

Recife, 2001

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca do Instituto Materno Infantil de Pernambuco, IMIP

Felisberto, Eronildo
Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999 / Eronildo Felisberto. -- Recife: 2001. 92 p.
Dissertação (mestrado) - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz.

Área de concentração: Epidemiologia Social e Políticas de Saúde
Orientador: Eduardo Maia Freese de Carvalho

Descritores: 1. AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE 2. AVALIAÇÃO EM SAÚDE 3. AVALIAÇÃO DE ESTRUTURA E PROCESSO 4. ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE 5. SAÚDE DA CRIANÇA 6. ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA 7. Título

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância

AIEPI – Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia

BCG – Bacilo de Calmette e Guérin

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CMS – Conselho Municipal de Saúde

DPT – Difteria, Pertussis, Tétano

FIAM – Fundação de Desenvolvimento Municipal do Interior de Pernambuco

FIBGE – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

FHP – Family Health Programme

FUSAM – Fundação de Saúde Amaury de Medeiros

IMCI – Integrated Management of Childhood Illness

IMIP - Instituto Materno Infantil de Pernambuco

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IRA – Infecção Respiratória Aguda

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONGs – Organizações Não Governamentais

OPAS – Organização Panamericana da Saúde

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAHO – Pan American Heath Organization

PAISC – Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente

PSF – Programa Saúde da Família

PSM – Plena do Sistema Municipal

SES-PE – Secretaria Estadual de Saúde / Pernambuco

SMS – Secretário(a) Municipal de Saúde

SPP – Sociedade de Pediatria de Pernambuco

SUS – Sistema Único de Saúde

TRO – Terapia de Reidratação Oral

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UPE – Universidade de Pernambuco

VPO – Vacina contra Pólio Oral

WHO – World Health Organization

LISTA DE FIGURAS, TABELAS E QUADROS

FIGURA 1 – MODELO ESQUEMÁTICO DO DESENHO DE ESTUDO 28

FIGURA 2 – EVOLUÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE EQUIPES DO PSF EM PERNAMBUCO ATÉ SETEMBRO DE 2000 63

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS 31

TABELA 2 – MUNICÍPIOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO COM PSF E AIDPI IMPLANTADOS – SETEMBRO/2000 37

TABELA 3 – ESCORES OBTIDOS PELOS MUNICÍPIOS A PARTIR DO INSTRUMENTO "VERIFICAÇÃO DOS INSUMOS DA UNIDADE DE SAÚDE" (ANEXO 5) 41

TABELA 4 – ESCORES INDIVIDUAIS E GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBTIDO PELO MUNICÍPIO DE AGRESTINA 43

TABELA 5 – ESCORES INDIVIDUAIS E GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBTIDO PELO MUNICÍPIO DE ÁGUA PRETA 44

TABELA 6 – ESCORES INDIVIDUAIS E GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBTIDO PELO MUNICÍPIO DE BEZERROS 45

TABELA 7 – ESCORES INDIVIDUAIS E GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBTIDO PELO MUNICÍPIO DE BREJÃO 46

TABELA 8 – ESCORES INDIVIDUAIS E GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBTIDO PELO MUNICÍPIO DE CABO DE SANTO AGOSTINHO 47

TABELA 9 – ESCORES INDIVIDUAIS E GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBTIDO PELO MUNICÍPIO DE CAETÉS 48

TABELA 10 – ESCORES INDIVIDUAIS E GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBTIDO PELO MUNICÍPIO DE CARUARU 49

TABELA 11 – ESCORES INDIVIDUAIS E GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBTIDO PELO MUNICÍPIO DE GARANHUNS 50

TABELA 12 – ESCORES INDIVIDUAIS E GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBTIDO PELO MUNICÍPIO DE PASSIRA 51

TABELA 13 – ESCORES INDIVIDUAIS E GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBTIDO PELO MUNICÍPIO DE SALOÁ 52

TABELA 14 – COMPARAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS SEGUNDO O GRAU DE IMPLANTAÇÃO QUANDO APLICADO O SISTEMA DE ESCORES E OS INDICADORES DE PROCESSO 54

QUADRO 1 – REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DOS PRINCIPAIS COMPONENTES DA AIDPI 21

QUADRO 2 – CORRELAÇÃO ENTRE OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS, REFERENCIAL TEÓRICO E INSTRUMENTOS DE COLETA UTILIZADOS 29

QUADRO 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE SELECIONADAS POR MUNICÍPIO 30

QUADRO 4 – VARIÁVEIS E PESOS INDIVIDUAIS UTILIZADOS NO SISTEMA DE ESCORES 34

QUADRO 5 – UNIDADES DE SAÚDE VISITADAS, NÚMERO DE VISITAS DE SEGUIMENTO E PERÍODO DE APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS POR MUNICÍPIO 38

QUADRO 6 – NÚMERO DE PROFISSIONAIS CAPACITADOS E AVALIADOS POR VISITA DE SEGUIMENTO E POR MUNICÍPIO 39

QUADRO 7 – DEMONSTRATIVO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM OS COORDENADORES MUNICIPAIS DO PSF 57

QUADRO 8 – DEMONSTRATIVO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES AVALIADAS (ANEXO 4) 58

QUADRO 9 – DEMONSTRATIVO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM OS COORDENADORES MUNICIPAIS DO PSF ASSOCIADOS AO GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBSERVADO NOS MUNICÍPIOS 60

QUADRO 10 – BASES PROPOSTAS PELA NOB-96 PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE 62

QUADRO 11 – PERCENTUAIS DE INCENTIVOS FINANCEIROS AO PACS E PSF ESTABELECIDOS NA NOB-96 63

RESUMO

FELISBERTO, E. **Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999**. Recife: 2001. Dissertação (mestrado) Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz.

Este trabalho aborda a Atenção Primária à Saúde no Brasil a partir da descrição do conceito, dos objetivos e das principais atividades da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI). Descreve o registro cronológico de como a Organização Mundial da Saúde (OMS) / Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) introduziram a mesma nos países não desenvolvidos, inicialmente nos continentes Asiático e Africano e, posteriormente, na América Latina. Contextualiza, ainda, o processo de implantação no Brasil tomando por referência o estado de Pernambuco, realizando um estudo do tipo avaliativo que incorpora a *avaliação normativa* e promove uma *pesquisa avaliativa*, procurando definir os determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção. Foram selecionadas 33 unidades do Programa Saúde da Família (PSF), de 10 municípios do estado, nos quais a Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE) realiza o monitoramento desde agosto de 1998 e que até dezembro de 1999 deveriam ter recebido três visitas de seguimento. Para definir o Grau de Implantação da estratégia, utilizaram-se dois métodos distintos: um *sistema de escores*, desenvolvido pelo autor, e os indicadores de processo normatizados pela própria estratégia. Nos dois, os municípios são classificados nos níveis *Crítico*, *Insatisfatório* e *Aceitável*. Para a análise da relação entre o grau de implantação da estratégia e o contexto organizacional, utilizou-se o recurso da entrevista. Os resultados mostram que os municípios, de uma maneira geral, apresentam um nível *aceitável* em relação à estrutura necessária, com exceção de um município onde se observa nível *insatisfatório*. Em relação à avaliação do processo, observa-se que dois municípios receberam apenas uma visita de seguimento e que os escores obtidos para ambos, nos dois métodos utilizados, encontram-se no nível *insatisfatório*. Outros quatro municípios receberam duas visitas de seguimento, verificando-se que um deles apresenta classificação no

nível *insatisfatório* no segundo seguimento e outro apresenta nível *crítico* no primeiro seguimento. Já em outros quatro municípios que receberam, cada um, três visitas de seguimento, apenas um obtém escores que o classificam no nível *insatisfatório* nas três avaliações realizadas. Pode-se, ainda, observar, quando se fazem as médias dos escores obtidos nas três visitas de seguimento, que quatro municípios atingem escores médios que os classificam no nível *insatisfatório*. O grau de implantação observado representa um indicador composto das diversas variáveis de estrutura e processo e constitui-se, assim, numa variável dependente quando se analisa sua relação com as características contextuais. Esta análise, entretanto, demonstra que parece não haver associação direta entre os resultados decorrentes das variáveis escolhidas para avaliação do contexto organizacional e os diversos graus de implantação observados nos municípios.

ABSTRACT

FELISBERTO, E. **Implementation Process Evaluation of the Integrated Management Childhood Illness Strategy (IMCI) at the Family Health Programme (FHP) in the state of Pernambuco during the period of 1998 to 1999**. Recife: 2001. Dissertation (Master Course) Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz.

This study focus the Primary Health Care in Brazil from a description of the concept, objectives and main activities of the Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Initiative. It signs up, in a chronological order, how the World Health Organization (WHO)/Pan-American Health Organization (PAHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF) launched this strategy in developing countries, at first in Asian and African continents and afterwards in Latin America. It also characterizes the implementation process in Brazil taking as reference the state of Pernambuco. It is an evaluative study that incorporates the *normative evaluation* and promotes an *evaluative research* which attempts to define the context determinants of the intervention implementation degree. It was selected 33 teams of the Family Health Programme (FHP) from 10 municipalities of the state where the State Health Secretariat carries out the monitoring process since august/1998 and, until december/1999, they might had received three follow-up visits. Two distinct methods were used in order to define the strategy Implementation Degree: a *score system* developed by this author and the process indicators provided by the strategy. For both methods, municipalities are classified in *Critical*, *Insatisfactory* and *Acceptable*. It was used the interviewing approach to analyse the relationship between implementation degree of the strategy and organizational context. Results demonstrates that, generally, municipalities present an *acceptable* degree in relation to the necessary structure, except for one municipality with an i*nsatisfactory* degree. In regard to the process evaluation, two municipalities received only one follow-up visit and their scores degree were *insatisfactory* in the two methods applied. Other four municipalities received two follow-up visits and one of them is classified as *insatisfied* during the second follow-up visit. Another one presents a *critical* degree in the first follow-up visit. Other four municipalities took three follow-up visits and among them, just one is classified at the *insatisfactory* degree

in the three evaluations. Besides, it can be observed that four municipalities achieve mean scores at the *insatisfactory* degree when it is considered the means of scores acquired in the three follow-up visits. The observed implementation degree represents a composed indicator of diverse structure and process variables and it is, therefore, a dependent variable when there is an analysis of its relationship with context characteristics. However, this analysis evidences that perhaps, there is not a direct association among results from the variables chosen to evaluate the organizational context and the various implementation degree observed at the municipalities.

“Primeiro
é a ceifa da infância
a filharada que nasce
mais para morrer
do que para viver
a safra de anjos
que o Brasil oferece ao céu,
dos que, antes de aprender a comer,
a comida mata ou falta.”

José Américo de Almeida, 1937

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15
1. 1 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA 15
1. 2 A ORIGEM DA AIDPI 17
1. 3 AS ESTRATÉGIAS E OS OBJETIVOS DA AIDPI 18
1. 4 AS ATIVIDADES PRECONIZADAS PELA AIDPI 19
1. 5 JUSTIFICATIVA 21

2 OBJETIVOS 24
2. 1 GERAL 24
2. 2 ESPECÍFICOS 24

3 MATERIAL E MÉTODO 25
3. 1 DESENHO DO ESTUDO 25
3. 1. 1 AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA 26
3. 1. 2 AVALIAÇÃO DO PROCESSO 26
3. 1. 3 GRAU DE IMPLANTAÇÃO 26
3. 1. 4 ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO 27
3. 2 ÁREA DO ESTUDO 29
3. 3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS 32

4 RESULTADOS 36
4. 1 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO - Objetivo 1 36
4. 2 AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA - Objetivo 2 38
4. 3 AVALIAÇÃO DO PROCESSO - Objetivo 3 41
4. 4 OS DETERMINANTES CONTEXTUAIS DA IMPLANTAÇÃO - Objetivo 4 55

5 DISCUSSÃO 61
5. 1 O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE 1996 61
5. 2 ANÁLISE DA ESTRUTURA 65
5. 3 ANÁLISE DO PROCESSO 66
5. 4 ANÁLISE DO CONTEXTO 68

6 CONCLUSÕES 74

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO 75

8 RECOMENDAÇÕES 77

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 78

10 ANEXOS 83

ANEXO 1 - Observação do manejo de casos de crianças de 2 meses a 5 anos de idade 83

ANEXO 2 - Observação do manejo de casos de crianças de 1 semana a 2 meses de idade 85

ANEXO 3 – Entrevista com a mãe ou acompanhante 87

ANEXO 4 – Entrevista com o profissional 88

ANEXO 5 – Verificação dos insumos da unidade de saúde 89

ANEXO 6 – Informe resumido da visita 91

ANEXO 7 – Indicadores de processo 92

ANEXO 8 – Questionário para identificação dos determinantes contextuais ... 93

1 INTRODUÇÃO

1. 1 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

Historicamente, de modo particular até a década de 70, os programas de assistência à saúde nos países em desenvolvimento são quase sempre orientados sob a forma de cuidados médico-hospitalares, onde são priorizados esforços de otimização ao tratamento da doença. Nesta mesma ótica, os programas de atenção à saúde infantil se caracterizam principalmente por apresentarem ações e atividades também marcadamente hospitalocêntricas (FELISBERTO et al., 2000).

Com a realização em 1978 da histórica Reunião que culminou com a DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA (1999), constitui-se uma nova escola de pensamento que se contrapõe ao fracasso do modelo até então vigente que, embora buscasse atingir bons indicadores de saúde, estes representavam um custo muito elevado. A Declaração de Alma-Ata introduz a discussão sobre a inter-relação entre doença, pobreza e desenvolvimento sócio-econômico. Neste contexto, o fomento ao desenvolvimento da atenção primária à saúde em nível mundial vem ocupar importante espaço na relação estabelecida entre os países em desenvolvimento e agências internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Banco Mundial e Organizações Não-Governamentais (ONGs). (EHIRI; PROWSE, 1999).

A realização da reunião da "Cúpula Mundial em Favor da Infância" em Nova Iorque, em 1990, ao fazer uma revisão crítica das metas não atingidas da Declaração de Alma-Ata, marca o reconhecimento e a preocupação de governos de países de todo o mundo em estabelecer prioridades concretas para a redução da morbimortalidade da população materna e infantil. Entendia-se, então, como imediata, a necessidade de se investir na melhoria do acesso das populações às medidas de prevenção e promoção da saúde e de uma qualidade mais adequada da atenção prestada por intermédio da rede de serviços. Um dos aspectos reiteradamente propostos foi a necessidade de se avançar para uma maior integração das estratégias e ações (BENGUIGUI et al., 1997).

A estratégia adotada pelo Ministério da Saúde do Brasil - coerente com o Plano Decenal de Saúde das Américas para o período 1971/1980 – que visa incrementar a resolutividade dos serviços de saúde, identificando e priorizando ações básicas de comprovada eficácia e baixa complexidade tecnológica, resulta na implementação

de programas que, no caso específico da assistência infantil, recebe a denominação de "Ações Básicas na Assistência Integral à Saúde da Criança", constituindo, na época, o elemento nucleador da assistência a ser prestada em toda a rede básica de serviços de saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1985; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

Assim, em 1984, a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) tem por objetivo responder ao desafio de enfrentar os fatores condicionantes e determinantes da morbimortalidade na infância no país, promovendo a saúde da criança de forma integral, melhorando a qualidade do atendimento e aumentando a cobertura dos serviços de saúde.

Entretanto, mais de uma década depois, a situação atual da saúde infantil no Brasil representa, ainda, um grande desafio. Embora existam mudanças no perfil da mortalidade infantil com aumento gradual do componente perinatal, convive-se com uma elevada morbimortalidade por doenças preveníveis, como as diarréias e as infecções respiratórias agudas, muitas vezes tendo como causa associada a desnutrição moderada ou grave (PERNAMBUCO. SECRETARIA DA SAÚDE, 1997).

Em Pernambuco, estudo realizado no ano de 1995 para avaliar o grau de implantação das ações do PAISC revela que as mesmas não conseguiram atingir o grau de implantação, a cobertura e a qualidade da atenção adequados na maioria dos municípios avaliados, apesar das ações realizadas nos últimos dez anos (PERNAMBUCO. SECRETARIA DA SAÚDE, 1996).

As dificuldades encontradas em promover a integralidade das ações, no que diz respeito à atenção à saúde oferecida pela maioria dos serviços de atenção primária, podem ser observadas quando se constata que as infecções respiratórias agudas e as doenças diarréicas são as principais causas de consulta e hospitalização em crianças de 0 a 5 anos (PERNAMBUCO. SECRETARIA DA SAÚDE, 1996). Associadas à desnutrição e às doenças preveníveis por vacinação, são elas também as principais causas do uso inadequado ou desnecessário de tecnologias de diagnóstico e de terapêutica por parte dos profissionais de saúde, elevando-se, assim, os custos da atenção e não interrompendo a evolução da doença.

A sobrecarga desses problemas nos serviços representa para estes e para os profissionais de saúde importante fator que afeta a qualidade da atenção prestada, prejudicando partes importantes do processo, resultando em diagnósticos e tratamentos inadequados, consultas "apressadas" com a mãe ou acompanhante,

perdendo-se, muitas vezes, oportunidades de detecção precoce de eventos e de adoção de medidas preventivas como a vacinação e a orientação quanto à alimentação, ao tratamento da criança em casa e de como evitar ou reduzir fatores de risco (OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1996).

Dentro desse contexto, impõe-se a necessidade de refletir sobre como se apresentam os serviços de atenção à saúde, tanto do ponto de vista da população que os recebe, como das particularidades do sistema, principalmente no que tange à organização dos serviços. A interação desses dois aspectos permite definir a importância de fatores como necessidade e demanda da população aos serviços, acesso desta aos recursos e a disponibilidade destes, a quantidade e a qualidade da atenção, a resolutividade e a relação custo-benefício. Buscando enfrentar este conjunto de problemas e questões, a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e a OMS preconizam uma outra abordagem estratégica para as doenças prevalentes da infância, que será apresentada e comentada a seguir.

1. 2 A ORIGEM DA AIDPI

Inicialmente introduzida em países africanos e asiáticos, a estratégia denominada *Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)*, possibilita ao pessoal de saúde desses países sistematizar a avaliação, classificação e tratamento das principais doenças infantis, evitando a perda de oportunidades de detecção e resolução dos problemas, além de dar ênfase à prevenção e à promoção da saúde infantil.

A estratégia é submetida a um pré-teste na Etiópia (Gondar) em 1994 e ainda neste país são realizados dois treinamentos para consultores internacionais, o primeiro no final de 1995 e o segundo em março de 1996. Até este ano alguns países daqueles continentes como Zâmbia, Madagascar, Uganda, Tanzânia, Indonésia, Nepal, Vietnam e Filipinas, haviam iniciado o processo de implantação da proposta (WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

Na América Latina, a OPAS desencadeia um processo, iniciado em fevereiro de 1996, de incorporação da estratégia como política de saúde fundamental dos países em desenvolvimento para o alcance das metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância. Neste sentido, promove a participação de organismos internacionais, agências de cooperação bilateral e organizações não-governamentais que contribuem para acelerar a efetiva implantação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no continente (OPS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1998).

O Peru é o primeiro país a adotar e usar a versão em espanhol do material de treinamento *(Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infância – AIEPI)*, conduzindo sua adaptação em uma oficina de trabalho (Lima, julho de 1996). Este encontro possibilita a oportunidade para apresentar às autoridades de saúde de outros países da região o processo de adaptação do material proposto pela OPAS/OMS. Em outubro deste mesmo ano dois cursos são realizados para treinar facilitadores nacionais com a participação de pediatras de países vizinhos que planejavam introduzir a estratégia.

O Ministério da Saúde do Brasil adota a estratégia AIDPI a partir de 1995, quando dois docentes de pediatria do país participam do primeiro curso internacional que inicia a capacitação mundial de profissionais para a estratégia. Em 1996, realiza uma reunião nacional para apresentação da estratégia com a participação de todas as áreas afins do Ministério da Saúde (MS), consultores de Universidades, de Organismos Internacionais - Organização Panamericana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria. Em seguida, promove a adaptação do material instrucional produzido pela OPAS/OMS às normas e diretrizes nacionais. Em 1997, o Ministério da Saúde realiza, no estado de Pernambuco, junto com o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), o primeiro curso para formação de facilitadores nacionais da estratégia (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

1. 3 AS ESTRATÉGIAS E OS OBJETIVOS DA AIDPI

A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) consiste em uma estratégia que apresenta um novo enfoque de abordagem à saúde da criança no primeiro nível de assistência. Visa abordar a criança como um todo em vez de se dirigir somente para uma parte do problema, avaliando de maneira sistemática os principais fatores que afetam a saúde das crianças para detectar e tratar qualquer sinal geral de perigo ou doença específica e, ainda, integrando ações curativas com medidas de prevenção e promoção da saúde.

A estratégia introduz o conceito de integralidade, surgindo como alternativa para aplicar os programas de controle específicos já existentes (Infecções Respiratórias Agudas-IRA**,** Diarréia, Crescimento e Desenvolvimento, Imunização, etc.), englobando os principais problemas de saúde que afetam as crianças menores de cinco anos de idade, afecções geralmente preveníveis ou facilmente tratáveis, mediante a aplicação de tecnologias apropriadas e de baixo custo.

Mais especificamente, a AIDPI tem como objetivos (WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997):

- Reduzir a mortalidade pelas doenças prevalentes nas crianças menores de cinco anos, especificamente a devida às infecções respiratórias agudas, diarréias e desnutrição;
- Reduzir o número e a gravidade de casos de infecções respiratórias agudas, diarréias, desnutrição, etc;
- Melhorar a qualidade da atenção ao atendimento da criança nos serviços de saúde, reduzindo o uso inadequado e excessivo de tecnologias de diagnóstico e tratamento inadequados;
- Introduzir aspectos de promoção e prevenção da saúde infantil na rotina de atenção dos serviços de saúde;
- Expandir a atenção integrada ao nível comunitário.

A estratégia preconizada é composta de ações que contemplam: manejo de casos (das situações clínicas mais freqüentes em crianças menores de cinco anos nos países em desenvolvimento), imunizações, aconselhamento nutricional, prevenção de outras doenças, promoção do crescimento e desenvolvimento e da saúde materna (OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SÁUDE, 1996).

Entretanto, é importante observar que a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância não tem como objetivo estabelecer diagnóstico específico de doenças, mas avaliar sinais clínicos preditivos positivos que possam definir a necessidade de encaminhamento urgente para uma unidade de maior resolutividade ou de se proceder ao tratamento no nível primário (OPS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1998).

1. 4 AS ATIVIDADES PRECONIZADAS PELA AIDPI

Implantar a estratégia significa seguir alguns passos fundamentais com a execução de atividades bem definidas, baseadas em uma seqüência apropriada, com a finalidade de garantir a sua eficácia. A OPAS/OMS prevê as seguintes atividades, inclusive na sequência que elas devem ocorrer (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS, p.3-4, 1998):

“Análise da situação epidemiológica de cada país, bem como das atividades realizadas para controlar os problemas de saúde da criança;

Análise da estratégia AIDPI e sua adaptação à realidade epidemiológica de cada país e às características e possibilidades para fazer frente aos principais problemas

de saúde das crianças;

Elaboração de planos operacionais para implementar a estratégia, incluindo uma descrição das atividades a serem realizadas e os locais onde se realizarão;

Execução das atividades propostas no plano de trabalho, as quais devem, basicamente, incluir o seguinte:

capacitação do pessoal de saúde na aplicação da estratégia,

provisão dos materiais necessários para sua aplicação,

supervisão regular e contínua do pessoal e

comunicação social e educação para a saúde para a população;

Monitoramento e avaliação das atividades e dos resultados"

A AIDPI prevê no processo de implantação, além da capacitação de pessoal, as **visitas de seguimento após a capacitação**, que têm como finalidade a observação do manejo de casos, a promoção da retroalimentação na medida em que se estabelece uma discussão do manejo de caso entre o profissional que atende a criança e o visitador de seguimento, a avaliação da estrutura física e dos insumos disponíveis na unidade. A visita prevê, ainda, entrevista com o profissional e com o usuário, visando obter informações sobre a satisfação dos mesmos em relação à nova metodologia de abordagem.

De maneira sistematizada, podemos apresentar os principais componentes da estratégia conforme mostra o Quadro 1:

QUADRO 1 - REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DOS PRINCIPAIS COMPONENTES DA AIDPI

HABILIDADE PROFISSIONAL	SISTEMA DE SAÚDE	FAMÍLIA E COMUNIDADE
1. Sistematização do atendimento 2. Uso de sinais preditivos para avaliação 3. Detecção de sinais de perigo para encaminhamento urgente 4. Integração da clínica e prevenção	5. Organização na prestação de serviços nas unidades de saúde 6. Suprimento e manutenção de medicamentos 7. Referência/Contra-referência 8. Resolutividade da unidade	9. Práticas no cuidado das crianças 10. Medidas preventivas 11. Promoção da saúde 12. Reconhecimento de sinais de alarme para assistência imediata
↓	↓	↓
1. Capacitação 2. Seguimento após a capacitação	3. Gestão 4. Supervisão	5. Técnicas de comunicação 6. Vínculo dos serviços de saúde com a comunidade

1. 5 JUSTIFICATIVA

Maximizar o alcance da assistência à saúde infantil significa estender a cobertura dos serviços de saúde a frações da população ainda não beneficiadas, e também aperfeiçoar seu poder de resolução diante dos problemas de saúde mais prevalentes e relevantes. Os indicadores de maior sensibilidade são os que refletem os graus de desnutrição e os níveis e causas de mortalidade da criança. Assim, deve-se ressaltar que as ações executadas na assistência à saúde infantil, embora de alcance limitado, devem ser prioritariamente desenvolvidas no limite máximo de suas possibilidades (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1985; BATISTA FILHO; SHIRAIWA, 1989).

É importante, aqui, assinalar a afirmação de HARTZ et al. (p.310, 1996) de que:

> "As lacunas de conhecimento em relação à causalidade da mortalidade infantil são evidentes e os estudos nacionais têm concentrado sua atenção sobre os determinantes sócio-econômicos, pouco se cobrando dos sistemas de saúde, não obstante a eficácia das ações dirigidas a este grupo ter sido comprovada

> em diferentes contextos e mesmo em populações de baixa renda, permitindo categorizá-los como óbitos evitáveis".

Entende-se que a compreensão dos significados políticos, econômicos e ideológicos, quando se investigam práticas de saúde, deve estar presente ao se estudar a capacidade dessas práticas modificarem a situação de saúde de determinada população. E aqui, faz-se importante assinalar a afirmação de SILVA e FORMIGLI (p. 80, 1994):

> "À semelhança de outras práticas sociais, as práticas de saúde podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas".

Essa responsabilidade estende-se, ainda, à compreensão de sua importância junto ao processo de organização comunitária, fundamental à obtenção de conquistas sociais e, igualmente, como fontes de informação sobre o estado sanitário da população, como integrante obrigatório do sistema de capacitação e formação de recursos humanos para a saúde e como alimentador sistemático de fontes de pesquisa.

Estudar o Sistema de Saúde, detectar, a partir do conhecimento do seu funcionamento, suas falhas e virtudes, proporciona o fornecimento de dados aos responsáveis pelo desenvolvimento da atenção à saúde que, se espera, sejam argumentos racionais ao aperfeiçoamento de estratégias para a implantação de ações e, tem como objetivo final a melhoria do sistema como um todo, mediante a otimização dos programas específicos produzidos dentro dele.

Assim, observa-se que as necessidades por saúde e as ações realizadas para a sua promoção são dotadas de uma historicidade que deve ser ressaltada ao se pretender estabelecer algum nível de pesquisa avaliativa.

Definir avaliação, além da discussão sobre a compreensão das várias palavras que tentam explicar o termo, exige refletir e debruçar-se sobre proposições teóricas diversas que fogem ao objetivo central desta proposta. Entretanto, como instrumento orientador, pode-se reportar à conceituacão da Organização Mundial da Saúde, citada por ESPÍRITO SANTO (p.15, 1992) que define *avaliar* como um "processo permanente encaminhado principalmente a corrigir e melhorar ações com o fim de aumentar a pertinência, eficiência e eficácia das atividades de saúde".

A universalização do acesso, a integralidade da assistência e a regionalização, hierarquização e descentralização dos serviços de saúde, princípios do Sistema

Único de Saúde (SUS), prevêem a busca de metodologias de investigação que permitam a transformação da realidade dos serviços e sua adaptação às melhorias necessárias.

Os Programas de Saúde consubstanciam a perspectiva epidemiológica resultante do trabalho individual, que tratado no coletivo, está subordinado e integra, como processo de trabalho, a atividade programática. Dentro deste contexto, a investigação proposta tenta se fundamentar no princípio da Garantia da Qualidade, cujos métodos, sugeridos inicialmente por DONABEDIAN (1990), podem ser divididos em três tipos de abordagem: estrutural, de processo e de resultado (VUORI, 1988). Reportando-se à citação inicial de como se estabeleceu a implementação dos Programas de Atenção Primária de Saúde, este trabalho se propõe a abordar, também, um dos múltiplos enfoques que podem direcionar o processo de avaliação de serviços de saúde: a análise dos determinantes contextuais do grau de implantação de programas, um dos três componentes que, segundo DENIS e CHAMPAGNE (p. 55, 1997), "*apoia a análise de implantação de programas*".

Pode-se, assim, definir esta proposta como uma forma de avaliar a adequação dos serviços prestados aos padrões e normas fixados pelo Ministério da Saúde e Organismos Internacionais (OMS/OPAS), devidamente adaptados à realidade local, além de proceder a um estudo das relações entre o contexto e as variações no grau de implantação da estratégia AIDPI no estado de Pernambuco. A idéia é que se possa contribuir, por meio deste trabalho, para a melhoria da assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde no estado e para o acompanhamento do processo de implantação da AIDPI, e que o mesmo possa servir como instrumento norteador dessa assistência.

Dessa forma, tomando como referencial teórico as abordagens conceituais trabalhadas por HARTZ (1997), procura-se responder às duas principais questões levantadas neste estudo:

- Qual o grau de implantação alcançado pela estratégia AIDPI, considerando-se os resultados da avaliação de estrutura e de processo de suas atividades?
- Como o grau de implantação da estratégia AIDPI é condicionado pelo contexto organizacional, no nível municipal?

2 OBJETIVOS

2. 1 GERAL

Analisar a implantação da estratégia AIDPI no estado de Pernambuco, no período de março de 1998 a dezembro de 1999, no âmbito das unidades do Programa Saúde da Família.

2. 2 ESPECÍFICOS

- *Objetivo 1*. Descrever a implantação da estratégia AIDPI nas unidades do Programa Saúde da Família no estado de Pernambuco;
- *Objetivo 2*. Realizar avaliação da estrutura existente para a implantação da estratégia AIDPI nas unidades do Programa Saúde da Família no estado de Pernambuco;
- *Objetivo 3*. Realizar avaliação do processo de implantação da estratégia AIDPI nas unidades do Programa Saúde da Família no estado de Pernambuco, relacionando o grau de implantação da mesma com as normas propostas nos instrumentos oficiais;
- *Objetivo 4*. Realizar análise de implantação da estratégia AIDPI nas unidades do Programa Saúde da Família no estado de Pernambuco, relacionando o seu grau de implantação com o contexto organizacional no nível municipal.

3 MATERIAL E MÉTODO

3. 1 DESENHO DO ESTUDO

Para a concepção do desenho do estudo, adota-se o quadro conceitual proposto por CONTANDRIOPOULOS et al. (1997), da Escola de Planejamento de Saúde da Universidade de Montreal e apresentado por HARTZ (1997), que busca priorizar a reflexão sobre *implantação de programas*.

Sobre este quadro conceitual SCHRAIBER (p.9, 1997) afirma:

> " **...** esta reflexão torna-se ainda mais importante se buscarmos alcançar o significado de uma implantação não só como a passagem do discurso à prática, mas como perspectiva de uma outra travessia, similar, ainda que dotada de ambição tecnológica e política maior: a articulação da teoria com a ação".

Neste sentido, o processo de condução de uma avaliação pode ser tão importante quanto as conclusões dela advindas, pois o próprio envolvimento no processo já produz um melhor entendimento das atividades que estão sendo avaliadas. Para CONTANDRIOPOULOS et al. (p. 34, 1997): "... os objetivos de uma avaliação são numerosos, eles podem ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceitos por todos os atores ou somente por alguns".

Segundo os mesmos autores, uma intervenção, qualquer que seja, pode sofrer dois tipos de avaliação (CONTANDRIOPOULOS et al., 1994):

- pode-se buscar estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios (avaliação normativa);
- pode-se querer examinar, por um procedimento científico, as relações que existem entre os diferentes componentes da intervenção (pesquisa avaliativa).

O modelo utilizado para o estudo é, portanto, do tipo avaliativo, que incorpora a *avaliação normativa* em seus componentes de estrutura e de processo e promove uma *pesquisa avaliativa*, privilegiando um dos três componentes da *análise de implantação*, ou seja, o que define os determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção.

Para HARTZ (p. 96, 1997):

> "A importância de avaliar a implantação revela-se indispensável para se chegar a conhecer a totalidade das intervenções, no que se relaciona à validade de seu conteúdo (intensidade com a qual as atividades são realizadas

> e sua adequação às normas existentes), e aos fatores explicativos das defasagens observadas entre a planificação e a execução das ações. Ela obriga a construir, a *priori*, a teoria do programa, especificando sua natureza (componentes, práticas) e o contexto requerido como etapas prévias aos resultados esperados".

A partir das abordagens conceituais acima citadas, é que se faz necessário esclarecer o caminho tomado neste estudo, o que requer algumas definições/conceitos enumerados a seguir:

3. 1. 1 Avaliação da Estrutura

Constitui-se em um componente da *avaliação normativa* para o qual se utilizou a definição de CONTANDRIOPOULOS et al. (p. 35, 1997):

> "Trata-se de saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados. Comparamos então os recursos da intervenção, assim como sua organização, com critérios e normas correspondentes" .

3. 1. 2 Avaliação do Processo

É outro componente da *avaliação normativa* para o qual também se utilizou a definição de CONTANDRIOPOULOS et al. (p. 36, 1997):

> "Trata-se de saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Esta apreciação se faz comparando os serviços oferecidos pelo programa ou pela intervenção com critérios e normas predeterminadas em função dos resultados visados".

Em sua conceituação, CONTANDRIOPOULOS et al. (p. 36, 1997) ainda decompõem a avaliação de processo em três dimensões: "a dimensão técnica, a dimensão das relações interpessoais e a dimensão organizacional".

Como refere Vuori (1988), citando Donabedian e segundo ainda CONTANDRIOPOULOS et al. (p. 36, 1997), integra, ainda, a avaliação normativa, a a*preciação dos resultados* que, segundo estes últimos, "consiste em se perguntar se os resultados observados correspondem aos esperados, isto é, aos objetivos que a intervenção se propôs atingir". Este não é, entretanto, objetivo deste estudo.

3. 1. 3 Grau de Implantação

Para definir Grau de Implantação, adotou-se a seguinte definição de DENIS e CHAMPAGNE (p. 56, 1997): " É a contribuição dos componentes verdadeiramente

implantados, do programa, na produção dos efeitos". Para estes autores, conceitualmente, a medição do grau de implantação de uma intervenção exige:

- "especificar a *priori* os componentes da intervenção;
- identificar as práticas requeridas para a implantação da intervenção;
- descrever as práticas correntes em nível das áreas envolvidas teoricamente pela intervenção; e
- analisar a variação na implantação em função da variação das características contextuais" (DENIS; CHAMPAGNE (p. 56, 1997).

A partir destas exigências, assume-se então que, para melhor compreensão deste estudo, se faz necessária a construção de um sistema de escores para se estimar os diferentes Graus de Implantação. Estes serão definidos no item referente à coleta e análise dos dados.

3. 1. 4 Análise de Implantação

De acordo com o conceito de CONTANDRIOPOULOS et al. (p. 44, 1997), análise de implantação

> "... é um tipo de análise que podemos fazer no quadro de uma *pesquisa avaliativa* que consiste, por um lado, em medir a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos e, por outro, em apreciar a influência do ambiente, do contexto, no qual a intervenção está implantada nos efeitos da intervenção"

Para DENIS e CHAMPAGNE (p. 82, 1997) "...a análise de implantação visa, principalmente, identificar os procedimentos implicados na produção dos efeitos de uma intervenção" e:

> "... a análise de implantação se apóia conceitualmente na análise da influência sobre três componentes:

- dos determinantes contextuais no grau de implantação das intervenções;
- das variações da implantação na sua eficácia; e
- da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados". (DENIS; CHAMPAGNE (p. 55, 1997)

Os dois últimos componentes são apresentados pelos autores como aqueles que visam explicar os efeitos observados após a introdução de uma intervenção, enquanto o primeiro é apresentado como aquele que busca entender as variações na implantação da intervenção, a partir de seus determinantes contextuais.

É neste componente que este estudo se detêm, a partir do entendimento de que

ele integra, junto com a avaliação de processo, a interseção (Figura 1) visualizada entre a avaliação normativa e a análise da implantação da estratégia, a partir da conceituação de análise de implantação proposta por DENIS e CHAMPAGNE (1997) e da definição das três dimensões em que se decompõe a avaliação de processo proposta por CONTANDRIOPOULOS et al. (p. 36, 1997) e que foi apresentada anteriormente (cf. página 26).

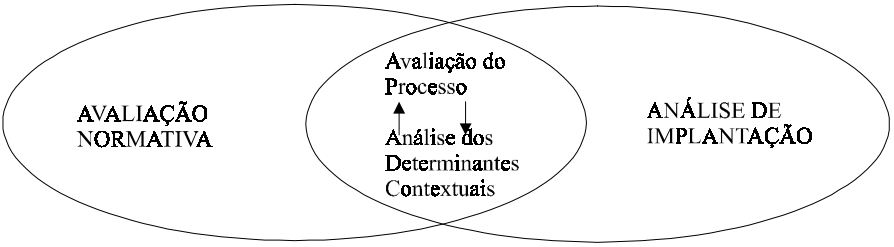


FIGURA 1. MODELO ESQUEMÁTICO DO DESENHO DE ESTUDO

Ainda segundo DENIS e CHAMPAGNE (1997), a análise de implantação visa, como visto anteriormente, definir a influência dos fatores contextuais nos efeitos e no grau de implantação da intervenção. Referem que diversos autores têm desenvolvido modelos conceituais que podem servir para analisar o contexto quando de uma análise de implantação, sem, entretanto, terem conseguido consenso quanto às suas variáveis explicativas. E, apresentam um modelo propondo um quadro conceitual capaz de atingir o objetivo acima exposto.

Segundo esta proposição, que chamam de *modelo político e contingente*, "...os diferentes atores organizacionais podem apoiar a implantação de uma intervenção se virem nela um meio de atualização de suas estratégias fundamentais" (DENIS; CHAMPAGNE, p. 67, 1997). Os autores afirmam, ainda, que:

> "Segundo este modelo, o processo de implantação de uma intervenção deve, antes de tudo, ser abordado segundo uma perspectiva política. Ele sofre, todavia, as pressões de caráter estrutural, isto é, as características estruturais de uma organização que funcionam em sinergia ou em antagonismo na atualização das estratégias dos atores" (DENIS; CHAMPAGNE, p. 67, 1997).

É baseado nesta proposição que se procurou, também, situar o método utilizado neste estudo, cujos instrumentos encontram-se relacionados no Quadro 2.

QUADRO 2 . CORRELAÇÃO ENTRE OS OBJETIVOS ESPECÍFICOS, REFERENCIAL TEÓRICO E INSTRUMENTOS DE COLETA UTILIZADOS

OBJETIVOS	REFERENCIAL TEÓRICO	INSTRUMENTOS
1	Avaliação Normativa (Contandriopoulos et al., 1997)	Anexos 5 e 6
2	Avaliação Normativa (Contandriopoulos et al., 1997)	Documentos Oficiais Anexos 1, 2, 3, 4 e 6
3	Avaliação Normativa (Denis e Champagne, 1997)	Anexo 7
4	Pesquisa Avaliativa (Contandriopoulos et al., 1997) (Denis e Champagne, 1997)	Anexos 7 e 8

3. 2 ÁREA DO ESTUDO

Foram selecionadas 33 unidades do Programa Saúde da Família (PSF), cujos profissionais foram treinados na estratégia AIDPI, de 10 municípios do estado de Pernambuco nos quais a Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE) realiza o monitoramento desde agosto de 1998 (Quadro 3) e que até dezembro de 1999 deveriam ter recebido três visitas de seguimento realizadas por monitores da estratégia, treinados especificamente para esta função. Na Tabela 1, apresentam-se algumas características desses municípios que guardam algumas semelhanças quando observamos os índices de condição de sobrevivência, de condição de vida e de desenvolvimento humano.

QUADRO 3 - DISTRIBUIÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE SELECIONADAS POR MUNICÍPIO

MUNICÍPIOS	UNIDADES AVALIADAS	
	N º	Nome da Unidade
1. Agrestina	01	- PSF do Centro Saúde de Agrestina
2. Água Preta	04	- PSF N Sra. Conceição - PSF COHAB - PSF Pe. Cícero (Usina Santa Terezinha) - PSF Campos Frios
3. Bezerros	02	- PSF Boas Novas - PSF Cajazeiras
4. Brejão	02	- PSF Santa Rita - PSF Baixa do Imbé (Baixa da Lama)
5. Cabo de Santo Agostinho	06	- PSF Alto dos Índios - PSF Alto Santa Rosa - PSF Caçari - PSF Mangueira - PSF Manoel Vigia - PSF Charnequinha
6. Caetés	02	- PSF Várzea Suja - PSF Sítio Quati
7. Caruaru	09	- PSF Alto do Moura - PSF João Mota - PSF Lagoa de Pedra - PSF Centenário - PSF Salgado - PSF São João Escócia - PSF Juá - PSF Rafael - PSF Pau Santo
8. Garanhuns	04	- PSF Santana (Iratama) - PSF Manoel Xéu - PSF Liberdade - PSF São Pedro
9. Passira	02	- PSF Alto da Esperança - PSF Bengalas
10. Saloá	01	- PSF Prata (Vila de Itapeçá)
TOTAL	33	

Tabela 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS SELECIONADOS

MUNICÍPIO	LOCALIZAÇÃO MESORREGIÃO (MICRORREGIÃO)	ATIVIDADE ECONÔMICA PREDOMINANTE	ÁREA em Km2 // DISTÂNCIA da CAPITAL em Km	POPULAÇÃO RESIDENTE URBANA // RUARAL	DENSIDADE DEMOGRAFICA (Hab/Km2)//GRAU DE URBANIZAÇÃO(%)*	% CHEFE DE DOMICÍLIO COM RENDA ATÉ UM SALÁRIO MÍNIMO*	TAXA DE ANAFALBETISMO DA POPULAÇÃO COM 15 ANOS E MAIS*%	% DE FAMÍLIAS INDIGENTES *	DOMICÍLIOS SEM CANALIZAÇÃO INTERNA ABAST. D´ÁGUA *	% DE DOMICÍLIOS SEM INSTALAÇÕES SANITÁRIAS *	% LIXO DOMICILAR COLETADO *	TAXA DE MORT. INFANTIL % 0 (1998)**	ÍNDICE DE CONDIÇÃO DE SOBREVIVÊNCIA ****	ÍNDICE DE CONDIÇÃO DE VIDA ***	ÍNDICE DESENVOLV. HUMANO
Agrestina	Agreste (Brejo)	Agropecuária	198,0 // 154,0	9.325 // 8.668	90,9 // 51,8	66,4	57,8	48,8	52,9	36,6	35,5	98,52	0,66	0,516	0,380
Água Preta	Mata (Mata Merid.)	Agroindústria Açuc.	532,0 // 130,0	11.370 // 14.571	48,8 // 43,8	78,5	56,8	44,7	66,4	52,3	26,3	76,50	0,73	0,444	0,354
Bezerros	Agreste (Garanhuns)	Agropecuária	545,7 // 107,0	35.828 // 16.306	95,5 // 68,7	65,5	50,5	50,9	51,5	23,0	58,2	86,95	0,56	0,545	0,412
Brejão	Agreste (Vale do Ipoj.)	Agropecuária	161,9 // 257,0	2.132 // 6.575	53,8 // 24,5	80,2	55,0	52,3	68,5	57,3	23,1	96,69	0,67	0,467	0,335
Cabo	Metropolitana	Ind.,Serv.,Agropec.	445,0 // 33,6	125.055 // 15.709	316,0 // 89,0	47,7	29,0	63,8	27,3	81,8	76,4	66,50	0,43	0,613	0,541
Caetés	Agreste (Garanhuns)	Agropecuária	324,2 // 252,0	7.974 // 21.579	63,6 // 21,2	63,4	61,0	52,7	88,9	72,6	7,2	96,69	0,66	0,444	0,335
Caruaru	Agreste (Vale do Ipoj.)	Agrop.,Com.,Ind.	932,0 // 135,0	182.012 // 31.685	230,0 // 85,2	45,2	31,0	37,8	24,7	14,2	72,1	61,91	0,35	0,67	0,607
Garanhuns	Agreste (Garanhuns)	Com.,Pec.Turismo	467,8 // 229	89.206 // 14.135	220,9 // 86,3	49,4	33,4	40,8	23,7	17,6	70,8	89,63	0,44	0,602	0,557
Passira	Agreste (Méd.Capib.)	Agricultura	364,8 // 100,0	10.203 // 18.932	79,9 // 35,0	65,3	53,5	51,9	79,0	44,0	16,9	69,00	0,65	0,474	0,368
Saloá	Agreste (Garanhuns)	Agropec.,Comércio	297,0 // 267	4.031 // 10.806	50,0 // 27,2	80,2	57,4	53,1	71,2	65,8	26,9	96,69	0,75	0,463	0,386

Fonte: FIAM.Fundação de Desenvolvimento Municipal do Interior de Pernambuco / Perfil Municipal, 1996

* IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1991

** MS. Ministério da Saúde, 1999

*** FUSAM. Fundação de Saúde Amaury de Medeiros, 2000

****| IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada / Fundação João Pinheiro, 1996

3. 3 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados de forma sistematizada, utilizando-se elementos quantitativos e qualitativos com vistas a responder aos objetivos específicos propostos.

Para descrever a implantação, utilizaram-se os resultados das *visitas de seguimento*, cujos questionários foram analisados em EPI-INFO, consolidados previamente em relatórios oficiais da SES-PE, conforme convênio firmado entre esta e o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), Centro Nacional de Referência para a AIDPI.

Para a avaliação da estrutura existente para a implantação da estratégia, utilizou-se o mesmo banco de dados e as variáveis selecionadas foram: *medicamentos*, *vacinas*, *equipamentos/insumos* e *recursos humanos*, que representam condições essenciais para o desenvolvimento da estratégia AIDPI; estas integram o questionário "Verificação dos Insumos da Unidade de Saúde" (Anexo 5), integrante do *Manual de Acompanhamento e Avaliação da AIDP*I (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Os questionários contidos no *Manual de Acompanhamento e Avaliação da AIDP*I (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000), integrantes da estratégia, apresentam-se em cinco tipos distintos a saber:

- Observação do manejo de casos
    - Criança de 2 meses a 5 anos de idade (Anexo 1)
    - Criança de 1 semana a 2 meses de idade (Anexo 2)
- Entrevista com o Responsável pela Criança (Anexo 3)
- Entrevista com o Profissional (Anexo 4)
- Verificação dos Insumos da Unidade de Saúde (Anexo 5)
- Informe Resumido da Visita (Anexo 6)

Para definir o Grau de Implantação da estratégia AIDPI nos municípios selecionados e permitir a avaliação do processo de implantação relacionando-o com as normas propostas nos instrumentos oficiais, utilizaram-se dois métodos distintos. O primeiro, aqui denominado de *sistema de escores*, desenvolvido pelo autor, procura estabelecer um mecanismo que permite atribuir aos municípios uma pontuação que possibilita sua classificação em três situações ou graus e, ainda, permite conhecer essa pontuação por variável estudada. O segundo, utiliza os indicadores de processo normatizados pela própria estratégia (Anexo 7) e classifica os municípios por meio da média aritmética dos percentuais obtidos para cada indicador. As variáveis

aqui escolhidas são: percentual de profissionais de nível superior capacitados na AIDPI, percentual de casos classificados corretamente, percentual de casos orientados corretamente sobre alimentação, percentual de casos referenciados com urgência adequadamente, percentual de unidades de saúde com medicamentos padronizados para a AIDPI e percentual de profissionais que receberam no mínimo uma visita de seguimento semestral após a capacitação na estratégia. É, ainda, importante destacar que este instrumento foi utilizado, principalmente, como uma abordagem preliminar para se validar o *sistema de escores*.

Para criar o s*istema de escores,* utilizaram-se as variáveis descritas no Quadro 4, que são encontradas a partir da análise dos dados colhidos por intermédio dos instrumentos apresentados como Anexos 1, 2 e 3 e integrantes do *Manual de Acompanhamento e Avaliação da AIDP*I (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Ao lado de cada uma delas, encontram-se relacionados os pesos individuais a elas atribuídos, e que foram sugeridos pelo autor de acordo com a relação que cada uma guarda com o estado de saúde da criança e, ainda, com base nos instrumentos: *Condições de Eficiência dos Serviços de Atenção Materno-Infantil* e *Roteiro de Avaliação dos Programas PAISM/PAISC/PROSAD* (OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1987; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

QUADRO 4 - VARIÁVEIS E PESOS INDIVIDUAIS UTILIZADOS NO SISTEMA DE ESCORES

VARIÁVEIS	PESOS INDIVIDUAIS
Classificação correta	2
Tratamento correto	2
Recomendou vacinas	1
Recomendou alimentação	0,5
Recomendou retorno	0,5
Verificou preenchimento do cartão	0,5
Seguiu a sistematização do atendimento	0,5
Compreensão satisfatória do problema	1
Compreensão satisfatória sobre o tratamento	1
Compreensão satisfatória sobre outras orientações	0,5
Compreensão satisfatória sobre a necessidade de retorno	0,5

São 11 variáveis, sendo as 07 primeiras referentes ao *manejo dos casos* (Anexos 1 e 2) por parte dos profissionais avaliados nas unidades de saúde e as 04 últimas referentes à *compreensão por parte da mãe ou acompanhante* (Anexo 3) das crianças atendidas por aqueles profissionais. A pontuação máxima obtida pelo conjunto destas variáveis é 10, sendo conseguida a partir dos percentuais de positividade alcançados por cada variável durante a análise dos dados colhidos dos instrumentos citados, etapa esta integrante da metodologia utilizada no monitoramento realizado pela SES-PE com as visitas de seguimento.

A pontuação obtida por cada um dos municípios nesta etapa denominou-se de *nota final do caso* e, a ela, somou-se a pontuação que foi denominada *nota final dos insumos*, resultado dos escores individuais das variáveis de estrutura citadas a seguir com seus respectivos pesos individuais: *medicamentos* (1), *vacinas* (1) e

equipamentos (1), cuja pontuação máxima definida é 10, que pode ser atingida a partir de regra de três simples.

Para se obter a pontuação final com vistas a definir o grau de implantação, foi feita a média ponderada destas últimas duas variáveis compostas, atribuindo-se a elas os pesos 2 para a *nota final do caso* e 1 para a *nota final dos insumos*.

Ao final, os limites para classificação do grau de implantação foram adaptados a partir dos parâmetros propostos na página 25 e resultaram da seguinte formulação: Crítico (C) para os valores de 0 a 4,9; Insatisfatório (I) para os valores de 5,0 a 7,9 e Aceitável (A) para 8,0 e mais. Esta foi utilizada tanto para classificação com o *sistema de escores* como para a classificação final após a aplicação dos *indicadores de processo* (Anexo 7).

Para a análise de implantação, sob o ponto de vista da relação entre o grau de implantação da estratégia e o contexto organizacional, utilizou-se a abordagem qualitativa para estabelecer a relação entre os elementos de informação coletados e o referencial teórico (Quadro 2). A técnica de análise dos indicadores relaciona estes últimos com o estabelecimento de laços explicativos nas associações verificadas. Para isto, utilizou-se o recurso da entrevista com atores chaves das gestões municipais e das unidades de saúde onde se deu a intervenção e a análise de documentos oficiais como atas do Conselho Municipal de Saúde, além de relatórios funcionais das unidades. Foram realizadas 10 (dez) entrevistas com os coordenadores municipais do PSF e utilizados os resultados de 146 (cento e quarenta e seis) entrevistas com profissionais médicos e enfermeiros das unidades de saúde, constantes do banco de dados das visitas de seguimento realizadas pela SES-PE. Estas foram realizadas em momentos distintos, ou seja, 66 (sessenta e seis) na primeira visita de seguimento, 52 (cinquenta e duas) na segunda e 28 (vinte e oito) na terceira visita.

As variáveis contextuais estudadas são: tipo de gestão municipal, qualificação dos gestores (Secretário(a) Municipal de Saúde e Coordenador(a) do PSF), existência de registro em atas do Conselho Municipal de Saúde, existência de plano de trabalho referente à estratégia, recursos financeiros empregados (municipal e/ou estadual/federal), existência de relatórios sistemáticos de supervisão das unidades, simultaneidade das coordenações do PSF e da AIDPI e mudanças dos atores locais (secretário(a), coordenação de PSF e profissionais das equipes). As questões elaboradas para a realização desta fase da avaliação encontram-se descritas no Anexo 8, sendo que as ligadas aos profissionais (Anexo 4), apresentam como variáveis os aspectos positivos e negativos que os profissionais tiveram para executar a estratégia.

4 RESULTADOS

4. 1 O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO - (Objetivo 1)

Verifica-se, inicialmente, que a SES-PE delimita uma área de abrangência com a finalidade de assegurar o acompanhamento de todo o processo de implementação. A definição dos municípios do estado prioritários para a implantação da estratégia obedece aos seguintes critérios (PERNAMBUCO. SECRETARIA DE SAÚDE, p. 26, 1998a):

- "Municípios com taxa de mortalidade Infantil acima de 40/1000 nv;
- Municípios de risco integrantes do Projeto Salva-Vidas (Programa estadual para redução da mortalidade infantil);
- Municípios com PSF implantado;
- Fácil acessibilidade para o seguimento na aplicação da estratégia".

Os dois primeiros critérios obedecem à lógica já estabelecida pela OPAS para outros países da América Latina e pelo MS para outros estados do país como o Ceará, Sergipe e Pará, que, juntamente com Pernambuco, são os primeiros estados escolhidos para implantar a estratégia no Brasil.

O terceiro critério, definido em Pernambuco, obedece, entretanto, à resolução tomada pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB), que adota como estratégia de redirecionamento do modelo assistencial no estado, o Programa Saúde da Família, visando modificar a lógica de prestação de serviços básicos de saúde. Assim, fica estabelecido que a AIDPI deve integrar o conjunto de investimentos que a SES-PE precisa fazer por intermédio do PSF (PERNAMBUCO. SECRETARIA DE SAÚDE, 1998b).

O último critério estabelecido é justificado pela necessidade de que sejam criadas as condições de um adequado processo de implantação da nova estratégia, tendo em vista a necessidade de que os primeiros municípios servissem de espelho ou modelo para os que adotassem a estratégia posteriormente (FELISBERTO et al., 1999).

Como demonstrado abaixo, até setembro de 2000, são 150 os municípios do estado com pelo menos uma equipe do PSF implantada e este já soma 797 equipes distribuídas pelo estado. Destas, 262 equipes de 73 municípios encontram-se capacitadas na estratégia AIDPI e 70 equipes em 19 municípios receberam pelo menos uma visita de seguimento, componente fundamental da estratégia para o monitoramento e a avaliação do processo de implantação (Tabela 2).

TABELA 2 - MUNICÍPIOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO COM PSF E AIDPI IMPLANTADOS - SETEMBRO/2000

MUNICÍPIOS DO ESTADO	MUNICÍPIOS COM PSF	MUNICÍPIOS COM AIDPI	MUNICÍPIOS COM SEGUIMENTO DA AIDPI		EQUIPES DO PSF NO ESTADO	EQUIPES DO PSF COM AIDPI	EQUIPES DO PSF COM SEGUIMENTO DA AIDPI
185	150	73	19		797	262	70
100%	81,1%	48,7%	39,0%		100%	32,9%	26,7%

* inclui o Distrito de Fernando de Noronha

De acordo com a metodologia proposta para este estudo, selecionaram-se 33 equipes de 10 municípios do estado, amostragem que pode ser considerada representativa dentro do universo previsto, uma vez que inclui 52% dos municípios e 47% do total de equipes onde a SES-PE realizou as visitas de seguimento, aumentando estas proporções respectivamente para 67% dos municípios e 59% das equipes, se considerado o ano de 1998, momento inicial do período de análise (PERNAMBUCO. SECRETARIA DE SAÚDE, 1998a).

Como se pode observar no Quadro 5, em 04 dos 10 municípios selecionados, foram realizadas 03 visitas de seguimento entre julho de 1998 e novembro de 1999, em 04 outros as unidades receberam 02 visitas e em 02 municípios apenas 01 visita de seguimento foi realizada no período. A primeira visita aconteceu em momentos diferentes para as diversas unidades de saúde, tendo variado entre julho, agosto e novembro de 1998. Já a segunda e terceira visitas aconteceram nos meses de julho e novembro de 1999 respectivamente. É importante ressaltar que todas as unidades selecionadas para cada município receberam o mesmo número de visitas de seguimento, momento em que foram aplicados os instrumentos referentes aos Anexos 1 a 6.

QUADRO 5 - UNIDADES DE SAÚDE VISITADAS, NÚMERO DE VISITAS DE SEGUIMENTO E PERÍODO DE APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS POR MUNICÍPIO

MUNICÍPIO	Nº DE UNIDADES ESTUDADAS	Nº DE UNIDADES VISITADAS	Nº DE VISITAS REALIZADAS	PERÍODO DE APLICAÇÃO DOS ANEXOS 1, 2, 3, 4, 5, 6
Agrestina	01	01	01	Ago/98
Água Preta	04	04	02	Ago/98 // Jul/99
Bezerros	02	02	02	Nov/98 // Jul/99
Brejão	02	02	03	Jul e Nov/98 // Jul/99 // Nov/99
Cabo	06	06	03	Nov/98 // Jul/99 // Nov/99
Caetés	02	02	03	Nov/98 // Jul/99 // Nov/99
Caruaru	09	09	03	Ago e Nov/98 // Jul/99 // Nov/99
Garanhuns	04	04	02	Ago/98 // jul/99
Passira	02	02	01	Ago/98
Saloá	01	01	02	Nov/98 // Jul/99

4. 2 AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA (Objetivo 2)

Como definido anteriormente, utilizou-se, para avaliação da estrutura nas unidades selecionadas, o banco de dados proporcionado pelo instrumento "Verificação dos Insumos da Unidade de Saúde" (Anexo 5), normatizado pelo Ministério da Saúde e foram consideradas as seguintes variáveis como importantes para o estudo: *recursos humanos*, *medicamentos*, *vacinas* e *equipamentos/insumos*.

Partindo do princípio de que a SES-PE considerou como unidade de saúde com estratégia AIDPI implantada aquela em que estivessem capacitados os dois profissionais de nível superior da equipe (médico e enfermeiro), não se atribuiu pontuação aos municípios considerando esta variável, uma vez que 100% das

equipes acompanhadas contavam com 100% dos profissionais médicos e enfermeiros capacitados, embora em algumas das visitas um ou outro profissional deixou de ser entrevistado ou acompanhado em relação ao manejo de casos.

Assim, considerou-se para a variável *recursos humanos* a relação entre o número de profissionais existentes (e capacitados) nas unidades avaliadas e aqueles que receberam visitas de seguimento, como forma de descrever o processo avaliativo. Como pode ser observado no Quadro 6, nas três fases de seguimento o número de profissionais avaliados foi menor que o de capacitados. Em todos os casos isto se deveu a circunstâncias pontuais, ou seja, profissionais que se encontravam em período de férias, em licença médica, em processo de substituição ou, ainda, que estavam a serviço fora da unidade no momento da visita (PERNAMBUCO. SECRETARIA DE SAÚDE, 1998a).

QUADRO 6 – NÚMERO DE PROFISSIONAIS CAPACITADOS E AVALIADOS POR VISITA DE SEGUIMENTO E POR MUNICÍPIO

MUNICÍPIOS	PROFISSIONAIS AVALIADOS POR VISITAS DE SEGUIMENTO								
	1º			2º			3º		
	PC*	MED	ENF	PC*	MED	ENF	PC*	MED	ENF
1. Agrestina	2	1	1	-	-	-	-	-	-
2. Água Preta	8	4	4	8	4	4		-	-
3. Bezerros	4	2	2	4	-	2	-	-	-
4. Brejão	4	2	2	4	2	1	4	2	2
5. Cabo	12	6	3	10	5	5	10	4	5
6. Caetés	4	2	2	4	2	2	4	2	1
7. Caruaru	18	9	9	18	8	9	12	6	6
8. Garanhus	8	4	4	8	4	4	-	-	-
9. Passira	4	2	2	-	-	-	-	-	-
10. Saloá	2	1	1	-	-	-	-	-	-
TOTAL	66	33	30	56	25	27	30	14	14

* MED – Médico(a); ENF – Enfermeiro(a); PC - Profissionais capacitados nas unidades avaliadas

Para a variável *medicamentos*, considerou-se como adequado para cada unidade de saúde, a disponibilidade, no ato da visita, de pelo menos um tipo de cada medicamento previsto na lista padronizada pela estratégia AIDPI, quais sejam: antibiótico oral, antibiótico injetável, antitérmico/analgésico, broncodilatador, ferro, mebendazol e soro para reidratação oral (SRO). Em relação à variável *vacinas*, considerou-se a disponibilidade de BCG, DPT, VOP e Anti-Sarampo. E, para a variável *equipamentos/insumos*, foi considerada a presença de balança, termômetro, formulários de atendimento, cartão da criança e insumos para a terapia de reidratação oral (TRO).

Assim, esta parte do estudo está sistematizada na Tabela 3, utilizando um sistema de escore que contribuirá para a definição do Grau de Implantação. Atribuíram-se pesos iguais para as três variáveis e os escores foram obtidos a partir dos percentuais médios de disponibilidade individual de cada item em relação ao conjunto de unidades de cada município. Assim como para a definição do Grau de Implantação da estratégia nos municípios, estabeleceram-se aqui os seguintes pontos de corte com a respectiva classificação: 0 a 4,9 **Crítico**; 5,0 a 7,9 **Insatisfatório**; 8,0 e mais **Aceitável**.

Pode-se assim observar que os municípios, de uma maneira geral, apresentam um nível *aceitável* em relação à estrutura necessária, com exceção do município de Passira onde se observa nível *insatisfatório* (6,5). Já os municípios de Água Preta, Bezerros e Cabo de Santo Agostinho, embora apresentem escores que os classifiquem como tendo uma implantação insatisfatória, estes escores se aproximam do nível *aceitável* (7,5, 7,9 e 7,8 respectivamente). Vale ressaltar que este fato ocorre quando considerada apenas uma das visitas realizadas nas unidades de saúde daqueles municípios.

TABELA 3 - ESCORES OBTIDOS PELOS MUNICÍPIOS A PARTIR DO INSTRUMENTO " VERIFICAÇÃO DOS INSUMOS DA UNIDADE DE SAÚDE" (ANEXO 5)

MUNICÍPIO	Nº DE UNIDADES ESTUDADAS	Nº DE VISITAS REALIZADAS	ESCORE OBTIDO NA 1ª VISITA DE SEGUIMENTO	ESCORE OBTIDO NA 2ª VISITA DE SEGUIMENTO	ESCORE OBTIDO NA 3ª VISITA DE SEGUIMENTO
Agrestina	01	01	8,2	-	-
Água Preta	04	02	7,5	9,8	-
Bezerros	02	02	9,2	7,9	-
Brejão	02	03	10,0	10,0	10,0
Cabo	06	03	8,5	8,7	7,8
Caetés	02	03	9,8	8,8	9,3
Caruaru	09	03	9,0	9,9	9,8
Garanhuns	04	02	8,9	8,6	-
Passira	02	01	6,5	-	-
Saloá	01	02	10,0	10,0	-

4. 3 AVALIAÇÃO DO PROCESSO (Objetivo 3)

As tabelas de 4 a 13 mostram a classificação de cada município a partir do *sistema de escores*, já apresentado ao se descrever o método. Entretanto, algumas considerações são essenciais para a compreensão das mesmas.

Em primeiro lugar, é importante considerar que nas unidades de saúde de dois municípios, Agrestina e Passira, houve apenas uma visita de seguimento. Em ambos, as equipes do PSF foram desfeitas logo após a realização da primeira visita. Nestes, os principais fatores que contribuíram para a classificação no nível *insatisfatório* foram os baixos escores atingidos quando se avaliaram as recomendações sobre alimentação e sobre a necessidade de retorno dos pacientes, a análise da compreensão destas por parte das mães ou acompanhantes das crianças e, ainda, o baixo índice de seguimento da sistematização do atendimento previsto para o manejo de casos.

Em outro município, Saloá, foram realizadas duas visitas. Entretanto, na primeira foi possível apenas se estabelecer uma discussão sobre os problemas encontrados, uma vez que os profissionais não estavam seguindo a normatização da estratégia, embora na unidade de saúde houvesse disponibilidade dos insumos, equipamentos

e medicamentos previstos para a implantação da mesma. Na segunda visita, entretanto, os profissionais já seguiam a normatização e, mesmo tendo apresentado alguma dificuldade em seguir a sistematização do atendimento, favorecendo um maior grau de compreensão das orientações fornecidas, contribuíram de forma importante para que o município atingisse um nível a*ceitável* na determinação do grau de implantação. Posteriormente, porém, houve solução de continuidade no desenvolvimento da estratégia, tendo em vista a mudança de profissionais da equipe de saúde.

Também nos municípios de Água Preta, Bezerros e Garanhuns foram realizadas apenas duas visitas de seguimento. Entre estes municípios, apenas Bezerros apresenta grau de implantação *insatisfatório* em uma das visitas de seguimento, mais precisamente naquela que ocorreu em meados de 1999, cerca de um ano após a capacitação dos profissionais. Nesta ocasião foi avaliado o manejo de casos apenas dos profissionais de enfermagem, tendo em vista que o médico da unidade de Cajazeiras encontrava-se em licença médica e o da unidade de Boas Novas havia sido substituído por outro que, na ocasião, se encontrava em fase de capacitação. A classificação obtida deve-se principalmente aos baixos escores individuais obtidos nas variáveis que representam a verificação da compreensão das orientações fornecidas e a não-disponibilidade, em uma das unidades, de vários medicamentos padronizados pela estratégia.

Os municípios de Brejão, Cabo de Santo Agostinho, Caetés e Caruaru, receberam, no período estudado, três visitas de seguimento, permitindo assim um monitoramento mais completo e uma apreciação mais abrangente do processo. Entre estes, apenas o município do Cabo de Santo Agostinho apresentou classificação no nível *insatisfatório* e desta feita, em duas oportunidades, sendo que naquela em que obteve classificação no nível a*ceitável*, esta classificação se deu mediante escore bem próximo do nível imediatamente inferior. Os principais fatores observados para esta situação são aqueles referentes à interação entre os profissionais e os pacientes, ou seja, os concernentes às recomendações sobre imunização, alimentação, retorno à unidade de saúde e à compreensão sobre estas recomendações e sobre os problemas e os tratamentos observados. Além destes, a baixa adesão dos profissionais em seguir a sistematização proposta pela estratégia, a constante ausência de medicamentos padronizados e a falta de insumos nas unidades como os necessários para a TRO, fichas de atendimento, além de termômetro e cartão da criança, são determinantes para a classificação alcançada. É importante destacar, ainda, que em duas oportunidades a unidade de saúde de Charnequinha não pôde

ser avaliada por dificuldades em compatibilizar as atividades da equipe com a disponibilidade dos supervisores, fato mencionado por estes últimos em seus relatórios.

TABELA 4 - ESCORES INDIVIDUAIS E GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBTIDO PELO MUNICÍPIO DE AGRESTINA (1998)

Visitas de Seguimento	1ª
Nº de Unidades Visitadas	01
Nº de Profissionais Avaliados	02
Nº de Crianças Acompanhadas	03
MANEJO DE CASOS	
VARIÁVEL (peso individual)	ESCORE
Classificação Correta (2)	1,25
Tratamento Correto (2)	2,00
Recomendou Vacinas (1)	1,00
Recomendou Alimentação (0,5)	0,22
Recomendou sobre retorno (0,5)	0,17
Verificou Preenchimento do Cartão (0,5)	0,00
Seguiu a Sistematização do Atendimento (0,5)	0,17
Compreensão satisfatória sobre	
O problema (1)	0,67
O tratamento (1)	0,67
Outras orientações (0,5)	0,33
Orientação quanto à necessidade de retorno (0,5)	0,33
Escore do Manejo de Caso	6,81
INSUMOS	
VARIÁVEL (peso individual)	ESCORE
Medicamentos (1)	0,67
Vacinas (1)	1,00
Equipamentos (1)	0,80
Escore dos Insumos	2,47
Escore Final dos Insumos *	8,20
MÉDIA PONDERADA (CASO & INSUMOS)	
Nota Final do Caso (peso=2)	6,8 ≅ 4,5
Nota Final dos Insumos (peso=1)	8,2 ≅ 2,7
Grau de implantação atribuído ao município de Agrestina	7,2

- Aplicada regra de três simples, considerando 3 equivalente à 10.

TABELA 5 - ESCORES INDIVIDUAIS E GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBTIDO PELO MUNICÍPIO DE ÁGUA PRETA (1998 / 1999)

Visitas de Seguimento	1ª	2ª
Nº de Unidades Visitadas	04	04
Nº de Profissionais Avaliados	08	08
Nº de Crianças Acompanhadas	12	14
MANEJO DE CASOS		
VARIÁVEL (peso individual)	ESCORE	ESCORE
Classificação Correta (2)	2,00	1,97
Tratamento Correto (2)	2,00	2,00
Recomendou Vacinas (1)	0,94	0,85
Recomendou Alimentação (0,5)	0,46	0,50
Recomendou sobre retorno (0,5)	0,47	0,50
Verificou Preenchimento do Cartão (0,5)	0,28	0,42
Seguiu a Sistematização do Atendimento (0,5)	0,34	0,43
Compreensão satisfatória sobre		
O problema (1)	0,61	0,64
O tratamento (1)	0,83	0,88
Outras orientações (0,5)	0,50	0,43
Orientação quanto à necessidade de retorno (0,5)	0,50	0,43
Escore do Manejo de Caso	8,93	9,05
INSUMOS		
VARIÁVEL (Peso Individual)	ESCORE	ESCORE
Medicamentos (1)	0,50	0,93
Vacinas (1)	1,00	1,00
Equipamentos (1)	0,75	1,00
Escore dos Insumos	2,25	2,93
Escore Final dos Insumos *	7,50	9,80
MÉDIA PONDERADA (CASO & INSUMOS)		
Nota Final do Caso (peso=2)	8,9 ≅ 5,9	9,0 ≅ 6,0
Nota Final dos Insumos (peso=1)	7,5 ≅ 2,5	9,8 ≅ 3,3
Grau de implantação atribuído ao município de água preta	8,4	9,3

- Aplicada regra de três simples, considerando 3 equivalente à 10.

TABELA 6 - ESCORES INDIVIDUAIS E GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBTIDO PELO MUNICÍPIO DE BEZERROS (1998 / 1999)

Visitas de Seguimento	1ª	2ª
Nº de Unidades Visitadas	02	02
Nº de Profissionais Avaliados	04	02
Nº de Crianças Acompanhadas	09	04
MANEJO DE CASOS		
VARIÁVEL (peso individual)	ESCORE	ESCORE
Classificação Correta (2)	1,95	2,00
Tratamento Correto (2)	2,00	2,00
Recomendou Vacinas (1)	0,89	0,75
Recomendou Alimentação (0,5)	0,20	0,38
Recomendou sobre retorno (0,5)	0,21	0,50
Verificou Preenchimento do Cartão (0,5)	0,39	0,50
Seguiu a Sistematização do Atendimento (0,5)	0,28	0,50
Compreensão satisfatória sobre		
O problema (1)	0,87	0,25
O tratamento (1)	0,87	0,50
Outras orientações (0,5)	0,38	0,25
Orientação quanto à necessidade de retorno (0,5)	0,36	0,38
Escore do Manejo de Caso	8,40	8,01
INSUMOS		
VARIÁVEL (PESO INDIVIDUAL)	ESCORE	ESCORE
Medicamentos (1)	0,86	0,57
Vacinas (1)	1,00	1,00
Equipamentos (1)	0,90	0,80
Escore dos Insumos	2,76	2,37
Escore Final dos Insumos *	9,20	7,90

TABELA 7 - ESCORES INDIVIDUAIS E GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBTIDO PELO MUNICÍPIO DE BREJÃO (1998 / 1999)

Visitas de Seguimento	1ª	2ª	3ª
Nº de Unidades Visitadas	02	02	02
Nº de Profissionais Avaliados	04	03	04
Nº de Crianças Acompanhadas	08	05	06
MANEJO DE CASOS			
VARIÁVEL (peso individual)	ESCORE	ESCORE	ESCORE
Classificação Correta (2)	1,87	2,00	2,00
Tratamento Correto (2)	1,93	2,00	2,00
Recomendou sobre Vacinas (1)	1,00	1,00	1,00
Recomendou Alimentação (0,5)	0,45	0,50	0,50
Recomendou sobre Retorno (0,5)	0,50	0,50	0,50
Verificou Preenchimento do Cartão (0,5)	0,50	0,50	0,50
Seguiu a Sistematização do Atendimento (0,5)	0,38	0,50	0,33
Compreensão satisfatória sobre			
O problema (1)	0,76	0,40	1,00
O tratamento (1)	0,88	0,60	1,00
Outras orientações (0,5)	0,50	0,30	0,50
Orientação quanto à necessidade de retorno (0,5)	0,50	0,30	0,50
Escore do Manejo de Caso	9,27	8,60	9,83
INSUMOS			
VARIÁVEL (peso individual)	ESCORE	ESCORE	ESCORE
Medicamentos (1)	1,00	1,00	1,00
Vacinas (1)	1,00	1,00	1,00
Equipamentos (1)	1,00	1,00	1,00
Escore dos Insumos	3,00	3,00	3,00
Escore Final dos Insumos *	10,0	10,0	10,0
MÉDIA PONDERADA (CASO & INSUMOS)			
Nota Final do Caso (peso=2)	9,3 ≅ 6,2	8,6 ≅ 5,7	9,8 ≅ 6,5
Nota Final dos Insumos (peso=1)	10,0 ≅ 3,3	10,0 ≅ 3,3	10,0 ≅ 3,3
Grau de implantação atribuído ao Município de Brejão	9,5	9,0	9,8

* Aplicada regra de três simples, considerando 3 equivalente à 10.

TABELA 8 - ESCORES INDIVIDUAIS E GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBTIDO PELO MUNICÍPIO DO CABO (1998 / 1999)

Visitas de Seguimento	1ª	2ª	3ª
Nº de Unidades Visitadas	06	05	05
Nº de Profissionais Avaliados	09	10	09
Nº de Crianças Acompanhadas	17	19	19
MANEJO DE CASOS			
VARIÁVEL (peso individual)	ESCORE	ESCORE	ESCORE
Classificação Correta (2)	1,67	1,85	1,24
Tratamento Correto (2)	2,00	1,89	1,75
Recomendou Vacinas (1)	1,00	0,56	0,82
Recomendou Alimentação (0,5)	0,20	0,21	0,36
Recomendou sobre retorno (0,5)	0,19	0,39	0,32
Verificou Preenchimento do Cartão (0,5)	0,50	0,20	0,25
Seguiu a Sistematização do Atendimento (0,5)	0,26	0,21	0,19
Compreensão satisfatória sobre			
O problema (1)	0,79	0,58	0,82
O tratamento (1)	0,64	0,79	0,59
Outras orientações (0,5)	0,43	0,16	0,21
Orientação quanto à necessidade de retorno (0,5)	0,25	0,34	0,21
Escore do Manejo de Caso	7,93	7,18	6,76
INSUMOS			
VARIÁVEL (peso individual)	ESCORE	ESCORE	ESCORE
Medicamentos (1)	0,89	0,80	0,63
Vacinas (1)	1,00	1,00	1,00
Equipamentos (1)	0,67	0,80	0,70
Escore dos Insumos	2,56	2,60	2,33
Escore Final dos Insumos *	8,50	8,70	7,80
MÉDIA PONDERADA (CASO & INSUMOS)			
Nota Final do Caso (peso=2)	7,9 ≅ 5,3	7,2 ≅ 4,8	6,8 ≅ 4,5
Nota Final dos Insumos (peso=1)	8,5 ≅ 2,8	8,7 ≅ 2,9	7,8 ≅ 2,6
Grau de implantação atribuído ao Município do Cabo	8,1	7,7	7,1

* Aplicada regra de três simples, considerando 3 equivalente à 10.

TABELA 9 - ESCORES INDIVIDUAIS E GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBTIDO PELO MUNICÍPIO DE CAETÉS (1998 / 1999)

Visitas de Seguimento	1ª	2ª	3ª
Nº de Unidades Visitadas	02	02	02
Nº de Profissionais Avaliados	04	04	03
Nº de Crianças Acompanhadas	09	07	03
MANEJO DE CASOS			
VARIÁVEL (peso individual)	ESCORE	ESCORE	ESCORE
Classificação Correta (2)	2,00	2,00	2,00
Tratamento Correto (2)	2,00	1,67	2,00
Recomendou sobre Vacinas (1)	1,00	1,00	0,67
Recomendou Alimentação (0,5)	0,36	0,50	0,50
Recomendou sobre Retorno (0,5)	0,37	0,50	0,50
Verificou Preenchimento do Cartão (0,5)	0,50	0,50	0,33
Seguiu a Sistematização do Atendimento (0,5)	0,44	0,50	0,50
Compreensão satisfatória sobre			
O problema (1)	1,00	0,86	1,00
O tratamento (1)	1,00	0,80	1,00
Outras orientações (0,5)	0,50	0,29	0,33
Orientação quanto à necessidade de retorno (0,5)	0,44	0,43	0,50
Escore do Manejo de Caso	9,61	9,05	9,33
INSUMOS			
VARIÁVEL (peso individual)	ESCORE	ESCORE	ESCORE
Medicamentos (1)	0,93	0,64	0,79
Vacinas (1)	1,00	1,00	1,00
Equipamentos (1)	1,00	1,00	1,00
Escore dos Insumos	2,93	2,64	2,79
Escore Final dos Insumos *	9,80	8,80	9,30
MÉDIA PONDERADA (CASO & INSUMOS)			
Nota Final do Caso (peso=2)	9,6 ≅ 6,4	9,0 ≅ 6,0	9,3 ≅ 6,2
Nota Final dos Insumos (peso=1)	9,8 ≅ 3,3	8,8 ≅ 2,9	9,3 ≅ 3,1
Grau de implantação atribuído ao Município de Caetés	9,7	8,9	9,3

* Aplicada regra de três simples, considerando 3 equivalente à 10.

TABELA 10 - ESCORES INDIVIDUAIS E GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBTIDO PELO MUNICÍPIO DE CARUARU (1998 / 1999)

Visitas de Seguimento	1ª	2ª	3ª
Nº de Unidades Visitadas	09	09	06
Nº de Profissionais Avaliados	18	17	12
Nº de Crianças Acompanhadas	36	34	24
MANEJO DE CASOS			
VARIÁVEL (peso individual)	ESCORE	ESCORE	ESCORE
Classificação Correta (2)	1,91	1,98	1,99
Tratamento Correto (2)	2,00	1,96	2,00
Recomendou Vacinas (1)	0,94	0,92	1,00
Recomendou Alimentação (0,5)	0,39	0,49	0,50
Recomendou sobre retorno (0,5)	0,40	0,47	0,50
Verificou Preenchimento do Cartão (0,5)	0,38	0,49	0,50
Seguiu a Sistematização do Atendimento (0,5)	0,27	0,28	0,49
Compreensão satisfatória sobre			
O problema (1)	0,80	0,82	0,72
O tratamento (1)	0,92	0,97	0,85
Outras orientações (0,5)	0,48	0,46	0,39
Orientação quanto à necessidade de retorno (0,5)	0,45	0,40	0,42
Escore do Manejo de Caso	8,94	9,24	9,36
INSUMOS			
VARIÁVEL (peso individual)	ESCORE	ESCORE	ESCORE
Medicamentos (1)	0,96	0,98	0,93
Vacinas (1)	0,83	1,00	1,00
Equipamentos (1)	0,92	0,98	1,00
Escore dos Insumos	2,71	2,96	2,93
Escore Final dos Insumos *	9,00	9,90	9,80
MÉDIA PONDERADA (CASO & INSUMOS)			
Nota Final do Caso (peso=2)	8,9 ≅ 5,9	9,2 ≅ 6,1	9,4 ≅ 6,3
Nota Final dos Insumos (peso=1)	9,0 ≅ 3,0	9,9 ≅ 3,3	9,8 ≅ 3,3
Grau de implantação atribuído ao município de Caruaru	8,9	9,4	9,6

* Aplicada regra de três simples, considerando 3 equivalente à 10.

TABELA 11 - ESCORES INDIVIDUAIS E GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBTIDO PELO MUNICÍPIO DE GARANHUNS (1998 / 1999)

Visitas de Seguimento	1ª	2ª
Nº de Unidades Visitadas	04	04
Nº de Profissionais Avaliados	08	08
Nº de Crianças Acompanhadas	24	23
MANEJO DE CASOS		
VARIÁVEL (peso individual)	ESCORE	ESCORE
Classificação Correta (2)	1,75	1,98
Tratamento Correto (2)	2,00	1,89
Recomendou Vacinas (1)	0,94	1,00
Recomendou Alimentação (0,5)	0,36	0,48
Recomendou sobre retorno (0,5)	0,46	0,50
Verificou Preenchimento do Cartão (0,5)	0,25	0,47
Seguiu a Sistematização do Atendimento (0,5)	0,30	0,45
Compreensão satisfatória sobre		
O problema (1)	0,95	0,90
O tratamento (1)	0,95	0,90
Outras orientações (0,5)	0,50	0,50
Orientação quanto à necessidade de retorno (0,5)	0,50	0,50
Escore do Manejo de Caso	8,96	9,57
INSUMOS		
VARIÁVEL (peso individual)	ESCORE	ESCORE
Medicamentos (1)	0,83	0,83
Vacinas (1)	1,00	1,00
Equipamentos (1)	0,85	0,75
Escore dos Insumos	2,68	2,58
Escore Final dos Insumos *	8,90	8,60
MÉDIA PONDERADA (CASO & INSUMOS)		
Nota Final do Caso (peso=2)	9,0 ≅ 6,0	9,6 ≅ 6,4
Nota Final dos Insumos (peso=1)	8,9 ≅ 3,0	8,6 ≅ 2,9
Grau de implantação atribuído ao município de Garanhuns	9,0	9,3

* Aplicada regra de três simples, considerando 3 equivalente à 10.

TABELA 12 - ESCORES INDIVIDUAIS E GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBTIDO PELO MUNICÍPIO DE PASSIRA (1998)

Visitas de Seguimento	1ª
Nº de Unidades Visitadas	02
Nº de Profissionais Avaliados	04
Nº de Crianças Acompanhadas	07
MANEJO DE CASOS	
VARIÁVEL (peso individual)	ESCORE
Classificação Correta (2)	1,50
Tratamento Correto (2)	1,00
Recomendou Vacinas (1)	1,00
Recomendou Alimentação (0,5)	0,29
Recomendou sobre retorno (0,5)	0,35
Verificou Preenchimento do Cartão (0,5)	0,50
Seguiu a Sistematização do Atendimento	0,12
Compreensão satisfatória sobre	
O problema (1)	0,58
O tratamento (1)	0,83
Outras orientações (0,5)	0,35
Orientação quanto à necessidade de retorno	0,35
Escore do Manejo de Caso	6,87
INSUMOS	
VARIÁVEL (peso individual)	ESCORE
Medicamentos (1)	0,25
Vacinas (1)	0,87
Equipamentos (1)	0,83
Escore dos Insumos	1,95
Escore Final dos Insumos *	6,50
MÉDIA PONDERADA (CASO & INSUMOS)	
Nota Final do Caso (peso=2)	6,9 ≅ 4,6
Nota Final dos Insumos (peso=1)	6,5 ≅ 2,2
Grau de implantação atribuído ao município de Passira	6,8

* Aplicada regra de três simples, considerando 3 equivalente à 10.

TABELA 13 - ESCORES INDIVIDUAIS E GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBTIDO PELO MUNICÍPIO DE SALOÁ (1998 / 1999)

Visitas de Seguimento	1ª	2ª
Nº de Unidades Visitadas	01	01
Nº de Profissionais Avaliados	00	02
Nº de Crianças Acompanhadas	00	04
MANEJO DE CASOS		
VARIÁVEL (peso individual)	ESCORE	ESCORE
Classificação Correta (2)	0,00	1,75
Tratamento Correto (2)	0,00	1,50
Recomendou Vacinas (1)	0,00	1,00
Recomendou Alimentação (0,5)	0,00	0,50
Recomendou sobre retorno (0,5)	0,00	0,37
Verificou Preenchimento do Cartão (0,5)	0,00	0,50
Seguiu a Sistematização do Atendimento (0,5)	0,00	0,25
Compreensão satisfatória sobre		
O problema (1)	0,00	0,50
O tratamento (1)	0,00	0,50
Outras orientações (0,5)	0,00	0,12
Orientação quanto à necessidade de retorno (0,5)	0,00	0,37
Escore do Manejo de Caso	0,00	7,36
INSUMOS		
VARIÁVEL (peso individual)	ESCORE	ESCORE
Medicamentos (1)	1,00	1,00
Vacinas (1)	1,00	1,00
Equipamentos (1)	1,00	1,00
Escore dos Insumos	3,00	3,00
Escore Final dos Insumos *	10,00	10,00
MÉDIA PONDERADA (CASO & INSUMOS)		
Nota Final do Caso (peso=2)	0,0 ≅ 0,0	7,4 ≅ 4,9
Nota Final dos Insumos (peso=1)	10,0 ≅ 3,3	10,0 ≅ 3,3
Grau de implantação atribuído ao Município de Saloá	3,3	8,2

* Aplicada regra de três simples, considerando 3 equivalente à 10.

Os Indicadores de Processo (Anexo 7), normatizados pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (2000) e integrantes do *Manual de Acompanhamento e Avaliação da AIDPI*, permitem classificar os municípios por intermédio da média aritmética dos percentuais obtidos para cada indicador. Foi importante utilizar este instrumento, principalmente como forma de validar o *sistema de escores* construído. Desta forma, os indicadores foram aplicados para cada visita de seguimento nos dez municípios estudados, obtendo-se assim classificações específicas que puderam ser comparadas com as anteriormente descritas.

Para facilitar a visualização da classificação dos municípios e seu enquadramento nos três níveis de graus de implantação, foram adotadas, neste estudo, as cores verde, amarelo e vermelho como forma de representar os níveis aceitável, insatisfatório e crítico, respectivamente.

Pode-se observar na Tabela 14 que os municípios de Agrestina e Passira receberam apenas uma visita de seguimento e que os escores obtidos para ambos, nos dois métodos utilizados, encontram-se no nível *insatisfatório*. Os municípios de Água Preta, Bezerros, Garanhuns e Saloá receberam duas visitas de seguimento, verificando-se que o de Bezerros apresenta classificação no nível *insatisfatório*, no segundo seguimento e o de Saloá apresenta nível *crítico* no primeiro seguimento, devendo-se observar que nesta visita não se procedeu à observação do manejo de casos, como pode ser verificado na tabela 13. Já os municípios de Brejão, Cabo de Santo Agostinho, Caetés e Caruaru receberam, cada um, três visitas de seguimento, tendo o município do Cabo de Santo Agostinho obtido escores que o classificam no nível *insatisfatório* nas três avaliações realizadas.

Ainda, pode-se observar, quando são feitas as médias dos escores obtidos nas três visitas de seguimento, que os municípios de Agrestina, Cabo de santo Agostinho, Passira e Saloá atingem escores médios que os classificam no nível *insatisfatório*, o que é explicado pelos motivos acima descritos.

TABELA 14 - COMPARAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DOS MUNICÍPIOS SEGUNDO O GRAU DE IMPLANTAÇÃO QUANDO APLICADOS O SISTEMA DE ESCORES E OS INDICADORES DE PROCESSO (1998 / 1999)

1º SEGUIMENTO		
MUNICÍPIO	**SISTEMA DE ESCORES**	**INDICADORES DE PROCESSO**
Agrestina	7,2	7,8
Água Preta	8,4	8,4
Bezerros	8,7	8,1
Brejão	9,5	9,2
Cabo	8,1	7,7
Caetés	9,7	8,9
Caruaru	8,9	9,0
Garanhuns	9,0	8,2
Passira	6,8	7,3
Saloá	3,3	4,3
2º SEGUIMENTO		
MUNICÍPIO	**SISTEMA DE ESCORES**	**INDICADORES DE PROCESSO**
Agrestina	-	-
Água Preta	9,3	10,0
Bezerros	7,9	7,9
Brejão	9,0	10,0
Cabo	7,7	7,9
Caetés	8,9	9,3
Caruaru	9,4	9,2
Garanhuns	9,3	8,5
Passira	-	-
Saloá	8,2	8,2
3º SEGUIMENTO		
MUNICÍPIO	SISTEMA DE ESCORES	INDICADORES DE PROCESSO
Agrestina	-	-
Água Preta	-	-
Bezerros	-	-
Brejão	9,8	10,0
Cabo	7,1	8,2
Caetés	9,3	8,6
Caruaru	9,6	9,9
Garanhuns	-	-
Passira	-	-
Saloá	-	-
MÉDIA DOS TRÊS SEGUIMENTOS		
MUNICÍPIO	SISTEMA DE ESCORES	INDICADORES DE PROCESSO
Agrestina	7,2	7,8
Água Preta	8,8	9,1
Bezerros	8,3	8,0
Brejão	9,4	9,7
Cabo	7,6	7,9
Caetés	9,3	8,9
Caruaru	9,3	9,4
Garanhuns	9,1	8,3
Passira	6,8	7,3
Saloá	5,75	6,2

4. 4 OS DETERMINANTES CONTEXTUAIS DA IMPLANTAÇÃO (Objetivo 4)

Partindo para a análise do contexto ao nível local, podem-se aferir algumas características comuns ao conjunto dos municípios que vêm se somar à situação de habilitação de acordo com a NOB-96, descrita anteriormente. Em primeiro lugar, destaca-se a questão dos recursos financeiros empregados para o desenvolvimento da estratégia em que, na totalidade dos casos, os municípios haviam promovido o aporte apenas de insumos, incluindo-se aí medicamentos e impressos, no período do estudo. Após este período, entretanto, o município de Caruaru veio a financiar parte da capacitação de seus profissionais, promovendo assim um avanço significativo na implementação da estratégia que, até setembro de 2000, fazia parte da rotina de 25 das 26 equipes do PSF em funcionamento no município. O restante deles dependia de recursos estaduais e federais para a capacitação dos profissionais. Outro dado comum é que todos dispunham de apenas um relatório de supervisão, sendo este referente à primeira visita de seguimento realizada em meados de 1998.

Além dessas características, a partir da observação do Quadro 7, pode-se destacar a formação dos gestores mais diretamente envolvidos, uma vez que todos tinham formação superior, sendo que entre os Secretários Municipais de Saúde, apenas os de Agrestina e Passira não eram profissionais da área de saúde e os dos municípios de Brejão, Cabo de Santo Agostinho e Caetés apresentavam formação específica na área de Saúde Pública. Os Coordenadores do PSF de todos os municípios tinham nível superior e todos na área de saúde, sendo que os de Bezerros, Caetés, Caruaru e Saloá tinham formação em Saúde Pública. Ainda, é importante destacar que apenas em dois municípios, Garanhuns e Saloá, os Coordenadores do PSF não coordenavam a estratégia AIDPI no nível local.

Ainda em relação aos gestores, o município do Cabo de Santo Agostinho foi o que mais apresentou mudanças, tendo sido substituídos, no período estudado, os três principais atores em relação à estratégia, ou seja, o Secretário Municipal de Saúde, o Coordenador do PSF e o Coordenador da AIDPI. Outros dois municípios apresentaram mudanças: Garanhuns que mudou o Secretário de Saúde e o Coordenador do PSF e Saloá que trocou o Coordenador do PSF e o Coordenador da AIDPI.

Os municípios de Bezerros, Brejão e Garanhuns promoveram alguma discussão no Conselho Municipal de Saúde, pois foram encontrados registros em Atas do mesmo sobre a AIDPI e apenas Garanhuns e Caetés formularam Planos de Trabalho que

contemplavam a previsão de implantação da estratégia em novas unidades de saúde. O município de Caruaru, embora não tenha formalizado o Plano de Trabalho, revelou durante a entrevista a decisão formal dos gestores de nível central de implementar a estratégia com relativa rapidez, o que pode ser comprovado a partir do descrito anteriormente referente ao custeio da capacitação das equipes.

Quando se observa a influência dos profissionais médicos e enfermeiros integrantes das equipes de saúde e foco determinante do processo avaliativo, deve-se começar por assinalar o percentual de mudança dos mesmos nos diversos municípios: 50% de substituição em Bezerros e Saloá, 25% em Brejão e 12,5% em Água Preta. Em Agrestina e Passira, como já assinalado, as equipes do PSF foram desfeitas antes da segunda visita de seguimento e nos demais municípios não foram relatadas mudanças em relação a estes profissionais.

Faz-se importante aqui, apresentar as considerações mais frequentes referidas por estes profissionais nas entrevistas realizadas durante as visitas de seguimento (Anexo 4), o que é sintetizado no Quadro 8. Como referências mais frequentes destacam-se a "adesão da equipe" entre os aspectos positivos citados por profissionais de todos os municípios e a "dificuldade com a referência e contra-referência" entre os aspectos negativos, tendo esta sido citada por profissionais de nove dos dez municípios avaliados. O resultado das entrevistas com os usuários - mães e acompanhantes das crianças atendidas (Anexo 3), foi apresentado anteriormente (Tabelas 4 a 13) e integra a avaliação de processo propriamente dita.

Quadro 7 - DEMONSTRATIVO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM OS COORDENADORES MUNICIPAIS DO PSF

VARIÁVES ► / MUNICÍPIO ▼	GESTÃO MUNICIPAL NOB-93	GESTÃO MUNICIPAL NOB-96	FORMAÇÃO SMS	SAÚDE PÚBLICA	FORMAÇÃO COORDENADOR(A) PSF	SAÚDE PÚBLICA	REGISTRO EM ATAS DO CMS	PLANO DE TRABALHO	PREVISÃO DE TREINAMENTO EM NOVAS UNIDADES	RECURSOS FINANCEIROS MUNICIPAIS	RECURSOS FINANCEIROS ESTADUAIS / FEDERAIS	RELATÓRIOS DE SUPERVISÃO	COORD. AIDPI IGUAL À DO PSF	MUDANÇA DO SMS	MUDANÇA COORD.(A) AIDPI	% SUBSTITUIÇÃO DE PROFISSIONAIS
Agrestina	Incipiente	PAB	NS(Hist)	N	NS(Enf)	N	N	N	N	N	S	S	S	N	N	100,0
Água Preta	Incipiente	PAB	NS(Med)	N	NS(Med)	N	NSI	NSI	NSI	N	S	S	S	N	N	12,5
Bezerros	Incipiente	PSM	NS(Med)	N	NS(Med)	S	S	N	N	N	S	S	S	N	N	50,0
Brejão	Incipiente	PAB	NS(Med)	S	NS(Enf)	N	S	N	N	N	S	S	S	N	N	25,0
Cabo	Incipiente	PSM	NS(Med)	S	NS(Med)	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	0
Caetés	Incipiente	PAB	NS(Psic)	S	NS(Psic)	S	N	S	S	N	S	S	S	N	N	0
Caruaru	Incipiente	PSM	NS(Med)	N	NS(Enf)	S	NSI	N	N	N	S	S	S	N	N	0
Garanhuns	Incipiente	PAB	NS(Biom)	N	NS(Odon)	N	S	S	S	N	S	S	N	S	N	0
Passira	Incipiente	PAB	NS(Educ)	N	NS(Enf)	N	N	N	N	N	S	S	S	N	N	100,0
Saloá	Incipiente	PAB	NS(Med)	N	NS(Psic)	S	N	N	N	N	S	S	N	N	S	50,0

Fonte: Resultados do Questionário (Anexo-8)
SMS = Secretário Municipal de Saúde
CMS = Conselho Municipal de Saúde
PAB = Plena da Atenção Básica
PSM = Plena do Sistema Municipal
NS = Nível Superior, S = Sim, N = Não, NSI = Não Sabe Informar

NFI = Nota Final do Insumo
NFC = Nota Final do Caso
GI = Grau de Implantação
A = Aceitável
I = Insatisfatório
C = Crítico

Hist = Licenciatura em História
Med = Medicina
Psic = Psicologia
Biom = Ciências Biomédicas
Educ = Pedagogia
Odon = Odontologia
Enf = Enfermagem

QUADRO 8 – DEMONSTRATIVO DOS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UNIDADES AVALIADAS (1998 / 1999)

MUNICÍPIO	ASPECTOS POSITIVOS	ASPECTOS NEGATIVOS
Agrestina	Adesão da equipe	Falta de medicamentos padronizados Pouca sensibilidade dos gestores
Água Preta	Adesão da equipe Diminuição dos encaminhamentos para internação	Falta de medicamentos padronizados Dificuldade para referência de pacientes Demanda excessiva
Bezerros	Adesão da equipe Aumento da capacidade resolutiva da unidade	Falta de medicamentos padronizados Dificuldade para referência de pacientes Dificuldade para viabilizar o retorno dos pacientes
Brejão	Adesão da equipe Apoio do Secretário de saúde Aumento da capacidade resolutiva da unidade Instalações, equipamentos e insumos adequados	Dificuldade para referência de pacientes
Cabo de Santo Agostinho	Adesão da equipe Aumento da capacidade resolutiva da unidade	Falta de Material Falta de medicamentos padronizados Dificuldade para referência de pacientes Demanda excessiva Não valorização da estratégia pelo nível central
Caetés	Adesão da equipe Integração da equipe com a comunidade Unidades com instalações adequadas Aumento da capacidade resolutiva da unidade Intercâmbio de experiências entre as equipes do município	Falta de Material Dificuldade para referência de pacientes
Caruaru	Adesão da equipe Aumento da capacidade resolutiva da unidade Apoio dos gestores	Falta de medicamentos padronizados Dificuldade para referência de pacientes Dificuldades na orientação alimentar Dificuldade para viabilizar o retorno dos pacientes
Garanhuns	Adesão da equipe Integração da equipe Aumento da capacidade resolutiva da unidade	Falta de medicamentos padronizados Dificuldade para referência de pacientes
Passira	Adesão da equipe Integração da equipe com a comunidade Satisfação do usuário Aumento da capacidade resolutiva da unidade	Falta de Material Falta de medicamentos padronizados Dificuldade para referência de pacientes Instalações inadequadas
Saloá	Adesão da equipe Integração da equipe	Falta de Material Dificuldade para referência de pacientes Dificuldade na organização da unidade Dificuldade para viabilizar o retorno dos pacientes Falta de apoio e sensibilização dos gestores

Objetivando estabelecer uma aproximação dos indicadores utilizados com a realidade observada, é apresentado, no Quadro 9, um demonstrativo dos principais resultados das entrevistas com os coordenadores locais do PSF associados ao grau de implantação observado nos municípios. Promove-se, ainda, a desagregação *da nota final do caso e dos insumos* buscando tornar mais evidentes as associações procuradas.

Esta desagregação permite destacar que, das cinco situações onde os municípios apresentam grau de implantação no nível insatisfatório, em três delas (Agrestina – 1º seguimento e Cabo de Santo Agostinho – 2º e 3º seguimentos) isto se dá decorrente, principalmente, da *nota final do caso* (6,8; 7,2 e 6,8). Nas outras duas (Bezerros – 2º seguimento e Passira – 1º seguimento) a influência da *nota final do caso* (8,0 e 6,9) e da *nota final dos insumos* (7,9 e 6,5) ocorre de forma semelhante.

Quadro 9 - DEMONSTRATIVO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM OS COORDENADORES MUNICIPAIS DO PSF ASSOCIADOS AO GRAU DE IMPLANTAÇÃO OBSERVADO NOS MUNICÍPIOS

VARIÁVES ▶ MUNICÍPIO ▼	GESTÃO MUNICIPAL NOB-96	FORMAÇÃO SMS	SAÚDE PÚBLICA	FORMAÇÃO COORDENADOR(A) PSF	SAÚDE PÚBLICA	REGISTRO EM ATAS DO CMS	PLANO DE TRABALHO	MUDANÇA DO SMS	MUDANÇA COORD.(A) AIDPI	GRAU 1º SEG NFC	GI	NFI
Agrestina	PAB	NS(Hist)	N	NS(Enf)	N	N	N	N	N	6,8	I	8,2
Água Preta	PAB	NS(Med)	N	NS(Med)	N	NSI	NSI	N	N	8,9	A	7,5
Bezerros	PSM	NS(Med)	N	NS(Med)	S	S	N	N	N	8,4	A	9,2
Brejão	PAB	NS(Med)	S	NS(Enf)	N	S	N	N	N	9,3	A	10,0
Cabo	PSM	NS(Med)	S	NS(Med)	N	N	N	S	S	7,9	A	8,5
Caetés	PAB	NS(Psic)	S	NS(Psic)	S	N	S	N	N	9,6	A	9,8
Caruaru	PSM	NS(Med)	N	NS(Enf)	S	NSI	N	N	N	8,9	A	9,0
Garanhuns	PAB	NS(Biom)	N	NS(Odon)	N	S	S	S	N	9	A	8,9
Passira	PAB	NS(Educ)	N	NS(Enf)	N	N	N	N	N	6,9	I	6,5
Saloá	PAB	NS(Med)	N	NS(Psic)	S	N	N	N	S	0,0	C	10,0

Fonte: Resultados do Questionário (Anexo-8)

SMS = Secretário Municipal de Saúde
CMS = Conselho Municipal de Saúde
PAB = Plena da Atenção Básica
PSM = Plena do Sistema Municipal
NS = Nível Superior, S = Sim, N = Não, NSI = Não Sabe Informar

NFI = Nota Final do Insumo
NFC = Nota Final do Caso
GI = Grau de Implantação
A = Aceitável
I = Insatisfatório
C = Crítico

Hist = Licenciatura em História
Med = Medicina
Psic = Psicologia
Biom = Ciências Biomédicas
Educ = Pedagogia
Odon = Odontologia
Enf = Enfermagem

5 DISCUSSÃO

5. 1 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE 1996

Com a regulamentação do texto constitucional pelas Leis 8080/90 e 8142/90 que garantem a base jurídico-institucional para a realização de mudanças no sistema de saúde brasileiro e a aprovação das Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1993 e 1996, que permitem o aprimoramento do processo de municipalização da saúde, iniciativas de aproximação dos diversos atores sociais podem ser identificadas, e pode-se tomar como exemplo o Programa Saúde da Família, estratégia que vem sendo utilizada como condutora da busca de um modelo assistencial que atenda às necessidades e peculiaridades do desenho de inserção social da população (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996; BUENO et al., 1997).

O estado de Pernambuco tem hoje 184 municípios que, somados ao distrito de Fernando de Noronha, perfazem 185 localidades habilitadas junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receberem o Piso da Atenção Básica (PAB), mecanismo de financiamento preconizado na Norma Operacional Básica 01/1996 (NOB-96) com o objetivo de, dentro do teto financeiro da assistência, financiar todas as ações básicas de saúde, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa Saúde da Família, e os incentivos à cobertura destes Programas.

A NOB-96 adota o PSF como estratégia principal para a reorganização do modelo de atenção, propondo mudanças nos métodos de abordagem do processo saúde-doença, nas tecnologias utilizadas para promover a saúde, bem como nos princípios éticos norteadores (Quadro 10) das relações dentro do sistema de saúde (Cavalcanti et al., 1999).

QUADRO 10 - BASES PROPOSTAS PELA NOB-96 PARA UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

MODELO VIGENTE	MODELO PROPOSTO
A) AMPLIAÇÃO DO OBJETO DA ATENÇÃO À SAÚDE:	
▪ Integralidade como discurso	• Efetiva integralidade das ações
1. Atenção no caso clínico; relação individualizada entre o profissional e o paciente; intervenção clínica armada;	1. relação equipe de saúde – comunidade, especialmente na família; enfoque centrado na qualidade de vida e do ambiente;
B) MUDANÇAS NO MÉTODO	
2. Enfoque clínico	2. Enfoque epidemiológico
3. Ação sobre o indivíduo	3. Ação sobre a pessoa, o ambiente e os comportamentos interpessoais;
C) MUDANÇAS DE TECNOLOGIA	
4. Conhecimento particularizado e isolado, com grande sofisticação e detalhamento analítico;	4. Conhecimento integrador e globalizante com aprimoramento da síntese;
5. Terapias individuais	5. Novas tecnologias nos processos de educação e comunicação social
D) ÉTICA	
6. Ética individual	6. Construção da ética do coletivo que incorpora e transcende a ética do individual;
a) Pouca ou nenhuma responsabilização dos profissionais com os pacientes	7. Vínculo equipe-cliente
	8. Responsabilidade sanitária

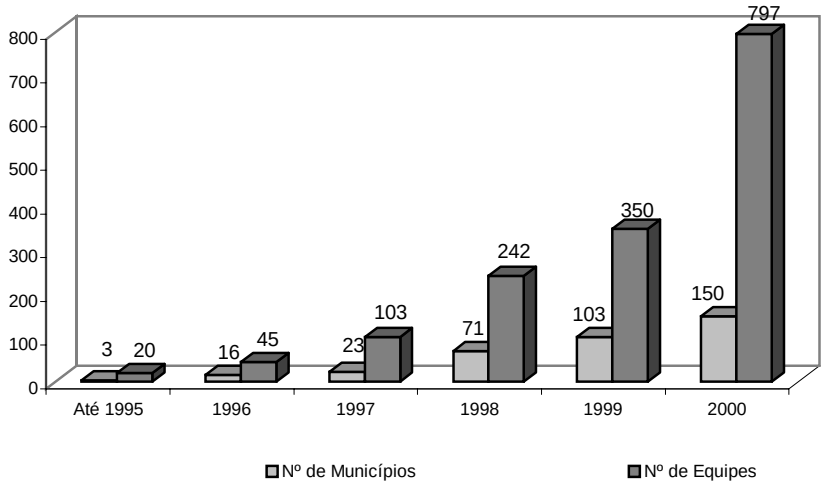
FONTE: CAVALCANTI et al., 1999.

Entretanto, devido a dificuldades políticas e financeiras, a NOB-96 só foi realmente implantada em 1998. Com a sua implantação, os municípios passaram a receber incentivos (Quadro 11), não com base na população coberta e sim um valor fixo por equipe do PSF e por número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Assim, ocorre em 1998 um grande aumento do número de equipes implantadas no país e do número de municípios utilizando a estratégia. Esta situação se reflete em Pernambuco, que apresenta um crescimento de 235% do número de equipes implantadas entre dezembro de 1997 e o mesmo mês de 1998, saltando de 23 para 71 municípios com PSF implantado. E, agora, dois anos mais tarde, esse crescimento apresenta-se ainda mais acentuado, chegando à cifra de 330% de aumento do número de equipes em relação a 1998, distribuídas em 150 municípios do estado (Figura 2).

QUADRO 11 -PERCENTUAIS DE INCENTIVOS FINANCEIROS AO PACS E PSF ESTABELECIDOS NA NOB-96

% SOBRE O VALOR DO PAB	% DA POP. COBERTA	LIMITE: % DA POP. TOTAL COBERTA
1. Incentivo ao PSF*		
3%	5%	60%
5%	5%	60- 90 %
7%	5%	90 a 100 %
2. Incentivo ao PACS**		
1%	5%	60%
2%	5%	60- 90 %
3%	5%	90 a 100 %

* Até o limite de 80% do PAB fixo
** Até o limite de 30 % do PAB fixo
FONTE: CAVALCANTI et al., 1999.



Fonte: SES-PE, Setembro/2000

FIGURA 2 - EVOLUÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE EQUIPES DO PSF EM PERNAMBUCO ATÉ SETEMBRO DE 2000

Neste contexto de implantação e expansão do PSF no estado de Pernambuco, observa-se que este está envolvido no processo de implantação da AIDPI no país já desde 1996, quando a Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE) definiu a estratégia como uma de suas ações de fortalecimento da atenção primária em saúde e que viria a se somar aos investimentos decisivos que a mesma vinha fazendo na ampliação do PSF e na otimização do PACS (FELISBERTO et al., 2000).

Naquele ano, promoveu-se no estado um processo de articulação interinstitucional que envolveu instituições de ensino e outras vinculadas à saúde da criança, com a finalidade de definir competências e estabelecer mecanismos de cooperação. Além do MS e da OPAS, a articulação promovida envolveu Secretarias Municipais de Saúde, a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), a Universidade de Pernambuco (UPE), o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) e a Sociedade de Pediatria de Pernambuco (SPP) (PERNAMBUCO. SECRETARIA DE SAÚDE, 1998 a).

Dessa forma, iniciou-se a capacitação de todas as equipes do PSF dos municípios selecionados, sendo feita a opção de treinar, num mesmo curso, um médico e um enfermeiro de equipes diferentes dentro de um mesmo município, evitando-se com isto a paralisação das atividades da equipe durante o período de treinamento.

O processo de capacitação dos profissionais não foi realizado de maneira uniforme. Desta forma, ao longo do tempo, houve municípios com profissionais treinados em momentos distintos e equipes com apenas um dos profissionais capacitado, razão pela qual não se conseguiu implementar a fase de seguimento em todas as equipes treinadas.

Entretanto, pelos motivos acima expostos e, ainda, em razão de alguns municípios se recusarem a participar da fase de seguimento, prevista para ser realizada um mês após a capacitação e posteriormente em intervalos de três a quatro meses no primeiro ano seguinte, esta tornou-se possível, inicialmente, em apenas 40 equipes de 12 municípios, que dessa forma possibilitaram o início do monitoramento da estratégia, propiciando informações para a *avaliação do grau de implantação* que havia sido planejada já no início do processo de implantação da estratégia no estado (PERNAMBUCO. SECRETARIA DE SAÚDE, 1998a). A opção adotada pelo estado de Pernambuco em investir prioritariamente no PSF para a implantação da estratégia AIDPI, parece proporcionar aos profissionais capacitados na mesma, uma reflexão crítica sobre a importância da integralidade da atenção (BREILH, 1991).

O PSF proporciona a convivência diária dos profissionais de saúde envolvidos com

sua "clientela" no mesmo espaço geográfico, inclusive com área de abrangência limitada e as atividades e/ou atribuições a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde prevêem, entre outras, a reorganização das práticas de trabalho como, por exemplo, a possibilidade do planejamento e programação locais e as iniciativas de educação em saúde, muitas vezes demandadas pela própria população (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997; WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

> "A estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância se constitui numa das intervenções mais eficientes, inclusive do ponto de vista da relação custo-efetividade, como atesta o Banco Mundial no Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial, de 1993, e, atualmente as abordagens relacionadas à promoção e prevenção da saúde devem, a nosso ver, trazer em seu bojo novos conceitos. Estes se referem a uma maior atenção à saúde relacionando-a com o meio ambiente, ao fortalecimento das atividades de educação em saúde e ao controle social em saúde. Hoje alguns destes conceitos começam a ser incorporados no entendimento da própria Organização Mundial da Saúde, quando define Cidade Saudável e Saúde Urbana**,** traduzindo os espaços específicos onde se dá o processo de vida das pessoas. É neste contexto, que o PSF se apresenta como campo propício à adequação da nova abordagem proposta pela AIDPI" (FELISBERTO et al., p. 30, 2000).

5. 2 ANÁLISE DA ESTRUTURA

Em relação à estrutura das unidades de saúde dos municípios, parece existir uma influência direta e positiva do Programa Saúde da Família, na medida em que são atribuições dos municípios claramente definidas nas diretrizes operacionais do PSF:

> " ... garantir a infra-estrutura/funcionamento da rede básica necessária ao pleno desenvolvimento das ações da estratégia de Saúde da Família e inserir o financiamento das ações das unidades de Saúde da Família na programação ambulatorial do município, definindo a contrapartida municipal" (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, p. 27-8, 1997).

Não era de se esperar resultados diferentes da avaliação da estrutura (Tabela 3), principalmente se se considerar que os escores no nível *insatisfatório* obtidos por alguns municípios, têm relação com faltas, provavelmente ocasionais, de determinados insumos em uma ou outra unidade de saúde, sendo que os mesmos se encontravam presentes nas outras unidades do mesmo município e na mesma *visita de seguimento*.

A verificação da adequação dos recursos empregados e sua organização, buscada por este estudo, contempla a *avaliação normativa* em sua exigência de obediência a critérios e normas pré-existentes, atendendo e/ou respondendo a perguntas como aquelas a que se referem CONTANDRIOPOULOS et al. (1997). Ao mesmo tempo atende à necessidade da construção da teoria do programa, pré-requisito essencial à análise de implantação (HARTZ et al. 1997a), ao especificar componentes que irão contribuir para a determinação do grau de implantação, elemento essencial à discussão do quadro conceitual aqui adotado, além de contribuir com a validade do conteúdo da avaliação.

Assim, verifica-se que os municípios de Água Preta, Bezerros e Cabo de Santo Agostinho apresentam os recursos suficientes para execução da estratégia, em pelo menos uma das visitas de seguimento realizadas, Passira apresenta nível insatisfatório na única visita realizada, e os demais apresentam-se em condições de oferecer os serviços previstos segundo este critério.

5. 3 ANÁLISE DO PROCESSO

Da mesma forma, esses critérios e normas devem ser comparados com os "serviços" ou "bens produzidos", no sentido de saber se estes são adequados para atingir os resultados esperados (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Esta medida foi possível ao se determinar o Grau de Implantação da estratégia em cada município, uma vez que o banco de dados fornece informações a partir do monitoramento da estratégia nas unidades de saúde. Nesse momento, observou-se a prática profissional, considerando a apreciação da qualidade da atenção e a interação existente entre os clientes e os produtores de cuidados, ao considerar o nível de compreensão por parte das mães e/ou acompanhantes das crianças atendidas. Estas duas dimensões são respectivamente caracterizadas por CONTANDRIOPOULOS (1997) como a "dimensão técnica dos serviços" e a "dimensão das relações interpessoais". Há, ainda, segundo estes autores, uma terceira, a "dimensão organizacional" que:

> "... diz respeito à acessibilidade aos serviços, à extensão da cobertura dos serviços oferecidos pela intervenção considerada, assim como à globalidade e a continuidade dos cuidados e dos serviços." (CONTANDRIOPOULOS et al., p.36, 1997)

A análise desta dimensão constitui-se numa limitação deste estudo, que será discutida mais adiante. Ainda, a estas dimensões, foram acrescentados os resultados

da avaliação de estrutura anteriormente descritos.

Pode-se concluir, em relação ao grau de implantação, que os municípios de Agrestina e Passira sofreram influência direta dos componentes que integram as dimensões "técnica" e das "relações interpessoais" abordadas acima. Já o município de Saloá apresentou grau de implantação fortemente condicionado pela dimensão "técnica" no segundo seguimento, quando os profissionais efetivamente exerceram a prática da estratégia. O município do Cabo de Santo Agostinho, único que apresentou nível insatisfatório entre aqueles onde foram realizadas três visitas de seguimento, teve seu grau de implantação influenciado negativamente, tanto pelos escores obtidos na análise da estrutura, quanto das diversas dimensões que permitem avaliar o processo. Os demais municípios, apresentaram grau de implantação no nível aceitável e as variáveis cujos escores permitiram que assim se situassem não diferiram de forma significante entre si, ao serem considerados os escores específicos observados na "nota final do caso" e na "nota final dos insumos".

Um aspecto específico que parece essencial analisar diz respeito à interação entre os "clientes" e os produtores de cuidados. Os usuários dos serviços de saúde geralmente valorizam a atenção, relacionando-a com seu bem-estar. Eles podem ter diferentes percepções sobre a assistência, podendo esperar muito ou pouco, na dependência dos vários estados de saúde e doença e de suas características sócio-culturais, psicológicas e de sua inserção social no processo de trabalho. Em outras palavras "... os diferentes estados de saúde significam diferentes coisas para diferentes pessoas" (DONABEDIAN, p. 1117, 1990), razão pela qual pode-se considerar apropriado o método utilizado para apreensão da opinião do usuário, que se constituiu em valorizar a compreensão deste sobre diferentes aspectos que integram a relação profissional-usuário, quais sejam, as que se referem: a) ao problema que o levou a procurar o serviço; b) à conduta adotada pelo profissional que o atendeu e c) a outras orientações necessárias à condução do caso. A importante contribuição destes aspectos sobre a determinação do Grau de Implantação, observada nos resultados apresentados, traduz uma das três dimensões que a estratégia AIDPI tem como foco, ou seja, a que se refere à Família e à Comunidade, principalmente quando especifica a necessidade de se trabalhar Técnicas de Comunicação apropriadas (WHO.WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

Pode-se concluir, em relação aos resultados observados nas tabelas de 4 a 13, que os municípios apresentam importante variação entre as diversas visitas de seguimento nos escores obtidos para medir o grau de compreensão por parte das

mães ou acompanhantes das crianças, com exceção de Caetés, Caruaru e Garanhuns que apresentam estes escores estáveis entre as visitas.

DONABEDIAN (p. 1118, 1990), afirma que:

> "A qualidade do cuidado é um conceito que abriga vários componentes e que pode ser julgada por um conjunto de expectativas ou padrões que derivam de três fontes: a) a ciência do cuidado à saúde, que determina a eficácia; b) valores e expectativas individuais que determinam a aceitabilidade e c) valores e expectativas sociais que determinam a legitimidade."

Embora a qualidade da atenção à saúde não possa ser julgada apenas em termos técnicos, é importante ressaltar a influência determinante que têm as variáveis relacionadas com a qualidade da atenção do ponto de vista individual, ou seja, aquelas referentes ao manejo de casos, que podem estar refletindo a qualidade da capacitação oferecida, e que integra outra dimensão da estratégia, a que se refere à habilidade profissional.

A análise do Grau de Implantação da estratégia nos municípios estudados permite, ainda, observar o alto grau de coerência entre os dois métodos utilizados, o *sistema de escores* e os *indicadores de processo*, tanto nas comparações específicas por visita de seguimento, como quando são comparados os escores médios dos três momentos do estudo. As diferenças observadas referentes ao município do Cabo de Santo Agostinho não chegam a comprometer esta afirmação, uma vez que os escores atingidos se aproximam dos limites de corte adotados e encontram-se, também, em consonância com as variações observadas nos escores dos demais municípios, mesmo que dentro dos limites dos níveis de classificação, contextualizando, assim, um grau comum de coerência que minimiza estas diferenças que são, inclusive, anuladas quando comparados os escores médios por município.

5. 4 ANÁLISE DO CONTEXTO

Um dos objetivos deste estudo foi relacionar o grau de implantação obtido com o contexto organizacional no nível local. A partir do método de análise escolhido, procurou-se verificar se o grau de implantação da estratégia AIDPI nos municípios avaliados é condicionado por fatores contextuais, como a organização dos mesmos no âmbito do sistema de saúde, as perspectivas dos atores envolvidos e as características estruturais que podem ou não favorecer o processo de implantação.

O Sistema Único de Saúde (SUS) constitui-se numa proposição resultante da história mais recente da construção de um sistema de saúde no Brasil, visto que:

> "O SUS incorporou muitos dos princípios que estão por trás dos sistemas bem-sucedidos a nível mundial e, segundo Ragio e Giacomini representa a mais completa articulação de uma política social que o país já teve e guarda potencialidade de uma verdadeira reforma de estado. Isto se deve aos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade que o sustentam, bem como às estratégias adotadas da descentralização e do controle social através da participação da sociedade" (BRITO et al., p. 1, 1999).

Deve-se destacar que, no Brasil, os avanços do sistema de saúde vão desde o plano legal até o operacional, estando coerentes com os princípios e diretrizes concebidas no movimento da Reforma Sanitária, que teve seu marco histórico na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. Se no primeiro destaca-se a elaboração, a partir da Constituição de 1988, da base jurídico-institucional, para a realização de mudanças no sistema de saúde brasileiro, inclusive com a regulamentação do texto constitucional pelas Leis 8080/90 e 8142/90 que garantiram a aprovação das Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1993 e 1996 (SILVA, 1999), no plano operacional, tem sido possível observar o aprimoramento do processo de municipalização da saúde com consideráveis avanços no que diz respeito a um efetivo deslocamento de poder das esferas centrais para o município, embora se possa perceber, na prática de alguns gestores, a pouca clareza das perspectivas de transformação e do papel das esferas estaduais no processo de descentralização.

A consolidação do SUS, entretanto, não está garantida com esses avanços, pois mudanças de concepção com relação às políticas sociais e à crise do estado nacional, com a crescente crise de seu financiamento, constituem-se em ameaças políticas importantes, sem contar que estas se dão, também, a partir de seu interior, pois correntemente o SUS dá mostras de ineficiência e ineficácia, além de contar com a insatisfação da população, sem que isso possa ser atribuído exclusivamente ao seu financiamento (BRITO et al., 1999).

Em que pese as limitações de alguns mecanismos propostos, a NOB-96 se propõe a aprofundar o processo de descentralização na saúde, e isto pode ser constatado na medida em que adota o Programa Saúde da Família como condutor da busca de um modelo assistencial que atenda às necessidades e peculiaridades do desenho de inserção social da população (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996). Este processo vem sendo desencadeado pelo setor saúde e, embora esteja claro o indispensável envolvimento de diversos setores, o monitoramento do estado de saúde da população em relação às

condições de vida e os indicadores há muito trabalhados pela epidemiologia, hoje, no caso brasileiro, cada vez mais são de responsabilidade dos municípios.

> "Embora a Declaração de Alma-Ata tenha demonstrado preocupações claras quanto à qualidade de vida das populações dos países em desenvolvimento quando advoga a contribuição que a promoção e a proteção à saúde podem proporcionar para o desenvolvimento econômico e social destes países, as práticas de Atenção Primária à Saúde desenvolvida por eles - mesmo que em suas justificativas ressaltem os diversos capítulos da Declaração, fruto daquela Conferência – parece não terem conseguido ao longo dos anos modificar, como seria de se esperar, a realidade excludente que desenha o perfil de inserção social destes povos" (FELISBERTO et al., p. 29, 2000).
>
> "O processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no estado de Pernambuco parece contribuir com este apelo na medida em que representa um avanço no modo como aborda o problema, ressaltando a integralidade desta abordagem, eixo fundamental de uma atividade desenvolvida no nível mais próximo da população" (FELISBERTO et al., p. 30, 2000).

De uma maneira geral, não seria imprudente concluir que, no estado de Pernambuco, existe um contexto favorável à implantação da estratégia, considerando desde a observação de como se iniciou o processo, ao se ter escolhido as unidades do Programa Saúde da Família, já detentoras de uma normatização própria para condições estruturais, de condutas e método de trabalho em equipe multidisciplinar e com integração à comunidade, que em muito favorece à implantação de programas específicos, até o esforço desenvolvido pela SES-PE no sentido de estimular a habilitação de 100% dos municípios do estado na NOB-96, possibilitando maior autonomia dos mesmos na gestão dos recursos e no planejamento e execução das políticas setoriais locais. Dos 10 municípios estudados, 03 (Bezerros, Cabo de Santo Agostinho e Caruaru) encontram-se hoje, no nível de gestão Plena do Sistema Municipal e os outros 07 habilitados na gestão Plena da Atenção Básica.

Por outro lado, o incremento do PSF no estado e o financiamento garantido por parte dos níveis estadual e federal para os cursos de capacitação da estratégia AIDPI parece ter contribuído de forma importante para esta constatação. Basta verificar que nos 10 municípios selecionados têm-se, até setembro de 2000, 108 equipes do PSF e, destas, 64 encontram-se capacitadas na estratégia, quando esse número era de 33 equipes e todas treinadas, em agosto de 1998, período a partir do qual se inicia este estudo.

Aspecto de fundamental importância a ser discutido é o que diz respeito às referências dos profissionais avaliados, em relação ao que consideram pontos

positivos e negativos da estratégia AIDPI.

DENIS e CHAMPAGNE (p. 78, 1997) quando discorrem sobre a influência dos médicos em suas considerações metodológicas para a análise de implantação, afirmam:

> "O desenvolvimento das práticas multidisciplinares é fortemente ligado à propensão do médico a envolver-se em tais atividades, o que por sua vez depende do modelo de intervenção defendido por este ator. De fato, os médicos têm opiniões diversas sobre a utilidade dos outros atores no processo de execução de cuidados..."

As práticas profissionais das equipes do Programa de Saúde da Família já baseadas no trabalho do médico e do enfermeiro e o método de operacionalização da AIDPI, contribuem para explicar que em 100% dos municípios estudados os profissionais referiram entre os aspectos positivos a *adesão da equipe*. Além disso, o *aumento da capacidade resolutiva* da mesma, foi citado em oito dos dez municípios. Estes resultados atendem ao *modelo político e contingente* defendido pelos autores acima citados e adotados neste estudo como referencial para análise de implantação, assim como constituem-se em características contextuais que podem influenciar o grau de implantação segundo o modelo político em que aquele se baseia, sugerido por vários autores e sistematizado por DENIS e CHAMPAGNE (1997).

De acordo com este modelo, os resultados apresentados devem responder a três indagações:

> "As relações entre os atores são modificadas pela implantação da intervenção?;
>
> Em que as estratégias dos atores se opõem ou favorecem a implantação da intervenção?
>
> Os atores que controlam as bases de poder na organização são favoráveis à implantação da intervenção?" (DENIS; CHAMPAGNE, p. 69, 1997).

Pode-se responder à primeira com as seguintes referências observadas entre os aspectos positivos referidos pelos profissionais: "integração da equipe", "intercâmbio de experiências entre as equipes de um mesmo município", "integração da equipe com a comunidade". À segunda indagação pode-se responder com a constatação de que a "adesão da equipe" foi um aspecto citado por profissionais de todos os municípios. Ainda, as citações acima e o caráter opcional de adesão à estratégia, por parte dos gestores, permitem que se conclua positivamente em relação à terceira indagação.

Por outro lado, pode-se observar que entre os aspectos negativos citados pelos

profissionais, alguns destacam-se pela freqüência de citações, em contraposição aos resultados positivos apurados na avaliação da estrutura das unidades, como *falta de medicamentos padronizados* e *falta de material*. Aqui é importante considerar que os instrumentos utilizados para a coleta dos dados guardam características próprias que podem explicar este evento. O questionário aplicado aos profissionais (Anexo 4) permite que os mesmos respondam a perguntas fechadas que identificam, de uma maneira geral, as dificuldades que eles tiveram em executar a estratégia, o que permite que seja captado como falta, determinados tipos de insumos padronizados que podem ser substituídos por outros. Já o instrumento de verificação dos insumos da unidade (Anexo 5) utilizado para avaliação da estrutura, permite:

> "Considerar Unidades de Saúde com medicamentos essenciais para a implementação da AIDPI, aquelas que possuam no mínimo um tipo de medicação dentro das classificações padronizadas" (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, p. 24, 2000).

Ainda, segundo DENIS e CHAMPAGNE (1997), há um outro modelo em que se baseia o modelo político e contingente, é o *modelo estrutural*, segundo o qual uma série de características referentes aos atributos organizacionais e aos atributos dos gestores podem ter influência na determinação do grau de implantação de uma intervenção. Eles sistematizam uma indagação que parece ter sido atendida favoravelmente pelo processo de implantação da AIDPI no estado de Pernambuco: "As características dos gestores, do ambiente e da organização favorecem a implantação da intervenção ?" (DENIS; CHAMPAGNE, p. 69, 1997).

Entretanto, neste estudo, parece não haver associação direta entre os resultados decorrentes das variáveis escolhidas para avaliação do contexto organizacional no nível municipal e os diversos graus de implantação quando se analisam os resultados das entrevistas com os coordenadores do PSF e se procura estabelecer uma associação entre estes de forma desagregada, verificando a *nota final do caso* e a *nota final dos insumos* por visita de seguimento e por município.

Assim, encontra-se forte influência dos escores obtidos com a *nota final do caso* na determinação do grau de implantação no nível *insatisfatório* nos municípios de Agrestina e Cabo de Santo Agostinho. Ainda, quando este achado é comparado com os resultados apresentados nas tabelas 4 e 8, conclui-se que este fato se deve principalmente aos escores individuais obtidos das variáveis que têm relação direta com a interação entre os "clientes e os produtores de cuidados", ou seja, aquelas que dizem respeito ao componente comunitário da estratégia AIDPI.

Esses fatos levam a crer que embora as “Técnicas de Comunicação” constituam-se em um dos componentes da estratégia, que inclusive é ressaltado durante a capacitação dos profissionais (OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1996), estas parecem ser, ainda, um dos aspectos que dificultam a correta implantação da estratégia, e isto encontra ressonância na observação feita na introdução deste trabalho ao se analisar a atenção prestada à saúde da criança no país.

6 CONCLUSÕES

A partir dos resultados encontrados, pode-se inferir que os instrumentos utilizados nas visitas de seguimento além de terem como forte característica o reforço à capacitação dos profissionais, constituem-se em importantes elementos do monitoramento da estratégia, permitindo, ainda, privilegiar a avaliação do processo de implantação da mesma. Para que esta seja possível, se faz necessário o uso de outras técnicas de análise que permitam a otimização do estudo do banco de dados fornecidos por aqueles instrumentos.

Nesse sentido, destaca-se a importância de se desagregar os indicadores de processo mediante um "sistema de escores" que permita verificar que componentes específicos da estratégia estarão influenciando o seu grau de implantação.

Por outro lado, pode-se afirmar que a estrutura das unidades de saúde avaliadas encontrava-se adequada, havendo influência direta e positiva do Programa Saúde da Família.

Conclui-se, também, que o grau de implantação encontrado apresentava-se no nível *aceitável* na maioria dos municípios e, naqueles onde se identificou o nível *insatisfatório*, isto se deu decorrente, principalmente, de fatores relacionados ao manejo de casos e, mais frequentemente, ao componente que reflete a interação entre a prática profissional e o entendimento desta prática pelo usuário.

Destaca-se, ainda, que o contexto organizacional ao nível dos municípios avaliados exerceu influência positiva no grau de implantação da estratégia em Pernambuco, embora não se possa, a partir das variáveis contextuais estudadas, atribuir relação direta entre estas e os graus de implantação específicos observados em cada município.

A conclusão deste trabalho acompanha um forte sentimento de se ter promovido um exercício importante da metodologia de *análise de implantação de programas*, que só mais recentemente vem sendo utilizada no Brasil, a partir dos estudos de Hartz (1993) e, ainda, de se ter promovido, talvez, o primeiro estudo avaliativo sobre o processo de implantação da estratégia AIDPI no país, o que se espera venha a contribuir para o acompanhamento deste processo e com os ajustes necessários à uma adequada implementação da estratégia por parte dos três níveis de gestão do SUS.

7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A primeira limitação que se pode citar talvez seja aquela que é comum às avaliações que necessitam da presença do avaliador junto ao profissional avaliado, o *Hawthorne Effect*. Há, ainda, outra característica da construção do banco de dados utilizado, que é a multiplicidade de avaliadores necessária à realização das visitas de seguimento.

O estudo de um banco de dados secundário, se por um lado apresenta as vantagens do baixo custo e execução rápida, por outro, mostra algumas limitações importantes.

> "... as principais limitações é que as decisões sobre a coleta de dados, as variáveis que serão medidas, os métodos de mensuração, os registros e o controle de qualidade, não são feitas pelo pesquisador" (EBRAHIM, p. 160, 1995).

Como visto anteriormente, a análise da *dimensão organizacional* constitui-se, também, numa das limitações deste estudo, uma vez que se utilizou um banco de dados secundário. Por este motivo, não se conseguiu uma análise mais apurada sobre alguns problemas citados como aspectos negativos pelos profissionais das unidades de saúde, como por exemplo, as dificuldades com a referência e contra-referência. Entretanto, esta limitação não chega a comprometer a validade de construção do estudo ou sua consistência, na medida em que o foco principal da estratégia é o conceito de integralidade das ações, estando as características da dimensão organizacional mais relacionadas ao Programa Saúde da Família, modelo de atenção em que a AIDPI está inserida em Pernambuco.

Ainda, dentro deste contexto, pode-se também concluir que o questionário aplicado para determinar as variáveis contextuais não permitiu estabelecer uma relação direta entre estas e o grau de implantação detectado nos municípios, assim como os escores podem não ter sido os melhores para demonstrar uma boa associação em todos os casos, pois estes nunca são exaustivos nas sub-dimensões cobertas e, ainda, apenas um modo de ponderação e pontos de corte foram testados.

No que diz respeito à percepção dos usuários sobre a estratégia, a única dimensão avaliada foi a que traduz a compreensão destes em relação às orientações prestadas pelos profissionais da unidades, comprometendo, assim, a utilização do processo de avaliação como instrumento de controle social.

Outra limitação importante neste estudo, é a relativa à sua validade externa, uma vez que os resultados encontrados são decorrentes de um processo de implantação

condicionado por características contextuais próprias.

Por outro lado, se já se justificava a possibilidade de contribuir, com este trabalho, para o acompanhamento do processo de implantação da AIDPI, (FELISBERTO, 2000), agora, se pode afirmar que sempre haverá o confronto com o risco de informações incompletas e inadequadas, o que não deve reduzir a convicção sobre a pertinência desse tipo de estudo, na perspectiva do Sistema Único de Saúde (HARTZ; POUVOURVILLE, 1998).

8 RECOMENDAÇÕES

Serão citadas aqui algumas recomendações julgadas pertinentes com o objetivo de contribuir com o processo de implantação da estratégia:

1. Promover uma maior ênfase, no processo de capacitação, ao componente comunitário, ou seja, aquele que pode contribuir para a melhoria da interação entre o profissional e o usuário, problema que parece persistir como um aspecto negativo comum aos programas de atenção primária à saúde;

2. Disseminar o conhecimento da estratégia junto às instituições de ensino, visando, principalmente, à sensibilização para uma maior atenção à interação dos profissionais de saúde com a população;

3. Garantir a realização das visitas de seguimento como um dos elementos que visam assegurar o monitoramento da estratégia, redimensionando, entretanto, sua frequência, de acordo com a necessidade específica de cada local, que pode ser definida a partir de indicadores epidemiológicos fornecidos por outros sistemas de informação, como por exemplo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB);

4. Realizar e estimular estudos avaliativos que valorizem os dados das visitas de seguimento, mas incorporem outras técnicas de análise que possam suprir as deficiências apresentadas, promovendo, ainda, o devido *feedback* aos municípios, como forma de contribuir para os ajustes necessários à implementação de quaisquer programas de saúde;

5. Promover uma maior integração do processo de implantação da estratégia AIDPI com o Programa Saúde da Família, visando contribuir para uma melhor organização dos serviços e, principalmente, favorecendo o estabelecimento de sistemas de referência e contra-referência.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA FILHO, M.; SHIRAIWA, T. Indicadores de saúde para um sistema de vigilância nutricional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 5, n. 1, p. 105-16, 1989.

BENGUIGUI, Y.; LAND, S.; PAGANINI, J. M.; YUNES, J., (eds.). **Ações de saúde materno-infantil a nível local: segundo as metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância**. Washington, DC: Organização Panamericana da Saúde, 1997. (OPAS. Série HCT/AIEPI-40)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE**.** ÁREA DE SAÚDE DA CRIANÇA**. O Brasil e a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998. (mimeo)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. ÁREA DE SAÚDE DA CRIANÇA. **Manual de acompanhamento e avaliação da AIDPI: módulo 9**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1985.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **Roteiro de avaliação dos programas PAISM /PAISC PROSAD.** Brasília: Ministério da Saúde, 1994. (mimeo)

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estimativas da mortalidade infantil por microregiões e municípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo, Universidade de São Paulo: UNESP, 1991.

BRITO, A. M.; FALBO, A. R.; MENDES, M. F. M.; SANTOS NETO, P. M.; SILVA, R. M.; LYRA, T. M.. **O sistema de saúde brasileiro: um balanço dos anos 90**. Recife, 1999. Trabalho apresentado à Disciplina de Políticas de Saúde do Mestrado em

Saúde Pública do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (NESC/CPqAM/FIOCRUZ). [mimeo].

BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes**. In: Conferência Nacional de Saúde on line, 1997. www.saude.gov.br

CAVALCANTI, P.; SILVA, E.; MACÁRIO, E.; FELISBERTO, E.; GONÇALVES, F. **Saúde da Família: uma estratégia para modificar o modelo de atenção à saúde ? – considerações com base na experiência de Pernambuco.** Recife, 1999. Trabalho apresentado à Disciplina de Políticas de Saúde do Mestrado em Saúde Pública do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (NESC/CPqAM/FIOCRUZ). [mimeo].

CONTANDRIOPOULOS, A-P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J-L.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In HARTZ, Z. M. A., (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ABRASCO, 1997. p. 29-47.

CONTANDRIOPOULOS, A-P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J-L.; BOYLE, P**. Saber preparar uma pesquisa**. Rio de Janeiro: HUCITEC, ABRASCO, 1994.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. **Promoção da saúde. município saudável,** v. 1, n. 1, p. 35-6, 1999.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In HARTZ, Z. M. A., (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ABRASCO, 1997. p. 49-88.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality**. Archives of Pathology and Laboratory Medicine,** v. 114, p. 1115-8, 1990.

EBRAHIM, G. J. **Mother and child health – research methods.** London: Book-Aid, 1995.

EHIRI, J.; PROWSE, J. M. Child health promotion in developing countries: the case for integration of environmental and social interventions. **Health Policy and Planning** v**.** 14, n. 1, p. 1-10, 1999.

ESPÍRITO SANTO, A. C. G. **Avaliação formal e informal dos serviços de saúde – um estudo de caso.** São Paulo, 1992. Tese (doutorado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

FELISBERTO, E.; CARVALHO, E. F.; SAMICO, I. Estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância – considerações sobre o processo de implantação. **Revista do IMIP**, v. 14, n. 1, p. 24-31, 2000.

FELISBERTO, E.; SAMICO, I.; VILADOT, A. C. Brasil: el estado de Pernambuco y AIEPI. **Notícias sobre AIEPI,** n. 1, p. 16-7, 1999**.**

HARTZ, Z. M. A. **Évaluation du programme de santé infantile dans une région du Nord-Est du Brésil.** Montréal, 1993. Thèse (Ph. D.) – Faculté de médecine, Université de Montréal.

HARTZ, Z. M. A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; LEAL, M. C. Avaliação do programa materno-infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no nordeste do Brasil. In HARTZ, Z. M. A. (org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.89-131, 1997.

HARTZ, Z. M. A.; CHAMPGNE, F.; LEAL, M.C. Mortalidade infantil "evitável" em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde**. Revista de Saúde Pública,** v. 34, n. 4, p. 310-8, 1996.

HARTZ, Z. M. A. (org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, ABRASCO, 1997.

HARTZ, Z. M. A.; POUVOURVILLE, G. Avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, p. 68-82, 1998.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. DIVISÃO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS. **AIDPI - seguimento após a capacitação: manual do participante: versão preliminar**. Washington, DC: OMS, 1998.

OPS. ORGANIZAIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en países de América Latina**. **Informe de la Reunión de evaluacíon y planificacíon del proyecto USAID/LAC-OPS-BASICS.** Quito, 1998. (OPAS. Série HCT/AIEPI-12).

OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Condições de Eficiência dos Serviços de Atenção Materno-Infantil**. Washington, DC: OPAS, 1987. (mimeo)

OPAS. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE; OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; UNICEF, FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **AIDPC:**

Atenção Integrada à Doenças Prevalentes da Criança para os países da região das Américas. Washington: OPAS, 1996. (mimeo)

PERNAMBUCO. SECRETARIA DE SAÚDE. DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Processo de implantação da estratégia AIDPI em Pernambuco: uma experiência de parceria com o Instituto Materno Infantil de Pernambuco**. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 1998a. (Cadernos de Avaliação. Série: Projeto Salva-Vidas, n. 14).

PERNAMBUCO. SECRETARIA DE SAÚDE. DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. DIRETORIA EXECUTIVA DE ATENÇÃO BÁSICA. **Relatório de gestão**. Recife, Secretaria Estadual de Saúde, 1998b.

PERNAMBUCO. SECRETARIA DE SAÚDE. DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Avaliação das Ações de Atenção Integral à Saúde da Criança: situação atual - grau de implantação e de gestão municipal.** Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 1996. (Cadernos de Avaliação. Série Projeto Salva Vidas, n. 4).

PERNAMBUCO. SECRETARIA DE SAÚDE**.** DIRETORIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL. **Coletânea de projetos relacionados com a redução da mortalidade infantil**. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 1997. (Cadernos de Avaliação. Série: Projeto Salva-Vidas, n. 7).

SCHRAIBER, L. B. Prefácio. In: HARTZ, Z. M. A. (org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. Health evaluation: problems and perspectives. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SILVA, M V. **A política de saúde em tempos de reforma: a operacionalização do SUS no governo Fernando Henrique Cardoso 1995/1996**. Recife: 1999. Dissertação (mestrado) - Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco.

VUORI, H. **A qualidade da saúde.** Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública ENSP, 1988. (mimeo).

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. UNIT OF URBAN ENVIRONMENTAL HEALTH AND DEVELOPMENT. **Building a healthy city: a practioners guide**. Geneva: WHO, 1995.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated management of childhood illness: global status of implementation. **News on Health Care in Developing Countries** v. 11, n. 2, p. 4-9, 1997.

ANEXO 1 - OBSERVAÇÃO DO MANEJO DE CASOS DE CRIANÇAS DE 2 MESES A 5 ANOS

Nome da Unidade: Data:
Município :
Avaliador:

PROBLEMAS IDENTIFICADOS:

Nome do profissional		01 ( ) Médico 02 ( ) Enfermeiro				
Número da Criança			1	2	3	4
03 – Idade da criança (meses) *						
04 – Peso da criança (Kg)						
05 – Sinais de perigo						
Tosse	06 -	Pneumonia grave ou doença muito grave				
	07	Pneumonia				
	08	Não é pneumonia				
Diarréia	09	Desidratação grave				
	10	Desidratação				
	11	Sem desidratação				
	12	Diarréia persistente grave				
	13	Diarréia persistente				
	14	Disenteria				
Febre	15	Doenca febril muito grave				
	16	Doenca febril				
	17	Malária Grave ou Doença Febril Muito Grave				
	18	Malária				
	19	Provável Malária				
	20	Malária Pouco provável				
Ouvido	21	Mastoidite				
	22	Infecção aguda do ouvido				
	23	Infecção crônica do ouvido				
	24	Não há infecção do ouvido				
Desnutrição	25	Desnutrição grave				
	26	Peso muito baixo *				
	27	Peso baixo ou ganho insuficiente *				
	28	Peso não é baixo				
Anemia	29	Anemia grave				
	30	Anemia *				
Referência	31	Referiu urgentemente				
	32	Referiu para investigação				
Vacinas	33	Verificou vacinas				
	34	Encaminhou para atualização das vacinas				
Recomendou* Sobre Alimentação	35	Perguntas sobre a alimentação				
	36	Identificou os problemas de alimentação				
	37	Recomendou sobre problemas de alimentação				
	38 -	Verificou a compreensão				
	39	Preencheu corretamente o cartão da criança				
Tratou	40	Tratou corretamente				
	41	Demonstrou como fazer tratamento				
	42	Verificou a compreensão				
Retorno	43	Recomendou quando retornar				
	44	Verificou quando deve retornar				
45 – Entregou folheto explicativo						
46 – Identificou outros problemas						
47 – Notificação compulsória das doenças						
48 – Seguiu a sistematização proposta						

Criança 1:

Criança 2:

Criança 3:

Crianca 4:

Assinalar observando-se os itens 05 a 32 e 40. (* incluir 35 a 37 se 26, 27 ou 30 for positivo, ou a criança tiver < 2 anos).

49 ( ) Sem divergência
50 ( ) Até duas divergências
51 ( ) Acima de duas divergências

ESPAÇO RESERVADO PARA OUTRAS CONSIDERAÇÕES:

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

1. Utilize o instrumento juntamente com a ficha de registro de casos e o manual de quadros
2. Faça uma marca √ na classificação (baseando-se na sua própria avaliação), e nos procedimentos ou orientações que realmente caibam à criança, realizadas corretamente.
3. Se o profissional cometeu um erro na classificação e/ou nos procedimentos ou orientações, circule a marca √ por você assinalada.
4. Faça a marca ◯ se o profissional não avaliou qualquer dos itens, se considerou positivo um item por você não considerado ou não realizou algum dos procedimentos ou orientações.
5. Faça uma marca __ nas situações onde a conduta não se aplica, caso não exista referência ou doenças de notificação compulsória, ou não estejam indicadas as recomendações sobre alimentação.
6. Os itens 49 a 51 devem ser assinalados considerando-se o conjunto das divergências encontradas, (Marcas: √ e ◯), independentemente de ocorrerem em relação a uma ou mais crianças observadas.
7. Qualquer divergência encontrada deve ser especificada resumidamente na coluna destinada aos problemas identificados.

OBS: Não assinale mais de uma marca para cada classificação e/ou procedimento, nem deixe nenhum quadro em branco.

INSTRUÇÕES PARA DIGITAÇÃO:

√ = 1	◯ = 3
√ = 2	___ = 4 (não se aplica)

Em branco = 9

ANEXO 2 - OBSERVAÇÃO DO MANEJO DE CASO DE CRIANÇAS DE 1 SEMANA A 2 MESES DE IDADE

Nome da Unidade: ***Data:***
Município:
Avaliador:

PROBLEMAS IDENTIFICADO

Nome do profissional	01 ( ) Médico 02 ( ) Enfermeiro				
03 – Número da Criança		1	2	3	4
04 – Idade da criança (semanas)					
05 – Peso da criança (Kg)					
Possibilidade de infecção bacteriana					
	06 - Possível infecção bacteriana grave				
	07 - Infecção bacteriana local				
Diarréia					
	08 - Desidratação grave				
	09 - Desidratação				
	10 - Sem desidratação				
	11 - Diarréia persistente grave				
	12 - Disenteria				
Problema de Alimentação ou Peso Baixo					
	13 - Não consegue alimentar-se: possível infecção bacteriana grave				
	14 - Problema de alimentação ou peso baixo*				
	15 - Nenhum problema de alimentação				
Referência:					
	16 - Referiu urgentemente				
	17 - Referiu para investigação				
Vacinas	18 - Verificou vacinas				
	19 - Encaminhou para atualizar vacinas				
Recomendou sobre alimentação / amamentação *					
	20 - Perguntas sobre alimentação				
	21 - Identificou os problemas de alimentação				
	22 - Recomendou sobre probl. de .alimentação				
	23 - Verificou a compreensão				
	24 - Preencheu corretamente o cartão				
Tratou	25 - Tratou corretamente				
	26 - Demonstrou como fazer tratamento				
	27 - Verificou a compreensão				
Retorno	28 - Recomendou quando retornar				
	29 - Verificou quando deve retornar				
30 – Entregou folheto explicativo					
31 – Identificou outros problemas					
32 – Notificação compulsória das doenças					
33 – Seguiu a sistematização proposta					

Criança 1:

Criança 2:

Criança 3:

Criança 4:

Assinalar observando-se os itens 06 a 17 e 25 (* incluir 20-22 se 14 for positivo)

34 ( ) Sem divergências
35 ( ) Até duas divergências
36 ( ) Acima de duas divergências

ESPAÇO RESERVADO PARA OUTRAS CONSIDERAÇÕES:

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

Idem as crianças de 2 meses a 5 anos de idade.

Nas divergências, os itens 49-51 correspondem aos 34-36 das crianças menores de 2 meses.

OBS: Dentro das recomendações sobre alimentação, devem ser consideradas as orientações sobre aleitamento materno (pega e posição). Só marcar √ se foram feitas de forma correta.

INSTRUÇÕES PARA DIGITAÇÃO:

Idem às crianças de 2 meses a 5 anos de idade.

ANEXO 3 - ENTREVISTA COM A MÃE OU ACOMPANHANTE

Nome da Unidade: **Data:**
Município:
Avaliador:

1. **Idade da criança:**
2. **Criança cadastrada na unidade:** 1( ) sim 2 ( ) não
3. **Atendimento:** 1( ) 1a. vez 2 ( ) Retorno
4. **Por que trouxe sua criança para consulta:**
   1 ( ) Problema de saúde 2 ( ) Resultado de exames
   3 ( ) Vacinação 4 ( ) Reavaliação Clínica
   5 ( ) Outros _____ 99 ( ) Sem resposta
5. **O que o profissional de saúde explicou sobre o problema de sua criança?** ***/////////***
   Nível de entendimento: 1 ( ) satisfatório 2 ( ) parcialmente satisfatório 3 ( ) insatisfatório
6. **Que orientações você recebeu sobre o tratamento de sua criança?** ***/////////***
   Nível de entendimento : 1 ( ) satisfatório 2 ( ) parcialmente satisfatório 3 ( ) insatisfatório

7 **Recebeu outras orientações: (**Alimentação/Aleitamento, como cuidar da criança em casa, vacinação, outras)
Se sim, nível de entendimento: 1 ( ) satisfatório 2 ( ) parcialmente satisfatório 3 ( ) insatisfatório

8. **Que orientações você recebeu sobre quando retornar (para consulta e retorno imediato)?**
   Nível de entendimento: 1 ( ) satisfatório 2 ( ) parcialmente satisfatório 3 ( ) insatisfatório
9. **O que achou do atendimento recebido:**
   1 ( ) Bom
   2 ( ) Regular
   3 ( ) Ruim
   99 ( ) Sem resposta

INSTRUÇÕES PARA A ENTREVISTA COM AS MÃES OU ACOMPANHANTES

Prioritariamente deverão ser selecionados acompanhantes de crianças que você não observou o atendimento.

Fazer perguntas abertas, não indutivas, numa linguagem de acordo ao entendimento da mãe ou acompanhante (não seguir literalmente a forma em que foram formuladas no anexo 4).

Enquadrar as respostas em um dos itens sugeridos.

Item 3: Consulta de primeira vez significa a primeira consulta relacionada com a queixa atual do paciente.

ANEXO 4. ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL

Nome da Unidade: *Data:*

Município:

Avaliador:

1. Teve dificuldades em executar esta estratégia? 1( )Sim 2( )Não

Se Sim, quais:

1 ( ) Preenchimento do prontuário (manejo do instrumento)
2 ( ) Falta de instalações adequadas
3 ( ) Falta das medicações recomendadas
4 ( ) Falta de vacinas
5 ( ) Falta de material
6 ( ) Recursos humanos de apoio com qualificação insatisfatória
7 ( ) Dificuldade para a referência dos casos: transporte, vagas em outro serviço, longas distâncias.
8 ( ) Demanda excessiva
9 ( ) Retorno dos casos para reavaliação
10 ( ) Outro _____
99 ( ) Sem resposta

2. Sugestões para melhorar a estratégia AIDPI no seu serviço:

1 ( ) Supervisão/Discussão de casos periodicamente
2 ( ) Melhorar instalações
3 ( ) Suprimento das medicações, vacinas, materiais e outros insumos
4 ( ) Promover melhor capacitação profissional: reciclagem, educação continuada, normatização das rotinas de serviço, etc.
5 ( ) Melhorar sistema de referência e contra-referência
6 ( ) Outro _____
99 ( ) Sem resposta

3. De uma maneira geral, a partir da experiência prática com esta estratégia de atendimento, como você a classificaria?

1 ( ) Muito boa
2 ( ) Boa
3 ( ) Regular
4 ( ) Ruim
9 ( ) Sem resposta

Comentários _____

(use o verso se necessário, para outras considerações e pontos positivos relatados pelo profissional)

INSTRUÇÕES PARA ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL

Item 1. De forma geral, é melhor fazer perguntas abertas, não indutivas, enquadrando as respostas em um dos itens sugeridos; não obstante, neste caso poderão ser nomeadas as diferentes respostas para obter maiores informações sobre as principais dificuldades dos profissionais de saúde.

Item 2. Deixar as perguntas abertas.

Item 3. Nomear as diferentes classificações para o profissional enquadrar a resposta.

ANEXO 5 - VERIFICAÇÃO DOS INSUMOS DA UNIDADE DE SAÚDE

Nome da Unidade: *Data:*

Avaliador:

PROBLEMAS IDENTIFICADOS:

		CÓDIGO*
Medicamentos	01 - Trimetoprim + Sulfametoxazol comp. adult. ou suspensão	
	02 - Amoxilina comp. de 250 mg ou suspensão	
	03 - Eritromicina suspensão	
	04 - Ácido nalidixico comp. de 250mg ou suspensão	
	05 - Furazolidona cápsula 100mg	
	06 - Gentamicina ampola de 20mg, 10mg	
	07 - Paracetamol comp. de 500mg ou gotas	
	08 - Dipirona comp. de 500mg ou gotas	
	09 - Vitamina A solução oral ou drágea de 50.000 UI	
	10 - Sulfato ferroso gotas	
	11 - Mebendazol comp. de 100mg ou suspensão	
	12 - Salbutamol ou Fenoterol 5mg/ml (nebulização)	
	13 - Salbutamol comp. de 2mg, 4mg ou xarope	
	14 - Cloranfenicol frasco de 1g	
	15 - Penicilina G procaína frasco de 400 000 UI	
	16 - SRO	
	17 - SF 0,9%	
	18 - SG 5%	
	19 - Permanganato 100mg sol.ou comp. / violeta genciana 1%	
	20 - Antimalárico oral / injetável	
Vacinas	21 - BCG	
	22 - HEP B	
	23 - DPT	
	24 - VPO	
	25 - Antisarampo	
Equipamentos e insumos	26 - Geladeira	
	27 - Sonda Nasogástrica	
	28 - Equipamentos para tratamento endovenoso	
	29 - Balança (Adulto e Pesa Bebê)	
	30 - Termômetro	
	31 - Relógio na sala de consulta	
	32 - Nebulizador	
	33 - Pano para mechas (secar ouvidos)	
	34 - Formulários de atendimento	
	35 - Cartão da criança	
	36 - Quadros de procedimentos para AIDPI	
	37 - Insumos para TRO (jarra, colher)	
Infra Estrutura	38 - Plano B	
Para:	39 - Plano C	
Folhetos Explicativos	40 - Alimentação	
	41 - Diarréia persistente	
	42 - Peso muito baixo	

(*) 1. Insumo disponível no ato da visita
2. Insumo não disponível no ato da visita
3. Insumo não faz parte da rotina do serviço

		Nº Existentes	**Nº Capacitados**
Recursos Humanos	43 - Médico		
	44 - Enfermeiro(a)		
	45 - Auxiliar enfermagem		
	46 - ACS		

INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DOS INSUMOS DA UNIDADE

Marcar todos os quadros com um código só (1,2 ou 3), de forma que o nº 3 exclui o nº 2.

No processamento de dados, seguir as seguintes instruções:

1. Medicamentos

Considerar Unidades de Saúde com medicamentos essenciais para a implementação de AIDPI, aquelas que possuam no mínimo um tipo de medicação dentro da classificação de:

- Antibiótico oral **(nº 01-05)**
- Antibiótico injetável (opcional) **(nº 06 ou 14-15)**
- Antitérmico/analgésico **(nº 07 ou 08)**
- Ferro **(nº 10)**
- Mebendazol **(nº 11)**
- Broncodilatador (opcional) **(nº 12 ou 13)**
- SRO **(nº 16)**
- Antimalárico oral (em zonas endêmicas de malária)' **(nº 20)**

1. Vacinas

Considerar principalmente: BCG, DPT, VPO e Sarampo **(nº 21 e 23-25)**

2. Equipamentos e Insumos

Incluir todos aqueles imprescindíveis na unidade para poder aplicar a AIDPI:

- Balança, termômetro **(nº 29-30)**
- Pano para mechas **(nº 33)**
- Formulários de atendimento, cartão da criança **(nº 34-35)**
- Quadros de procedimentos (manual ou cartazes da parede) **(nº 36)**
- Insumos para TRO **(nº 37)**

ANEXO 6. INFORME RESUMIDO DA VISITA

Município:
Unidade visitada: Data:
Avaliador:

	Dificuldades encontradas	Providências tomadas	Ações necessárias
Observação do manejo de casos			
Instalações físicas e Equipamentos			
Medicamentos e outros insumos			
Outras considerações			
Pontos Positivos			

ANEXO 7 - INDICADORES DE PROCESSO

INDICADOR	CÁLCULO (VARIÁVEIS)	NÍVEL	FON
1 - % de municípios com unidades de saúde com AIDPI implantado *(I)*	nº municípios com AIDPI implantado x 100 nº municípios do estado	Estadual	Secretaria
2- % de Unidade de Saúde com 80% ou mais dos profissionais treinados na AIDPI *(II)*	nº U.S. com 80% ou mais dos profission treinados AIDPI x 100 nº U.S. existentes no município	Municipal/ Estadual	Secreta Municip Estadual
3 - % de Profissionais (de nível superior) treinados na AIDPI *(II, III)*	nº profissionais (de nível superior) treinados na AIDPI x 100 nº profissionais (de nível superior) que atendam crianças nas U.S. do município	Municipal	Secreta Municip Estadual d
4 - % de profissionais que estão classificando e tratando corretamente segundo AIDPI *(IV)*	nº de profissionais que classificam e tratam corretamente x 100 nº de profissionais avaliados	Municipal/ Regional	Seguimen capacitaç
5 - % de casos orientados adequadamente sobre alimentação *(V)*	nº de casos orientados adequadamente sobre alimentação x 100 nº de crianças observadas no seguimento	Municipal/ Regional	Seguimen capacitaç
6 - % de casos referenciados com urgência adequadamente *(VI)*	nº de casos referenciados com urgência adequadamente * x 100 nº de casos que necessitavam referir urgentemente	Municipal/ Regional	Seguimen capacita
7 - % de Unidades de Saúde com Medicamentos para a AIDPI *(VII)*	nº de U.S. com medicamentos para AIDPI x 100 nº de U.S. com profissionais treinados na AIDPI	Municipal/ Estadual	Seguimen capacitaç
8 - % de Profissionais que receberam no mínimo 01 visita de seguimento semestral após a capacitação da AIDPI	nº de profissionais que receberam seguimento x 100 nº de profissionais das U.S. capacitados na AIDPI	Municipal/ Regional	Seguimen capacitaç

ANEXO 8. QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DOS DETERMINANTES CONTEXTUAIS

1. Qual tipo de Gestão Municipal segundo a NOB – 96 ?
2. Qual a formação acadêmica do Secretário Municipal de Saúde ?
3. Qual a formação acadêmica do Coordenador local do PSF ?
4. Há registro de discussão da estratégia em Atas do Conselho Municipal de Saúde ?
5. Foi desenvolvido Plano de Trabalho para a implantação/implementação da estratégia ?
6. O Plano de Trabalho previu o treinamento em AIDPI de novas unidades do PSF progressivamente ?
7. Quais os recursos financeiros municipais empregados para a implantação/implementação da AIDPI nas unidades avaliadas ?
8. Quais os recursos financeiros estaduais/federais empregados para a implantação/implementação da AIDPI nas unidades avaliadas ?
9. Há na secretaria Municipal de Saúde pelo menos dois relatórios de Supervisão abordando a estratégia no período estudado ?
10. A Coordenação da estratégia AIDPI é a mesma do PSF local ?
11. Houve mudanças do Secretário Municipal de Saúde no período estudado ?
12. Houve mudanças da Coordenação do PSF local no período estudado ?
13. Houve mudanças na Coordenação da estratégia AIDPI no período estudado ?
14. Qual o percentual de profissionais substituídos nas equipes do PSF, no período estudado, em relação ao total de profissionais avaliados ?

GRÁFICA & EDITORA LICEU LTDA
Rua Capitão Lima, 173/183 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone/Fax: (81) 3423.8566 - E-mail: liceu@truenet.com.br