

Parte I - Experiências de Implantação e Avaliação

3. Implantação da AIDPI no Programa Saúde da Família em Pernambuco

Eronildo Felisberto
Eduardo Freese de Carvalho
Ruben Schindler Maggi
Isabella Samico

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

FELISBERTO, E., *et al.* Implantação da AIDPI no Programa Saúde da Família em Pernambuco. In: CUNHA, A. J. L. A., BENGUIGUI, Y., and SILVA, M. A. S. F., orgs. *Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, pp. 77-94. ISBN: 978-85-7541-604-4. Available from: doi: [10.7476/9788575416044.0004](https://doi.org/10.7476/9788575416044.0004). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/v3d7g/epub/cunha-9788575416044.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

IMPLANTAÇÃO DA AIDPI NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM PERNAMBUCO¹

3

Eronildo Felisberto

Eduardo Freese de Carvalho

Ruben Schindler Maggi

Isabella Samico

INTRODUÇÃO

A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) propõe um novo enfoque de abordagem à saúde da criança no primeiro nível de assistência. Avalia de maneira sistemática os principais fatores que afetam a saúde das crianças, integrando ações curativas com medidas de prevenção e promoção. Introduz o conceito de integralidade, surgindo como alternativa aos programas específicos já existentes (Benguigui et al., 1997).

Inicialmente introduzida em países africanos e asiáticos, a estratégia, denominada Integrated Management of Childhood Illness (IMCI), é submetida a um pré-teste na Etiópia em 1994 e em 1996 alguns países daqueles continentes já haviam iniciado o processo de implantação da proposta (WHO, 1997).

Buscando a incorporação da estratégia como política de saúde fundamental dos países em desenvolvimento, para o alcance das metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) desencadeia na América Latina, em 1996, um processo objetivando maior participação de organismos internacionais, que contribuem para acelerar a efetiva implantação da AIDPI no continente (Opas, 1998).

O Ministério da Saúde do Brasil (MS) adota a AIDPI desde 1995, e em 1996 promove a adaptação do material instrucional às normas nacionais. O estado de Pernambuco, junto com os estados do Pará, Ceará e Sergipe, inicia, nesse mesmo ano, o processo de implantação da estratégia em municípios com taxas de mortalidade infantil acima de 40/1.000 nascidos-vivos (Felisberto, Carvalho & Samico, 2000).

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.

Para Contandriopoulos et al. (1994), uma intervenção, qualquer que seja, pode sofrer dois tipos de avaliação:

- pode-se estudar cada componente da intervenção em relação a normas e critérios (avaliação normativa);
- pode-se examinar as relações que existem entre os diferentes componentes da intervenção (pesquisa avaliativa).

Segundo Denis & Champagne (1997), a análise de implantação visa definir a influência dos fatores contextuais nos efeitos e no grau de implantação da intervenção. Esses autores apresentam proposta de um quadro conceitual para atingir o objetivo ora exposto. De acordo com tal 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, 1997: 67).

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, 1997: 67).

É se baseando nessa proposição que se procurou, também, situar o método utilizado neste estudo. A investigação proposta tenta, assim, 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).

Este estudo propõe-se, também, a abordar 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 & Champagne (1997: 55), “apóia a análise de implantação de programas”. Os outros dois são: a análise das variações da implantação na sua eficácia e a análise da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados.

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

METODOLOGIA

O modelo utilizado para o estudo é do tipo avaliativo, que incorpora a ‘avaliação normativa’ em seus componentes de estrutura e de processo e promove uma ‘pesquisa avaliativa’ para definir os determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção.

Foram selecionadas 33 unidades do Programa Saúde da Família (PSF), com profissionais treinados na estratégia AIDPI, oriundos de dez municípios do estado de Pernambuco nos quais a Secretaria Estadual de Saúde (SES-PE) realizou monitoramento desde agosto de 1998 e que até dezembro de 1999 deveriam ter recebido três visitas de seguimento.

Para descrever a implantação, utilizaram-se os resultados das visitas de seguimento, componente da estratégia, cujos questionários, analisados em Epi-Info, foram consolidados previamente em relatórios oficiais.

Para a avaliação da estrutura, utilizou-se o mesmo banco de dados, e as variáveis selecionadas foram: medicamentos, vacinas, equipamentos/ insumos e recursos humanos.

Para se definir o grau de implantação e se permitir a avaliação do processo de implantação, utilizaram-se dois métodos distintos. O primeiro, denominado 'sistema de escores', desenvolvido pelo autor, estabelece um mecanismo que permite atribuir aos municípios uma pontuação que os classificam em graus e, ainda, permite conhecê-la por variável estudada. O segundo, utiliza os indicadores de processo normatizados pelo Ministério da Saúde e classifica os municípios por meio da média aritmética dos percentuais obtidos para cada indicador (Brasil/MS, 2000). As variáveis escolhidas foram percentual de:

- profissionais de nível superior capacitados na AIDPI;
- casos classificados corretamente;
- casos orientados corretamente sobre alimentação;
- casos referenciados com urgência adequadamente;
- unidades de saúde com medicamentos padronizados para a AIDPI e de profissionais que receberam no mínimo uma visita de seguimento semestral após a capacitação na estratégia.

Para criar o 'sistema de escores', utilizaram-se as seguintes variáveis e os respectivos pesos, sugeridos pelo autor de acordo com a relação que cada uma guardava com o estado de saúde da criança: 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) e compreensão satisfatória sobre a necessidade de retorno (0,5). A ponderação toma ainda, como base, os instrumentos: Condições de Eficiência dos Serviços de Atenção

Materno-Infantil e Roteiro de Avaliação dos Programas Paim/ Paisc/ Prosad (Opas, 1987; Brasil/MS, 1994). A pontuação máxima obtida pelo conjunto destas variáveis é 10, conseguida a partir dos percentuais de positividade alcançados por cada variável.

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.

Para se obter a pontuação final com vistas a se definir o grau de implantação, obteve-se a média ponderada dessas 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.

O grau de implantação foi definido como: 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. Usaram-se estes valores tanto para a classificação com o sistema de escores como para a classificação final, após a aplicação dos indicadores de processo (Cosendey, 2000; Hartz, 1997; Ojeda, 1992; Pernambuco/SES, 1996).

Para a análise de implantação, relacionando o grau de implantação e o contexto organizacional, utilizou-se a abordagem qualitativa com o recurso da entrevista com atores-chave das gestões municipais e das unidades e a análise de documentos oficiais. Realizaram-se dez entrevistas com os coordenadores do PSF e utilizaram-se os resultados de 146 entrevistas com profissionais das unidades, constantes do banco de dados das visitas de seguimento, realizadas em momentos distintos, ou seja, 66 na 1ª, 52 na 2ª e 28 na 3ª visita.

As variáveis contextuais estudadas são: tipo de gestão municipal, qualificação dos gestores, registro em atas do Conselho Municipal de Saúde, plano de trabalho referente à estratégia, recursos financeiros empregados, relatórios sistemáticos de supervisão das unidades, simultaneidade das coordenações do PSF e da AIDPI e mudanças dos atores locais.

RESULTADOS

Na Tabela 1 observa-se que os municípios apresentam um nível 'aceitável' em relação à estrutura, 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 no nível insatisfatório, se aproximam do nível 'aceitável' (7,5, 7,9 e 7,8). Ressalte-se que isso ocorre quando considerada apenas uma das visitas realizadas nas unidades de saúde daqueles municípios.

Tabela 1 – Grau de implantação dos municípios avaliados, segundo visitas de seguimento. Pernambuco, 1998-1999

	Agrestina		Passira		Água Preta		Bezerros		Garanhuns		Saloá	
	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
Visita de seguimento												
Escore do manejo de caso	6,81		6,87		8,93	9,05	8,40	8,01	8,96	9,57	0,00	7,36
Escore final dos insumos	8,20		6,50		7,50	9,80	9,20	7,90	8,90	8,60	10,0	10,0
Grau de implantação	7,2		6,8		8,4	9,3	8,7	7,9	9,0	9,3	3,3	8,2

Tabela 1 – Grau de implantação dos municípios avaliados, segundo visitas de seguimento. Pernambuco, 1998-1999 (continuação)

	Brejão			Cabo			Caetés			Caruaru		
	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª
Visita de seguimento												
Escore do manejo de caso	9,27	8,60	9,83	7,93	7,18	6,76	9,61	9,05	9,33	8,94	9,24	9,36
Escore final dos insumos	10,0	10,0	10,0	8,50	8,70	7,80	9,80	8,80	9,30	9,00	9,90	9,80
Grau de implantação	9,5	9,0	9,8	8,1	7,7	7,1	9,7	8,9	9,3	8,9	9,4	9,6

Em relação à avaliação de processo, é importante considerar que, nas unidades de saúde de dois municípios, Agrestina e Passira, houve apenas

uma visita de seguimento. Nestes, os principais fatores que contribuíram para a classificação no nível 'insatisfatório' foram os escores atingidos referentes à alimentação e à necessidade de retorno dos pacientes, à análise da compreensão por parte das mães ou acompanhantes das crianças e, ainda, ao baixo índice de seguimento da sistematização do atendimento previsto.

No município de Saloá, foram realizadas duas visitas. Na primeira estabeleceu-se apenas 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, os profissionais já seguiam a normatização e, mesmo tendo apresentado alguma dificuldade em seguir a sistematização do atendimento, contribuíram de forma importante para que o município atingisse um nível 'aceitável' na determinação do grau de implantação. Posteriormente, porém, houve interrupção 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, apenas Bezerros apresentou grau de implantação 'insatisfatório' em uma das visitas de seguimento. 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 três visitas. Dos quatro, apenas o segundo apresentou classificação no nível 'insatisfatório' e, desta feita, em duas oportunidades, sendo que aquela em que obteve classificação no nível 'aceitável' se deu mediante escore bem próximo do nível imediatamente inferior. Os principais fatores observados para tal situação são concernentes às recomendações sobre imunização, alimentação, retorno à unidade de saúde e à compreensão sobre essas recomendações e sobre os problemas e os tratamentos observados. Além desses, a baixa adesão dos profissionais à sistematização proposta, a constante ausência de medicamentos

padronizados e a falta de insumos nas unidades, como os necessários para a terapia de reidratação oral (TRO), de fichas de atendimento, além de termômetro e cartão da criança, são determinantes para a classificação alcançada.

Os indicadores de processo normatizados pelo Ministério da Saúde 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 (Brasil/MS, 2000). Foi importante utilizar esse instrumento, principalmente como forma de validar o sistema de escores construído. 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, como se observa na Tabela 2.

Tabela 2 – Comparação da classificação dos municípios segundo o grau de implantação quando aplicados o sistema de escores e os indicadores de processo, de acordo com o seguimento. Pernambuco, 1998-1999

Município	1º Seguimento	
	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

Tabela 2 – Comparação da classificação dos municípios segundo o grau de implantação quando aplicados o sistema de escores e os indicadores de processo, de acordo com o seguimento. Pernambuco, 1998-1999 (continuação)

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	-	-

Tabela 2 – Comparação da classificação dos municípios segundo o grau de implantação quando aplicados o sistema de escores e os indicadores de processo, de acordo com o seguimento. Pernambuco, 1998-1999 (continuação)

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

Na análise do contexto em nível local, aferem-se algumas características comuns ao conjunto dos municípios, que vêm se somar à situação de habilitação de acordo com a Norma Operacional Básica, 1996 (NOB-96). 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 esse período, entretanto, o município de Caruaru veio a financiar parte da capacitação de seus profissionais, promovendo assim um avanço significativo na implantação da estratégia que, até setembro de 2000, fazia parte da rotina de 25 das 26 equipes do PSF em funcionamento no município. O restante dependia de recursos estaduais e federais para a capacitação dos profissionais. Outro dado comum é que todos dispunham de apenas um relatório de supervisão, este referente à primeira visita de seguimento realizada em meados de 1998.

Outra característica importante é 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 Bezerras, Caetés, Caruaru e Saloá tinham formação em saúde pública. 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 os três principais atores em relação à estratégia: o secretário 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 Bezerras, Brejão e Garanhuns promoveram alguma discussão no Conselho Municipal de Saúde, pois foram encontrados registros em atas do mesmo sobre a AIDPI. Apenas Garanhuns e Caetés formularam planos de trabalho que contemplavam a previsão de implantação da estratégia em novas unidades.

Quando se nota a influência dos profissionais médicos e enfermeiros integrantes das equipes de saúde e foco determinante do processo avaliativo, deve-se começar por se assinalar o seu percentual de mudança dos mesmos nos diversos municípios: 50% de substituição em Bezerras 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.

Na Tabela 3 apresentam-se os aspectos mais freqüentes destacados pelos profissionais médicos e enfermeiros em entrevistas realizadas durante as visitas de seguimento.

Tabela 3 – Demonstrativo dos resultados das entrevistas com os profissionais de saúde das unidades avaliadas, segundo aspectos positivos e negativos. Pernambuco, 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 resolutive 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 resolutive da unidade Instalações, equipamentos e insumos adequados	Dificuldade para referência de pacientes
Cabo de Santo Agostinho	Adesão da equipe Aumento da capacidade resolutive 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 resolutive 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 resolutive 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 resolutive 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 resolutive 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

Tabela 4 – Demonstrativo dos principais resultados das entrevistas com os coordenadores municipais do Programa Saúde da Família (PSF) e grau de implantação observado nos municípios. Pernambuco, 1998-1999

Municípios	Variáveis	Gestão Municipal NOB-96	Formação SMS	Saúde Pública	Formação Coordenador(a) PSF	Saúde Pública	Registro em Atas do CMS	Plano de Trabalho	Mudança de SMS	Mudança Coord.(a) AIDPI
Agrestina		PAB	NS(Hist)	N	NS(Enf)	N	N	N	N	N
Água Preta		PAB	NS(Med)	N	NS(Med)	N	NSI	NSI	N	N
Bezerros		PSM	NS(Med)	N	NS(Med)	S	S	N	N	N
Brejão		PAB	NS(Med)	S	NS(Enf)	N	S	N	N	N
Cabo		PSM	NS(Med)	S	NS(Méd)	N	N	N	S	S
Caetés		PAB	NS(Psic)	S	NS(Psic)	S	N	S	N	N
Caruaru		PSM	NS(Med)	N	NS(Enf)	S	NSI	N	N	N
Garanhuns		PAB	NS(Biom)	N	NS(Odon)	N	S	S	S	N
Passira		PAB	NS(Edu)	N	NS(Enf)	N	N	N	N	N
Saloá		PAB	NS(Med)	N	NS(Psic)	S	N	N	N	S

Tabela 4 – Demonstrativo dos principais resultados... (continuação)

Municípios	Variáveis	Grau de Implantação							
		1º Seg.		2º Seg.			3º Seg.		
Agrestina		6,8	I	8,2	-	-	-	-	-
Água Preta		8,9	A	7,5	9,0	A	9,8	-	-
Bezerros		8,4	A	9,2	8,0	I	7,9	-	-
Brejão		9,3	A	10,0	8,6	A	10,0	9,8	A 10,0
Cabo		7,9	A	8,5	7,2	I	8,7	6,8	I 7,8
Caetés		9,6	A	9,8	9,0	A	8,8	9,3	A 9,3
Caruaru		8,9	A	9,0	9,2	A	9,9	9,4	A 9,8
Garanhuns		9	A	8,9	9,6	A	8,6	-	-
Passira		6,9	I	6,5	-	-	-	-	-
Saloá		0,0	C	10,0	7,4	A	7,4	-	-

SMS = Secretário Municipal de Saúde

PSM = Plena do Sistema Municipal

GI = Grau de Implantação

C = Crítico

Biom = Ciências Biomédicas

CMS = Conselho Municipal de Saúde

NFI = Nota Final do Insumo

A = Aceitável

Hist = Licenciatura em História

Educ = Pedagogia

PAB = Plena da Atenção Básica

NFC = Nota Final do Caso

I = Insatisfatório

Med = Medicina

Odon = Odontologia

NS = Nível Superior, S = Sim, N = Não, NSI = Não Sabe Informar

Psic = Psicologia

Enf = Enfermagem

Na Tabela 4 (página anterior), tem-se 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 de caso' e 'dos insumos', buscando tornar mais evidentes as associações procuradas.

Essa desagregação permite destacar que, das cinco situações em que os municípios apresentam grau de implantação no nível insatisfatório, em três delas (Agrestina – 1º seguimento e Cabo de Santo Agostinho – 2º e 3º seguimentos) isso 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.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A análise do grau de implantação da estratégia nos municípios estudados permite 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.

No estado de Pernambuco existe um contexto favorável à implantação da estratégia. Esse contexto é percebido a partir da observação de como se iniciou o processo, ao se ter escolhido as unidades do PSF já detentoras de uma normatização própria para condições estruturais, de condutas e método de trabalho em equipe multidisciplinar e com integração à comunidade. Soma-se a isso o esforço desenvolvido pela SES-PE estimulando a habilitação de 100% dos municípios na NOB-96 e possibilitando maior autonomia na gestão dos recursos e no planejamento e execução das políticas setoriais locais (Brasil/MS, 1996; SES/PE, 1996, 1998). Dos dez municípios estudados, três encontram-se, no nível de gestão plena do sistema municipal e os outros sete na gestão plena da atenção básica.

O incremento do PSF no estado e o financiamento garantido por parte dos níveis estadual e federal para os cursos de capacitação da estratégia

contribuíram de forma importante para isso. Basta verificar que nos dez municípios selecionados têm-se, até setembro de 2000, 108 equipes do PSF. Destas, 64 encontram-se capacitadas em AIDPI, quando esse número era de 33 e todas treinadas, em 1998, período a partir do qual se inicia este estudo (Felisberto, Carvalho & Samico, 2000).

Aspecto de fundamental importância a ser discutido são as referências dos profissionais avaliados, ao que consideram pontos positivos e negativos da estratégia AIDPI. Denis & Champagne (1997:78), 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 PSF, 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 identificaram entre os aspectos positivos, a adesão da equipe. Além disso, o aumento da capacidade resolutiva da mesma foi citado em oito dos dez municípios. Tais resultados atendem ao modelo político e contingente defendido pelos autores anteriormente citados e adotados neste estudo como referencial para análise de implantação, assim como se constituem em características contextuais que podem influenciar o grau de implantação segundo o modelo político em que se baseia, sugerido por vários autores e sistematizado por Denis & Champagne (1997).

Ainda há, segundo Denis e Champagne (1997), 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 pode ter influência na determinação do grau de implantação de uma intervenção. Eles sistematizam uma indagação 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, 1997: 69).

Entretanto, este estudo revela não haver associação direta entre as variáveis escolhidas para avaliação do contexto organizacional no nível municipal e os diversos graus de implantação, quando 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. Isso pode ser explicado por uma possível insuficiência de sensibilidade dessas variáveis em expressar as diferentes dimensões do grau de implantação, associado ao fato de que o conjunto dos municípios avaliados sofreu influência semelhante dos fatores contextuais discutidos anteriormente.

Conclui-se, também, que o grau de implantação encontrado apresentava-se no nível ‘aceitável’ na maioria dos municípios. Naqueles onde se identificou o nível ‘insatisfatório’, isso 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 de tal prática pelo usuário.

NOTA

- ¹ Originalmente publicado nos *Cadernos de Saúde Pública*, 18(6): 1737-1745, 2002, sob o título ‘Avaliação do processo de implantação da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) no Programa de Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco’. (Permitida a reprodução).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENIGUI, Y. et al. (Eds.). Ações de saúde materno-infantil a nível local: segundo as metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde, 1997. (Opas. Série HCT/AIEPI-40)

- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Assistência à Saúde. *Roteiro de avaliação dos programas Paism /Paisc/Prosad*. Brasília: Ministério da Saúde, 1994. (Mimeo.)
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Área de Saúde da Criança. *Manual de acompanhamento e avaliação da AIDPI*. Módulo 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- CONTANDRIOPOULOS, A-P. et al. *Saber Preparar uma Pesquisa*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.
- COSENDEY, M. A. E. *Análise de implantação do programa de farmácia básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil*, 2000. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- 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: Ed. Fiocruz, 1997. p.49-88.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114: 1115-1118, 1990.
- 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*, 14(1): 24-31, 2000.
- HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.
- OJEDA, N. S. Evaluation of maternal and child health services in Latin America. *World Health Forum*, 13: 139-142, 1992.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). *Condições de eficiência dos Serviços de Atenção Materno-Infantil*. Brasília: Opas, 1987. 2v.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). La atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en países de América Latina. Informe de la Reunión de evaluación y planificación

del proyecto USAID/LAC-Opas-Basics. Quito: Organización Panamericana de la Salud, 1998. (Série HCT/AIEPI-12)

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde (SES). 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, 4)

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde (SES). Diretoria de Desenvolvimento Social. Diretoria Executiva de Atenção Básica. *Relatório de gestão*. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 1998.

VUORI, H. *A Qualidade da Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, 1988. (Mimeo.)

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