



Universidade Estadual do Ceará – UECE

Luiza de Marilac Barros Rocha

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA
ESTRATÉGIA DA ATENÇÃO INTEGRADA ÀS
DOENÇAS PREVALENTES DA INFÂNCIA (AIDPI) NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, NO MUNICÍPIO DE
RUSSAS-CE – 2000 – 2004.**

Fortaleza - Ceará

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Universidade Estadual do Ceará – UECE

Luiza de Marilac Barros Rocha

**AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA
ESTRATÉGIA DA ATENÇÃO INTEGRADA ÀS
DOENÇAS PREVALENTES DA INFÂNCIA (AIDPI) NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, NO MUNICÍPIO DE
RUSSAS-CE – 2000 – 2004**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento de Políticas Públicas, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre. Área de concentração Políticas Públicas.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Liduina Farias Almeida da Costa

Fortaleza - Ceará

2007

A CRISE DA SAÚDE

“Doenças e mortes acontecendo, diariamente, nos enche de raiva. No porque as pessoas ficam doentes e morrem. Temos raiva porque muitas dessas doenças e mortes têm na origem nas políticas econômicas e sociais que nos são impostas”.

(Uma voz da América Central)

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que me deu sabedoria e determinação nos momentos mais difíceis dessa caminhada.

À minha **família**, em particular meu pai e minha mãe, *in-memoriam*, que me ensinaram desde cedo a luta por um ideal, a sonhar com os pés no chão, para que eles pudessem se tornar realidade.

À minha filha **Luiza**, que soube compreender os momentos de ausência, e em sua meninice, com seu sorriso fortaleceu-me para a conclusão deste trabalho, declaro todo o meu amor e respeito.

A minha irmã **Consolação** pela revisão do trabalho.

Ao meu **companheiro**, pelo incentivo e estímulo para realização do meu sonho.

À minha orientadora, **Dra. Liduina Farias Almeida Costa**, por ter me incentivado e acreditado na minha capacidade técnica.

À equipe Técnica da **Célula Regional de Saúde de Russas**, pelo apoio dispensado durante a pesquisa.

À **Secretaria de Saúde de Russas**, por ter disponibilizado o banco de dados.

À equipe técnica da **Célula Regional de Saúde de Caucaia**, pela compreensão, ajuda e incentivo na conclusão do trabalho.

Aos profissionais das equipes do **PSF de Russas**, pela colaboração na pesquisa.

A **UECE**, pelo aprimoramento do profissional na busca do conhecimento.

Aos **professores**, pela causa da Educação.

Aos **digitadores da CERES**, pela paciência e colaboração na digitação do trabalho.

Ao **DFID**, que custeou o mestrado.

À **Secretaria de Saúde do Estado do Ceará**, que proporcionou-me esta oportunidade.

Aos companheiros de trabalho, **Socorro Sombra, Fátima Sales e Jarier** pela colaboração dispensada em todas as etapas do trabalho.

A **todos** que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

A abordagem deste trabalho dá-se através de uma avaliação ao processo da implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância – AIDPI, a partir de uma descrição em relação ao estado de saúde da criança num contexto mundial, Brasil, do Ceará e o Município de Russas. Apresenta os objetivos e as principais atividades preconizadas pela estratégia. O Problema abordamos como se chegou para o desenvolvimento do trabalho. Apresentamos as Referências Históricas das Políticas de Saúde. Citamos os conceitos, o entendimento, citados por vários autores e o que a avaliação tem como objetivo para maximar a eficácia dos programas e a eficiência dos recursos para a operacionalização dos mesmos. Apresentamos a metodologia do estudo do tipo avaliativa, que incorpora a avaliação normativa de processo. O universo da pesquisa constituído: médicos, enfermeiros e usuários do sistema de saúde, a amostra foi 15 equipes do Programa Saúde da Família do município de Russas. utilizou-se variáveis de estrutura e de processo que foram atribuídas através de critérios (indicadores de processos normatizados pela própria estratégia e a entrevista com a mãe e/ou acompanhante). Utilizou-se ainda do recurso de aplicação de questionários para conhecer o perfil dos profissionais e análise documental dos indicadores de saúde do banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, subsidiaram os resultados do estudo e a conclusão constatamos que os indicadores de saúde da criança, impactaram em relação a mortalidade infantil e na redução da internação por causas evitáveis. ressaltamos a aceitação dos profissionais quanto à utilização do protocolo, a satisfação da mãe e/ou acompanhante em relação ao atendimento. Salientamos a importância por ter oportunizado a análise de implantação de programas, no contexto de políticas públicas e, concluímos por tanto, que este estudo pode contribuir para o processo de implantação da estratégia AIDPI. Incluímos recomendações que possam contribuir com o processo de implantação da estratégia: Disseminar o conhecimento e a capacitação da AIDPI, junto aos pólos de educação permanente, universidades, para os profissionais de saúde; promover maior integração do processo de implantação da AIDPI com o Programa Saúde da Família, na busca de uma melhor organização dos serviços; que possam ser criados outros protocolos necessários ao atendimento visando à melhoria da qualidade da assistência.

ABSTRACT

The access of this work gives him through an evaluation to the process of the implantation of the strategy of the Integrated Attention to the Predominate Disease of the Childhood - AIDPI, starting from a summary description in relation to the child's health condition in a world context, at level of Brazil and of the state of Ceará. It also describes the concept, the objectives and the main activities profess it for the strategy. In the chapter I, we approached a retrospective one historical of the politics of health in Brazil before and after the sanitary reform. The chapter II guide the process of evaluation of the public politics in health, according to the concept mentioned by several authors. He/she understands each other that the evaluation has as objective maximize the effectiveness of the programs and the efficiency of the resources for the operation of the same ones. In the chapter III, presented the methodology of the study of the type measure, that incorporates the normative evaluation of process. The universe of the research is constituted by doctors, male nurses and users of the system of health, the used sample was 15 teams of the Program Health of the Family of the municipal district of Russas. For the process of implantation of the strategy it was used of structure variables and of process that you/they were attributed through approaches (indicators of established processes for the own strategy and the interview with the mother accompanying and/or). It was still used of the resource of application of questionnaires to know the professionals' profile and documental analysis of the indicators of health of the database of the System of Information of the Basic Attention - SIAB, that together subsidized the results of the study and the conclusion.

SUMÁRIO

Lista de Abreviaturas e/ou símbolos	09
Lista de Figuras, Gráficos e Tabelas	11
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 – O PROBLEMA	18
1.1 Objetivos	18
CAPÍTULO 2 - REFERÊNCIAS HISTÓRICA DA POLÍTICA DA SAÚDE BRASIL	21
2.1 Modelos de saúde antes e depois da reforma	21
2.2 A Organização Política da Saúde no Brasil	34
2.3 Organização da Política de Saúde do Estado do Ceará	38
CAPÍTULO 3 – AÇÕES BÁSICAS DA ASSISTÊNCIA INFANTIL À SAÚDE DA CRIANÇA: do PAISC para a Estratégia da AIDPI.....	46
3.1 Profissionais envolvidos com estratégia AIDPI	50
3.2 Ceará no Caminho da Atenção à Saúde da Criança	51
CAPÍTULO 4 – AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	56
CAPÍTULO 5 – DESENHO METODOLÓGICO	68
5.1 Cenário do estudo: município de Russas e a organização de serviços de saúde	68
5.2 Tipo de estudo	70
5.3 Processamento dos dados	72
5.4 Análise e discussão dos dados coletados	75
5.4.1 Processo da implantação	75
5.4.2 Análise da estrutura	75
5.4.3. Análise do processo	76
CAPÍTULO 6 – RESULTADOS	78
6.1 Perfil dos profissionais, atendimento e suas opiniões	78
6.2 Atendimento, segundo os profissionais	84
6.3 Opinião dos profissionais sobre a estratégia AIDPI	87

6.4 Desenvolvimento do Programa AIDPI	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXOS	106
Anexo I - Questionário aplicado aos profissionais de saúde capacitados na AIDPI das Unidades de Saúde de Russas	107
Anexo II - Verificação dos insumos da Unidade de Saúde	108
Anexo III - Entrevista com a mãe ou acompanhante	110
Anexo IV - Observação do manejo de casos de crianças de 2 meses a 5 anos	111
Anexo V – Indicadores de processo	112
TABELAS E QUADROS	114
Tabela I - Células Regionais de Saúde do Estado do Ceará do PSF e AIDPI implantados, 2001.....	115
Tabela II - Caracterização dos PSFs do município de Russas-CE	115
Tabela III - Manejo de casos de crianças de 2 meses a 5 anos pelos profissionais médicos e enfermeiros, Russas-CE, 2004	116
Tabela IV - Grau de satisfação da entrevista realizada com a mãe ou acompanhante de crianças atendidas. Russas-CE, 2004	116
Tabela V - Variáveis analisadas na estrutura. Russas-CE, 2004	117
Quadro I - Correlação entre o referencial teórico e instrumentos de coleta utilizados	117
Quadro II - Distribuição das Unidades de Saúde (PSF) do município de Russas	118

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SÍMBOLOS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDIP – Atenção Integrada às Doenças Preventivas da Infância

AIS – Ações Integradas de Saúde

CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CERES – Célula Regional de Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIS – Comissões Interinstitucionais de Saúde

COMASP – Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária

COSAC – Coordenação de Saúde Comunitária

FUNRURAL – Fundo Rural

IAPAS – Instituto de Previdência e Assistência Social

IAPAS – Instituto de Administração Financeira da Previdência Social

IAPB - Institutos de Aposentadoria e Pensões Bancários

IAPC - Institutos de Aposentadoria e Pensões Comerciais

IAPETEC - Institutos de Aposentadoria e Pensões Empregos dos Transportes e Cargas

IAPFESP – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Funcionários

IAPI – Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Industriários

IAPM – Institutos de Aposentadoria e Pensões Marítimas

IAPSE – Instituto de Assistência e Previdência Social dos Economiários

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

NPPP – Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde

PPI – Programação Pactuada Integrada

PSF – Programa Saúde da Família

PSMPV – Programa de Saúde Mais Perto de Você

SASSE – Secretaria de Assistência Seguridade Social dos Economiários

SESA – Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SINPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SMS – Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Tipo de especialização dos profissionais	79
Gráfico 2	Tempo de graduação dos profissionais	80
Gráfico 3	Tempo de serviço dos profissionais	81
Gráfico 4	Tempo da capacitação do AIDPI	81
Gráfico 5	Facilidade da aplicação do protocolo	82
Gráfico 6	Opinião sobre a eficiência do protocolo	83
Gráfico 7	Opinião sobre a contribuição do AIDPI na melhoria dos indicadores de saúde da criança	83
Gráfico 8	Casos resolvidos com a utilização do protocolo AIDPI	84
Gráfico 9	Redução da internação infantil por causas evitáveis	85
Gráfico 10	Causas mais comuns de atendimento no PSF	86
Gráfico 11	Opinião dos profissionais sobre a recidiva	86
Gráfico 12	Adesão à capacitação AIDPI	87
Gráfico 13	Opinião sobre a adequação do protocolo AIDPI	88
Gráfico 14	Opinião sobre a sustentabilidade da AIDPI na redução da mortalidade infantil	89
Gráfico 15	Conhecimento do médico antes e depois da capacitação	89
Gráfico 16	Conhecimento do enfermeiro antes e depois da capacitação.....	90
Gráfico 17	Crianças pesadas, segundo a faixa etária, no período de 2000 a 2004	91
Gráfico 18	Causa <i>mortis</i> em crianças com menos de 28 dias, no período de 2000 a 2004	92
Gráfico 19	Causa <i>mortis</i> em crianças com menos de 1 ano de vida, no período de 2000 a 2004	93
Gráfico 20	Aleitamento de crianças de 0 a 4 meses de idade, no período de 2000 a 2004	94
Gráfico 21	Crianças vacinadas segundo a faixa etária, no período de 2000 a 2004	94
Gráfico 22	Crianças desnutridas, segundo a faixa etária, no período de 2000 a 2004	95
Gráfico 23	Crianças com menos de 2 anos de idade que tiveram diarreia e IRA, no período de 2000 a 2004	96
Gráfico 24	Crianças com menos de 5 anos de idade hospitalizadas por pneumonia ou desidratação, no período de 2000 a 2004	97
Gráfico 25	Equipamentos disponíveis para desenvolver a estratégia AIDPI nos PSFs, do município de Russas	98
Gráfico 26	Utilização do prontuário familiar e medicamentos padronizados para a estratégia AIDPI	98

INTRODUÇÃO

O presente estudo busca compreender o processo de implantação das estratégias da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância – AIDPI, através de uma avaliação, utilizando alguns parâmetros básicos, e os resultados buscam contribuir para a organização, o aperfeiçoamento e o desenvolvimento da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância. Ao analisar essas ações faz-se necessário rastrear os caminhos percorridos e marcados por vários momentos das políticas de saúde. É por estas “marcas” do passado que as políticas de saúde brasileira se impõe num plano enraizado, apoiado, ainda, numa história que se dedica a temas importados como “estranhos” perante a própria realidade social, um dos grandes impulsos foi à reunião da “Cúpula Mundial em Favor da Infância” em 1999.

Esta declaração apresenta como pontos de destaque a fragilidade, dependência vulnerabilidade nos flagelos da pobreza, da fome, das crises econômicas, das epidemias e do analfabetismo a que todos estes desafios precisam ser enfrentados pelos líderes mundiais, ter a consciência do quão alegre, ativa e cheia de sonhos é a criança, chamado de Desafio.

A Oportunidade, aponta que existam os meios, o conhecimento, as tecnologias indispensáveis para garantir a sobrevivência e promover o desenvolvimento do melhor potencial humano da criança; que os líderes têm nas mãos de melhorar as condições de saúde e nutrição, de garantir assistência especial aos deficientes, de proporcionar educação escolar básica indistintamente com a informação que naquele momento mais de 100 milhões de crianças estavam fora da escola, e, deste total dois terços eram meninas - Tarefa, enquanto foi denominado de Compromisso – o

agir completamente, com prioridade absoluta para a criança, assumindo a implantação dos direitos da criança através de um Plano de Ação que viria a ser o principal guia de orientação aos governos, às organizações internacionais, às ONG's e aos diferentes segmentos da sociedade (UNICEF, 1991).

Enfrentar os fatores condicionantes e determinantes da mortalidade infantil tem sido um constante desafio para as autoridades brasileiras nas últimas décadas, levando o Ministério da Saúde a intensificar, a partir de 1984, sua atuação na promoção da saúde dos menores de 5 anos, com a criação do *Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)*. Esse programa tinha por objetivos a promoção da saúde da criança de forma integral, dando prioridade ao atendimento de crianças pertencentes a grupos de risco, melhorando a qualidade do atendimento (BRASIL, 2000).

Apesar da mortalidade infantil mostrar, ainda, uma tendência ao descenso nos últimos 21 anos, o Ministério da Saúde (MS) informa que ainda permanece elevada, com uma Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) estimada em 28,6 por mil nascidos vivos para 2001.

O Ministério da Saúde continua promovendo ações específicas na saúde infantil, como programas de incentivo ao aleitamento materno, controle das doenças diarreicas agudas, controle das doenças respiratórias agudas, programa ampliado de imunizações, promoção de alimentação saudável e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, entre outros. Nessa última década, foram incorporadas ações específicas em estratégias de reforço à atenção básica, que visam a apresentar um novo paradigma de modelo assistencial, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, o Programa Saúde da Família (PSF), que apontam para a necessidade de um trabalho amplo e integrado. Todos estes programas abrangem ações destinadas a melhorar a atenção prestada e a reduzir a

morbimortalidade na infância, sendo implementados prioritariamente em municípios de maior risco para mortalidade infantil (BRASIL, 2000).

A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), programa criado pelo Ministério da Saúde do Brasil (MS), desde 1995, e, em 1996 promoveu a adaptação do material institucional às normas nacionais para apoio de treinamentos de profissionais no sentido de atuar no Programa Saúde da Família. tem por finalidade promover uma rápida e significativa redução da mortalidade na infância. Trata-se de uma nova abordagem da atenção à saúde na infância, desenvolvida originalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF).

O programa tem por objeto trabalhar a criança em sua integralidade ela, também, é indivisível; dá prioridade às ações de promoção da saúde; aperfeiçoar o relacionamento humano, o estabelecimento de vínculos, a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade dos profissionais de saúde com a comunidade, caracterizando-se pela consideração simultânea e integrada do conjunto de doenças de maior prevalência na infância, ao invés do enfoque tradicional que busca abordar cada doença isoladamente, como se ela fosse independente das demais doenças que atingem a criança e do contexto em que ela está inserida (ANDRADE,1998; MENDES,1998; STARFIELD, 2002).

Cabe ao profissional de saúde a difícil missão de acolher a criança e seu acompanhante, compreender a extensão do problema que a aflige e propor procedimentos de fácil aplicação e comprovada eficácia. Constitui sua função implícita estabelecer um canal de comunicação com a mãe ou com a pessoa responsável pela criança, de modo que ela apreenda as recomendações, referentes ao tratamento e aos cuidados a serem prestados no domicílio, assim como memorize os sinais indicativos de gravidade que exigem o retorno imediato da criança ao serviço de saúde.

A utilização de sinais e sintomas que apresentam uma boa relação de sensibilidade e especificidade, permitindo um diagnóstico mais preciso, constitui o ponto alto dessa estratégia. Associada a uma sistematização adequada do atendimento, dotada de forma e seqüência bem encadeadas, que priorizam a gravidade, com um potencial de flexibilidade capaz de se adequar às mais diversas situações epidemiológicas, essa estratégia de atenção à criança na área de saúde pública revelou a melhor relação de custo/benefício, segundo relatório do Banco Mundial, em 1993.

A implementação da estratégia AIDPI só pode ser efetiva se a família for incentivada a levar a criança doente no momento oportuno a um profissional de saúde que recebeu capacitação adequada. Por isso, um aspecto importante da

prática da atenção integrada é recomendar às famílias e procurar certificar sobre a compreensão da mensagem transmitida.

A AIDPI deverá estar efetivamente incorporada à atenção básica para exercer um papel potencial de eixo norteador da reorganização dos sistemas municipais de saúde. Por essa razão, é fundamental que o Governo faça investimento nas políticas de recursos humanos voltadas às necessidades conceituais, técnicas e humanas dos profissionais que atuam nas equipes. Por isto, o Ministério da Saúde, ao criar o Piso de Atenção Básica, contemplou e incentivou a expansão da Saúde da Família. Criou, também, em 1998, por meio do Departamento de Atenção Básica, os Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família, com o objetivo de fortalecer a articulação ensino-serviço, em torno das necessidades de capacitação dos profissionais de saúde inseridos nas equipes (CARVALHO *et al*, 2000; BRASIL, 2004; GIL, 2005).

Nesse sentido, a estratégia de implantação da AIDPI já está sendo realizada em todos os municípios brasileiros pelo PSF e PACS. O Estado do Ceará foi um dos primeiros a fazer a implantação da AIDPI, dentre os municípios, Russas foi pioneiro na atenção à saúde da população em especial a criança, com participação efetiva dos profissionais de saúde, Secretaria Municipal de Saúde realizava seu planejamento, montava estratégias para execução e monitorava suas ações e através de avaliações permanentes reformulava os objetivos e metas do programa, tinha-se o entendimento quanto avaliar é importante, quer seja no todo ou em suas partes; avaliar a magnitude dos objetivos, processos de trabalho, resultados e dar conta do processo e das transformações operadas.

O Estado do Ceará tem investido com frequência em capacitação para os profissionais, especialmente aqueles que executam ações básicas de saúde da família, nos mais longínquos recantos desse Estado, como meio de disponibilizar ferramentas seguras para a adoção de medidas preventivas à redução da mortalidade infantil por causas evitáveis.

Por considerarmos importante avaliar, constituímos objeto deste estudo a avaliação do desempenho dos profissionais da saúde como agente multiplicador, após terem recebido o treinamento das estratégias da AIDPI.

O interesse em avaliar, numa perspectiva crítica, à implantação das estratégias da AIDPI nos município em especial Russas, é justificado pela sua relevância, pelo fato de acreditar que para atingir os objetivos propostos pelo Ministério da Saúde é vital a adesão das autoridades competentes e de igual importância a participação da população. Apesar da literatura existente identificou-se a escassez de estudos com o enfoque que se quer imprimir: desvelar o universo do profissional, através da avaliação da sua ação como "agente multiplicador". Tais conhecimentos são necessários para desenvolverem estratégias mais efetivas e contribuir para as políticas de atenção à criança.este trabalho tem compromisso de possibilitar discussões desta prática.

O presente estudo desdobra-se em seis capítulos :

- O primeiro capítulo aborda O Problema, abordamos como se chegou para o desenvolvimento do trabalho;
- O capítulo II, O segundo explicita-se as Referências Históricas das Políticas de Saúde,
- O terceiro refere-se aos conceitos, o entendimento citados por vários autores e o que a avaliação tem como objetivo para maximar a eficácia dos programas e a eficiência dos recursos para a operacionalização dos mesmos
- No Capítulo IV, apresentamos a metodologia do estudo do tipo avaliativa, que incorpora a avaliação normativa de processo;
- No Capítulo V, o universo da pesquisa constituído: médicos, enfermeiros e usuários do sistema de saúde, a amostra foi 15 equipes do Programa Saúde da Família do município de Russas. Utilizou-se variáveis de estrutura e de processo que foram atribuídas através de critérios (indicadores de processos normatizados pela própria estratégia e a entrevista com a mãe e/ou acompanhante). Utilizou-se, ainda, do recurso de aplicação de questionários para conhecer o perfil dos profissionais e análise documental dos indicadores

de saúde do banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, subsidiaram os resultados do estudo, do capítulo VI e, por último, as considerações finais.

CAPÍTULO 1

O PROBLEMA

A aproximação e envolvimento da autora, com o objeto de estudo, teve seu principal interesse, após concluir o curso de Capacitação das Estratégias para a implantação da AIDPI no Estado do Ceará, que foi direcionado aos médicos e enfermeiros no ano 2002. Este curso tinha como objetivo, transformar os profissionais em “agentes multiplicadores” da AIDPI, essa perspectiva levanta-se a questão: como estão sendo desenvolvidas as estratégias de implantação do AIDPI? Como os profissionais que receberam o curso estão desenvolvendo esta nova função, “agente multiplicador”?

Diante do questionamento acima, passei a estudar com mais profundidade o assunto passando a trabalhar no sentido de avaliar o desenvolvimento do programa.

Tomando como base à avaliação das políticas de saúde teve-se a intenção desse estudo, responder sobre a viabilidade da estratégia AIDPI na Atenção Básica no Município de Russas. Considerando a importância da avaliação de políticas públicas direcionadas para a área da saúde, ser um instrumento norteador para o alcance da qualidade da assistência prestada, este estudo poderá contribuir de forma relevante para a reflexão do papel dos profissionais de saúde, dos serviços de saúde não só na assistência, mas também como na prevenção e promoção da saúde.

No gerenciamento dos recursos públicos aplicados para a capacitação, a AIDPI fornece um campo amplo para pesquisa e sua abordagem metodológica, possibilitando aos pesquisadores subsídios de extrema importância para o processo de implantação e implementação da estratégia. O objetivo é que este estudo possa contribuir para o aperfeiçoamento dos profissionais na melhoria da qualidade do atendimento dos serviços de saúde e ampliar para todos os PSF's, não só do Estado do

Ceará, como de outros estados a AIDPI como instrumento que possa nortear a assistência prestada a criança.

1.1 Objetivos

Para dar resposta a essa questão, o presente trabalho tem como objetivos:

- Objetivo Geral

Avaliar o processo de implantação da Estratégia de Assistência das Doenças Prevalentes da Infância – AIDPI, nas equipes do Programa Saúde da Família, no município de Russas – Ceará.

- Objetivos Específicos

- Avaliar o perfil dos profissionais capacitados na estratégia AIDPI;
- Avaliar a estrutura das Unidades de Saúde de PSF para o desenvolvimento da estratégia;
- Avaliar indicadores de saúde trabalhados dentro da estratégia, medindo o impacto no perfil de saúde do município.

A metodologia é de natureza quantitativa e qualitativa. Realizamos pesquisa bibliográfica, documental e de campo, além de observação livre. A primeira fundamentou-se em autores como: Luz (1991); Contrandriopoulos *et al* (1994); Donabedian

(1990); Belloni (2001); Mello (1997); Mendes (1998).

Na pesquisa documental, priorizamos o instrumento: observação do manejo de casos de crianças de 02 (dois) meses a 05 (cinco) anos do Ministério da Saúde e o Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB (2000 – 2004).

A pesquisa de campo ocorreu no Município de Russas-Ceará-Brasil, no ano de 2004.

O universo é constituído de profissionais médicos e enfermeiros das equipes do Programa Saúde da Família e usuários do Sistema.

A amostragem baseou-se nos seguintes critérios: - profissionais terem sido capacitados na estratégia AIDPI e estarem trabalhando nas UBS/Russas-CE. – Usuários- mães ou acompanhantes de crianças na faixa etária de 02 (dois) meses a 05 (cinco) anos e que estivessem sendo atendidas segundo o protocolo AIDPI.

Quanto aos instrumentos de coleta utilizamos questionários, roteiros e relatórios do SIAB.

CAPÍTULO 2

REFERÊNCIAS HISTÓRICAS DA POLÍTICA DA SAÚDE NO BRASIL

2.1 Modelos de saúde antes e depois da reforma

A crise do setor saúde é uma realidade, mas não podemos negar que muitas conquistas foram alcançadas. A compreensão de que a saúde é um produto social determinado pelos níveis de qualidade de vida, representou um salto qualitativo que até hoje, referencia as proposições de mudanças na organização dos serviços de saúde (ANDRADE, 1998.p.17).

Para entendermos o contexto em que a saúde se encontra atualmente, vale buscar referências históricas da formulação das políticas de saúde no contexto político, abordando a sustentação destas naquele momento. Abordaremos os períodos históricos e enfatizaremos o antes e após reforma sanitária.

A saúde pública era voltada para uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis e a erradicação de doenças. No início da colonização do Brasil, a preocupação maior do governo em relação à área de saúde, era sanear os espaços de produção, armazenamento, circulação e exportação de

mercadorias (portos) através de ações e programas de controle de doenças que prejudicavam a produção de exportação. Além disso, incentivando a incorporação de mão-de-obra imigrante para as culturas cafeeiras (Ceará,1999 p.4-7). Na década de 20, deste século, o Brasil começa a apresentar graves problemas de epidemias, entre elas: cólera, tifo, varíola, febre tifóide e outras doenças contagiosas.

Foi necessário, então, repensar a saúde, preconizando-se à assistência de Saúde Pública como único meio de controlar e combater os males que aterrorizavam tanto a população carente, como aquela das classes dominantes do país. O Brasil perdia divisas para outros países, e sua economia, que era principalmente de exportação de produtos agrícolas, começava a sofrer represálias externas.

Na década de 20, se dá a primeira medida concreta, em nível nacional, para a criação do sistema de saúde pública. A Diretoria Geral de Saúde Pública é organizada pelo médico sanitarista Oswaldo Cruz, que resolve o problema sanitário, implementando, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde. Oswaldo Cruz adotou o modelo das 'campanhas sanitárias' (inspirado no modelo americano, mas importado de Cuba), destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais (LUZ,1991, p.202).

Campos *et al* (1998, p.13), fala que esse período é marcado pelo surgimento do chamado *sanitarismo campanhista*, aconteceu a reforma Carlos Chagas. Esse sanitário se pautava na visão do combate as doenças de massa com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de intervenções sobre os corpos individual e social.

Observa-se nos primórdios da ação governamental, da saúde no Brasil, que as ações de caráter coletivo como: imunizações, controle de epidemias e saneamento, se dão no campo da saúde pública, com uma vinculação clara com a conjuntura econômica vigente. As ações de assistência à saúde a nível individual começaram a partir da estruturação da previdência social, vinculando a assistência médica ao

princípio do seguro social e colocando-a no mesmo plano de benefícios como as aposentadorias, pensões por invalidez etc. Este é um aspecto extremamente importante, pois foi a partir desse modelo de prestação de serviços de saúde que se chegou ao quadro caótico que hoje temos na saúde.

A economia brasileira era dominada por um modelo agro-exportador, da monocultura cafeeira e a preocupação do Sistema de Saúde e, sobretudo, uma política de saneamento dos espaços de circulação de mercadorias exportáveis e a erradicação de controle das doenças que poderiam por ventura prejudicar a exportação, este é um Modelo Explicativo mono-causal, onde os problemas de Saúde Públicos têm uma relação linear entre agente e hospedeiro.

O Sanitarismo Campanhista pretendeu resolver os problemas de saúde ou das doenças através de barreiras que quebrassem a relação agente-hospedeiro.

A Lei Elóy Chaves promulgada em 1923, cria o primeiro embrião do que hoje conhecemos como previdência social. Para alguns autores marco do início da previdência social no Brasil. A lei visava a concessão de aposentadoria aos ferroviários e pensões às suas famílias .Surgiram os mais diversos Institutos de Previdência como: as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), organizadas por empresas de natureza civil e privadas, financiadas e gerenciadas por empregados e empregadoras. As empresas que eram estratégicas para a economia nacional fundaram suas Caixas de Aposentadorias. As primeiras foram as dos trabalhadores das companhias de via férrea e portuários. Funcionavam como uma espécie de seguro social (tem direito àquele que paga contribuição) que garantiria certos benefícios como a aposentadoria e, principalmente a assistência médica. Como tinham caráter privado, ou seja, eram mantidas por empresas, ainda não se configuravam como iniciativas do Estado, muito embora os presidentes das Caixas fossem nomeados pelo Presidente da República e houvesse um interesse claro do governo na manutenção deste sistema (MELO,1977, p.54).

Houve um crescimento das CAPs, (em 1930, já existiam 47 delas, cobrindo mais de 140 mil associados), são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), cada empresa tinha uma caixa de aposentadoria e pensões às suas famílias, a participação do Estado já se dá de forma mais clara. A contribuição passa a ser tripartite, entrando o Estado como contribuinte. Os IAPs passam a se organizar por categorias e o primeiro a surgir é o dos marítimos (IAPM) em 1933, seguido o dos comerciários e o dos bancários em 1934. Enquanto as CAPs privilegiavam a assistência médica como um dos principais benefícios, os IAPs, já com a participação do governo e, portanto, com uma política mais contencionista, privilegiam a previdência social, mantendo a assistência médica num segundo plano. O que se observou a partir da criação dos IAPs, foi uma crescente centralização das ações de saúde no âmbito federal (MELO, 1977. p.54).

Por ordem cronológica foram criados os Institutos dos Marítimos (IAPM), dos Comerciários (IAPC); dos Bancários (IAPB); dos Industriários (IAPI); dos empregados dos Transportes e Cargas (IAPETEC); e dos Economiários (SASSE). As Caixas foram gradativamente unificadas, transformando-se ao final em um Instituto (IAPFESP) (MELO,1977, p.54).

Na década de 30 a 50, marcado pela prática clientelista, próprio do regime populista, que caracterizou a era Vargas, na citação a autora expressa a conjuntura e a hegemonia do Estado populista dizendo:

"desde o início, a implantação dos programas e serviços de auxílio à saúde foi impregnada de práticas clientelistas, típicas do regime populista que caracterizou a Era Vargas. Tais práticas se ancoraram também nos sindicatos de trabalhadores, nos quais ajudaram a criar normas administrativas e políticas de pessoal adequadas a estratégias de cooptação das elites sindicais 'simpatizantes' e de exclusão das discordantes, alçando aquelas à direção das instituições e à gestão dos programas governamentais" (LUZ, 1991.p.203).

A mesma autora, percebe que a saúde pública caracterizou-se, neste período, pelo centralismo, verticalismo do lado da saúde pública, clientelismo, populismo e paternalismo, do lado de instituições de previdência social, incluindo as de atenção

médica. Estes traços modelados durante cerca de cinquenta anos, ainda são características das instituições e de políticas de saúde brasileiras e integram a própria ordem política que se constituiu nesse período (LUZ, 1991, p. 203). O clientelismo e paternalismo deixaram seus resquícios na nossa estrutura social atual.

Campos *et al* (1998, p.13) descreve que nesse período houve contenção de gastos e houve o surgimento das ações centralizadas de saúde pública, criação de órgãos e instrumentos que legitimaram a ação sindical em moldes corporativos. Também foram criados os Institutos de Aposentadoria de Pensões (IAPS), entidades organizadas não mais por empresa, mas por categorias profissionais. Há ampliação da Previdência com a incorporação de novas categorias não cobertas pelas CAPS anteriormente.

Na visão política, este período pode ser caracterizado por uma profunda crise, marcado por greves e manifestações. O governo buscava aliados na tentativa ampliar base de apoio, entre elas as classes trabalhadoras urbanas e colocava em evidência o tema da previdência social. Foi criado o Ministério do Trabalho, aprofundou-se a legislação trabalhista, ao mesmo tempo em que ocorriam restrições e manipulações sindical.

É uma característica desta época a participação do estado no financiamento (meramente formal) e na administração dos institutos com o intuito de reduzir despesas com a consolidação de um modelo de previdência mais preocupado com a acumulação de reservas financeiras do que a prestação de serviços. Sendo assim, os superávits dos institutos constituem um respeitável patrimônio e um instrumento de acumulação na mão do Estado. A Previdência se configura enquanto “Sócia” do estado nos investimentos de interesse do governo. Neste período também é criado o primeiro órgão de saúde de dimensão nacional, o Serviço Nacional de Febre Amarela, Serviço de Malária do Nordeste e Serviço de Malária da Baixada Fluminense. É reestruturado o Departamento Nacional de Saúde Pública com a finalidade de centralizar as atividades sanitárias de todo o País. É criado o Serviço Especial de Saúde Pública

(SESP), que tem como objetivo cobrir as áreas, onde não chegavam os serviços tradicionais.

No século passado, o sistema de saúde transitou do modelo Sanitarista Campanhista metade dos anos 60 para o Modelo Médico-assistencial Privativista (anos 80) até o Modelo Segmentado, que inclui hoje o sistema público, o SUS.

No período de 1945 a 1964, caracterizou-se pela crise do regime populista e pela tentativa de implantação de um projeto de desenvolvimento econômico industrial. As condições de saúde da maioria da população pioravam; surgiram propostas por parte do movimento social, no início dos anos 60, reivindicando reformas de base imediatas (entre elas uma reforma sanitária), mas a reação política do setor conservador levou ao golpe militar de 1964 (LUZ,1991).

Campos *et al* (1988, p.288) diz que, o surgimento da previdência no Brasil insere um processo de modificação da postura liberal do Estado frente à problemática trabalhista e social, portanto um contexto social mais amplo. O mesmo autor ainda nos coloca que este sanitarismo se pautava por uma visão de combate as doenças de massa com forte concentração de decisões e com estilo repressivo de intervenção sobre os corpos e individual e social (CAMPOS, p.130).

As características das ações da previdência são identificadas pelo crescimento dos gastos, aumento das despesas e redução de saldos, esgotamento de reservas e déficits orçamentários, gerando o processo de repartição simples e não mais capitalização.

Na Constituição de 1946 a assistência sanitária é incorporada à Previdência Social e em 1953 é promulgado o “Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensão”. A Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), promulgada em 1960 uniformiza direitos dos segurados de diferentes institutos, agravando as dificuldades financeiras crescentes da previdência.

Esta lei pode ser o marco da derrota do Modelo Contencionista anterior, pois se estende para o conjunto de segurados, um plano de benefícios e serviços, além da assistência médica e dos benefícios pecuniários, a legislação se refere a habitação, empréstimo e alimentação.

O período do Estado Militar e o "milagre brasileiro" (1967 - 1973) caracterizaram-se pelo desenvolvimento econômico acelerado, desordenado, com baixos salários, mas que favoreceu os trabalhadores especializados, os técnicos e os quadros superiores empregados nos setores de ponta da economia. A centralização e concentração do poder institucional *"aliou campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país"* (LUZ, 1991, p. 204).

Em 1968, o governo anuncia linhas de financiamento a fundo perdido para a construção de hospitais particulares para aumentar o número de leitos e atender os trabalhadores inscritos na Previdência Social. Neste mesmo período o governo aumentou o atendimento para trabalhadores rurais através do FUNRURAL (Fundo dos Trabalhadores Rurais), mas que poucos anos mais tarde seria extinto, permanecendo apenas a sigla (COHN; ELIAS, 1996).

Em 1977, é criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) onde as ações relativas à previdência e a assistência médica ficam divididas. O SINPAS é, então, formado pelo IAPAS (Instituto de Administração Financeira da Previdência Social), que, como o próprio nome indica, cuidava da parte financeira da Previdência, e pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), responsável pela assistência médica. O INAMPS passa, então, a ser o grande catalisador das ações de assistência médica no Brasil, continuando com a mesma política de privilegiamento do setor privado. Passa a ser difundido o discurso de que o aumento dos serviços através de convênios é, tecnicamente, a alternativa mais correta (COHN; ELIAS, 1996).

Na década de 70, a Previdência Social teve sua maior expansão em número de leitos disponíveis, em cobertura e no volume de recursos arrecadados e também o maior orçamento da história, utilizado sem controle pelo governo militar, financiando hospitais particulares, obras faraônicas e permitindo fraudes, porque não havia fiscalização dos serviços médicos executados pela rede privada. Em contrapartida, os diversos serviços de Saúde Pública são obrigados a fechar ou a trabalhar com um mínimo de recurso (SMSSP, 1992).

Este modelo de prestação de serviços era extremamente perverso. Além de excludente - pois só tinha acesso ao serviço quem contribuía com a previdência - possuía características em sua prática que não guardavam nenhum compromisso com a melhoria dos níveis de saúde da população. Era um tipo de prática médica essencialmente curativista, centrada na técnica, privilegiando as ações de maior sofisticação tecnológica. Isto acontecia por motivos óbvios: esse tipo de prática médica, apesar de limitado na redução dos índices de morbi-mortalidade da população, gerava maiores lucros. Além disso era um tipo de serviço que, pelo fato de ser uma produção privada de serviços, paga pelo Estado através da Previdência, criava um estímulo à corrupção.

A partir do início dos anos 80, vão se reestruturando os movimentos em defesa de uma política de saúde mais abrangente, democrática e disponível para todos. Esse movimento, que surgiu a partir de discussões acadêmicas sobre as políticas de saúde e da reestruturação das organizações de trabalhadores da saúde, ficou conhecido como Movimento Sanitário e teve uma atuação marcante nos destinos do sistema de saúde brasileiro.

No início da década de 80, este sistema começa a mostrar sinais de esgotamento. As intermináveis filas, baixos salários, precárias condições de trabalho, geravam uma insatisfação crescente da população com a qualidade da assistência. A má-gestão dos recursos, aliada aos episódios, cada vez mais crescente de corrupção, levaram a Previdência a um colapso. Como fator agravante, à essa época a

previdência começa a “envelhecer” e a fase de captação de recursos começa a dar lugar a uma fase de maiores gastos. Ou seja, durante os primeiros anos de sua existência, a Previdência Social apenas recebeu contribuições que proporcionaram um volume de recursos e um patrimônio considerável. Com o aparecimento das primeiras aposentadorias e pensões, a Previdência passa a ter que gastar um dinheiro que não mais tem.

Com o agravamento da crise do sistema de saúde previdenciário, as iniciativas de extensão de cobertura assistencial a nível estadual e municipal são reforçadas pelo discurso oficial. O próprio governo elaborou seu plano de reorganização da assistência à saúde, que possui características muito semelhantes ao projeto da Reforma Sanitária, pois previa a implantação de uma rede de serviços básicos e apontava para a descentralização do setor, pregava a participação popular e a integração dos Ministérios da Saúde e da Previdência (LUZ, 1991, p.206-208).

Esse projeto, foi discutido em 1980, chamou-se PREV-SAÚDE. No final de 1970 e início de 1980, sindicatos e partidos iniciaram uma fase de agitação, questionando a saúde e as políticas de saúde no Brasil. Acadêmicos, cientista e “tecnocratas progressistas” debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida da população. A discussão tomou força com os movimentos populares (associação de moradores, de mulheres, sindicatos, igreja e partidos políticos), que passaram a exigir soluções para os problemas da saúde criados pelo regime autoritário (LUZ, 1991, p.206-208).

Como era de se esperar, todos esses efeitos e conseqüências fizeram emergir uma grande insatisfação popular em relação à política de saúde da ditadura, perceptível no fim do milagre econômico de 1974 a 1975. Os quebra-quebras de ambulatorios e conflitos nas filas de espera dos serviços de saúde exprimiram essa insatisfação desde o início dos anos 60. A situação se tornou mais explosiva no fim da conjuntura do “milagre”, constituindo-se em sintonia de sua derrota e em prelúdio da morte das políticas desse período. Acrescenta ainda a mesma autora, os serviços de

saúde tornaram-se focos da crise do modelo de política social vigente entre 1975 a 1982. Não era para menos: as condições de saúde da população tornaram-se críticas, por causa de sua política concentrada, centralizadora, privatizante e ineficaz, expressão do regime político autoritário (LUZ, 1991, p. 205-206).

O modelo até então, individual, especializado com prejuízo da saúde coletiva, ou seja, a saúde pública apresentava algumas características como privilégio da prática médica hospitalar, diversos institutos não podiam ter seus hospitais próprios, contratavam clínicas, consultórios, hospitais privados para dar a assistência, isto determinou um enorme crescimento das instituições privadas. Esse modelo de assistência foi dividido, separou atenção à saúde em: saúde curativa, feita quase exclusivamente pelo setor privado, o pagamento realizado através dos diversos institutos de Previdência como: IAPAS, IAPB, IAPI, IAPTEC, FUNRURAL, IAPSE etc, e a parte coletiva feita pelo Ministério da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde (CEARÁ, 1999, p.4).

Na década de 80, surgiram vários projetos que pretendiam estender a cobertura dos serviços de saúde para toda a população, com ênfase na saúde pública. Em todos eles havia uma idéia de integração da Saúde Pública com a assistência médica individual e por isso foram combatidos pelos grupos médicos privados e pela própria burocracia do INAMPS, porque esses últimos anos foram também de crescimento para as indústrias médicas, da medicina de grupo e o seu interesse não era o de um sistema público de saúde que funcionasse, e sim o de uma assistência médica privatizada onde ela pudesse agir sem maiores escrúpulos.

Com a abertura política, vai se reestruturando os movimentos em defesa de uma política de saúde mais abrangente, democrática e disponível para todos. Esse movimento, que surgiu a partir de discussões acadêmicas sobre as políticas de saúde e das organizações de trabalhadores da saúde, ficou conhecido como Movimento Sanitário e teve uma atuação marcante nos destinos do sistema de saúde brasileiro.

A partir de 1983, a sociedade civil organizada reivindicou, junto com um Congresso firme e atuante, novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania aos brasileiros, inclusive direito à saúde, visto também como dever do Estado. *“Pela primeira vez na história do país, a saúde era vista socialmente como um direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania”* (LUZ, 1991).

Com essa nova visão e percepção sociais da descentralização institucional em saúde, tem-se a possibilidade de superar a concepção puramente geopolítica do processo e a tendência a limitar a descentralização aos aspectos meramente executivos da política institucional. Para evitar esses limites, o projeto de reforma sanitária propunha, em 1986, a criação de “conselhos municipais” e “interinstitucionais” de gestão dos serviços de atenção médica. Esses conselhos supunham participação popular, através de representantes da “comunidade organizada”, no planejamento, gestão e avaliação dos serviços de saúde (LUZ, 1991).

Portanto, desde então, predominou no Brasil, um modelo de saúde que também predominava na maioria dos países: modelo hospitalocêntrico, um modelo de atenção médica especializada, baseada em tecnologia de alto custo, ótica voltada somente para a doença. Este modelo não foi capaz de garantir cuidados básicos de saúde a uma grande parte da população, sem acesso à assistência. A situação da saúde era preocupante, tendo em vista, a população não usufruir o acesso à saúde (ANDRADE, 1998, p.23).

O Movimento pela Reforma Sanitária teve suas raízes em profissionais da saúde que, de posse de diversos estudos feitos por intelectuais ligados à área de saúde, passaram a criticar o modelo vigente e propor alternativas para a sua reestruturação. À medida que o processo de abertura política se ampliava, com a oposição tendo vitórias significativas nas eleições parlamentares, o movimento foi se ampliando e a ele foram se incorporando lideranças políticas, sindicais e populares, bem como parlamentares interessados na causa.

O primeiro marco desse movimento se deu, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela comissão de saúde da Câmara dos Deputados. Na ocasião, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) era o legítimo representante do movimento sanitário e apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, uma proposta de reorganização do sistema de saúde. Essa proposta, que já se chamava, na época, de Sistema Único de Saúde, contemplava diversos conceitos oriundos de experiências bem sucedidas em outros países, como a universalização do direito à saúde, racionalização e integralidade das ações, democratização e participação popular, bem como algumas experiências de atenção primária e de extensão de cobertura desenvolvidas no país, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que foram implementadas em áreas rurais do Nordeste e o Projeto Montes Claros em Minas Gerais (ANDRADE, 1998, p.23).

A crise ideológica se caracteriza pela necessidade de reestruturação e ampliação dos serviços de saúde, baseada em experiências anteriores e pela repercussão interna da Conferência de Alma-Ata, onde os países participantes reconhecem a atenção primária e a participação comunitária como estratégia para a conquista da meta de "Saúde Para Todos no ano 2000". O projeto PREV-SAÚDE incorpora os pressupostos de hierarquização, participação comunitária, integração de serviços, regionalização e extensão de cobertura. O projeto não chegou a ser implantado devido a interesse da Federação Brasileira de Hospitais e a equipe responsável pelo mesmo.

A crise financeira foi decorrente do déficit crescente desde 1980. Em contradição a um sistema em franca expansão, com base de financiamento sem qualquer alteração. Ocorria um desacordo entre uma maior cobertura de população pela proteção social, e a manutenção de um regime financeiro calcado na relação contratual.

A Crise político-institucional é marcada pela criação do Conselho

Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) que tem como objetivo “operar sobre a organização e o aperfeiçoamento da assistência médica, sugerir critérios de alocação de recursos previdenciários para este fim, recomendar políticas de financiamento e de assistência à saúde, analisar e avaliar a operação e o controle da secretaria de Assistência Médica da Previdência Social” (ANDRADE, 1998, p.23).

A proposta do CONASP foi consubstanciada nas Ações Integradas de Saúde (AIS), que pode ser dividida em dois momentos: um anterior e outro posterior Nova República, a proposta das AIS é o fortalecimento com participação de usuários dos serviços de saúde. Algumas conquistas foram sendo obtidas paulatinamente. Com a criação do CONASP (Conselho da Administração de Saúde Previdenciária), em 1981, foi elaborado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, conhecido como Plano CONASP, que incorporava diversas propostas da Reforma Sanitária. A efetividade desse plano se deu, estrategicamente a partir das Ações Integradas de Saúde (AIS), que se constituíram na primeira experiência de um sistema mais articulado e integrado. As AIS propiciaram o surgimento das Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), os embriões dos atuais Conselhos de Saúde e foram a base para a implantação, mais tarde, do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a primeira aproximação estratégica para Sistema Único de Saúde (ANDRADE, 1998, p.23).

Essa sucessão de planos, siglas, propostas frustradas, caracterizaram a efervescência da produção intelectual do movimento sanitário brasileiro. Era preciso por em prática todos esses conceitos que, apenas timidamente, com iniciativas isoladas, ainda não impactavam sobre a saúde do país.

O momento político era propício, com o advento da Nova República e a redemocratização do país após o fim do regime militar. Em 1985, após a eleição de Tancredo Neves/Sarney, os movimentos sociais se intensificam e uma maior discussão foi possível sobre os novos rumos que deveria tomar o sistema de saúde. Com a

previsão da eleição da Assembléia Nacional Constituinte, que se encarregaria da elaboração da nova Constituição Brasileira, é convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, para discutir a nova proposta de estrutura e de política de saúde para o país. A oitava Conferência é, hoje, considerada como um divisor de águas no Movimento Sanitário. Com uma participação (cerca de 5.000 pessoas entre trabalhadores da saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças sindicais e populares), a 8ª Conferência se constituiu no maior fórum de debates sobre a situação de saúde do país e seu relatório serviu de base a proposta de reestruturação do sistema de saúde brasileiro que deveria ser defendida na Assembléia Nacional Constituinte (ANDRADE, 1998, p.23).

Entre as propostas constantes no relatório, está o conceito ampliado de saúde, onde esta é defendida como resultante das condições de vida, alimentação, lazer, acesso e posse de terra, transporte, emprego, moradia. De acordo com o relatório,

“a saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população e por suas lutas cotidianas” (grifo nosso). Além disso, a saúde é colocada como direito de todos e dever do Estado.

A concretização das propostas da Reforma Sanitária se dá, no plano jurídico e institucional, na implementação do Sistema Único de Saúde, o SUS. Com a aprovação da nova Constituição Brasileira em 1988, foi incluída, pela primeira vez, uma seção sobre a Saúde, a qual incorporou, em grande parte, os conceitos e propostas contemplados no Relatório da 8ª Conferência. A Constituição Brasileira passou a ser, então, considerada como uma das mais avançadas do mundo no que diz respeito à saúde.

É comum, no entanto, se terem notícias muito ruins sobre o SUS, atualmente. Os meios de comunicação, freqüentemente, veiculam notícias aterradoras sobre a ineficiência do Sistema, grandes filas, corredores lotados, hospitais sucateados, profissionais mal remunerados. Por que, então isso ocorre? Por que o SUS ainda não conseguiu ser implantado em sua plenitude? Em primeiro lugar, é preciso conhecer os

princípios deste sistema que estão contemplados na lei. Rodrigues, E. explica como deve ser o SUS:

“primeiramente, o SUS é um sistema, ou seja, é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e Municípios) e pelo setor privado contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo. Assim, o serviço privado quando é contratado pelo SUS, deve atuar como se fosse público usando as mesmas normas do serviço público”.

O SUS enfrenta hoje grandes dificuldades de implementação. O Ministério da Saúde vem enfrentando sucessivas crises e o financiamento do setor ainda é dependente dos recursos da previdência, e sofre com os sucessivos cortes. O gasto *per capita* com saúde no Brasil é um dos menores do mundo (menos de 50 dólares por ano) e vem apresentando um declínio nos últimos anos.

2.2 A Organização Política da Saúde no Brasil

No Brasil, o sistema de saúde passou por diversas transformações nos últimos cinquenta anos. A Criação do Instituto de Previdência Social (INPS) como resultado da fusão dos antigos institutos de aposentadorias foi a forma pela qual se deu a concentração das políticas de assistência médica, previdenciária e assistência social. Na década de 70, o que caracterizava o modelo era centralização dos recursos e a decisão no nível federal, pela privatização de oferta de serviços curativos, e pela exclusão do segmento da população. O Ministério da Saúde era responsável pelas ações preventivas de saúde através do INAMPS e o Ministério da Previdência Social pelas ações curativas de diagnóstico, tratamento e reabilitação, ações essas planejadas, controladas e avaliadas pelo nível federal.

A clientela beneficiada era os segurados da previdência, neste período houve a ampliação da rede privada hospitalar. Neste modelo não ocorria a regulação dos serviços e os Secretários Estaduais de Saúde, eram responsáveis pelo atendimento

primário de Saúde, desenvolvido em parceria com os órgãos municipais. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) nasceu com o objetivo de estruturar em cidades com menos de 20.000 habitantes “módulos básicos” na concepção de organização dos serviços sanitários nacionais. O programa tinha como filosofia o recrutamento de pessoal nas próprias localidades beneficiadas e contava com a participação social através das lideranças comunitárias.

O movimento sanitário contou com a adesão de profissionais da área de saúde; as pressões sociais e as recomendações internacionais pela adoção do sistema de Atenção Primária de Saúde, contribuindo assim para a expansão e manutenção do PIASS no país nos anos 80. As Ações Integradas de Saúde tiveram seu processo de implantação baseado no PREV-SAÚDE, e nas experiências municipais de implantação do modelo de Atenção Primária. Em 1986, a estratégia de interiorização das ações havia se estendido a 2.500 municípios, cobrindo 90% da população brasileira, sendo necessário reconceituar algumas ações na perspectiva de melhorar a qualidade dos serviços. O Conselho Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – CONASP, criou e aprovou em 1982 as AIS e garantiu o repasse de recursos do INAMPS para Estados e Municípios através de convênios. As Ações Integradas de Saúde possibilitaram um processo de negociação entre as esferas do governo, alterações da estrutura de poder entre União, Estados e Municípios e entre os setores públicos e privados, democratizando o pensamento da sociedade brasileira de uma proposta de reorganização do Sistema Nacional de Saúde.

O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, foi criado em 1987, o que o diferenciava das Ações Integradas de Saúde era o fortalecimento da estrutura de planejamento e programação das ações de saúde visando a descentralização destas ações para o setor público. Os convênios estabelecidos anteriormente continuaram. A oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares se expandiu para a rede pública estadual e federal e ocorreu um desligamento de estabelecimento privado do sistema público, iniciando-se uma política de privilégio dos convênios com o setor filantrópico, de preferência pelo contrato com os serviços dessa rede.

Prevalece ainda a centralização no nível federal dos recursos financeiros, porém as instâncias subnacionais passaram a desempenhar papéis mais ativos na prestação, planejamento, financiamento e controle das ações, além da obrigatoriedade da criação de Comissão Interinstitucionais de Saúde para a gestão da política nos seus níveis de governo. As normas Operacionais Básicas – NOB's começaram a ser editadas pelo Ministério da Saúde em 1991. Foram publicadas até 1996, em um total de quatro. Em seguida duas Normas de Assistência – NOAS. Essas normas são instrumentos jurídicos institucionais, resultantes do processo político de pactuação na Comissão Intergestores Tripartite – CIT e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS, as quais têm viabilizado a descentralização e a organização do SUS, bem como contribuído para sua consolidação.

O Sistema Único de Saúde, visa integrar os serviços públicos e privados em sistema único e garantir o acesso universal e igualitário. Organizado de forma regionalizada e hierarquizada, segundo as diretrizes da descentralização, do atendimento integral à saúde e o controle social, tendo um comando único em cada nível de governo.

A regionalização e hierarquização pressupõem a integração de uma rede de serviços, visando a racionalidade de ações e recursos financeiros. A universalização é um dos princípios mais difíceis e polêmicos de ser cumprido, pois requer investimentos por todos as esferas de governos para adequação de estruturas, contratação e capacitação de recursos humanos para ser efetivo e de qualidade, muitos avanços foram conseguidos, nos governos, mas as mudanças são lentas e ainda estamos longe da sonhada universalidade. A universalização. “A Saúde é um direito fundamental do ser humano devendo o Estado promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1998).

O dever do Estado é garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros

agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário de ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Pode-se afirmar, então, que o avanço substancial ocorrido no SUS foi o reconhecimento de que a saúde é um direito fundamental do ser humano e não uma contraprestação de serviços devida pelo Poder Público ao contribuinte do sistema da seguridade social. Daí o acesso à assistência ser universal e igualitário, pois enquanto direito humano fundamental não pode haver condicionantes para o seu exercício. “Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica de Saúde” (CARVALHO. 1992, p 55).

O princípio da integralidade considera a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Significa dizer: é importante à integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma articulação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

O objetivo da equidade é diminuir a desigualdade. Não significa que a equidade seja sinônimo de igualdade. Equidade significa tratar desigualmente os desiguais investindo mais onde a carência é maior. Para isso, a rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida. A equidade é um princípio de justiça social. Processo de formulação, gestão e implantação de políticas públicas passaram por intensa orientação no sentido de descentralização. O maior avanço da descentralização deu-se na área de saúde.

A Descentralização da Saúde deu-se com a implantação do SUS, e seu objetivo é desenvolver as instâncias locais de poder, autonomia e capacidade de gestão, o fortalecimento dos municípios prevê maior participação na divisão de recursos tributários, designa novas atribuições e competências e lhes delega maior poder decisório.

Para Mendes (1998, p. 38):

“o enfraquecimento das Secretarias Estaduais de Saúde rompeu com o equilíbrio federativo e proporcionou um desenvolvimento do SUS caracterizado pela concentração do financiamento e do poder normativo no Governo Federal e pela devolução da união diretamente aos municípios. (...). Esse processo de descentralização do SUS, mediante devolução municipalizada, com recentralização do funcionamento na união, e sem a fortificação protagônica dos estados, em um país grande e desigual, tendo a apresentar problemas de equidade e eficiência no sistema como um todo”.

Continua Mendes (1998, p.39) A municipalização autarquizada, conjugada com a fragilidade regulatória das Secretarias Estaduais de Saúde, fez com que se perdesse a dimensão da regionalização, indispensável a um federalismo sadio, especialmente a região estadual, formada pelo encontro dos espaços subestaduais e supramunicipais. É aí nesse espaço regionalizado de presença econômica, social, cultural e sanitária que se constroem redes de relação intermunicipais e se recupera uma escola necessária ao desenvolvimento econômico e social.

A fragilidade dos Estados, diante da municipalização, como mero repassador de recursos financeiros, faz dissertar para definições de um novo papel com coordenador, articulador e regulador do processo entre o nível regional e microrregional.

As dificuldades, a nível local, competem à efetivação desse projeto em cidades de grande densidade populacional, complexidade da rede assistencial, das altas demandas, dos atos sociais envolvidos e manutenção do alto custo. Os municípios menores têm-se o problema da baixa economia de escala e pouca resolutividade dos serviços.

A participação social institucionalizada, vigente uma proposta do SUS, tem como objetivo a transparência na formulação e execução das políticas públicas de saúde, e uma maior democratização de sua gestão. A criação de mecanismos institucionalizados, tais como: conselhos de saúde e as comissões intergestores, podendo estas, serem microrregionais, estaduais e federal, viabilizam a

democratização das políticas públicas de saúde, com a conotação de organização das demandas sociais, podendo criar uma agenda de interesses coletivos capaz de satisfazer os direitos de uma parcela da população antes excluída, essa participação popular no seu contexto e aplicabilidade resulta em vantagens para política de saúde, no entanto se faz necessário vigiar e monitorar os riscos de médicos clientelistas e populistas, que podem inviabilizar o processo.

2.3 Organização da Política de Saúde do Estado do Ceará

O modelo de atenção implantado no Estado do Ceará é norteado pelos princípios da regionalização e hierarquização segundo os princípios do SUS. A estratégia escolhida para a organização de sua assistência foi definida em três níveis de atenção (Primário, Secundário e Terciário) e para cada nível foram considerados o perfil epidemiológico, o grau de complexidade dos serviços e os recursos existentes. A estratégia utilizada é o programa de Saúde da Família, implantado em 1994, foi idealizado para aproximar os serviços de saúde da população, fazendo cumprir os princípios constitucionais do Estado de garantir ao cidadão o direito de receber atenção integral à saúde, com prioridade para ações preventivas.

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi reconhecida como parte integral, permanente e difusa do sistema formal de atenção à saúde em todos os países, a atenção primária que o paciente tem o primeiro contato com o sistema de saúde. A atenção especializada é mais cara do que a atenção primária, portanto, menos acessível aos indivíduos com menos recursos para pagar por ela (STARFIELD, 1992).

A Atenção Primária de Saúde é o meio pelo qual as duas metas de um sistema de serviços de saúde a otimização da saúde e a equidade na distribuição de recursos, ficando equilibrados. A atenção primária diferencia-se da secundária (2º nível de atenção) e da terciária (a nível de referência) por diversas características.

Ressaltando que a atenção primária lida com os problemas mais comuns e menos e/ou definidos, geralmente em unidades comunitárias como os consultórios, centros de saúde etc (STARFIELD, 1992).

Se avaliarmos a eficácia do Sistema de Atenção Básica de Saúde, percebemos a ineficácia das políticas públicas de saúde no que concerne às ações mais primárias ao indivíduo, negando os direitos políticos mínimos fundamentais aos seres humanos. Os estudos de impacto da atenção primária à saúde, são encarados, de uma maneira geral e cumprem as soluções dos problemas para o futuro, permanecendo sem solução, as políticas públicas resolutivas (RUHDE, 1993).

A Norma Operacional do Programa de Saúde da Família no Ceará foi aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB. Esta norma institui a composição da equipe, o cadastramento de equipes, os incentivos, clientela, números de equipes, carga horária, cadastramento das famílias, territorialização, plano de intervenção, sistemas de informação, avaliação, acompanhamento, capacitação, monitoramento e diversos segmentos (CEARÁ, 1995).

Nos últimos dez anos, foram obtidos no Ceará excelentes resultados com relação aos indicadores de saúde, destacando-se, a redução da mortalidade infantil (CEARÁ, 1995).

O Programa Saúde da Família foi implantado primeiramente em 1992 no Rio de Janeiro sob a ética da atenção integral, sendo baseado na experiência desenvolvida em Cuba. O objetivo geral do programa era implementar rede municipal da assistência à saúde, com ênfase na atenção primária visando a melhoria da oferta de serviços. O Programa de Saúde da Família tem, exclusivamente, uma base municipal, fazendo parte da rede primária as unidades de PSF, hospital local de referência para atendimento de baixa complexidade e laboratório ou posto de coleta p/ apoio diagnóstico da assistência prestada por este nível de atenção (NITERÓI, 1996).

A partir da experiência dos Agentes de Comunitário de Saúde no Ceará, em meados de 1992, começaram a ocorrer algumas discussões sobre a proposta de implantação de um programa médico de família, já realizada em vários países.

Em outubro de 1993, o município de Quixadá, localizado na região Central do Estado, encaminhou ao Ministério da Saúde o Projeto intitulado “Saúde da Família” O Projeto foi discutido pela assessoria do Ministério da Saúde com a participação do Secretário de Saúde de Quixadá. A idéia bastante favorável, apoiada por todos, para implantar o projeto em todo Brasil. E o Ministério da Saúde realizou no final de 1993, uma grande reunião para discutir proposta com vários técnicos no Estado do Ceará (GOYA, 1996).

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa Saúde da Família (PSF), sob a Coordenação de Saúde da Comunidade – COSAC, subordinada à Secretaria de Assistência à Saúde – SAS nos estados brasileiros (BRASIL, 1997).

O Programa Saúde da Família, a nível estadual, adotou os princípios norteadores do SUS como: universalização, a equidade, a integralidade das ações de promoção e prevenção das doenças e participação da comunidade. O modelo da atenção baseado na família apresentou no estado, os princípios organizativos relacionados por Mendes (1994) impactos, orientação para os problemas. Implantado oficialmente pelo Ministério da Saúde em março de 1994 no município de Quixadá, localizado no interior do Ceará: intersetorialidade, planejamento, local sanitário, coresponsabilidade, intercomplementariedade, integralidade, adscrição, heterogeneidade e realidade (MENDES, 1994).

As equipes do PSF, estaduais apresentam a mesma composição recomendada pelo MS, um médico, um enfermeiros e atualmente um dentista, para duas equipes de PSF, além do auxiliar de enfermagem e em média de 6 (seis) a 10(dez) agentes de saúde. As equipes devem acompanhar em média de 1.000 famílias ou 4.500 pessoas, sendo utilizado uma média de 4,5 pessoas por família (Brasília,

1994). As equipes realizam atividades como: cadastramento das famílias, consultas individuais, visitas e até internações domiciliares, sessões educativas, reuniões com a comunidade e contato com outras instituições que possam colaborar com a promoção da saúde da população assistida. A equipe do PSF deverá identificar a área abrangente da qual é de sua responsabilidade de trabalho, adotando o processo de territorialização em saúde, o que lhes possibilita identificação de micro-áreas de risco e dos principais problemas existentes a nível local (ANDRADE, 1998).

Atualmente, no Estado do Ceará, existem 1.592 equipes de PSF cadastradas e funcionando nos 184 municípios (Tabela 1). Para organização da atenção secundária o Estado do Ceará utilizou a estratégia da organização das Microrregiões de Saúde. Os “Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde” (SMSS) começaram a serem implantados no Ceará em 1998 como tentativa de implementar um novo paradigma para a organização dos sistemas de saúde no nível local, que superasse os dois paradigmas organizacionais do nível local no Sistema Único de Saúde anteriores (SESA, 2000).

A descentralização estadualizada até a metade dos anos 80, onde o Ministério da Saúde realizava a parte normativa e do financiamento e execução é feita pelas Secretarias Estaduais de Saúde. A municipalização autárquica, o Ministério da Saúde ainda hoje detém a maior parte do poder normativo e do financiamento, e a diferença é que parte da regulação e execução dos serviços são de responsabilidade dos municípios, com transferência dos recursos financeiros do Ministério para os municípios (MENDES, 1995).

A descentralização no Ceará é um processo importante e irreversível. A estratégia do Programa Saúde da Família, de total responsabilidade do âmbito municipal, funciona como porta de entrada e acesso mais próximo do sistema. Ao contrário, para a organização dos serviços de atenção secundária e terciária, onde a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará optou por uma estratégia de centralização. Os princípios organizativos dessa estratégia foram: economia de Escala – baseada no

diagnóstico que apontou a pouca disponibilidade de recursos humanos especializados, materiais e organizativos nos municípios, deu-se um processo de articulação intermunicipal na tentativa de poder viabilizar uma atenção à saúde de forma resolutiva, de qualidade e de custo acessível; negociação – a Microrregião deve ser um espaço democrático de negociação entre os municípios, entre eles e o Estado e deles com organizações não governamentais (MENDES, 1998).

A finalidade da negociação vai garantir, no âmbito da microrregião, o acesso das populações às atividades de maior complexidade tecnológica, nos níveis secundário e terciário (CEARÁ, 2000).

“Define-se Microrregião Assistencial de Saúde como um espaço territorial composto por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência, com auto-suficiência primária e secundária, com uma população em torno de 100 mil habitantes, e com vontade política para consorciarem-se na busca para a solução dos problemas comum” No processo de microrregiões foram criadas 21 microrregionais de saúde e 03 macrorregiões tendo na abrangência de cada um, municípios com vocação e estruturas de serviços, hospitais e ambulatórios especializados prontos para serem adaptados e modernizados tecnologicamente, para atender a atenção secundária de cada microrregião (CEARÁ, 2000).

O processo de organização da atenção secundária ainda se encontra em andamento, na fase de suprir ou dotar os municípios de condições mínimas necessárias para atender neste nível de assistência. O maior problema detectado para viabilizar a atenção secundária é a insuficiência de recursos humanos especializados e os recursos financeiros para manutenção dos serviços. O compromisso da Política de saúde do Estado do Ceará em organizar a sua atenção secundária de saúde, lança o “Programa Saúde Mais Perto de Você”, onde os hospitais com vocação para a assistência desse nível recebem recursos financeiros para a contratação de recursos humanos necessários e para manutenção, tendo estes o compromisso de receber as referências dos municípios que compõe a microrregião de saúde (CEARÁ, 2000).

A estratégia utilizada pela Secretaria Estadual de Saúde para o repasse financeiro para os hospitais, foram pactuados nas Comissões Bipartites Microrregionais e Estadual, e o instrumento utilizado foi o Termo de Compromisso dos Hospitais Pólo Microrregionais, que se dá entre o Prestador e o Estado. Para a regulação dos serviços foram criadas as Centrais de Regulação do Estado, tendo sido implantada uma em cada microrregional de saúde (CEARÁ, 2000).

A Central de Regulação é composta por uma rede de computadores interligados e localizada nas Secretarias Municipais de Saúde, serviços de referência (ambulatorial e hospitalar) microrregional e macrorregional de saúde, ligados a Central de Regulação do Estado, com a finalidade de regular a Programação Pactuada e Integrada, facilitar o acesso ao usuário do Sistema SUS, reduzir a demanda desnecessária para Fortaleza e fortalecer o pólo microrregional de saúde. Para organizar a atenção Terciária, o Estado do Ceará utilizou a estratégia de organização das Macrorregiões de saúde.

As Macrorregiões de saúde são formadas por um conjunto de microrregiões que convergem para os pólos terciários de Fortaleza, Sobral e Cariri. A atenção terciária é constituída por serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade e alto custo, tais como serviços de urgência e emergência, atenção à gestante de alto risco, cardiologia, oncologia, neurologia e atenção ao paciente grave. Garante o acesso à quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva, exames hemodinâmicos, medicina nuclear, radiologia intervencionista e exames de diagnose de maior complexidade. Assegura também tratamento intensivo, como serviço de urgências clínicas e cirúrgicas e, traumatologia e ortopedia proveniente de traumas, nas 24 horas.

As macrorregionais ainda estão no processo de organização das diretrizes do Estado para este nível de Atenção.

As diretrizes do Estado são:

- 1 Garantia de acesso e resolutividade nas unidades que compõem a atenção terciária nas macrorregiões de saúde
- 2 Estruturação/implantação de serviços de assistência farmacêutica nos hospitais terciários
- 3 Implantação de um sistema de apuração e monitoramento de custos em todas as unidades terciárias
- 4 Implantação do processo de Qualidade em Gestão com a finalidade de realizar as transformações necessárias
- 5 Capacitação de Recursos Humanos em Gestão com a finalidade de especializados para atendimento terciário
- 6 Implantação de mecanismos de Gestão compartilhando de serviços microrregionais/municípios/Estado
- 7 Implementação do Plano Diretor de Regionalização/Plano Diretor de Investimento para unidades terciárias.

O Plano Diretor de Regionalização é o instrumento que regulamenta o processo de regionalização da assistência à saúde da população no Estado, cumprindo uma exigência da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/2001 – portaria nº 95 de 26.01.2001, do Ministério da Saúde.

Tal instrumento define o perfil assistencial dos municípios e estabelece o Sistema de Referência e Contra-referência, e seus objetivos são garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde, de acordo com suas necessidades, integrando o Plano Estadual de Saúde.

O poder público através da implantação de políticas públicas como, política de Ação Social, Educação, Segurança Pública e outras, propiciam uma abordagem intersetorial e interdisciplinar buscando juntas as soluções dos problemas através de troca de idéias e experiências estabelecimentos de rotinas de atendimentos, encaminhamentos e desenvolvimento das estratégias voltadas à prevenção e ao

atendimento especializados de adultos em especial, das crianças.

CAPÍTULO 3

AÇÕES BÁSICAS DA ASSISTÊNCIA INFANTIL À SAÚDE DA CRIANÇA: do PAISC para à Estratégia da AIDPI

Para melhor estruturar o corpo da pesquisa tornou indispensável, uma abordagem sobre a Atenção à Saúde da Criança, no Brasil e no Ceará, utilizou-se para isto os documentos da OMS/OPAS; Ministério da Saúde, Felisberto et al.

A Atenção à Saúde da criança representa um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde das populações. Embora, com todos os avanços observados na atualidade, ainda, são persistentes situações desfavoráveis ao pleno desenvolvimento do grupo infantil, particularmente para a regiões com precárias condições de vida. Os desafios para se implantar e implementar ações direcionadas a uma melhor qualidade de vida das pessoas são inúmeros e complexos.

O Ministério da Saúde do Brasil (MS) adota Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) a partir de 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 ano, o processo de implantação da estratégia em municípios com taxas de mortalidade infantil acima de 40/1.000 nascidos vivos (Felisberto et al., 2000).

A estratégia da AIDPI, apresenta 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. Introduce o conceito de integralidade, surgindo como alternativa aos programas específicos já existentes (BENIGUI et al., 1997).

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

Para o Brasil, como estratégia, o Ministério da Saúde implanta programas específicos de assistência infantil, denominado de “Ações Básicas da Assistência Infantil à Saúde da Criança” em toda rede básica de serviços de saúde, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade, promover a saúde da criança na sua integralidade, aumentando a cobertura dos serviços e promovendo a qualidade dos mesmos (Brasil,1985; Brasil, 1994).

A Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) é um dos indicadores mais eficazes para refletir não somente aspectos da saúde de crianças, como a qualidade de vida de uma determinada população. Existem claras associações entre riqueza e nível de desenvolvimento de um país ou região e suas TMI. Nas regiões pobres do mundo, onde essas taxas são mais elevadas, a maioria das mortes infantis poderia ser evitada com medidas simples e eficazes. Mais de 70% desses óbitos devem-se a pneumonia, diarreia, desnutrição, malária e afecções perinatais, ou uma associação delas (Brasil 1994).

Enfrentar os fatores condicionantes e determinantes da mortalidade infantil tem sido um constante desafio para as autoridades brasileiras nas últimas décadas, levando o Ministério da Saúde a intensificar, a partir de 1984, sua atuação na promoção da saúde dos menores de 5 anos, com a criação do *Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)*. Esse programa visa a promover a saúde da criança de forma integral, dando prioridade ao atendimento de crianças pertencentes a grupos de risco, melhorando a qualidade do atendimento. Apesar da mortalidade infantil mostrar uma tendência ao descenso nos últimos 21 anos, ainda permanece elevada, com uma TMI estimada de 28,6 por mil nascidos vivos para 2001 (censos demográficos de 1970 a 1991, resultados preliminares do censo de 2000, assim como a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – PNDS).

O Ministério da Saúde tem promovido ações específicas na saúde infantil, como programas de incentivo ao aleitamento materno, controle das doenças diarreicas agudas, controle das doenças respiratórias agudas, programa ampliado de imunizações, promoção de alimentação saudável e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, entre outros. Nessa última década, foram incorporadas ações específicas em estratégias de reforço à atenção básica, que visam a apresentar um novo paradigma de modelo assistencial, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, o Programa Saúde da Família (PSF), que apontam para a necessidade de um trabalho amplo e integrado. Todos abrangem ações destinadas a melhorar a atenção prestada e a reduzir a morbimortalidade na infância,

sendo implementados prioritariamente em municípios de maior risco para mortalidade infantil. a seguir , como se deu a implantação da Estratégia A estratégia AIDPI que só pode ser efetiva se a família levar a criança doente no momento oportuno a um profissional de saúde que recebeu capacitação adequada.

OPAS/OMS (2002), informam que:

(...) com o objetivo de reajustar os compromissos e metas assumidas pelos países da Região das Américas na Cúpula Mundial em Favor da Criança, a OPAS/OMS lançou em 1999 a iniciativa: "Crianças Saudáveis: a Meta de 2002". Esta iniciativa tinha como objetivo fundamental evitar 100.000 mortes de menores de cinco anos até 2002, considerando como principal proposta de intervenção a Estratégia AIDPI. Por isso, um aspecto importante da prática da atenção integrada é recomendar às famílias (e procurar certificar sobre a compreensão da mensagem transmitida) quais os casos apresentados pela criança doente que devem procurar atendimento urgente no serviço de saúde, sobre as consultas de rotina para vacinação e controle de crescimento e desenvolvimento, assim como aconselhamento sobre os cuidados a serem prestados à criança em casa e sobre as medidas de prevenção e promoção da saúde. Nesse sentido, o trabalho já realizado em numerosos municípios brasileiros pelo PSF e PACS é fundamental.

Para a implantação e implementação dessa estratégia. Um trabalho relevante que vem sendo desenvolvido, especialmente nos últimos quatro anos, é o envolvimento de docentes de escolas médicas e de enfermagem. Visa, principalmente, a inserção do conteúdo programático abordados na Estratégia AIDPI nas diversas disciplinas dos cursos da área da saúde.

Muitas dessas escolas integram os Pólos de Capacitação do PSF, responsáveis pelos cursos dados às suas equipes, que utilizam a estratégia AIDPI no atendimento à criança.

Essa estratégia é apresentada em uma série de quadros que mostram a seqüência e a forma dos procedimentos a serem adotados pelos profissionais de saúde. Esses quadros descrevem os seguintes passos: Avaliar a criança doente de dois meses a cinco anos de idade ou a criança de uma semana a dois meses de idade; Classificar a doença; Identificar o tratamento; Tratar a criança; Aconselhar a mãe ou o

acompanhante; Atenção à criança de uma semana a dois meses de idade; Consulta de retorno.

Esses passos são provavelmente parecidos com os que você utiliza atualmente para atender crianças doentes, ainda que possam estar sistematizados de outros modos. O passo denominado “AVALIAR A CRIANÇA” implica a preparação de um histórico de saúde da criança, mediante perguntas adequadas e um exame físico completo. “CLASSIFICAR A DOENÇA” significa determinar a gravidade da doença; você selecionará uma categoria ou classificação para cada um dos sinais e sintomas principais que indiquem a gravidade da doença.

Brasil (2000), afirma que:

“as classificações não constituem um diagnóstico específico da doença, mas, ao contrário, são categorias utilizadas para identificar o tratamento. Os Quadros de Conduta recomendam o tratamento apropriado para cada classificação. Quando se usam esses procedimentos, bastará procurar a classificação no quadro para poder “IDENTIFICAR O TRATAMENTO” da criança. Por exemplo, uma criança que tenha uma DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE, pode ter meningite, malária grave ou septicemia. Os tratamentos indicados para DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE são apropriados porque foram selecionados para cobrir as doenças mais importantes nessa classificação, não importando quais sejam. “TRATAR” significa proporcionar atendimento no serviço de saúde, incluindo a prescrição de medicamentos e outros tratamentos a serem dispensados no domicílio, bem como as recomendações às mães para realizá-los bem. “ACONSELHAR A MÃE OU O ACOMPANHANTE” implica avaliar a forma pela qual a criança está sendo alimentada e proceder às recomendações a serem feitas à mãe sobre os alimentos e líquidos que deve dar à criança, assim como instruí-la quanto ao retorno ao serviço de saúde”.

A Atenção Integrada às Crianças doentes de dois meses a cinco anos de idade é apresentada em três quadros intitulados: avaliar a criança doente de dois meses a cinco anos de idade; tratar a criança; aconselhar a mãe ou o acompanhante.

A Atenção à Criança de uma semana a dois meses de idade é um pouco diferente daquela que é dada a crianças de mais idade e é descrita em um quadro intitulado *Avaliar, classificar e tratar a criança de uma semana a dois meses de idade*. Os quadros foram desenhados para ajudar o profissional de saúde a atender as crianças de forma correta e eficiente, o capacitará na utilização desses quadros e também

incluirá sessões de prática clínica. Ao concluir, os quadros lhe ajudarão a recordar e pôr em prática o que foi aprendido quando tiver que atender crianças doentes em seu serviço de saúde.

3.1 Profissionais envolvidos com estratégia AIDPI

Para implantar a Estratégia da AIDPI, torna-se importante o envolvimento dos profissionais, cada um desenvolvendo seu papel, sendo os mais importantes:

1. Facilitador – trata-se da pessoa que atua como professor/multiplicador nos diversos cursos de AIDPI. A capacitação do facilitador é feita por meio de curso específico para esse tipo de atividade. Em geral, esse curso tem duração de 10 a 12 dias úteis, com um reforço maior no conteúdo de bases técnicas de AIDPI, de metodologias de ensino e de técnicas de comunicação;
2. Docente – é o profissional que é professor de escolas de Medicina ou de Enfermagem, que participa de cursos de AIDPI. O envolvimento do professor objetiva, sobretudo, a inclusão do conteúdo programático da estratégia AIDPI na graduação dessas escolas, visando, sobretudo, a adequação do profissional em formação para atender o perfil epidemiológico de nosso País;
3. Profissional do nível operacional – trata-se do profissional médico ou enfermeiro que atua nos serviços de saúde, priorizando os integrantes da equipe do PSF.

3.2 Ceará no Caminho da Atenção à Saúde da Criança

A estratégia foi, inicialmente, adotada nos estados de Sergipe, Pernambuco, Ceará e Pará.

A Atenção a Saúde da Criança no Ceará teve início na década de 80, quando o UNICEF propôs ao mundo uma mudança ética na condução das políticas de desenvolvimento nos países mais pobres. O Programa de Atenção Integrado à Saúde da Criança (PAISC), criado pelo Ministério da Saúde (MS) e apoiado pela Organização Panamericana de Saúde (OPS), realizaram capacitação nos cinco módulos de ações básicas de saúde do Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança para os municípios do Norte e Nordeste. O Ceará foi o primeiro Estado a garantir o financiamento necessário para ampliar os multiplicadores na capital e no interior.

O Ceará está entre os estados mais pobres do Brasil, em uma época de seca, mudança de governo, com indicadores sócio-econômicos precários, entre eles a mortalidade infantil em torno de 72% de 1000 nascidos vivos (óbitos, pós-neonatal), desponta com garra, responsabilidade e decisão política para combater a mortalidade infantil através do programa batizado como “VIVA CRIANÇA” em 1987, tendo como objetivo reverter o quadro de mortalidade infantil das crianças cearenses.

O Planejamento de Ações para o VIVA CRIANÇA, foi traçado baseado nas pesquisas de Saúde Materno – Infantil – PESMIC’s I (87), II (90) e III (94), que geraram um banco de dados de grande proporção e estratégias ousadas e apoiadas pelos níveis de decisão política onde foram rapidamente divididas as tarefas e multiplicadas as ações (SILVA, 1999).

A partir do segundo semestre de 1987, foram intensificados os treinamentos e incorporados outros profissionais de saúde, como enfermeiros, odontólogos e nutricionistas; para que, com a capacitação e uma equipe multiprofissional, as ações do Programa Viva Criança se estendessem a todos, o Estado melhorando as condições de saúde da criança. Em 1988 segundo a mesma linha foram enviados os módulos para capacitação do Agente Comunitário de Saúde.

Silva (1999), apresenta os aspectos para desenvolvimento do Programa

Viva Criança:

“o VIVA CRIANÇA está baseado, em relatos de experiências que deram certo em diversos países dos continentes africano e asiático; e, foram adequadas às condições do perfil epidemiológico e sócio-econômico do Estado do Ceará. A redução da mortalidade infantil engloba cinco ações básicas de saúde: Controle das Doenças Diarréicas, Imunização Básica e Universal, Incentivo ao Aleitamento Materno, Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento e Assistência e Controle das Infecções Respiratórias Agudas; e seis estratégias para sua implantação: Um grande e multidisciplinar encontro de mobilização: O seminário viva criança, Um diagnóstico da saúde da criança cearense: A pesquisa de saúde materno-infantil, O agente de saúde como agente de transformação social, Treinamento e sensibilização dos profissionais da saúde, A conquista da comunidade, Comunicação para a saúde ou “marketing” social.

O período de implantação do Programa Viva Criança coincide com a transição das políticas públicas de saúde, que trouxeram a estruturação de centenas de secretarias municipais de saúde e a expansão da rede pública de saúde em todo o país.

A análise dos indicadores da mortalidade infantil e da estratégia do Programa Viva Criança abrange o período de 1987 a 1994, neste período, com a adoção de medidas simples e de baixo custo foi possível reduzir a mortalidade infantil em 40% por 1000 nascidos vivos por causas pós-neonatais, apontando em 1994 o aumento significativo de óbitos por causas neonatais, a serem trabalhadas (MACHADO, 2005).

As ações integrais dispensadas às crianças no estado do Ceará, de competência dos profissionais que integram o PSF, nos instigam a avaliar, não só as unidades de Saúde como também as categorias de profissionais envolvidos no processo de trabalho. De modo especial, para nós que trabalhamos na saúde pública e somos enfermeiros é relevante medir a atuação do enfermeiro centrada no cuidado de enfermagem (RIBEIRO *et al*, 2002; GABRIELLI, 2004).

Avaliar o processo e os resultados alcançados, as mudanças produzidas e o encantamento dos usuários com o atendimento zeloso. Desse modo poderemos julgar a qualidade da assistência prestada à criança pelo enfermeiro e em grande parte a qualidade do serviço.

Em 2001, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, passou a capacitar

os profissionais de saúde, em sua maioria, enfermeiros, para melhor atender às mães e crianças, minimizando os problemas relacionados à amamentação e desenvolvendo habilidades no manejo clínico.

Outro curso, o de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), é uma estratégia que sistematiza a atenção às crianças menores de cinco anos, numa seqüência de procedimentos de avaliação, classificação e tratamento, relativas às principais causas de doenças e problemas de saúde que afetam este grupo etário. Pode ser utilizado tanto nos serviços de saúde como na comunidade, enfocando a atenção nas condições gerais de saúde da criança. A estratégia AIDPI, ao cobrir os principais problemas de saúde da infância, começa pelos aspectos preventivos e de promoção da saúde (AMARAL *et al*, 2004).

Por seus benefícios no melhoramento da qualidade de atenção à saúde infantil, bem como pelo importante impacto que esta estratégia (AIDPI) produz na morbidade e na mortalidade nos primeiros cinco anos de vida, muitos países adotaram essa intervenção, que se encontra em pleno processo de implementação, especialmente nos estados com maiores indicadores de morbimortalidade infantil. No Brasil, a estratégia foi estabelecida segundo as diferentes realidades epidemiológicas e operacionais de suas regiões e a implantação foi iniciada em 1997 (CUNHA *et al*, 2001). Como vimos, são muitas as atividades

realizadas pelos enfermeiros que atuam na Saúde da Família e que por isso precisam ser avaliadas. É conveniente conhecer o impacto, a efetividade dessas ações sobre a saúde da criança em nosso Estado, e visualizar os aspectos ainda considerados deficientes na atenção prestada. Entrementes, as estratégias adotadas no Ceará, com vistas à atenção a criança desde a implantação do Programa Agente de Saúde, na década de 90 e do Programa Saúde da Família em 1994, contribuíram para melhorar os níveis de morbi-mortalidade infantil (SILVA, 2003).

A atenção básica tem se constituído num espaço relevante para as diversas atuações do enfermeiro, aquecendo discussões importantes sobre as atribuições deste profissional no contexto da Saúde da Família que privilegia a interdisciplinaridade e o trabalho multiprofissional.

Com relação às atribuições específicas do enfermeiro na assistência à criança nas Unidades de Saúde elas são: assistência à saúde da criança; o estímulo e a execução de medidas de promoção da

saúde; atividades educativas e preventivas na gravidez, parto e puerpério; a execução de ações básicas de vigilância epidemiológica em sua área de abrangência; a sensibilização e negociação com as famílias para a importância do apoio e participação dos cuidados com a criança; a programação e a realização de visitas domiciliares a puérpera; o desenvolvimento de ações intersetoriais para a promoção à saúde infantil.

Na assistência à saúde da criança que começa na gravidez da mãe, e se estende ao parto e puerpério é importante destacar o apoio oferecido pelo enfermeiro à mãe do bebê nas consultas de enfermagem no período gestacional, no momento da internação hospitalar (por ocasião do parto) e do puerpério.

É, também, mais do que necessária a ajuda do enfermeiro, principalmente às mães adolescentes e primíparas, ou àquelas com problemas familiares, sociais e econômicos (TEZOQUIPA *et al* 2001; CARVALHO 2002 *apoud* MACHADO, 2005).

Machado, (2005) ainda, diz que:

(...) portanto, é função do enfermeiro que presta assistência à criança orientar a mãe desta, com paciência e zelo, a fim de que possa, com tranquilidade e responsabilidade, assumir a maternidade e favorecer a integração do novo ser na família. É sua função, também, verificar se os pais e avós dividem os cuidados prestados pela mãe ao bebê, assumindo parte deles.

As ações intersetoriais para a promoção da saúde infantil são as mais

deficitárias nos serviços de saúde por compreenderem outras ações, que tradicionalmente não são contempladas pelos programas e são vistas como não tendo relação com a prática clínica biologicista (VICTORA *et al*, 2000; TRAD, 2002).

Para tanto, a estratégia do AIDIPI, denominada *Integrated Management of Childhood Illness (IMCI)*, na nova concepção de saúde, implica numa intervenção multiprofissional e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade, visando promover a saúde da criança. Inicialmente, foi introduzida nos países africanos e asiáticos, e foi submetida a um pré-teste na Etiópia em 1994, e até 1996 alguns países daqueles continentes haviam iniciado o processo de implantação da proposta (WHO, 1997).

A incorporação da estratégia como política de saúde, é 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 um processo, em 1996, objetivando promover a participação de organismos internacionais, que contribuem para acelerar a efetiva implantação da AIDIPI no continente (OPS, 1998), com o objetivo de realizar intervenções na assistência às doenças prevalentes da infância, visando prevenir doenças e reduzir as mortalidades infantis evitáveis.

DENIS; CHAMPAGNE (1997,p.67) relataram que 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, os diferentes atores organizacionais podem apoiar a implantação de uma intervenção, se virem nela, um meio de atualização de suas estratégias fundamentais.

Apoiar a análise de implantação do programa e as variações da implantação na sua eficácia, e a análise da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados, são de suma importância para a

efetividade e eficiência do programa.

CAPÍTULO 4

AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Avaliar, segundo Aurélio (1988), “*avaliar + ação*, é o ato ou efeito de avaliar, significa apreciar ou analisar uma ação”. Portanto, avaliar uma política pública, significa dizer, que é um processo de avaliação de um programa institucional de governo, que visa aperfeiçoar, corrigir as distorções.

Avaliação de políticas públicas não é substancialmente diferente dos demais processos de avaliação empregados nas diversas atividades humanas, no entanto, difere no que deve ser avaliado, deve ser observado que para cada tipo de ação, será direcionado os procedimentos.

Toda avaliação se apóia em quatro grandes pilares como: os procedimentos que serão avaliados e as orientações repassadas. Os procedimentos constituem a maneira peculiar de conduzir os pensamentos no sentido de se conseguir obter uma imagem mental do objeto, de forma clara e distinguível. Os dois primeiros conferem um cunho qualitativo da avaliação, e os dois últimos são de natureza predominantemente quantitativa. O processo de avaliação, porém, não subsiste se faltar alguma dessas colunas.

Ao processo de avaliação, desde o início, as partes constitutivas, devem anular preconceito ou pré-julgamento, percepções pessoais do analista, nebulosidade dos fenômenos, que induzem a observar os fatos à luz de posições ideológicas, vale dizer, aquelas sem as quais se mudaria a natureza do objeto (NPAN, 2003).

Saúde é uma questão social, econômica, política e, acima de tudo, um direito humano fundamental. Nesse contexto, as desigualdades sociais , pobreza, exploração, violência e injustiça encontram-se entre as causas das doenças e morte dos

pobres e marginalizados. Proporcionar condições de saúde para todos implica desafiar interesses poderosos, resistir à globalização e mudar drasticamente as prioridades políticas e econômicas.

Avaliar as políticas públicas tem despertado a criação de modelos conceituais e empíricos para o estudo das políticas públicas, tanto no meio acadêmico como no setor público em geral ao longo dos últimos anos. Por isso, o estudo de políticas públicas vem se consolidando em todo o País, e contribuindo para a construção dessa prática nas diversas áreas do conhecimento. Embora nos países desenvolvidos já existam diversas instituições universitárias, voltadas especificamente ao ensino e pesquisa em políticas públicas.

Segundo Arretche *et al* (2001, p.29), que:

“qualquer forma de avaliação envolve necessariamente um julgamento, vale dizer envolve necessariamente um julgamento, trata-se precipuamente de atribuir um valor, uma medida de aprovação ou desaprovação a uma política ou programa público particular, de analisá-la a partir de uma certa concepção de justiça (implícita ou explícita)”.

Acrescenta, ainda, Arretche (1996), que em qualquer forma de avaliação é preciso, em primeiro lugar, saber o que se entende por "medir" a eficiência de uma política. Na linguagem de avaliação de políticas, convencionou-se dizer que a eficiência de uma política está associada à relação entre o esforço para implementá-la e os resultados alcançados. Desta forma distingue termos: de efetividade, eficácia e eficiência, distinção esta, que é basicamente um recurso analítico destinado a separar aspectos distintos dos objetivos e, por consequência, da abordagem e dos métodos e técnicas de avaliação (ARRETCHE *et al*, 2001, p;31).

Figueiredo & Figueiredo (1986), defende uma avaliação de efetividade, entendendo que o exame da relação entre a implementação de um determinado programa e seus impactos, e/ou resultados, isto é, seu sucesso ou fracasso em termos de uma efetiva mudança nas condições sociais prévias da vida das populações

atingidas pelo programa sob avaliação. Estudos confiáveis sobre efetividade dos programas são muito difíceis, e até mesmo raros.

Os autores entendem por avaliação de eficácia, a avaliação da relação entre os objetivos e instrumentos explícitos de um dado programa e seus resultados efetivos. E assegura que avaliação de eficácia é seguramente a mais usualmente aplicada nas avaliações correntes de políticas públicas (FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 1986; ARRECH, 2001, p. 34),

Sobre a avaliação de eficiência , Figueiredo; Figueiredo (1986), informa sendo a avaliação entre o esforço empregado na implementação de uma dada política e o resultado alcançado. Possivelmente hoje deverá ser a mais necessária no Brasil, porque paralelamente à escassez dos recursos públicos, os universos populacionais a serem cobertos pelos programas sociais são de enormes proporções.

É certo que no Brasil avançamos nos últimos anos no que diz respeito à quantidade, qualidade e confiabilidade dos dados disponíveis para pesquisas de avaliação.

O sucesso das políticas públicas depende de recursos governamentais, e são diretamente avaliados por economistas e cientistas políticos, que apontam pouco ou nenhum avanço nessa área em nosso País. Indiretamente os indicadores sociais são medidos pela insatisfação do povo brasileiro.

Farias (1996, p.47), nos coloca atividade de monitoramento e a avaliação formativa e somativa, que podem contribuir para o aprimoramento dos programas sociais e para o alcance de seus objetivos e metas. Atualmente as tarefas de formulação dos programas são divorciadas das tarefas de implementação, por outro lado, os problemas detectados não são analisados de modo a contribuírem para a solução dos problemas e aprimoramento do programa. Na avaliação somativa, estão incluídos os: impactos, resultados, modificação da situação inicial da população alvo;

quando ocorre esse tipo de avaliação, é executada por equipes externas até a conclusão. As atividades de avaliação costumam ser consideradas atividades de avaliação.

Carvalho *et al* (2001, p. 92), a missão da avaliação no campo social é de realimentar ações buscando aferir resultados e impactos na alteração da qualidade de vida da população beneficiária, ou ainda, mais precisamente repensar as opções políticas e programáticas.

Acrescenta, ainda, a autora: "a cultura da avaliação terá de se introduzir no campo social democratizando as informações, decisões, facilitando a participação cidadã na formulação, implementação e desenvolvimento de políticas e projetos" (CARVALHO *et al*, 2001, p.93).

Segundo o pensamento de Carvalho (2001), em princípio a investigação avaliativa tem como objetivo o exame crítico do grau de eficiência, eficácia, equidade, impacto social, custo - benefício de programas que se movem em contextos complexos.

Saul (1988), aborda avaliação numa visão participante, uma abordagem transformadora, de aprendizagem, uma avaliação emancipatória.

De acordo com a autora:

“o paradigma de avaliação emancipatória, que aqui se propõe, tem sua construção inspirada em três vertentes teórico- metodológicas; a primeira delas “ Avaliação Democrática”, a segunda é a “Crítica Institucional e Criação Coletiva”, e a terceira é a Pesquisa Participante” (SAUL *et al*, 2001, p. 98)

A avaliação emancipatória é um modelo emergente, que engloba algumas tendências práticas mais recentes. O valor básico é o de uma cidadania consciente e o avaliador age como intermediário nas trocas de informações entre diferentes grupos. A

concepção de consciência, conforme define Paulo Freire, é a idéia geradora fundamental. Quanto mais conscientização, mais se “des-vela“ a realidade, mais se penetra na essência fenomênica do objeto, frente ao qual nos encontramos para analisá-lo. “A conscientização não pode existir fora da práxis, ou melhor, sem o ato ação – reflexão”. “A conscientização não está baseada sobre a consciência de um lado, e o mundo, de outro; por outra parte não pretende uma separação. Ao contrário, está baseada na relação consciência – mundo. Nessa perspectiva, o processo de conscientização é a mola mestra do processo emancipatório” (FREIRE, 1980, p. 26-27).

Nesse contexto, Rios *et al* (2001, p.112 -16), aponta,

“avaliar: como ver mais claro para caminhar mais longe. ”*Ver claro*, para evitar os elementos que prejudicam nosso olhar, evitar as armadilhas que se acham instalados em nós e em torno de nós. *Ver fundo*, não se contentando com a superficialidade, com as aparências. *Ver largo*, na totalidade, procurar o objeto no contexto ”O que se quer com um processo de avaliação participativa, é que os sujeitos possam de verdade fazer parte do processo”.

Para o economista Luiz Gonzaga Belluzzo, estamos vivendo um fenômeno de decomposição do capitalismo, uma crise da atual forma de articulação da economia mundial, e uma recuperação crítica dos pontos centrais que construíram o Estado de Bem Estar e a sua relação com o crescimento econômico. No caso das políticas públicas dos países em desenvolvimento, apesar da retórica em favor da redução da pobreza, e até do aumento de gastos sociais, o efeito da operação da economia em baixo crescimento gerou mais pobreza do que o aumento dos gastos era capaz de absorver.

A Avaliação de Processo, “determina a medida em que os componentes de um projeto contribuem ou são incompatíveis com os fins perseguidos. É realizado durante a implementação e, portanto, afeta a organização e as operações, procura detectar as dificuldades que ocorrem na programação, administração, controle, etc, para serem corrigidos oportunamente, diminuindo os custos derivados da ineficiência. Não é um balanço final, e sim uma avaliação periódica. Diferencia-se da

retroinformação que é uma atividade permanente de revisão, realizada por aqueles que estão implementando o projeto. Sua função central é medir a eficiência de operação do projeto” (Rios *et al*, 2001).

Em se tratando de processo, a avaliação se estrutura de forma que privilegie análises qualitativas. A idéia de processo supõe variações político-institucionais num continuum de tempo e espaço. O desenho de estratégias de avaliação de processos pode ser bastante complexo, envolvendo variáveis que vão desde os atores envolvidos até os mecanismos que impulsionam ou refreiam a consecução de objetivos. A questão da cultura organizacional responsável pelo desenvolvimento das atividades se reveste de especial importância (Rios *et al*, 2001).

Um outro ponto a considerar trata das inevitáveis variações em circunstância específicas, dentro de um mesmo programa, principalmente naqueles de abrangência nacional, a localização espacial, o tamanho das localidades, a capacidade institucional de resposta dos agentes executores, o ambiente político no qual se desenrolam as atividades previstas, são fatores importantes a levar-se em conta quando do desenho das estratégias de avaliação. Estimar-se simetricamente os possíveis resultados e processos de um programa social é reproduzir os erros de planejamento, comuns neste país, que assumem um grau de homogeneidade de situações inexistentes na realidade (Rios *et al*, 2001).

Vários dos comentários aqui registrados convergem para uma observação que padece de obviedade, que por isso mesmo vale ser enfatizada: toda e qualquer metodologia de avaliação de programas sociais deve ter um caráter aberto. Não se acredita pertinente desenvolver estratégias que visualizem exclusivamente um só desenho ou uma só técnica de coleta de informações. Inclui-se neste caso a necessidade de mesclar-se elementos de ordem qualitativa e de ordem quantitativa nas estratégias propostas.

Também de caráter institucional, e comum de se encontrar na administração

federal, é o acentuado descaso com a capacidade institucional de agentes executores. Uma implementação que não leva isso em conta, e geralmente os dirigentes federais não levam, tende a afetar inexoravelmente os resultados de programa. E a avaliação pode descurar desse aspecto. Não é raro ouvir-se em Brasília queixa de que administradores regionais e locais não se interessam pelos programas sociais, quando na verdade sentem dificuldade, diante de sua debilidade institucional, em executar as diretrizes muitas vezes rígidas emanadas dos dirigentes federais. Fracassos evidenciados podem ser explicações com base em fatores desta natureza.

O atraso, ou mesmo a inexistência, de um monitoramento desenhado e implementado desde o início do programa, pode levar a perdas irrecuperáveis na qualidade de avaliação que se deseja fazer. Sem falar no risco de impossibilitar correções de rumo durante a implementação do programa. Ressalta-se, assim a necessidade de um desenho adequado e uma implementação oportuna do sistema de monitoramento, no tempo e no espaço, com a definição de variáveis que mais tarde informarão de forma a avaliação.

Finalmente, cabe enfatizar um aspecto que, a experiência mostra, afeta bastante a realização e, conseqüentemente, os resultados de uma avaliação de programas sociais. Está se falando do perfeccionismo buscado e, raramente, alcançado, dos protagonistas de tarefas desta natureza. Talvez por um viés acadêmico, em alguns casos ou por um desejo de “mostrar serviço impecável”, em outros, inviabilizar-se um processo de avaliação desejável. A ambição de abarcar todo o complexo universo envolvido no desenho e implementação de um determinado programa, além de buscar metodologias excessivamente sofisticadas faz, não raramente, com que “se jogue fora a criança com a água de banho”. O risco é inevitável, qual seja de tornar a avaliação um fim em si mesmo, esquecendo-se dos seus objetivos últimos, o de ser um instrumento de tomada de decisões e de propiciar canais de controle social sobre o gasto público na área social.

A avaliação participativa ganha destaque pelo seu uso freqüente na

avaliação institucional ou de programa sociais.

De fato, tratando de unidades mais delimitadas (uma instituição ou um programa) a avaliação participativa torna-se procedimento rico dado que sua realização é partilhada com os agentes e beneficiários envolvidos (no programa ou instituição) permitindo para além da avaliação uma apropriação reflexiva e socializada entre os diversos sujeitos da ação em movimento (SULBRANDT, 1994).

A avaliação participativa surgiu na esteira da chamada pesquisa-ação. Guarda assim propósitos, princípios, procedimentos e estratégias muito próximas das utilizadas neste tipo de pesquisa.

Tem como eixo metodológico fundante o envolvimento e participação dos formuladores, gestores, implementadores e beneficiários no próprio processo avaliativo de um dado programa ou instituição prestadora de serviços sociais. De início, a avaliação participativa foi percebida com certa reserva científica. É que mesmo aceitando-se o princípio da não neutralidade do avaliador desacreditava-se da possibilidade deste modelo de avaliação garantir “objetividade” e, portanto, confiabilidade nos dados avaliativos produzidos. Ao contrário, a experiência tem comprovado vantagens a este respeito: seus resultados ganham maior confiabilidade e legitimidade entre os grupos sociais envolvidos no programa (SULBRANDT, 1994).

Há, sem dúvida, que se considerar, que quando realizada inadequadamente centrando-se “demais nas estratégias e condutas dos atores, fica exposta às críticas de politizar em extremo os processos de implementação, de carecer de rigor metodológico, de não ser capaz de elaborar num sentido técnico a contribuição de distintos fatores aos logros dos programas” (SULBRANDT, 1994, p. 389).

Falamos em avaliação participativa, mas ela é mais que isso. Busca ser uma avaliação capaz de apreender o pluralismo social e perseguir com novas abordagens metodológicas dois objetivos centrais: incorporar os sujeitos implicados nas ações

públicas – decisores, implementadores, beneficiários e outros agentes sociais envolvidos direta e indiretamente nas decisões e impactos destas ações.

Envolver estes sujeitos no processo avaliativo tem sido considerado de extrema importância para apreender os múltiplos fatores, processos e resultados da ação pública. É o coletivo de sujeitos implicados na ação que pode aportar a diversidade de valores, opiniões e “verdades” sobre o programa em avaliação. Nesta direção a avaliação se compromete em dar vez e voz ao pluralismo social que estes interlocutores expressam.

A avaliação participativa não é basista nem superficial. Não se limita a colher informações e opiniões deste coletivo de sujeitos implicados no programa. É o ato de pôr em comum. No debate avaliativo, a diversidade de opiniões, valores, expectativas e representações que se têm da ação que torna esses sujeitos partícipes da avaliação. É assim que a avaliação participativa permite fazer aflorar as diversas “verdades” sobre os propósitos e resultados do programa ou ação institucional. Nesta direção, a objetividade pretendida no ato avaliativo é resultado de um processo de debate e triangulação entre os gestores, a comunidade mais próxima do programa e os especialistas. O programa em avaliação submete-se assim a uma forma específica de *multiple advocacy* (MAJONE, 1989, p. 40; SUBIRATS, 1993, p. 254).

A participação dos implicadores retira o avaliador da posição solitária de único agente valorativo. O valor atribuído é construção de um coletivo. A capacidade científica e técnica (do avaliador) não o converte em juiz objetivo e imparcial, senão que exerce o papel de negociador, valorando as necessidades de informação (SUBIRATS, 1993, p. 254).

Este é um tipo de avaliação que permanece periférico. O fundamental, para além de medir objetivos atingidos, é avaliar a capacidade de resposta do programa às demandas dos grupos beneficiários. Por mais esta razão a participação dos operadores e usuários do programa se torna indispensável. No entanto, para que

esta participação seja rica e fértil é necessário que o avaliador disponibilize informações, análises e novos interlocutores que ampliem o debate reflexivo daqueles envolvidos no processo avaliativo.

Nesta direção a avaliação participativa não dispensa o uso de tradicionais instrumentos como: definição de indicadores, aplicação de questionários, realização de entrevistas, observação participante... Ao mesmo tempo, estimula o conhecimento de programas similares e ou complementares oportunizando aos envolvidos um novo processo de troca de informações e reflexão, desencadear um processo de aprendizagem social. Em realidade a avaliação assim conduzida socializa e acrescenta novas informações e conhecimentos que estão na maioria das vezes departamentalizados e segmentados nas diversas equipes de trabalho e beneficiários. Estas informações e conhecimentos postos em comum permitem a apreensão do programa na sua totalidade; a apropriação do saber-fazer social. Resulta, portanto, na democratização do conhecimento e transparência da ação pública – objeto de avaliação. Reconhecem e apropriam-se da diversidade de apreensões e novos conhecimentos gestados pelo programa (SULBRANDT, 1994).

A avaliação participativa assim concebida requer competências adicionais do avaliador tais como a capacidade empática de envolver os implicados no programa. Não dispensa as competências específicas de uma investigação avaliativa, mas adiciona igualmente habilidades de medição e irrigação do processo partilhado por meio de informações, questionamentos e clarificações.

Novamente aqui é importante sinalizar que a avaliação participativa é um tipo de avaliação nem sempre adequada e suficiente para avaliar programas. Em alguns casos deve ser complementada por outras abordagens avaliativas. A missão da avaliação no campo social é de realimentar ações buscando aferir resultados e impactos na alteração da qualidade de vida da população beneficiária, ou ainda, mais precisamente repensar as opções políticas e programáticas (SULBRANDT, 1994).

A cultura da avaliação terá de se introduzir no campo social democratizando informações, decisões e facilitando a participação cidadã na formulação, implementação e desenvolvimento de políticas e projetos. Assim a coerência e o rigor metodológico perseguem em primeira instância os fatores significativos intervenientes na tomada de decisões e formatação do programa; nas demandas e argumentos que o sustentam; no meio institucional e social em que se situa; nos insumos disponíveis à sua consecução e na ação dos diferentes grupos e beneficiários – envolvidos no programa.

As informações qualitativas resultam de procedimentos vinculados à observação e organização dos fenômenos ou fatos, derivados de observação direta e de análise documental.

O processo de pesquisa avaliativa demanda compreensão e interação entre a equipe de avaliação externa e o seu objeto de estudo, em suas dimensões conceitual (teórico-prático) e sócio-política. São elementos essenciais para uma análise objetiva e criteriosa, ao mesmo tempo, que produtiva e conseqüente em suas recomendações. O sucesso do processo deriva da habilidade – fundamental, por parte dos pesquisadores-avaliadores – de trabalhar de forma interativa com informações qualitativas e quantitativas de que se dispõe, no contexto social e político dos beneficiários da política examinada. Com efeito, os dados quantitativos, resultante de levantamentos estatísticos ou de produtos de trabalhos, devidamente contextualizados, usados de forma integrada e complementar aos variados ângulos das formações qualitativas, possibilitam a formulação de análise mais consistentes e significativas, social e politicamente.

Há algum tempo, a análise de documentos vem se constituindo em relevante estratégia metodológica, a partir da contribuição de várias ciências sociais. Para a avaliação de política pública, este tipo de metodologia é usado como instrumento para identificar o encadeamento sócio-político das propostas e de suas estratégias de implementação, em face dos objetivos explicitados. Permite tornar em consideração o

contexto sócio-político-econômico no qual a política setorial é formulada e implementada; possibilita, ainda, contemplar características da clientela visada e suas necessidades e expectativas.

Nesta perspectiva, a análise do conteúdo de documento tem por objetivo contribuir para a explicitação do texto escrito e do seu discurso ideológico, buscando esclarecer os significados, implicações das proposições consubstanciadas nas diretrizes, estratégias e linha de ação da política examinada. Além disso, deve possibilitar a identificação das concepções orientadoras da política e suas prioridades, expressas tanto nos documentos de sua formulação, como nas ações e prioridades concretizadas, o que remete para a integração da análise documental com a análise de resultados, inclusive quantitativos. Assim, a análise documental deve contribuir, também, para a interpretação dos resultados apresentados nos vários tipos de relatórios (gerenciais ou executivos e de avaliação externa), especialmente aqueles relativos à consecução dos objetivos visados (SULBRANDT, 1994).

A pesquisa avaliativa, por envolver informações de tipo quantitativo e qualitativo, beneficia-se do uso de dados primários e secundários oriundos de diversas fontes. Os dados primários são recolhidos através de entrevistas (inclusive direta ou outros tipos de estudos realizados pela própria avaliação externa ou em conexão com ela). Os dados secundários, de caráter quantitativo e qualitativo, derivam de quatro fontes distintas: formuladores e executores – que produzem documentos oficiais e relatório gerenciais de formulação, execução e acompanhamento da política, planos e programas e atividades; e outros setores externos envolvidos na implementação das atividades integrantes da política; avaliadores externos – órgãos nacionais e locais que formulam relatórios avaliativos do todo ou de parte da política implementada; órgãos ou instituições que produzem estudos e estatísticas sociais, econômicas, demográficas e educacionais relacionadas à política examinada; estudos relacionados ao objeto de avaliação (SULBRANDT, 1994)

Os distintos sujeitos da avaliação de uma política pública, conforme

examinado anteriormente, têm, por sua própria condição ou natureza, percepções ou óticas diferentes, em decorrência de sua posição no processo de formulação e de desenvolvimento da política, ou de sua relação com os benefícios produzidos pela política. Em consequência dessas óticas distintas, as formas de obtenção das percepções avaliativas dos diferenciados tipos de sujeitos são necessariamente variadas.

Capítulo 5

DESENHO METODOLÓGICO

5.1 Cenário do estudo: município de Russas e a organização de serviços de saúde

O estudo foi desenvolvido no município de Russas, essa escolha se deu em função da pesquisadora ter participado da consolidação e implantação do processo de descentralização das ações de saúde. Geograficamente, o município de Russas é formado por uma área de 1.614 km², o que representa 1,02% em relação à área do

Estado do Ceará. Apresenta 4°56' de latitude e 37°58' de longitude, com altitude de 20,51m em relação ao nível do mar. Localiza-se na Mesorregião do Jaguaribe e Microrregião do Baixo Jaguaribe. Limita-se ao Norte com Beberibe, Palhano e Jaguaruana; ao Sul com Limoeiro do Norte; ao Leste, com uma população estimada pelo IBGE atualmente é 61.677 habitantes, com densidade demográfica de 31,05 habitantes/km². Dista 160 quilômetros da capital, sendo a distância por rodovia de 163 km e a principal via de acesso à capital é a BR – 116.

Conta com os Distritos de Bonhu, Flores, Lagoa Grande, Jardim de São José e São João de Deus. Apresenta acidentes geográficos como Rio Jaguaribe, Riacho Umburanas, Córrego da Bananeira, Açude Altamira, Santo Antônio e das Melancias.

Quanto a sua economia, baseia-se na cultura de banana, algodão, mandioca, milho e feijão. Na pecuária, destaca-se na criação de bovinos, suínos e aves. Em suas terras, registram-se a ocorrência dos seguintes minerais: Berilo, Mica, Ambligonita, Espodumênio, Petalita, Feldspato, Biotita, Piruluzita e Moscovit, Conta ainda, com 88 indústrias de cerâmica e uma fábrica de calçados.

O município de Russas encontra-se habilitado na Gestão Básica Municipal. Atualmente, é sede de Pólo e o modelo de saúde vigente incorpora a estratégia de municipalização, a qual responsabiliza os municípios quanto aos recursos financeiros e pela organização da atenção à saúde. Esse município apresenta um modelo de saúde voltado para a família, elegendo a mesma como unidade básica do atendimento, buscando organizar o sistema de saúde em todos os níveis de atenção, com a finalidade de oferecer à população um modelo de saúde que contribua cada vez mais com a qualidade de vida do povo. O sistema de saúde municipal possui 2 hospitais, 15 equipes do Programa de Saúde da Família, representando 100% de cobertura, estando todas cadastradas e em funcionamento. O Programa Agente Comunitário de Saúde apresenta cobertura de 100%.

O Conselho Municipal de Saúde foi instituído através da Lei nº 410, de 29

de maio de 1992. Foi reformulado em 18 de agosto 2000, tendo dezesseis membros efetivos, com seus respectivos suplentes.

O Fundo Municipal de Saúde foi instituído com a Lei nº 411, de 29 de maio de 1992, sendo subordinado diretamente ao Secretário Municipal de Saúde, o qual estabelece políticas de aplicação de seus recursos em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde.

As equipes de PSF são compostas por médicos, enfermeiros, dentistas, THD, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Existem outros profissionais como: farmacêutico, bioquímico, laboratorista, fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, aux. administrativo, agente administrativo, aux. de serviços gerais, vigia, agentes de saúde pública, médicos plantonistas, gineco-obstetra, ultra-sonografista, traumatologista, anestesista, e tomografista.

Os serviços oferecidos pelo município são de Patologia Clínica, Radiologia, Ultra-sonografia, Urgência/Emergência, Fisioterapia e Tomografia.

Um dos fatores de maior relevância para a saúde de uma população é a situação sanitária de saúde, pois representa um indicador de qualidade de vida, devendo ser analisado quando pretendemos planejar as ações de saúde da população.

As famílias que residem no município de Russas vivem em sua maioria em casa de tijolo (92,82%) sendo que 94,66% dos domicílios possuem energia elétrica (Ceará, 2000).

1. De acordo com o Programa de Agente de Saúde (2004), 57,40% das famílias são abastecidas com água da rede pública, predominando também outros tipos de abastecimento, sendo que 35,59% usam poço ou nascente. O tratamento da água no domicílio é realizado preferencialmente pela filtração (74,10%), apesar de

serem utilizados outros meios, como a cloração e fervura, sendo notificado 13,90% das famílias que não realizam nenhum tratamento.

2. O lixo em sua maioria é coletado pelo sistema público (56,19%), ficando 7,61% a céu aberto. Este é um dado preocupante, haja vista que não se pode esquecer a relação entre doenças e lixo mal acondicionado, não coletado e não tratado.

3. As fezes e urina dos domicílios são depositadas principalmente em fossas (70,95%), no entanto, 12,28% da população depositam esses dejetos a céu aberto, o que facilita a contaminação da população, por fezes humanas.

5.2 Tipo de estudo

O modelo utilizado para o estudo é do tipo avaliativo que, segundo Contrandriopoulos (1994), incorpora a avaliação normativa em seus componentes de estrutura e de processo promovendo uma pesquisa avaliativa, ressaltando um dos três componentes da análise de implantação, a que define os determinantes da ocorrência de intervenção na implantação.

Quanto a estrutura, trata-se de um componente da avaliação normativa embasada pelo autor Contrandriopoulos *et al* (1997, p. 35): “trata-se de saber em que modo adequado para atingir os resultados esperados. Comparamos então os recursos da intervenção, assim como sua organização, com critérios e normas correspondentes”.

Quanto a avaliação do processo constitui-se em outro componente da avaliação normativa utilizando o mesmo autor Contandriopoulos *et al* (1997, p. 36):

“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”.

O mesmo autor subdivide 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, Conrandriopoulos *et al* (1997, p.36) integra a avaliação normativa, a apreciação dos resultados que, “consiste em se perguntar se os resultados observados correspondem aos esperados, isto é, ao objetivo que a intervenção se propôs a atingir”.

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

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

As abordagens metodológicas promovem maior riqueza e consistência para o processo avaliativo, quanto maior o leque que contemple diferentes formatos metodológicos tem se mostrado mais efetivo.

A pesquisa qualitativa viabiliza uma aproximação entre pesquisador e a realidade pesquisada. Segundo Ludke; André (1986, p. 11-13), têm como características o ambiente natural como sua fonte direta de dados descritivos, o processo merece uma atenção maior que o produto; o foco central do pesquisador é o significado atribuído às coisas pelo informante; a análise dos dados a ser um processo indutivo.

Meihy, (1996, p.13), fala que a pesquisa qualitativa, “pode ser considerada como um termo abrangente que se debruça sobre fatos sem registros por qualquer outro tipo de documento ou com documentação incompleta” (QUEIROZ, 1988).

Para Denis; Champagne (1997, p. 82) “...a análise de implantação visa, principalmente, identificar os procedimentos implicados na produção dos feitos 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 intervenção entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados” (DENIS; CHAMPAGNE, 1997, p. 55).

Denis; Champagne (1997, p. 67) relatam que 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 autores.

Avaliação da Implantação, segundo Contrandriolopoulos *et al* (1997, p. 44), 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 aparecer a influência do ambiente, do contexto, no qual a intervenção está implantada nos efeitos da intervenção”.

Os conceitos apresentados pelos autores buscam explicar os efeitos observados, esclarecer os passos realizados durante a implantação da intervenção e avaliar processos e normas para implantação da estratégia, como instrumento de um modelo político.

O universo da pesquisa é constituído por médicos e enfermeiros de 15 equipes do Programa Saúde da Família, pertencentes ao município de Russas, localizado no Estado do Ceará, onde todos os profissionais de saúde que atuam nas equipes do PSF foram capacitados na Estratégia da AIDPI, utilizando o protocolo padronizado como norteador da assistência à criança.

Para a seleção do município, foram enviadas planilhas via fax a 21 Células

Regionais de Saúde do Estado do Ceará, contendo informações necessárias para a realização da pesquisa, sendo o município escolhido o de Russas, localizado na 6ª Célula Regional de Saúde, a 160 km de Fortaleza, por atender os requisitos necessários à pesquisa (Tabela 1).

Os critérios de escolha das entrevistas foram: os profissionais terem sido capacitados na estratégia AIDPI e estarem trabalhando nas UBS de Russas (Anexo I); e , mães ou acompanhantes de crianças de 02 (dois) meses a 05 (cinco) anos de idade que tenham sido atendidos segundo o protocolo AIDPI (Anexo IV).

Os principais instrumentos de coleta de dados foram: questionários com perguntas fechadas e aberta, tendo como objetivo a identificação do perfil dos profissionais, condições da estrutura (Anexo II) para o desenvolvimento das ações, relatórios do sistema de informação do banco de dados do SIAB, roteiro de entrevistas (Anexo III) e o instrumento observação do manejo de casos de crianças de 02 (dois) meses a 05 (cinco) anos do Ministério da Saúde (Anexo IV).

Quanto ao trabalho de campo, destacamos entrevistas que foram realizadas em três períodos: 1ª semana de junho, 2ª semana de agosto e 1ª semana de novembro de 2004;

Foram feitos cronogramas de viagens, roteiros das unidades de PSF, com base no cronograma de atendimento das unidades de saúde;

Realização de visitas à Secretaria Municipal de Saúde, para apresentação e solicitação do desenvolvimento da pesquisa no município de Russas e solicitação de apoio para disponibilizar a base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica em Saúde – SIAB;

Visita a CERES de Russas, que disponibilizou técnicos, roteiros, transporte e realizou a transferência do banco de dados do SIAB (base municipal) para a CERES de Caucaia.

5.3 Processamento dos dados

Os dados foram processados, utilizando-se elementos quantitativos e qualitativos com a finalidade de responder aos objetivos especificados propostos na pesquisa.

Para avaliar o perfil dos profissionais utilizou-se do resultado (Anexo I) previamente elaborado pela pesquisadora, cujos dados foram consolidados. Para a avaliação da estrutura existente para desenvolver a estratégia AIDPI foram selecionadas as variáveis: medicamentos, vacinas, equipamentos e insumo básicos (Anexo II).

Assim como o Anexo III, entrevista com a mãe da criança e o de observação o manejo de casos (Anexo IV).

Para análise de implantação da estratégia, a abordagem foi qualitativa onde estabelece a relação entre as informações coletadas e o referencial teórico (Quadro I).

Para avaliar os indicadores de saúde utilizados pela estratégia, utiliza-se relatório do banco de dados do SIAB.

Tanto para avaliação do processo de implantação, quanto para a avaliação dos indicadores de saúde, foi utilizado os indicadores de processo normalizado pela própria estratégia utilizando-se a média aritmética dos percentuais obtidos para cada indicador conforme Anexo V.

5.4 Análise e discussão dos dados coletados

5.4.1 Processo da implantação

Segundo Contrandriopoulos *et al* (1997, p. 36), se faz necessário a utilização de critérios pré-estabelecidos para análise dos resultados da implantação da estratégia AIDPI. Nesse estudo a autora estabeleceu como critérios para a avaliação do processo de implantação a sistematização do atendimento, foram observados 5 manejos de casos de crianças de 2 meses a 5 anos (Anexo IV); utilização de medicamentos padronizados pela estratégia (Anexo II) e o relacionamento profissional versus mãe e/ou acompanhante. (Anexo III)

O grau de satisfação da mãe e/ou acompanhante foi utilizado como critério para a avaliação do atendimento do profissional. (Anexo 3)

Pela normatização de estratégia AIDPI, as Unidades Básicas de Saúde precisam ter no mínimo em sua estrutura (Anexo 2) na opinião da autora, geladeira, balança (pesar bebê e adulto), termômetro, vacinas para o primeiro ano de vida, medicamentos padronizados, cartões de vacina, prontuário familiar e protocolo da estratégia em quantidade e com qualidade suficiente para o funcionamento.

Foram realizadas 3 entrevistas com a mãe de crianças atendidas nas unidades de saúde, sendo 2 após o atendimento com o médico e uma com o enfermeiro.

As mães consideraram-se satisfeitas atribuindo o grau ótimo para o atendimento. (Tabela 4)

5.4.2 Análise da estrutura

Para avaliação da estrutura das Unidades de Saúde utilizou-se do Anexo II

verificação de insumos da unidade de saúde (Tabela 5), elaborando com base no instrumento normalizado pelo Ministério da Saúde, e foram consideradas as seguintes variáveis: medicamentos padronizados pela estratégia (Gráfico 27), vacinas da rede básica para o primeiro ano de vida, equipamentos e insumos básicos para o desenvolvimento da estratégia (Gráfico 25).

Considerando as condições de estrutura das Unidades Básicas de Saúde do nosso Estado, Russas não é diferente dos demais municípios, pois apresenta precárias condições de trabalho em relação ao espaço físico, mobiliários adequados e necessários ao conforto dos profissionais e clientela.

Para a variável “medicamentos” considerou-se a disponibilidade dos medicamentos essenciais padronizados na relação da estratégia AIDPI (Anexo II) ou seja: antibióticos orais e injetáveis, anti-térmicos, broncodilatadores, ferro, soro para reidratação oral e mebendazol, presentes em todas as Unidades de Saúde. Para a variável “equipamentos” foi considerada a presença de balança de adulto, balança pesa bebê, termômetro e geladeira em pelo menos 80% das unidades de saúde, apenas na Unidade de Saúde de Lagoa Grande, não existe geladeira para a guarda de vacinas, devido a oscilação de corrente. O elenco de vacinas para o primeiro ano de vida considerado BCG, Hepatite B, Tríplice Viral_e Anti-pólio, presente em todas as Unidades de Saúde, exceto no UBS de Lagoa Grande. Quanto a variável “insumos básicos” foi considerado o cartão da criança, prontuário familiar e o protocolo próprio de atendimento da AIDPI, este em falta em todas as unidades visitadas..

5.4.3. Análise do processo

Para avaliação do processo foi considerado o Anexo IV que trata da observação do manejo de casos de crianças de 2 meses a 5 anos do Ministério da Saúde e o Anexo III entrevista com a mãe ou acompanhante elaborado pela autora com base no instrumento do Ministério da Saúde.

Em apenas cinco Unidades de Saúde, foi observado o manejo de 5 casos de crianças de 2 meses a 5 anos, sendo que em uma das unidades foram observados os dois profissionais, médico e enfermeiro, em uma outra unidade apenas o profissional médico e nas outras três unidades o profissional enfermeiro.

Apenas um profissional enfermeiro utilizou o protocolo, os demais profissionais, não possuíam o protocolo, um dos médicos, possuía o protocolo mas não utilizou na hora do atendimento, por tanto não seguiram a risca o que é preconizado no protocolo. (Tabela 3)

As observações feitas pela autora, em relação ao manejo de casos pelos dois profissionais médios, foram que mesmo sem utilizar o protocolo o atendimento segue a lógica do mesmo, utilizando as perguntas chaves, seguindo a conduta em relação ao diagnóstico e tratamento, quanto as recomendações em relação a alimentação os profissionais não desenvolveram habilidades para tal.

O manejo dos 4 casos pelos enfermeiros também seguiu a lógica do protocolo, foram feitas as recomendações necessárias e apenas uma criança foi encaminhada ao profissional médico por apresentar outros problemas.

O ponto comum, entre os profissionais médicos e enfermeiros, foi o bom relacionamento com o cliente, com a mãe e/ou acompanhante.

Os critérios utilizados pela autora no estudo para a análise do manejo de casos foi a sistematização da lógica do protocolo no atendimento, prescrição de medicamentos padronizados e o relacionamento profissional, cliente e família.

O primeiro critério foi parcialmente atendido pela categoria médico, sendo os demais prontamente atendidos pelas duas categorias, o que torna a implantação da estratégia AIDPI viável e aceitável no ponto de vista da autora.

No entanto, recomenda-se que a categoria médica enfatize as recomendações sobre a alimentação junto a mãe e/ou acompanhante uma vez que a auto avaliação realizada junto aos mesmos foi identificado que este profissional tinha dificuldades nesta abordagem e que com a capacitação melhorou, o que não foi demonstrado na prática dos mesmos, conforme o Gráfico 15.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

Para realização do referido estudo, foi utilizado os dados referentes ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município de Russas-CE, no período de 2001 a 2004. as variáveis foram demonstradas na forma de porcentagens e consolidadas em gráficos, através de planilhas eletrônicas Excel – for Windows (2003)

As variáveis do estudo foram as seguintes:

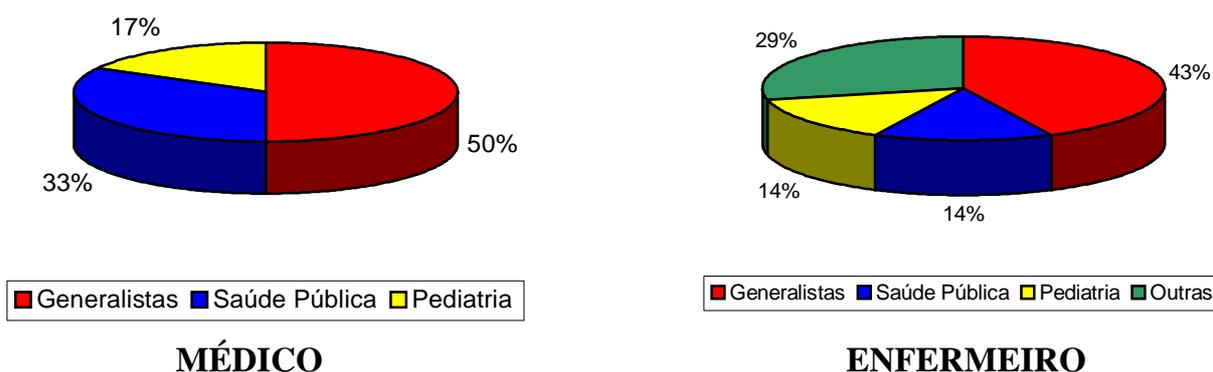
6.1 Perfil dos profissionais, atendimento e suas opiniões

Para atender os objetivos da pesquisa foi preciso conhecer o perfil dos profissionais que aliado a outras informações subsidiaram a análise da implantação da estratégia AIDPI. (Gráficos de 1 a 7)

As variáveis consideradas foram quanto ao tempo de capacitação na estratégia, a eficiência do protocolo e a facilidade na aplicação do mesmo, apresentados a seguir:

Gráfico 1- Tipo de especialização dos profissionais

Quanto ao nível de especialização dos profissionais ligados ao Programa Saúde da Família, 50% e 43%, respectivamente, não possuem especialização, entretanto 33% dos médicos e 14% dos enfermeiros possui em Saúde Pública, e 17% dos médicos, 14% enfermeiros possui em pediatria e 29% dos enfermeiros em outras especializações. O resultado dessa análise aponta para a necessidade de se investir na pós-graduação em áreas que aprimorem o conhecimento adquirido que tenha viabilidade e aplicabilidade (NPPP1, 2003).



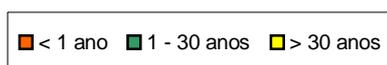
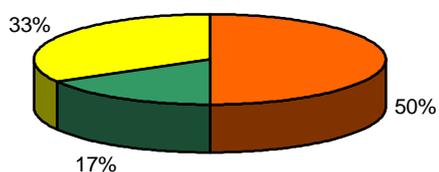
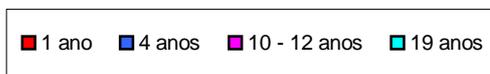
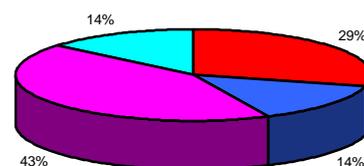
Fonte Consolidados dos questionários aplicados

Gráfico 2 - Tempo de graduação dos profissionais

Quanto ao tempo de graduação dos profissionais, chama atenção na categoria dos médicos, uma parcela com mais de 30 anos (33%), e outra com profissionais com menos de 1 ano (58%). Na categoria dos enfermeiros quase a metade (43%) de 10-12 anos e 29% são iniciantes, e 14% tem acima de 19 anos. Salienta-se que são profissionais em início de carreira e próximos à aposentadoria,

mas, que procuram inovações e aprimoramento do conhecimento relacionados ao serviço e ao atendimento que passam por um processo de conscientização sobre a ação e reflexão num processo emancipatório (Freire,1980).

MÉDICO



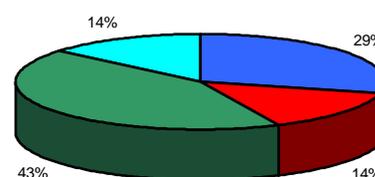
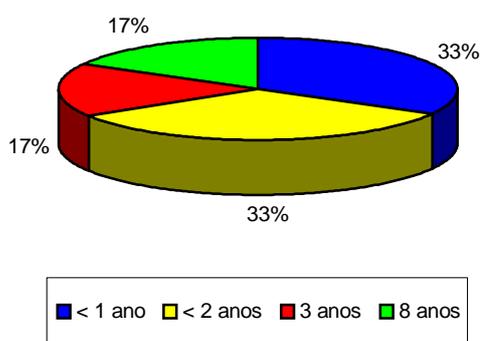
Fonte: Consolidados dos questionários aplicados

Gráfico 3 - Tempo de serviço dos profissionais

Em relação ao tempo de serviço dos profissionais do PSF no total de 33% e 43% respectivamente exercem seu trabalho a menos de 1 ano. Reportando-se ao gráfico 2, podemos afirmar que a maioria de médicos e 29% dos enfermeiros iniciaram suas atividades profissionais neste mesmo serviço.

No entanto, 17% dos médicos e 14% dos enfermeiros possuem entre 8 e 10 anos de serviços o que contribui na estabilidade, continuidade de ações, aproximação com a clientela, conhecimento do perfil epidemiológico para a intervenção através do planejamento.

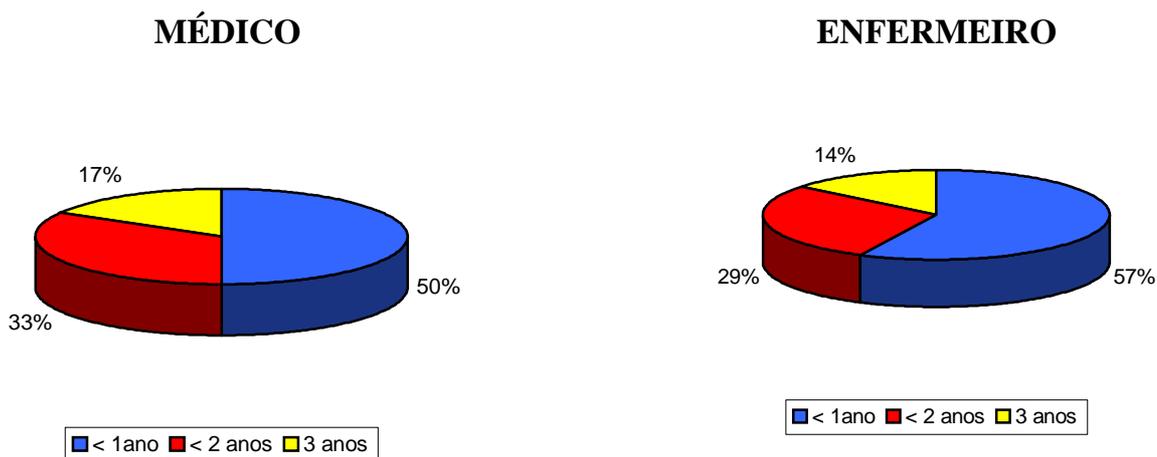
MÉDICO



Fonte: Consolidados dos questionários aplicados

Gráfico 4 – Tempo de capacitação da AIDPI

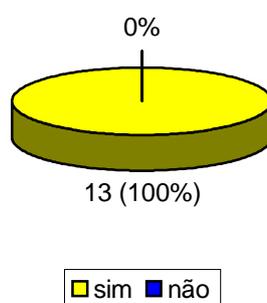
No que se refere ao tempo de capacitação dos médicos e enfermeiros na estratégia AIDPI, a maioria encontra-se capacitada há menos de 1 ano, e um pequeno percentual foi capacitado há 3 anos, período no qual iniciou-se a estratégia no município. Observamos que ocorreram alguns resultados positivos, como a redução da internação por causas evitáveis (Gráfico 25) redução da mortalidade infantil (Gráficos 19 e 20) redução da desnutrição (Gráfico 23) aumento do aleitamento materno (Gráfico 21).



Fonte Consolidados dos questionários aplicados

Gráfico 5 – Facilidade na aplicação do protocolo

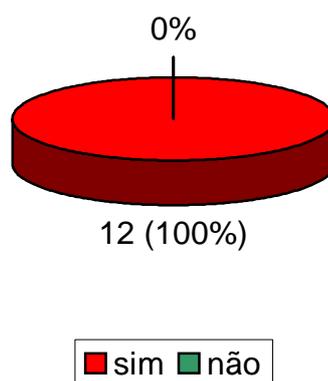
Em relação ao protocolo 100% dos profissionais concordaram que este é um instrumento de fácil aplicação, segundo os profissionais facilita o diagnóstico é prático em relação ao preenchimento e pode ser utilizado em qualquer serviço como sendo uma abordagem de tecnologia médica avançada, racional e objetiva, sendo a mais apropriada e eficiente para enfrentar o problema nos países em desenvolvimento ou aqueles que apresentem estágio de organização de assistência à saúde, semelhantes aos encontrados em nosso país (Programa Viva Criança, SESA, UFC, 1987).



Fonte: Consolidados dos questionários aplicados

Gráfico 6 - Opinião sobre a eficiência do protocolo

Com relação a eficiência do protocolo 100% dos profissionais admitem que é eficiente e, pela obtenção dos resultados da pesquisa em relação aos indicadores de saúde citados no Gráfico 4, concordamos com Figueiredo; Figueiredo (1986), quando diz: “ do esforço empregado na implantação de uma dada política e o resultado alcançado”.

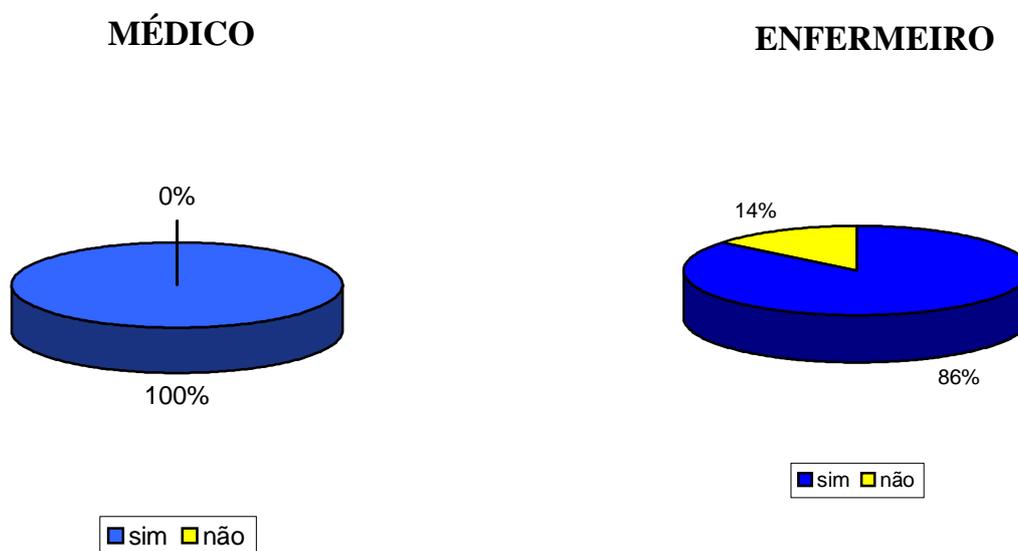


Fonte: Consolidados dos questionários aplicados

Gráfico 7 – Opinião sobre a contribuição da AIDPI na melhoria dos indicadores de saúde da criança

Em consonância com os resultados expostos abaixo, a grande maioria dos profissionais (100% dos médicos e 86% dos enfermeiros) relatou que a implantação do AIDPI no município de Russas melhorou os indicadores de saúde da criança, constatamos, assim, sua eficiência através do resultado da análise dos indicadores de

saúde contidas neste estudo.



Fonte: Consolidados dos questionários aplicados

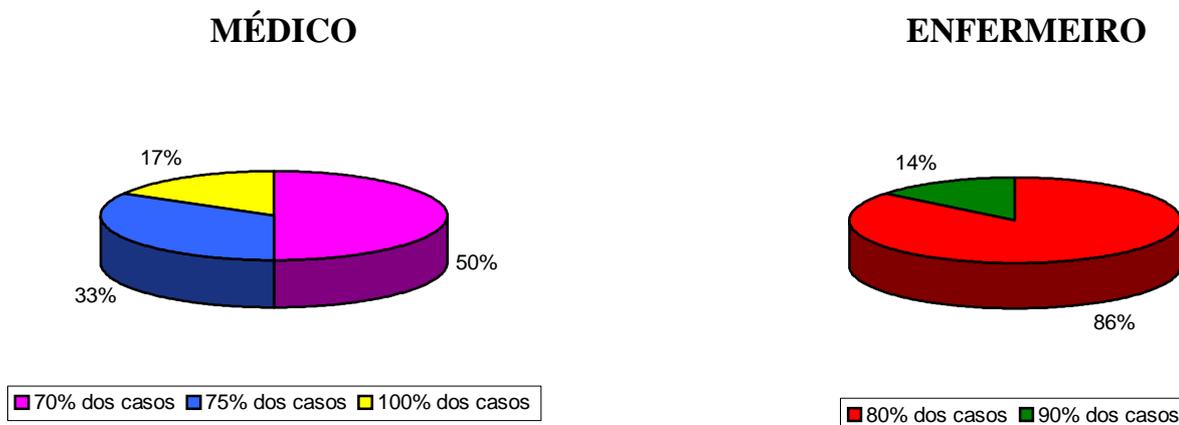
6.2 Atendimento, segundo os profissionais

Outro aspecto considerado necessário para a análise da implantação da AIDPI refere-se a informação dos profissionais quanto ao atendimento conforme apresentados nos Gráficos de 8 a 11 a seguir. As variáveis consideradas foram: causas mais comuns do atendimento, adequação do protocolo e redução das internações.

Gráfico 8 – Casos resolvidos com a utilização do protocolo AIDPI

Com a utilização do protocolo AIDPI segundo a informação dos profissionais que participaram do estudo de 70% a 100% dos casos podem e devem ser resolvidos na atenção primária de saúde, afirmação esta confirmada através do estudo

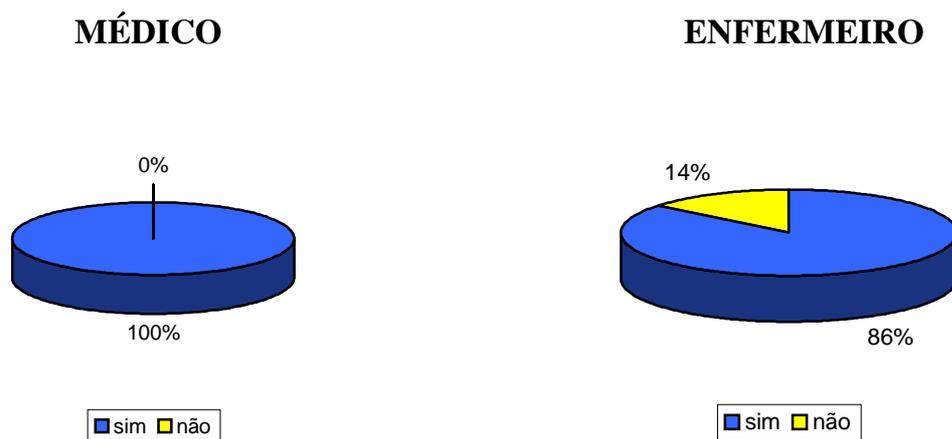
de Starfield (1992) que diz: “ 80% dos casos tem resolução a nível primário”.



Fonte: Consolidados dos questionários aplicados

Gráfico 9 – Redução da internação infantil por causas evitáveis

Quanto à internação infantil, o total de médicos e 86% dos enfermeiros foram unânimes no afirmar que ocorreu redução destes após a implantação do protocolo AIDPI o que demonstra o gráfico 25 deste estudo. É meta nacional a redução da internação infantil por causas evitáveis.



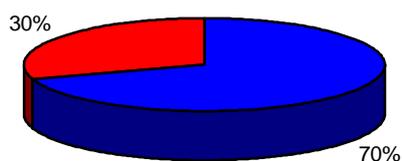
Fonte: Consolidados dos questionários aplicados

Gráfico 10 – Causas mais comuns de atendimento no PSF

Em relação às causas mais comuns de atendimento a criança nas unidades de PSF,

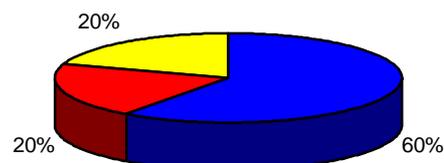
segundo os profissionais a febre e as infecções respiratórias é o que mais leva as crianças para o atendimento seguido. Conforme o relato dos enfermeiros a desnutrição é a terceira causa destes atendimentos, o que é confirmado através do banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. Vale a pena salientar que para a desnutrição existe uma política pública nacional denominada Bolsa Família que visa minimizar os efeitos da fome.

MÉDICO



■ febre ■ IRA

ENFERMEIRO

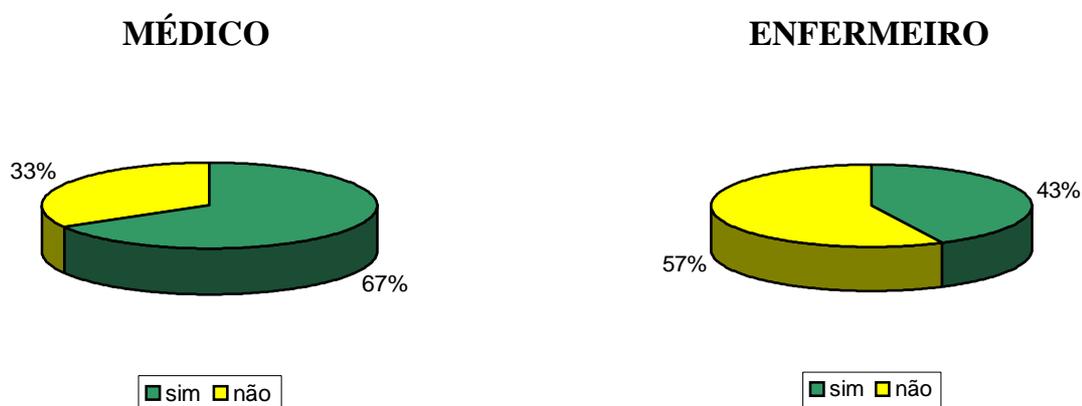


■ febre ■ IRA ■ Desnutrição

Fonte: Consolidados dos questionários aplicados

Gráfico 11 - Opinião dos profissionais sobre a recidiva

De acordo com 67% dos profissionais médicos, 43% dos enfermeiros quando questionados sobre recidivas afirmaram que estas ocorrem devido a cultura da população em não seguir as condutas médicas, aos hábitos de vida, a ausência de esclarecimento e baixa escolaridade.



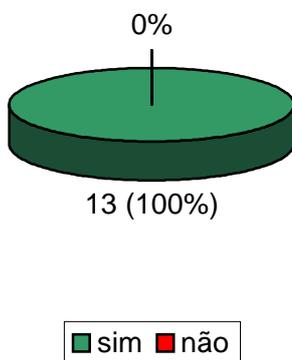
Fonte: Consolidados dos questionários aplicados

6.3 Opinião dos profissionais sobre a estratégia AIDPI

Quanto as variáveis a adequação do protocolo AIDPI, grau de conhecimento dos profissionais e opinião dos profissionais sobre a estratégia compôs as informações necessárias a análise. Em seguinte apresentamos os gráficos de 12 a 16.

Gráfico 12 – Adesão à capacitação AIDPI

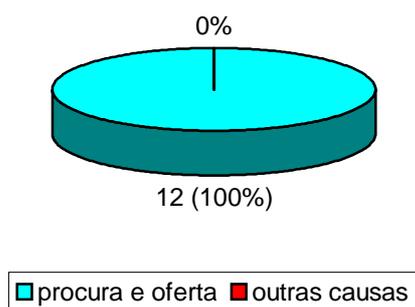
Quanto á adesão, 100% dos profissionais manifestaram interesse em participar da capacitação ofertada pelo município através dos multiplicadores da estratégia. Como vimos nos gráficos 1 e 2, existe a necessidade de pós-graduação e cursos de capacitação que possibilitem uma melhor qualidade no atendimento da rede básica, pois estes se fazem necessários e devem ser viabilizados através dos pólos de educação permanente e pelas universidades.



Fonte: Consolidados dos questionários aplicados

Gráfico 13 – Opinião sobre a adequação do protocolo AIDPI

Com referência ao questionamento do protocolo estar adequado a realidade do município, todos os profissionais validam o instrumento como ferramenta adequada e necessária.

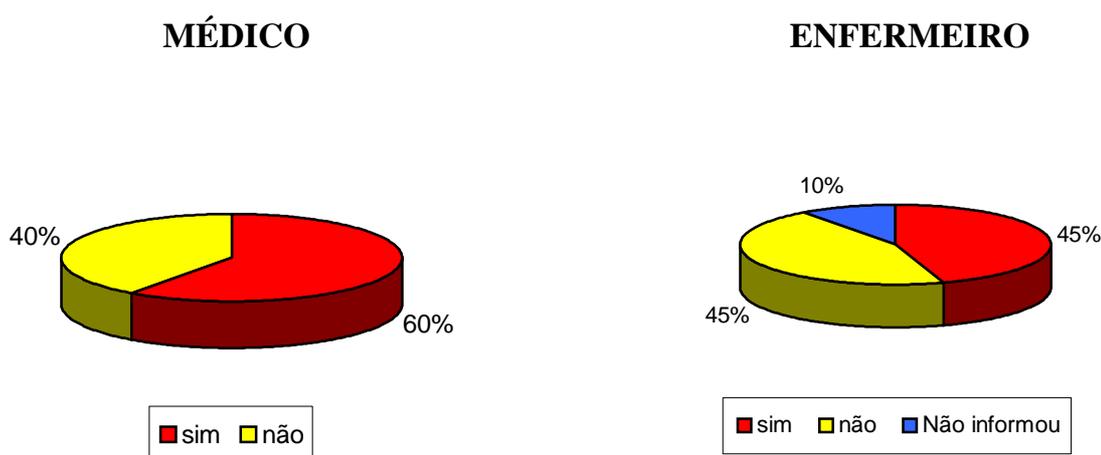


Fonte: Consolidados dos questionários aplicados

Gráfico 14 – Opinião sobre a sustentabilidade da AIDPI na redução da mortalidade infantil

No tocante a sustentabilidade da AIDPI na redução da mortalidade infantil, 60% dos médicos e 45% dos enfermeiros tiveram respostas convergentes na auto sustentação da AIDPI, enquanto 40% dos médicos e 45% dos enfermeiros concordam que é necessária outra política de apoio, levando a crê que não é só tratar a criança, mas inseri-la no contexto social, como condições de sobrevivência e 10% dos enfermeiros não responderam.

Os profissionais que durante a academia, obtiveram conhecimento em saúde pública, já trabalham em outros protocolos e tem mais facilidade no atendimento pela própria formação acadêmica, já com a utilização do protocolo AIDPI aprimoraram o manejo com a criança e o relacionamento com a família, quanto aos os profissionais com mais conhecimento na área curativa, a AIDPI amplia o conhecimento de saúde pública e aproxima o profissional da comunidade possibilitando o conhecimento do perfil epidemiológico da sua área adscrita.



Fonte: Consolidados dos questionários aplicados

Gráfico 15 – Conhecimento do médico antes e depois da capacitação

Antes e depois da capacitação, 100% dos médicos consideravam-se ótimos para atender diarreia e febre, antes ainda, consideravam-se regulares para desnutrição, aleitamento materno e problemas de ouvido; após a capacitação passaram a se considerar bons para esses atendimentos; quanto a IRA antes consideravam-se bons, e, após a capacitação passaram a se considerar ótimos. Pela auto-avaliação realizada por esses profissionais entendemos que se faz necessário que eles estejam constantemente se atualizando.

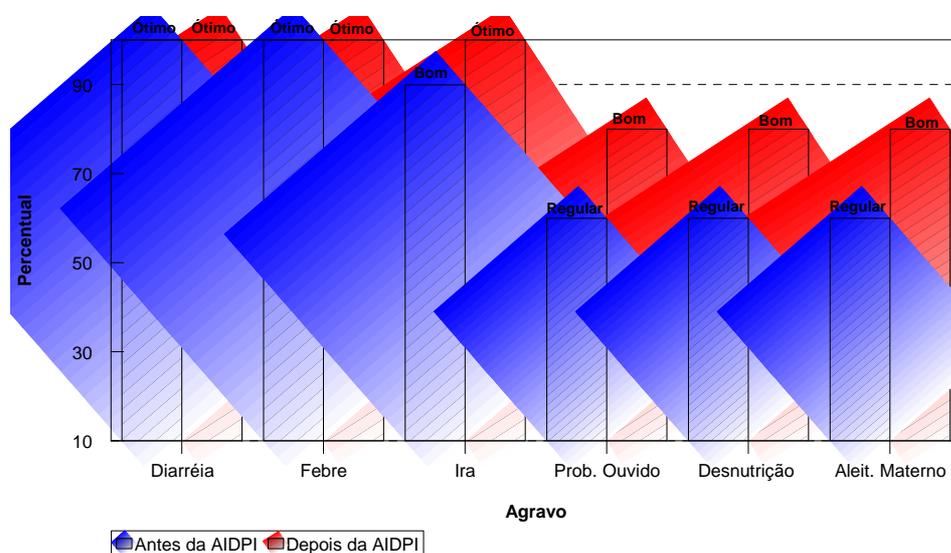
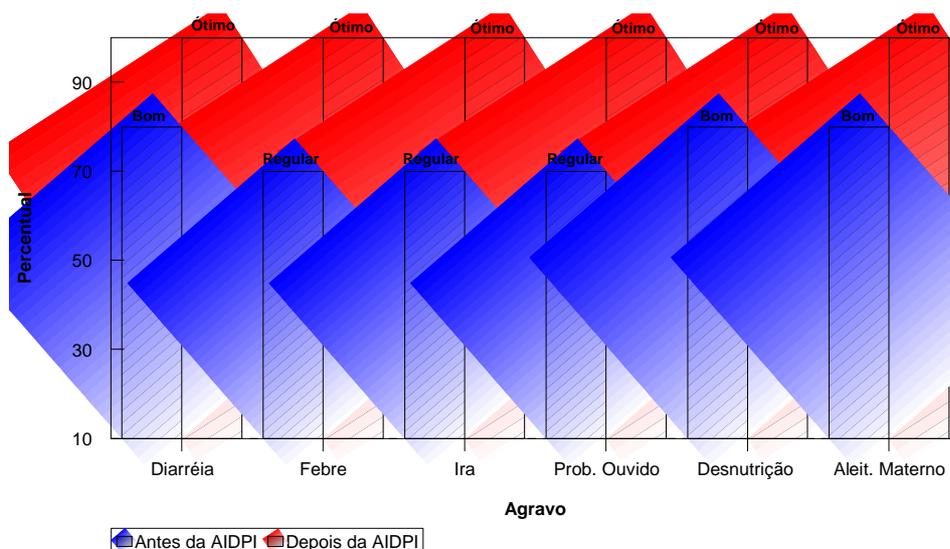


Gráfico 16 – Conhecimento do enfermeiro antes e depois da capacitação

Antes da capacitação, 100% dos enfermeiros consideravam-se bons para atender diarreia, desnutrição e aleitamento materno e, regulares para febre, IRA e problemas de ouvido; após a capacitação passaram a se considerar ótimos para o atendimento. Pela auto-avaliação realizada por esses profissionais, entendemos, que se faz necessário, que eles estejam constantemente se atualizando.



Em relação à última pergunta do questionário os profissionais emitiram o seguinte parecer: facilita o diagnóstico rápido; é prático em relação ao preenchimento; medicamento está disponível na rede; insuficiência dos pediatras leva outros profissionais a ultrapassar a competência dos outros; prático em relação ao preenchimento; medicamento disponível na rede, barateando o custo e garantindo a administração do mesmo pelo responsável pela criança; tempo previsto para o atendimento é insuficiente para aplicar o protocolo na íntegra devido à demanda; problema com o profissional médico em relação ao limite de competência de cada um; rotatividade do profissional médico, deixando de 2 a 4 meses a unidade de saúde sem o médico levar o enfermeiro a dar diagnóstico e realizar o tratamento, já que não existe atendimento ambulatorial dentro do hospital de referência secundária.

6.4 Desenvolvimento do Programa AIDPI

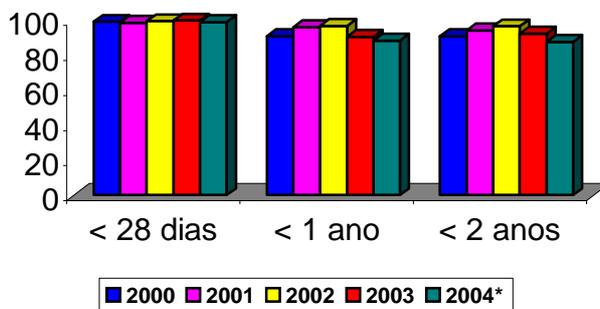
Gráfico 17 - Crianças pesadas segundo a faixa etária, no período de 2000 a 2004.

O Gráfico 17 demonstra que é uma prática pesar as crianças em qualquer uma das faixas etárias, que compareceram as unidades básicas de saúde, nos municípios do estado do Ceará, prática essa implantada desde 1987, com programa

“Viva a Criança. O peso associado a altura, são úteis e práticos em saúde pública, requerem material de baixo custo e técnica simples. O acompanhamento do peso é um instrumento de diagnóstico para estabelecimento de metas, avaliação e vigilância do estado nutricional das crianças.

das

Viva
SESA,



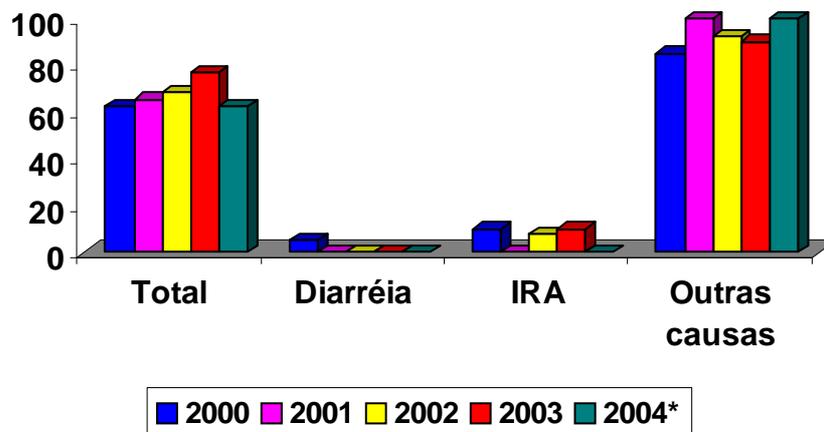
(Programa Criança, UFC, 1987).

Fonte: SIAB

Gráfico 18 – *Causa mortis* em crianças com menos de 28 dias de vida no período de 2000 a 2004

No gráfico observa-se a redução dos óbitos por diarreia nos anos de 2000 a 2004; por infecção respiratória aguda ocorreu redução do óbito nos anos de 2001 e 2004 do total de crianças com menos de 28 dias de nascidos. O percentual de óbitos por problemas de saúde da infância, priorizados pela estratégia AIDPI está em torno de 20%, sendo a infecção respiratória responsável quase que totalmente por esse percentual. Em relação aos óbitos por outras causas, atribuídas e as perinatais, que não são trabalhadas pela estratégia, e sua redução requer melhoria da qualidade do atendimento pré-natal, organização dos serviços da atenção secundária.

No município de Russas, a morbi-mortalidade por infecção respiratória aguda deve ser melhor investigado, para detectar se esse agravo está relacionado ao número de cerâmicas existentes.

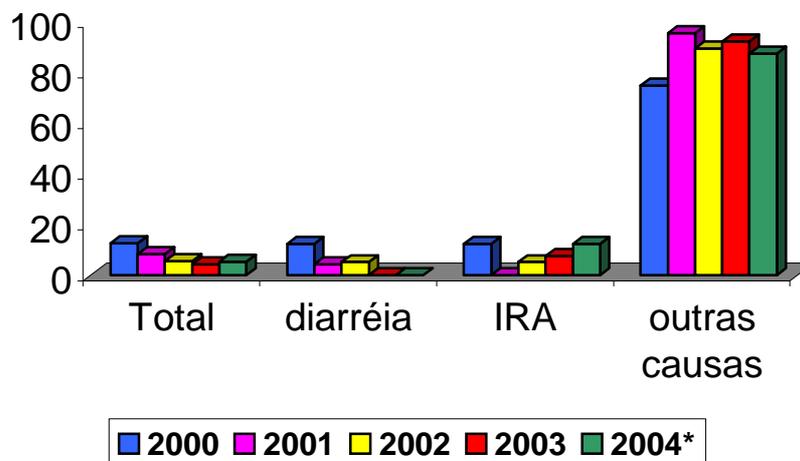


Fonte: SIAB

Gráfico 19 – Causa *mortis* em crianças com menos de 1 ano de vida, no período de 2000 a 2004

Conforme observado no gráfico 18, após a aplicação do protocolo o percentual de óbitos em crianças menores de 1 ano de idade vem diminuindo ao longo dos anos, na qual em 2000 aproximadamente 20% desse total morriam antes de completar 1 ano, o que diminuiu consideravelmente em 2004.

Ao se analisar as causas decorrentes dos óbitos, a diarréia veio também adquirindo uma importância decrescente, sendo que em 2004 praticamente não houveram óbitos devidos essa enfermidade. Os óbitos por IRA tiveram uma significância maior em relação à diarréia, na qual houve um aumento do número de óbitos a partir de 2003. Contudo, as reais causas dos óbitos apresentados no gráfico abaixo se devem a outros fatores, e os mesmos vêm oscilando ao longo dos anos, demonstrando que os óbitos por outras causas ainda continuam sendo mal informados.

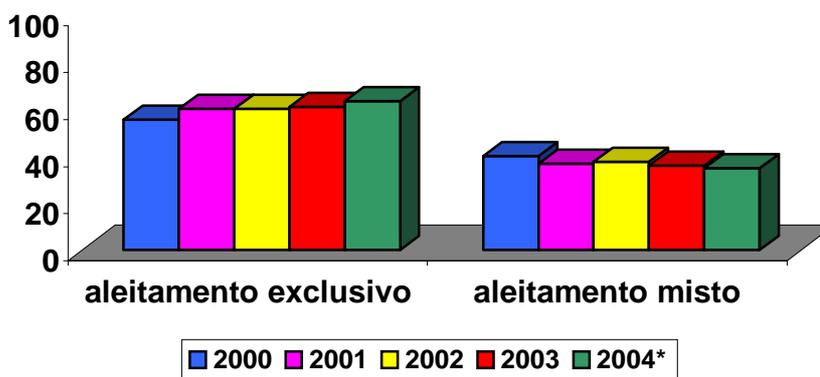


Fonte: SIAB

Gráfico 20 – Aleitamento de crianças de 0 a 4 meses de idade, no período de 2000 a 2004

Ao analisar o gráfico, comprova-se que o aleitamento exclusivo é a forma preferencial de alimentação, em crianças de 0 a 4 meses de idade, quando se compara com o aleitamento misto. Também pode-se dizer que à medida que o aleitamento exclusivo ganhava importância ao longo dos anos avaliados, o aleitamento misto decrescia.

Os resultados expostos abaixo comprovam uma maior conscientização por parte da mãe e família, no que tange às práticas alimentares de crianças com menos de 1 ano de vida, atividades preconizadas pela AIDPI. Com o maior percentual de crianças que alimentam-se apenas com leite materno, concomitantemente as mesmas irão mostrar índices de infecção e de morte bem menores, o que já foi comprovado no gráfico 19. Amamentar significa ter maior chance de sobreviver. O leite materno é sem dúvida a alimentação adequada ao recém – nascido e lactente preferentemente, de uso exclusivo até o 6º mês de vida.

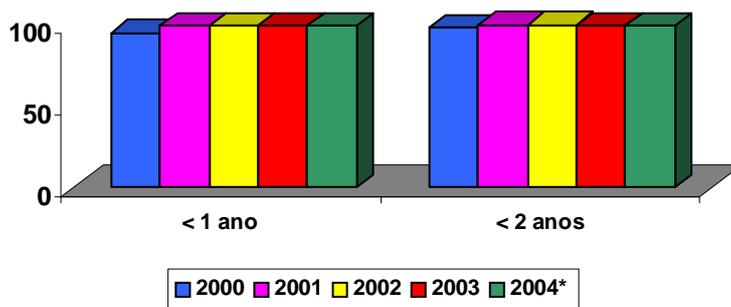


Fonte: SIAB

Gráfico 21 – Crianças vacinadas, segundo a faixa etária, no período de 2000 a 2004

Com base nos resultados do gráfico, ambas as faixas etárias (crianças com menos de 1 e 2 anos, respectivamente) mostraram índices acima de 95% de crianças vacinadas, antes e após o AIDPI, percentual esse preconizado pelo Ministério da Saúde.

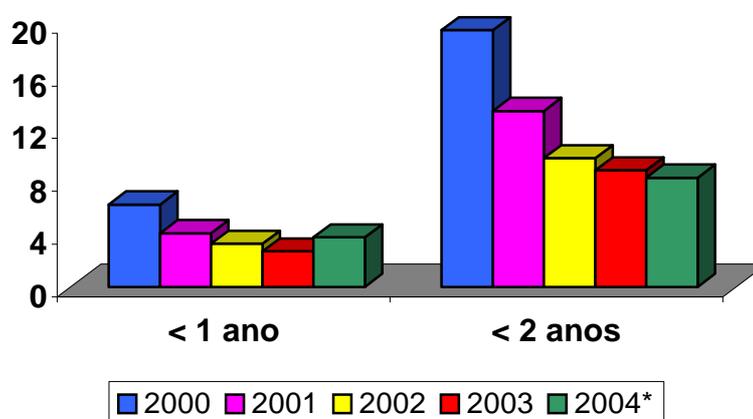
As vacinas constituem-se em um dos principais mecanismos de controle das doenças transmissíveis. São agentes de imunização ativa, utilizadas para proteção específica e duradoura contra determinadas doenças (BRASIL, 1984).



Fonte: SIAB

Gráfico 22 – Crianças desnutridas, segundo a faixa etária, no período de 2000 a 2004

Conforme, evidenciado no Gráfico 22, os índices de desnutrição em crianças com menos de 1 e 2 anos de idade vêm decrescendo ao longo dos anos avaliados, à exceção de 2004, na qual mostrou um aumento em crianças com menos de 1 ano de idade. No âmbito geral, os índices de desnutrição em crianças com menos de 2 anos de vida são bem maiores, quando comparado com a outra faixa etária. Isso pode ser devido ao fato de que crianças, com menos de 1 ano, são alimentadas quase que na sua totalidade com o leite materno, (gráfico 20) diminuindo os riscos de desnutrição, o que não se pode afirmar no outro grupo avaliado. Percebe-se também que, a partir de 2001, a margem de desnutrição entre as crianças das respectivas faixas etárias vem diminuindo. O risco nutricional relaciona-se diretamente com o aumento do tamanho da família e com a diminuição da renda familiar, comprovado por pesquisa CNRH/IPEA-UNICEF (1986). A desnutrição e a subnutrição, características do estado de pobreza da população comprometem não só o desenvolvimento físico e psíquico como também são apontadas com causas de mortalidade no primeiro ano de vida.

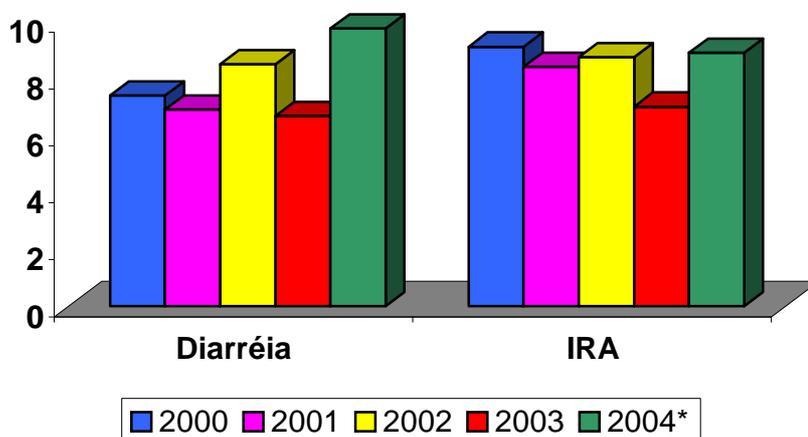


Fonte: SIAB

Gráfico 23 – Crianças com menos de 2 anos de idade que tiveram diarreia e IRA, no período de 2000 a 2004

Observa-se que em 2001 houve uma redução no percentual de crianças com menos de 2 anos de idade que foram acometidas com diarreia e IRA. Contudo, ao longo dos anos posteriores, ocorreram oscilações e não se constatou uma linearidade positiva ou negativa. A redução da incidência da doença diarreica tem sido uma das metas mais ambiciosas em saúde pública por apresentar-se entre as principais causas de morbidade e mortalidade infantil. Os fatores relacionados a esse agravo são inúmeros e complexos, necessitando de ações intersetoriais e decisão política.

As IRAS, compreendem um conjunto de doenças que vai de um simples resfriado as pneumonias, sendo esta a segunda causa de mortalidade infantil no Ceará (SESA, 1987).

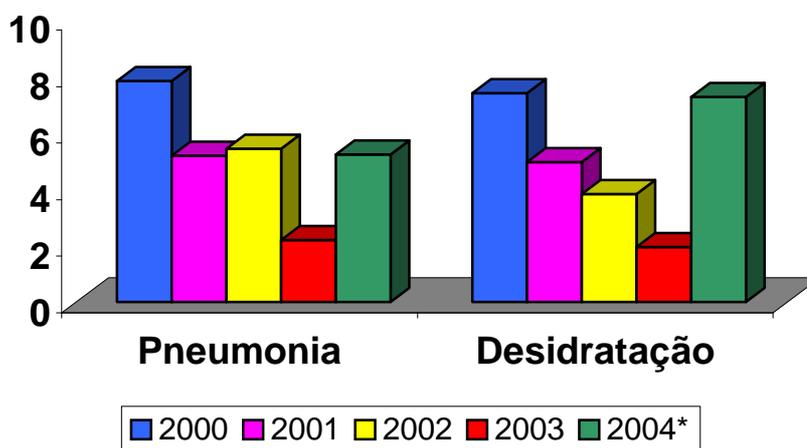


Fonte: SIAB

Gráfico 24 – Crianças com menos de 5 anos de idade, hospitalizadas por pneumonia ou desidratação, no período de 2000 a 2004

Conforme mostrado no Gráfico 10, os casos mais comuns de atendimento

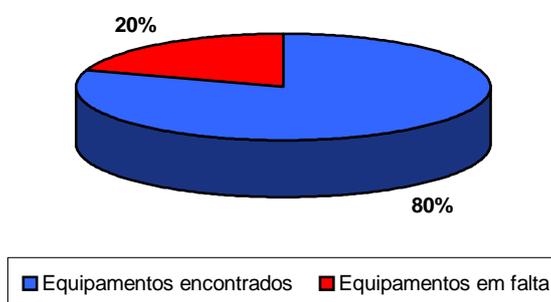
nos PSF's estão relacionados a IRA. No gráfico 8, na opinião dos profissionais de 70 % a 100% destes casos são resolvidos a nível ambulatorial. O gráfico abaixo demonstra que, aproximadamente, 8% das crianças, com menos de 5 anos de idade, eram hospitalizadas devido a quadros de pneumonia ou desidratação. Com a instalação do protocolo AIDPI, houve uma redução significativa quanto às hospitalizações por esses agravos, o que não foi constatado em 2004. Nesse caso, é necessário fazer um levantamento dos possíveis fatores decorrentes dessa situação, haja vista que os valores encontrados no último ano para essas doenças foram semelhantes aos analisados em 2000. O Gráfico 23 faz uma análise sucinta dos possíveis fatores determinantes dos referidos agravos.



Fonte: SIAB

Gráfico 25 – Equipamentos disponíveis para desenvolver a estratégia AIDPI nos PSF, no município de Russas

De acordo com o gráfico abaixo, evidenciamos que nas respectivas Unidades de saúde, havia a disponibilidade de 80% dos equipamentos necessários para desenvolver as atividades do AIDPI. O arsenal de equipamentos para o desenvolvimento da estratégia é de baixo custo e consta na relação de equipamentos necessários para implantação de equipes de PSF.



Fonte: Consolidados dos questionários aplicados

Gráfico 26 – Utilização do prontuário familiar e medicamentos padronizados para a estratégia AIDPI

Com base no gráfico abaixo, todas as Unidades de Saúde do Município de Russas utilizam a ficha 100 como prontuário familiar. Aliado a isso, a figura também mostra que há uma cobertura máxima no que diz respeito à incorporação dos medicamentos utilizados na estratégia AIDPI. O prontuário familiar compõe-se de diversas fichas padronizadas para o atendimento específico do agravo e de cada membro da família. O Anexo 1 deveria constar no prontuário familiar como forma de acompanhar a criança até os cinco anos de vida.

Os medicamentos padronizados pela AIDPI fazem parte da parte da Programação Pactuada e Integrada da Assistência Farmacêutica – PPI, cuja aquisição se dá através das três esferas de governo.



Fonte: Consolidados dos questionários aplicados

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos, a partir dos resultados encontrados, que os instrumentos utilizados para o estudo subsidiaram a avaliação do processo de implantação da estratégia AIDPI.

Verificamos que as variáveis selecionadas como critérios permitiram identificar a viabilidade de implantação da estratégia.

Destacamos, também, que as estruturas das Unidades de Saúde encontram-se adequadas para o desenvolvimento da estratégia.

Identificamos que o perfil dos profissionais em relação à capacitação encontra-se a contento, atendendo aos objetivos da AIDPI.

Constatamos que os indicadores de saúde da criança, impactaram em relação a mortalidade infantil e na redução da internação por causas evitáveis.

Ressaltamos a aceitação dos profissionais quanto à utilização do protocolo, a satisfação da mãe e/ou acompanhante em relação ao atendimento.

Salientamos a importância do estudo, por ter oportunizado a análise de implantação de programas, no contexto de políticas públicas e, concluímos por tanto, que este estudo pode contribuir para o processo de implantação da estratégia AIDPI.

- Recomendações

Incluimos algumas recomendações que possam contribuir com o processo de implantação da estratégia:

1. Disseminar o conhecimento e a capacitação da estratégia AIDPI, junto aos pólos de educação permanente, universidades, para os profissionais de saúde;
2. Promover uma maior integração do processo de implantação da estratégia AIDPI com o Programa Saúde da Família, na busca de uma melhor organização dos serviços;
3. Que possam ser criados outros protocolos necessários ao atendimento visando à melhoria da qualidade da assistência;
4. Que sejam revistas e definidas as competências e/ou limites do atendimento dos profissionais que utilizam o protocolo;
5. Que sejam disponibilizados impressos dos protocolos e que estes façam parte do prontuário familiar;
6. Criar um banco estadual de recursos humanos capacitados em todas as áreas, visando a otimização dos recursos, aproveitamento do profissional nos municípios;
7. Criar ou viabilizar políticas de fixação de recursos humanos, reduzindo a rotatividade dos profissionais;
8. Implantar o Prontuário Familiar (padronizado) em todas as unidades de saúde;
9. Dar condições de trabalho digno aos profissionais;
10. Recuperar e/ou construir Unidades Básica de Saúde;
11. Equipar todas unidades de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, F.M. Oliveira. **O Programa Saúde da Família no Ceará: uma análise de sua estrutura e funcionamento.** Fortaleza, 1998 220p.

BELLONI, I. Metodologia de Avaliação em Políticas Públicas: uma experiência em educação profissional/Isaura Belloni, Heitor de Magalhães, Luiza Costa de Sousa – 2.ed – São Paulo, Cortez, 200/ - **Coleção Questão da Nossa Época; V.75**) p. 54-57.

BENIGUI, Y.; LAND, S.; PAGANINI, J. M. & YUNES, J., (org.), 1997. **Ações de Saúde Materno-Infantil a Nível Local: Segundo as Metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância.** Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área de Saúde da Criança. **Manual de Acompanhamento e Avaliação da AIDPI: módulo 9.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Manual de Acompanhamento e Avaliação da AIDPI: Módulo 9.** Brasília: MS. 2000.

_____. **O Brasil e a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998. (mimeo).

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

_____. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 1985.

_____. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Roteiro de Avaliação dos Programas PAISM/PAISC PROSAD.** Brasília: Ministério da Saúde, 1994. (mimeo).

_____. **Assistência Integral à Saúde da Criança: ações básicas.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1984.

_____. Programa Saúde da Família; **Saúde dentro de casa.** Brasília, 1994.

_____. Congresso Nacional. **Constituição (1998).** Brasília, 1998. p. 292.

_____. **Norma Operacional Básica.** Brasília: MS. 1996.

_____. **Norma Operacional Básica – SUS – 01/1991.**

_____. **Norma Operacional Básica – SUS – 01/1992**

_____. **Norma Operacional Básica – SUS – 01/1993**

_____. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – 01/2001**

_____. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – 01/2002**

CAMPOS. E. F. *et al.* Planejamento e Gestão em Saúde/org. Belo Horizonte: Coopmed. 1998. p. 13 (**Cadernos de Saúde; 1**).

CARVALHO, G.; ROSEMBURG, C. P.; BURALLI, K. O. Avaliação de ações e serviços de saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, ano 24, n.1, p. 72-88, jan./fev. 2000.

COHEN, E. Avaliação de Projetos Sociais/Ernesto Conhen, Rolando Franco-Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J. L. ; BOYLE, P., **Saber Preparar uma Pesquisa.** Rio de Janeiro: ABRASCO/ São Paulo: Editora Hucitec. 1994.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L. PNEAULT, 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

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. **Promoção da Saúde. Município Saudável**, v.1, n.1, p. 35-6, 1999.

DENIS, J. L. ; CHAMPAGNE, F., 1997. Análise de implantação. In: **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas** (Z. M. A. Hartz, org.), pp. 49-88, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO.

DONABEDIAN, A., 1990. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, 114:1115-1118. [[Medline](#)]

DINIZ, R.L.P., *et al.* **Boletim Informativo: diarreia aguda**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. 1987

_____. **Boletim Informativo: recuperação nutricional**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. 1987

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Rev Bras Saúde Materno Infantil, v. 4, n.3, p.317-321, jul./set. 2004.

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**, 14:24-31. [[Lilacs](#)] 2000.

FIGUEIREDO, M ; Figueiredo. **Avaliação Política e Avaliação de Políticas: um quadro de referência técnica. Análise e Conjuntura**, 1(3), Belo Horizonte, Fundação João Pinheiro. 1986.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação, uma introdução no pensamento de Paulo Freire**. São Paulo, Moraes, 1980.p. 26 e 27.

GOYA, N. **O SUS funciona em municípios do Ceará**, 1996. 170p

HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO. 1997

LUZ, M. T. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80**. *PHYSIS*. V. 1. n. 1, p. 202, 1991.

LEITE, A.J.M ; JESUS, J.A.L. **Boletim Informativo: Infecções Respiratórias Agudas**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. 1987.

Machado, M. M. T. **Avaliação das atividades dos enfermeiros da Saúde da Família, na atenção a saúde da criança de zero a dois anos em três municípios do Ceará.** Fortaleza-CE/ Márcia Maria Tavares Machado. – Fortaleza, 2005. 121 f.; il.

MELO G. C. Saúde e Assistência Médica no Brasil. São Paulo: Cebes-Hucitec\Coleção Saúde em Debate, p. 54, 1997.

MENDES. E. V. **As Políticas de Saúde no Brasil nos anos 80:** a construção da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITE/ABRASCO, 1995.p. 19-91.

_____. **A Organização da Saúde no Nível Local.** São Paulo, 1998. p. 38-39.

OJEDA, N. S. Evaluation of maternal and child health services in Latin America. **World Health Forum**, 13:139-142. [[Medline](#)], 1992.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Divisão de Prevenção e Controle de Doenças - **AIDPI – seguimento após capacitação: manual do participante: versão preliminar.** Washington, DC: OMS, 1998.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde)/OMS (Organização Mundial da Saúde). **Condições de Eficiência dos Serviços de Atenção Materno-Infantil.** Brasília: OPAS. 1987.

_____. UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. AIDPC:

OPS - Organización 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 evaluación y planificación del proyecto USAID/LAC-OPS-BASICS.** Quito: OPS. 1998.

_____. 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-OPS-BASICS.** Quito, 1998. (OPAS. Série HCT/AIEPI-12).

RDHDE, J., CHATTER, J.V., MORLEY, D. Reaching helth for all. **New Delhi: xford University, 1993, p 24-50.**

RIBEIRO, C. A.; SILVA, C. V.; SAPARELLI, E. C. L. **Consulta de enfermagem à criança num projeto de**

integração docente-assistencial: experiência de implantação. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 79-85, 2002.

ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. de. Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. Rev Latino-Am. Enfermagem, v. 10, n. 5, p. 709-714, set./out. 2002

SAS - Secretaria de Assistência à Saúde. **Roteiro de Avaliação dos Programas PAISM/PAISC PROSAD.** Brasília: Ministério da Saúde. 1994 (mimeo).

SESA - Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Programação Pactuada Integrada,** 2000.

_____. **Saúde da Família: um novo modelo de atenção.** Fortaleza, 1998. não paginado.

SILVA, L.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.

SILVA, A.C. **Viva Criança: Os Caminhos da Sobrevivência Infantil no Ceará.** Fortaleza: Edições Fundação Demócrito Rocha. 1999.

SHRIMPSON, R., **Ecologia da Desnutrição na Infância: Análise da Evidência das relações entre variáveis sócio-econômica e estado nutricional.** V.3, p.82. Brasília: Projeto de Cooperação Técnica Internacional, CMRH/IPEA E UNICEF. 1986.

SMSSP – Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. 1992.

STARFIELD, B. **Primary Care: concept, evolution and poliay.** New York. 1992.

SANTANA, R.B. **Boletim Informativo: orientações para desmame.** Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. 1987.

SULBIRATS, J. **“Evolucion de Políticas de Intervencion Social. Tem enfoque pluralista”** In: Intercambio Social y desarrollo Del bienestar. Compilador Luis Moreno, Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Cientificar, 1993. p. 389.

_____. **“Avaliação dos Programas Sociais: uma perspectiva crítica dos modelos**

usuais”. In: KLIKSBURG, Bernardo (org). *poluga – uma questão inadiável*. Brasília, europ., 1994.p. 389.

TRAD, L. A.B.; BASTOS, A. C. de S.; SANTANA, E. M.
Estudo etnográfico da satisfação do usuário do
Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia.
Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.
581-589, 2002.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. de S. O impacto
sócio-cultural do Programa de Saúde da Família
(PSF): uma proposta de avaliação. Cad. Saude
Pública, v. 14, n. 2, p. 429-435, abr./jun. 1998.

VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P.; BARROS, F. C.;
SILVA, A. C.; TOMASI, E. Explaining trends in
inequities: evidence from Brazilian child health
studies. Lancet, v. 356, n. 9235, p. 1093-1098, Sept.
2000.

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

WHO (World Health Organization). **Integrated management of childhood illness: Global status of implementation. News on Health Care in Developing Countries**, 11:4-9. 1997.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário aplicado aos profissionais de saúde capacitados na AIDPI das Unidades de Saúde de Russas

1. Especialidade 1 () Pediatria 2 () Cl. Geral 3 () Saúde Pública 4 () Outros.
 2. Tempo de Graduação.
 3. Tempo que trabalha no município.
 4. Tempo de Capacitação no AIDPI < 1ª () < 2ª () 2ª () + 3ª ().
 5. O protocolo AIDPI facilita o atendimento à
 6. O protocolo aplicado corretamente dentro do que se propõe é eficiente? 1 () Sim 2 () Não.
 7. Você acha que a AIDPI contribui na melhoria dos indicadores de saúde 1 () Sim 2 () Não.
 8. Quanto % dos casos são resolvidos usando o protocolo?
1 () < 50% 2 () 50% 3 () 60% 4 () 70% 5 () 80% 6 () 90% 7 () 100%.
 9. Você acha que reduziu a internação infantil por causas relacionadas a AIDPI após a capacitação.
1 () Sim 2 () Não.
 10. Qual a causa mais comum do atendimento?
() diarreia
() febre
() Problema de ouvido
() desnutrição ou anemia
() IRA () Outros
 11. Ocorre recidiva? 1 () Sim 2 () Não
 12. Como se deu a adesão a capacitação
 13. Você acha que o protocolo está adequado para o município.
1 () Sim 2 () Não
 14. Qual o seu conhecimento antes e após a capacitação em relação a:
Diarreia () Ótimo () Bom () Regular
Febre () Ótimo () Bom () Regular
Problema de ouvido () Ótimo () Bom () Regular
Desnutrição () Ótimo () Bom () Regular
Ira () Ótimo () Bom () Regular
- OBS: Codificar com as letras (A) e (D)
15. Emita seu parecer em relação à estratégia AIDPI:

ANEXO II

Verificação dos insumos da Unidade de Saúde

Nome da Unidade de Saúde:

1. A Unidade de Saúde dispõe de balança pesa-bebê? 1 () Sim 2 () Não
2. A Unidade de Saúde dispõe de balança adulto? 1 () Sim 2 () Não
3. A Unidade de Saúde dispõe de geladeira? 1 () Sim 2 () Não
4. A Unidade de Saúde dispõe de termômetro? 1 () Sim 2 () Não
5. A Unidade de Saúde dispõe de prontuário familiar? 1 () Sim 2 () Não
6. O prontuário familiar é utilizado? 1 () Sim 2 () Não
7. A Unidade de Saúde dispõe de cartão de vacinas? 1 () Sim 2 () Não
8. A Unidade de Saúde dispõe do formulário de observação de manejo de casos para crianças de 0-2 meses e de 2 meses a 5 anos. 1 () Sim 2 () Não
9. A Unidade de Saúde dispões dos medicamentos padronizados pela norma AIDPI? 1 () Sim 2 () Não

Cheque liste do Anexo II

MEDICAMENTOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trimetoprim + Sulfametoxazol comp. adult. ou suspensão. 2. Amoxicilina comp. de 250 mg ou suspensão. <ol style="list-style-type: none"> 1. Eritromicina suspensão. 2. Ácido nalidixico comp. de 250 mg ou suspensão.
--------------	--

	<p>3. Furazolidona cápsula 100mg.</p> <p>4. Gentamicina ampola de 20 mg, 10 mg.</p> <p>5. Paracetamol comp. de 500 mg ou gotas.</p> <p>6. Dipirona comp. de 500 mg ou gotas.</p> <p>7. Vitamina A solução oral ou drágea de 50. 000 UI</p> <p>8. Sulfato ferroso gotas.</p> <p>9. Mebendazol comp. de 100 mg ou suspensão.</p> <p>10. Salbutamol ou Fenoterol 5 mg/ml (nebulização).</p> <p>11. Sabultamol comp. de 2 mg, 4 mg ou xarope.</p> <p>12. Clorafenicol frasco de 1g.</p> <p>13. Penicilina G procaína frasco de 400 000 UI.</p> <p>14. SRO</p> <p>15. SF 0,9%</p> <p>16. SG 5%</p> <p>17. Permanganato 100 mg sol. ou comp. / violeta genciana 1%.</p> <p>18. Antimalárico oral / injetável.</p>
VACINAS	<p>19. BCG</p> <p>20. HEP B</p> <p>21. Triplíce Viral</p> <p>22. VPO</p>

ANEXO III

Entrevista com a mãe ou acompanhante

NOME DA UNIDADE:

MUNICÍPIO:

AVALIADOR:

1. É a primeira vez que você traz a criança a unidade de saúde?
1 () Sim 2 () Não.
2. Quantas vezes você já trouxe a criança com o mesmo problema de saúde?
() 2 vezes () 3 vezes () 4 vezes () mais de 4 vezes.
3. O profissional de saúde explicou sobre o problema de saúde da criança?
1 () Sim 2 () Não.
4. O profissional de saúde passou algum medicamento? 1 () Sim 2 () Não.
5. Você recebeu o medicamento? 1 () Sim 2 () Não.
6. Você sabe dar o medicamento? 1 () Sim 2 () Não.
7. O profissional de saúde ensinou a dar o medicamento? 1 () Sim 2 () Não.
8. Recebeu outra orientação? 1 () Sim 2 () Não.
9. O profissional de saúde disse quando retornar? 1 () Sim 2 () Não.
10. O que você acha do atendimento? () regular () bom () ótimo
11. A criança já esteve internada? 1 () Sim 2 () Não.
12. Quando?

Obs: Nome da criança, caso já tenha sido atendida mais de uma vez com o mesmo problema de saúde (para consultar prontuário familiar / prontuário hospitalar)

ANEXO IV

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	Criança 1:
03 – Idade da criança (meses) *						
04 – Peso da criança (Kg)						
05 – Sinais de perigo						
Tosse	06 - Pneumonia grave ou doença muito grave					
	07 Pneumonia					
Diarréia	08 Não é pneumonia					
	09 Desidratação grave					
	10 Desidratação					
Febre	11 Sem desidratação					
	12 Diarréia persistente grave					Criança 2:
	13 Diarréia persistente					
	14 Disenteria					
Ouvindo	15 Doença febril muito grave					
	16 Doença febril					
	17 Malária Grave ou Doença Febril Muito Grave					
	18 Malária					
Desnutrição	19 Provável Malária					
	20 Malária Pouco provável					
	21 Mastoidite					
	22 Infecção aguda do ouvido					
Anemia	23 Infecção crônica do ouvido					
	24 Não há infecção do ouvido					
	25 Desnutrição grave					
	26 Peso muito baixo *					
Referência	27 Peso baixo ou ganho insuficiente *					
	28 Peso não é baixo					Criança 3:
Vacinas	29 Anemia grave					
	30 Anemia *					
Recomendou* Sobre Alimentação	31 Referiu urgentemente					
	32 Referiu para investigação					
Tratou	33 Verificou vacinas					
	34 Encaminhou para atualização das vacinas					
	35 Perguntas sobre a alimentação					
	36 Identificou os problemas de alimentação					
Retorno	37 Recomendou sobre problemas de alimentação					
	38 - Verificou a compreensão					
	39 Preencheu corretamente o cartão da criança					
	40 Tratou corretamente					Criança 4:
Retorno	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						

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:

ANEXO V

Indicadores de processo

INDICADOR	CÁLCULO (VARIÁVEIS)
% de profissionais com especialização no PSF do município de Russas	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de Profissionais Especialistas} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total de profissionais}}$
% tempo de formatura dos profissionais médicos em Russas	$\frac{\text{n}^\circ \text{ prof. com tempo de formatura específico} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ total de profissionais}}$
% tempo de permanência dos profissionais em Russas	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de prof. com tempo de serviço na UBS} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ prof. total}}$
% tempo da capacitação do AIDPI dos profissionais do PSF do município de Russas	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de prof. com tempo de capacitação do AIDPI} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ de Prof. Total da UBS}}$
% do grau de facilidade na aplicação do protocolo AIDPI p/profissionais das equipes de PSF no município de Russas	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de prof. que aplicam o protocolo} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total de profissionais}}$
% de contribuição p/ melhoria dos indicadores de saúde da criança segundo profissionais do PSF de Russas	$\frac{\text{n}^\circ \text{ prof. que aplicam com eficiência o protocolo} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total de profissionais}}$
% de casos resolvidos com a utilização do protocolo AIDPI segundo os profissionais.	$\frac{\text{n}^\circ \text{ Prof. que contr. para AIDPI na melhoria dos indicadores}}{\text{N}^\circ \text{ de Prof. que não contribuem}}$
% de redução da internação infantil p/causas relacionadas a AIDPI segundo os profissionais do PSF de Russas	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de casos resolvidos com o protocolo AIDPI} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de casos Total}}$
% de rescindiva segundo profissionais do PSF de Russas	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de Crianças com Rescindiva} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ de crianças atendidas}}$
% de implantação do AIDPI em todos os PSF do Ceará segundo os profissionais médicos e enfermeiros do PSF de Russas	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de prof. Favoráveis á implantação do AIDPI} \times 100}{\text{n}^\circ \text{ total de profissionais}}$

% de profissionais que responderam sobre a sustentabilidade das políticas públicas existentes em relação ao AIDPI	nº de prof. que aderiram a capacitação AIDPI x 100 nº total de profissionais
Demonstrativo do % da auto avaliação do atendimento dos profissionais, antes e depois da capacitação do AIDPI	% Prof. com grau de conhecimento do atend AIDPI x 100 nº total de profissionais
Demonstrativo do percentual de crianças que foram pesadas, segundo a faixa etária, no período de 2000 a 2004.	nº de crianças que foram pesadas em uma determinada idade x 100 nº total de crianças em uma determinada idade
Demonstrativo do percentual de óbitos em crianças com menos de 28 dias de vida, bem como a causa mortis do referido óbito, no período de 2000 a 2004.	nº de óbito em crianças com menos de 28 dias x 100 nº de óbitos em crianças com até 1 ano
Demonstrativo do tipo de aleitamento realizado em crianças de 0 a 4 meses de idade, no período de 2000 a 2004	nº de crianças que submeteram-se a determinado tipo de aleitamento x 100 nº total de crianças com aleitamento
Demonstrativo do percentual de crianças desnutridas, segundo a faixa etária, no período de 2000 a 2004.	nº de crianças desnutridas x 100 nº de crianças (desta faixa etária)
Demonstrativo do percentual de crianças com menos de 2 anos de idade que tiveram diarreia e IRA, no período de 2000 a 2004.	nº de crianças com diarreia e IRA com menos de 2 anos x 100 Total de crianças com menos de 2 anos
Demonstrativo do percentual de crianças com menos de 5 anos de idade hospitalizadas por pneumonia ou desidratação, no período de 2000 a 2004.	nº de crianças hosp.com menos de 5 anos x 100 Total de crianças com menos de 5 anos

TABELAS E QUADROS

**TABELA I – Células Regionais de Saúde do Estado do Ceará do PSF e AIDPI
implantados, 2001**

Localidades	Distância (KM) a Sede do Município		População Total	População 0-4 anos	Nº de Famílias Cadastradas (SIAB)
Flores	21 Km		4.852	372	1.398
São João de Deus	9 KM		2.818	360	760
Jardim de São José	7 KM		3.865	295	1.034
Bonhú	36 KM		2.828	198	836
Lagoa Grande	51 KM		2.876	231	784
Boa Vista	Zona Urbana		3.277	212	917
Catumbela	Zona Urbana		3.628	299	1.043
Várzea Alegre	Zona Urbana		2.856	258	793
Retiro	Zona Urbana		2.699	222	762
Mutirão	Zona Urbana		2.903	318	753
D. Lino	Zona Urbana		2.181	123	1.640
Vila Gonçalves	Zona Urbana		5.115	324	1.427
Planalto	Zona Urbana		2.303	186	652
Pitombeira	Zona Urbana		3.888	360	1.086
Bento Pereira	Zona Urbana		3.017	277	882

TABELA II – Caracterização dos PSFs do município de Russas-CE

CERES	MUNICÍPIOS	EQUIPES		MUNIC/AIDPI	Nº DE EQUIPES C/AIDPI
		CADASTRADAS	FUNCIONANDO		
21 (100%)	184 (100%)	1.592	1.592 (100%)	43 (23,36%)	103 (6346%)

TABELA III – Manejo de casos de crianças de 2 meses a 5 anos pelos profissionais médicos e enfermeiros, Russas-CE, 2004

USB-PSF	PROFISSIONAL		* SISTEMATIZAÇÃO DA LÓGICA DO PROTOCOLO	PRECISÃO DE MEDIC. PADRONIZAOS	BOM RELACIONAMENTO
	MÉD	ENF			
Bonhú		X	X	X	X
V. Alegre	X	X	X	X	X
D. Lino	X		X	X	X
Jardim S. José		X	X	X	X
Pitombeira		X	X	X	X

* Ausência do formulário AIDPI.

TABELA IV – Grau de satisfação da entrevista realizada com a mãe ou acompanhante de crianças atendidas. Russas-CE, 2004

USB-PSF	GRAU DE SATISFAÇÃO			PROFISSIONAL	
	ÓTIMO	BOM	RUIM	MÉDICO	ENFERMEIRO
Bonhú	X				X

V. Alegre	X	X
D. Lino	X	X

TABELA V – Variáveis analisadas na estrutura. Russas-CE, 2004

ESPECIFICAÇÃO	EQUIPAMENTOS	INSUMOS	MEDICAMENTOS
Balança Adulto	15		
Balança Pesa Bebê	15		
Geladeira	14		
Prontuário Familiar		Ficha 100	
Cartões de Vacina		Sim	
Formulários AIDPI		Não	
Vacinas		Sim	
Medicamentos Padronizados			Sim

Obs: 15 Unidades Básicas Visitadas.

QUADRO I – Correlação entre o referencial teórico e instrumentos de coleta utilizados

REFERENCIAL TEÓRICO	INSTRUMENTOS
Avaliações Normativas (DENIS E CHAMPAGNE, 1997)	ANEXO Nº 2

Avaliação Normativa
(CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997) ANEXOS Nº 3,4

Avaliação Normativa
(CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997) ANEXO Nº 1

Pesquisa Avaliativa
(CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997)
(DENIS E CHAMPAGNE, 1997) ANEXO Nº 5

QUADRO II – Distribuição das Unidades de Saúde (PSF) do município de Russas

Município de Russas	Unidades de Saúde	Rural / Urbana
Localidades		
Flores	PSF de Flores	Distrito
São João de Deus	PSF de São João de Deus	Distrito
Jardim de São José	PSF do Jardim de São José	Distrito
Bonhú	PSF de Bonhú	Distrito
Lagoa Grande	PSF de Lagoa Grande	Distrito
Boa Vista	PSF de Boa Vista	Sede
Contubela	PSF de Contubela	Periferia
Várzea Alegre	PSF de Várzea Alegre	Periferia

Retiro	PSF do Retiro	Sede
Mutirão	PSF do Mutirão	Periferia
D. Lino	PSF D. Lino	Sede
Vila Gonçalves	PSF Vila Gonçalves	Sede
Planalto	PSF do Planalto	Periferia
Pitombeira	PSF da Pitombeira	Sede
Bento Pereira	PSF Bento Pereira	Sede

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)