

Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro

Implementation analysis of the primary health care actions in the Family Health Program at a municipality of a Metropolitan Region in the Northeast of Brazil

Maria das Graças Santos Cavalcante ¹

Isabella Samico ²

Paulo Germano de Frias ³

Suely Arruda Vidal ⁴

¹ Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Superintendência de Planejamento. Gerência de Acompanhamento da Gestão Municipal. Praça Oswaldo Cruz, s. n. Recife, PE, Brasil.

CEP: 50.050-210 E-mail: mgsc@hotmail.com.br

²⁻⁴ Grupo de Estudos de Avaliação em Saúde. Diretoria de Pesquisa. Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Rua dos Coelhos, 300. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.070-550

Abstract

Objectives: to assess the implementation of strategic areas of Family Health Care Teams for basic care in Camaragibe, state of Pernambuco, Brazil.

Methods: evaluative research study, implementation analysis through a single case study at one level of analysis. The degree of implementation was assessed as well as its influence in the final results.

Results: level of implementation considered completed for woman healthcare, hypertension control, diabetes, and tuberculosis and Hanseniasis elimination; partially implemented for child healthcare; not implemented for dental health. The scope of strategic areas was partially implemented. As for compatibility between degree of implementation and results, coherence between woman healthcare actions, hypertension and diabetes control was assessed. For the other actions strict rule compliance by healthcare services not always reflected favorable result indicators. The ratio of dental healthcare with the results was impossible because of the insufficient offer of this type of care in the municipality.

Conclusions: the degree of implemented partially effected for the scope of strategic areas and healthcare indicators in the municipality confirms the option of further developing this model of healthcare and the need to overcome the critical issues identified.

Key words *Program' assessment, Implementation analysis, Basic Care Assessment, Primary Healthcare, Family Healthcare Programs.*

Resumo

Objetivos: avaliar a implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas Equipes de Saúde da Família em Camaragibe, estado de Pernambuco, Brasil.

Métodos: pesquisa avaliativa, tipo análise de implantação mediante estudo de caso único com um nível de análise. Foram avaliados o grau de implantação e sua influência nos resultados finais.

Resultados: grau de implantação considerado implantado para saúde da mulher, controle da hipertensão, diabetes, e eliminação da hanseníase, e tuberculose; parcialmente implantado para saúde da criança; não implantado para saúde bucal. O conjunto das áreas estratégicas foi parcialmente implantado. Quanto à compatibilidade entre grau de implantação e resultados, verificou-se coerência para as ações de saúde da mulher, controle da hipertensão e diabetes. Para as demais ações nem sempre a elevada adesão às normas pelos serviços de saúde se traduziu em indicadores de resultado favoráveis. A relação da implantação da área de saúde bucal com os resultados ficou impossibilitada pela insuficiente cobertura no município.

Conclusões: grau de implantação parcialmente implantado para o conjunto das áreas estratégicas e indicadores de saúde do município endossa a opção de prosseguir no desenvolvimento desse modelo de atenção à saúde e a necessidade de superar os pontos críticos identificados.

Palavras-chave *Avaliação de Programas, Atenção Básica à Saúde, Programa Saúde da Família.*

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado na Constituição Federal de 1988¹ e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº. 8.080/90 e Lei nº. 8.142/90, vem sendo operacionalizado pelas Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde (NOB) que funcionam como instrumentos reguladores do processo de descentralização das ações e serviços de saúde.²

A Norma Operacional de Assistência à Saúde, NOAS-SUS 01/02, propõe a regionalização da atenção à saúde como uma macroestratégia para a estruturação de redes articuladas e cooperativas, em territórios delimitados, com populações definidas e mecanismos que garantam o acesso dos usuários aos serviços nos níveis de complexidade necessários à resolução dos problemas de saúde.³

Como ponto de partida para a organização do sistema, esta norma define o conceito de atenção básica ampliada e as áreas estratégicas mínimas da atenção básica (AEM-AB) que devem ser ofertadas por todos os municípios, com qualidade e suficiência a toda a população; reforça a Estratégia de Saúde da Família como o eixo para a ampliação e qualificação da atenção básica nesse modelo assistencial com ênfase à integralidade da atenção e a garantia do acesso da população aos demais níveis de complexidade do Sistema.³

O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado no Brasil em 1994, foi concebido para ser a porta de entrada do sistema local de saúde e desenvolver a atenção básica de forma integral e resolutive, proporcionando além de extensão de cobertura e ampliação do acesso, a substituição das práticas tradicionais, contribuindo para a reestruturação do sistema de saúde.² Nos primeiros anos da implantação do Programa a adesão foi maior em municípios de menor porte, sobretudo no Nordeste Brasileiro, onde a carência de serviços de assistência à saúde era mais acentuada. A ampliação da cobertura nos municípios acima de 100 mil habitantes só ocorreu nos primeiros anos do século XXI, em parte decorrente da ênfase dada pelo Ministério da Saúde ao Projeto de Expansão do Saúde da Família (PROESF).⁴

Nesse contexto, a avaliação, enquanto componente da gestão em saúde, tornou-se fundamental para dar suporte ao processo decisório mediante a identificação de problemas, re-orientação das ações, incorporação de novas práticas sanitárias e mensuração do impacto das ações implementadas.⁵

A complexidade do setor saúde, com grandes áreas de incerteza na relação entre os problemas de

saúde e as intervenções para resolvê-las, a rápida incorporação de novas tecnologias e a grande expectativa da população, abre espaço permanente para a avaliação, no sentido de verificar como as concepções teóricas se materializam na prática, gerando um conhecimento real necessário à formulação de novas políticas.⁶

Assim, este trabalho se propõe a realizar a análise de implantação das áreas estratégicas mínimas da atenção básica no município de Camaragibe, Estado de Pernambuco, considerando que esse foi um dos primeiros municípios com mais de 100 mil habitantes que aderiu ao Programa Saúde da Família, desde 1994, com a perspectiva da atenção básica como eixo norteador do sistema de saúde e atingiu elevada cobertura populacional.

Métodos

Procedeu-se uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação em seu segundo componente⁷ (análise das variações da implantação nos efeitos observados) do Programa Saúde da Família, considerando as sete áreas estratégicas mínimas da NOAS - ações de saúde da mulher, ações de saúde da criança, controle da hipertensão, controle do diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e ações de saúde bucal.³ Este tipo de estudo se aplica quando a intervenção realizada é complexa e apresenta resultados variáveis, influenciados por diferentes contextos.⁷

A aproximação do objeto ocorreu através de estudo de caso único. Para seleção do município-caso foram considerados como critérios a população do município superior a 100 mil habitantes, cobertura populacional de PSF superior a 90% e pelo menos 10 anos de adesão ao Programa. O município de Camaragibe no Estado de Pernambuco, preencheu esses requisitos.

O município de Camaragibe, situado na Região Metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil, apresentava uma população de 137.727 habitantes, conforme estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2003.⁸ Habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal segundo a NOB-SUS 01/96,^{9,10} apresenta uma rede básica constituída por 36 Equipes de Saúde da Família (ESF), dispostas em 33 Unidades Básicas de Saúde e 30 microáreas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, cobrindo 94% da população do município. Existem quatro Equipes de Saúde Bucal (ESB); sendo que cada uma das três ESB cobre duas ESF e uma assiste a três ESF, totalizando

nove equipes realizando ações de saúde bucal.⁹

O grau de implantação das áreas estratégicas mínimas da atenção básica no conglomerado de ESF foi obtido mediante uma avaliação normativa realizada em abril de 2004, tomando como base as responsabilidades e atividades preconizadas pela NOAS-SUS.³

O estudo teve caráter censitário ao abranger a totalidade das ESF para a avaliação do grau de implantação das áreas estratégicas mínimas da atenção básica e ao analisar os indicadores de resultados correlatos no âmbito do município. A unidade de análise considerada foi o conglomerado de ESF e a esfera municipal o nível de análise.

O instrumento utilizado para a coleta dos dados primários foi um questionário estruturado elaborado especificamente para o estudo, haja vista a inexistência de um modelo previamente construído que contemplasse todas as responsabilidades e o elenco de atividades das áreas estratégicas mínimas da atenção básica. Entretanto, na sua elaboração foram identificados outros instrumentos que contemplavam questões similares àquelas consideradas para este estudo. Ainda, o instrumento foi avaliado por *experts* de cada uma das áreas estratégicas mínimas da NOAS, e a seguir foi realizado teste piloto em quatro Equipes de Saúde da Família, do município de Recife, visando sua validação.

A entrevista junto aos profissionais das 36 Equipes de Saúde da Família foi realizada pela pesquisadora principal (MGSC) e por uma enfermeira sanitária com domínio teórico e prático do instrumento.

Para testar a confiabilidade das respostas, foram sorteadas quatro das 36 equipes, aproximadamente 10% do total, para repetir as entrevistas. O percentual de divergência global foi 4,8%, inferior ao limite máximo para validação das respostas estabelecido em 5%. Para efeito do processamento dos dados, foram consideradas as respostas da primeira entrevista.

O grau de implantação para cada área estratégica foi construído considerando o número de respostas positivas da área no conglomerado de ESF em relação ao total de perguntas da área; e, para o conjunto das AEM-AB, o total de respostas positivas de todas as equipes e áreas estratégicas em relação ao total de perguntas de todas as equipes e áreas. A classificação do grau de implantação adotou os seguintes critérios:

"Implantado": Entre 80 e 100% de respostas positivas;

"Parcialmente implantado": Entre 60% e menor que 80% de respostas positivas;

"Não implantado": Abaixo de 60% de respostas positivas.

Os dados secundários foram referentes aos indicadores de resultados para cada área estratégica, obtidos por intermédio dos vários bancos de dados nacionais: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre nascidos vivos (SINASC), Sistema de Agravos Notificáveis (SINAN), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). Os dados demográficos do município foram obtidos por estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística referentes ao período de 2001 a 2003.⁸

O plano de análise considerou o grau de implantação para cada área estratégica da atenção básica no conglomerado de ESF e para o conjunto de todas as áreas estratégicas mínimas da atenção básica e a relação entre o grau de implantação e os indicadores de resultados encontrados. Essa relação baseou-se na coerência entre os graus de implantação e os parâmetros de avaliação definidos para os indicadores das áreas. Esses parâmetros são mais consolidados para a saúde da mulher, da criança, de controle da tuberculose e eliminação da hanseníase. Nas áreas que ainda não dispõem de parâmetros estabelecidos, ou não se obtém indicadores específicos a partir dos dados secundários de base municipal, como o controle da hipertensão e do diabetes, a análise dos indicadores utilizou o levantamento de séries históricas e a comparabilidade com outras regiões, estados e municípios. A análise da dimensão unitária das AEM-AB não foi possível considerando a dificuldade de se obter um indicador sintético das sete áreas estratégicas com o presente estudo.

Este Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira (IMIP), em 2003.

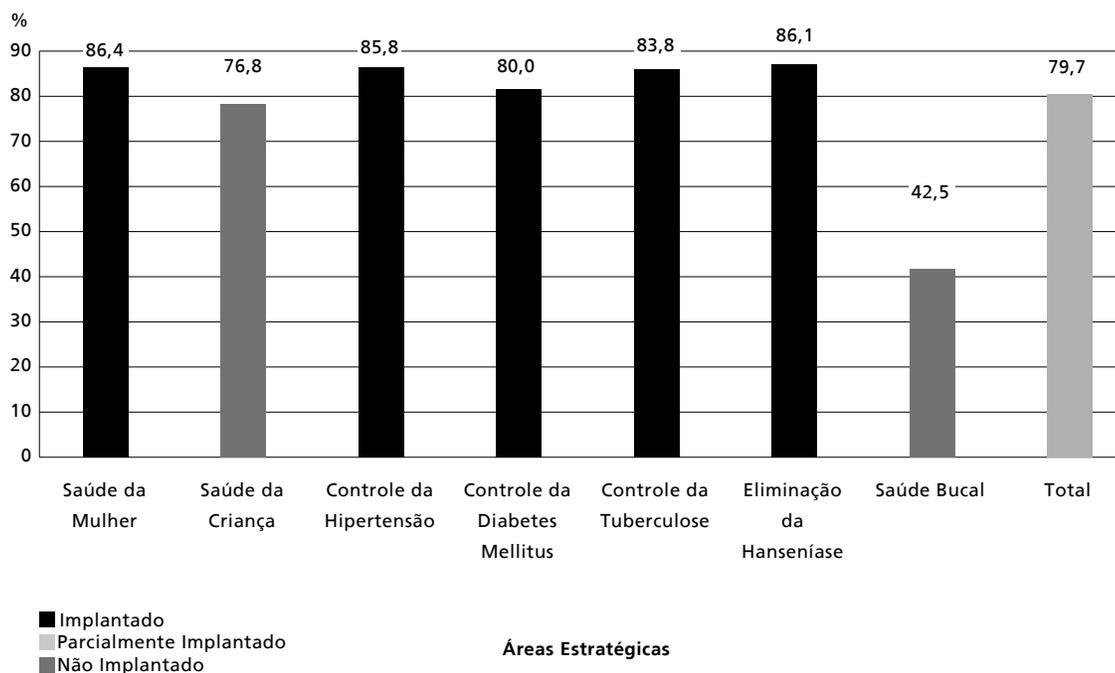
Resultados

Os principais achados desse estudo referem-se ao grau de implantação das áreas estratégicas mínimas da atenção básica e a sua influência na situação de saúde do município.

O grau de implantação do conjunto das áreas estratégicas mínimas da atenção básica foi considerado "parcialmente implantado" (79,7%). Em relação aos componentes apresenta-se "implantado" nas áreas de saúde da mulher, controle da hipertensão, controle do diabetes, controle da tuber-

Figura 1

Grau de implantação dos componentes e do conjunto das áreas estratégicas mínimas da Atenção Básica nas Equipes Saúde da Família. Camaragibe, Pernambuco, 2004.



culose e eliminação da hanseníase. As ações de saúde da criança estavam parcialmente implantadas (76,8%) e as de saúde bucal não implantadas (42,5%) conforme Figura 1. Destaca-se que nas áreas classificadas como "implantadas" os percentuais se encontravam mais distantes do ponto de corte superior (100%), significando que há mais aspectos a serem implementados do que as "parcialmente implantadas" em relação ao limite superior (80%). Isso ocorreu expressivamente em relação ao conjunto das áreas estratégicas, cuja diferença foi de apenas 0,3%.

A relação entre o grau de implantação das áreas estratégicas mínimas da atenção básica no conglomerado de ESF e os indicadores de resultados por área, pode ser observada na Tabela 1.

Na área de saúde da mulher houve coerência

entre o grau de implantação e os resultados alcançados, haja vista que dos sete indicadores utilizados, cinco apresentaram-se favoráveis, entre os quais quatro relacionados à assistência pré-natal. No entanto, as ações de saúde da criança, com quatro indicadores favoráveis entre os seis selecionados, não estão em sintonia com o grau de implantação. Os resultados alcançados em relação aos controles da hipertensão e do *Diabetes Mellitus* sugerem convergência com o grau de implantação. Por sua vez verifica-se um desacordo entre a medida do grau de implantação e os indicadores relacionados ao controle da tuberculose e a eliminação da hanseníase. Já a relação da implantação da área de saúde bucal com os resultados ficou impossibilitada pela insuficiente cobertura de equipes de saúde bucal no município.

Tabela 1

Grau de Implantação das áreas estratégicas mínimas da Atenção Básica nas Equipes Saúde da Família e os Indicadores de resultados. Camaragibe, Pernambuco, 2004.

AEM - AB	GI	Indicadores	Fonte	Resultados (2003)
Saúde da mulher	■	Coefficiente de mortalidade materna	SIM, SINASC	42,1/100.000
		% de óbitos de mulheres em idade fértil investigados	SIM, SMS	100,0
		% de nascidos vivos de mães que não realizaram nenhuma consulta de pré-natal	SINASC	1,2%
		% de gestantes com pré-natal iniciado no 1º trimestre	SIAB	82,6
		% de gestantes acompanhadas	SIAB	98,6
		Taxa de mortalidade por câncer de colo de útero	SIM, IBGE	8,5/100.000
		Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais e a população feminina de 25 a 59 anos	SISCOLO, IBGE	0,20
Saúde da criança	■	Coefficiente de mortalidade infantil	SIM, SINASC	13,0/1000
		% de óbitos em menores de um ano por causas mal definidas	SIM	0,0
		% de menores de quatro meses com aleitamento materno exclusivo	SIAB	67,6
		% de nascidos vivos com baixo peso	SINASC	9,0
		% de menores de dois anos desnutridos	SIAB	3,1
		Cobertura vacinal no primeiro ano de vida com vacina tetravalente (DPT+Hib)	SI/PNI-API, IBGE	97,8%
Controle da hipertensão	■	Prevalência de hipertensão em pessoas > 20 anos	SIAB	12,0
		% de hipertensos acompanhados	SIAB	82,4
		Taxa de internações por acidente vascular cerebral (AVC)	SIH, IBGE	235,9/100.000
		Taxa de mortalidade por doenças cérebro vasculares	SIM, IBGE	230,2/100.000
Controle da Diabetes Mellitus	■	Prevalência de diabetes mellitus em > 20 anos	SIAB	2,6
		% de diabéticos acompanhados	SIAB	87,4
		% de internações por cetoacidose e coma diabético	SIH	18,9
		% de internação por diabetes mellitus	SIH	1,0
		Taxa de mortalidade por diabetes	SIM, IBGE	35,6/100.000
Controle da Tuberculose	■	Casos de tuberculose estimados	SINAN	161
		Casos de tuberculose detectados	SINAN	129
		Taxa de incidência de tuberculose pulmonar bacilífera	SINAN, IBGE	39,9/100.000
		% de casos de tuberculose pulmonar bacilífera curados	SINAN	52,7
		% abandono de tratamento de tuberculose	SINAN	10,9
		Taxa de mortalidade por tuberculose	SIM, IBGE	5,8/1.000
Eliminação da Hanseníase	■	Taxa de detecção de Hanseníase	SINAN, IBGE	6,5/10.000
		% de abandono de tratamento de casos novos	SINAN	22,4
		% de cura dos casos novos	SINAN	65,8
		Taxa de prevalência da hanseníase	SINAN, IBGE	35,4/10.000
		% de casos novos com grau de incapacidade física avaliado	SINAN	72,2
Saúde bucal	■	Cobertura de primeira consulta odontológica	SIA, IBGE	23,7%
		Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e população de 0 a 14 anos	SIA, IBGE	0,39
		% de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais	SIA	13,2

- Implantado
- Parcialmente Implantado
- Não Implantado

AEM - AB = Áreas estratégicas mínimas da Atenção Básica; GI = Grau de implantação; SMS = Secretaria Municipal de Saúde; SISCOLO = Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero; SINASC = Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos; SIAB = Sistema de Informação da Atenção Básica; SI/PNI-API = Sistema de Informação/Programa Nacional de Imunizações-Avaliação do Programa de Imunizações; IBGE = Instituto Brasileira de Geografia e Estatística; SIH = Sistema de Informação Hospitalar; SIM = Sistema de Informações sobre Mortalidade; SINAN = Sistema de Informações de Agravos de Notificação; SIA = Sistema de Informação Ambulatorial.

Discussão

Os indicadores relacionados às ações de saúde da mulher revelaram coerência com o grau de implantação e demonstraram sintonia entre as várias fontes de informação pesquisadas. Todavia, houve diferença entre o número de nascidos vivos registrados no SINASC (2375) e o número de gestantes cadastradas pelo SIAB (1012). O esperado seria que o número de gestantes cadastradas fosse próximo ao número de nascidos vivos, em se tratando de um município com elevada cobertura populacional por Equipes de Saúde da Família. Essa diferença expressa um importante sub-registro de gestantes no pré-natal registrados no SIAB ou sugere que as gestantes fizeram pré-natal em outro município. Esse fato pode ser corroborado pela proporção de nascidos vivos cujas mães não tiveram nenhuma consulta pré-natal, de apenas 1,2%.

Um estudo realizado no Estado de Pernambuco em 1997, considerando a ausência de consultas pré-natal em mães de crianças menores de cinco anos, apontou uma situação mais desfavorável do que a observada em Camaragibe. Na Região Metropolitana do Recife chegava a 9,9%, enquanto no interior variava de 33,6% a 11,5% para a zona rural e interior urbano, respectivamente.¹¹

Dados mais recentes, do ano de 2003, da cidade do Recife, apontam para 3,2% dos nascidos vivos sem pré-natal.¹²

O coeficiente de mortalidade materna em 2003 foi 42,1/100.000 nascidos vivos, apresentando um óbito por causa materna. A Organização Mundial de Saúde considera elevado um coeficiente de mortalidade materna acima de 20 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos.¹³ Calculando-se a mortalidade materna a partir do triênio 2001-2003, esse coeficiente passa a 28,0 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, menor taxa que a do Brasil em 2001 (63,8/100.000 nascidos vivos) e das Regiões que apresentaram os menores indicadores de morte materna, Sudeste e Sul no mesmo ano, 41,9 e 52,2/100.000 nascidos vivos, respectivamente.¹⁴ No Recife, a mortalidade materna referente ao triênio 2000-2002, foi de 56,2 óbitos por 100.000 nascidos vivos.¹² Segundo Laurenti *et al.*¹⁵ o coeficiente de mortalidade materna apresenta um sub-registro de 50,0%. Confirma essa informação o estudo realizado por Alves *et al.*¹⁶ no município de Camaragibe, em 2001, para identificar mortes maternas entre os óbitos femininos. Essa situação, contudo, apresentou acentuada melhora, haja vista que 100% dos óbitos de mulheres em idade fértil foram investigados, refletindo uma boa capacidade do sistema de

vigilância epidemiológica do município.

Quanto aos indicadores de resultados relacionados à prevenção de câncer cérvico-uterino, apenas 20% das mulheres de 25 a 59 anos realizaram exames citopatológicos. Esta baixa cobertura revela que os esforços ainda não foram suficientes para assegurar um impacto dessa ação na população alvo. Rossi e Freeman¹⁷ distinguem dois tipos de cobertura: a potencial, relacionada à oferta, e a real, relacionada à utilização dos serviços. Para a prevenção de câncer cérvico-uterino o município apresenta boa cobertura potencial, no entanto, precisa garantir a utilização do serviço oferecido. Dados do Estado de Pernambuco coletados em 1997 apontam que o exame citopatológico foi realizado por apenas 15,7% no interior rural, 24,5% no interior urbano e 45,5% na Região Metropolitana do Recife.¹⁸ A taxa de mortalidade por câncer do colo de útero, como um indicador de avaliação da qualidade e acesso à assistência à saúde da mulher, situa-se em patamar superior às taxas descritas para o Brasil, de 4,8/100.000; e para as Regiões Norte (5,0/100.000), Nordeste (4,1/100.000), Sudeste (4,9/100.000), Sul (6,0/100.000) e Centro-Oeste (4,9/100.000) em 2001.¹⁴ Em relação a Pernambuco, essa taxa foi de 5,3/100.000 mulheres em 2001, e em Recife, 7,0/100.000 mulheres em 2003.^{12,14}

Ressalta-se que a mortalidade elevada por câncer de colo do útero pode estar refletindo os esforços envidados para melhorar a qualidade da informação, dentre esses se destaca a investigação do óbito de mulheres em idade fértil.

A saúde da criança, de uma forma geral, apresentou melhores resultados que a situação de implantação considerando os indicadores, com destaque para o coeficiente de mortalidade infantil. A melhoria nos indicadores sócio-ambientais que atuam como determinantes do processo saúde-doença (educação, acesso a serviços e bens de consumo), segundo as informações do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil,¹⁹ seguramente tem influência na redução da mortalidade infantil. Não houve óbitos em menores de um ano por causas mal definidas, revelando a capacidade do sistema de vigilância epidemiológica do município.

A proporção de menores de quatro meses com aleitamento materno exclusivo observado no SIAB foi de 64,3% em 2001 e 67,6%, em 2003. Em que pese as diferentes formas de cálculo dos indicadores, os dados do SIAB parecem excessivamente elevados para os padrões de Regiões Metropolitanas do Nordeste relatadas em outros estudos.¹⁸

Com referência aos indicadores "proporção de nascidos vivos com baixo peso" (SINASC) e

"proporção de crianças menores de dois anos de idade desnutridas" (SIAB), verifica-se discordância entre o número absoluto de crianças menores de dois anos de idade desnutridas (114) e o número de recém-nascidos de baixo peso (215) com evidente subenumeração da primeira. O indicador "cobertura vacinal no primeiro ano de vida com vacina tetravalente (DPT+Hib)" foi discrepante em relação ao grau de implantação. Nesse particular, o rigor do instrumento comprometeu o grau de implantação ao definir a capacitação de médicos e enfermeiros como condição imprescindível para o desenvolvimento da responsabilidade imunização, haja vista que na prática quem coordena de fato o programa é o enfermeiro.

Entretanto, um ponto crítico observado na área de saúde da criança é a inexistência de referência ambulatorial e hospitalar especializada, programada e pactuada, com mecanismos de regulação.

O controle da hipertensão arterial sistêmica e do *Diabetes Mellitus* foi institucionalizado em abril de 2002, quando o município assinou o Termo de Adesão ao Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para a Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus*. Ao assinar esse Termo o município assumiu o compromisso de cadastrar e acompanhar os portadores dessas doenças mediante a utilização do instrumento de gestão Sishiperdia, de forma a assegurar aos pacientes cadastrados o recebimento dos medicamentos padronizados prescritos.²⁰

Destacam-se positivamente o elevado percentual de hipertensos acompanhados (82,4%) bem como o comportamento decrescente dos percentuais de "internação por AVC e mortalidade por doenças cérebro-vasculares" na população acima de 40 anos. No período 2001-2003 a internação por AVC reduziu de 431,6/100.000 para 235,9/100.000, e a mortalidade por doenças cérebro-vasculares de 269,7/100.000 para 230,2/100.000. Considerando a taxa de mortalidade por doenças cérebro-vasculares no município em relação a todas as faixas etárias, de 58,1/100.000, apresenta-se maior que a taxa do Brasil, 50,1/100.000, e de Pernambuco, 52,2/100.000, em 2001.¹⁴ Em se tratando de uma doença crônica, o impacto das ações não ocorre de forma imediata, sobretudo porque as intervenções implicam em mudanças no estilo de vida da população e exigem um tempo para a incorporação de novos hábitos.

Em relação ao controle da diabetes, os indicadores de saúde demonstraram que as internações por *Diabetes Mellitus* vêm diminuindo tanto em números absolutos como percentualmente em relação ao total de internações. No entanto, em

relação à proporção de internações por cetoacidose e coma diabético, esses valores têm oscilado e apresentado uma proporção elevada. Considerando que o denominador desse indicador são as internações por diabetes, supõe-se que estão sendo internados, de fato, os casos mais graves, com a possibilidade de estarem os casos menos graves sendo controlados pelas ações desenvolvidas no município. Quanto à mortalidade por essa causa, tivemos, em 2003, uma taxa de 35,4/100.000, inferior à média do Brasil e de Pernambuco em 2001, de 40,6/100.000 e 55,3/100.000,¹⁴ respectivamente.

O município detectou por intermédio de busca ativa 129 casos de tuberculose de todas as formas em 2003, correspondendo a 80,1% dos casos estimados, acima, portanto dos 70% preconizados pelo Programa de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde.²¹ Os percentuais de cura e de abandono de 85% e 5%, respectivamente, preconizados pelo Ministério da Saúde encontram-se em desacordo com os resultados encontrados neste estudo. Todavia admite-se a possibilidade das informações locais serem mais consistentes que as obtidas pelo SINAN, devido a aspectos ligados à sua operacionalização.

No tocante à eliminação da hanseníase, as taxas de detecção e de prevalência da hanseníase são compatíveis com uma situação hiperendêmica¹³ e sugerem problemas na operacionalização do programa. Em relação aos indicadores de resultados, o percentual de cura dos casos novos diagnosticados apresenta-se precário, e os percentuais de casos novos diagnosticados com grau de incapacidade física avaliada e de abandono de tratamento entre os casos novos diagnosticados apresentam-se regulares, segundo parâmetros da Organização Mundial de Saúde.¹³ Ressalta-se, a exemplo do controle da tuberculose, que pode ter havido problemas na alimentação do SINAN, e essas informações não correspondam à realidade local.

Vale registrar que as ações de controle da tuberculose e da hanseníase foram recentemente incorporadas à atenção básica e envolvem questões complexas de natureza histórico-antropológicas e sociais que transcendem os aspectos biológicos. O estigma, a percepção do paciente sobre a doença, o tratamento realizado em serviços especializados até relativamente pouco tempo, a hiperendemicidade na região, entre outros, precisam ser lembrados ao discutir a relação entre grau de implantação das atividades e resultados, todavia não foram objeto deste trabalho.

O município de Camaragibe implantou as ações de saúde bucal em agosto de 1998, em pequena escala, precedendo a formulação dessa política pelo

Ministério da Saúde. Em se tratando de uma intervenção com insuficiente cobertura, a relação com os resultados alcançados seria inoportuna sob pena de cometer um erro de terceiro tipo,⁷ ou seja, avaliar os efeitos de uma intervenção "não implantada".

O grau de implantação "parcialmente implantado" para o conjunto das áreas estratégicas mínimas da atenção básica no conglomerado das ESF e os indicadores de saúde demonstrando visível melhoria da situação de saúde do município, endossa a opção de prosseguir na construção desse novo modelo da atenção à saúde. Por outro lado, revela que há necessidade de aprofundar as análises em relação às intervenções e aos efeitos, uma vez que a relação entre o grau de implantação e os resultados nem sempre se apresenta de forma linear, e empreender esforços no sentido de superar os pontos críticos específicos de cada área programática e/ou comuns a todas as áreas. Preliminarmente este estudo destaca a insuficiência das articulações interinstitucionais quer no âmbito governamental e não governamental, e dos

programas de educação permanente, não obstante em 2/3 das ESF os médicos e enfermeiros terem Especialização em Saúde da Família; desencontros nas bases de dados de vários indicadores correlatos; e a necessidade de fortalecer metodologias dirigidas às atividades de educação em saúde.

Camaragibe, município de Pernambuco pioneiro a implantar o Programa Saúde da Família em 1994, ganhou visibilidade nacional e consolidou-se como uma experiência bem sucedida. Corroborar essa afirmação a sua inclusão na pesquisa para Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados,²² por preencher o critério de "bom desempenho por indicadores selecionados e investimento institucional".

A implantação do PSF teve uma influência decisiva na reorientação do modelo de atenção à saúde e como estratégia de substituição total da rede básica. Sem dúvida, foi a base para a estruturação da atenção básica no município.

Referências

1. Brasil. Constituição, 1988. Brasília (DF); Senado Federal; 1988.
2. Silva AA. Programa de Saúde da Família: trajetória institucional no âmbito do Ministério da Saúde [dissertação mestrado]. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2003.
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. Portaria MS/GM Nº. 373 de 27 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União [DOU] 2002; Seção I (40): 52-62.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família no Brasil - Uma análise de indicadores selecionados, 1998 - 2004. Brasília (DF); 2006. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização. Brasília (DF); 2005.
6. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. p. 29-48.
7. Denis J, Champagne F. Análise de implantação de programas. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997. p. 49-88.
8. IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Estimativa populacional para 2003 [on line] 2004. Disponível em URL: <http://www.datasus.gov.br> [2004 jul 12].
9. Camaragibe (Pernambuco). Secretaria de Saúde. Plano municipal de saúde, 2001-2005. Camaragibe; 2001.
10. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96. Portaria MS/GM Nº. 2.203 de 05 de novembro de 1996. Diário Oficial da União. [DOU] 6 nov.1996; Seção I, (216), 22.932-22940.
11. Low S, Batista Filho M, Souza AI. Assistência pré-natal no estado de Pernambuco. Recife: Bagaço; 2001.
12. Recife. Secretaria de Saúde. Diretoria de Epidemiologia e Vigilância à Saúde. Consolidando a Vigilância à Saúde no Recife [encarte]. Recife; 2004.
13. RIPSAs (Rede Interagencial de Informações para a Saúde). Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.
14. Ministério da Saúde. IDB (Indicadores e Dados Básicos). Indicadores e dados básicos para a saúde (encarte). Brasília (DF); 2003.
15. Laurenti R, Buchalla CM, Lólio CA, Santo AH, Mello-Jorge MHP. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo, 1986. I - Metodologia e resultados gerais. Rev Saúde Pública 1990; 24: 128-33.
16. Alves SV, Ludermir AB, Gominho LAF. Avaliação de procedimentos para identificar mortes maternas. Cad Saúde Pública 2003; 19: 5293-301.

17. Rossi PH, Freeman HE. Evaluation: a systematic approach. Beverly Hills: Sage; 1993.
18. Batista Filho M, Romani SAM. Alimentação, nutrição e saúde no estado de Pernambuco. Recife: IMIP; 2002. (Série Publicações Científicas do Instituto Materno Infantil de Pernambuco - IMIP, 7).
19. PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada), Fundação João Pinheiro. Atlas de desenvolvimento humano no Brasil [CD rom]. Belo Horizonte; 2004.
20. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 74, de 30 de abril de 2002. Termo de Adesão ao Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Diário Oficial da União [DOU] 3 maio 2002; Seção I: 65.
21. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília (DF); 2004.
22. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília (DF); 2002.

Recebido em 07 de Junho de 2006

Versão final apresentada em 29 de Setembro de 2006

Aprovado em 03 de outubro de 2006