

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – PPGICS
ICICT/ FIOCRUZ**

NADINE FERNANDES CRATO CÁ

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE
AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
BRASILEIRO.**

Rio de Janeiro
2012

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE – PPGICS
ICICT/ FIOCRUZ**

NADINE FERNANDES CRATO CÁ

**ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE
AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
BRASILEIRO.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/FIOCRUZ).

**ORIENTADORES:
Dr. Josué Laguardia
Dra. Cícera Henrique da Silva**

Rio de Janeiro
9 de março de 2012

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

C111

Cá, Nadine Fernandes Crato.

Análise da produção científica sobre avaliação do Programa da Saúde da Família Brasileiro / Nadine Fernandes Crato Cá – Rio de Janeiro, 2012.

xvi, 80 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, 2012.

Bibliografia: f. 76-80

1. Informação e comunicação em saúde. 2. Inovação em saúde. 3. Avaliação. 4. Programa Saúde da Família. 5. Pesquisa Bibliográfica
I.Título.

CDD 362.104 25 072

NADINE FERNANDES CRATO CÁ**ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE AVALIAÇÃO DO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA BRASILEIRO.**

Dissertação submetida ao corpo docente do Curso de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS), do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/FIOCRUZ), como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Ciências, e Executada sob orientação dos professores Dr. Josué Laguardia e Dra. Cícera Henrique da Silva (ICICT/FIOCRUZ).

Rio de Janeiro, 09 de março de 2012.

Dr. Josué Laguardia - 1º Orientador
ICICT/FIOCRUZ.

Dra. Maria Cristina Soares Guimarães - Membro Interno
PPGICS/ICICT/FIOCRUZ.

Dra. Elenice Machado da Cunha - Membro Externo
EPSJV/FIOCRUZ.

Dra. Cícera Henrique da Silva – Suplente Interno
ICICT/FIOCRUZ.

Dra. Maria Simone de Menezes Alencar – Suplente Externo
ICICT/FIOCRUZ

“Não importa onde você parou, em que momento da vida você cansou, o que importa é que sempre é possível e necessário "Recomeçar". Recomeçar é dar uma nova chance a si mesmo. É renovar as esperanças na vida e o mais importante: acreditar em você de novo”.

Paulo Roberto Gaefke

AGRADECIMENTOS

À Deus por ter-me abençoado e fortalecido durante todos os momentos desta caminhada. Ao bom senhor, a graça de estar com saúde e de poder chegar até aqui.

Ao meu pai Raimundo e a minha mãe Maria Paula pelo carinho e atenção de sempre, esforço, confiança e dedicação para que este projeto se concretizasse. Agradeço o apoio e por entenderem as minhas dificuldades e ausências, e especialmente ao meu pai por não ter podido estar com ele durante esses dois anos. Obrigada por me amarem tanto. Amo vocês!

Aos meus irmãos por simplesmente admirá-los, amá-los por tudo que representam para mim.

Ao João, pelo amor, amizade, apoio, carinho, confiança, companheirismo, compreensão e cumplicidade.

Aos meus Papy Renato e Mamy Vania pelo acolhimento, atenção e carinho. Pa Deus pista bos bida ku saudí. Amo-vos!

À minha alma gêmea além-mar Renata, pelo carinho e tudo que ela acrescentou na minha vida dando-me uma família.

Às minhas irmãs Paula, Marcela, a minha avó postiça de coração Maria Georgina e aos meus cunhados agradeço o carinho.

Ao meu 1º orientador Josué Laguardia, pelo acolhimento e atenção na formulação deste trabalho. Obrigada por todo o apoio dentro e fora da orientação. Ganhei um amigo e espero continuar a crescer esse vínculo.

À Cícera Henrique da Silva pelo incentivo, empatia e por toda atenção dispensada na minha vida, na formulação deste trabalho e por seu compromisso de ensinar respeitando o meu posicionamento, reflexão e as diferenças. Fostes e será uma mãezona, obrigada por tudo.

Ao programa PPGICS pela admissão no curso e incentivo, especialmente a Indira por sua atenção e constante gentileza.

Aos Professores Maria Cristina e Alcindo pelo acolhimento e incentivo. Obrigada por fazerem a minha caminhada possível!

À professora e coordenadora Inesita Araújo pelo apoio, atenção, incentivo e respeito.

Ao meu amigo e irmão querido Leonardo vulgo Salo pela amizade, apoio, confiança e companheirismo. Obrigada por essa amizade que continuará além-mar.

À Rosane Abdala, Simone Alencar e Michele Antunes pelo apoio, a competência informacional de vocês foi de fundamental importância na formulação deste trabalho.

À Paula pelo apoio e solidariedade.

Aos demais professores do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde pela atenção e incentivo.

Aos demais colegas da turma pelo acolhimento, amizade e solidariedade.

Aos professores que compõem a banca meu obrigado pela contribuição na minha formação.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste sonho!

RESUMO

O objetivo da presente dissertação foi analisar a produção científica sobre avaliação do Programa Saúde da Família (PSF) Brasileiro a partir da revisão da literatura nacional. Para atingir este objetivo, foi realizado um levantamento de material bibliográfico publicado sobre o tema através de uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório descritivo para identificar as características e os modelos de avaliação empregados pelos estudos de avaliação do Programa Saúde da Família no Brasil, indexados em bases de dados bibliográficos nacionais. Foram consultadas as seguintes fontes de informação: o portal do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), que possibilita a busca, num único local, acesso à Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), à base de dados Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), à Scientific Electronic Library Online (SciELO), à base de dados Medline, à Literatura sobre Cidades/Municípios Saudáveis (CidSaúde) e à base Literatura em Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente (REPIDISCA); também foram consultadas Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Informação Científica e Tecnológica (IBICT). Os resultados mostram que no período de 1994 a 2011 foram defendidas 248 dissertações e 79 teses e foram publicados 180 artigos científicos sobre o tema; observou-se que houve um aumento significativo de produção sobre o tema entre os anos de 2006 e 2008, que respondem por cerca de metade das 264 referências recuperadas. Os principais meios de divulgação dessa produção foram às revistas científicas da área de Saúde Coletiva, dentre as quais se destacam Cadernos de Saúde Pública e Ciência & Saúde Coletiva como os periódicos que mais publicaram artigos sobre o tema no período analisado. Os estados de São Paulo e Rio de Janeiro foram os principais sítios de estudo no período analisado. Os estudos valeram-se na sua maioria de método qualitativo, seguido de método quantitativo e a combinação de ambos os métodos.

PALAVRAS CHAVE: Informação e Comunicação em Saúde, Inovação em Saúde, Avaliação; Programa Saúde da Família, Pesquisa Bibliográfica.

ABSTRACT

The aim of this dissertation was to analyse the scientific production about evaluation of the Family Health Program of Brazil (PSF) from a review of the national bibliography. To reach this objective, we conducted a bibliographic research through a survey of bibliographic material published on this subject or relating to it and a descriptive exploratory study to identify ways and evaluation models used in assessment studies of the Family Health Program in Brazil indexed in national bibliographic databases. We searched the subject in the following sources: the portal of the Latin American and Caribbean Center on Health Sciences Information (BIREME), which allows the search in a single location in the Virtual Health Library (BVS), in the database Latin American Literature Health Sciences (LILACS), the Scientific Electronic Library Online (SciELO), the Medline database, Literature in Healthy Cities / Municipalities Database (CidSaúde) and Literature in Sanitary Engineering and Environmental Sciences (REPIDISCA) and Virtual Library of Theses and Dissertations of Fiocruz; the Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD), developed by the Brazilian Institute of Scientific and Technological Information (IBICT) and also the Brazilian National Library's digital archives (BN). The results show that 79 dissertations and 248 thesis were defended and 180 scientific articles were published on the subject in the period 1994 to 2011. It was observed a significant increase in the production on the subject between the years 2006 and 2008, which account for about half of the 264 references retrieved. The main channels of dissemination of this production were scientific journals specialized on Public Health. From 1994 to 2011, the journals *Cadernos de Saúde Pública* and *Ciência & Saúde Coletiva* published most of the articles on the subject. In the period analyzed in this study, São Paulo and Rio de Janeiro states were the major sites of studies. Studies have relied mostly on qualitative methods, followed by the quantitative and the combination of both quantitative and qualitative methods.

KEYWORDS: Information and Communication in Health, Innovation in Health, Evaluation, Family Health Program, Bibliographic Research.

SIGLAS

AB – Atenção Básica

AC – Acre

AL – Alagoas

AM – Amazonas

AP – Atenção Primária

APS – Atenção Primária à Saúde

ASB – Agentes de Saúde de Base

BA – Bahia

BDTD – Biblioteca Digital de Teses e Dissertações

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da

Saúde BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CE – Ceará

CEPIS – Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências do

CIR – Centro de Informação e Referência em Saúde Pública

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

COMUT – Programa de Comutação Bibliográfica

COVIG - Coordenação de Vigilância em Saúde

CPS – Cuidados Primários de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

DECS – Descritores em Ciências da Saúde

DF – Distrito Federal

ECO – Ecologia Humana e Saúde

EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ES – Espírito Santo

ESF- Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FSP /USP – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

GO – Goiás

ICICT – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

LILACS – Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde

MG – Minas Gerais

MS – Mato Grosso do Sul

MESH – Medical Subject Headings

MT – Mato Grosso

NE – Nordeste

OMS – Organização Mundial da Saúde

OTICS - Observatório das Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde

PA – Pará

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PB – Paraíba

PE – Pernambuco

PHC – Primary Health Care

PI – Piauí

PPGICS – Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde

PR – Paraná

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

RJ – Rio de Janeiro

RN – Rio Grande do Norte

RS – Rio Grande do Sul

SBS – Serviço Básico de Saúde

SC – Santa Catarina

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

UF – Unidades Federativas do Brasil

UFF – Universidade Federal Fluminense

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USP – Universidade de São Paulo

VER-SUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Estratégia de busca utilizada para pesquisa bibliográfica sobre avaliação em saúde no Brasil, 1994 a 2011 ----- p. 47

Quadro 2. Variáveis e categorias utilizadas para classificação dos resultados da pesquisa bibliográfica ----- p. 48

Quadro 3. Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados ----- p. 54

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Apresentação de como foi o processo de organização de resultado das buscas----- p.52

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição das referências segundo ano de publicação – Lilacs, CidSaúde, Repidisca, Medline, BDTD – 1994 a setembro de 2011

----- p.57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das referências analisadas segundo tipos de documentos encontrados na busca----- p.58

Tabela 2. Distribuição dos 198 referências segundo o território de abrangência do estudo, 2004 – 2011----- p. 59

Tabela 3. Distribuição dos 198 referências segundo unidade federativa (UF) / região geográfica de abrangência do estudo, 2004 – 2011----- p. 60

Tabela 4 – Distribuição dos 180 artigos de periódicos segundo a revista de publicação, 2004 – 2011-----p. 61

Tabela 4 – Distribuição dos 180 artigos de periódicos segundo a revista de publicação, 2004 - 2011 (continuação)----- p. 62

Tabela 5. Distribuição das referências segundo tipo de estudo, 2004 – 2011----- p. 63

Tabela 6. Distribuição das referências analisadas segundo método utilizado no estudo-----p. 64

Tabela 7. Distribuição das referências analisadas segundo instrumento utilizado no estudo----- p.64

Tabela 8. Distribuição das referências analisadas segundo dimensão de análise----- p.65

Tabela 9. Distribuição do tipo de documento das referências com as três dimensões de análise ----- p.65

Tabela 10. Análise dos 14 artigos segundo os três tipos de avaliação supracitados a luz do NOVAES (2000, p. 549)----- p.66

Tabela 11. Análise dos 14 artigos de periódicos segundo as variáveis de NOVAES----- p. 67

SUMÁRIO

PREÂMBULO.....	p.18
1. INTRODUÇÃO	p. 19
1.1 Objetivos.....	p.22
2. REVISÃO DE LITERATURA	p.23
2.1. Atenção Básica	p.23
2.2. Programa Saúde da Família	p.27
2.3. Avaliação do Programa Saúde da Família	p.37
3. METODOLOGIA	p.44
3.1. Seleção de bases de dados	p.45
3.2. Procedimento de busca.....	p.47
4. ANÁLISE DOS RESULTADOS	p.57
5. DISCUSSÃO	p.68
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	p.72
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	p.76

PREAMBULO

Sou Africana de Guiné-Bissau, país situado no Ocidente da África de língua oficial Portuguesa. As semelhanças que guardam os dois países (Guiné-Bissau e Brasil) foram importantes na escolha do Brasil como um lugar para a minha formação acadêmica. O interesse em trabalhar com o Programa Saúde da Família decorreu da minha experiência e vivência na área da saúde, que teve início com a graduação em Serviço Social na Universidade Federal Fluminense (UFF), através do estágio na Coordenação de Vigilância em Saúde (Covig), da Fundação Municipal de Saúde de Niterói. Essa experiência, iniciada na Covig, teve continuidade após a formação, na inserção no mercado de trabalho como Assistente Social no setor de saúde na Guiné-Bissau.

A perspectiva de aperfeiçoamento acadêmico e profissional, aliada à vontade de contribuir na organização e reorganização das estratégias dos serviços de saúde guineense, foi fundamental para a escolha desse objeto de estudo. O meu ingresso como assistente de pesquisa no projeto do Observatório das Tecnologias de Informação e Comunicação em Sistemas e Serviços de Saúde (OTICS), financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da participação no **VER-SUS RIO: Gestão em Saúde**, um projeto que tem por objetivo proporcionar a vivência do acadêmico na gestão em Saúde, além de criar novas relações entre estudantes, instituições de ensino e serviços do Sistema Único de Saúde para efetivar a integralidade em saúde, contribuiu para a escolha desse objeto de estudo. A partir dessa vivência e experiência surgiram questões que despertaram o meu interesse na estratégia do Programa Saúde da Família e, especificamente, sobre avaliação do PSF. O aperfeiçoamento acadêmico e profissional aliado à vontade e certeza que o meu fazer é na Guiné-Bissau motivaram e fortaleceram cada momento dessa caminhada.

1. INTRODUÇÃO

O artigo 196 da Constituição Federal do Brasil vigente assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2006). Na sua acepção mais ampla, a **saúde** é definida pela Organização Mundial da Saúde como um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença (SCLIAR, 2007). Essa definição buscava traçar uma definição **positiva** de saúde, que incluiria fatores como alimentação, atividade física, acesso ao sistema de saúde, abrangendo aspectos relativos à qualidade de vida. Apesar do caráter inovador dessa definição, apenas mais recentemente há uma preocupação crescente não só com a frequência e a severidade das doenças, mas também com a avaliação de medidas de impacto da doença e comprometimento das atividades diárias, medidas de percepção da saúde e medida de disfunção/status funcional (FLECK, 2000). Ter saúde está vinculado ao exercício da cidadania plena e, portanto, depende das condições sociais, históricas, econômicas e ambientais em que se vive, e de decisões e escolhas que são feitas no dia-a-dia.

Diante da proposta estabelecida na constituição de 88, não se deve entender a saúde apenas como fenômeno puramente biológico, uma vez que ela também é resultante de condições socioeconômicas e ambientais, devendo a doença ser considerada, segundo Giovanni Berlinguer (1978), como:

Um sinal estatisticamente relevante e precocemente calculável, de alterações do equilíbrio homem-ambiente, induzidas pelas transformações produtivas, territoriais, demográficas e culturais, incontroláveis nas suas consequências, além de sofrimento individual e de desvio duma normalidade biológica ou social.

Desse modo, não se pode mais considerar a saúde de forma isolada das condições que cercam o indivíduo e a coletividade. A Atenção Básica busca dar

resposta a essa nova lógica de olhar, pensar e fazer saúde ao tomar o indivíduo como ser singular e complexo, a sua inserção sociocultural e a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (Organização Mundial da Saúde, 1978). A nova lógica traz consigo os princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

No Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF) constitui uma estratégia para a reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais no sentido de fortalecer a atenção básica como o primeiro nível de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). A implantação de uma estratégia deve ser acompanhada pela avaliação das suas ações, de modo a garantir que os processos de trabalho sejam aprimorados. Paim (2005) aponta que a avaliação em saúde é hoje uma prática em construção em saúde brasileira e muitas iniciativas desse tipo vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva nas últimas décadas.

A experiência obtida no projeto Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS): Rio, uma das estratégias que integram a Política de Educação para o SUS possibilitou olhar para atenção básica no PSF, fazendo ver que a atenção básica quando bem capacitada e integrada à comunidade, é capaz de resolver demandas de saúde da população.

O interesse da autora na estratégia do Programa Saúde da Família, especificamente, sobre avaliação do PSF decorre da necessidade de um estudo sobre avaliação do PSF no Brasil que oriente uma reflexão sobre o modelo avaliativo utilizado no Brasil. O estudo aqui proposto se justifica por almejar ampliar o conhecimento disponível sobre um tema relevante para saúde pública e por desejar contribuir para o processo de organização e reorganização do Programa Saúde da Família. O objetivo deste estudo foi analisar, a partir da revisão da literatura nacional, a produção científica sobre avaliação do Programa Saúde da Família. Para tal, foi realizado um levantamento de material bibliográfico publicado sobre o tema da avaliação do Programa Saúde da Família no Brasil ou relacionado

a esta temática, constituindo-se, desse modo, uma pesquisa bibliográfica.

O primeiro capítulo oferece as primeiras considerações sobre a dissertação, apresentando a justificativa da pesquisa, seguida de objetivos que orientaram este estudo.

No segundo capítulo resgata-se a história de Atenção Básica, Programa Saúde da Família e avaliação em saúde e avaliação do programa saúde da família que coloca um novo modelo de assistência à saúde no Brasil, destacando a família no contexto da saúde.

No terceiro capítulo apresentam-se os caminhos percorridos da pesquisa e a metodologia proposta do estudo.

O quarto capítulo discrimina os resultados quantitativos da pesquisa bibliográfica.

O quinto capítulo apresenta discussão em cima dos 16 artigos selecionados que analisavam as três de análise segundo o modelo tríade - estrutura, processo e resultado- de Donabedian (1980).

No sétimo capítulo apresentam-se as considerações finais deste estudo.

1.1 OBJETIVOS

Geral

Analisar o conteúdo da literatura científica nacional sobre avaliação do Programa Saúde da Família.

Específicos

- Realizar uma revisão do “estado da arte” sobre o tema avaliação do Programa Saúde da Família no Brasil;
- Caracterizar as publicações encontradas nas bases de dados bibliográficas pesquisadas;
- Descrever as tipologias científicas utilizadas para fazer avaliação dentro do Programa Saúde da Família.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. ATENÇÃO BÁSICA

Há uma frequente discussão sobre a terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil, essa discussão ganha contornos especiais: a expressão “Atenção Básica” foi oficializada pelo Governo Federal, embora, em documentos oficiais brasileiros, identifique-se uma crescente utilização do termo “Atenção Primária” (MELLO, FONTANELLA, DERMARZO, 2009).

De acordo com a definição, a Atenção Básica - AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Ela visa o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Utiliza tecnologias de baixa complexidade para elevada densidade que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2006).

A Conferência da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundos das Nações Unidas para Infância (UNICEF) de Alma-Ata (DECLARAÇÃO de ALMA-ATA, 1978) define a Atenção Primária- AP como:

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. APS faz parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a

função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo permanente de assistência à saúde”.

A Atenção Básica (AB) assim como Atenção Primária (AP) orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. As reflexões e estratégias em torno delas suscitam debates entre sujeitos e atores sociais envolvidos nos rumos da Política Nacional de Saúde.

Existe uma discussão acadêmica e profissional em torno das duas terminologias, de um lado o grupo que entende “básica” vindo de base, fundamental e não de básico, simples; outros interpretam “primário” como primeiro, principal, e não como elementar ou rudimentar (MELLO, FONTANELLA, DERMARZO, 2009). Os autores reforçam ainda que atualmente, documentos oficiais mostram incerteza sobre qual seria a terminologia mais adequada. Esta oscilação terminológica para eles, sugere uma disputa ideológica e que se deve considerar uma terceira expressão, a “Atenção Primária à Saúde” (APS), referente a “Primary Health care” (PHC) na língua inglesa, cunhada para a Conferência de Alma-Ata (DECLARAÇÃO de ALMA-ATA, 1978) e menos presente nos documentos oficiais brasileiros. Enfatiza-se que a última expressão é provavelmente a que mais se enquadraria com mais propriedade à proposta de universalidade e participação social do Sistema Único de Saúde (SUS) e do modelo comunitário da Estratégia Saúde da Família.

A Atenção Primária à Saúde tem representado um marco referencial alternativo para a reorganização dos serviços dentro do modelo tradicional de assistência à saúde, principalmente no contexto municipal. A história da organização de serviços de saúde orientados pela atenção primária é marcada por uma trajetória de sucessivas reconstruções até se consolidar como uma política de

reforma, uma alternativa diante da permanente crise dos sistemas de saúde contemporâneos (CONILL, 2008). Do ponto de vista administrativo, o delineamento teórico de um sistema de saúde hierarquizado e integrado em rede, baseado na assistência primária, secundária e em hospitais de ensino terciários, surge em 1920, na Inglaterra, com as propostas do “Relatório Dawson” (ORGANIZACAO PAN-AMERICANA DE SAUDE, 1964).

Mas, foi o clássico estudo de White *et al.* (1961) que definitivamente chamou atenção para a “atenção médica primária”, ao demonstrar que a imensa maioria do cuidado médico nos EUA e Reino Unido era realizado neste nível de atenção, evidenciando que o atendimento em hospitais universitários representava apenas um discreta fração do total.

A discussão conceitual neste campo está intimamente relacionada à história da Conferencia Internacional de Alma-Ata. De acordo com Litsios (2004), foi disposto numa primeira tentativa, que Atenção Primária à Saúde – APS significaria Serviço Básico de Saúde (SBS) acrescido da inserção comunitária e intersectorialidade. Contudo, documentos da própria OMS já incorporavam ambos ao conceito de serviços básicos, dentro das propostas da década de 50.

A Declaração Alma-Ata (1978) enfatiza que a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

De acordo com Barbara Starfield (1992), a atenção primária à saúde (APS) constitui a porta de entrada do serviço mais acessível à população, em todos os sentidos e que prima pela continuidade, do cuidado onde a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo. Essa característica também é chamada de longitudinalidade. A Coordenação e Integralidade fazem o nível primário responsável por todos os problemas de saúde; ainda que parte deles seja encaminhada a equipes de nível secundário ou terciário.

O relatório Black, de 1980, completado pelo estudo de Whitehead, de 1987, citado por muitos autores, marca a discussão em torno das desigualdades perante a saúde até a atualidade. A discussão em torno da desigualdade em saúde colocou a

questão do direito à saúde na pauta em todo o mundo.

No Canadá, por exemplo, o Movimento de Promoção à Saúde desenvolve-se a partir da divulgação do relatório de discussão denominado *The new perspective for the Health of Canadians*, que se tornou conhecido como Relatório Lalonde de 1974. Neste relatório, Lalonde propôs um novo conceito de saúde, no qual a visão tradicional que vinculava as melhorias na saúde exclusivamente às mudanças na organização da assistência sanitária passa a incorporar outros três elementos gerais - biologia, ambiente, estilo de vida como determinantes da saúde fora do sistema de assistência sanitária (LALONDE, 1981).

O relatório ressaltou a responsabilidade de cada indivíduo em mudar seu comportamento para melhorar sua saúde, propôs que intervenções da saúde pública deveriam enfatizar os segmentos da população de maior risco e teve um papel fundamental na identificação de desigualdades sanitárias (CARVALHO, 2004).

Corroborando Carvalho, em 1986, a Carta de Ottawa defende a promoção da saúde como fator fundamental de melhoria da qualidade de vida, assim como defende a capacitação da comunidade nesse processo, salientando que tal promoção não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, mas é responsabilidade de todos, em direção ao bem-estar global.

O relatório da OMS de 2008 sobre Atenção Primária em Saúde enfatiza o apoio à renovação da APS tem origem na crescente percepção, entre os decisores sobre políticas de saúde, de que a APS pode contribuir para uma definição mais clara de um rumo a seguir e para uma abordagem unificadora no atual contexto de fragmentação dos sistemas de saúde, estabelecendo-se como alternativa às curas rápidas que têm sido promovidas para os males dos sistemas de saúde. Há também uma consciência cada vez maior de que a prestação de cuidados de saúde convencionais, através de mecanismos diversos e por razões diferentes, é não só menos eficaz do que poderia ser, mas sofre também de um conjunto de vícios e contradições ubíquos.

2.2. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado oficialmente no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde, inspirado nas experiências desenvolvidas na área da saúde pública em diferentes países, dentre os quais Cuba, Inglaterra e Canadá. Esses países iniciaram os primeiros passos nessa direção no início da década de 80, sendo hoje reconhecidos mundialmente como os pioneiros das mudanças nos serviços primários de saúde de comprovada resolutividade e impacto. Com características próprias, adaptado à realidade dos estados brasileiros, o PSF é um marco importante no setor saúde, utilizado como mecanismo para atender ao disposto na Constituição Federal de 1988 e, especificamente, na Lei Orgânica da Saúde, de 1990, que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde (Santos et al, 2009).

No Brasil, o PSF teve início como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção primária. É tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Traz, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados para consolidar-se enquanto tal (VIEIRA, 2004).

O programa é reconhecido nacionalmente como um recurso para levar a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida das pessoas. O PSF é desenvolvido por equipe multiprofissional, com intensa participação da comunidade. Por causa disso, o Ministério da Saúde vem estimulando a ampliação do número de equipes de saúde da família no Brasil, até mesmo incluindo outras categorias profissionais, como ocorreu mais recentemente, em 2002, com a inclusão de dentistas e auxiliares de saúde bucal (SANTOS et al, 2009).

No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia da saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança de paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais

comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas (VIEIRA, 2004).

Vieira (2004) enfatiza que estes pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado, encontra, em relação aos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), outro desafio. Tema também recorrente nos debates sobre a reforma sanitária brasileira, verifica-se que, ao longo do tempo, tem sido unânime o reconhecimento acerca da importância de se criar um "novo modo de fazer saúde".

A estratégia Saúde da Família fundamenta-se em universalização, integralidade, equidade, hierarquização, descentralização e controle social, vindo ao encontro dos princípios constitucionais do SUS. Estudos demonstram que a atenção básica organizada pela estratégia Saúde da Família, quando bem capacitada e integrada à comunidade, é capaz de resolver demandas de saúde da população (VIEIRA, 2004).

Outra característica importante da Saúde da Família é a possibilidade de constituir o cuidado longitudinal às famílias. A longitudinalidade é uma das conquistas das equipes que, por meio do acompanhamento contínuo às famílias de uma dada comunidade, ao longo do tempo, passa a conhecer profundamente seus problemas, seja no plano do coletivo ou dos indivíduos. Portanto, as Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB) são responsáveis pela saúde da população adstrita à sua unidade de saúde de forma permanente, resolutiva e humana.

O PSF remonta a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter

organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. Atualmente, reconhece-se que não é mais um programa e sim uma Estratégia para uma Atenção Primária à Saúde qualificada e resolutiva.

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) é considerado como um instrumento da reforma incremental do SUS, operada no interior da política sanitária brasileira. O PSF vem provocando profundas alterações na condução e operação da política de saúde no Brasil nos diferentes níveis de governo, além de modificar os padrões de consumo de serviços de saúde, reorientando a demanda nos locais aonde se encontra implantado. As informações em saúde estão distribuídas por diferentes sistemas nacionais de informação e não estão agregadas por tamanhos e tipos de municípios. Desse modo, é difícil construir uma visão integrada dos modelos e tipos de sistemas de saúde desenvolvidos nos grandes municípios e dos problemas referentes à integração dos diferentes níveis de assistência (básica, média e alta complexidade) nestes locais, bem como do alcance da proposta de (re) organização da Atenção Básica inserida no Programa de Saúde da Família (VIEIRA, 2004).

Nos marcos regulatório do SUS, a Atenção Básica é definida na Portaria N^o 648 GM/2006 como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2006)

Esta portaria define como fundamentos da Atenção Básica:

O acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adstrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006).

Baseado nesta mesma portaria foi estabelecido que para a implantação das Equipes de Saúde da Família deva existir (entre outros quesitos) uma equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo que a média recomendada é de 3.000. A equipe básica é composta por no mínimo: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem (ou técnico de enfermagem) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (em número máximo de 1 ACS para cada 400 pessoas no urbano e 1 ACS para cada 280 pessoas no rural). Foram estabelecidas atribuições para todos os membros da Equipe Saúde da Família.

O Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) através da [Portaria Nº154, de 24 de janeiro de 2008]. Segundo o Art. 1º da Portaria, os NASF têm por objetivo “*ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica*”. Para isso, a Portaria classifica os NASF em duas

modalidades: NASF 1 e NASF 2.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF1) deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes. Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não coincidentes. Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional.

A formulação e a implantação do PSF nos seus primeiros anos de existência suscitaram inquietações e críticas. De um lado, havia uma preocupação com a tentativa de ressurreição do médico de família, não só pelo conteúdo ideológico que conformava a proposta subordinada ao movimento nos EUA, mas também pelo seu potencial anacronismo face à complexidade tecnológica da medicina moderna e às formas hegemônicas da prática médica, seja no setor público, seja no privado. De outro lado, a possibilidade de que tal programa, enquanto continuação do PAC configurasse um conjunto de políticas de focalização propostas pelo Banco Mundial e outros organismos internacionais, caracterizadas como “pacotes básicos” de atenção médica para pobres e contrários aos princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS. Do mesmo modo, o fato das autoridades de saúde declararem que o PSF representaria o novo modelo assistencial do SUS indicava uma compreensão equivocada, posto que uma situação de saúde tão heterogênea e complexa como a da população brasileira não se enquadraria em um único programa de saúde (PAIM, 2001). Esse autor aponta ainda que apesar da relevância da ampliação do PSF faltam, contudo, evidências que apontem esse programa como estratégia suficientemente eficaz para a reorientação dos modelos assistenciais dominantes ou mesmo como uma política de governo, que continua

sendo a política de ajuste estrutural com estabilização monetária, ou seja, a saúde da moeda e não a saúde da população.

Os esforços de transformação do PSF em estratégia voltada para a mudança dos modelos de atenção começa a apresentar sinais de concretização nos municípios que apostaram na proposta, articulando-a ao projeto da Reforma Sanitária. Dessa forma, fica evidente a importância do desenho do modelo assistencial local para a redução das desigualdades sociais na utilização de serviços de saúde, remetendo a discussão ao modelo do Programa de Saúde da Família (PSF). O Programa de Saúde da Família alinha-se a um grupo de propostas com características semelhantes que vêm sendo preconizadas, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, notadamente a partir da segunda guerra mundial, por organismos nacionais e internacionais, como modelos para reorganização da assistência à saúde. Esses modelos são os da Medicina ou Saúde Comunitária, Medicina ou Atenção Integral à Saúde, Atenção Primária de Saúde e Atenção Básica de Saúde. Ao lado de dimensões humanistas, cuja meta é relativa ao bem-estar físico, mental e social do ser humano e de transformação social, associam-se racionalidades econômicas, científicas e técnicas, procurando sustentar sua inserção e articulação às políticas de saúde e aos contextos em que se desenvolvem.

Antes tratado como programa, o PSF passa ser caracterizado como estratégia saúde da família (SISSON, 2007), concebida como uma lógica diferente da intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. O PSF tem como finalidade a reversão do modelo vigente por meio da mudança do objeto da atenção, da forma de atuação e da organização dos serviços, reorientando-o segundo o modelo da Atenção Básica e os princípios do SUS e imprimindo nova dinâmica de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com definição de responsabilidades entre serviços de saúde e população (Brasil, 1997). O autor aponta que nesse documento, houve ênfase na reversão do caráter “focalizador” da atenção no nível primário, por meio da incorporação da concepção do programa como uma estratégia reorientadora.

Sisson (2007) enfatiza que tanto as propostas prescritivas do Banco Mundial para os países em desenvolvimento que sugeriam a focalização da atenção estatal para o segmento pobre da população quanto a implantação do programa em um contexto de restrição e racionalização dos gastos em saúde, no bojo da crise dos anos 1990, tornaram o caráter focalizado do PSF em um tema recorrente no debate acerca da implantação dessa estratégia. Outras críticas decorreram da proposta original de implantação do PSF nas áreas de risco priorizadas segundo o Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e o fortalecimento da atenção básica de saúde, que é o nível de atenção a que se reduz a atuação do Estado na proposta neoliberal. O fato do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e PSF terem sido considerados alternativas decisivas na atenção à saúde nas regiões com menor cobertura assistencial e populações pobre acirrou a crítica sobre as características de atuação focalizada dos programas, acusados de romper princípios assegurados na Constituição Federal da saúde como direito de todos.

Nas cidades de médio e grande porte, a polêmica girou em torno da inserção do programa em uma conjuntura de articulações, financiamentos e configurações mais complexas do sistema de saúde, o que inviabilizaria a substituição do modelo assistencial. Outros questionamentos diziam respeito à sua viabilidade na atual composição da força de trabalho do setor ou assumiam um cunho corporativo, como no papel desempenhado pela enfermagem dentro da equipe de saúde da família. Havia também uma discussão importante de caráter mais geral sobre a possibilidade real de um programa, de forma isolada, conseguir suplantar todas as contradições, dificuldades e limitações da atenção à saúde, estabelecidas na conformação de processos históricos muito amplos e complexos (Jatene et al, 2000).

Santos et al (2009) fazem críticas à proposta do PSF, enquanto "estratégia de mudança do modelo assistencial", ao assinalarem que apesar do trabalho do PSF esteja direcionado para práticas multiprofissionais, não há garantias nas estratégias do PSF de ruptura com a dinâmica medicocentrada do modelo hegemônico atual. Além disso, as visitas domiciliares não deveriam ser vistas como novidade e exclusivas do PSF, pois é um recurso que pode ser utilizado por

qualquer estabelecimento de saúde, desde que isto seja necessário, configura uma prática de várias redes de serviços não organizados sob esta modalidade, inclusive com bons resultados e é próprio da missão das Unidades de Saúde, devendo ser considerado um expediente rotineiro em serviços assistenciais. O fato de realizá-las não significa que o médico tenha abandonado sua prática centrada em procedimentos, nem que o trabalho dos outros profissionais deixe de ser estruturado pelos atos e saberes médicos.

Outra questão central apontada pelos autores diz respeito ao fato de os mentores do PSF considerarem que podem organizar e estruturar a demanda de serviços das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a partir exclusivamente de usuários que devem ser referenciados pelas equipes do PSF. Desta forma, eliminaria a possibilidade de atendimento à demanda espontânea, o que constitui um equívoco, tendo em vista que a população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimentos e angústias e, na ausência de um esquema para atendê-la e dar uma resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde, vai buscar atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento e Prontos Socorros. A opção pela referência exclusiva via PSF é considerado um erro estratégico na implantação do PSF, que acaba enfraquecendo em demasiado sua proposição, visto que a população acaba por forçar a organização de serviços com modelagens mais comprometidas com os projetos médico-hegemônicos que respondem as suas necessidades imediatas.

Para Santos et al (2009), as visitas domiciliares compulsórias indicam dois tipos de problemas importantes – a otimização dos recursos disponíveis para assistência à saúde pelo Programa, principalmente de seus recursos humanos, e a intromissão do Estado na vida das pessoas, limitando sobremaneira seu grau de privacidade e liberdade. Na primeira situação, não deveria ser recomendado que profissionais façam visitas domiciliares sem que haja uma indicação explícita para elas, à exceção dos trabalhadores que têm a função específica da vigilância à saúde, como por exemplo, a atividade de busca ativa de casos, de comunicantes ou de focos de doenças pelos agentes comunitários de saúde. Pode-se inclusive considerar pouco eficiente a visitação de médicos e enfermeiros, por exemplo,

quando não há uma diretriz clara sobre o que deve ser feito em determinado domicílio. Na segunda situação, os limites de controle que o Estado pode exercer sobre cada cidadão é reconhecido como problema, especialmente quando praticado em um país sob um governo autoritário e os desdobramentos trágicos que esse controle pode acarretar.

Outra questão destacada, principalmente a partir de relatos de pequenos municípios, diz respeito aos custos/financiamento do programa. O PSF trabalha com a ideia de que altos salários garantem bons atendimentos, viabilizando o trabalho diferenciado do médico e permitindo a sua "interiorização". Apesar da importância de remuneração satisfatória dos profissionais de saúde, é um equívoco reduzir os aspectos do trabalho à questão salarial, como ocorre muitas vezes, pois profissionais bem remunerados não é garantia de um atendimento acolhedor, com compromisso dos profissionais na resolução dos problemas de saúde dos usuários. O modo como às pessoas são assistidas nos serviços de saúde está mais relacionado a uma determinada concepção de trabalho em saúde e à construção de uma nova subjetividade em cada profissional e usuário. Vincula-se inclusive a determinação de uma relação nova, que foge ao padrão tradicional em que um é sujeito no processo e o outro o objeto sobre o qual há uma intervenção para a melhora da sua saúde. A nova relação tem que se dar entre sujeitos, através da qual tanto o profissional quanto o usuário podem ser produtores de saúde.

Há uma mitificação do generalista pelo PSF, como se essa especialidade médica conseguisse, por si só, promover novas práticas de saúde na população. De acordo com Santos et al (2009), a especialidade médica se circunscreve ao "núcleo de competência, que incluiria as atribuições exclusivas daquela especialidade", contudo o médico detém ainda uma certa tecnologia de trabalho que lhe dá maior amplitude de ação, a qual o autor denomina de "campo de competência, que incluiria os principais saberes da especialidade-raiz e que, portanto, teria um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades, seria um campo de interseção com outras áreas" (CAMPOS; CHAKKOUR, 1997, p. 143). O mais adequado seria a incorporação dos distintos tipos de especialidade ao novo modelo de assistência, inserindo-os em novas práticas, dando-lhes oportunidades

de adquirir novos conhecimentos e de operar em novos processos de trabalho como sujeitos plenos e criativos.

Quanto à gestão do PSF, o primeiro problema apresentado na sua organização diz respeito ao alto grau de normatividade na sua implantação. O formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os diversos modos de fazer o programa são regulamentados centralmente pelo Ministério da Saúde. Estas normas deverão ser seguidas rigorosamente pelos municípios para serem ingressarem no sistema de financiamento das equipes de PSF, que é a característica do tradicional centralismo das políticas de saúde, que marcam a área governamental desde a Primeira República. Ao restringir a implantação às diretrizes federais, o Ministério da Saúde desestimula a construção de modelos alternativos, mesmo que sejam similares à proposta do PSF e limita a efetividade do Programa de Saúde da Família frente a realidades distintas vividas em diferentes comunidades em todo território nacional.

Em relação à escolha da família como espaço estratégico de atuação, há um aspecto positivo ao colocar no foco de atenção de uma equipe de saúde um "indivíduo em relação", em oposição ao "indivíduo biológico". Onde houver famílias na forma tradicional, a compreensão da dinâmica deste núcleo, através da presença da equipe no domicílio, é potencialmente enriquecedora do trabalho em saúde. No entanto, nem sempre este núcleo está presente e tampouco é o único espaço de relação ou mesmo o lugar de síntese das determinações do modo de andar a vida das pessoas em foco.

2.3. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A avaliação enquanto estratégia investigativa é um processo sistemático de fazer perguntas sobre o mérito e a relevância de determinado assunto, proposta ou programa, à luz de quatro dimensões: **utilidade, viabilidade, ética e precisão da técnica.**

“Por definição a avaliação é a atividade que consiste em fazer julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços e os bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas” (CONTANDRIOPOULOS et al, 2000).

Uma avaliação poderá levar em conta a adequação entre os objetivos e estratégias propostas e os recursos utilizados; a adequação da estrutura organizacional para realizar o trabalho proposto; o quanto e como os objetivos e metas foram atingidos; a qualidade dos serviços prestados e dos resultados; a sustentabilidade da ação ou projeto. Quanto à metodologia, a avaliação possui três tipologias: qualitativa – que busca analisar o papel das representações, das crenças e das emoções e das relações no andamento de um programa, projeto ou proposta de política pública ou institucional (MINAYO, 2011), quantitativa – contribui para estabelecer as relações causais entre as variáveis independentes (intervenção, exposição) e dependentes (resposta ou de desfecho) e a avaliação por triangulação de métodos – que combina métodos qualitativos e quantitativos.

“A avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida; destinada a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável dados e informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão, (...) comprovando a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou guia para a

tomada de decisões” (AGUILAR e ANDER-EGG, 1994).

Entende-se a avaliação como a elaboração, a negociação, a aplicação de critérios explícitos de análise, em um exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer, medir, determinar e julgar o contexto, o mérito, o valor ou o estado de um determinado objeto, a fim de estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e organizações. A avaliação visa a reduzir incertezas, a melhorar a efetividade das ações e a propiciar a tomada de decisões relevantes, guiando-se por quatro objetivos: oferecer respostas aos beneficiários, à sociedade e ao governo sobre o emprego dos recursos públicos; orientar os investidores sobre os frutos de sua aplicação; responder aos interesses das instituições, de seus gestores e de seus técnicos; buscar sempre uma melhor adequação de suas atividades.

O conceito de avaliação dos programas públicos surge, a partir da segunda metade do século XX, em decorrência do papel destacado que o Estado passa a desempenhar na educação, saúde, emprego e outras áreas sociais. Esse Estado devia encontrar meios para que a atribuição de recursos fosse a mais eficaz possível, daí o desenvolvimento pioneiro de métodos para analisar as vantagens e os custos destes programas. Entretanto, suas abordagens revelaram-se insuficientes, especialmente quando aplicadas aos programas sociais e à educação, o que levou a adotar-se uma perspectiva interdisciplinar e ênfase nos aspectos metodológicos (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 2000).

Nos anos 70, a necessidade de avaliar as ações sanitárias se impôs em decorrência da diminuição do crescimento econômico e do papel do Estado no financiamento dos serviços de saúde que tornaram indispensável o controle dos custos do sistema de saúde, bem como as grandes zonas de incerteza existentes nas relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-las, do desenvolvimento muito rápido das novas tecnologias médicas e das expectativas crescentes da população. Nesse contexto, a necessidade de informação sobre o funcionamento e a eficiência do sistema de saúde torna-se considerável, colocando a avaliação como ferramenta importante para monitorar o desempenho dos serviços de saúde.

De acordo com Contandriopoulos et al (2000), existem várias definições de avaliação. Patton (1981) propõe o agrupamento das definições da avaliação em seis grandes famílias, agrupando os diferentes conteúdos em categorias. Guba & Lincoln (1990) identificam quatro estágios na história de avaliação, sendo que a passagem de um estágio para outro se faz com o desenvolvimento dos conceitos e a acumulação dos conhecimentos. O primeiro estágio é baseado na medida dos resultados escolares, da inteligência, da produtividade dos trabalhadores. O segundo estágio se fortaleceu nos anos 20 e 30 do século passado e buscava identificar e descrever como os programas permitiam atingir seus resultados. O terceiro estágio é fundamentado no julgamento, onde a avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção. No quarto estágio, a avaliação é então feita como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada.

Chen (1990) distingue as avaliações baseadas nos métodos daquelas que são orientadas por uma discussão teórica sobre as relações entre a intervenção, o contexto no qual ela é inserida e os resultados obtidos. Para o autor, avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com objetivo de ajudar na tomada de decisão. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas ou de um procedimento científico.

A avaliação em saúde tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos frente aos serviços públicos de saúde na busca da resolubilidade e qualidade.

De acordo com Novaes (2000), as avaliações de programas, serviços e tecnologias de saúde inserem-se, com graus variáveis de aderência, em uma das tipologias propostas, dependendo do contexto no qual se desenvolvem. Não se trata de identificar tipologias avaliativas a priori, melhores ou piores, como instrumentos ativos de construção social, mas apontar a articulação necessária entre objetos, tipologias e contextos, nos processos de avaliação. O autor explica que no desenvolvimento das avaliações em saúde como práticas institucionalizadas,

em conjunturas diversas, foram sendo construídas especializações e segmentações, com inserções e perfis profissionais próprios.

As avaliações de programas em saúde têm como foco de análise os programas, como processos complexos de organização de práticas voltadas para objetivos especificados. Portanto, são considerados programas, tanto aquelas propostas voltadas para a realização de um macro objetivo, como a implantação de formas de atenção para populações específicas (atenção domiciliar para idosos, vacinação e procedimentos de “screening” para grupos de risco para problemas de saúde determinados, propostas terapêuticas para doenças e doentes prioritizados etc.) e que envolvem instituições, serviços e profissionais diversos, como as atividades desenvolvidas em serviços de saúde, que têm por objetivo prestar um determinado tipo de atendimento para uma dada clientela (SHORTELL e RICHARDSON, p.56, 1978).

Novaes (2000) enfatiza que no Brasil, de um modo geral, apenas os procedimentos da primeira alternativa são considerados programas, mas já se observa também aqui uma maior variabilidade no seu uso, o que faz com que toda avaliação de programa deva se iniciar com uma clara explicitação dos contornos do objeto a ser avaliado: propostas, ações programáticas, atividades gerenciais, serviços, procedimentos, profissionais etc.

Apesar de se reconhecer que existem inúmeras definições de *Avaliação*, seus contornos no campo da saúde se delimitam no âmbito das políticas e programas sociais, consistindo fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção, através de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um dos seus componentes. Isso permite aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferentes, posicionarem e construírem, individual ou coletivamente, um julgamento capaz de ser traduzido em ação (HARTZ, 2009).

Para a autora a avaliação na saúde está vinculada aos avanços da epidemiologia e da estatística, testando a utilidade de diversas intervenções, particularmente direcionadas ao controle das doenças infecciosas e ao desenvolvimento dos primeiros sistemas de informação que orientassem as

políticas sanitárias nos países desenvolvidos (Estados Unidos, Alemanha, Inglaterra, França, Grã Bretanha, Suíça etc.). Nesse primeiro estágio, é essencialmente um técnico que precisa saber construir e usar os instrumentos para medir os fenômenos estudados e, somente no estágio seguinte (até os anos cinquenta), começa a identificar e descrever os programas, compreender sua estrutura, forças e fragilidades para ver se é possível atingirem os resultados esperados e recomendações para sua implementação.

No Brasil, a avaliação da gestão descentralizada em saúde, orientada pela Atenção Básica, tem-se constituído em objeto privilegiado na literatura nacional em avaliação, com diversos recortes e abordagens. Figueiró et al (2008) enfatizam o impasse vivido pelo SUS na atualidade, inserido em um quadro social e de saúde gerador de uma complexidade crescente dos problemas e necessidades da população, com avanços tecnológicos rápidos e diversificados, que estabelece um contexto favorável para uma maior produção e melhor qualidade de avaliações em saúde.

Movimento semelhante pôde ser observado nos países mais desenvolvidos, desde períodos anteriores, motivado por fatores como a modernização da administração pública. A adoção de gestão por resultado, a introdução de mecanismos reguladores e o requerimento da realização de avaliação de programas por organismos financiadores. Na experiência desses países, aparecem como denominador comum o investimento na construção de competências em avaliação e, como objetivo, a utilidade da avaliação para tomada de decisão (SANDERS, 2002).

No âmbito da gestão pública, o Brasil teve várias iniciativas no campo da avaliação de políticas, programas e serviços em diferentes setores. No campo da Atenção Básica (AB), com vistas à estruturação de uma política de avaliação, investiu-se fortemente no fortalecimento da capacidade avaliativa nos três níveis de gestão do sistema de saúde e na indução da realização de estudos e pesquisas avaliativas com focos e propósitos distintos (FIGUEIRÓ et al. , 2008).

A avaliação dos serviços de saúde, tendo como eixo a tríade estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1980), pauta-se pela satisfação como um

importante indicador de qualidade dos serviços de saúde. A expansão do Programa Saúde da Família (PSF) desde 1994, ao mesmo tempo em que comprova a força da ação política e institucional do Ministério da Saúde de fortalecimento da atenção básica e a adesão dos gestores estaduais e municipais, aponta para a necessidade de que se garanta a sustentabilidade do processo de implantação e que se mantenha a coerência com os princípios e diretrizes do Programa.

Vêm crescendo no Brasil as iniciativas no sentido de institucionalizar a avaliação em saúde, como resultado da intenção de conferir racionalidade às intervenções setoriais. Assumindo como parte de suas atribuições o aprimoramento institucional dos mecanismos de avaliação da atenção básica, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica (DAB), realizou no período de 2001 a 2002, uma avaliação normativa do processo de implantação do PSF, analisando desde questões relacionadas à estrutura física das unidades de saúde até questões relacionadas ao processo de trabalhos desenvolvidos pelas equipes de saúde da família e de saúde bucal no Brasil.

Atualmente, se preconiza que políticas, programas e serviços de saúde sofram avaliações processuais e não apenas pontuais como tem sido feito. No entanto, os métodos de avaliação utilizados têm sido compartimentalizados, seja com enfoque no agente de saúde, no usuário, no impacto social, no profissional ou do ponto de vista financeiro, sem haver uma análise do programa como um todo. No processo de avaliação, a definição do enfoque, a escolha do método e a própria exposição dos resultados constituem um todo conflitivo, mas tem sido proposta a construção de critérios e estratégias de avaliação que se ajustem, ainda que por tentativas, à natureza da estrutura, processo e resultados em questão.

Dos trabalhos publicados sobre avaliação PSF, o que chama a atenção são as análises governamentais, que estão longe de seus objetivos e com um longo caminho pela frente. Em termos de cobertura populacional houve um incremento extremamente significativo nos últimos dez anos.

As causas de sucesso e de insucesso não são, necessariamente, as mesmas. Os serviços têm diferentes estruturas, níveis de qualidade da informação e de cultura de trabalho. Não seguem um padrão apesar das mesmas diretrizes

orientadoras emanadas pelo Ministério da Saúde, extraídas na origem de experiências internacionais bem sucedidas. Ao se avaliar é obrigatório levar em conta todas essas causas na riqueza de um olhar, pensar e fazer local.

Para HARTZ (2009), a pesquisa avaliativa requer a contribuição de diferentes disciplinas, rompendo paralelismos epistemológicos que precisam ser complementares na avaliação, tais como: a pesquisa biomédica e organizacional; a atenção individual e coletiva. Nos níveis regionais e locais a descentralização da gestão de programas força uma ampliação do conhecimento sobre a totalidade dos serviços implicados na obtenção dos efeitos desejados. A autora reforça que nesse tipo de avaliação, surgem problemas específicos para a mensuração de desempenho em 'rede' com a necessária contextualização e participação nas pesquisas.

A educação profissional em avaliação deve ser "politicamente realista", superando uma das carências da formação de avaliadores: omitir os aspectos políticos das escolhas teórico-metodológicas fazendo crer, também, que a uma boa avaliação se seguem decisões imediatas, desconhecendo que este é apenas um dos elementos (nem sempre o mais importante) da agenda governamental, apelando para a perseverança na argumentação dos avaliadores. A avaliação em saúde redistribui seu "acesso" aos atores que, com os próprios meios, não têm capacidade de avaliar os serviços públicos ou contrabalançar interesses hegemônicos. Nesse enfoque, a institucionalização da avaliação reduz a assimetria entre o poder dos grupos constituídos da sociedade e os indivíduos que coletivamente a constituem, contribuindo para a democratização tanto da vida política como daquela interna às instituições (HARTZ, 2009).

Após discorrer sobre conceitos e questões pertinentes sobre atenção Básica, o Programa Saúde da Família e sobre avaliação no PSF, será apresentada no próximo capítulo a metodologia utilizada neste estudo.

3. METODOLOGIA

O objetivo deste estudo foi analisar, a partir da revisão da literatura nacional, a produção científica sobre avaliação do Programa Saúde da Família. Para tal, foi realizado um levantamento de material bibliográfico publicado sobre o tema da avaliação do Programa Saúde da Família no Brasil ou relacionado a esta temática.. O método utilizado no presente estudo foi o da pesquisa bibliográfica com intuito de identificar formas e modelos de avaliação utilizados para avaliar o Programa Saúde da Família no Brasil. Para atingir os objetivos do estudo descritos, optou-se por realizar um estudo de caráter exploratório descritivo.

Cervo e Bervian 1996 apud Beuren (2006) definem a pesquisa bibliográfica como a explicação de um problema a partir de referenciais teóricos publicados em documentos, que pode ser feita de forma independente ou vinculada a uma pesquisa descritiva ou experimental. Em ambos os casos, seu propósito é conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas existentes sobre um determinado assunto, tema ou problema. A busca ou levantamento bibliográfico corresponde à etapa inicial da pesquisa bibliográfica e consiste na recuperação dos dados impressos ou dos arquivos eletrônicos. A sua realização requer a definição do problema de pesquisa, as palavras-chave, que podem ser combinadas através da chamada lógica booleana (AND, OR e NOT) e das fontes primárias (artigos, livros, relatórios científicos, patentes, dissertações, teses) e secundárias (bibliografias, os dicionários e as enciclopédias, as publicações ou periódicos de indexação e resumos, os artigos de revisão, catálogos, entre outros) que serão utilizadas para prospecção nas bases de dados.

O material consultado na pesquisa bibliográfica abrange todo o tipo de documento tornado público em relação ao tema de estudo, que inclui publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, dissertações, teses, entre outros. Com base nos documentos identificados, elabora-se o trabalho monográfico, seja ele em uma perspectiva histórica ou com intuito de reunir diversas publicações isoladas e atribuir-lhes uma nova leitura. O volume das bibliografias disponíveis pode exigir a eleição de critérios pelo pesquisador, que possibilite reter o conteúdo essencial para o desenvolvimento da pesquisa, sem

perder o foco que pretende contemplar.

3.1. Seleção de bases de dados

A fim de identificar formas e modelos de avaliação do programa saúde da família no Brasil realizou-se, em um primeiro momento, uma busca de referências bibliográficas, por meio do levantamento de dissertações, teses e artigos indexados nos diferentes espaços de informação disponíveis na Internet. Foram consultadas as seguintes fontes de informação: o portal do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), que possibilita a busca, num único local na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), na Scientific Electronic Library Online (SciELO), na base de dados Medline, na Literatura sobre Cidades/Municípios Saudáveis (CidSaúde) e a base Literatura em Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente (REPIDISCA); a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD), desenvolvida pelo Instituto Brasileiro de Informação Científica e Tecnológica (IBICT) e contempla os acervos digitais da Biblioteca Nacional (BN).

A LILACS é uma base de dados bibliográfica referencial da literatura relativa às ciências da saúde, publicada nos países da América Latina e Caribe a partir de 1982. É um produto cooperativo da Rede BVS e indexa artigos científicos, teses, monografias, livros e capítulos de livros, trabalhos apresentados em congressos ou conferências, relatórios, publicações governamentais e de organismos internacionais regionais. Pode ser acessada para busca ou pesquisa bibliográfica no Portal Global de BVS e os registros são também indexados no Google.

A CidSaúde é a base de dados da literatura sobre a implantação e desenvolvimento do Projeto Cidades Saudáveis em municípios brasileiros, bem como de textos e referenciais teóricos publicados em outros países, preferencialmente nos países das Américas. Inclui documentos identificados com a questão da saúde urbana, promoção da saúde, planejamento e ação intersetorial em nível local/municipal. É desenvolvida pelo Centro de Estudos, Pesquisa e

Documentação em Cidades e Municípios Saudáveis (CEPEDOC) Cidades Saudáveis, entidade sem fins lucrativos com sede na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - USP, em conjunto com a Biblioteca/CIR da (FSP/USP).

A MEDLINE é uma base de dados da literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela National Library of Medicine, órgão do governo federal norte-americano. Contém referências de artigos publicados desde 1966 até o momento, que cobrem as áreas de: medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins. A atualização da base de dados é mensal.

A REPIDISCA é uma base de dados que contém referências bibliográficas da literatura de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente, coordenada pelo Centro Pan-Americano de Engenharia Sanitária e Ciências do Ambiente (CEPIS). A partir de 1994 incorporou os registros da base de dados, sobre Ecologia Humana e Saúde (ECO). Abrange a literatura publicada nos países da América Latina e Caribe.

A BDTD é uma base que integra os sistemas de informação de teses e dissertações existentes nas instituições de ensino e pesquisa brasileiras e também estimula o registro e a publicação de teses e dissertações em meio eletrônico. Este projeto, que é uma iniciativa do IBICT, em parceria com as instituições brasileiras de ensino e pesquisa, possibilita que a comunidade brasileira de Ciência & Tecnologia publique suas teses e dissertações produzidas no país e no exterior, dando maior visibilidade à produção científica nacional.

Estas fontes foram selecionadas em função de sua cobertura da produção científica nacional na área da saúde, uma vez que o tema que se pesquisou tem caráter regional.

3.2. Procedimento de busca

Os seguintes critérios orientaram as buscas nas bases de dados:

- Período de publicação entre os anos 1994 e 2011, sendo que a escolha do primeiro ano do período de busca corresponde ao ano de implantação do Programa Saúde da Família (PSF);
- Cobertura geográfica: Brasil.
- Descritores que abordem programa saúde da família e avaliação do programa saúde da família – [Avaliação - Programa Saúde da Família]. Foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS/BIREME) e o Medical Subject Headings (MESH) do Pubmed para as bases e fontes disponíveis na Biblioteca Virtual da Saúde. Para as demais fontes foram utilizadas palavras-chave [Programa Saúde da Família - Avaliação]. As buscas exploratórias, utilizando os descritores definidos, nas bases supracitadas, foram realizadas no período de janeiro e fevereiro de 2011.

Quadro 1. Estratégia de busca utilizada para pesquisa bibliográfica sobre avaliação em saúde no Brasil, 1994 a 2011.

Base de dados	Descritores/Palavras-Chave	Resultados
BIREME [LILACS, CidSaúde, REPIDISCA, MEDLINE]	Avaliação AND Programa Saúde da Família	295
BDTD [dissertações]	Programa Saúde da Família AND Avaliação	295
BDTD [teses]	Programa Saúde da Família AND Avaliação	79
TOTAL		669

Fonte: BIREME/BDTD

Do total das 669 referências obtidas no levantamento bibliográfico, 295 correspondiam a artigos de periódicos, livros, capítulos de livro, dissertações, teses e publicações institucionais, provenientes da fonte Bireme, e 295 dissertações e 79

teses, provenientes da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD). Os resultados foram salvos em arquivo de texto sem formatação (txt) e arquivados em planilha eletrônica.

A seguir, procedeu-se à leitura e classificação dos títulos e resumos das referências e sua classificação, utilizando-se para isso as variáveis e respectivas categorias. Cada referência possuía originalmente as seguintes variáveis, de acordo com a base consultada: título, autor, fonte, resumo e assunto, quando oriundas da BVS; base de dados, tipo de documento, título, autor, contribuidores, instituição de defesa, assunto, resumo, ano, quando importadas da base BDTD. Além dessas, foram criadas as variáveis – tipo de estudo, método, instrumento, dimensão de análise, foco de estudo, local de estudo, cada uma delas contendo um conjunto de categorias, conforme listado no Quadro 2.

A variável dimensão de análise, com as respectivas categorias – estrutura, processo e resultado – foram definidas segundo o modelo preconizado por Donabedian (1980). Já as demais variáveis e categorias foram estabelecidas a partir dos resumos das referências. Donabedian (1980) desenvolveu um quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, a partir das noções da Teoria Geral de Sistemas. A **estrutura** corresponde às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais, ou seja, objetivos, recursos físicos, humanos, materiais e financeiros, que envolve desde a estrutura física e a disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos indivíduos que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços. Dentro dessa conceituação, cabem tanto dados numéricos em termos de recursos disponíveis quanto a qualificação profissional, qualidade do equipamento, existência de manutenção predial e de equipamentos, entre outros. O **processo** abrange todas as atividades administrativas ou técnicas envolvendo profissionais de saúde e pacientes. O **resultado** é o produto final da assistência prestada, considerando as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que pudessem ser atribuídas a um cuidado.

Instrumento	<p>Entrevista; Grupo Focal. Entrevista; Observação Entrevista; Questionário Formulário Grupo focal Inquérito Domiciliar Observação Observação; Questionário; Entrevista. Questionário Questionário; Etnografia; Grupo Focal. Questionário; Observação Não Identificado (N.I.)</p>
Dimensão de Análise	<p>Estrutura Estrutura; Processo Estrutura; Processo; Resultado. Processo Processo; Resultado Resultado Estrutura; Resultado Não Identificado (N.I.)</p>
Foco do Estudo	<p>Cobertura do Programa Saúde da Família Doenças Crônicas Equipe Saúde da Família Equipe Saúde da Família e Usuários do Programa Saúde da Família Programa Saúde da Família Saúde Bucal Saúde da Criança Saúde do Adolescente Saúde do Idoso Saúde Reprodutiva Serviços de Saúde Usuários do PSF Não Identificado (N.I.) Bairro Município Distritos</p>

Local de Estudo	Estado Região Brasil Não Identificado (N.I.)
-----------------	---

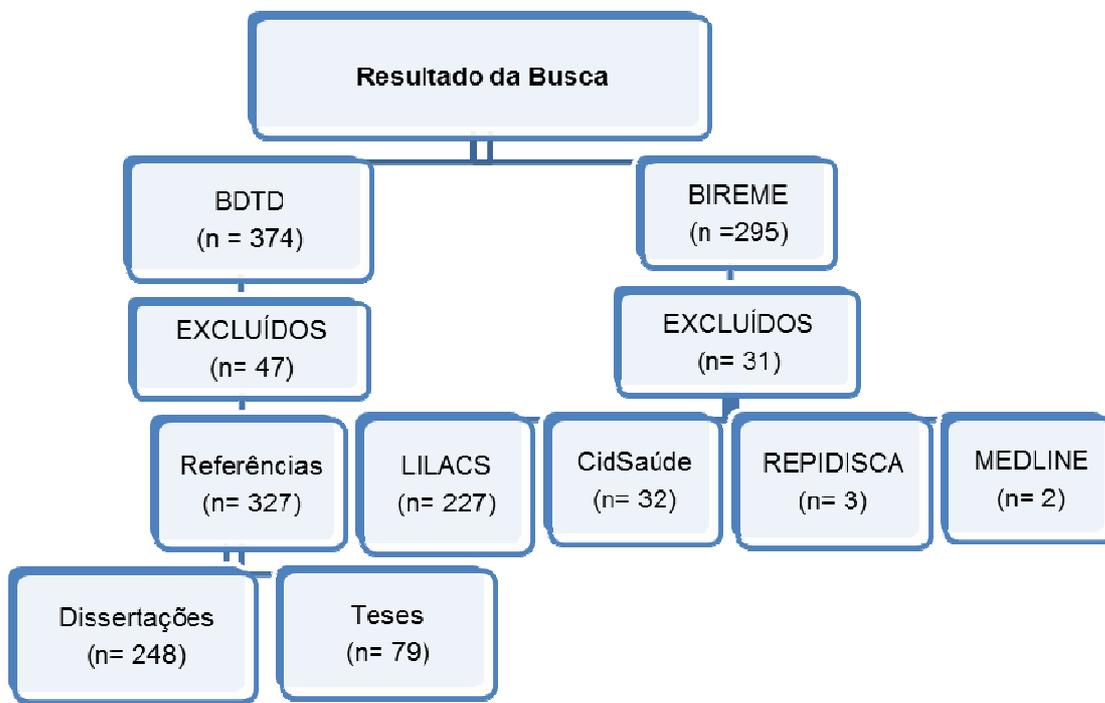
Elaboração própria

Das 295 referências oriundas da BIREME, foram excluídas 24 referências, sendo 20 localizadores de informação em saúde (LIS) e 4 duplicatas na planilha eletrônica. O LIS é um catálogo de sites relevantes em saúde, selecionados segundo critérios de qualidade, cujo conteúdo é constituído por metadados que descrevem fontes de informação disponíveis na Internet, apontando para os links de hipertexto, mas que foram excluídos por serem sites. Além dessas, foram excluídas 47 (quarenta e sete) duplicatas dentre as 374 referências oriundas da base BDTD.

Em seguida, os dados foram transferidos para o *Vantage Point* a fim de obter uma análise mais detalhada dos resultados. O software *Vantage Point* foi utilizado para o tratamento das referências obtidas na busca bibliográfica. Este software é comercializado pela empresa americana SearchTechnology e é uma ferramenta de mineração de texto que possibilita compreender e navegar, relacionar, padronizar, criterizar e quantificar o resultado de pesquisas bibliográficas.

A transferência dos resultados para o *Vantage Point* foi feita em duas etapas. Inicialmente, foram transportadas as 271 referências oriundas da base BIREME e detectadas 7 duplicatas, ao utilizar a fonte, e 5 duplicadas, ao empregar o título como critério de duplicidade. Após a exclusão das 7 duplicatas identificadas pela fonte, restaram 264 referências para serem analisadas e quantificadas (Figura 1). O mesmo procedimento foi realizado com as 374 referências oriundas de base de dados da BDTD, dentre as quais foram identificadas 47 duplicatas e, após a sua exclusão, obteve-se um total de 327 referências (Figura1).

Figura 1 - Apresentação de como foi o processo de organização de resultado das buscas.



Elaboração própria

Desse modo, a busca resultou em um total de 593 referências, das quais 327 oriundas da BDTD, 227 da Lilacs, 32 da CidSaúde, 3 da Repidisca e 2 da Medline. Dessas, foram selecionadas 264 referências extraídas da base BIREME para a análise segundo as categorias supracitadas e, em seguida, foi realizada uma análise mais detalhada de um subconjunto de 17 artigos de periódicos que abordaram a avaliação em conjunto das três dimensões da análise. Os textos completos dos 17 artigos foram obtidos através da busca em bibliotecas virtuais e físicas, bem como a solicitação aos autores, quando os artigos não estavam disponíveis por meio eletrônico ou nos acervos das bibliotecas pertencentes ao Programa de Comutação Bibliográfica (COMUT), coordenado pelo IBICT e do qual fazem parte as bibliotecas da Fiocruz. Não foi possível obter a cópia de um artigo, a despeito do contato com os respectivos autores.

A decisão em restringir a análise aos artigos de periódicos que abordavam as três dimensões resultou da compreensão dos investigadores os artigos constituem, na atualidade, a representação da produção científica e que um processo avaliativo de qualquer programa ou serviço de saúde que combine essas três dimensões são mais abrangentes, impõem desafios metodológicos e operacionais e pressupõem uma maior capacidade explicativa dos fatores que influenciam os resultados da avaliação.

Desse modo, somente 16 artigos foram lidos integralmente e analisados de maneira mais detalhada, utilizando-se tanto as variáveis supracitadas quanto as variáveis definidas por NOVAES (2000, p. 549). Essas variáveis orientaram as decisões conceituais e metodológicas na construção dos processos de avaliação de cada artigo de periódico (Quadro 3) e são definidas da seguinte maneira:

- *Objetivo da avaliação*: priorização das condições de produção do conhecimento ou das condições de utilização do conhecimento (tomadas de decisão, aprimoramentos na gestão).
- *Posição do avaliador*: externo ou interno, por referência ao objeto avaliado.
- *Enfoque priorizado*: interno, de caracterização/compreensão de um contexto, ou externo, de quantificação/comparação de impactos de intervenções.
- *Metodologia predominante*: quantitativa ou qualitativa, situacional ou experimental/quasi-experimental.
- *Contexto da avaliação*: controlado ou natural.
- *Forma de utilização da informação produzida*: demonstração/comprovação ou informação, instrumentalização.
- *Tipo de juízo formulado*: comprovação/negação de hipóteses, recomendações ou normas.
- *Temporalidade da avaliação*: pontual, corrente, contínua.

Quadro 3. Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados.

Cr�terios	Investiga�o avaliat�ria	Avalia�o para decis�o	Avalia�o para gest�o
Objetivo da avalia�o	Conhecimento	Tomada de decis�o	Aprimoramento
Posi�o do avaliador	Externo (interno)	Interno/Externo	Interno/Externo
Enfoque priorizado	Impactos	Caracteriza�o /compreens�o	Caracteriza�o/ Quantifica�o
Metodologia predominante	Quantitativo (qualitativo) experimental / quasi-experimental	Qualitativo e quantitativo situacional	Quantitativo e qualitativo situacional
Contexto da avalia�o	Controlado	Natural	Natural
Forma de utiliza�o da informa�o produzida	Demonstra�o	Informa�o	Instrumento para gest�o
Tipo de ju�zo formulado	Hip�teses	Recomenda�es	Normas
Temporalidade da avalia�o	Pontual/replicado	Corrente/pontual	Integrado/cont�nuo

Fonte: NOVAES (2000, p. 549).

Novaes (2000) explica que a investiga o avaliatria   geralmente desenvolvida sob a coordena o de institui es acadêmicas, seja por iniciativa própria ou a partir de solicita es de instâncias públicas com elevado poder sobre a implementa o ou reorienta o de macropolíticas (Ministérios ou Secretarias Estaduais, Legislativo e outros  rg os). Nessas, a distância dos avaliadores, ou de pelo menos parte da equipe responsável pelas principais decisões, o que não implica a ausência da participa o de avaliadores internos no processo, dada a valoriza o da máxima objetividade possível,   considerada uma condi o necessária ao adequado desenvolvimento da investiga o. As principais questões

que orientam as pesquisas de avaliação dizem respeito preponderantemente à identificação de impactos obtidos pelas ações a serem avaliadas, embora sejam passíveis de serem formuladas de forma mais direta ou mais mediatizada através do estabelecimento de nexos entre uma ação ou ações e determinadas alterações observadas na realidade (indivíduos, populações, práticas, ambiente etc.). A metodologia ainda dominante na pesquisa de avaliação é a de natureza quantitativa, mas com crescente participação das formas de natureza qualitativa. Isso implica o estabelecimento de relativo controle sobre o contexto em que se desenvolve a pesquisa e, por conseguinte, a proposição de desenhos metodológicos experimentais ou, mais frequentemente, quasi-experimentais. Diante dessas condicionantes, a informação ou conhecimento produzido deverá ser utilizado para a demonstração dos pressupostos iniciais que orientaram todo o processo e o juízo formulado como resultado da pesquisa de avaliação estará relacionado a esses mesmos pressupostos ou hipóteses. Dado que essas pesquisas em geral tem como objetivo responder a questões cuja necessidade de resposta, ainda que previsível, não é planejada com antecedência, isso implica, habitualmente em uma temporalidade pontual, podendo eventualmente ser replicadas, temporal ou espacialmente, para efeito comparativo.

Já na avaliação para a decisão, o objetivo dominante é a efetiva capacidade de participar de processos de tomada de decisão, ou seja, que a investigação produza respostas para perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado. Desse modo, o avaliador interno passa a ter uma posição decisiva no desenrolar do processo, a despeito da participação de avaliadores externos na equipe coordenadora da avaliação. O enfoque priorizado, ou seja, aquele que orienta os principais objetivos é o reconhecimento do objeto na profundidade necessária para a sua adequada compreensão, identificação dos problemas e alternativas de equacionamento possíveis. (GUBA & LINCOLN, 1986; GREENE, 1994, apud NOVAES, 2000). São utilizadas metodologias de natureza qualitativa e quantitativa, de natureza situacional, com desenhos relativamente abertos e específicos para cada tipo de aproximação e apreensão da realidade buscada, tais como os estudos de caso. O desejo do investigador é manter um contexto o mais

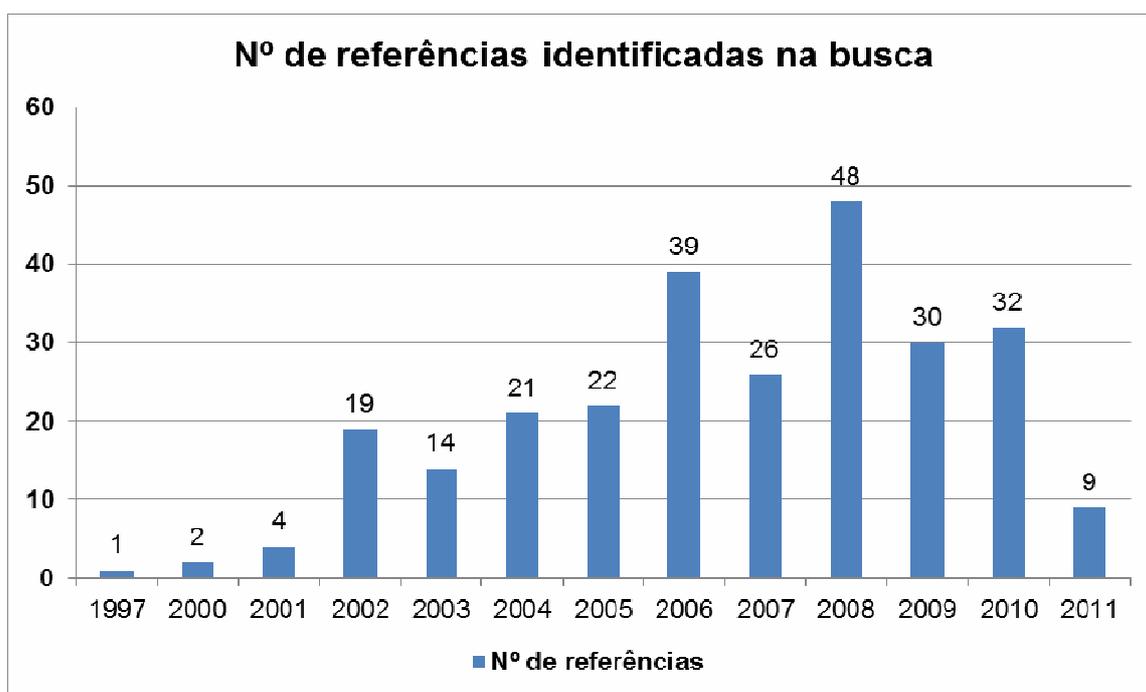
natural possível e cujos resultados deverão ser articulados no momento da análise geral, tomando por referência uma teoria geral que permita a sua integração (CHEN, 1990). Esses resultados constituem informações geralmente reconhecidas como melhor construídas e mais sistematizadas do que aquelas inicialmente disponíveis sobre o objeto avaliado, mas cujo valor final não é intrínseco e será medido por sua capacidade de se transformar em recomendações positivas. Ou seja, capazes de contribuir para a solução dos problemas identificados pelos demandantes da avaliação ou ao longo do processo (PATTON, 1997, p. 46 apud NOVAES). Esse tipo de avaliação, ainda que possa ser realizado de maneira pontual, é de natureza corrente, uma vez que é geralmente previsto para acontecer no momento da proposição e implantação do objeto avaliado.

Por último, a avaliação para gestão não tem como objetivo principal a busca por fundamentos, justificativas ou redirecionamentos, mas a produção da informação que contribua para o aprimoramento de uma dada condição. Nessa medida, a presença do avaliador interno é condição necessária e é, nesses termos, que se dá a participação do avaliador externo, em geral presente. O enfoque priorizado é o da caracterização de uma condição e a sua tradução em medidas que possam ser quantificadas e replicadas. Predominam as metodologias de natureza quantitativa, podendo estar também presentes instrumentos com abordagem qualitativa, desde que passíveis de uso padronizado. Esse tipo de investigação desenvolve-se em contexto natural ou mesmo inserido na rotina administrativa, em que os desenhos gerais das avaliações são construídos pela agregação de medidas representativas de uma totalidade. A informação produzida é prioritariamente voltada para o desenvolvimento e aprimoramento de indicadores. O resultado desejado para essa avaliação é a proposição de critérios ou normas a serem incorporadas na utilização desses indicadores no desempenho rotineiro do objeto avaliado, contribuindo para a garantia do seu bom funcionamento (DONABEDIAN, 1986; SCRIVENS, 1995; SCHOENBAUM et al, 1995 apud NOVAES, 2000).

4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

No período entre 1994 e 2011, a distribuição da produção científica indexada sobre o tema de avaliação do PSF (Gráfico 1) concentra-se no intervalo compreendido entre os anos 2006 e 2008, correspondendo a cerca de 50% do total das referências identificadas. O ano de 2011 apresentou uma produção menor, não passível de ser o total produzido no ano, pois a busca restringiu-se ao período de janeiro a setembro de 2011.

Gráfico 1. Distribuição das referências segundo ano de publicação – Lilacs, CidSaúde, Repidisca, Medline, BDTD – 1994 a setembro de 2011.



Fonte: BIREME

Dentre as 264 referências, 180 (68,2%) correspondiam a artigos de periódicos (tabela 1) e 28 (10,6%) eram dissertações de mestrado.

Tabela 1. Distribuição das referências analisadas segundo tipos de documentos encontrados na busca.

Tipo de Documento	Referências	Base de dados
Artigo de periódico	180	Lilacs, CidSaúde, Repidisca, Medline
TESE	21	Lilacs, CidSaúde
Trabalho Institucional	22	Lilacs, Cid Saúde, Repidisca
Dissertação	28	Lilacs, CidSaúde
Livro	3	Lilacs
Capítulo de Livro	2	Lilacs
Monografia	8	Lilacs

Fonte: BIREME

Na tabela 2, observa-se que dentre as 198 referências que informaram o território de abrangência do estudo, 75 (37,9%) abrangiam municípios que não eram a capital da unidade federada, 40 (20,2%) correspondiam aos municípios das capitais e 30 (14,6%) tinha mais de um município como território de estudo. Do total de referências, 66 (25%) não informaram o território de abrangência do estudo.

Tabela 2. Distribuição dos 198 referências segundo o território de abrangência do estudo, 2004 - 2011.

Estado / Região	TERRITÓRIO								Total	%
	Bairro / Distritos	Município	Município capital	Municípios	Estado	Estados	Regiões	Brasil		
AC	-	-	1	-	-	-	-	-	1	0,5
AM	-	-	1	1	-	-	-	-	2	1,0
PA	1	-	-	-	-	-	-	-	1	0,5
AL	-	-	-	-	1	-	-	-	1	0,5
BA	-	-	-	2	1	-	-	-	3	1,5
CE	1	4	3	3	2	-	-	-	13	6,6
PB	1	4	-	-	1	-	-	-	6	3,0
PE	1	5	5	1	4	-	-	-	16	8,1
PI	-	-	1	-	-	-	-	-	1	0,5
RN	1	3	1	-	1	-	-	-	6	3,0
ES	-	-	1	-	-	-	-	-	1	0,5
MG	1	12	-	1	-	-	-	-	14	7,1
RJ	6	9	10	3	-	-	-	-	27	13,6
SP	5	17	12	5	3	-	-	-	42	21,2
PR	1	11	-	-	-	-	-	-	12	6,1
SC	1	1	3	3	-	-	-	-	8	4,0
RSI	-	7	-	1	1	-	-	-	9	4,5
DFI	-	-	-	-	1	-	-	-	1	0,5
GO	2	1	-	1	-	-	-	-	4	2,0
MT	-	1	1	1	2	-	-	-	5	2,5
MS	-	-	1	-	-	-	-	-	1	0,5
MG e BA	-	-	-	1	-	-	-	-	1	0,5
SP, BA e CE	-	-	-	-	-	1	-	-	1	0,5
AL, PB, PE, PI, RN, RS e SC	-	-	-	3	-	-	-	-	3	1,5
Região NE	-	-	-	4	-	-	-	-	4	2,0
Região NE e Sul	-	-	-	-	-	-	1	-	1	0,5
Brasil	-	-	-	1	-	-	-	13	14	7,1
Total	21	75	40	30	17	1	1	13	198	100,0

Fonte: BIREME

Em relação ao local onde foram realizados estudos de avaliação do PSF, o estado de São Paulo abrange 42 (21,2%) dos estudos realizados exclusivamente no âmbito estadual, seguido pelos estados do Rio de Janeiro, Pernambuco, Minas

Gerais, Ceará e Paraná (Tabela 3). Essas unidades federativas compreendem 62,6% do total de estudos desenvolvidos para avaliação do Programa Saúde da Família no período de 1994 a 2011.

Tabela 3. Distribuição dos 198 referências segundo unidade federativa (UF) / região geográfica de abrangência do estudo, 2004 - 2011.

Unidades Federativas do Brasil - UF	Nº	%
São Paulo	42	21,2
Rio de Janeiro	27	13,6
Pernambuco	16	8,1
Minas Gerais	14	7,1
Ceara	13	6,6
Paraná	12	6,1
Rio Grande do Sul	9	4,5
Santa Catarina	8	4,0
Paraíba	6	3,0
Rio Grande do Norte	6	3,0
Mato Grosso	5	2,5
Goiás	4	2,0
Região Nordeste	4	2,0
Bahia	3	1,5
Amazonas	2	1,0
Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina	2	1,0
Acre	1	0,5
Alagoas	1	0,5
Distrito Federal	1	0,5
Espírito Santo	1	0,5
Mato Grosso do Sul	1	0,5
Minas Gerais e Bahia	1	0,5
Pará	1	0,5
Piauí	1	0,5
São Paulo, Bahia e Ceara	1	0,5
Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí e Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina	1	0,5
Região Nordeste e Sul	1	0,5
<i>Brasil</i>	<i>14</i>	<i>7,1</i>
Total	198	100,0

Fonte: BIREME

Nota: A unidade federativa não foi identificada em 66 (25%) referências.

Na tabela 4, destaca-se a revista Cadernos de Saúde Publica com 18,9% do

total de artigos publicados sobre avaliação do PSF, seguida das revistas Ciência & Saúde Coletiva (12,6%), Revista de Atenção Primária à Saúde (4,4%) e Revista de Saúde Pública (3,9%).

Tabela 4 – Distribuição dos 180 artigos de periódicos segundo a revista de publicação, 2004 - 2011.

Revista de Publicação	Nº	%
Caderno Saúde Pública	34	18,9
Ciência & Saúde Coletiva	23	12,8
Revista de APS	8	4,4
Revista Saúde Pública	7	3,9
Saúde Coletiva	7	3,9
Revista Brasileira Saúde Materno Infantil	6	3,3
Saúde Sociedade	6	3,3
Acta Paulistana de Enfermagem	5	2,8
Revista Latino Americana de Saúde	5	2,8
Revista de Enfermagem da UERJ	5	2,8
Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)	3	1,7
Revista Espaço Saúde (Online)	3	1,7
Divulgação em Saúde para Debate	3	1,7
Revista de Administração em Saúde	2	1,1
<i>Revista de Administração Pública</i>	1	0,6
Arquivos Brasileiros de Cardiologia	2	1,1
Revista Arquivos Ciência da Saúde	2	1,1
Epidemiologia e Serviços de Saúde	2	1,1
Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	2	1,1
Interface: Comunicação, Saúde, Educação	2	1,1
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada	2	1,1
Physis (Rio de Janeiro)	2	1,1
Revista Brasileira de Oftalmologia	2	1,1
Revista Baiana de Saúde Pública	2	1,1
Revista Brasileira de Educação Médica	2	1,1
Revista Brasileira de Epidemiologia	2	1,1
Revista Brasileira de Mastologia	2	1,1

Fonte: BIREME

Tabela 4 – Distribuição dos 180 artigos de periódicos segundo a revista de publicação, 2004 - 2011 (continuação).

Revista de Publicação	Nº	%
Revista Brasileira em Promoção da Saúde (Impresso)	2	1,1
Revista de Patologia Tropical	2	1,1
Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-RENE	2	1,1
Saúde em Debate	2	1,1
Revista Gaúcha de Enfermagem	1	0,6
Arquivos Médicos do ABC	1	0,6
Texto & Contexto Enfermagem	1	0,6
ACM: Arquivos Catarinenses de Medicina	1	0,6
Boletim Saúde	1	0,6
Caderno Espaço Feminino	1	0,6
Ciência, Cuidado e Saúde.	1	0,6
Cogitare Enfermagem	1	0,6
Fisioterapia em Movimento	1	0,6
Higiene Alimentar	1	0,6
Jornal Brasileiro de Psiquiatria	1	0,6
Nursing (São Paulo)	1	0,6
Odontologia Clínico-Científica	1	0,6
Promotion & Education	1	0,6
Psicologia e Sociedade	1	0,6
Psicologia USP	1	0,6
Revista da Associação Médica Brasileira	1	0,6
Revista Médica Brasileira	1	0,6
Revista da Escola de Enfermagem da USP	1	0,6
Revista ABENO	1	0,6
Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	1	0,6
Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada	1	0,6
Revista Eletrônica Enfermagem	1	0,6
Revista Médica de Minas Gerais	1	0,6
Revista Psiquiatria de Rio Grande do Sul	1	0,6
Revista Saúde de Rio Grande do Norte	1	0,6
Revista Sanare	1	0,6
Stomatos	1	0,6
Sustentação	1	0,6
Trabalho, Educação e Saúde	1	0,6
Total	180	100,0

Fonte: BIREME

Na tabela 5, nota-se que cercam de metade das referências (39,1%) enquadra-se nas categorias de estudo avaliativo. Não foi possível identificar o tipo de estudo em 49 (19%) referências.

Tabela 5. Distribuição das referências segundo tipo de estudo, 2004 - 2011.

Tipo de Estudo	Nº de referências	%
Avaliativo	63	29,3
Estudo descritivo	58	27,0
Avaliativo e descritivo	21	9,8
Caso	41	19,1
Coorte	2	0,9
Epidemiológico	6	2,8
Exploratório	5	2,3
Exploratório e descritivo	17	7,9
Fenomenológico	1	0,5
Seccional	1	0,5
Total	215	100,0

Fonte: BIREME

Nota: O tipo de estudo não foi identificado em 49 (18,6%) referências.

Dentre as 183 referências sobre avaliação do Programa Saúde da Família que informaram o método, a abordagem qualitativa foi utilizada exclusivamente em 73 (28%) dos estudos e o método quantitativo foi empregado em 55 (21%) dos estudos (Tabela 6). A combinação dos métodos quantitativo e qualitativo está presente em 43 (23,5%) das referências, sendo que o binômio quanti-qualitativo correspondeu à maioria dos estudos com métodos mistos. Não foi possível identificar através da leitura exaustiva do resumo que tipo de método foi utilizado em 81 (31%) referências.

É importante ressaltar que dentre as 183 referências que mencionaram o tipo de instrumento utilizado na coleta dos dados, 90 (49,1%) referem o uso da entrevista, separadamente ou combinada a outros instrumentos (Tabela 7). O uso do questionário separado ou combinado com outros instrumentos é mencionado em 71 (38,8%) das referências. Quase um terço das referências não possibilitou a

identificação do instrumento utilizado.

Tabela 6. Distribuição das referências analisadas segundo método utilizado no estudo.

Método	Nº de referências	%
Descritivo	2	1,1
Quali-Quantitativa	10	5,5
Qualitativa	73	39,9
Quanti-Qualitativa	33	18,0
Quantitativa	55	30,1
Teórico	6	3,3
Transversal	4	2,2
Total	183	100%

Fonte: BIREME

Nota: O método de estudo não foi identificado em 81 (30,7,%) das referências.

Tabela 7. Distribuição das referências analisadas segundo instrumento utilizado no estudo.

Instrumento	Nº de referências	%
Dados Secundários	28	15,3
Dados Secundários + Entrevista	5	2,7
Dados Secundários + Questionário	1	0,5
Entrevista	36	19,7
Entrevista + Grupo Focal	5	2,7
Entrevista + Observação	13	7,1
Entrevista + Questionário	28	15,3
Formulário	5	2,7
Grupo focal	5	2,7
Inquérito Domiciliar	3	1,6
Observação	12	6,6
Observação + Questionário + Entrevista.	3	1,6
Questionário	37	20,2
Questionário + Etnografia + Grupo Focal	1	0,5
Questionário + Observação	1	0,5
Total	183	100,0

Fonte: BIREME

Nota: O instrumento utilizado no estudo não foi identificado em 81 (30,7,%) das referências.

A distribuição segundo a dimensão de análise (Tabela 8) mostra que as

avaliações de processo foram mencionadas exclusivamente ou combinadas com as outras dimensões respectivamente, em 61 (23%) e 178 (80,5%) das referências. A combinação de duas e três dimensões esteve presente em 88 (33%) e 30 (11%) das referências. A dimensão de análise não foi identificada em 43 (16%) referências.

Tabela 8. Distribuição das referências analisadas segundo dimensão de análise.

Dimensão da análise	Nº de referências	%
Estrutura	6	2,7
Processo	61	27,6
Resultado	36	16,3
Estrutura + Processo	27	12,2
Estrutura + Resultado	1	0,5
Processo + Resultado	60	27,1
Estrutura + Processo + Resultado	30	13,6
Total	221	100,0

Fonte: BIREME

Nota: A dimensão da análise não foi identificada em 43 (16,3%) das referências.

No tocante às 30 referências que abordavam as três dimensões da análise, 17 (56,7%) são artigos publicados em periódicos (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição do tipo de documento das referências com as três dimensões de análise.

Tipo de Documento	Nº de referências	%
Artigo de periódico	17	56,7
Capítulo de Livro	1	3,3
Dissertação	1	3,3
Teses	10	33,3
Trabalho Institucional	1	3,3
Total	30	100,0

Fonte: BIREME

Na análise detalhada dos 16 artigos que contemplam as três dimensões da análise, verifica-se que a investigação avaliativa e a avaliação para gestão são os principais tipos de avaliação referidos pelos autores dos estudos, sendo que dois artigos tratavam apenas de aspectos teóricos relacionados à análise de estrutura,

processo e resultado.

Tabela 10. Análise dos 14 artigos segundo os três tipos de avaliação supracitados a luz do Novaes (2000, p. 549).

Tipo de Avaliação	Nº	%
Investigação Avaliativa	6	37,5
Avaliação para Gestão	6	37,5
Avaliação para Decisão	2	12,5
Discussão teórica	2	12,5
Total	16	100,0

Fonte: BIREME

Excluídos os dois artigos de discussão teórica, a análise dos 14 artigos mostra que as características dos estudos correspondem ao tipo de avaliação.

Tabela 11. Análise dos 14 artigos de periódicos segundo as variáveis de Novaes.

Características da avaliação	Nº	%
Objetivo da Avaliação		
Aprimoramentos	6	42,9
Produção de Conhecimento	6	42,9
Tomada de decisão	2	14,3
Posição do Avaliador		
Interno / externo	8	57,1
Externo / interno	6	42,9
Enfoque Priorizado		
Caracterização / quantificação	6	42,9
Impactos	6	42,9
Caracterização / compreensão	2	14,3
Metodologia predominante		
Quantitativo e qualitativo situacional	6	42,9
Quantitativo e qualitativo	5	35,7
Qualitativo e quantitativo	2	14,3
Quantitativo	1	7,1
Contexto da avaliação		
Natural	8	57,1
Controlado	6	42,9
Forma de utilização da informação produzida		
Demonstração	6	42,9
Instrumentos para gestão	6	42,9
Informação	2	14,3
Tipo de juízo formulado		
Hipóteses	6	42,9
Normas	6	42,9
Recomendações	2	14,3
Temporalidade da avaliação		
Pontual/replicado	8	57,1
Integrado/contínuo	6	42,9
Total	14	100,0

Elaboração própria

5. DISCUSSÃO

Ao analisar as 264 referências sobre avaliação do Programa Saúde da Família segundo o ano de publicação, o que chama a atenção é que uma parcela significativa da produção científica indexada concentra-se no período compreendido entre 2006 e 2008. Vale notar que somente em 1997, três anos após a implantação do PSF, é indexado o primeiro documento relativo à avaliação do PSF e trata-se de uma publicação do Ministério da Saúde referente ao programa de agentes comunitários. Em 2000 são indexados dois documentos - uma monografia de conclusão de curso de especialização e uma dissertação de mestrado e o primeiro artigo publicado em periódicos é indexado em 2001. Esse intervalo de tempo entre as publicações demonstra claramente as dificuldades infraestruturais em relação à questão produção versus publicação. Um desses fatores foi apontado por LENTSCCK et al (2010), como sendo uma falha ou dificuldade do programa em sistematizar um processo de avaliação ao priorizar as ações de implementação e adequação dos profissionais e usuários ao novo modelo assistencial. Além dessa falha apontada pelos autores, há que se considerar também questões como: dificuldade de inserção nos periódicos já que por vezes muitas produções sobre o tema não foram publicadas devido à incompatibilidade do tema com a política do periódico e que as primeiras avaliações do PSF resultaram em relatórios institucionais, tipologia não incluída nesta análise. Além desses acredita-se que possam existir outros fatores responsáveis por este período de intervalo. O período em que há uma maior produção científica ocorre após mais de uma década da criação do PSF, provavelmente resultante do incentivo às pesquisas, com destaque para o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF).). O Autor Luc Quoniam (1995) trás uma contribuição importantíssima para entendermos os fatores condicionantes nesse intervalo ao afirmar que um documento leva em torno de 2 anos para ser indexado pelas principais bases de dados, embora não exista dado recente que tenha analisado diferença significativa no ambiente em que todo o processo de editoração e submissão de artigos encontra-se automatizado.

A despeito do seu aparecimento tardio nas bases bibliográficas indexadas, o

artigo de periódico é o principal documento de divulgação dos resultados de avaliação do PSF, sendo que as teses, dissertações e trabalhos institucionais foram responsáveis por um terço das referências indexadas. Um ponto a ser destacado é a pouca consistência das informações constante nas bases de dados da BVS no que se refere à classificação de teses. A base recuperada na BVS listava 46 referências como teses, porém ao averiguar a fonte dessas referências, chamou a atenção o número de páginas menor do que o esperado para um trabalho de doutorado. Diante desse fato, procedeu-se a busca do documento original na BDTD e na BVS ou da sua referência na Plataforma Lattes e descobriu-se que 25 (54,3%) teses haviam sido classificadas erroneamente - 18 eram dissertação de mestrado e 7 eram monografias de conclusão de curso de especialização.

Com relação ao periódico de publicação dos 180 artigos científicos, destaca-se a participação das revistas de Saúde Pública e Saúde Coletiva na divulgação dos trabalhos de avaliação. Esses achados também foram constatados pelo trabalho de LENTSCK et al (2010) em que as revistas Cadernos de Saúde Pública e Ciências & Saúde Coletiva aparecem como os principais periódicos de publicação. Destaca-se também a presença de periódicos da área de enfermagem entre as publicações contendo artigos de avaliação do PSF, embora o número de artigos publicados ainda seja pequeno.

Nos resumos dos artigos constata-se que os autores descrevem seus estudos como descritivos em 34,9% dos casos, destacando a importância deste tipo de estudo na área da saúde, mas o método descritivo está presente apenas em 1,1% dos resumos. A opção pelos termos quantitativo e qualitativo parece ser a mais adequada para caracterizar a metodologia utilizada nos estudos de avaliação, seja pelo uso tradicional da abordagem quantitativa na avaliação da qualidade dos serviços de saúde, quanto pela disseminação do método qualitativo, que representa 39,9% dos métodos citados nos resumos. A relevância do método qualitativo pode ser explicada pelos itens avaliados no PSF, geralmente relacionados às mudanças nos processos de trabalho, tais como a acolhimento, integralidade do cuidado, respeito aos direitos dos pacientes. A adoção mais recente de métodos mistos, observada a partir da metade da década de 2000, ainda traz nas suas abordagens

uma ênfase maior no aspecto quantitativo, centrado muitas vezes no uso de indicadores epidemiológicos.

A maior parte das referências menciona como instrumentos de pesquisa o questionário e a entrevista, exclusivos ou combinados a outros instrumentos. Essa combinação de instrumentos traz as vantagens da abordagem quantitativa, por meio do uso de questionários padronizados e/ou estruturados, e também da abordagem qualitativa, ao explorar através das entrevistas e grupos focais, os aspectos que não foram antevistos no planejamento da pesquisa ou que não contemplados na confecção dos questionários.

Quanto à dimensão da avaliação, destaca-se a predominância dos estudos que elegeram o processo como objeto da avaliação, que poderia ser explicado pela preocupação decorrente da implantação e adequação das práticas de cuidados da saúde ao que é preconizado pelo PSF, bem como a facilidade da coleta de dados, o uso de diferentes metodologias e ao permitir a melhoria mais imediata da qualidade do cuidado através das mudanças nos processos de trabalho baseadas nos achados do estudo.

Na análise dos 14 artigos, o que se nota ao utilizar o modelo proposto por Novaes (2000, p.549), com exceção de dois artigos que discutiam a questão em uma perspectiva teórica, é a concordância entre as características descritas por essa autora e as características dos estudos referidos nos artigos. O alto grau de concordância pode ser devido ao período em que foram produzidos e indexados os artigos, ou seja, posteriormente à publicação do texto da supracitada autora, que serviu como modelo orientador para a definição do tipo de desenho e a metodologia utilizada.

A presença destacada de estudos do tipo avaliação para gestão e de investigação avaliatória seria resultante de um conjunto de fatores que operam nos campos das políticas públicas de avaliação dos serviços e de fomento à pesquisa. Dadas as características da avaliação para a gestão, que busca o aprimoramento de uma condição dada, onde a presença do avaliador interno é condição necessária, o enfoque priorizado é o da caracterização de uma condição e a sua tradução em medidas que possam ser quantificadas e replicadas, geralmente com o emprego de

metodologias quantitativas através de uma coleção de indicadores, percebe-se que a escolha dessa abordagem coaduna-se com as estratégias no nível estadual e federal que procuram para criar mecanismos de avaliação do desempenho rotineiro dos serviços de saúde. A presença de estudos do tipo investigação avaliativa, geralmente desenvolvida sob a coordenação de instituições acadêmicas, são o reflexo das políticas do Ministério da Saúde, que por meio de incentivo à realização de pesquisas, busca identificar os impactos das mudanças na organização do cuidado em saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação do PSF é hoje um mecanismo importante para acompanhar a aplicação dos princípios básicos da Atenção Básica em Saúde (ABS). Avaliar se tornou mecanismo chave na garantia de qualidade dos serviços de saúde.

Longe de esgotar todas as possibilidades de análise, face o vasto material produzido, acredita-se que o estudo atingiu seu objetivo. O estudo permitiu observar a produção científica sobre o tema aqui proposto, apesar de algumas limitações, como a análise aprofundada com leitura do texto completo de somente 16 artigos de uma população de 180 artigos de periódicos, excluindo teses, dissertações, monografias e trabalhos institucionais.

Notou-se que a produção científica sobre avaliação do Programa Saúde da família concentra-se no ano de 2006 e 2008. Os periódicos Cadernos de Saúde Pública e Ciência & Saúde Coletiva destacaram-se como os principais veículos de escoamento da produção científica no tema. A maior parte dos estudos foi realizada principalmente em São Paulo, Rio de Janeiro, Pernambuco e Minas Gerais, com foco específico para estudos aplicados no nível municipal, desde áreas menores, como bairros e distritos, conjuntos de municípios, com destaque para as capitais das unidades federadas de todo o Brasil.

Predominou o emprego do método qualitativo, combinado com entrevista e questionário, delineamento metodológico este capaz de aferir dados e indicadores. A constatação disso indica que tem sido levado em consideração o olhar, pensar e fazer saúde na certeza de que faz toda a diferença analisar a questão de saúde com delineamento qualitativo, não sendo mais preterido pelo método quantitativo, mas sim o uso combinado dos métodos.

Na Atenção Básica, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) ocasionou contribuições na implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família e no seu processo de avaliação, através do seu componente “monitoramento e avaliação”. Após a sua criação em 2003, houve um estudo crescente sobre avaliação do PSF. A maior parte desses estudos foi financiada pelo Ministério da Saúde (MS) com vista a apoiar a estruturação e

implementação de metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação de processo e desempenho. Nota-se que o aumento crescente em publicações de trabalhos sobre avaliação um ano após a criação do PROEFSF. Constatou-se, por meio da análise de publicações, que estas, muitas das vezes haviam sido encomendadas.

Considerando-se as três dimensões de análise, à luz do modelo Donabedian (1980), a concentração de artigos que analisaram a dimensão “processo” pode ser explicada pelo fato de que a proposta do PSF visa uma mudança no modelo organizacional onde as questões como o acolhimento, respeito aos direitos dos pacientes, a integralidade e a continuidade do cuidado são aspectos importantes a serem considerados e que fazem a diferença com o modelo tradicional.

Muitos trabalhos sobre avaliação do Programa Saúde da Família adotam o modelo tríade do Donabedian (1980) e a caracterização de tipo de avaliação de Novaes (2000) como delineamento metodológico para avaliar a qualidade dos serviços de saúde.

Por fim registra-se que neste estudo foi verificada, ao se utilizar a base LILACS via interface da BIREME, a não concordância quanto à classificação do tipo de documento indexado no que se refere a teses, dissertações e monografias. Percebeu-se que estas categorias estavam sendo classificadas erroneamente pela base. Então buscou-se o auxílio da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e da Plataforma Lattes para averiguar a real tipologia de todas as referências recuperadas naquela base.

Esta inconsistência na classificação indica que a LILACS não é uma base de dados adequada para busca de teses e dissertações, pois demanda o uso de outra fonte para se validar os resultados encontrados. Por outro lado, a BDTD revelou-se uma fonte importante, mas não é exaustiva na cobertura da produção de dissertações e teses. Possivelmente por ser um projeto relativamente recente não cobre toda a produção retroativa. Além disso, há uma tendência crescente para o depósito dos produtos dos programas de pós-graduação em repositórios institucionais de acesso aberto no país, iniciativa também coordenada pelo IBICT.

Na hipótese de se continuar a base LILACS, recomendam-se ações de supervisão e avaliação da alimentação desta tipologia documental garantindo assim a credibilidade e a consistência da base.

Assinala-se a importância de uma pesquisa bibliográfica como fonte de conhecimento sobre o que, como, onde, quando e quem está pesquisando sobre avaliação em saúde ou outro tema que se queira investigar. As bases de dados bibliográficas, além de constituir um acervo importante para esse conhecimento, devem ser utilizadas a fim de que se conheçam seu potencial e limitações no tocante à qualidade dos dados existentes nas suas bases (consistência, abrangência, etc.) e, por conseguinte, proceda ao aprimoramento dessa qualidade.

A BVS precisa rever a política de cadastramento de teses, possivelmente associando-o à BDTD ou aos repositórios institucionais, ao invés de duplicar os esforços cadastrando o mesmo documento duas vezes, aumentando as chances de erro de digitação.

Esta dissertação possibilitou um entendimento pessoal acerca da pesquisa bibliográfica. Do lado profissional, este trabalho configura início de respostas a muitas questões sobre avaliação e sua apropriação dentro do campo da saúde. Vale destacar que o processo avaliativo permite identificar os problemas e as limitações nas ações de saúde em curso, redirecionando os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a melhoria da assistência em saúde, incluindo financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada. É fato conhecido que a Guiné-Bissau ainda enfrenta sérios problemas de saúde e que para fazer frente a esta situação, o Ministério da Saúde Guineense precisa substituir o modelo tradicional de assistência à saúde, de caráter predominantemente hospitalar, para um modelo de medicina comunitária e de ações primárias de saúde, tendo em vista as limitações impostas pelos danos causados à maioria da infraestrutura de prestação de cuidados médicos pelo conflito político militar de 1988. As avaliações são fundamentais para o aprimoramento das ações dos serviços de saúde guineenses e a experiência brasileira, tomando-se em conta as diferenças nas estruturas dos sistemas de saúde nos dois países, serve como orientador na concepção e delineamento metodológico para as futuras atividades

avaliativas a serem realizadas no Programa Saúde da Família de Guiné-Bissau. Esta dissertação também possibilitou vislumbrar a necessidade de reformular em Guiné-Bissau as fontes de informação relativas aos programas de saúde, dentre as quais vale mencionar a Biblioteca Virtual de Saúde do PSF, visto que esse país ainda conta com poucos recursos de produção e publicação sobre o tema.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, M. J. & ANDER-EGG E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1994.

BERLINGUER, Giovanni. *Medicina e Política*. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1978.

BEUREN, Ilse Maria. (Org). *Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade*. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos direitos dos usuários da saúde*. Portaria MS nº 675, de 30 de março de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 648/gm de 28 de março de 2006*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em 21/05/2011

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial Saúde*. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde Comunitária, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Secretaria de fiscalização de programas do governo – SEPROG. *Avaliação do programa de Saúde da Família – PSF*. Brasília: 2002.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 10 jun.

2011.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciênc. saúde coletiva [online]*. vol.9, n.3, pp. 669-678, 2004.

CHEN, H.T. *Theory-driven evaluations*. Newbury Park: Sage Publications; 1990.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, Sup.1, p. S7-S27, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. Avaliação na Área da Saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 29 a 49.

DECLARAÇÃO de Alma-Ata. In: *CONFERÊNCIA Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, 1978. Disponível em:
<<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> . Acesso em: 10 jun. 2011.

DONABEDIAN, A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Qual Rev Bull* 1986;12:99-108.

DONABEDIAN, A. *The definition of quality and approach to its assessment*. Ann Harbor: Health Administration Press, 1980. v.1.

DUDZIAK, Elisabeth Adriana. Information literacy: princípios, filosofia e prática. *Ci. Inf. [online]*. 2003, vol.32, n.1, pp. 23-35. ISSN 0100-1965.

FIGUEIRÓ, A.C et al. *Padrões Internacionais dos Estudos de Linha de Base*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008

FLECK, M. P. A. *O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: características e perspectivas*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

FLEURY, A.C. C; FLEURY, M.T.L. Estratégias Competitivas e Competências Essenciais. *Gestão & Produção*, v.10, n.2, p.129-144, ago. 2003.

GREENE J.C. Qualitative program evaluation: practice and promise. In: DENZIN, N. K., LINCOLN, Y. S. (editors). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994. p. 531-44.

GUBA EG, Lincoln YS. *Fourth generation evaluation*. Newbury Park: Sage Publications; 1989.

QUONIAM, L. Les productions scientifiques em bibliometrie et dossier de travaux. Marseille, Universite Aix-Marseille III, 1995 (Habilitation a diriger recherches). 182 p.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação em Saúde. in: PEREIRA, Isabel Brasil ; LIMA, Júlio César França. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed.rev.ampl. Rio de Janeiro: ESPJV, 2009. 478p.

JATENE, A. D. et al. *Primeiro relatório técnico científico – novos modelos de assistência à saúde: avaliação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo*. São Paulo: FAPESP, 2000.

LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Government of Canada, 1981.

LENTSCK, Maicon Henrique; KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli ; KLUTHCOVSKY, Fábio Aragão. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. *Ciênc. saúde coletiva* [online]., v.15, n.3, p. 3455-3466, 2010

LITSIOS, S. The Christian Medical Commission and the development of the world health: Organization's primary health care approach. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 4, n. 1, p. 884-93, 2004.

MELLO, G. M; FONTANELLA, B. J. B; DEMARZO, M. M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. *Rev. APS*, v. 12, n. 2, p.

204-213, abr./jun. 2009.

MINAYO, M.C.S. Importância da avaliação qualitativa combinada com outras modalidades de avaliação. *Saúde & Transformação*, v.1, n. 3, p. 2-11, 2011.

NOVAES, Hillegonda Maria D. *Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde Rev. Saúde Pública*, 34 (5): 547-59, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Informe dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afnes*. Traducción al castellano del Dawson Report on the Future Provision of Medical and Allied Services, 1920. Geneve, 1964. (Publicación Científica, n.93).

PAIM, J. S. (2001) *Saúde da Família: espaço de reflexão e contra-hegemonia*. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, vol. 5, nº 9, pp.143-146.

PAIM, J. S. Avaliação em Saúde: uma pratica em construção. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araujo, SILVA, Ligia Maria Vieira da (Org). *Avaliação em Saúde: dos métodos teóricos á pratica na avaliação de programas e sistemas de saúde/* Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

PATTON, M. Q. *Creative Evaluation*. Beverly Hills. Sage, 1981.

SANDERS, J. R. Presencial address: on main streaming evaluation. *American Journal of Evaluation*, 23:253-259, 2002.

SANTOS, I.S.; SANTOS, S.A.; OLIBEIRA, R.C. Os avanços do programa saúde da família (PSF) no Brasil. Publicado em 11 de julho de 2009. Disponível em: <http://www.webartigos.com>. Acessado em 21 de março de 2012.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SCRIVENS, E. *Accreditation*. Buckingham: Open University Press; 1995.

SHORTELL, S; Richardson W. The Evaluation Process. In: *Health Program Evaluation*. St. Louis: CV Mosby Company, p. 16-37, 1978.

SISSON, M. C. *Considerações sobre o Programa de Saúde da Família e a Promoção de Maior Equidade na Política de Saúde*. Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.3, p.85-91, 2007.

STARFIELD, B. *Primare care. Concept, evaluation and policy*. Nueva York: Oxford University Press; 1992.

VIEIRA E.T, et al. O programa de saúde da família sob o enfoque dos profissionais de saúde. *Rev Bras Promoção da Saúde*; v. 17, n. 3:119-26, 2004.

WHITE, K. L; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1987.

WHITE, K. L; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 265, p. 885-892, 1961.