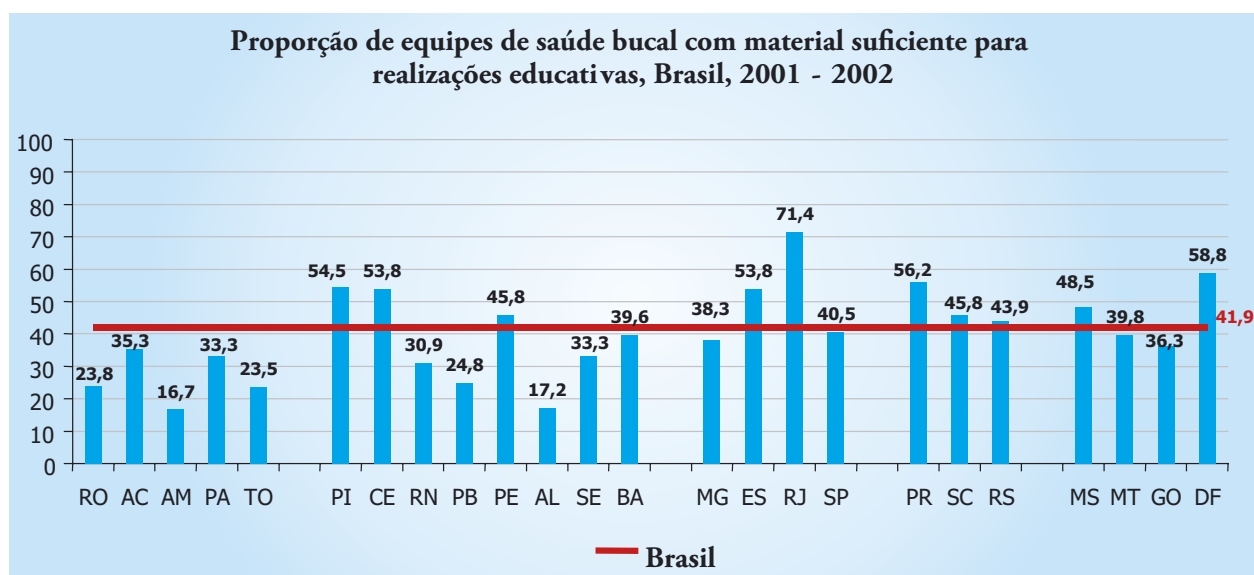


GRÁFICO 61



#### 4 Capacitação das equipes do Programa Saúde da Família

A qualificação dos profissionais das equipes de saúde da família constitui-se em uma ação estratégica para transformação das práticas de saúde, propiciando a mudança do modelo de atenção no caminho da integralidade e a maior resolubilidade da atenção básica.

Entendendo a estratégia de saúde da família como uma ruptura com os modelos de atenção tradicionais, o Ministério da Saúde preconizou que, para implantação das equipes, fosse realizado um treinamento básico, que orientasse as equipes sobre a lógica de funcionamento do Programa e a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, que ficou conhecido como treinamento introdutório.

As áreas temáticas do elenco de capacitações das equipes de saúde da família são bastante diversificadas, dependendo das necessidades loco-regionais. No entanto, a partir da definição das áreas estratégicas da atenção básica, o Ministério da Saúde estimulou que as equipes fossem capacitadas em um elenco mínimo de conteúdos, definidos no processo de discussão da organização e ampliação da atenção básica: saúde da criança, saúde da mulher, controle de hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase e saúde bucal.

##### 4.1 Treinamento introdutório e do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB

O treinamento introdutório deve ser ministrado, preferencialmente, anterior ou imediatamente após a implantação das equipes. Contudo, o percentual de equipes em que os médicos realizaram treinamento introdutório foi de 61,9%, com grandes variações entre os estados. Os melhores desempenhos foram alcançados pelos Estados de Amazonas (76,2%) e Tocantins (75,9%) no Norte; Maranhão (79,7%), Ceará (77,1%) e Rio Grande do Norte (76,2%) no Nordeste; Espírito Santo (80,6%) e Rio de Janeiro (73,4%) no Sudeste; Paraná (77,5%) e Rio Grande do Sul (74,2%) no Sul; e Mato Grosso (77,8%), Goiás (72,0%) e Distrito Federal (86,4%) no Centro-Oeste (Gráfico 62).

Para os enfermeiros, a média nacional foi de 69,4%, sendo que 16 estados alcançaram patamares superiores a 70%. Apenas um estado em cada uma das regiões, Sudeste (Minas Gerais), Sul (Santa Catarina) e Centro-Oeste (Mato Grosso do Sul), apresentaram valores inferiores a 70%, o que ocorreu em quatro estados do Norte (Rondônia, Roraima, Pará e Amapá) e quatro do Nordeste (Piauí, Paraíba, Alagoas e Bahia) (Gráfico 63).

GRÁFICO 62

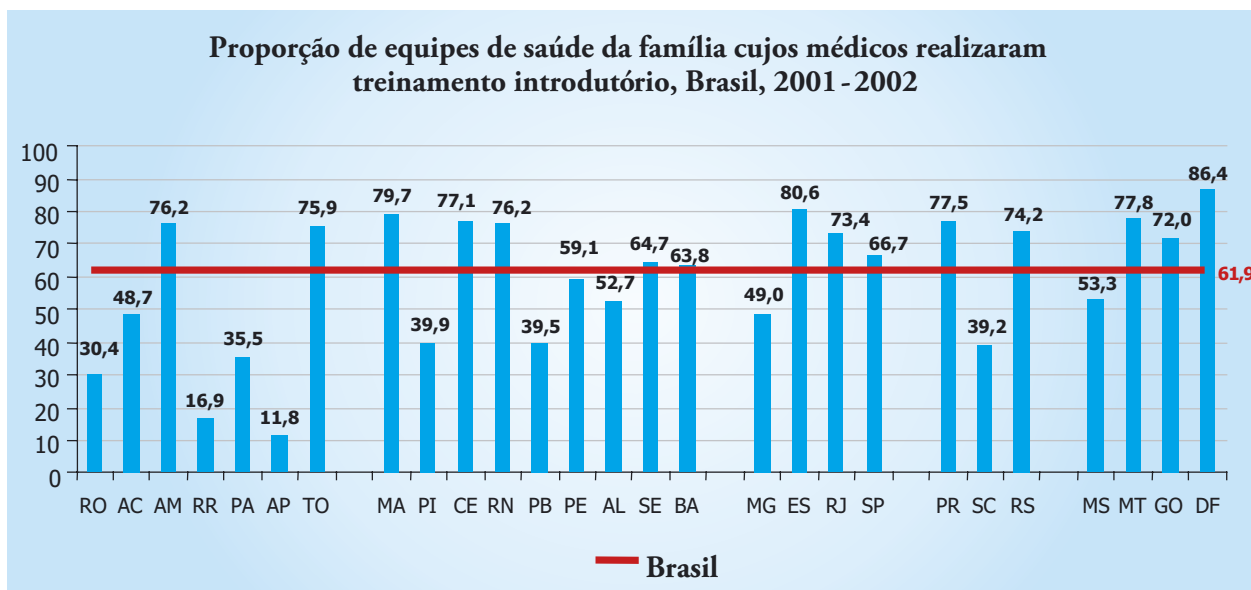
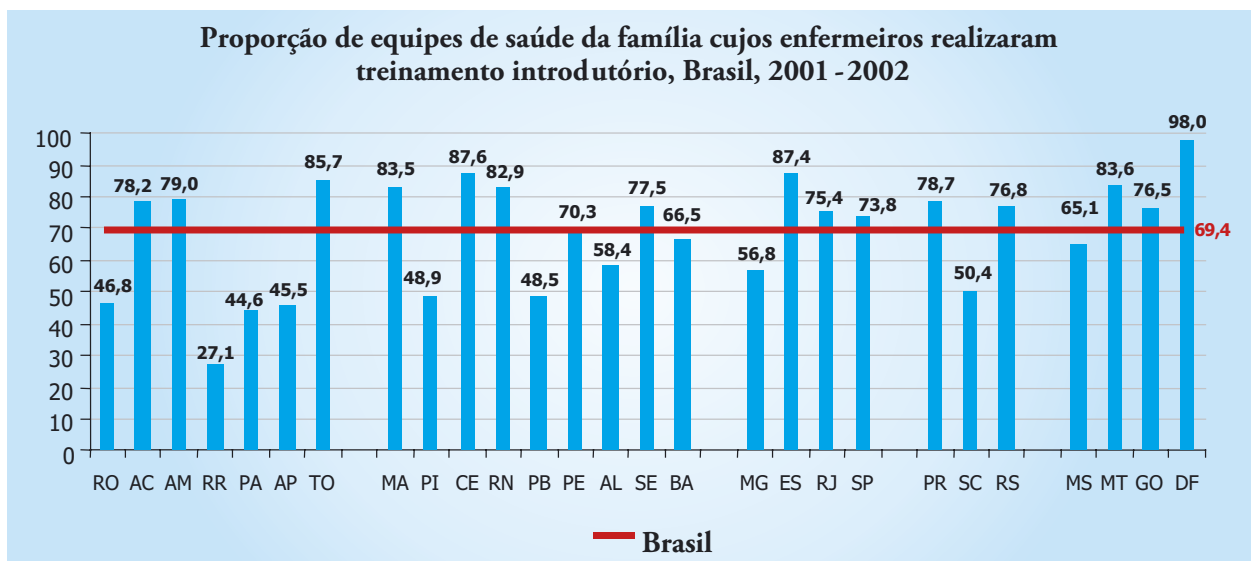


GRÁFICO 63



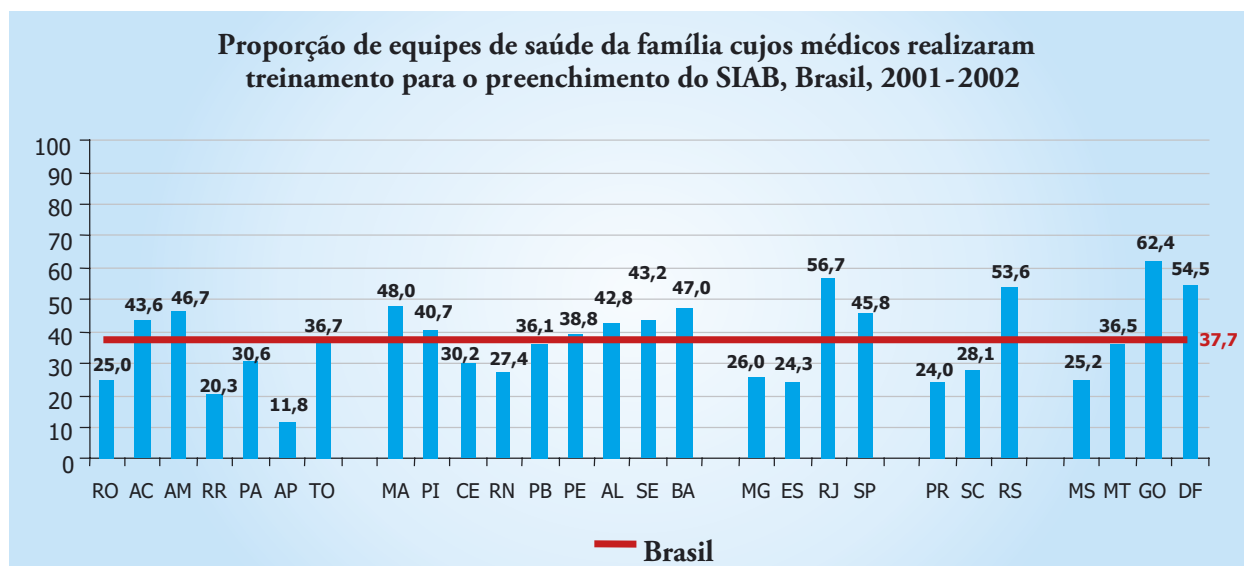
Em relação ao treinamento do SIAB, apenas 37,7% das equipes tinham médicos, e 55,1%, enfermeiros capacitados (Gráficos 64 e 65).

Para os médicos, os estados que apresentaram os menores percentuais de equipes foram Rondônia (25,0%), Roraima (20,3%), Pará (30,6%) e Amapá (11,8%) no Norte; Ceará (30,2%) e Rio Grande do Norte (27,4%) no Nordeste; Minas Gerais (26,0%) e Espírito Santo (24,3%) no Sudeste; Paraná (24,0%) e Santa Catarina (28,1%) no Sul; e Mato Grosso do Sul (25,2%) no Centro-Oeste (Gráficos 64).

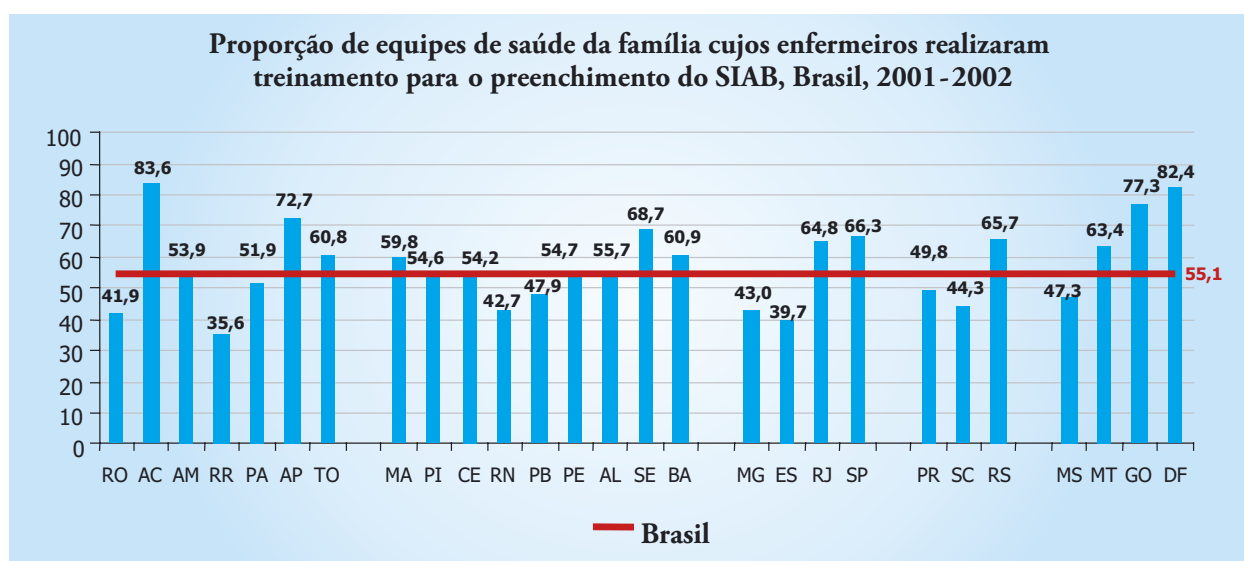
Os percentuais de equipes com enfermeiros capacitados no SIAB foram superiores àqueles apresentados quanto ao treinamento dos médicos em todos os estados, guardando uma certa similaridade nestas distribuições. Nenhum estado exibiu percentual inferior a 35% das equipes, e percentuais superiores a 60% foram observados no Acre (83,6%), Amapá (72,7%) e Tocantins (60,8%) no Norte; Sergipe (68,7%) e Bahia (60,9%) no Nordeste; Rio de Janeiro (64,8%) e São Paulo (66,3%) no Sudeste; Rio Grande do Sul (65,7%) no Sul; e Mato Grosso (63,4%), Goiás (77,3%) e Distrito Federal (82,4%) no Centro-Oeste (Gráficos 65).

Sumarizando, dado que 100% das equipes deveriam ter realizado o treinamento introdutório, os percentuais observados, tanto para médicos como enfermeiros, foram muito aquém do esperado, especialmente na Região Norte. Para o treinamento do SIAB, revelou-se maior insuficiência, o que compromete a utilização desta ferramenta para o monitoramento e avaliação das ações de saúde.

**GRÁFICO 64**



**GRÁFICO 65**



## 4.2 Capacitação em saúde da criança

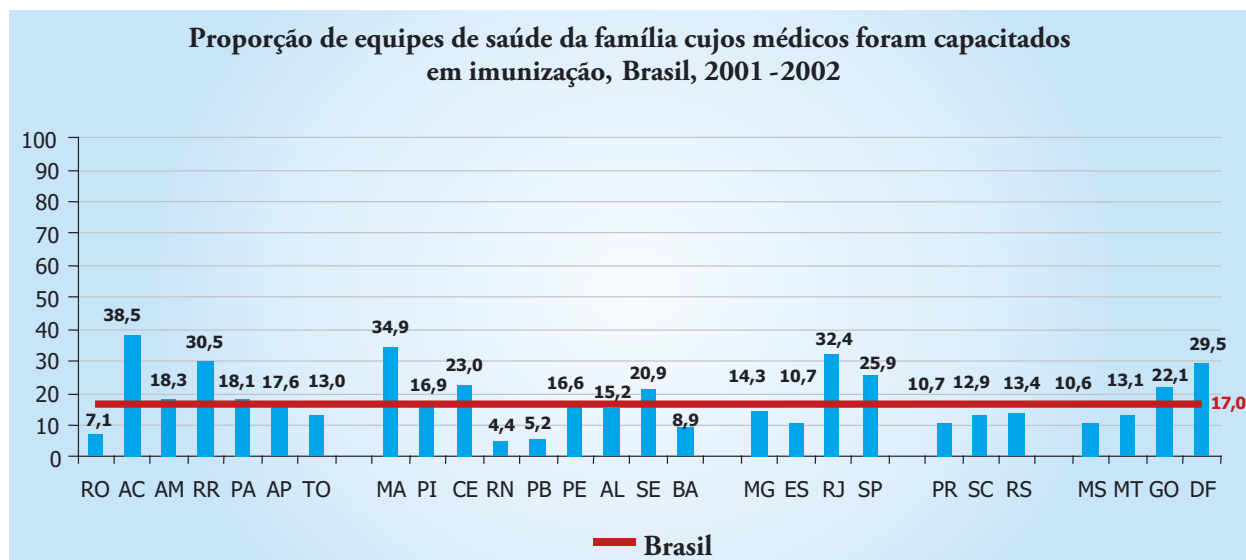
Entre as equipes implantadas no país, apenas em 17,0% dos médicos foram capacitados em imunização, com variações dos valores entre os estados, mas que não chegaram a níveis de 40% das equipes (Gráfico 66).

Com relação aos enfermeiros, esta situação é bastante diferenciada, situando-se a média nacional em 50,1%, sendo que apenas seis estados (Rio Grande do Norte, Paraíba, Minas Gerais, Espírito Santo, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul) tiveram patamares inferiores a 40% das equipes com enfermeiros treinados nesta temática (Gráfico 67).

Com relação ao treinamento na estratégia de Atenção Integral a Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI, o percentual de equipes com médicos e enfermeiros capacitados foi de, respectivamente, 17,0% e 21,2%. Em relação aos médicos, os maiores percentuais observados estavam entre 30% e 40% das equipes em seis unidades federadas (Acre, Pará, Ceará, Alagoas, Mato Grosso e Distrito Federal). Quanto aos enfermeiros, os percentuais de equipes foram ligeiramente superiores, situando-se entre 30% e 51% em oito unidades federadas (Acre, Pará, Ceará, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Mato Grosso e Distrito Federal) (Gráficos 66 e 69).

Para capacitação em saúde da criança, os percentuais para o Brasil foram extremamente baixos, exceto a capacitação de enfermeiros para imunização, que alcançou metade das equipes. A capacitação dos médicos nos dois temas investigados não alcançou 40% das equipes em nenhum estado.

**GRÁFICO 66**



**GRÁFICO 67**

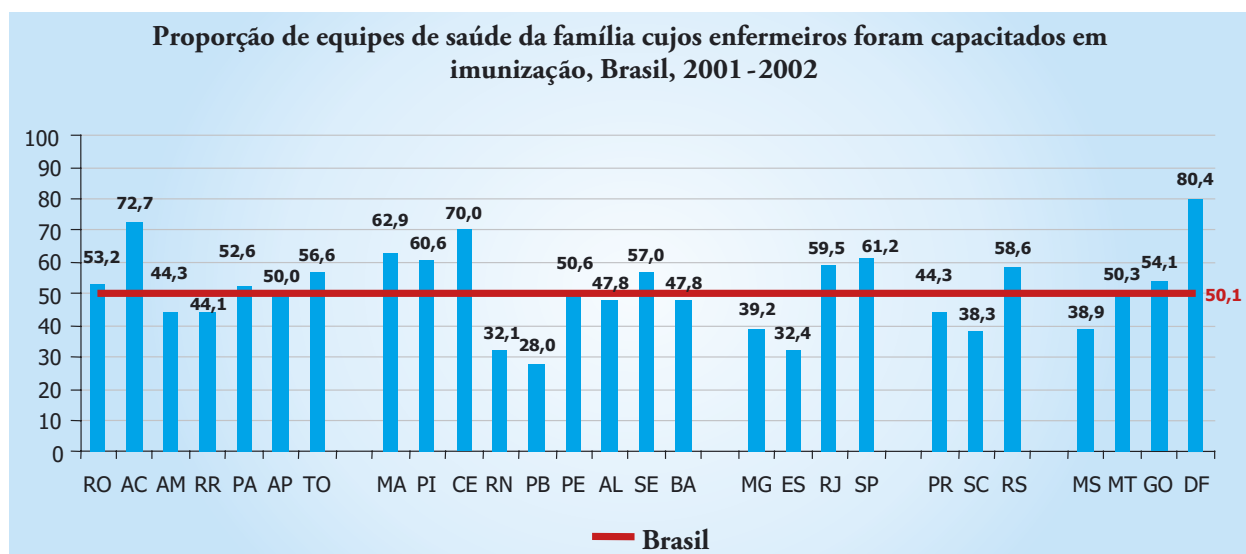


GRÁFICO 68

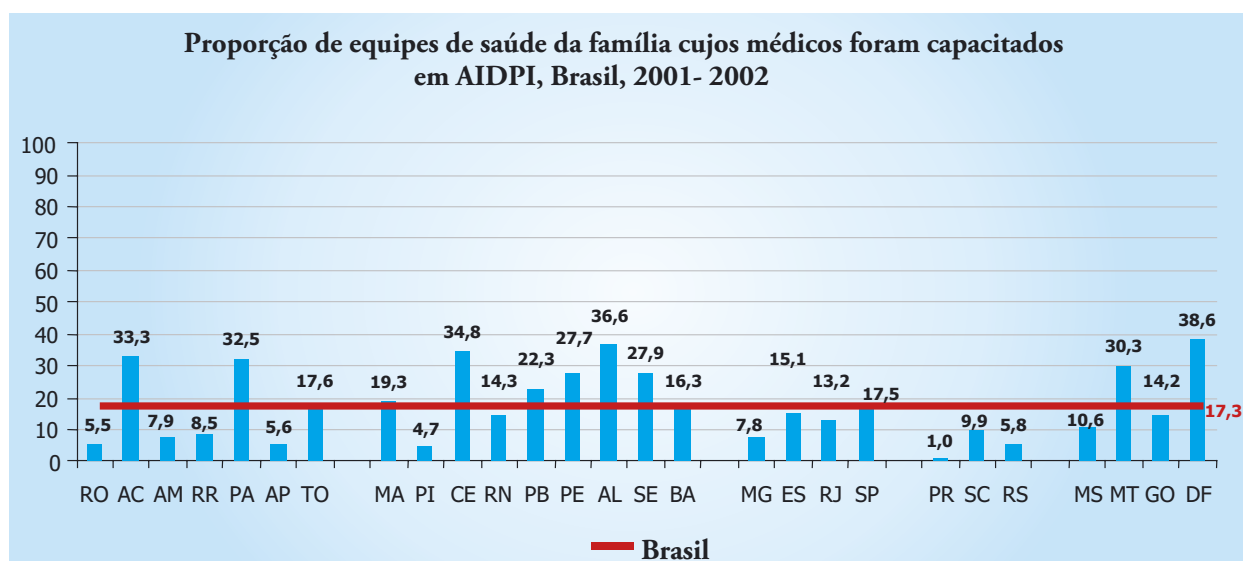
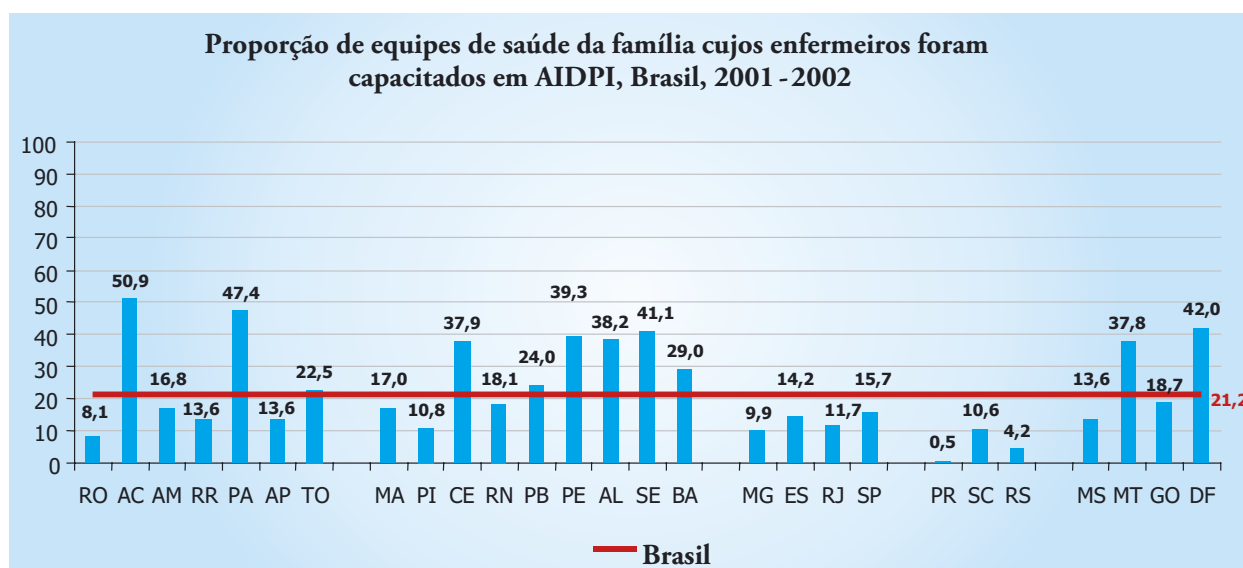


GRÁFICO 69



### 4.3 Capacitação em saúde da mulher

Apenas 31,1% das equipes tinham médicos que haviam recebido treinamento específico, percentual que alcançou 44,1% para os enfermeiros. Os padrões de distribuição entre os estados apresentaram variações importantes, sendo semelhantes para as duas categorias profissionais (Gráficos 70 e 71).

Ressalta-se que, com relação aos médicos, a maioria dos estados apresentou percentuais de equipes muito baixos, inferiores a 30% (Rondônia, Amazonas, Pará, Amapá, Tocantins, Piauí, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Bahia, Minas Gerais, Espírito Santo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso e Goiás). Quanto aos enfermeiros, apenas quatro estados (Amazonas, Amapá, Paraíba e Alagoas) situaram-se no referido patamar (Gráficos 70 e 71).

GRÁFICO 70

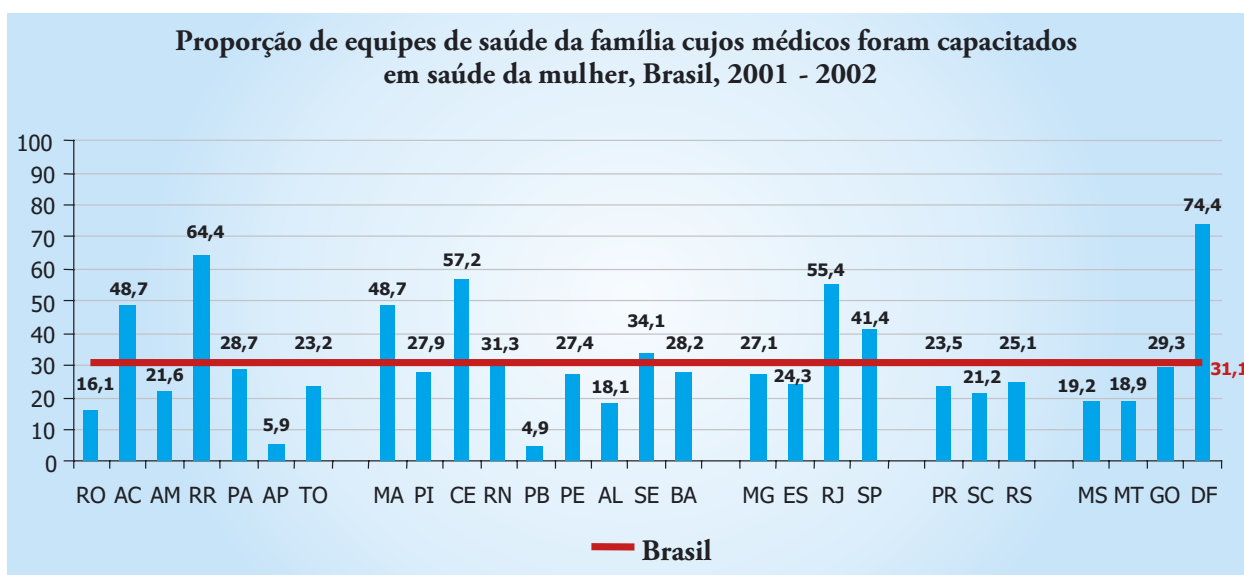
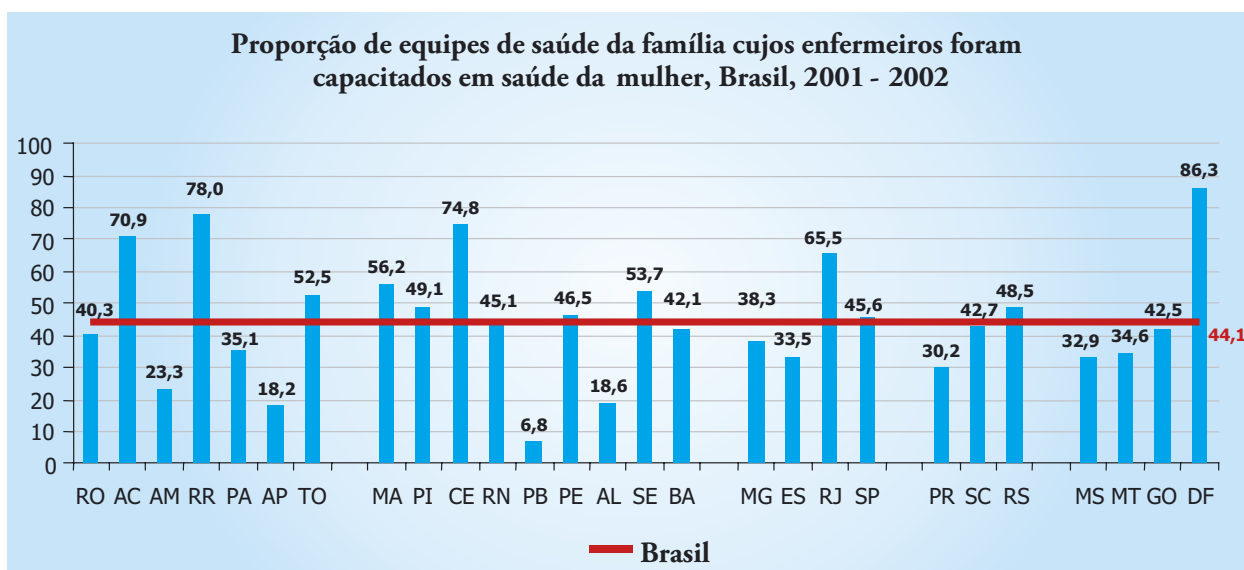


GRÁFICO 71



#### 4.4 Capacitação em saúde do adulto

Os percentuais de equipes que tinham médicos e enfermeiros capacitados em áreas estratégicas da atenção básica em saúde do adulto foram, respectivamente, de 42,4% e 44,5% para hipertensão, 42,6% e 46,0% para diabetes, 37,1% e 42,3% para hanseníase e 34,3% e 40,2% para tuberculose (Gráficos 72 a 79).

Percentuais de equipes superiores a 50% com profissionais capacitados em hipertensão e diabetes foram observados, na maioria das vezes, nos mesmos estados (Gráficos 72 a 75).

Para hipertensão, apenas em seis unidades federadas, mais da metade das equipes tinham médicos capacitados (Maranhão, Ceará, Alagoas, Rio de Janeiro, São Paulo e Distrito Federal) e em onze para enfermeiros (Acre, Tocantins, Maranhão, Piauí, Ceará, Alagoas, Sergipe, Rio de Janeiro, São Paulo, Goiás e Distrito Federal) (Gráficos 72 e 73).

Em diabetes, estes patamares de equipes foram observados em oito unidades federadas para médicos (Maranhão, Ceará, Alagoas, Sergipe, Rio de Janeiro, São Paulo, Goiás e Distrito Federal) e em dez para enfermeiros (Acre, Tocantins, Maranhão, Piauí, Ceará, Sergipe, Rio de Janeiro, São Paulo, Goiás e Distrito Federal) (Gráficos 74 e 75).

Os percentuais de equipes com médicos capacitados em hanseníase foram inferiores a 50% na maioria dos estados, exceto para Ceará, Pernambuco, Espírito Santo, Rio de Janeiro e Mato Grosso. Com relação aos enfermeiros, foram observados percentuais mais elevados de equipes com estes profissionais capacitados, sendo em doze estados superiores a 50% das equipes (Roraima, Pará, Amapá, Tocantins, Piauí, Ceará, Pernambuco, Sergipe, Espírito Santo, Rio de Janeiro, Mato Grosso e Distrito Federal) (Gráficos 76 e 77).

Finalmente, em relação à capacitação em tuberculose, os percentuais de equipes com médicos capacitados foram inferiores a 50% em quase todos os estados, com exceção de Roraima, Ceará e Pernambuco. Com relação aos enfermeiros, foram observados percentuais superiores a 50% em dez estados (Acre, Roraima, Amapá, Tocantins, Ceará, Pernambuco, Sergipe, Rio de Janeiro, Mato Grosso e Distrito Federal) (Gráficos 78 e 79).

Como observado, maiores percentuais de equipes capacitadas nas áreas de saúde do adulto investigadas concentraram-se em alguns estados, o que pode estar relacionado com maiores investimentos públicos em ações pedagógicas nesses estados, maior número de equipes com tempo de implantação mais elevado, menor rotatividade dos profissionais e necessidades de saúde e de capacitação profissional diferenciadas regionalmente, dentre outros fatores.

**GRÁFICO 72**

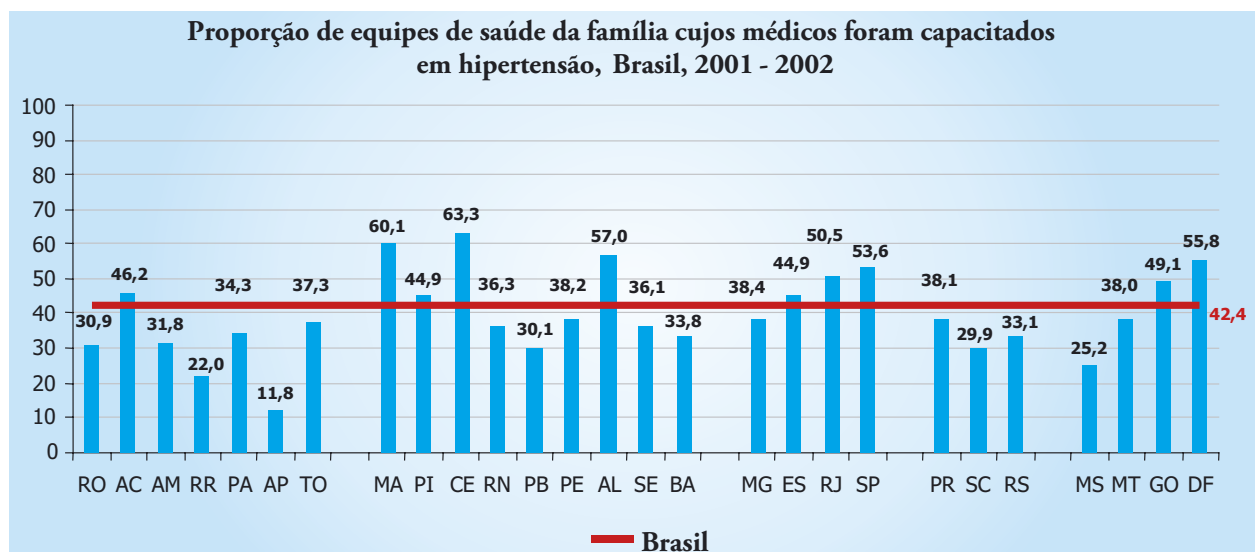


GRÁFICO 73

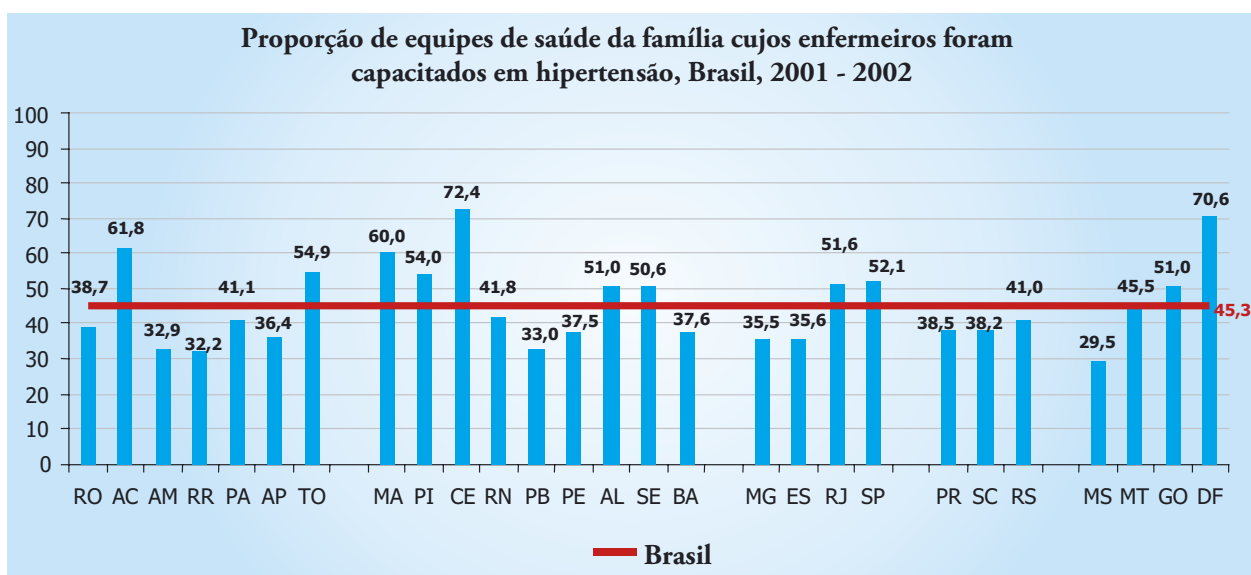


GRÁFICO 74

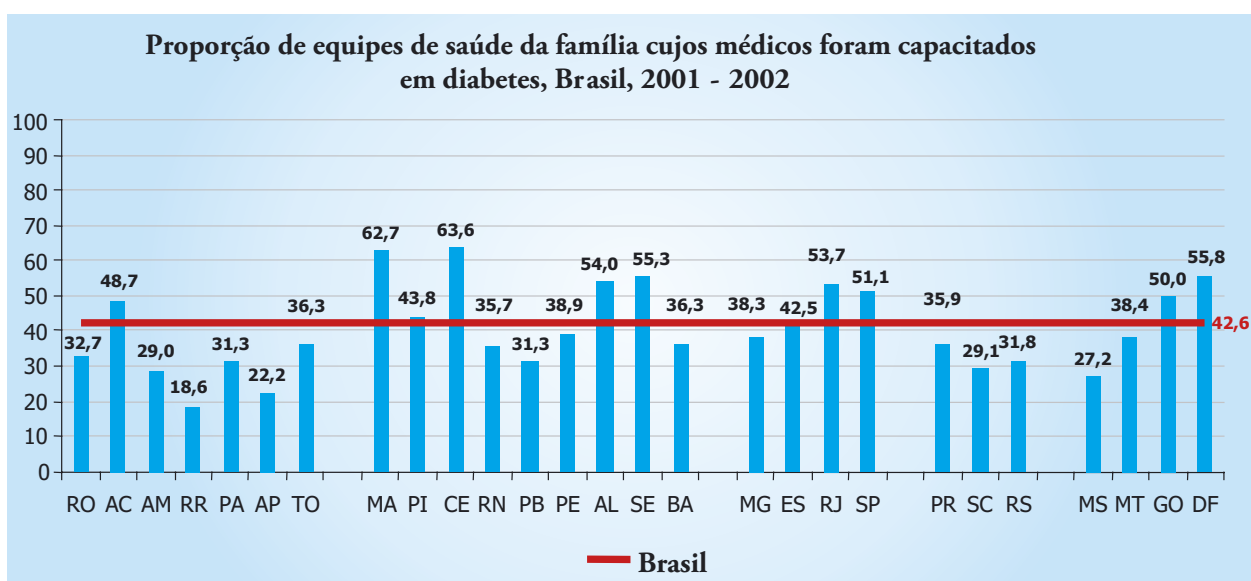


GRÁFICO 75

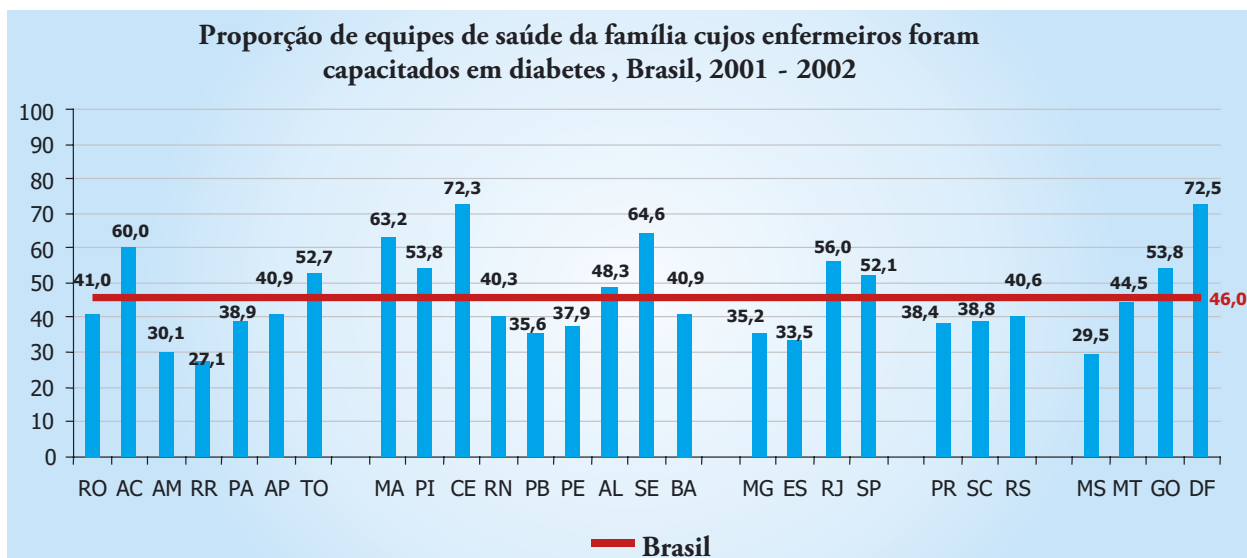


GRÁFICO 76

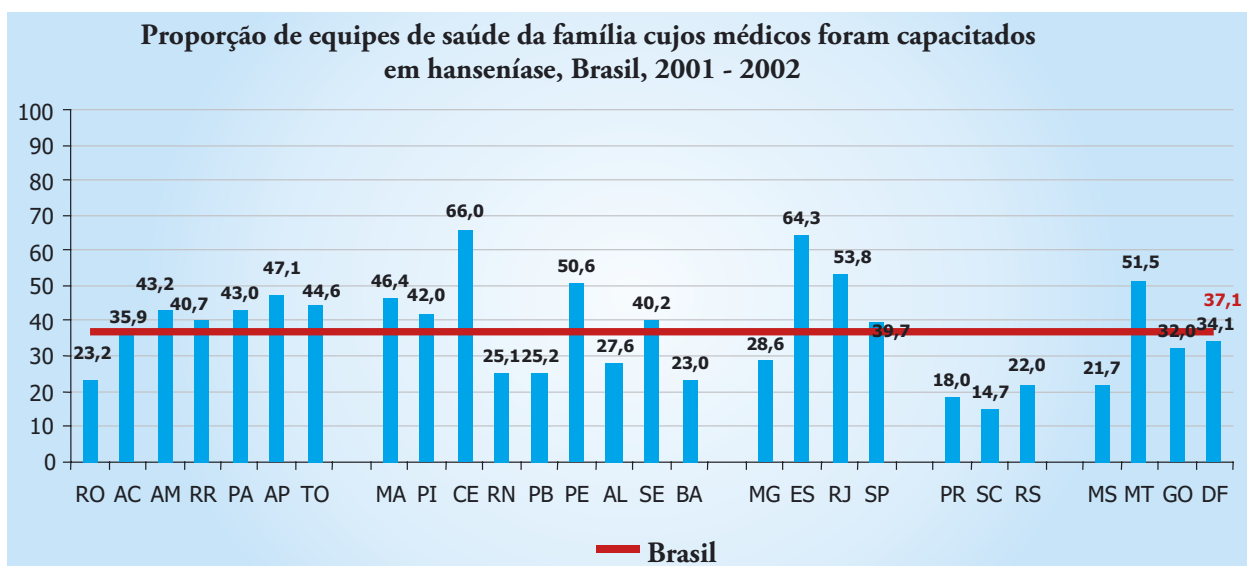


GRÁFICO 77

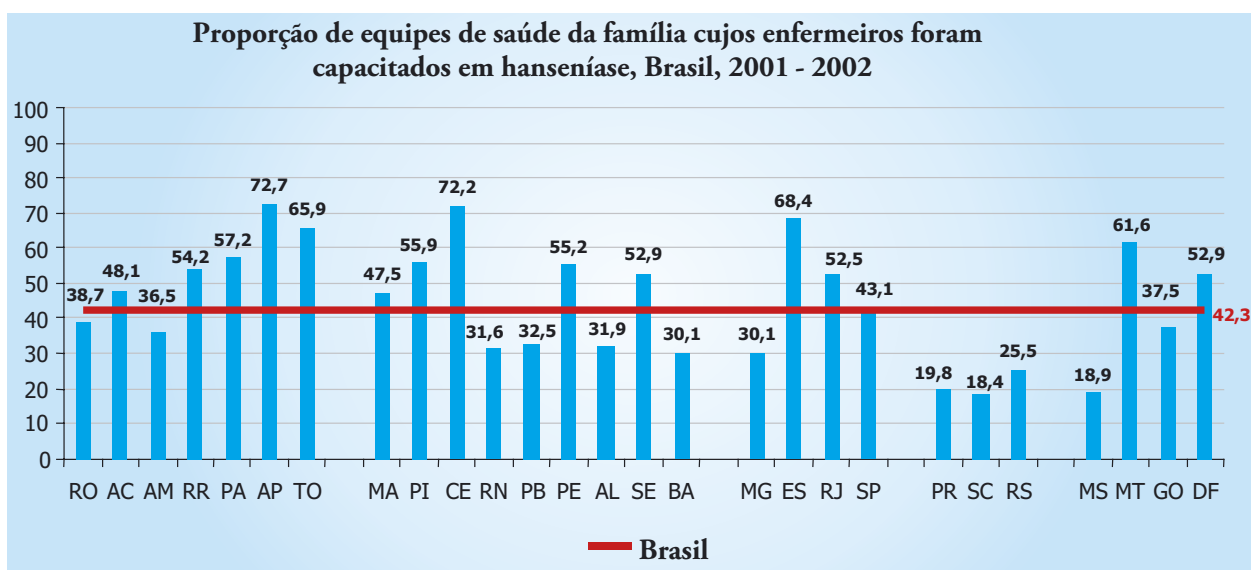


GRÁFICO 78

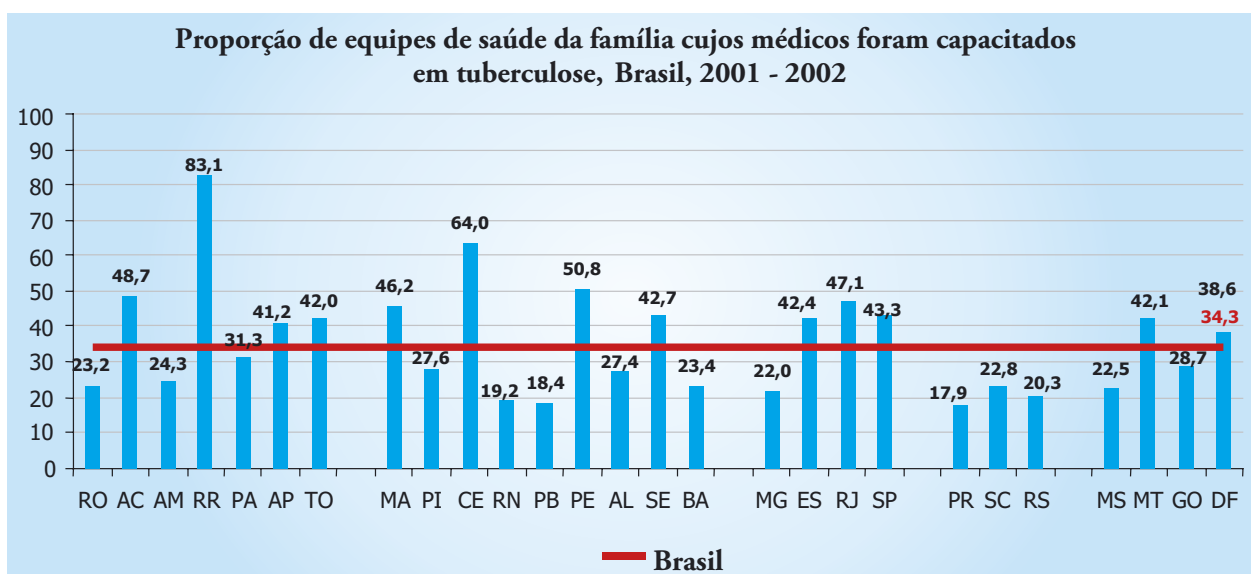
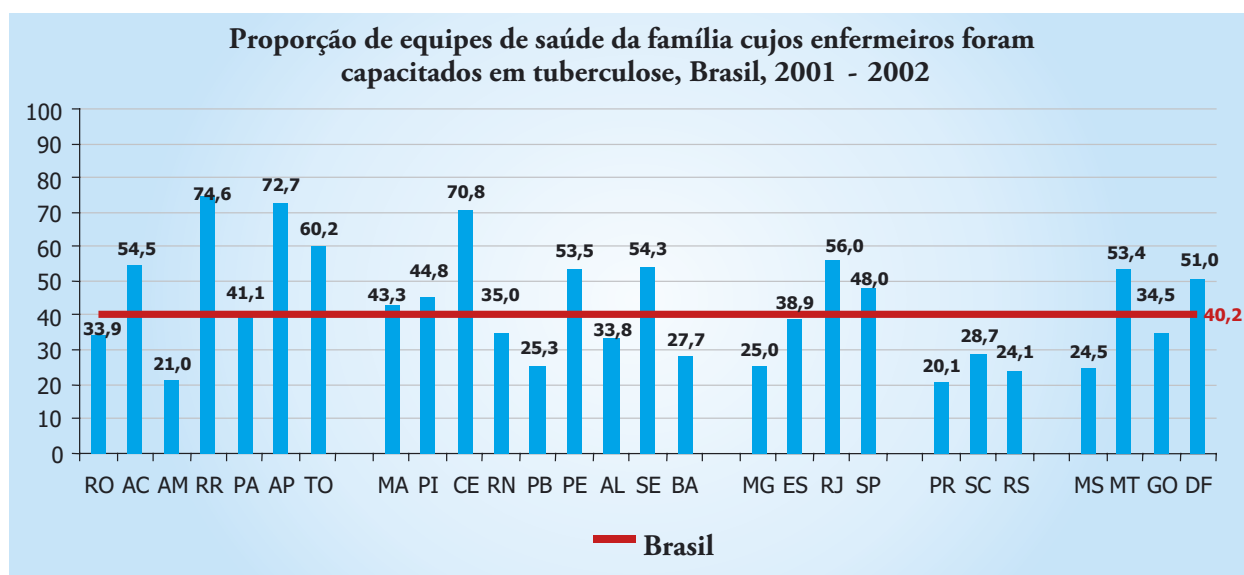


GRÁFICO 79



## 5 Apoio diagnóstico e referência para atenção especializada no Programa Saúde da Família

A pesquisa investigou, junto às equipes de saúde da família, a garantia de realização de exames complementares, atendimento especializado e hospitalização em serviços da rede do SUS, quando solicitados pelas equipes para a população adscrita.

Quanto à proporção de equipes com disponibilidade de exames complementares, as médias nacionais foram de 55,0% para patologia clínica, 66,3% para ELISA (HIV), 73,1% para Raio X sem contraste, 67,2% para eletrocardiograma, 81,0% para citopatologia de colo de útero, 54,8% para colposcopia e 56,7% para ultrassonografia. No caso de patologia clínica, destaca-se que a disponibilidade foi considerada para um elenco de exames (hemograma completo, sumário de urina, urocultura, uréia, creatinina, ácido úrico, glicemia capilar, pesquisa de BAAR e tipagem sanguínea), sendo computada como existente apenas quando todos os exames listados estavam disponíveis (Tabela 24).

Em relação aos estados, percentuais de equipes com disponibilidade de exames complementares superiores a 70% foram observados, para patologia clínica, apenas no Rio de Janeiro; para teste de HIV, em Mato Grosso do Sul e em todos os estados das Regiões Sul e Sudeste, com exceção de Minas Gerais; para eletrocardiografia, no Ceará, em todos os estados do Sudeste e em Mato Grosso do Sul; para colposcopia, no Ceará e no Rio de Janeiro; para ultrassonografia, em Rondônia, Amapá, Ceará, Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul (Tabela 24).

Para os exames de Rx sem contraste e citopatologia foram observadas as maiores médias entre os estados. Percentuais inferiores a 70% para Rx sem contraste só foram obtidos em Roraima, Piauí, Rio Grande do Norte, Alagoas, Santa Catarina, Mato Grosso e no Distrito Federal, todos superiores a 45%. Para citopatologia, apenas Amazonas, Roraima, Pará, Amapá, Alagoas e Distrito Federal tiveram percentuais inferiores a 70%, sendo o menor de 61,9%.

**TABELA 47 – Número e percentual de equipes de saúde da família segundo disponibilidade suficiente de referências para exames complementares na rede SUS, por estado, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	Patologia Clínica <sup>1</sup>		Elisa para HIV		Rx sem contraste		Eletrocardiografia		Cito patologia de Colo de Útero		Colposcopia		Ultrassonografia Obstétrica	
	N.º total	%	N.º total	%	N.º total	%	N.º total	%	N.º total	%	N.º total	%	N.º total	%
Rondônia	31	37,3	56	67,5	60	72,3	40	48,2	68	81,9	45	54,2	66	79,5
Acre	16	27,1	28	47,5	46	78,0	20	33,9	44	74,6	20	33,9	29	49,2
Amazonas	114	43,7	141	54,0	189	72,4	128	49,0	165	63,2	76	29,1	138	52,9
Roraima	18	28,6	14	22,2	32	50,8	19	30,2	39	61,9	14	22,2	22	34,9
Pará	119	37,8	103	32,6	223	70,6	153	48,4	208	65,8	133	42,1	211	66,8
Amapá	1	4,2	9	37,5	14	58,3	12	50,0	16	66,7	15	62,5	21	87,5
Tocantins	77	40,3	96	50,3	146	76,4	84	44,0	134	70,2	96	50,5	77	40,3
Maranhão	83	37,9	120	54,3	177	79,7	116	52,0	176	79,3	93	41,9	149	67,1
Piauí	116	30,2	128	32,7	261	66,9	197	50,3	349	88,6	239	61,4	260	66,0
Ceará	662	57,9	784	68,3	950	82,7	934	81,3	1.031	89,8	870	75,7	856	74,6
Rio Grande do Norte	183	44,9	253	62,2	278	68,3	249	61,0	311	76,2	258	63,4	223	54,7
Paraíba	251	45,8	271	49,4	397	72,4	372	67,8	450	82,0	250	45,5	360	65,6
Pernambuco	556	50,9	647	59,0	772	70,4	706	64,4	830	75,7	634	57,8	758	69,2
Alagoas	192	46,4	229	54,9	194	46,5	236	56,6	282	67,5	137	32,9	115	27,6
Sergipe	199	69,3	167	58,0	206	71,5	188	65,3	246	85,4	189	65,6	175	60,8
Bahia	274	42,3	262	40,2	377	57,9	334	51,3	386	59,3	268	41,2	307	47,2
Minas Gerais	1.018	58,2	1.203	68,4	1.341	76,3	1.368	77,9	1.486	84,6	903	51,4	931	52,9
Espirito Santo	205	68,1	264	87,7	230	76,4	221	73,4	272	90,4	170	56,7	142	47,2
Rio de Janeiro	562	80,3	595	84,6	611	86,9	585	83,2	563	80,1	498	70,8	547	77,9
São Paulo	657	64,5	845	82,8	799	78,5	811	79,5	842	82,4	595	58,3	496	48,8
Paraná	562	68,3	694	84,0	635	76,9	571	69,1	736	89,1	507	61,4	468	56,7
Santa Catarina	495	67,5	608	82,9	467	63,6	412	56,3	663	90,3	327	44,7	247	33,7
Rio Grande do Sul	233	61,8	309	82,0	286	75,9	240	63,7	337	89,4	216	57,3	185	49,1
Matro Grosso do Sul	109	66,1	152	91,6	152	91,6	123	74,1	158	95,2	114	68,7	135	81,3
Matro Grosso	131	40,7	218	67,7	222	68,9	200	62,1	239	74,2	184	57,1	172	53,4
Goiás	291	44,6	449	67,8	468	70,7	449	67,7	541	81,6	301	45,3	326	49,1
Distrito Federal	17	32,7	33	62,3	29	54,7	27	50,9	34	63,0	22	41,5	9	17,0
<b>Brasil</b>	<b>7.172</b>	<b>55,0</b>	<b>8.678</b>	<b>66,3</b>	<b>9.562</b>	<b>73,1</b>	<b>8.795</b>	<b>67,2</b>	<b>10.606</b>	<b>81,0</b>	<b>7.174</b>	<b>54,8</b>	<b>7.425</b>	<b>56,7</b>

**Patologia Clínica** – hemograma completo, sumário de urina, urocultura, uréia, creatinina, ácido úrico, glicemia capilar, pesquisa de BAAR e tipagem sanguínea.

Em relação ao percentual de equipes com disponibilidade de serviços especializados, as médias nacionais foram próximas a 60% para consultas em cardiologia (61,3%), ortopedia (58,7%), psiquiatria (57,8%), para atendimento em fisioterapia (57,6%) e de 47,7% para consulta de oftalmologia e de 40,0% para a de neurologia (Tabela 25).

Os maiores percentuais de equipes (superiores a 70%) com disponibilidade para consulta de cardiologia foram obtidos para o Amapá, Ceará, Sergipe e Rio de Janeiro; para oftalmologia, apenas para o Ceará; para ortopedia, Ceará, Sergipe e Rio de Janeiro; para neurologia, apenas o Amapá; para psiquiatria, Amapá, Ceará, Sergipe e Rio de Janeiro; e para fisioterapia, Ceará, Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso (Tabela 25).

Do total das equipes, 83,5% tinham referência para serviços de pronto-atendimento, 75,8% para pronto-socorro, 77,4% para internação hospitalar nas clínicas básicas e, apenas, 47,3% para internação hospitalar especializada (Tabela 26).

Todos os estados tiveram percentuais de equipes acima de 70% para disponibilidade de serviços de pronto-atendimento, e, para pronto-socorro, apenas os Estados do Pará (62,1%) e Roraima (67,7%) não alcançaram este patamar (Tabela 26).

Altos percentuais de equipes com disponibilidade para internação hospitalar nas clínicas básicas também foram observados. Apenas seis estados (Acre, Amazonas, Amapá, Alagoas, Minas Gerais, Santa Catarina e o Distrito Federal) não alcançaram percentuais acima de 70%, mas situaram-se na faixa superior a 60%. Quadro bem diverso foi observado para internação hospitalar especializada, onde em nenhum estado, foi alcançado o percentual de 70% das equipes com disponibilidade para este serviço, e apenas cinco estados (Rondônia, Ceará, Sergipe, Rio de Janeiro e Mato Grosso do Sul) estavam na faixa superior a 60% (Tabela 26).

Os resultados demonstraram que o apoio diagnóstico e a referência para atenção especializada ainda foram insuficientes para garantir a resolubilidade e a continuidade da atenção às populações assistidas pelo Programa Saúde da Família. A falta de equidade no acesso entre estados e regiões reitera a situação já conhecida da oferta desordenada dos serviços de maior complexidade e aponta para a necessidade de estruturação da rede do SUS, implementando o controle e a regulação do sistema.

**TABELA 48 – Número e percentual de equipes de saúde da família segundo disponibilidade suficiente de referências para atendimentos especializados na rede SUS, por estado, Brasil, 2001-2002**

Unidade da Federação	Cardiologia		Oftalmologia		Ortopedia		Neurologia		Consulta Psiquiátrica		Fisioterapia	
	N.º total	%	N.º total	%	N.º total	%	N.º total	%	N.º total	%	N.º total	%
Rondônia	46	56,8	36	45,0	46	56,8	35	43,2	25	30,5	52	65,0
Acre	10	17,9	16	28,6	19	35,2	16	28,6	23	41,1	23	48,9
Amazonas	97	38,2	109	42,6	100	39,1	64	25,3	85	36,3	60	26,7
Roraima	13	21,3	18	29,5	18	29,5	9	15,0	11	17,7	8	14,0
Pará	136	45,5	125	41,1	160	52,1	96	32,0	145	50,5	138	48,3
Amapá	21	95,5	2	9,1	7	31,8	19	86,4	16	84,2	10	52,6
Tocantins	83	44,6	59	31,7	101	53,2	76	40,9	58	31,0	65	36,3
Maranhão	115	54,0	106	48,8	125	57,9	64	30,9	104	52,3	80	40,6
Piauí	188	50,3	172	45,1	192	50,9	99	27,3	192	52,0	171	49,0
Ceará	860	75,9	947	83,4	881	77,5	573	50,9	814	72,3	946	84,0
Rio Grande do Norte	239	60,2	186	46,9	257	65,1	167	42,5	236	60,4	218	58,3
Paraíba	355	67,2	236	46,0	323	61,8	223	43,3	285	57,3	299	61,9
Pernambuco	717	66,4	517	48,4	611	56,9	369	34,7	581	55,3	538	52,7
Alagoas	200	49,6	86	21,3	190	47,6	54	13,7	200	52,9	111	31,4
Sergipe	199	71,1	165	59,6	195	70,9	166	61,0	200	76,9	136	53,5
Bahia	285	45,4	260	41,1	316	50,2	145	23,2	315	50,6	244	41,2
Minas Gerais	1.069	61,3	688	39,7	954	54,9	683	39,4	1.075	62,3	941	55,7
Espírito Santo	203	69,3	148	50,3	187	63,8	147	50,0	191	66,8	152	53,0
Rio de Janeiro	547	78,7	426	62,2	496	72,2	425	61,8	506	75,3	518	77,2
São Paulo	680	67,5	422	42,0	581	57,8	480	47,8	570	57,0	579	58,4
Paraná	544	66,4	404	49,3	545	66,3	367	44,9	554	68,5	552	67,7
Santa Catarina	356	49,3	197	27,7	325	45,6	232	32,8	305	43,1	413	58,7
Rio Grande do Sul	213	58,4	177	48,8	159	43,7	135	37,6	188	51,5	190	52,9
Mato Grosso do Sul	87	53,4	80	48,8	91	55,2	75	46,0	99	61,5	138	84,7
Mato Grosso	188	59,7	142	45,5	214	68,2	130	41,5	157	51,3	219	70,6
Goiás	387	60,6	267	42,2	404	63,2	209	33,7	273	46,6	253	43,0
Distrito Federal	13	24,1	3	5,6	8	14,8	6	11,1	15	30,0	10	21,3
<b>Brasil</b>	<b>7.851</b>	<b>61,3</b>	<b>5994</b>	<b>47,0</b>	<b>7505</b>	<b>58,7</b>	<b>5064</b>	<b>40,0</b>	<b>7.223</b>	<b>57,8</b>	<b>7.064</b>	<b>57,6</b>

TABELA 49 – Número e percentual de equipes de saúde da família segundo disponibilidade suficiente de serviço de pronto-atendimento, pronto-socorro e internações hospitalares nas clínicas básicas e internação hospitalar especializada na rede SUS, por estado, Brasil, 2001-2002

Unidade da Federação	Serviços de pronto-atendimento		Pronto-socorro		Internação hospitalar nas clínicas básicas		Internação hospitalar especializada	
	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%	Nº total	%
Rondônia	71	86,6	60	73,2	67	81,7	51	62,2
Acre	42	73,7	46	79,3	38	69,1	19	35,8
Amazonas	230	88,8	199	77,1	161	67,4	74	31,5
Roraima	45	71,4	42	67,7	45	71,4	19	33,3
Pará	239	76,8	192	62,1	239	76,1	125	40,7
Amapá	22	95,7	21	100,0	16	69,6	5	29,4
Tocantins	171	89,5	162	85,3	165	86,4	86	46,0
Maranhão	201	91,8	153	69,9	193	87,7	87	40,8
Piauí	327	84,7	259	68,0	337	87,3	188	49,9
Ceará	1.013	88,6	952	83,6	996	87,1	705	62,8
Rio Grande do Norte	350	86,8	315	80,2	322	80,5	203	52,5
Paraíba	475	88,8	418	78,4	423	79,5	262	51,4
Pernambuco	933	86,1	768	71,6	875	80,6	467	43,8
Alagoas	345	83,7	321	79,1	253	61,6	92	24,1
Sergipe	264	93,0	248	87,6	236	83,4	182	67,2
Bahia	487	76,0	426	67,3	464	72,5	195	31,2
Minas Gerais	1.349	77,2	1.229	70,9	1.191	68,8	711	42,0
Espírito Santo	237	80,9	220	76,4	223	76,4	141	49,8
Rio de Janeiro	601	86,5	577	83,7	548	79,3	412	60,9
São Paulo	784	77,2	727	71,8	717	71,2	424	42,7
Paraná	719	87,4	633	77,3	655	80,0	414	51,1
Santa Catarina	584	80,8	567	79,0	496	69,5	287	40,9
Rio Grande do Sul	313	85,1	289	78,7	282	77,0	176	49,0
Mato Grosso do Sul	140	84,3	141	85,5	139	83,7	101	61,6
Mato Grosso	275	87,6	232	74,8	272	87,2	171	55,0
Goiás	554	85,0	485	75,1	571	87,0	325	51,6
Distrito Federal	38	71,7	48	88,9	36	67,9	19	36,5
<b>Brasil</b>	<b>10.809</b>	<b>83,5</b>	<b>9.730</b>	<b>75,8</b>	<b>9.960</b>	<b>77,4</b>	<b>5.941</b>	<b>47,3</b>

A disponibilidade de referência para serviços de apoio relacionados à saúde bucal se apresentou menos estruturada que a disponibilidade dos serviços anteriormente referidos, com baixos percentuais de equipes em todos os tipos de serviços investigados, correspondendo, respectivamente a 44,3% para serviços de urgência e emergência, 20,8% para periodontia, 20,0% para endodontia e apenas 7,7% e 9,3%, respectivamente, para ortodontia preventiva e serviços de reabilitação (Tabela 26).

O estado que apresentou melhor situação foi o Rio de Janeiro, mas, ainda assim, não chegou a alcançar percentuais de 50% das equipes para as referências mencionadas, exceto quanto a serviços de urgência e emergência (61,7%).

# Considerações finais

Este estudo apresentou uma minuciosa descrição da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família no Brasil, respondendo aos objetivos de caracterizar este processo, segundo estados e regiões, na abordagem estrutural, quanto às unidades básicas, suficiência, qualificação e vinculação dos profissionais, e na abordagem dos processos de trabalho das equipes e da inserção da atenção básica nos sistemas loco-regionais de saúde.

Os seus resultados foram de extrema relevância, ao identificar avanços, distorções e problemas na implementação dos princípios e diretrizes do Programa, apoiando processos de decisão nas três esferas de gestão do SUS que permitiram o enfrentamento dos problemas, mesmo antes da publicação destes resultados, contribuindo para o crescimento e sustentabilidade do Programa Saúde da Família.

Vale ressaltar que o PSF encontrava-se, no momento da pesquisa, em fase de implantação no País, o que foi revelado pelo elevado número de equipes de saúde da família e de saúde bucal com menos de um ano de funcionamento em muitos estados.

Este quadro, aliado ao pouco tempo de trabalho de muitos profissionais de nível superior nas equipes, deve ser considerado na interpretação dos resultados, especialmente, na avaliação das questões referentes ao processo de trabalho das equipes de saúde. É imprescindível que sejam despendidos tempo e esforços para a qualificação dos profissionais, aquisição de novos saberes, valores e práticas e estabelecimento de vínculos entre a equipe e com a população para construção de modelos de atenção voltados para qualidade de vida. Uma alternativa, em futuras análises, seria considerar como variáveis a serem controladas o tempo de funcionamento da equipe e o tempo do profissional na equipe.

Adicionalmente, este estudo apresentou limitações metodológicas que devem ser explicitadas. Primeiro, a opção pela realização de um censo das equipes de saúde respondeu a necessária função de controle e regulação do sistema, servindo para a identificação e desabilitação de uma série de equipes que apresentavam graves irregularidades, como a constatação da inexistência de equipe, que estava cadastrada e recebendo recursos do SUS, de equipes incompletas, que não atendiam a composição mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde, de equipes sem estrutura física para realização de suas atividades e do não cumprimento da carga horária de 40 horas semanais pelos profissionais de saúde.

Entretanto, o não estabelecimento de um plano amostral, que poderia plenamente atender aos objetivos de uma avaliação normativa, contribuiu para dificultar a realização do trabalho de campo, o que teve como consequência, provavelmente, o mais grave dos problemas metodológicos do estudo, que foi o longo tempo de coleta de dados, uma vez que uma das características dos estudos transversais é propiciar um quadro ou uma fotografia de um dado momento do tempo. A duração da coleta por um período de um ano limitou enormemente o significado das comparações entre os estados, alguns investigados em momentos muito distintos, e a interpretação dos resultados para cada estado, uma vez que a situação que se apresentava em 2001 no conjunto de equipes investigadas poderia estar completamente diferente ao final do período de coleta em agosto de 2002.

Em segundo lugar, este problema foi agravado com a revisão e modificação do instrumento de coleta de dados em 2002, após a conclusão dos trabalhos das nove unidades federadas avaliadas em 2001 e discussão dos resultados com as Secretarias Estaduais, ainda que a maioria das modificações objetivasse tornar o texto do manual de orientações mais claro e de fácil entendimento, incorporando informações que já vinham sendo transmitidas verbalmente no treinamento dos entrevistadores.

Em terceiro lugar, houve algumas orientações que levaram a não padronização dos procedimentos de coleta, comprometendo a confiabilidade dos dados. Começando pela própria definição da população a ser investigada. Os entrevistadores foram orientados a incluir as equipes que estavam em funcionamento no momento da coleta e que não estavam cadastradas, embora a definição do total de equipes por município fosse as equipes cadastradas no SIAB no mês anterior ao trabalho de campo, em cada estado, e que estivessem recebendo incentivos do Ministério da Saúde.

Outra orientação que pode ter conduzido a erros foi a de checagem, com outros informantes, de questões como a quantidade e a carga horária dos profissionais e existência de médico e enfermeira na equipe, embora não houvesse no questionário campos que discriminassem a informação obtida da equipe daquela obtida de outro entrevistado, cabendo ao entrevistador a opção de definir, em caso de discordância, qual a informação “verdadeira”.

Finalmente, o incentivo à ativa participação dos entrevistadores, que foram orientados para, com base em sua experiência e nas observações, questionar os profissionais quando ocorressem contradições na entrevista ou quando as respostas não fossem compatíveis com o observado, embora possam ter contribuído para obtenção de respostas mais verossímeis, sem dúvida, comprometeram a objetividade desejada em um estudo de caráter quantitativo e introduziram muitas possibilidades de viés proveniente da subjetividade e possível falta de padronização entre os investigadores.

A consideração dos limites metodológicos do estudo não invalidam os resultados ora divulgados, mas devem orientar uma leitura e interpretação cuidadosa.

Adicionalmente, os dados obtidos das entrevistas proporcionaram um vasto banco de dados, que foi disponibilizado para as Coordenações Estaduais do PSF e pode ser utilizado para outras análises, gerando novas pesquisas avaliativas, conduzidas pelas universidades ou serviços, na perspectiva de produção de conhecimentos sobre essa experiência; além disso, podem contribuir para o aprimoramento dos processos de supervisão das equipes, numa lógica pedagógica e orientadora e serem utilizadas pelos gestores na tomada de decisões que conduzam a solução dos problemas identificados.

À guisa de exemplo, pode-se levantar algumas questões a serem investigadas com o banco de dados gerado:

- Como a incorporação de novas práticas pelas equipes (territorialização, participação social e reorganização do processo de trabalho) está associada a fatores contextuais como diferenças urbano-rural e porte dos municípios?
- Como os municípios com o Programa Saúde da Família estão organizando os sistemas locais de saúde, quanto à garantia de referência especializada e internações?
- Quais os principais fatores contextuais associados à regulamentação do trabalho dos profissionais das equipes de saúde da família?

Finalmente, há que resgatar que o esforço empreendido pelo Ministério da Saúde na realização deste trabalho insere-se no contexto de um projeto político-organizacional de institucionalização da avaliação em saúde em todas as esferas do Sistema Único de Saúde.

A avaliação de programas e serviços de saúde é de fundamental importância no processo de amadurecimento do SUS no nosso país. Instituí-la enquanto prática sanitária é um desafio posto para gestores, profissionais de saúde e todos os atores sociais que acreditam que as reformas do sistema de saúde se fazem a partir da reflexão sobre os processos concretos de recriação do cotidiano dos serviços de saúde.

Apropriar-se desse cotidiano, confrontando modelos teóricos com ações práticas, construindo evidências, identificando problemas, possibilita reelaborar projetos, revisar conceitos e instrumentalizar a mudança de realidades de saúde.

No caso específico do Programa Saúde da Família, de evidente relevância no contexto político e institucional de fortalecimento da atenção básica e de reestruturação do sistema de saúde, a avaliação assume papel de destaque, na medida em que permite problematizar desde as questões mais elementares, tais como o cumprimento das normas e diretrizes do Programa, até seus possíveis efeitos em distintos contextos locais e regionais.

Certamente os esforços da avaliação precisam ser abrangentes, no sentido de que se lance mão de uma diversidade de estratégias para abordar aspectos normativos, descrições mais globais, até estudos em profundidade de questões muito específicas que mereçam destaque e investigação mais elaboradas.

As possibilidades e opções devem ser variadas, atendendo às diferentes necessidades dos diversos atores sociais que se colocam problemas distintos.

Particularmente no caso do Ministério da Saúde, o enorme investimento de recursos para implantação do PSF, incluindo os incentivos e o financiamento para qualificação das equipes por meio dos Pólos de Educação Permanente, tem colocado como imperativas a avaliação normativa do Programa e de sua efetividade, resultando em importante esforço de estruturação de um projeto de avaliação que vem sendo gestado pelo menos desde 1994, quando se realizou a primeira avaliação qualitativa do Programa de Agentes Comunitários de Saúde nos estados que tinham aquele Programa.

Desde então, ao menos duas pesquisas nacionais foram empreendidas: uma em 1999, abarcando 2.368 equipes de saúde da família e quase 1.000 secretários municipais de saúde e, esta pesquisa, que pretendeu realizar um censo das equipes implantadas no País.

Tais iniciativas, entretanto, não se constituem em pesquisas isoladas, se inserindo num contexto de organização da área de avaliação da atenção básica no Ministério da Saúde, por meio de uma Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento da Atenção Básica que tem como missão institucional empreender um conjunto de projetos que articulam diferentes estratégias avaliativas da atenção básica. A divulgação deste estudo que se debruçou sobre mais de 16 mil equipes constitui-se assim, num importante passo para a institucionalização da avaliação no SUS.

## Equipe técnica

Equipe de colaboradores (1.<sup>a</sup> versão): MS/SPS/DAB:

Ângelo Giovani Rodrigues

Berardo Augusto Nunan

Geraldo Campos

Maria Aparecida Turci

Pedro Gilberto de Lima

Rosa Maria Monteiro - consultora

Silvana Leite

Opas:

Juan Seclen

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada gratuitamente na Biblioteca Virtual em Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado gratuitamente na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>



EDITORA MS

Coordenação-Geral de Documentação e Informação/SAA/SE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

(Normalização, revisão, editoração, impressão, acabamento e expedição)

SIA, Trecho 4, Lotes 540/610 – CEP: 71200-040

Telefone: (61) 233-2020 Fax: (61) 233-9558

E-mail: [editora.ms@saude.gov.br](mailto:editora.ms@saude.gov.br)

Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Brasília – DF, fevereiro de 2004

OS 0053/2004