UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Dissertação

Educação permanente de médicos e enfermeiros e desempenho das Unidades Básicas de Saúde: o caso do Curso de Especialização em Saúde da Família UFPel – UNA-SUS

Maria Elizabeth Gastal Fassa

Pelotas, 2016

Maria Elizabeth Gastal Fassa

Educação permanente de médicos e enfermeiros e desempenho das Unidades Básicas de Saúde: o caso do Curso de Especialização em Saúde da Família UFPel – UNA-SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

Co-orientador: Prof. Dra. Elaine Tomasi

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

F249e Fassa, Maria Elizabeth Gastal

Educação permanente de médicos e enfermeiros e desempenho das Unidades Básicas de Saúde : o caso do curso de Especialização em Saúde da Família UFPel – UNA-SUS / Maria Elizabeth Gastal Fassa ; Luiz Augusto Facchini, orientador ; Elaine Tomasi, coorientadora. — Pelotas, 2016.

94 f. : il.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1. Educação permanente. 2. Atenção primária à saúde. 3. Estratégia de Saúde da Família. I. Facchini, Luiz Augusto, orient. II. Tomasi, Elaine, coorient. III. Título.

CDD : 610.73

Elaborada por Aline Herbstrith Batista CRB: 10/1737

Maria Elizabeth Gastal Fassa

Educação permanente de médicos e enfermeiros e desempenho das Unidades Básicas de Saúde: o caso do Curso de Especialização em Saúde da Família UFPel – UNA-SUS

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para a obtenção do grau de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 25 de outubro de 2016.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini (Orientador)

Doutor em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dra. Elaine Tomasi (Co-Orientadora)

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dra. Vanda Maria da Rosa Jardim

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Dra. Maria Aurora Dropa Chrestani

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Rafael Guerra Lund

Doutor em Odontologia pela Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dra. Alitéia Santiago Dilélio

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas

Resumo

Fassa, Maria Elizabeth Gastal. **Educação permanente de médicos e enfermeiros e desempenho das Unidades Básicas de Saúde: o caso do Curso de Especialização em Saúde da Família UFPel – UNA-SUS**. 2015. 94f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A expansão da Estratégia de Saúde da Família tem sido dificultada, entre outros fatores, pela escassez de profissionais com disponibilidade para atuar em áreas remotas e vulneráveis do Brasil aliada à escassez de profissionais com formação em Atenção Primária à Saúde. Neste contexto, foi estabelecida a rede Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde, da qual a Universidade Federal de Pelotas faz parte, com a finalidade de ofertar cursos de especialização em Saúde da Família, através de educação a distância, a profissionais inseridos na Atenção Básica. O propósito do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas é melhorar a atenção à saúde prestada à população no serviço de atenção básica no qual o especializando está inserido. O objetivo deste estudo foi avaliar a contribuição deste Curso para o desempenho das unidades básicas de saúde. Trata-se de um estudo transversal, aninhado a uma intervenção comunitária, com dados secundários que registraram a evolução de indicadores obtidos durante as intervenções dos alunos em ações programáticas típicas da atenção primária à saúde: pré-natal e puerpério, saúde da criança, detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama, saúde dos usuários com hipertensão e ou diabetes mellitus, saúde da pessoa idosa. Foram coletados dados de todas as intervenções realizadas por enfermeiros e médicos que concluíram o Curso nas turmas que se desenvolveram de julho de 2011 a dezembro de 2015. No relatório do trabalho de campo são apresentados resultados selecionados de 1817 intervenções, tendo se observado, em relação ao perfil dos egressos, grande predominância de médicos (81,1%), do sexo feminino (63,4%), pertencentes a programa de provimento (80,7%), sendo mais da metade do total (53,8%) pertencentes ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Observou-se também a predominância de intervenções focadas na atenção à saúde de usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes melittus (35,4%). Esta foi a ação programática escolhida por 38,7% dos médicos e por 20,4% dos enfermeiros, mas não foi a primeira escolha dos enfermeiros, cuja primeira escolha foi detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama (24,9%). O artigo sobre saúde da pessoa idosa analisa 204 intervenções em Saúde do Idoso de acordo com o vínculo ou não do estudante ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Neste artigo, calculou-se a diferença de cobertura entre o terceiro e o primeiro mês de intervenção e o percentual atingido ao final do terceiro mês, quando comparado às metas, em relação aos indicadores de qualidade. Observou-se aumento médio de cobertura de 35,7 pontos percentuais, maior entre intervenções de participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil comparadas às conduzidas por não participantes. Comparadas às intervenções conduzidas por médicos e enfermeiros brasileiros, as conduzidas por cubanos apresentaram maior diferença nas coberturas – 26,0 pp (22,4; 29,7) e 45,5 pp (41,8; 49,1), respectivamente. Indicadores de qualidade como realização de avaliação multidimensional rápida, exame clínico em dia e avaliação da necessidade de tratamento odontológico apresentaram melhor desempenho ao final da intervenção quando conduzidas por profissionais vinculados ao Projeto Mais Médicos para o Brasil.

Palavras-chave: educação permanente; atenção primária à saúde; estratégia de saúde da família.

Abstract

Fassa, Maria Elizabeth Gastal. **On going education of doctors and nurses, and performance of the Basic Health Units: the case of Specialization in Family Health UFPel Family - UNA-SUS**. 2015. 94f. Dissertation (Master of Science) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

The Family Health Strategy enlargement has been hampered, among other factors, by the shortage of professionals with availability to work in remote and vulnerable areas of Brazil allied with the scarcity of professionals with in Primary Health Care. In this context, the Unified Heath System Open University network, of which Federal University of Pelotas is part, was established with the purpose of offering Specialization in Family Health, through distance learning, to professionals involved in primary care. The goal of the Specialization in Family Health of the Federal University of Pelotas is to improve the health care provided to the population in the basic health unities where the student is working. The aim of this study was to evaluate the contribution of the Specialization in Family Health offered by Federal University of Pelotas for the performance of the basic health unities. This is a cross-sectional study, nested in a community intervention, with secondary data which recorded the evolution of indicators obtained during the students interventions in typical programmatic actions of primary health care: prenatal and postpartum, child health, early detection of cervical and breast cancer, health of persons with hypertension and/or diabetes mellitus, health of the elderly. Data were collected from all interventions performed by nurses and doctors who have completed Specialization in Family Health in classes which were ongoing from July 2011 to December 2015. In the field work report are presented selected results of 1817 interventions, in which was observed, in relation to the profile of graduates, great predominance of physicians (81.1%), female (63.4%), affiliated to program provision (80.7%), and more than half of the total (53.8%) belonging to the More Doctors for Brazil Project. It was also noted the predominance of interventions focused on health care for patients with hypertension and / or diabetes mellitus (35.4%). This was the programmatic action chosen by 38.7% of physicians and 20.4% of the nurses, but it was not the first choice of the nurses, whose first choice was early detection of cervical and breast cancer (24.9 %). The article on health of elderly analyzes 204 interventions according to the student affiliation or not to the More Doctors for Brazil Project. In this article, was calculated the difference in coverage between the third and the first month's intervention, and the percentage reached in the end of the third month compared with targets regarding quality goals. It was observed an average increase in coverage of 35.7 points percent, being higher in interventions conducted by More Doctors for Brazil Project affiliated when compared to the ones conducted by not affiliated. Compared to the interventions conducted by Brazilians physicians and nurses, those conducted by Cubans showed greater difference in coverage – 26,0 pp (22,4 ; 29,7) e 45,5 pp (41,8 ; 49,1), respectively. Quality indicators as Quick Multidimensional Evaluation, up-to-date clinical care and evaluation of dental treatment need had better achievements in the end of the intervention when conducted by More Doctors for Brazil Project's affiliated.

Keywords: ongoing education; primary health care; family health strategy.

Sumário

Apresentação 8
I Projeto de Dissertação 9
II Relatório do Trabalho de Campo 66
III Artigo da Sustentação da Dissertação 73

Lista de Tabelas do Relatório de Campo

Tabela 1. Distribuição das intervenções de acordo com características dos egressos. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015. 71

Lista de Tabelas do Artigo

Tabela 1. Distribuição dos egressos e aumento da cobertura do Programa de Saúde da Pessoa Idosa de acordo com características individuais, das unidades de saúde e dos municípios e vínculo ao PMMB. UNA-SUS/UFPel, 2016.....83

Tabela 2. Alcance das metas de qualidade em Avaliação Multidimensional Rápida e Exame Clínico de acordo com vínculo ao PMMB e características individuais, das unidades de saúde e dos municípios. UNA-SUS/UFPel, 2016. 86

Tabela 3. Alcance das metas de qualidade em Avaliação da Necessidade de Atendimento Odontológico e Entrega da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa de acordo com vínculo ao PMMB e características individuais, das unidades de saúde e dos municípios. UNA-SUS/UFPel, 2016. 88

Lista de Figuras do Projeto de Dissertação

Figura 1: Quadro com Modelo Teórico. 39

Figura 2: Variáveis dependentes referentes ao Programa de Pré-Natal e Puerpério42

Figura 3: Variáveis dependentes referentes ao Programa de Atenção à Saúde da Criança 43

Figura 4: Variáveis dependentes referentes ao Programa de Detecção Precoce de Câncer de Colo de Útero e de Mama. 44

Figura 5: Variáveis dependentes referentes ao Programa de Atenção à Saúde do Usuário com Hipertensão e ou Diabetes Mellitus 45

Figura 6: Variáveis dependentes referentes ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso 46

Figura 7: Variáveis independentes. 47

Figura 8: Quadro do Cronograma 49

Figura 9: Projeção de recursos e despesas do projeto. 50

Lista de Figura do Relatório de Campo

Figura 1: Dados e variáveis coletadas e suas respectivas fontes. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015.....68

Figura 2: Distribuição das ações programáticas (%) segundo a profissão do egresso. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015. 72

Figura 3: Distribuição das ações programáticas (%) segundo o programa de provimento. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015. 72

Lista de Figura do Artigo

Figura 1. Aumento média de cobertura – pontos percentuais - das ações de cuidado aos idosos de acordo com a nacionalidade e o programa de provimento. UNA-SUS / UFPel, 2016. 84

Figura 2. Número absoluto de idosos beneficiados pelas intervenções de cuidado aos idosos de acordo com a nacionalidade e o programa de provimento. UNA-SUS / UFPel, 2016. 84

Apresentação

Esta dissertação cumpre a etapa final para obtenção do Título de Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. O estudo foi desenvolvido na área de concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

O mestrado foi realizado na cidade de Pelotas, RS, com início em março de 2015. Conforme o regimento do Programa, este volume é composto pelas seguintes partes:

I - Projeto de Dissertação: qualificado no mês de dezembro de 2015. Esta versão incorpora as modificações sugeridas pela banca avaliadora no exame de qualificação.

II - Relatório do Trabalho de Campo: apresenta, de forma sucinta, a trajetória percorrida da escolha do tema à elaboração do artigo de sustentação para defesa do título.

III - Artigo de sustentação da dissertação intitulado: Atenção a idosos: desempenho de intervenções conduzidas por profissionais do Mais Médicos. O artigo de sustentação foi submetido para publicação na Revista Ciência e Saúde Coletiva.

IV - Artigo em co-autoria: Thumé, et al. Reflexões dos médicos sobre o processo pessoal de aprendizagem e os significados da especialização à distância em saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n.9, p. 2907-2813. set. 2016.

I - Projeto de dissertação

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Faculdade de Enfermagem

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Projeto de Dissertação

Educação permanente de médicos e enfermeiros e desempenho das Unidades Básicas de Saúde: o caso do Curso de Especialização em Saúde da Família UFPel – UNA-SUS

Maria Elizabeth Gastal Fassa

Pelotas, 2015

Maria Elizabeth Gastal Fassa

Educação permanente de médicos e enfermeiros e desempenho das Unidades Básicas de Saúde: o caso do Curso de Especialização em Saúde da Família UFPel – UNA-SUS

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde. Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde, Linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto Facchini

Co-orientador: Prof. Dra. Elaine Tomasi

Pelotas, 2015

Lista de Figuras

Figura 1: Quadro com Modelo Teórico. 39

Figura 2: Variáveis dependentes referentes ao Programa de Pré-Natal e Puerpério42

Figura 3: Variáveis dependentes referentes ao Programa de Atenção à Saúde da Criança 43

Figura 4: Variáveis dependentes referentes ao Programa de Detecção Precoce de Câncer de Colo de Útero e de Mama. 44

Figura 5: Variáveis dependentes referentes ao Programa de Atenção à Saúde do Usuário com Hipertensão e ou Diabetes Mellitus 45

Figura 6: Variáveis dependentes referentes ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso 46

Figura 7: Variáveis independentes. 47

Figura 8: Quadro do Cronograma 49

Figura 9: Projeção de recursos e despesas do projeto. 50

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAA/DAB	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DM	Diabetes Mellitus
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EaD	Educação a Distância
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCD	Planilhas de Coleta de Dados
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROVAB	Programa de Valorização da Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade da Federação
UFPel	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação 8
I - Projeto de dissertação 9
1 Introdução 14
2 Justificativa 17
3 Objetivo Geral 19
3.1 Objetivos Específicos 19
4 Hipóteses 20
5 Revisão de literatura 21
5.1 Evolução da Atenção Primária à Saúde no Brasil 21
5.2 A formação de recursos humanos para o SUS 28
5.3 O Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel 33
5.4 Avaliação de serviços e seleção de Indicadores 35
6 Metodologia 39
6.1 Delineamento do estudo 39
6.2 Amostra 40
6.3 Critérios de Exclusão 40
6.4 Instrumentos e coleta de dados 40
6.5 Definição das Variáveis 40
6.5.1 Variáveis dependentes 40
6.5.2 Variáveis independentes 47
6.6 Processamento e análise de dados 48
6.7 Aspectos éticos 48
6.8 Cronograma 49
6.9 Financiamento e orçamento 50
Referências bibliográficas 51
APÊNDICES 61
Apêndice A: Modelo de formulário estruturado para extração de dados para variáveis independentes. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015. 62
Apêndice B: Modelo de formulário estruturado para extração de dados para variáveis dependentes. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015. 63
ANEXO 64
Anexo A – Região da Planilha de Coleta de Dados de onde serão coletados os indicadores de cobertura (1.1) e qualidade (2.1). Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015. 65
II - Relatório do Trabalho de Campo 66
III - Artigo da Sustentação da Dissertação 73

1 Introdução

A Constituição brasileira de 1988, em seu artigo 198, reconheceu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Para concretizar a possibilidade do exercício deste direito, instituiu o Sistema Único de Saúde - SUS com a finalidade de prover atenção à saúde da população e ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988, 1990).

A formação de profissionais sempre tinha sido atribuição do Ministério da Educação por meio de múltiplas instituições de ensino, especialmente as universidade. A formação acadêmica dos profissionais de saúde, nas faculdades de medicina e enfermagem, foi historicamente centrada em um modelo que tem foco no indivíduo e no biológico, valorizando especialmente a prática profissional centrada no hospital e procedimentos curativos (CAMPOS; ALMEIDA FILHO; FERRAZ, 2006, 2010, 2012). Com a instituição do SUS e a atribuição a ele da competência para ordenação e formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL, 1988), foi percebida a necessidade de mudanças na formação para que ela fosse articulada com o conceito de saúde, os princípios e diretrizes do SUS e a centralidade da Atenção Primária à Saúde - APS; cristalizou-se um novo contexto para o trabalho e a educação no setor saúde que induziu a forte articulação entre os ministérios da saúde e da educação.

Em 2001, o Ministério da Educação homologou as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de enfermagem (BRASIL, 2001) e, medicina (BRASIL, 2001b) baseadas nos artigos da Constituição de 1988 referentes ao SUS e na Lei 8080/90 (BRASIL, 1988, 1990). Estas diretrizes definem o perfil de egresso desejável para esta realidade, o qual envolve aspectos sócio-políticos e profissionais específicos.

Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) demonstrando a intenção de usar a educação e sua articulação com a regulação do trabalho para reorientar a formação acadêmica e a Atenção Básica potencializando a integração ensino-SUS (HADDAD, 2008).

Diante do imenso desafio que representa transformar a educação universitária, especialmente devido à autonomia da universidade, no ritmo exigido pela rápida expansão do Programa de Saúde da Família (PSF), foi instituída, em 2004, pela portaria 198, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) com o fim específico de formação e desenvolvimento de trabalhadores para o setor (BRASIL, 2004).

Cada vez mais o Ministério da Saúde foi envolvendo-se com a educação para cumprir a determinação constitucional de ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, mas fazia isto em articulação com o Ministério da Educação. Consolidando esta integração, em novembro de 2005, a Portaria Interministerial 2.118 estabeleceu cooperação técnica entre os dois ministérios na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde e o Decreto Presidencial de 20 de junho de 2007, instituiu a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, com função consultiva em relação à ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde (BRASIL; HADDAD, 2005b, 2007, 2008).

Em 2006 foi publicado o estudo “A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais”, realizado pela equipe dos dois ministérios, saúde e educação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), para avaliar a aderência dos cursos de graduação de medicina, enfermagem e odontologia às DCN de 2001 (BRASIL, 2001, 2001b). Nesta avaliação foi observado esforço das comunidades acadêmicas para ajustarem-se às DCN, mas que este esforço aparecia como uma repetição do discurso das DCN sem que se concretizasse na organização dos cursos, permanecendo currículos constituídos por disciplinas isoladas, divisão em ciclos (básico, pré-clínico, clínico) e ausência de integração com a rede de serviços. Havia distância entre o escrito no projeto pedagógico dos cursos e a implementação, havia preocupação de demonstrar coerência entre o projeto pedagógico e a DCN, mas não havia efetiva mudança na orientação dos cursos.

Segundo os autores, na avaliação quantitativa de índices de utilização de metodologias ativas de aprendizagem, por exemplo, estes poderiam ser considerados elevados a um primeiro olhar, mas um aprofundamento da análise identificava “...um

modelo ainda conservador, focado no professor e com pouca integração ensino-serviço.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006 – p.156).

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2005) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-SAÚDE (BRASIL, 2008) fazem parte da Educação Permanente em Saúde e das iniciativas dos Ministérios para apoiar e reorientar a formação em saúde no nível da graduação.

Na pós-graduação, foram estimuladas as especializações em Saúde da Família, as residências multiprofissionais em Saúde e em Medicina da Família e Comunidade, além da criação da Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS, com a proposta de especialização em larga escala dos profissionais que atuam na Saúde da Família (BRASIL, 2010), e foram instituídos os programas de provimento: Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica - PROVAB (BRASIL, 2011) e o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) (BRASIL, 2013). No escopo da UNA-SUS foi instituído o componente educacional destes programas de provimento, pois ambos têm, como requisito, a realização pelo aluno de especialização em Estratégia de Saúde da Família.

Em 2014 foram instituídas novas DCN para os cursos de medicina e enfermagem (BRASIL, 2014) que, ao mesmo tempo que reafirmam o compromisso com a formação voltada para o SUS e visão humanista, incorporam conceitos novos relativos ao desenvolvimento de competência e estabelecem diretrizes mais claras em termos de carga horária de prática em áreas estratégicas para o SUS, como a atenção básica, a urgência e emergência e a saúde mental e dão “centralidade para o ensino da atenção básica organizado e coordenado pela área de conhecimento da Medicina de Família e Comunidade” (XIMENES, 2015).

2 Justificativa

Em julho de 2015, a Estratégia Saúde da Família (ESF) totalizava cerca de 40.000 equipes, cobrindo 63% da população do país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Entretanto, a escassez de profissionais com disponibilidade para atuar em áreas remotas e vulneráveis (OLIVEIRA, 2015) aliada a escassez de profissionais com formação voltada para atuação em Atenção Primária à Saúde (APS), tanto no nível da graduação, que mantém o enfoque biologicista (HADDAD; OLIVEIRA, 2010, 2014), como no nível da especialização – devido ao pequeno número de vagas para residência em medicina de família e comunidade e a falta de incentivos para atuação na especialidade - dificultava a expansão da ESF em busca da universalização da cobertura (OLIVEIRA, 2014).

Em 2011, foi estabelecida a Rede UNA-SUS, inicialmente constituída por 16 Universidades, sendo uma delas a Universidade Federal de Pelotas (UFPel), com o propósito de ofertar cursos de especialização em Saúde da Família, através de educação a distância, a profissionais inseridos na Atenção Básica. Esta rede, a partir de 2013, também foi encarregada de ofertar curso de especialização em saúde da família correspondente ao componente de aperfeiçoamento do Programa Mais Médicos (PMM) (BRASIL, 2013) requerido dos profissionais participantes.

O propósito do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel é melhorar a atenção à saúde prestada à população na Unidade Básica de Saúde (UBS) do especializando. A formação do profissional que está inserido na UBS é um meio de alcançar este propósito. A estrutura do curso propicia ao aluno realizar um diagnóstico situacional e propor uma intervenção em sua UBS, monitorar e avaliar os resultados alcançados, de modo a responder às necessidades de seu serviço (UFPEL, 2014). É uma proposta em perfeita consonância com a PNEPS.

Entretanto as contribuições do curso aos serviços precisam ser objetivamente mensuradas. É necessário identificar os aspectos que favorecem o sucesso e aqueles que dificultam a intervenção. Com isto será possível antecipar as barreiras e desenvolver estratégias educacionais que superem as dificuldades encontradas.

O perfil de alunos do curso é bastante variável. Com início em julho de 2011, a especialização foi ofertada para médicos, enfermeiros e odontólogos vinculados à APS, atendendo a livre demanda, sem bolsa de estudo, e entre os alunos houve um predomínio (85%) dos profissionais de enfermagem. A partir de 2013, com a restrição da oferta aos programas de provimento, o curso passou a atender profissionais bolsistas, sendo no PMMB exclusivamente médicos e no PROVAB médicos e enfermeiros, mas apenas 11% são enfermeiros. Persiste a demanda pela oportunidade de cursar a especialização por parte dos profissionais que estão atuando na Estratégia de Saúde da Família e não fazem parte dos programas de provimento.

A avaliação das contribuições do curso ao serviço poderá reforçar a importância de ampliar a oportunidade de formação dos profissionais de enfermagem e de outras áreas profissionais ainda não contempladas.

3 Objetivo Geral

Avaliar a contribuição do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel para o desempenho das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

3.1 Objetivos Específicos

Descrever o perfil dos egressos do Curso de Especialização em Saúde da Família: formação, sexo, turma, nacionalidade e vínculo a programa de provimento.

Descrever o perfil das UBS que foram alvo de intervenção: tamanho da população adscrita, número de equipes na UBS, tipo de UBS e localização.

Descrever as intervenções de acordo com o perfil do município: porte populacional, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) e cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Descrever as intervenções realizadas por ação programática: pré-natal e puerpério, saúde da criança, detecção precoce do câncer de colo de útero e mama, atenção ao usuário com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM) e saúde da pessoa idosa.

Comparar a evolução de indicadores de cobertura e de qualidade da atenção em cada ação programática conforme perfil do egresso, perfil da UBS e perfil do município.

Comparar a evolução de indicadores de qualidade da atenção em relação à organização e gestão do serviço e ao conteúdo da prática profissional de acordo com a profissão.

4 Hipóteses

Mais de 90% das intervenções realizadas apresentarão evolução favorável dos indicadores de cobertura e de qualidade, independente do foco, do perfil do egresso, do perfil da unidade básica de saúde e do perfil do município.

Intervenções lideradas por enfermeiros apresentarão melhor evolução dos indicadores de cobertura do que as lideradas por médicos.

Intervenções lideradas por egressos vinculados aos programas de provimento – PROVAB e PMMB - apresentarão indicadores com melhor desempenho do que as lideradas por egressos vinculados à livre demanda.

Intervenções lideradas por enfermeiros apresentarão melhor evolução dos indicadores relacionados com a organização e gestão do serviço do que as lideradas por médicos.

Intervenções lideradas por médicos apresentarão melhor evolução dos indicadores relacionados com o conteúdo da prática clínica do que as lideradas por enfermeiros.

Intervenções realizadas em UBS com Estratégia de Saúde da Família apresentarão melhor evolução dos indicadores de cobertura e de qualidade do que as realizadas em UBS tradicionais.

Intervenções realizadas em municípios de maior porte, com IDH-M mais elevado e com menor cobertura da ESF apresentarão melhor evolução dos indicadores de cobertura e qualidade.

5 Revisão de literatura

5.1 Evolução da Atenção Primária à Saúde no Brasil

Em 1973 o comitê executivo da Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou o relatório relativo ao trabalho do ano anterior com o título *Organizational Study on Methods of Promoting the Development of Basic Health Service.* Este relatório promoveu estudos colaborativos entre a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) que levaram à produção conjunta, em 1975, do documento *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries*, que criticava os programas verticais tradicionais focados em doenças específicas e a presunção de que a expansão dos sistemas de saúde ocidentais atenderia as necessidades das populações mais pobres, já que grande parte das doenças eram consequência da situação social em que viviam estas populações. Além disso, o documento examinava experiências de atenção primária à saúde (APS) que haviam tido sucesso em Bangladesh, China, Cuba, Índia, Níger, Nigéria, Tanzânia, Venezuela e Iugoslávia para detectar os fatores que tinham levado ao sucesso (CUETO, 2004).

Como consequência destes estudos, em 1975, a 28ª Assembleia da OMS declarou que a construção de programas nacionais de APS era urgente e em 1976 estabeleceu a meta “Saúde para todos até o ano 2000”.

Esta meta catalisou as críticas dos países em desenvolvimento às propostas da OMS para combate às endemias, vistas como seletivas e descontextualizadas, centradas em modelos biomédicos especializados e intervencionistas que desconsideravam os determinantes sociais de saúde. Em consequência destas controvérsias, foi organizada, pela OMS e pelo UNICEF, em 1978, na cidade de Alma-Ata, na República do Cazaquistão (ex-república socialista soviética), a Primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, a qual foi muito influenciada por experiências de atenção primária desenvolvidas por missionários cristãos e pelos “médicos descalços chineses” que combinavam cuidados preventivos

e curativos, alopatia e medicina tradicional atuando em regiões rurais (CUETO; GIOVANELLA, 2004, 2008).

O documento final desta conferência, conhecido como Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978), mudou o paradigma filosófico em relação à saúde. A consciência da saúde como direito humano fundamental e da importância dos determinantes sociais de saúde se generalizou na comunidade científica dedicada à saúde pública e balizou os movimentos sociais na busca de sistemas de saúde que concretizassem os princípios fundamentais em relação à saúde, que deveriam orientar a busca da meta "Saúde para Todos" até o ano 2000.

O Brasil, no período que vai da 30ª Assembleia Mundial de Saúde em 1977 e Declaração de Alma-Ata, em 1978, até 1985, quando ocorreu a eleição de Tancredo Neves para Presidência da República, registra dois movimentos paralelos, mas articulados, a luta contra a ditadura militar e em favor da reforma sanitária que desaguou na Constituição de 1988, marco da democratização do país, e nas Leis 8080 e 8142 de 1990, marco na materialização do direito à saúde (BRASIL,1990, 1990b) .

A Constituição de 1988, em sua Seção II – Da Saúde, compromete-se com os princípios da Declaração de Alma-Ata; reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado, a obrigação do estabelecimento de políticas sociais e econômicas que garantam acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde e institui o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988); em 1990, a lei 8080 – Lei Orgânica da Saúde, regulamenta o SUS para operacionalização desses princípios (BRASIL,1990) e a lei 8142 dispõe sobre a participação da comunidade na sua gestão por meio das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde nos níveis nacional, estadual e municipal e estabelece que o repasse de recursos para municípios e estados de acordo com os critérios previstos na lei 8080/90 sejam regulares e automáticos (BRASIL, 1990b).

No entanto, a vocação universal do SUS e sua proposta transcendente à dimensão setorial foi desde o início desafiada pelo projeto político neoliberal - resultante da aliança entre os governos que se sucederam após a democratização e as agências internacionais visando o ajuste macroeconômico - e pela consequente continuada insuficiência de recursos adequados para seu financiamento (PAIM, 2008).

Ao mesmo tempo, dentro das contradições inerentes à sociedade brasileira, além das leis organizadoras do SUS, as Normas Operacionais Básicas (NOB), foram se sucedendo instituídas por meio de portarias, as quais iam desenhando o sistema, definindo competências de cada esfera de governo na implantação do SUS, critérios para repasses de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e as condições requeridas para que os municípios pudessem assumir progressivamente a gestão do sistema de saúde em seu território (CONASS, 2011).

É de notar que, embora o instrumento que formaliza a norma seja uma portaria do MS, ela é resultado de discussões dentro dos Conselhos e os encaminhamentos que determina são finalmente definidos de forma pactuada. Mediante critérios para repasses de recursos, o MS foi induzindo a descentralização e a organização dos sistemas municipais e esta estratégia foi fundamental para consolidação do SUS e ampliação da cobertura do atendimento à população (CONASS, 2011).

Os modelos dos missionários cristãos e dos “médicos descalços chineses”, que inspiraram os princípios da Declaração de Alma-Ata, também já vinham inspirando experiências, anteriores à implantação do SUS, de atuação de pessoas da comunidade na atenção à saúde em diversos municípios brasileiros com resultados de muito sucesso. Antes do SUS, experiências do Centro de Saúde São José do Murialdo e do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre (GROSSMANN, 2010) e do Departamento de Medicina Social da UFPel – a primeira UBS de Pelotas foi criada pelo professor José Justino Faleiros, em 1977, na Vila Municipal, com apoio da Igreja Luterana (informação verbal[1]), foram pioneiras na formação profissional e na multiplicação das experiências em atenção primária à saúde no Brasil. Nesta mesma senda, destaca-se a experiência de Planaltina, em Brasília, conforme o depoimento de Antônio Carlile Holanda Lavor (2010, p.17) no livro Memórias da Saúde da Família no Brasil:

> Os auxiliares de saúde, embriões dos futuros agentes comunitários de saúde, foram capacitados pelo Serviço Social para as atividades junto às famílias. Com os médicos e enfermeiros, aprenderam os conhecimentos de saúde, dirigidos principalmente para as mães e as crianças, que passaram a frequentar regularmente os serviços de pré-natal e puericultura. O afluxo de crianças à emergência hospitalar diminuiu muito, e caiu a mortalidade infantil. Esse trabalho foi realizado de 1974 a 1978.

[1] História contada pelo prof. Dr. Luiz Augusto Facchini durante a orientação desta dissertação, em Pelotas/RS, em outubro de 2015

Ou referindo-se à Juca/CE (2010, p.17-18):

> Em 1987, ao implantarmos o SUDS no Estado, contratamos, durante um ano, seis mil mulheres entre as mais pobres para trabalharem como agentes de saúde, novo nome para aquelas auxiliares. O sucesso na redução da mortalidade infantil, que sempre se agravava em anos de seca como aquele de 1987, tornou permanente o programa emergencial.

Ainda em seu depoimento, Antônio Carlile Holanda Lavor refere-se às avaliações positivas de Cesar Victora e Cecilia Minayo em relação a estas experiências que influenciaram a concepção teórico-prática do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) implantado em 1991 (RADIS; LAVOR, 2004, 2010).

O PACS oficializou as atividades que vinham sendo realizadas pelas pessoas da comunidade nas experiências citadas anteriormente. Seu objetivo era a “ligação efetiva entre a comunidade e as Unidades Saúde” e o meio para esta ligação era o Agente Comunitário de Saúde (ACS), morador da comunidade, preparado e supervisionado por um enfermeiro, para realizar ações de prevenção e promoção de saúde nos domicílios e na comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O principal instrumento de trabalho dos ACS é a visita domiciliar, com isto ele leva as informações, a cultura da Atenção Primária à Saúde, à casa do usuário; além disso, com o PACS se impôs a contratação de enfermeiros para as Unidades de Saúde, pois que os ACS deviam ser supervisionados por enfermeiro lotado em uma Unidade de Saúde com uma razão de no máximo 30 ACS supervisionados por um enfermeiro. Cada ACS atendia entre 400 e 750 pessoas. Desta forma, o PACS abria caminhos para a implantação da saúde da família. (MINISTÉRIO DA SAÚDE; GIRADE, 2001, 2010).

É interessante observar, na sequência histórica, que a descentralização proporcionou que o sistema de saúde fosse se estruturando de forma orgânica, com diferenças entre os vários municípios, mas ao mesmo tempo muitas semelhanças, porque em todos, o sistema tem a mesma função. Do ponto de vista político, proporcionou que o SUS se construísse como um sistema nacional, sem estar condicionado por coloração político-partidária ou diferenças regionais, uma política de estado e não de governo (SOUZA, 2010).

Em 1994, a avaliação positiva do programa, na publicação “Avaliação Qualitativa do PACS” (RADIS Comunicação e Saúde - Fonte: Informe da Atenção Básica, 2004) que analisou experiências em Atenção Primária à Saúde desenvolvidas em diversos municípios - Porto Alegre/RS, São Paulo/SP, Niterói/RJ, Recife/PE,

Cotia/SP, Planaltina/GO e Mambaí/GO – encorajaram a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) (GIRADE, 2010).

A proposta inicial para o nome do PSF era Médico ou Medicina de Família. A proposta apresentada ao MS de uma Residência Universitária em Saúde da Família no Ceará trouxe à discussão o nome Saúde da Família e assim foi evitado que o programa nascesse centrado na figura do médico. Nasceu transdisciplinar (GIRADE, 2010).

A implantação do PSF implicava definição de recursos para sua operacionalização, pois era uma nova proposta, que mudava o foco da cura ou manejo das doenças para o acompanhamento contínuo de uma população definida, considerando os indivíduos em seu contexto familiar e social. Esta foi a finalidade da Portaria Nº 692 de 25 de março de 1994 que, em seu título, abarca tanto o PACS como o PSF. A portaria inclui atividades realizadas por ACS na Tabela de Procedimentos Ambulatoriais do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS, elenca PACS e PSF como metas do MS, explicita que a interiorização do SUS depende de uma equipe mínima de saúde nos municípios e que o modelo assistencial do PSF prioriza ações de proteção e de promoção à saúde (BRASIL, 1994).

PACS e PSF foram programas de atenção primária seletiva, voltados para o atendimento da população mais pobre, com definição de populações prioritárias, quase sem articulação com os níveis mais complexos de atenção, mas que aproximavam o atendimento da população. Foram o embrião da equipe de Saúde da Família.

A redução da mortalidade infantil, a diminuição das internações hospitalares por diarreias e infecções respiratórias agudas, o aumento no número de gestantes acompanhadas e a melhoria do acesso revelaram o êxito do PSF (FACCHINI, 2006). Implantado como um programa focalizado, o PSF tornou-se o modelo estruturante da APS no Brasil, sendo denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF) (FACCHINI, 2006; SOUZA, 2010).

A Norma Operacional Básica do SUS – NOB SUS 01/96, aprovada nos termos dos anexos à portaria 2203 de 03 de novembro de 1996, foi o texto legal que definiu explicitamente a reordenação do modelo de atenção à saúde. Alterando mecanismos e fluxos de financiamento, reduzindo a remuneração por serviços e ampliando progressivamente as transferências em função de programas ascendentes,

substituindo controles centrados no faturamento de serviços produzidos por acompanhamento dos resultados de programações com critérios epidemiológicos e desempenho com qualidade, esta NOB induziu os serviços de saúde a se organizarem em uma lógica de responsabilidade territorial que favorecesse os vínculos dos serviços com os usuários, considerando os núcleos familiares e comunitários e promovesse a participação e o controle social (BRASIL, 1996).

O PSF teve grande expansão a partir da NOB-SUS/96. De 847 equipes de Saúde da Família em 228 municípios em 1996, chegou a 4945 equipes em 1970 municípios em 1999 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Apesar desta evolução do PSF, a cobertura populacional era insatisfatória; talvez porque o programa estivesse concentrado em municípios pequenos, havia a crença de que o programa só servia para áreas rurais e de difícil acesso, que não seria adequado para cidades grandes, crença que não foi debelada nem mesmo com sua implantação, em 1999, em Contagem/MG, cidade que tinha mais de 500 mil habitantes, monitorado por pesquisas de opinião que demonstravam a satisfação da população. (SAMPAIO, 2010).

Com o intuito de implantar o PSF nos municípios de grande porte (mais de 100 mil habitantes) e nas capitais, foi implantado, em 2003, financiado pelo Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), o Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (PROESF) (BRASIL, 2012). O PROESF foi planejado para abranger três aspectos - melhoria da infraestrutura, formação de recursos humanos e avaliação – e desenvolver-se em 3 fases (BRASIL; SOUZA, 2003, 2010)**.**

Estudo realizado para avaliar a primeira fase do PROESF, que se desenvolveu de 2002 a 2007, analisando municípios da região sul e nordeste, indicou que o PSF é um modelo de atenção mais conveniente para o atendimento da população, que havia sido válido o esforço de estender sua cobertura a municípios de grande porte. Ao mesmo tempo apontou a necessidade de investimentos na infraestrutura das UBS, para que fossem construídas ou reformadas para atender a “concepção do PSF” e na educação permanente dos profissionais, para qualificar o acompanhamento prestado aos usuários e habilitá-los para o monitoramento e avaliação das ações oferecidas pelo serviço (FACCHINI, 2006).

Em 2006, o Ministério da Saúde/GM exarou a Portaria 399, que divulga e aprova o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS (BRASIL, 2006), a Portaria

648 - PNAB 2006, que revisa diretrizes e normas para o PSF e o PACS em função deste pacto (BRASIL, 2006b) e a Portaria 699, que estabelece normatizações para sua operacionalização (BRASIL, 2006c). Estas portarias tornam lei pactuações formuladas entre os gestores nacionais dos três níveis de governo – federal, estaduais e municipais .

O que chama atenção no Pacto pela Saúde é ser fruto de consenso dos gestores no sentido de qualificar e implementar o processo de descentralização buscando melhorar a organização e a gestão do SUS, assumindo responsabilidades e protagonismo. A evolução do processo de pactuação que chegou ao consenso que originou o Pacto pela Saúde, representa a valorização que os gestores fazem de seus fóruns - o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS - e seu compromisso político com os princípios constitucionais do SUS (CONASS, 2006).

Este consenso obteve mudança na forma de transferência de recursos federais. Até então, a transferência dependia de que o município se habilitasse em relação a diversos aspectos da gestão junto ao governo federal e a partir do Pacto este procedimento é substituído pela adesão de municípios, estados e União através do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) que estabelece metas e compromissos e é renovado anualmente. Além disso, os recursos que eram pulverizados em grande número de rubricas, passam a ser organizados em cinco grandes blocos, não dependentes de produção, mas, sim, de plano de ação, o que dá maior autonomia a estados e municípios (CONASS, 2006).

O Pacto pela Saúde, que deve ser renovado anualmente, representa o compromisso político dos gestores com os princípios constitucionais do SUS e expressa-se nos Pactos em Defesa do SUS , pela Vida, e de Gestão que o compõe (BRASIL, 2006).

O Pacto em Defesa do SUS tem como prioridade a mobilização social em torno da saúde como direito de cidadania, a elaboração e divulgação da Carta dos Direitos dos Usuários do SUS e a busca do incremento dos recursos orçamentários e financeiros (CONASS, 2006).

O Pacto pela Vida muda a ênfase de mudanças orientadas por processos operacionais para mudanças voltadas para resultados na saúde da população. O Pacto pela Vida é permanente, no final do primeiro trimestre de cada ano são avaliados os resultados do ano anterior e pactuadas as metas para o ano seguinte.

Estas metas devem ser inscritas no Termo de Compromisso de Gestão renovado a cada ano (CONASS, 2006).

O Pacto de Gestão registra, no Termo de Compromisso de Gestão, os objetivos e metas principais do Pacto pela Vida com seus indicadores de monitoramento e avaliação ao mesmo tempo que regulamente e operacionaliza o processo de monitoramento e avaliação (BRASIL; CONASS, 2006).

A segunda fase do PROESF, que transcorreu de 2009 a 2013, foi marcada pela PNAB de 2011 (BRASIL, 2011) e pela portaria n. 1.654, de julho de 2011, que institui o Programa Nacional de Melhoria de Acesso e de Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2011b).

A PNAB 2011, com o intuito de consolidar a estratégia saúde da família como forma prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil, revisou diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e para o PACS, enfatizou o papel da educação permanente em saúde na reorientação do modelo de atenção como constitutiva da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. Neste contexto, a portaria 1.654 instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ. O PROESF foi reformulado para incorporar o programa Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ) (BRASIL, 2011). A Portaria 1654 foi revogada pela Portaria 1645 de outubro de 2015, que dá continuidade ao programa, apenas promove ajustes (BRASIL, 2015).

5.2 A formação de recursos humanos para o SUS

A centralidade da APS no sistema de saúde, em detrimento do serviço hospitalar, é uma mudança paradigmática que precisa ser fundamentada na mudança do modelo pedagógico. A educação dos trabalhadores é crucial quando se pretende mudar o modelo de saúde e melhorar a qualidade da atenção (CARDOSO, 2012).

No entanto, de 1998 a 2003, os diversos atores na área da saúde - União, estados, municípios – não atendiam a determinação do art. 27 da lei 8080 no sentido de que as diferentes esferas do governo organizassem “um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE; MATHIAS, 1990, 2004, 2011).

A instituição do SUS havia ampliado o campo de trabalho na área da saúde, mas os trabalhadores chegavam a ele com muito pouco conhecimento, tanto em relação às necessidades de saúde da população como em relação ao SUS - sua estrutura, seus princípios fundamentais - e à legislação que o havia instituído. A solução aplicada era um conjunto de cursos rápidos, treinamentos, atualizações, em um formato de transmissão descendente de informações (MATHIAS, 2011).

Para atender a determinação do artigo 27 da lei 8080 (BRASIL, 1990), em 2003, foi criada, na estrutura do Ministério da Saúde, a Secretária de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SGTES, composta pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde e pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Esta secretaria e seus departamentos têm a finalidade de articular, junto com o Ministério da Educação e com o Ministério do Trabalho e Emprego, a política para as áreas de educação e trabalho na saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE; MATHIAS, 2004, 2011).

Ainda em 2003 foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite, a Resolução n. 335 que “afirma a “Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde” e a estratégia de “Polos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde,” como instâncias locorregionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente;” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2003). Esta pactuação é a origem da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS.

A PNEPS (BRASIL, 2004) traz um conceito pedagógico diferenciado, de aprendizado articulado à reflexão crítica sobre o trabalho, à resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva e o DEGES propõe a utilização da educação permanente como eixo transformador das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social na área da saúde; em estratégia mobilizadora de recursos e de poderes; e, ainda, em recurso estruturante do fortalecimento do Sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A PNEPS deve ser fator de mudança e não de reprodução.

O MS, por meio de políticas para a atenção básica, expressas nas portarias Política Nacional de Atenção Básica – (BRASIL 2006, 2011), e políticas para educação e formação de recursos humanos como PNEPS, PRÓ-SAÚDE, PET-SAÚDE (BRASIL, 2004, 2005, 2008), entre outras, tem sido o condutor deste esforço de transformação

das práticas através da educação permanente. No entanto, ao longo do tempo, continuam sendo praticadas as duas formas de educação.

É utilizada educação continuada para transmissão descendente de conhecimento específico e pontual, conteúdo padronizado, fragmentado, que tem a finalidade de desenvolver a habilidade para realizar uma tarefa pré-determinada. É um processo de transferência para o trabalhador de informações técnico-científicas em relação ao trabalho que deve desenvolver (MINISTÉRIO DA SAÚDE; CARDOSO, 2004, 2012).

O conceito de educação permanente em saúde e sua relação com o trabalho e com as práticas de formação e desenvolvimento profissional assumido pelo MS é explicitado no Anexo II da Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. A educação permanente em saúde é aprendizagem no trabalho; o aprender se incorpora ao cotidiano da organização e do processo de trabalho. Baseada na aprendizagem significativa, acontece a partir da problematização da realidade levando em consideração os conhecimentos e as experiências prévias de cada um e as necessidades de saúde das pessoas e das populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2007).

A articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação para o desenvolvimento da Educação Permanente (HADDAD, 2008) é mais intensa em relação à formação acadêmica. As ações educacionais que ocorrem no serviço são coordenadas por profissionais do serviço e para elas é mais claramente buscado o referencial pedagógico explicitado em documentos da PNEPS (Brasil, 1994), no entanto, há confusão entre os termos educação continuada e educação em serviço e muitas vezes uma experiência que pretende ser exemplificadora de educação permanente descreve uma prática de educação continuada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O termo Educação Permanente surge com a instituição da política, que tinha por objeto justamente redefinir a educação em saúde, afastando-se do modelo pedagógico de treinamento até então proposto. As diferenças pretendidas não são asseguradas pelo nome, é um processo demorado de evolução, ainda que muito necessário. Assim como a evolução do SUS é um processo e ainda há bastante distanciamento entre a proposta e sua concretização, há distanciamento semelhante entre a Política Nacional de Educação Permanente e o que acontece na realidade do

serviço, sendo mais comum ocorrerem interações de educação continuada do que de educação permanente (MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL, 2004, 2007).

Quando a Constituição Brasileira de 1988 reconhece a saúde como direito de todos e dever do Estado é proposta uma revolução, no pleno sentido da palavra, na forma de fazer saúde no País. Para que esta revolução produza todos os seus efeitos, para que mude efetivamente o modelo de saúde, é crucial que os atores mudem sua mentalidade, sua postura, e é natural que neste movimento de mudança existam atritos, desconfortos, descompassos (MINISTÉRIO DA SAÚDE; CAMPOS; BRASIL, 2004, 2006, 2007).

Em 2001, depois de um longo período de discussão no seio das associações profissionais que finalizaram por assumir, de forma integrada, como referencial básico compromisso com os princípios da Reforma Sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde para orientar a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e, em consequência, os Projetos Pedagógicos para seus cursos, o Ministério da Educação homologou as DCN para os cursos da área da saúde. No entanto, em muitas escolas a mudança efetiva dos Projetos Pedagógicos não ocorreu (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2006).

O estudo de avaliação "A Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais" (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2006) feito por equipe técnica mista do MS e MEC, para avaliar a adesão às Diretrizes Curriculares nas escolas de enfermagem, medicina e odontologia observou que as escolas de enfermagem já têm projetos pedagógicos mais integrados às DCN e mais claro o compromisso de formar profissionais que atendam às exigências do SUS, atendendo aos princípios de universalidade, integralidade, hierarquização e descentralização.

Nas faculdades de odontologia foi possível perceber interesse na mudança, na integração das DCN, mas, ao mesmo tempo, dificuldades para desenvolvimento do ensino na rede SUS, dificuldade de modificação curricular, de romper com o modelo tradicional de ensino e estabelecer projetos pedagógicos inovadores, A prática pedagógica ainda é fragmentada, dividida em disciplinas, centrada no professor, com predominância de professores especialistas com pouca integração profissional e dificuldade de participar em uma formação que propõe um egresso generalista. A maior parte dos projetos pedagógicos analisados ainda concentra boa parte da formação profissional no diagnóstico e tratamento de doenças sem responder às

necessidades de formação para atuação no SUS (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2006).

As escolas que apresentam menos disponibilidade para a mudança são as escolas médicas, ainda estando muito presentes nelas o currículo mínimo e as práticas tradicionais. Em 2006, foi considerado que a possível explicação para este resultado seria o fato dos cursos necessitarem um período para internalizarem e implementarem as DCN (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2006).

O documento, na parte relativa aos cursos médicos finaliza dizendo:

> Em conclusão, as Diretrizes Curriculares Nacionais representam uma política pública estratégica para que tenhamos efetiva mudança na qualidade e contemporaneidade da formação médica, bem como para uma real integração com o Sistema Único de Saúde. Portanto, deverá estar presente, de forma obrigatória, como uma condição indispensável, nos processos avaliativos de autorização e reconhecimento periódico do curso médico (MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2006 p.113).

Ainda que seja importante considerar as especificidades de cada uma das áreas estudadas, também é interessante observar as semelhanças. Nos cursos com baixo grau de aderência às DCN, o estudo observou recorrência de currículo constituído de disciplinas isoladas, existência de ciclo básico, pré-clínico e clínico e ausência de integração com a rede de serviços. Pelo lado positivo, nas três áreas foi identificado esforço da comunidade acadêmica para ajustar-se às DCN, embora algumas vezes pareça ficar ao nível do discurso sem real movimento no sentido de mudança de paradigma (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2006).

As DCN para os cursos de medicina e enfermagem definem o perfil de egresso desejável para esta realidade, que envolve aspectos sócio-políticos e profissionais específicos como profissionais generalistas com competências para compreender o contexto e as políticas de saúde inseridas nas políticas sociais, com habilidade de liderança para atuar como agentes de transformação social, com competência gerencial para sistematizar o atendimento, capazes de atuar em diferentes níveis de atenção, proporcionando atendimento humanizado e escuta qualificada, estabelecendo vínculo com o usuário pela empatia gerada pela compreensão da natureza humana em suas múltiplas dimensões e expressões (ITO, 2006; BRASIL, 2001, 2001b, 2014).

Apesar de continuados esforços dos vários atores que conformam as políticas nacionais para a saúde - o Ministério da Saúde, as três instâncias de Conselhos de

Saúde, o Ministério da Educação – e dos vários programas instituídos, o Brasil não conseguiu ainda fazer valer a Constituição e substituir inteiramente o modelo tradicional de atenção à saúde, pelo modelo da Atenção Primária à Saúde.

O Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído, em 2013, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o SUS, pois a escassez de profissionais médicos em áreas remotas ou mesmo na periferia das grandes cidades vinha sendo, ao longo do seu desenvolvimento, importante obstáculo para a ampliação da cobertura da Estratégia da Saúde da Família. A formação de recursos humanos para o SUS na área médica implica a reorientação da formação médica ampliando a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seus conhecimentos sobre a realidade da saúde da população brasileira e as competências necessárias para atuar de acordo com os princípios do SUS e com as políticas públicas de saúde do País (MINISTÉRIO DA SAÚDE; MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; BRASIL, 2004, 2006, 2013).

A grande discussão em torno do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), instituído no âmbito do (PMM), empanou o foco dos outros aspectos abrangidos pela proposta, que são muito importantes como política de fortalecimento do SUS, incluindo a política de formação profissional na área da saúde. O PMMB requerendo o Curso de Especialização em Saúde da Família que foi ofertado pela rede UNA-SUS, levou ao estabelecimento de um fórum permanente de troca de experiências, ideias e conhecimentos entre as diversas universidades participantes da rede, oportunizando a elaboração de conhecimento especificamente voltado para a Estratégia de Saúde da Família, oportunizando a construção tanto de ferramentas pedagógicas como de ferramentas para a sistematização do serviço.

5.3 O Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel

O Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel teve início em julho de 2011 e está com sua nona turma em andamento. Em quatro anos de existência já certificou mais de 2000 profissionais médicos, enfermeiros e dentistas. Seu objetivo é capacitar profissionais de saúde da família do SUS promovendo a competência para a organização e gestão de serviços de Atenção Primária à Saúde, a institucionalização da avaliação e monitoramento em saúde, a promoção da cidadania e da participação social e a qualificação da prática clínica (UFPEL, 2014).

Para isto, o curso está organizado em quatro unidades que refletem o planejamento estratégico. O aluno começa por uma Análise Situacional e identifica os problemas da UBS em que está inserido; realiza uma Análise Estratégica (Projeto) e propõe uma intervenção. A seguir, implementa a Intervenção, fazendo o registro das atividades e dos dados necessários. Após, o aluno faz a Avaliação da Intervenção descrevendo a evolução de seus indicadores ao longo da intervenção e a situação destes indicadores em relação às metas estabelecidas. Além disso, prepara relatório para o gestor e para a comunidade sobre os resultados da intervenção. Para encerrar, o aluno apresenta seu Trabalho de Conclusão de Curso (Divulgação), que será uma compilação dos produtos das quatro unidades acrescida de uma reflexão (UFPEL, 2014).

Estas unidades de ensino são desenvolvidas tendo em conta quatro eixos: Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação e Engajamento Público, todos no campo da saúde coletiva, e o eixo Qualificação da Prática Clínica no campo da clínica.

O eixo de Organização e Gestão do Serviço aborda a estrutura, as equipes e os processos de trabalho na UBS. O Monitoramento e Avaliação enfoca o perfil populacional, da demanda, bem como a cobertura e a qualidade da atenção das ações programáticas. O Engajamento Público inclui ações do controle social, de educação em saúde e o trabalho com grupos, além de ações com a comunidade e a escola (UFPEL, 2014).

A Qualificação da Prática Clínica prevê o atendimento clínico de acordo com protocolos do Ministério da Saúde, com garantia da execução das ações previstas em relação ao atendimento da população foco da intervenção. Além disto, os alunos resolvem casos clínicos interativos e desenvolvem estudos de prática clínica selecionados a partir de seu desempenho em avaliações formativas. No fórum de clínica, os estudantes discutem, com docentes de sua área profissional, dúvidas surgidas em sua prática cotidiana, nos casos clínicos interativos propostos pelo curso ou decorrentes de seus estudos de prática clínica (UFPEL, 2014).

Nas defesas de trabalho de conclusão de curso observa-se que o curso é um canal de comunicação dos colegas com profissionais de vários estados, especialmente importante para aqueles que estão em áreas remotas. Identifica-se a qualificação da atenção à saúde nas UBS onde estão os especializandos. Aspectos definidos em protocolos e manuais técnicos, que apresentavam-se deficientes na

Unidade Básica de Saúde, como programa de suplementação de ferro para gestantes e crianças, primeira consulta odontológica para gestantes, exame do pé diabético e teste do pezinho, por exemplo, com monitoramento, engajamento público, organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica têm a atenção melhorada.

Observa-se também intenso envolvimento das equipes de saúde e em muitas situações, especialmente em municípios pequenos, por demanda de gestores, a replicação do projeto de intervenção do especializando para as demais Unidades Básicas de Saúde do município. Uma característica do curso é que a intervenção proposta deve ser sustentável, ou seja, deve ser planejada para ser incorporada a rotina do serviço. Nas defesas observa-se que os alunos construíram uma intervenção que foi incorporada e que mostra viabilidade de continuidade.

Observa-se também a importância do papel do enfermeiro na UBS. Seja ele, o médico ou o dentista o protagonista da intervenção, talvez pela sua natural função de gerência da UBS (ITO, 2006.), o enfermeiro é central na intervenção, é o ponto de convergência dos eixos de organização e gestão do serviço, de monitoramento e avaliação, de qualificação da prática clínica e do engajamento público, é ele que, de modo geral, media a relação entre todos os membros da equipe e também que media a relação da equipe com a comunidade.

5.4 Avaliação de serviços e seleção de Indicadores

Na década de 70, em vários países do mundo, a diminuição do crescimento econômico e a institucionalização do financiamento público da atenção à saúde impuseram avaliação dos custos do sistema de saúde e sua efetividade. As demandas à saúde são sempre crescentes, as expectativas da população se qualificam à medida que são atendidas e a multiplicação de alternativas tecnológicas e medicamentosas tornam as decisões na área da saúde muito complexas (CONTANDRIOPOULOS; FACCHINI, 2005, 2008).

O processo saúde doença, ao longo da história visto como uma questão biológica (CAMPOS, 2006), tem sido lido por muitos autores, desde a década de 70, sob o enfoque da determinação social, sendo as ações neste processo entendidas como práticas sociais (CAMPOS; CSDH, 2006, 2008). É objeto da avaliação, a análise

da efetividade destas práticas na solução das necessidades de saúde da população (FACCHINI, 2008).

No Brasil, em um processo de reorganização do MS com vistas a posicionar-se de forma mais favorável à reorientação do sistema de saúde e considerando o papel estratégico da APS no SUS, foi criada, no ano 2000, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), como parte do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde criado na mesma ocasião (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Contandriopoulos, citando Guba e Lincoln (1990), diz que, historicamente, existiram quatro estágios na história da avaliação. O primeiro foi representado pela capacidade de medir resultados de desempenho escolar e a “inteligência”, entre outros aspectos do desempenho escolar. No segundo estágio surge a capacidade de descrever como funcionam os programas para produzir os resultados. No terceiro estágio a avaliação produz um julgamento, a *posteriori*, do tipo “reprovado” ou “aprovado”. No quarto estágio a avaliação é um processo de negociação entre os atores envolvidos (CONTANDRIOPOULOS, 2005).

O documento da CAA/DAB que apresenta a proposta de institucionalização da avaliação na atenção básica tem o discurso da negociação:

> A tarefa de avaliar, tão necessária quanto complexa, requer um investimento cuidadoso e consistente na construção de uma série de consensos. Trata-se, não apenas da necessidade de compatibilização de instrumentos, mas, sobretudo, de se pactuar o objeto e os objetivos da avaliação, compreendendo-se que esta é, antes de tudo, uma atividade negociada entre diferentes atores do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005 s.n.).

Em inglês existem dois termos para se referir à avaliação - *evaluation* e *assessment* - e as diferenças de perspectiva que eles indicam são marcantes. No Brasil os termos correspondentes são avaliação somativa para *evaluation* e avaliação formativa para *assessment*. Há diferença em relação ao momento em que é feita a avaliação – posterior ou em processo; em relação ao foco - no resultado ou no desenvolvimento do processo; e aos achados – juízo final ou identificação de áreas para intervir.

A avaliação realizada durante o processo, monitoramento, oportuniza correção de rumos, ênfase nos aspectos positivos e visualização de estratégias que permitam corrigir ou contornar os aspectos negativos oportunizando melhor aproveitamento dos recursos, que é um dos objetivos primários de qualquer avaliação.

O documento do CAA/DAB usa palavras de HARTZ para manifestar a intenção do MS de que a avaliação seja mobilizadora da ação:

> Institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas (Brasil, 2005 p.7 - HARTZ, 2002 p.419).

A avaliação pode analisar a intervenção em relação a prescrições, pode analisar a relação entre diversos componentes da intervenção ou comparar situações. A avaliação que envolve políticas públicas deve se referir à adequação às prescrições oficiais (CONTANDRIOPOULOS, 2005).

Uma avaliação pode ter diversos objetivos e/ou objetivos diversos para diferentes atores, eventualmente até mesmo conflitantes (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

A avaliação é uma ferramenta que produz informações, ela não determina a forma como as informações serão utilizadas. A escolha do referencial teórico e, em consequência, dos dados que serão coletados e analisados e a interpretação dos resultados têm forte componente ideológico. Por isso é necessária a utilização de instrumentos de análise e avaliação que protejam a decisão, pois somente através da avaliação realizada dentro de preceitos técnicos adequados poderá ser estabelecida a relação de causalidade entre uma ação e um resultado (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

É nesta perspectiva conceitual que será avaliada a contribuição da intervenção dos alunos do Curso de Especialização para a melhoria do desempenho de uma extensa rede de UBS do país. Além de uma grande amostra de serviços, profissionais em formação e população coberta, a avaliação lança mão de uma extensa e criteriosa seleção de indicadores de cobertura e qualidade da atenção à população, detalhando as ações de pré-natal e puerpério, saúde da criança, prevenção do câncer de colo de útero e mama, saúde do idoso e atenção ao hipertenso e ao diabético (Figura 1. Modelo Teórico). Inscrito em uma perspectiva transdisciplinar, o estudo se propõe identificar padrões e tendências e também explicar diferenças e iniquidades em sua ocorrência.

Via de regra, o desempenho em APS está fortemente atrelado a características contextuais, dos serviços de saúde e de sua força de trabalho (FACCHINI; SILVEIRA; TOMASI, 2008, 2010, 2015). Além de entender os efeitos contextuais e profissionais,

a disponibilidade de uma série histórica de indicadores, ao longo de três meses de intervenção criteriosamente planejada, permitirá estimar seu efeito sobre o desempenho dos serviços de atenção primária à saúde, dimensionando, em consequência, a contribuição do curso no aprimoramento da cobertura e da qualidade do SUS.

Neste estudo, a avaliação, ao informar e subsidiar a tomada de decisão de trabalhadores de saúde, gestores e acadêmicos, busca um conhecimento capaz de produzir melhorias sistêmicas (FACCHINI, 2008). Estima-se a efetividade de esforços educacionais em favor da expansão de cobertura, mensuração da qualidade e uso de protocolos, materiais e instrumentos de pesquisa na prática cotidiana dos serviços de APS.

O juízo sobre a evolução do desempenho dos serviços de saúde durante a intervenção, emana de avaliação criteriosa, subsidiada e padronizada por instrumentos estruturados e modelos de análise hierarquizados teoricamente, capaz de reforçar a relação de causalidade entre a ação do curso e o resultado do serviço.

Logo, os resultados das intervenções educacionais realizadas serão capazes de melhorar a compreensão do trabalho realizado por alunos e equipe do curso, ao tempo em que contribuem para os esforços políticos em favor da redução de iniquidades em ações de saúde direcionadas à população mais pobre e desassistida.

6 Metodologia

6.1 Delineamento do estudo

Será realizado um estudo transversal aninhado a uma intervenção comunitária com dados secundários que registram a evolução de indicadores obtidos durante as intervenções dos alunos em ações programáticas típicas de atenção primária à saúde - pré-natal e puerpério, saúde da criança, detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama, saúde dos usuários com hipertensão e ou diabetes mellitus, saúde da pessoa idosa. O estudo fornecerá um painel sobre padrões e tendências no desempenho do serviço na vigência de uma intervenção educacional.

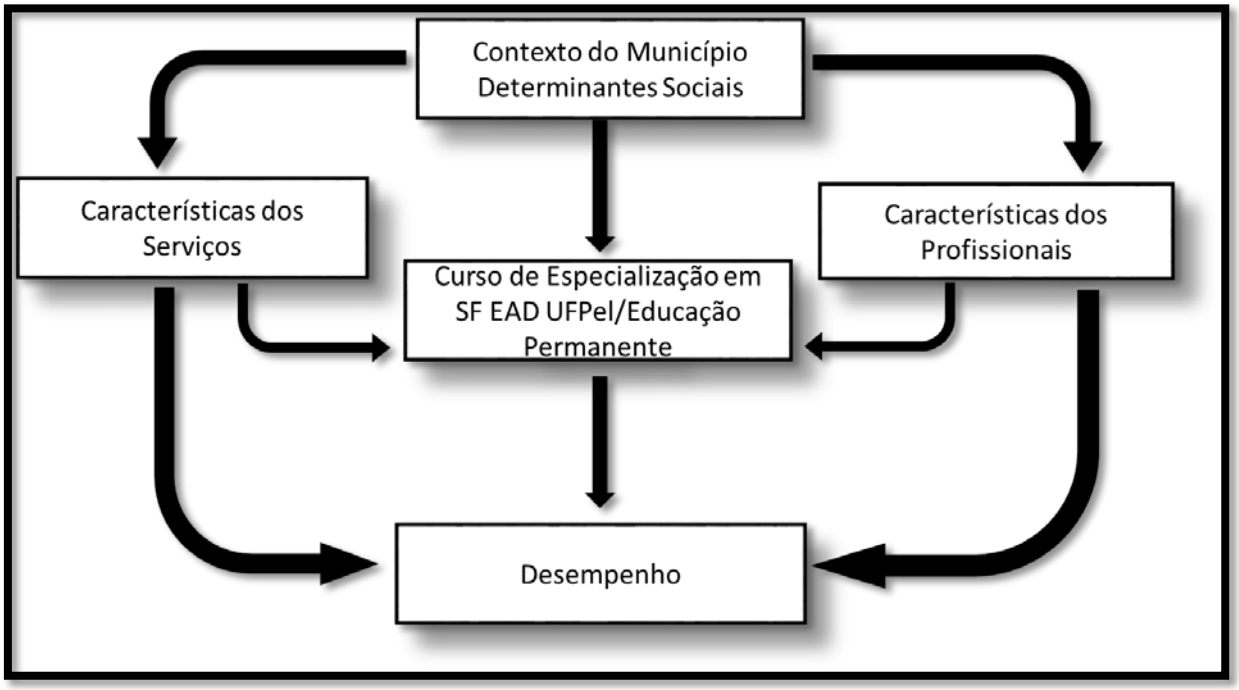

Figura 1: Quadro com Modelo Teórico. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS - UFPel, 2015.

6.2 Amostra

Serão examinadas todas as intervenções realizadas por enfermeiros e médicos que concluíram o Curso de Especialização em Saúde da Família nas turmas que se desenvolveram de julho 2011 a dezembro de 2015. Foram realizadas no âmbito do curso, neste período, 2173 intervenções.

6.3 Critérios de Exclusão

Não serão consideradas intervenções realizadas por odontólogos e com foco em Saúde Escolar.

6.4 Instrumentos e coleta de dados

Serão utilizados formulários estruturados (Anexos A e B) para extrair dados das Planilhas de Coleta de Dados (PCD) (Anexo C) e dos trabalhos de conclusão de curso (TCC) de cada egresso. Além disso, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) será consultado para obtenção de informações da UBS. A coleta de dados será realizada por auxiliares de pesquisa.

6.5 Definição das Variáveis

6.5.1 Variáveis dependentes

As variáveis dependentes serão os indicadores de cobertura e qualidade da atenção à população alvo em cada ação programática: pré-natal e puerpério, saúde da criança, detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama, atenção ao usuário com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM) e saúde da pessoa idosa. Será calculada a evolução do indicador de cobertura em relação à população-alvo e a evolução dos indicadores de qualidade. (Figuras 2 a 6 – variáveis dependentes)

Em virtude do grande número de indicadores (107 – 19 de pré-natal, 12 de puerpério, 19 de saúde da criança, 13 de Ca de útero e de mama, 24 de HAS e DM, 20 de idosos) e da falta de completa padronização de alguns ao longo de todas as turmas, foi necessário proceder à seleção dos indicadores que serão utilizados nesta pesquisa.

Embora para cada ação programática trabalhada pelos especializandos houvesse um conjunto estável de indicadores que, em grande parte, se repetiu nas

oito turmas, havia alguns não utilizados em todas turmas e alguns com pequenas diferenças na formulação.

Tomando-se por referência a oitava turma do Curso, que é a mais recente e que assumiu-se como tendo a grade de indicadores mais completa e indicadores melhor formulados, construiu-se a grade dos indicadores de todas as turmas, com o auxílio do programa Microsoft Excel®.

Como primeiro passo colocou-se em uma linha todos os indicadores utilizados na T8, com a frase exata de sua descrição. Após, ao examinar-se cada turma, buscou-se o indicador correspondente a cada um daqueles da T8. Se era exatamente a mesma formulação utilizada na T8 e a mesma coluna da PCD, colocava-se apenas a palavra “igual”. Se tinha uma formulação diferente, mas com o mesmo sentido, colocava-se na coluna correspondente aquele indicador na T8, escrevendo-se a frase utilizada na sua descrição; se não havia um indicador, isto era anotado. Para decidir se um indicador devia ou não ser colocado na coluna correspondente aquele indicador na T8, foi realizada cuidadosa análise semântica.

Ao final, foram selecionados vinte e oito indicadores: cinco de cobertura – um para cada ação programática - e vinte e três indicadores de qualidade assim distribuídos: quatro de pré-natal, quatro de saúde da criança, seis de prevenção de câncer de colo e de mama, seis de HAS & DM e três de saúde do idoso, sendo treze de organização e gestão do serviço e dez de conteúdo da prática clínica. O critério de inclusão foi sua ocorrência em pelo menos sete das oito turmas e a consistência semântica em todas as turmas (Figuras 2 - 6).

Categoria	**Variável/Indicador**	**Operacionalização**
Cobertura	Proporção de gestantes cadastradas no Programa de Pré-natal e Puerpério	Numerador: gestantes residentes na área de abrangência cadastradas no programa
		Denominador: gestantes residentes na área de abrangência
	Proporção de puérperas com consulta até 42 dias após o parto	Numerador: puérperas com consulta até 42 dias após o parto
		Denominador: total de puérperas no período
Organização e gestão do serviço	Proporção de gestantes com ingresso precoce no Programa de Pré-natal e Puerpério	Numerador: gestantes com ingresso precoce no programa
		Denominador: gestantes residentes na área de abrangência cadastradas no programa
Conteúdo da prática clínica	Proporção de gestantes com exame ginecológico em dia	Numerador: gestantes com exame ginecológico em dia
		Denominador: gestantes residentes na área de abrangência cadastradas no programa

Figura 2: Variáveis dependentes referentes ao Programa de Pré-Natal e Puerpério. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015.

Categoria	Variável / Indicador	Operacionalização
Cobertura	Proporção de crianças entre zero e 72 meses cadastradas no Programa de Saúde da Criança	Numerador: crianças entre 0 e 72 meses residentes na área de abrangência cadastradas no programa
		Denominador: crianças entre 0 e 72 meses residentes na área de abrangência
Organização e gestão do serviço	Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro	Numerador: crianças de 6 a 24 meses que receberam ou estão recebendo suplementação de ferro
		Denominador: crianças entre 6 e 24 meses de idade residentes na área de abrangência cadastradas no programa
Conteúdo da prática clínica	Proporção de crianças com monitoramento do crescimento	Numerador: crianças com monitoramento do crescimento
		Denominador: crianças residentes na área de abrangência cadastradas no programa
	Proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento	Numerador: crianças com monitoramento do desenvolvimento
		Denominador: crianças residentes na área de abrangência cadastradas no programa

Figura 3: Variáveis dependentes referentes ao Programa de Atenção à Saúde da Criança. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015.

Categoria	Variável / Indicador	Operacionalização
Cobertura	Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama	Numerador: mulheres entre 50 e 69 anos com exame de mama em dia
		Denominador: total de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência
	Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo de útero	Numerador: mulheres entre 25 e 64 anos com exame de colo de útero em dia
		Denominador: mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área de abrangência
Organização e gestão do serviço	Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia	Numerador: mulheres com registro adequado da mamografia
		Denominador: mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência cadastradas no programa
	Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero	Numerador: mulheres com registro adequado do exame
		Denominador: mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área de abrangência cadastradas no programa
		Denominador: mulheres entre 50 a 69 anos residentes na área de abrangência cadastradas no programa
Conteúdo da prática clínica	Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero	Numerador: mulheres com amostras satisfatórias do exame
		Denominador: mulheres cadastradas no programa que realizaram exame citopatológico de colo de útero.

Figura 4: Variáveis dependentes referentes ao Programa de Detecção Precoce de Câncer de Colo de Útero e de Mama. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015.

Categoria	Variável / Indicador	Operacionalização
Cobertura	Proporção de usuários com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus	Numerador: usuários com hipertensão residentes na área de abrangência cadastrados no programa
		Denominador: usuários com hipertensão residentes na área de abrangência
	Proporção de usuários com diabetes cadastrados no Programa de Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus	Numerador: usuários com diabetes residentes na área de abrangência cadastrados no programa
		Denominador: usuários com diabetes residentes na área de abrangência
Conteúdo da prática clínica	Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	Numerador: usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular
		Denominador: usuários com hipertensão residentes na área de abrangência cadastrados no programa
	Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável	Numerador: usuários com hipertensão que receberam orientação sobre alimentação saudável
		Denominador: usuários com hipertensão residentes na área de abrangência cadastrados no programa
	Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	Numerador: usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular
		Denominador: usuários com diabetes residentes na área de abrangência cadastrados no programa
	Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável	Numerador: usuários com diabetes que receberam orientação sobre alimentação saudável
		Denominador: usuários com diabetes residentes na área de abrangência cadastrados no programa

Figura 5: Variáveis dependentes referentes ao Programa de Atenção à Saúde do Usuário com Hipertensão e ou Diabetes Mellitus. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015.

Categoria	Variável/Indicador	Operacionalização
Cobertura	Proporção de idosos cadastrados no Programa de Atenção à Saúde do Idoso	Numerador: idosos cadastrados no programa
		Denominador: idosos residentes na área de abrangência
Organização e gestão do serviço	Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	Numerador: idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
		Denominador: idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa
Conteúdo da Prática Clínica	Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia	Numerador: idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia
		Denominador: idosos residentes na área de abrangência cadastrados no programa

Figura 6: Variáveis dependentes referentes ao Programa de Atenção à Saúde do Idoso. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015.

6.5.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes em relação ao **perfil dos alunos** serão: núcleo profissional, vinculação a programa de provimento, nacionalidade, sexo e turma.

As variáveis independentes em relação ao **perfil da UBS** serão: Unidade da Federação, porte do município, tamanho da população adscrita, número de equipes na UBS, modelo de atenção - ESF/tradicional/mista e localização - urbano ou rural.

Categoria	Variáveis	Operacionalização
Perfil do alunos	Sexo	Masculino/feminino
	Nacionalidade	Brasileira/cubana/outra
	Núcleo profissional	Médico/enfermeiro
	Vínculo a programa de provimento	Sim/não
	Tipo de programa de provimento	MM/Provab
	Turma	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 8
Perfil do município	Unidade da federação	UF
	Porte populacional	Até 10.000/ 10.001 a 30.000/ 30.001 a 100.000/ mais de 100.000
Perfil da UBS	Tamanho da população adscrita	Menos de 4.000hab/4.000hab ou mais
	Número de equipes	1, 2, 3, 4 ou mais
	Localização	Urbana ou rural
	Modelo	ESF/Tradicional/Mista

Figura 7: Variáveis independentes. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015.

6.6 Processamento e análise de dados

Os dados coletados por meio da planilha eletrônica serão convertidos em um banco de dados a ser analisado com o auxílio do pacote estatístico Stata® 12.0.

Inicialmente serão avaliadas as frequências das variáveis em estudo examinando as medidas de tendência central e dispersão, bem como, as proporções.

Será obtida a razão entre a proporção alcançada pelo indicador no último mês da intervenção e a proporção registrada no primeiro mês. Estas variáveis serão posteriormente categorizadas em três grupos: razões maiores que um (1) indicarão crescimento das proporções ao longo do tempo, menores do que um (1) seu decréscimo e iguais a um (1) ausência de evolução.

Após comparação entre médias, por meio do teste t e análise de variância, as associações das variáveis independentes com os desfechos categorizados serão verificadas por meio do Teste do Qui-quadrado de heterogeneidade e de tendência linear. Para todas as análises será adotado o nível de significância de 5%.

Serão explorados modelos multivariados de análise para aprofundar o entendimento sobre as características do profissional e do serviço relacionadas à melhoria do desempenho, por meio da técnica de regressão de Poisson.

6.7 Aspectos éticos

O estudo será apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas - EaD - UFPel para obtenção do consentimento da instituição para sua realização e submetido a Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil, para apreciação.

6.8 Cronograma

Ano/ Mês / Atividades	2015						2016											
	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Definição do tema																		
Revisão bibliográfica																		
Construção do projeto de pesquisa																		
Qualificação do Projeto de Dissertação																		
Construção do banco de dados																		
Análise dos dados																		
Escrita da Dissertação																		
Defesa de título																		
Produção de artigos para publicação																		
Apresentação dos resultados em eventos																		

Figura 8: Quadro do Cronograma. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015.

6.9 Financiamento e orçamento

Este projeto será financiado com recursos do Curso de Especialização em Saúde da Família que já estão disponíveis. O orçamento previsto envolve materiais básicos e serviço de terceiros – auxiliares de pesquisa que coletarão os dados.

Recurso	**Quantidade**	**Valor Unitário (R$)**	**Valor total (R$)**
Lápis	10	1,00	10,00
Borracha	03	0,50	1,50
Caneta	05	2,00	10,00
Papel A4 (pacote de 500f)	03	15,00	45,00
Tonner para multifuncional	01	250,00	250,00
Impressões (folhas)	1.800	0,10	180,00
Encadernações simples	10	3,00	30,00
Encadernação capa dura	05	50,00	250,00
Revisor português	01	300,00	300,00
Revisor inglês	01	40,00	120,00
Auxiliares de pesquisa	02	5.000,00	10.000,00
Total	**--**	**--**	**11.196,50**

Figura 9: Projeção de recursos e despesas do projeto. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015.

Referências bibliográficas

ALMEIDA FILHO, Naomar. **Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(12): 2234-2249, dez, 2010.
Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003>
Acesso: 17 set. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. (artigos 196-200).
Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf>
Acesso: 17 set. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.
Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>
Acesso: 17 set. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
Disponível em:
<http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/l8142.pdf>
Acesso: 16 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde/GM. **Portaria nº 692 de 25 de março de 1994**. Cria códigos e estabelece condições de cobrança para Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF e PACS)
Disponível em:
http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/prog_pacs_psf/
Acesso: 20/09/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.203, de 03 de novembro de 1996**. Norma Operacional Básica do SUS – NOB SUS 01/96. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. In: Legislação Estruturante do SUS. **Coleção Para entender a gestão do SUS**. V.13. 1. Brasília: CONASS, 2011. p.128-163.
Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf>
Acesso: 21 set. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.
Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
Acesso: 17 set. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.
Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
Acesso: 17 set. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde - CNS. **Resolução Nº 335, de 27 de novembro de 2003**. Afirma a aprovação da "Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde" e a estratégia de "Pólos ou Rodas de Educação Permanente em Saúde," como instâncias locorregionais e interinstitucionais de gestão da Educação Permanente.
Disponível em:
<https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Conselho+Nacional+de+Sa%C3%BAde+em+04+de+setembro+de+2003>
Acesso: 23 set. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. PNEPS**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.
Disponível em:
<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/cgp/coord_sudeste/imagens/NEP/PORTARIA_N_198_de_13_de_fevereiro_de_2004.pdf>
Acesso: 17 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005.** Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia.
Disponível em:
<http://www.semesp.org.br/site/assessorias/migrado1954/>
Acesso: 16 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial Nº 2.118, de 3 de novembro de 2005**. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde.
Disponível em:
http://download.inep.gov.br/download/superior/2005/avaliacao_institicional/portaria_interministerial_2118.pdf
Acesso: 16 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde/GM. **Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.
Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf>
Acesso: 22 set. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde/GM. **Portaria n. 648 de 28 de março de 2006 - PNAB**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf> Acesso: 22 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 699 de 30 de março de 2006**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão.
Disponível em:
< http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria699_30_03_06.pdf>
Acesso: 22 set. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto de 20 de junho de 2007**. Institui a Comissão Interministerial de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e dá outras providências.
Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Dnn/Dnn11279.htm>
Acesso: 16 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde 2007. **Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.
Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>
Acesso: 28 set. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008**. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde.
Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_0 8_2008.html>
Acesso: 17 set. 2016.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010**. Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS, e dá outras providências.
Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_.03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7385.htm>
Acesso: 16 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011**. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica.
Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html>
Acesso: 16 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 - PNAB 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
Acesso: 21 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde/GM. **Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. (Revogada pela PRT GM/MS n° 1.645 de 01.10.2015).
Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1654_19_07_2011.html>
Acesso: 21 set. 2016.

BRASIL**.** Presidência da República. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.
Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>
Acesso: 16 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação/CNE/CSE. **Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014.** Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.
Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192>
Acesso: 17 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde/GM. **Portaria n. 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da

Atenção Básica (PMAQ-AB).
Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>
Acesso: 21 set.2016.

CAMPOS, Francisco. Apresentação. In: **A Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais**. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Brasília, 2006.
Disponível em:
< http://abeno.org.br/arquivos/downloads/download_20111215103241.pdf>
Acesso: 17 set. 2016

CARDOSO, Ivana Macedo. **Rodas de educação permanente" na atenção básica de saúde: analisando contribuições**. Saúde e Sociedade, 21(supl.1), 18-28, mai. 2012.
Disponível em:
<**http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500002**>
Acesso: 23 set. 2016.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH - CSDH. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization. Geneva, 2008.
Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69832/1/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf>
Acesso: 24 set. 2016

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Para entender o pacto pela saúde**. V1, Nota Técnica 06. 2006.
Disponível em:
http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Disciplinas/Nota%20Tcnica%20CONASS%20-%20Pacto.pdf
Acesso: 22 set. 2016.

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. Coleção Para entender a gestão do SUS. V.13. 1. Brasília: CONASS, 2011. 534 p.
Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v13.pdf>
Acesso: 16 set. 2016.

CONTANDRIOPOULOS, André Pierre**. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos.** In: Avaliação em Saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Fundação Oswaldo Cruz - Universidade Federal da Bahia. Salvador/ Rio de Janeiro: 2005. p. 29-47.
Disponível em:
<http://static.scielo.org/scielobooks/3zcft/pdf/hartz-9788575414033.pdf>
Acesso: 28 set.2016.

CONTANDRIOPOULOS, André Pierre. (2006). **Avaliando a institucionalização da avaliação**. Ciência e Saúde Coletiva. 11(3): 705-711. 2006.
Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30984.pdf>
Acesso: 28 set.2016

CUETO, Marcos. **The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care**. American Journal of Public Healt**h**, 94(11), 1864-1874, nov. 2004.
Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448553/>
Acesso em: 18 set. 2016.

FACCHINI, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto Xavier; TOMASI, Elaine; SILVEIRA, Denise Silva; SIQUEIRA, Fernando Vinholes; RODRIGUES, Maria Aparecida. **Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 11(3):669-681, 2006.
Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30982.pdf>
Acesso: 21 set. 2016.

FACCHINI, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto Xavier; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; TEIXEIRA, Vanessa Andina; SILVEIRA, Denise Silva; MAIA Maria de Fátima Santos; SIQUEIRA, Fernando Vinholes; RODRIGUES, Maria Aparecida; PANIZ, Vera Vieria; OSÓRIO, Alessander. **Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 24 Sup 1:S159-S172, 2008.
Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/20.pdf>
Acesso em: 25 set. 2016

FERRAZ, Fabiane; VENDRUSCOLO, Carine; KLEBA, Maria Elisabeth; PRADO, Marta Lenise do; REIBNITZ Kenya Schmidt. **Ações estruturantes interministeriais para reorientação da Atenção Básica em Saúde: convergência entre educação e humanizaç**ão. O Mundo da Saúde, São Paulo, 36(3): 482-493, 2012.
Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/acoes_estruturantes_interministeriais_reorientacao_atencao.pdf>
Acesso: 17 set. 2016.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. **Atenção primária à saúde.** In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2008. p. 493-545.
Disponível em:
<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/ATENCAO_PRIMARIA_A_SAUDE_ESF_Giovanella_L_Mendonca_MH.pdf>
Acesso: 18 set. 2016.

GIRADE, Halim Antonio. **Assim nasceu o programa de Saúde da Família no Brasil.** In: Memórias da Saúde da Família no Brasil. Série I. História da Saúde no

Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 20-24.
Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>
Acesso: 19 set. 2016.

GROSSMAN, Carlos. **A nova cara da saúde no Brasil - a medicina de família e comunidade.** In: Memórias da Saúde da Família no Brasil. Série I. História da Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 40-44.
Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>
Acesso: 19 set. 2016.

HADDAD Ana Estela, BRENELLI Sigisfredo Luís, PASSARELLA Teresa Maria, RIBEIRO Thais Campos Valadares. **Política Nacional de Educação na Saúde**. Revista Baiana de Saúde Pública, v.32 (supl.1), p. 98-114, out. 2008.
Disponível em:
<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1463/1099>
Acesso: 16 set. 2016.

HADDAD Ana Estela, MORITA Maria Celeste, PIERANTONI Célia Regina, BRENELLI Sigisfredo Luís, PASSARELLA Teresa, CAMPOS Francisco Eduardo. **Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008**. Revista de Saúde Pública. 44(3):385-93, 2010.
Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/01.pdf>
Acesso: 18 set. 2016.

ITO, Elaine Emi, PERES, Aida Maris, TAKAHASHI Regina Toshie, LEITE Maria Madalena Januário. 2006. **O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade**. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 40(4):570-5, 2006.
Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a16.pdf>
Acesso: 24 set. 2016.

LAVOR, Antônio Carlile Holanda Lavor. **O agente comunitário: um novo profissional da saúde**. In: Memórias da Saúde da Família no Brasil. Série I. História da Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 16-19.
Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>
Acesso: 19 set. 2016.

MATHIAS, Maíra. **Gestão da educação e do trabalho em saúde no centro do debate**. RET-SUS (da) Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde. P.10-13. jan / fev de 2011.
Disponível em:
<http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/41/RETSUS41_10_Gestao_da_educacao.pdf>
Acesso: 23 set. 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE/DAB. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Caderno1. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p.
Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf>
Acesso: 21 set. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/ DAB. **Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 18p.
Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf
Acesso: 21 set. 2016.

Ministério da Saúde/DAB. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Ministério da Saúde. Brasília, 2005.
Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf>
Acesso: 28 set. 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE/DAB. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. 2015.
Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>
Acesso: 17 set. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/DEGES. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde**. 2004. 68p.
Disponível em:
< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf>
Acesso: 23 set. 2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. **Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001. 40p.
Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>
Acesso: 19 set. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **A Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia às Diretrizes Curriculares Nacionais. Série Comunicação e Educação em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 162 p.
Disponível em:
< http://abeno.org.br/arquivos/downloads/download_20111215103241.pdf>
Acesso: 17 set. 2016.

OLIVEIRA Felipe Proenço, VANNI Tazio, PINTO Hêider Aurélio, SANTOS Jerzey Timoteo Ribeiro, FIGUEIREDO Alexandre Medeiros de, ARAÚJO Sidclei Queiroga

de, MATOS Mateus Falcão Martins, CYRINO Eliana Goldfarb. **“Mais Médicos”: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional.** Interface (Botucatu), 19(54): 623-34, 2015.
Disponível em:
<http://www.scielosp.org/pdf/icse/v19n54/1807-5762-icse-19-54-0623.pdf>
Acesso: 17 set. 2016.

OLIVEIRA Vinicius Gomes de, QUEIROZ Fernanda Navarini, ARAÚJO Bruno Pereira, SILVA Cássio Marques Menezes, SILVA Flávio Dias. **Medicina de Família e Comunidade: breve histórico, desafios e perspectivas na visão de discentes de graduação**. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 9(30):85-8, 2014.
Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc9(30)850>
Acesso: 18 set. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA**. Alma-Ata, URSS. 6-12 set.1978.
Disponível em:
<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>
Acesso: 21 set. 2016.

PAIM, Jairnilson Silva. **A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes**. Physis - Revista de Saúde Coletiva, 18(4). p. 625-644, 2008.
Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n4/v18n4a03.pdf>
Acesso: 18 set. 2016.

RADIS. **Principais momentos do Programa Saúde da Família no Brasil** (Fonte: Informe da Atenção Básica). RADIS - Comunicação e Saúde, n.21 mar/ab 2004.
Disponível em:
<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/comment/reply/2599>
Acesso: 19 set. 2016.

SAMPAIO, Luis Fernando Rolim. **Mais uma história de mineiro**. In: Memórias da Saúde da Família no Brasil. Série I. História da Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 46-50.
Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>
Acesso: 20 set. 2016.

SILVEIRA Denise Silva da; FACCHINI, Luiz Augusto; SIQUEIRA, Fernando Vinholes; PICCINI, Roberto Xavier; TOMASI, Elaine; THUMÉ, Elaine; SILVA, Suele Manjourany; DILÉLIO, Alitéia Santiago; MAIA, Maria de Fátima dos Santos. **Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(9):1714-1726, set, 2010.

Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900005>
Acesso: 20 set. 2016.

SOUZA, Heloísa Machado de. **Saúde da Família: uma proposta que conquistou o Brasil**. In: Memórias da Saúde da Família no Brasil. Série I. História da Saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 30-35.
Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>
Acesso: 20 set. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS – UFPel/DMS **Projeto Pedagógico do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS / UFPe**l. 2014. (Revisão da versão original de 2011).
Disponível em:
<https://unasus.ufpel.edu.br/moodle/documentosmenu/ProjetoPedagogico_2014.pdf>
Acesso: 18 set. 2016.

TOMASI, Elaine; OLIVEIRA, Talita Fischer; FERNANDES, Pedro Agner Aguiar; THUMÉ, Elaine; SILVEIRA Denise Silva da; SIQUEIRA, Fernando Vinholes; DURO,Suele Manjourany Silva; SAES, Mirelle de Oliveira; NUNES Bruno Pereira; FASSA, Anaclaudia Gastal; FACCHINI, Luiz Augusto. **Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade – PMAQ**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. vol.15 nº.2. Recife, Apr/June 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000200171#f02>
Acesso em: 25 set. 2016

XIMENES, Vinícius. **Novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina**. Seminário MEC 19 agosto de 2015.
Disponível em:
<http://dkw4g894e1jim.cloudfront.net/images/PDF/4_Seminario_19ago2015_Novas_DCN_ViniciusXimenes_MEC.pdf >
Acesso: 17 set. 2016.

APÊNDICES

Apêndice A: Modelo de formulário estruturado para extração de dados para variáveis independentes. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015.

D	CPF	Aluno	Turma	Sexo	Profissão	Provimento	UF	Município	Pop Município	CNES	Tipo UBS	Urbano Rural	Pop UBS	N de Equipes	Pop adscrita	Pop-Alvo
1			1	1	1	9	43	4317301	30900	2232723	4	9	9999	2	900	9
2			1	1	1	9	43	4316600	15373	2245833	2	3	4000	1	4000	40
3			2	1	2	9	29	2928901	28000	5446775	2	1	3805	1	3805	26
4			2	1	1	9	42	4203709	10170	2596741	2	2	1745	1	1745	26
5			3	1	1	1	43	4314407	328275	2254018	2	1	5705	3	99999	57
6			3	1	2	0	43	4304408	42000	9999999	2	1	8669	2	4631	31
7			4	1	1	0	43	4307906	63635	2236745	3	1	3381	1	3381	32
8			4	1	2	1	22	2208403	61000	2369605	2	1	2423	1	2423	26
9			5	2	2	9	16	1600303	437256	2022044	2	1	24000	4	6415	240
10			5	2	2	2	43	4300034	4324	2261235	3	1	2000	1	2000	66
11			6	1	9	9	24	2412203	39771	5100437	2	1	2567	1	2567	27
12			6	2	9	9	43	4314407	327778	2253380	2	2	5000	1	5000	33
13			7	2	9	9	43	4314407	329453	2253356	3	1	16000	2	4000	40
14			7	2	9	9	43	4303004	86750	2266318	2	2	5000	1	5000	59

Apêndice B: Modelo de formulário estruturado para extração de dados para variáveis dependentes. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015.

ID	CobM1	CobM2	CobM3	CobM4	Cadido	Consdia	Avglobal	Idohas	Idodm
	Cobertura Mês 1	Cobertura Mês 2	Cobertura Mês 3	Cobertura Mês 4	Idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa	Idosos com consulta em dia	Idosos com Avaliação Global	Idosos rastreados para HAS	Idosos hipetensos rastreados para DM
1	10,1	12,1	15,2	71,7	100	0	100	75,3	0
2	5,4	21,6	40	77,5	54,1	999	999	999	999
3	100	100	100	100	100	888	888	78,3	74,8
4	22,1	54,6	88,9	88,9	100	888	888	888	888
5	9,1	18,1	27,2	35,8	100	888	888	888	888
6	19,4	64,5	99,4	100	94,8	888	888	888	888
7	13,7	26,1	32,5	37,7	78,2	888	888	888	888
8	11,2	16,1	36,7	888	100	888	888	888	888
9	5	13,3	21,9	29,2	81,6	888	888	888	888
10	3,3	5,4	7,8	11,6	88,3	888	888	888	888
11	23,1	42,9	59,5	888	100	888	888	888	888
12	17,4	28,8	41,1	888	100	888	888	888	888
13	15	32	49,5	888	100	888	888	888	888
14	26,3	30,7	35,6	888	39,8	888	888	888	888

ANEXO

Anexo A – Região da Planilha de Coleta de Dados de onde serão coletados os indicadores de cobertura (1.1) e qualidade (2.1). Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015.

		Mês 1	Mês 2	Mês 3
1.1	**Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde**	5,8%	8,6%	11,5%
	Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS	35	52	70
	Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde	608	608	608

		Mês 1	Mês 2	Mês 3
2.1	**Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo**	94,3%	98,1%	100,0%
	Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo	33	51	70
	Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS	35	52	70

II - Relatório do Trabalho de Campo

Introdução

Durante o Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS – UFPel, cada um dos egressos realizou intervenção em uma ação programática típica da atenção primária à saúde – pré-natal e puerpério, saúde da criança, detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama, saúde dos usuários com hipertensão e ou diabetes mellitus, saúde da pessoa idosa. Os dados relativos a estas intervenções foram registrados em planilhas Excel®, neste estudo denominadas Planilhas de Coleta de Dados, e estas foram as fontes dos dados secundários analisados.

Preparação da coleta de dados

Em setembro de 2015, procedeu-se a uma cuidadosa análise da planilha de coleta de dados de cada ação programática e em cada turma do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel. Observou-se uma diversidade na redação das informações coletadas ao longo das turmas, o que implicou esforço de identificação e padronização a fim de tornar os indicadores comparáveis ao longo do curso. Por exemplo, o início precoce do pré-natal foi redigido, nas turmas iniciais, como “início precoce” e, a partir da turma 5, sua redação foi modificada para “início no primeiro trimestre”. Ambas as formas expressam o mesmo indicador e, por isso, mesmo com redações diferentes, foi possível utilizá-lo nas análises.

Outra situação identificada foi que algumas ações coletadas de forma independente nas primeiras turmas foram reunidas em turmas posteriores porque havia sobreposição de faixa etária entre a população-alvo de uma e outra, como foi o caso das ações relativas ao câncer de mama e de colo de útero e algumas destas intervenções não puderam ser aproveitadas.

Também a redação de cada indicador foi sendo refinada, assim, por exemplo, a informação quanto a atendimento em dia, na planilha de coleta de dados para saúde da criança, era buscada com o indicador definido como “atraso no atendimento” na Turma 1 e como “consulta conforme o protocolo” na Turma 2 e estabilizado a partir da Turma 4 como consulta na primeira semana de vida.

Da comparação das diversas redações foi definida a que seria colocada na planilha de coleta de dados.

Alguns indicadores não puderam ser utilizados por não estarem disponíveis em todas as turmas, como, por exemplo, o exame do pé diabético.

Feita esta análise, os indicadores foram organizados em uma planilha Excel® para cada ação específica com os indicadores nas colunas e as turmas nas linhas para que ficasse definido de que célula coletar aquele indicador em cada turma. Foi considerada como base a Turma 8, já que as planilhas da Turma 5 até a Turma 8 eram idênticas.

Ainda como trabalho prévio à coleta de dados foi obtida da secretaria do Curso a listagem de alunos egressos por turma, com seu CPF, profissão, nacionalidade, data da defesa e título de seu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Estas informações foram reunidas em um arquivo Excel® que foi, posteriormente, desmembrado em cinco bancos específicos, um para cada ação programática, com o que ficou definido o número de estudantes que compõe a população alvo do estudo e o número de intervenções por ação programática.

Antes do início da coleta dos dados de cada intervenção, foi necessário buscar, no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), o TCC e as planilhas de coleta final de cada estudante.

Coleta de dados

O trabalho de coleta de dados propriamente dito iniciou em novembro de 2015. Na primeira reunião com os dois coletadores definiu-se a rotina do trabalho e seu cronograma.

Os dados foram buscados em suas diferentes fontes, conforme apresentado no Quadro 1.

Dados	Variáveis	Fonte(s)
Do aluno	• CPF • Sexo • Profissão • Turma • Provimento	Secretaria do Curso
Da Intervenção	• População-alvo • Cobertura da ação programática (%) • Indicadores de qualidade da atenção da ação programática (%)	Planilha de Coleta de Dados do egresso
Da Unidade Básica de Saúde	• População da área de abrangência • Número de equipes • Localização	Trabalho de Conclusão de Curso do egresso
Do Município	• População • Índice de Desenvolvimento Humano	IBGE PNUD

Figura 1: Dados e variáveis coletadas e suas respectivas fontes. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015.

Os bancos foram constituídos com um estudante por linha e uma variável por coluna. A nomenclatura das variáveis referentes aos indicadores da intervenção seguiu a seguinte lógica: primeira letra (maiúscula) indicando a ação programática em questão (por exemplo, H = hipertensão), depois uma abreviatura do indicador (cob = cobertura) e encerrando com a indicação do mês do indicador (M1, M2 ou M3), assim, no caso da avaliação da cobertura relativa à hipertensão, por exemplo, o nome da variável fica HcobM1 .

Como as planilhas de coleta de dados das turmas 5, 6, 7 e 8 eram idênticas, as variáveis do banco de dados foram ordenadas de acordo com a ordenação que tinham nas planilhas destas turmas. Optou-se por incluir na planilha indicadores não presentes em todas as turmas, de modo que todos os indicadores que foram usados em qualquer das ações programáticas, mesmo que em uma única turma, foram coletados para futuras análises.

A cada semana era elaborado um relatório do trabalho de coleta de dados para acompanhamento do andamento do trabalho e planejamento da sequência das coletas. Em média, foram coletados dados de 55 estudantes por semana de trabalho, o que permitiu que toda a coleta fosse concluída em abril de 2016.

Exclusões e perdas

Foram excluídas, previamente ao início da coleta, 185 intervenções com foco em saúde bucal, 24 com foco em saúde escolar e 13 com focos variados. Durante a coleta foram consideradas "perdas" 134 intervenções por terem menos de três meses de duração ou por apresentarem indicadores diferentes dos que estavam nas planilhas disponibilizadas pelo Curso.

Processamento e análise

Após o término da coleta de dados nos bancos do Excel®, o próximo passo foi a transferência dos bancos para o pacote estatístico Stata®. Neste programa, inicialmente procedeu-se à verificação da amplitude de cada variável e de suas consistências e, havendo incoerências, foi feita nova busca no TCC do aluno para confirmar ou corrigir a informação.

Optou-se por utilizar como desfecho relacionado à cobertura das ações, a medida da diferença, em pontos percentuais, do nível alcançado ao final do terceiro

mês e o alcançado ao final do primeiro mês de intervenção, ao invés da medida da razão entre o terceiro e o primeiro mês. Em função do tipo de variável de desfecho, a análise multivariada deveria ser por regressão linear e não mais por regressão de Poisson, indicada quando para desfechos dicotômicos. Entretanto, para o artigo dos idosos, o exame dos dados e suas associações não indicaram a necessidade de análises multivariadas, tendo-se procedido a análises estratificadas segundo o provimento. Outra alteração foi relacionada aos indicadores de qualidade, para os quais considerou-se somente o percentual alcançado ao final do terceiro mês, pois o tipo de análise – de diferença de proporções – realizado para as coberturas, não se mostrou eficaz. Já ao final do primeiro mês da intervenção, grande parte dos alunos lograva chegar muito perto da meta de 100%, fixada para todos estes indicadores de qualidade.

De maio a agosto de 2016 trabalhou-se na redação de um artigo científico com dados das intervenções em saúde do idoso, submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva.

Resultados selecionados

De um total de 2.173 intervenções das turmas 1 a 8, 356 foram excluídas das análises por serem realizadas por odontólogos, por terem sido feitas com focos em ações programáticas para os quais o Curso não disponibilizava planilhas de coletas de dados já prontas - como saúde do homem ou atenção domiciliar -, ou por terem menos de três meses de duração. Assim, apresentamos a seguir resultados selecionados de 1.817 intervenções.

Em relação ao perfil dos egressos, observou-se grande predominância de médicos (81,1%), do sexo feminino (63,4%), pertencentes a programa de provimento (80,7%), sendo mais da metade do total (53,8%) pertencentes ao PMMB.

A maior parte das intervenções foi focada na atenção à saúde de usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes melittus (35,4%). Esta foi a ação programática escolhida por 38,7% dos médicos e por 20,4% dos enfermeiros, no entanto, para os enfermeiros esta não foi a primeira escolha; sua primeira escolha foi a detecção precoce de câncer de colo de útero e de mama (24,9%).

Tabela 1. Distribuição das intervenções de acordo com características dos egressos. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015.

Variáveis	**N**	**%**
Profissão		
Enfermeiro(a)	344	18,9
Médico(a)	1.473	81,1
Sexo		
Masculino	656	36,6
Feminino	1.135	63,4
Provimento		
Livre demanda	350	19,3
PROVAB	489	26,9
Mais Médicos	978	53,8
Ação Programática		
Saúde do Idoso	204	11,2
HAS & DM[2]	641	35,4
PN & PU[3]	399	21,9
Câncer Colo e Mama	344	18,9
Saúde da Criança	229	12,6
Região		
Norte	354	19,5
Nordeste	632	34,8
Sudeste	124	6,8
Sul	697	38,4
Centro-Oeste	10	0,5
Turma		
1	52	2,9
2	85	4,7
3	94	5,2
4	340	18,7
5	219	12,1
6	268	14,8
7	407	22,3
8	352	19,3
Total	**1.817**	**100**

[2] Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus
[3] Pré-natal e Puerpério

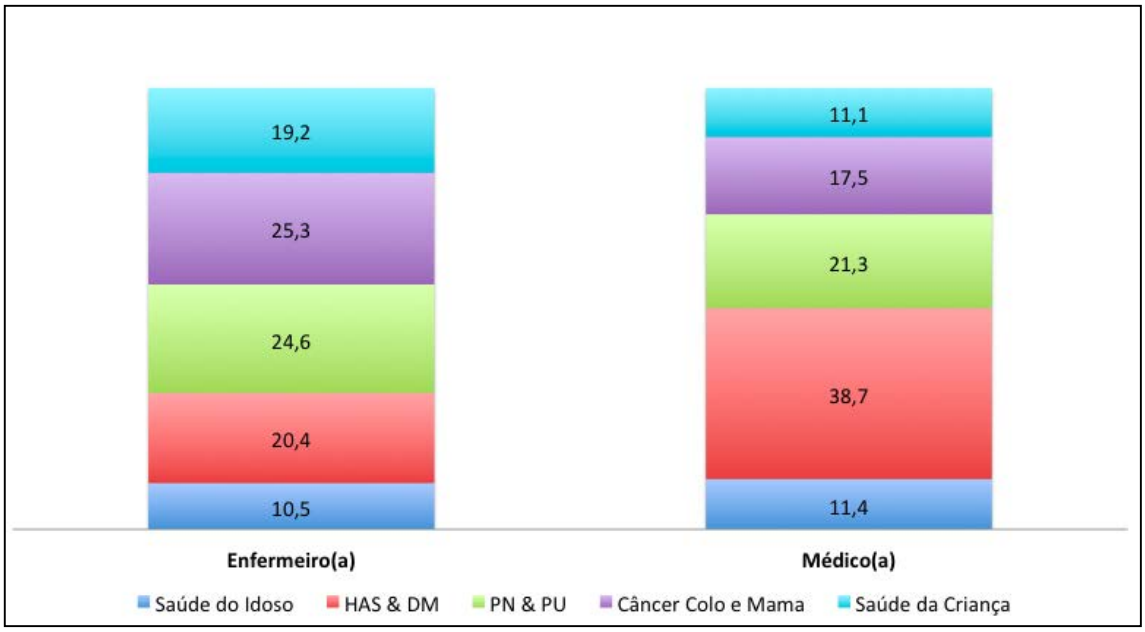

Figura 2: Distribuição das ações programáticas (%) segundo a profissão do egresso. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015.

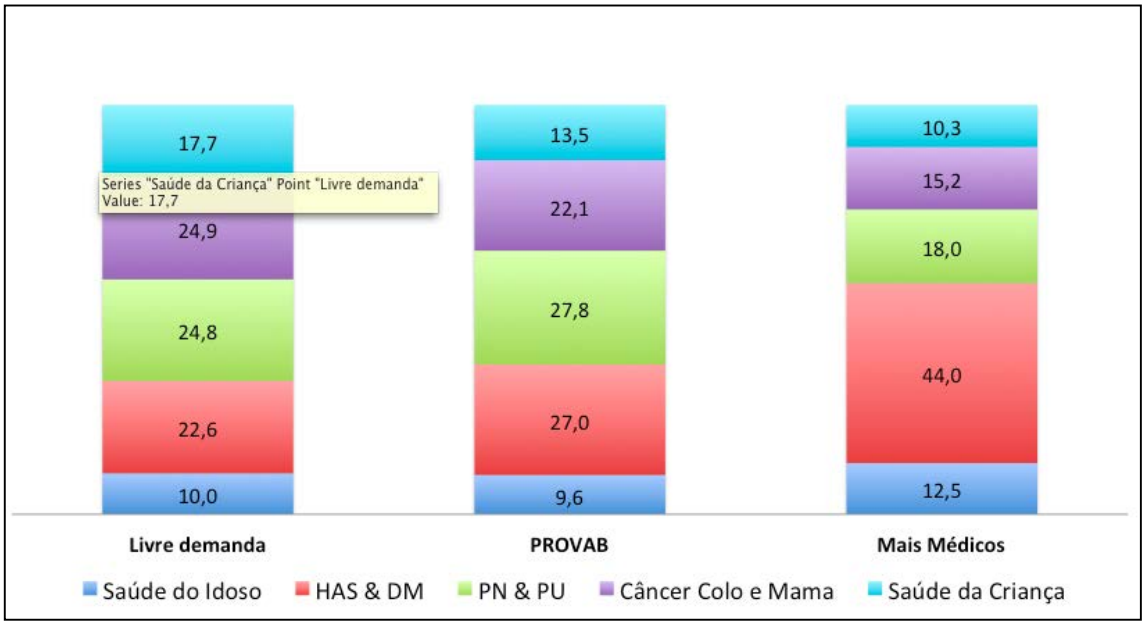

Figura 3: Distribuição das ações programáticas (%) segundo o programa de provimento. Curso de Especialização em Saúde da Família, UNA-SUS – UFPel, 2015.

III - Artigo da Sustentação da Dissertação

Atenção a idosos: desempenho de intervenções conduzidas por profissionais do Mais Médicos.

Elderly people care: performance of interventions carried by professionals from the "Projeto Mais Médicos para o Brasil" (More Physicians to Brazil Project).

Título resumido: PMMB: desempenho de intervenções com idosos

Maria Elizabeth Gastal Fassa[1]
Elaine Tomasi[2]
Anaclaudia Gastal Fassa[2]
Louriele Wachs[1]
Leonardo Pozza dos Santos[3]
Elaine Thumé[1]
Pamela Moraes Volz[1]
Luiz Augusto Facchini[2]

[1] Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Universidade Federal de Pelotas
[2] Departamento de Medicina Social e Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - Universidade Federal de Pelotas
[3] Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - Universidade Federal de Pelotas

Endereço para correspondência:
Maria Elizabeth Gastal Fassa, Curso de Especialização em Saúde da Família, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas. Av. Duque de Caxias 250, Pelotas, RS 96030-002, Brasil. elizabeth.fassa@gmail.com

Resumo

Introdução: Trabalho comparou desempenho de intervenções em Saúde do Idoso de alunos vinculados ou não ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Métodos**: estudo transversal, aninhado a intervenção comunitária, com 204 intervenções em sete UF entre 2011 e 2016, com

dados dos Trabalhos de Conclusão de Curso. Calculou-se diferença de cobertura entre terceiro e primeiro mês de intervenção e percentual atingido ao final do terceiro mês, quando comparado às metas, em relação aos indicadores de qualidade. **Resultados**: Aumento médio de cobertura de 35,7 pontos percentuais, maior entre intervenções de participantes do PMMB comparadas às conduzidas por não participantes. Comparadas às intervenções conduzidas por brasileiros, as conduzidas por cubanos apresentaram maior diferença nas coberturas – 26,0 pp (22,4; 29,7) e 45,5 pp (41,8; 49,1), respectivamente. Indicadores de qualidade como realização de avaliação multidimensional rápida, exame clínico em dia e avaliação da necessidade de tratamento odontológico apresentaram melhor desempenho ao final da intervenção quando conduzidas por profissionais vinculados ao PMMB. **Conclusão**: melhores resultados obtidos por participantes do PMMB podem ser creditados ao perfil dos alunos, principalmente à nacionalidade cubana.

Palavras-chave: educação médica; saúde do idoso; atenção primária à saúde; estratégia de saúde da família.

Abstract

Introduction: The study compared achievements of interventions on Elderly Health performed by students affiliated or not to the “More Physicians for Brazil Program”. **Methodology:** cross-sectional study nested in a community intervention with 204 interventions made in seven Federation Unities between 2011 and 2016, with Final Papers’ data. Was calculated difference in coverage between third and first month’s intervention, and percentage reached in the end of the third month compared with targets regarding quality goals. **Results:** Average increase in coverage was 35.7 points percent, being higher in interventions conducted by PMMB affiliated when compared to the ones conducted by not affiliated. Compared to the interventions conducted by Brazilians, those conducted by Cubans showed greater difference in coverage – 26,0 pp (22,4 ; 29,7) e 45,5 pp (41,8 ; 49,1), respectively. Quality indicators as

Quick Multidimensional Evaluation, up-to-date clinical care and evaluation of dental treatment need had better achievements when the intervention was conducted by PMMB affiliated. **Conclusion:** better results presented by PMBB affiliated can be credited to their profile, especially the Cuban nationality.

Keywords: medical education; elderly people health; primary attention to health; family health strategy

Introdução

O aumento da expectativa de vida da população, decorrente da queda nas taxas de fecundidade e mortalidade, é responsável pelo crescimento da proporção de idosos no Brasil[1]. Em 2006, coerentemente com o compromisso assumido no Pacto pela Vida, que priorizou o atendimento aos idosos, a Portaria Ministerial 2.528, divulgou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa-PNSPI[2]. Esta política estabelece ações com vista à promoção do envelhecimento ativo e saudável. No âmbito da atenção básica (AB), a equipe deve responsabilizar-se pela saúde do usuário idoso de forma integral, praticar o acolhimento, identificar e registrar os idosos do território, realizar avaliação multidimensional para detectar as situações de fragilização e desenvolver ações e serviços de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico e reabilitação da saúde[3].

A contínua expansão da AB no Brasil, não só em termos geográficos e demográficos como também em termos da amplificação de seus focos, evidenciou a escassez de profissionais para atender a este compromisso social e político. Buscando fazer face a esta situação, o governo brasileiro desenvolveu diversas iniciativas. Em relação ao provimento de profissionais médicos instituiu, em setembro de 2011[4], em parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). Como

este programa não estava sendo suficiente para suprir a escassez de médicos, o governo instituiu, em outubro de 2013, através da Lei nº. 12.871, o Programa Mais Médicos (PMM) que tem em seu âmbito o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)[5].

Em 2011, com a finalidade de oferta de educação permanente para profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), foi criada a Rede UNA-SUS, inicialmente constituída por 16 Universidades, sendo uma delas a Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Esta rede foi encarregada, a partir de 2013, de ofertar os Cursos de Especialização em Saúde da Família aos participantes do PROVAB e do PMMB6. Em consonância com os propósitos do PROVAB e do PMMB, o Curso da UFPel, objetivando melhorar a atenção à saúde da população, tem como seu núcleo a implantação de uma intervenção com foco em uma ação programática típica de AB no serviço em que o profissional-estudante está alocado.

O Curso tem a duração de um ano, no decorrer do qual o aluno desenvolve a análise situacional da Unidade Básica de Saúde em que trabalha, elabora o projeto de intervenção, efetivamente realiza uma intervenção – com monitoramento semanal – e, finalmente, avalia a intervenção realizada e elabora relatórios acadêmico, para os gestores e para a comunidade. Desta forma o Curso atende integralmente à demanda de integração ensino-serviço. Desenvolve-se totalmente *on line*, tendo como ocasião físico-presencial apenas a defesa do Trabalho de Conclusão de Curso[7]. Esta configuração permitiu a captação de alunos de quase todo o território nacional nas ofertas para livre demanda e, no PROVAB e PMMB, de sete estados da federação, especialmente aqueles com localidades remotas e de difícil acesso, cobertas por florestas e cortadas por muitos rios: Amazonas, Acre, Amapá, Roraima, além do Rio Grande do Norte, Piauí e Rio Grande do Sul, exceto Porto Alegre e região metropolitana.

O objetivo deste artigo é comparar mudanças na cobertura e na qualidade do cuidado a idosos entre intervenções conduzidas por profissionais do PMMB e por outros profissionais, no âmbito do Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS / UFPel.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal aninhado a uma intervenção comunitária. Os egressos do Curso de Especialização da UNA-SUS/UFPel realizaram intervenções ao longo de três meses em suas unidades de saúde.

De julho de 2011 a julho de 2016, o Curso certificou 2173 participantes de oito turmas, sendo 1050 médicos do PMMB, 555 médicos e enfermeiros do PROVAB e 568 médicos, enfermeiros e dentistas oriundos de demanda espontânea, que realizaram intervenções focadas em cinco ações programáticas - Pré-Natal e Puerpério, Saúde da Criança, Saúde do Idoso, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus e Câncer de Colo de Útero e de Mama. Para o presente estudo, foram analisadas 204 intervenções em Saúde do Idoso, a grande maioria em Unidades de Saúde da Família (95%), ao longo de oito turmas do Curso.

Os dados foram oriundos das Planilhas de Coleta de Dados (PCD) – utilizadas para registro das intervenções (modelos disponíveis no endereço: https://dms.ufpel.edu.br/p2k/coletiva/ - Plataforma Kurt Kloetzel – Plataforma Educacional de Saúde da Família e na Plataforma ARES - https://ares.unasus.gov.br/acervo/discover?filtertype_1=title&filter_relational_operator_1=contains&filter_1=Coleta&submit_apply_filter=&query=Planilha+de+coleta+de+dados) e dos volumes finais de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de cada estudante.

O primeiro desfecho observado foi a **diferença entre a cobertura** alcançada ao final do terceiro mês e ao final do primeiro mês de intervenção, expressa em pontos percentuais (pp). Por exemplo, se havia 1000 idosos residentes na área de abrangência da unidade de saúde e no primeiro mês foram cadastrados 200 idosos (20%) e no terceiro mês foram atingidos 600 idosos (60%), a diferença foi expressa como um aumento de 40 pontos percentuais.

Também foram avaliados **quatro indicadores de qualidade** da atenção aos idosos: 1) realização de Avaliação Multidimensional Rápida; 2) exame clínico em dia; 3) avaliação da

necessidade de tratamento odontológico e 4) entrega da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Tais indicadores de qualidade foram obtidos através da divisão do número de idosos que recebeu determinada ação (por exemplo, número de idosos que recebeu Avaliação Multidimensional Rápida) dividido pelo total de idosos cadastrados na intervenção e multiplicado por 100. Considerou-se para este cálculo os níveis alcançados ao final do terceiro mês da intervenção.

A Avaliação Multidimensional procura verificar a capacidade funcional e cognitiva. A capacidade funcional refere-se às condições que o idoso tem de desenvolver as atividades requeridas pelo ambiente em que vive e a capacidade cognitiva refere-se às suas condições de lidar com as informações que a realidade lhe proporciona – registrar, armazenar e dar significado adequado aos dados. Estes dois aspectos determinam a autonomia e a independência de que o idoso efetivamente desfruta[8].

De acordo com Sirena e Moriguchi[9] a atenção aos idosos objetiva promover sua saúde e prevenir doenças. Para isso, um cuidadoso exame clínico deve ser realizado rotineiramente, incluindo o rastreamento para HAS ou DM, a verificação de sinais vitais e dados antropométricos e o fornecimento de orientações para hábitos saudáveis de vida. Para os portadores de HAS ou DM, inclui a estratificação de risco cardiovascular e exame dos pés.

A população idosa não é considerada prioritária para o atendimento odontológico e a maioria das equipes de SF ainda não conta com o profissional odontólogo. No entanto, há aspectos da saúde bucal que estão no escopo da competência de outros profissionais de saúde que podem perceber problemas na higiene bucal, identificar cáries, necessidade de prótese, lesões na mucosa, tumores e, quando for o caso, fazer o referenciamento para o dentista em uma unidade central ou centro de especialidades odontológicas. Diante destas circunstâncias, o foco nesta meta é significativo da qualidade da atenção prestada na UBS[10,11].

A edição de 2014 da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa permite o acompanhamento longitudinal do idoso pelo prazo de cinco anos em relação às condições de saúde, rede social e familiar, fornece orientações para o autocuidado e também orientações aos profissionais de saúde para realização da avaliação multidimensional e organização do processo de trabalho. Este indicador favorece o controle social na medida em que oportuniza que o usuário conheça como deve ser seu atendimento[12].

A principal variável de exposição foi o vínculo do estudante ao PMMB (sim / não). As demais variáveis foram: do egresso: formação (enfermeiro / médico), sexo (masculino / feminino) e nacionalidade (brasileira / cubana / outra); da unidade de saúde: localização (urbana / rural ou mista); população da equipe (até 4.000 hab / mais de 4000 hab.), número de equipes (uma / duas ou mais) e população-alvo da intervenção (até 200 / 201 a 500 /mais de 500) e do município: porte populacional em quartis (até 12.301 / 12.302 a 31.524 / 31.525 a 121.972 / 121.973 e mais).

Os dados referentes a cada intervenção desenvolvida foram reunidos em uma planilha Excel® e transferidos posteriormente para o pacote estatístico Stata® 12.0. Inicialmente, procedeu-se à checagem de amplitude e consistência das informações coletadas. Foram calculadas as médias dos desfechos de acordo com as variáveis de exposição. Para todas as medidas, diferença de cobertura (expressa em pontos percentuais - pp) e de qualidade (expressas em proporção - %), foram obtidos os respectivos intervalos de confiança de 95%.

As diferenças entre as médias das variáveis de desfecho de acordo com as variáveis de exposição foram testadas através do teste *t* (exposições dicotômicas) e de ANOVA (exposições ordinais e nominais). Todas as análises foram estratificadas para o vínculo ao PMMB (sim ou não) e as diferenças foram consideradas significativas quando não houve sobreposição dos limites dos intervalos de confiança de 95%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina, com o parecer de número 1.555.311 e foi obtida a autorização expressa dos alunos para o uso dos dados.

Resultados

Foi examinado um total de 204 intervenções. A maioria dos egressos era médico (82%) e do sexo feminino (63%). Metade (49%) eram cubanos, 47% eram brasileiros e 4% eram estrangeiros de outras nacionalidades. As intervenções ocorreram em unidades de saúde com predomínio da ESF (95%), localizadas em áreas urbanas (72%), com população adscrita de até 4.000 habitantes (74%) e com uma única equipe de saúde (74%). A população-alvo da intervenção variou de 39 a 3.323 idosos, sendo 59% entre 201 e 500. A distribuição do porte do município em quartis revelou que metade das intervenções ocorreram em municípios de até 31.524 habitantes (Tabela 1). Mais de metade dos egressos (60%) era inscrito no PMMB.

Cobertura

O aumento médio de cobertura da ação programática junto aos idosos foi de 35,7 pontos percentuais, sendo significativamente superior entre intervenções conduzidas por egressos participantes do PMMB: 42,1 pp (IC 95% 38,6; 45,7) do que por não participantes: 26,1 pp (IC 95% 22,3; 30,0) (Tabela 1).

Independente do vínculo com o PMMB, diferenças estatisticamente significativas no aumento da cobertura também foram registradas de acordo com a nacionalidade do egresso e com o tamanho da população adscrita à equipe. Comparadas às intervenções conduzidas por brasileiros, aquelas conduzidas por cubanos apresentaram maior diferença nas coberturas – 26,0 pp (22,4; 29,7) e 45,5 pp (41,8 ; 49,1), respectivamente. Intervenções conduzidas em populações de até 4.000 pessoas conseguiram registrar maior aumento de cobertura: 39,1 pp (IC 95% 35,8; 42,5) do que as conduzidas em populações com mais de 4.000 habitantes – 27,2

pp (IC95% 22,3; 32,2) (Tabela 1). Observou-se que quanto maior a população-alvo da intervenção, menores foram os aumentos nas coberturas para toda a amostra e que quanto maior o porte populacional menor a ampliação da cobertura, com grande diferença entre os municípios de menor porte - 41,7 pp (IC 95% 35,7; 47,6) quando comparados aos de maior porte 29,1 pp (IC 95% 23,6; 34,6) (Tabela 1).

Examinando as diferenças entre intervenções conduzidas por profissionais do PMMB e não PMMB segundo as variáveis de exposição, destacam-se maiores aumentos de cobertura em favor das intervenções conduzidas pelos profissionais do PMMB entre os médicos, entre os profissionais do sexo feminino, entre as que ocorreram tanto em áreas urbanas quanto rurais ou mistas, naquelas com menos de 4.000 pessoas sob responsabilidade da equipe, quando havia apenas uma equipe na unidade de saúde, em todos os tamanhos da população-alvo e nos municípios de até 31.524 habitantes (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos egressos e aumento da cobertura do Programa de Saúde da Pessoa Idosa de acordo com características individuais, das unidades de saúde e dos municípios e vínculo ao PMMB. UNA-SUS/UFPel, 2016.

		n	%	Não PMMB n=82 Pontos percentuais (IC95%#)	PMMB n=122 Pontos percentuais (IC95%)	Total n=204 Pontos percentuais (IC95%)
Egresso	**Formação**					
	Enfermeiro	36	17,7	23,3 (17,8 ; 28,7)	NSA*	23,2 (17,8 ; 28,7)
	Médico	168	82,3	28,4 (22,8 ; 33,9)	42,1 (38,6 ; 45,7)	38,4 (35,2 ; 41,5)
	Sexo					
	Masculino	75	36,8	30,4 (21,7 ; 39,2)	44,0 (38,3 ; 49,7)	40,6 (35,7 ; 45,5)
	Feminino	129	63,2	24,8 (20,4 ; 29,2)	40,5 (35,9 ; 45,2)	32,8 (29,4 ; 36,3)
	Nacionalidade					
	Brasileira	95	46,6	26,1 (22,3 ; 30,0)	25,5 (12,4 ; 38,5)	26,0 (22,4 ; 29,7)
	Cubana	100	49,0	NSA*	45,5 (41,8 ;1 49,1)	45,5 (41,8 ; 49,1)
	Outra	9	4,4	NSA*	29,3 (15,0 ; 43,6)	29,3 (15,0 ; 43,6)
Unidade de saúde	**Localização**					
	Urbana	143	71,5	26,2 (21,3 ; 31,0)	38,3 (34,1 ; 42,5)	33,8 (30,5 ; 37,1)
	Rural / Mista	57	28,5	27,3 (20,0 ; 34,7)	53,8 (48,3 ; 59,3)	41,7 (36,1 ; 47,3)
	População da equipe					
	Até 4000	149	73,8	27,1 (22,4 ; 31,8)	46,6 (42,8 ; 50,4)	39,1 (35,8 ; 42,5)
	Mais de 4000	53	26,2	24,7 (17,3 ; 32,0)	29,3 (22,3 ; 36,3)	27,2 (22,3 ; 32,2)
	Número de equipes					
	Uma	148	73,6	26,2 (21,8 ; 30,6)	43,7 (39,6 ; 47,8)	37,0 (33,7 ; 40,3)
	Duas ou mais	53	26,4	27,8 (19,2 ; 36,3)	38,6 (31,0 ; 46,1)	33,9 (28,2 ; 39,6)
	População-alvo da intervenção					
	Até 200	41	20,1	28,4 (15,8 ; 40,9)	53,8 (48,3 ; 59,3)	45,7 (39,3 ; 52,1)
	201 a 500	121	59,3	27,9 (23,1 ; 32,8)	43,2 (38,5 ; 47,8)	36,2 (32,7 ; 39,8)
	Mais de 500	42	20,6	16,9 (11,2 ; 22,2)	28,1 (25,0 ; 35,7)	24,4 (18,9 ; 29,9)
Município	**Porte (habitantes em quartis)**					
	Até 12301	51	25	28,3 (19,7 ; 36,9)	51,8 (45,5 ; 58,1)	41,7 (35,7 ; 47,6)
	12302 a 31524	52	25,5	27,8 (14,5 ; 31,0)	44,6 (38,7 ; 50,6)	37,1 (31,6 ; 42,5)
	31525 a 121972	50	24,5	30,4 (19,6 ; 41,1)	37,3 (30,0 ; 44,6)	35,0 (29,1 ; 40,9)
	121973 e mais	51	25	23,7 (17,8 ; 29,7)	34,3 (25,2 ; 43,3)	29,1 (23,6 ; 34,6)
	Total	**204**	**100**	**26,1 (22,3 ; 30,0)**	**42,1 (38,6 ; 45,7)**	**35,7 (32,9 ; 38,6)**

* NÃO SE APLICA - Não havia enfermeiros vinculados ao PMMB e não havia estrangeiros não vinculados ao PMMB.

Intervalo de Confiança de 95%

Para os brasileiros, o fato de pertencer ao PMMB não fez diferença significativa no aumento da cobertura. Os cubanos alcançaram aumentos médios de coberturas significativamente maiores do que os brasileiros (Figura 1). O mesmo efeito foi observado considerando-se os números absolutos de idosos alcançados pelas intervenções (Figura 2).

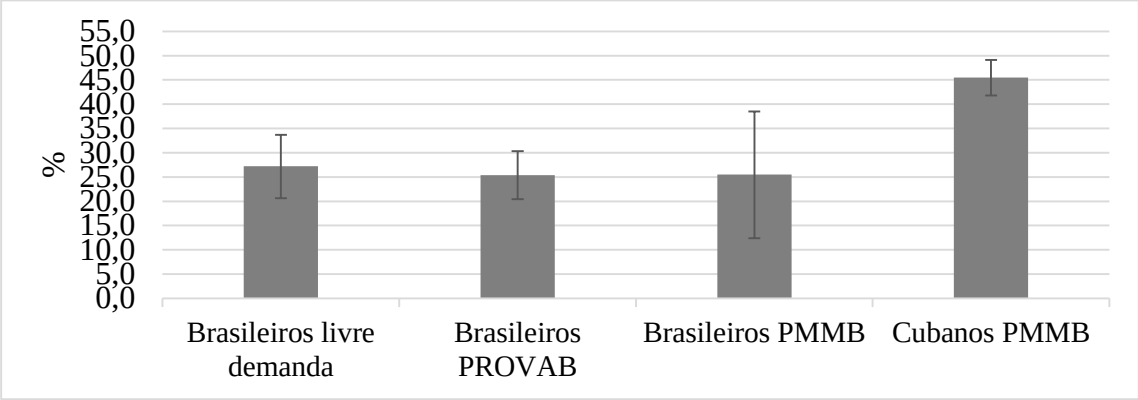

Figura 1. Aumento média de cobertura – pontos percentuais - das ações de cuidado aos idosos de acordo com a nacionalidade e o programa de provimento. UNA-SUS / UFPel, 2016.

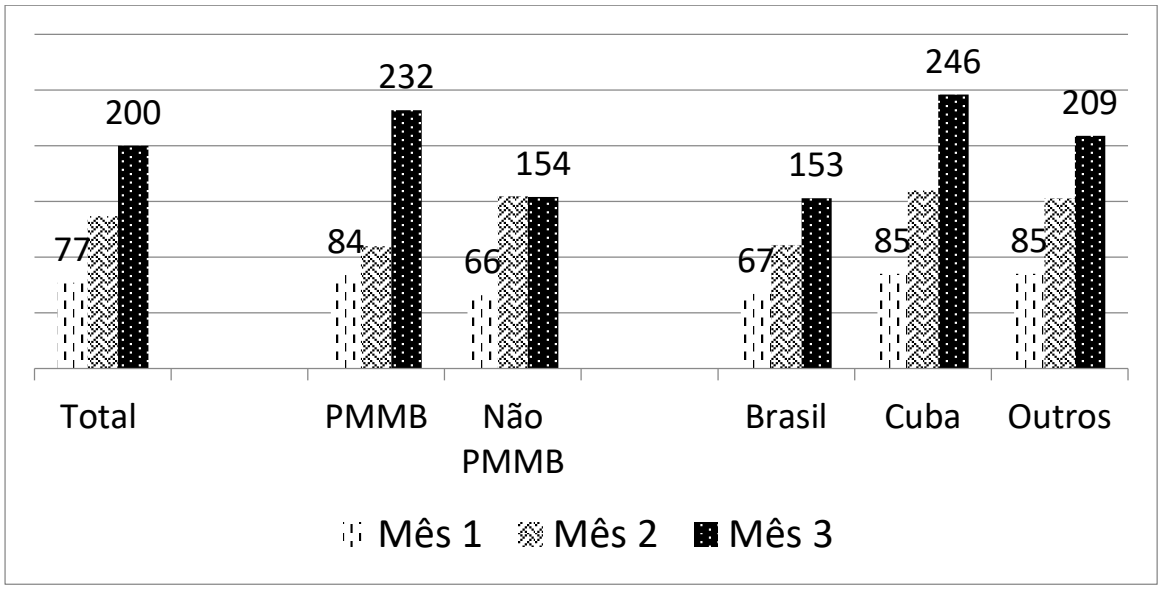

Figura 2. Número absoluto de idosos beneficiados pelas intervenções de cuidado aos idosos de acordo com a nacionalidade e o programa de provimento. UNA-SUS / UFPel, 2016.

Desempenho dos serviços nos indicadores de qualidade

Avaliação Multidimensional Rápida – AMR

Ao final dos três meses de intervenção, a média de realização da AMR nos serviços foi de 90,8%, significativamente maior entre os vinculados ao PMMB: 95,5% (93,0; 97,9) do que entre os não vinculados: 83,1% (76,9; 89,2). Esta diferença pró PMMB também se manifestou entre os profissionais do sexo feminino, entre unidades urbanas, com população da equipe de até 4.000 habitantes e com uma única equipe (Tabela 2).

Exame clínico em dia

Este indicador de qualidade foi o que chegou mais perto da meta de 100%, alcançando média nos serviços de 94,5%. A média do alcance da meta de exame clínico em dia foi maior (96,4%) quando a intervenção era conduzida por profissionais com vínculo com PMMB (IC 95% 94,6; 98,3) em comparação àquelas conduzidas por profissionais não participantes do PMMB (90,5%) (IC 95% 86,2; 94,9). Esta diferença pró PMMB também foi registrada quando as intervenções foram conduzidas por mulheres e naquelas em que a população da equipe era de até 4.000 habitantes (Tabela 2).

Tabela 2. Alcance das metas de qualidade em Avaliação Multidimensional Rápida e Exame Clínico de acordo com vínculo ao PMMB e características individuais, das unidades de saúde e dos municípios. UNA-SUS/UFPel, 2016.

		Avaliação Multidimensional Rápida (%)			Exame Clínico em dia (%)		
		Não PMMB (IC95%#)	PMMB (IC95%#)	Total (IC95%)	Não PMMB (IC95%#)	PMMB (IC95%#)	Total (IC95%)
Egresso	**Formação**						
	Enfermeiro	79,3 (68,7 ; 89,9)	NSA*	79,3 (68,7 ; 89,9)	88,7 (79,4 ; 98,1)	NSA*	88,7 (79,4 ; 98,1)
	Médico	85,8 (78,3 ; 93,4)	95,5 (93,0 ; 97,9)	93,0 (90,3 ; 95,7)	91,4 (86,3 ; 96,4)	96,4 (94,6 ; 98,3)	95,1 (93,2 ; 97,0)
	Sexo						
	Masculino	84,4 (69,2 ; 99,5)	94,8 (91,0 ; 98,6)	92,2 (87,7 ; 96,8)	94,6 (88,3 ; 100,9)	95,6 (92,6 ; 98,6)	95,4 (92,7 ; 98,1)
	Feminino	82,7 (75,9 ; 89,5)	96,1 (92,9 ; 99,4)	89,9 (86,2 ; 93,7)	89,1 (83,5 ; 94,7)	97,1 (94,8 ; 99,4)	93,9 (91,2 ; 96,6)
	Nacionalidade						
	Brasil	83,1 (76,9 ; 89,2)	85,0 (68,7 ; 101,3)	83,4 (77,7 ; 89,0)	90,5 (86,2 ; 94,9)	93,4 (82,3 ; 100,5)	91,0 (87,0 ; 95,0)
	Cuba	--	96,6 (94,4 ; 98,8)	96,6 (94,4 ; 98,8)	--	96,9 (95,2 ; 98,7)	96,9 (95,2 ; 98,7)
	Outra	--	98,2 (95,8 ; 100,6)	98,2 (95,8 ; 100,6)	--	95,3 (87,5 ; 100,3)	95,3 (87,5 ; 100,3)
Unidade de saúde	**Localização**						
	Urbana	78,7 (70,1 ; 87,3)	95,7 (92,9 ; 98,6)	89,7 (86,0 ; 93,5)	89,0 (83,0 ; 95,0)	96,3 (94,0 ; 98,7)	94,0 (91,6 ; 96,6)
	Rural / Mista	91,6 (85,4 ; 97,8)	96,2 (92,0 ; 100,2)	94,1 (90,6 ; 97,7)	93,4 (87,3 ; 99,6)	97,1 (94,5 ; 99,8)	95,7 (92,8 ; 98,5)
	População da equipe						
	Até 4000	81,9 (74,4 ; 89,4)	96,1 (93,6 ; 98,6)	91,0 (87,7 ; 94,3)	89,7 (83,8 ; 95,7)	97,6 (96,3 ; 98,9)	95,1 (93,1 ; 97,3)
	Mais de 4000	85,8 (74,4 ; 97,3)	95,6 (90,3 ; 101,0)	91,4 (85,7 ; 97,1)	92,1 (86,0 ; 98,2)	95,0 (89,8 ; 100,1)	93,8 (90,0 ; 97,6)
	Número de equipes						
	Uma	83,4 (76,2 ; 90,7)	96,3 (93,8 ; 98,8)	91,6 (88,4 ; 94,8)	92,1 (87,3 ; 96,9)	97,4 (96,1 ; 98,8)	95,8 (94,0 ; 97,5)
	Duas ou mais	82,3 (69,8 ; 94,8)	95,1 (89,8 ; 100,3)	89,7 (83,6 ; 95,7)	79,9 (60,2 ; 99,6)	95,0 (87,9 ; 102,1)	90,3 (82,8 ; 97,9)
Município	**Porte (habitantes em quartis)**						
	Até 12301	84,8 (73,7 ; 95,9)	95,4 (90,9 ; 100,0)	91,0 (85,7 ; 96,3)	87,4 (76,1 ; 98,7)	96,5 (93,4 ; 99,6)	93,1 (88,6 ; 97,6)
	12302 a 31524	84,8 (69,2 ; 100,4)	96,9 (92,5 ; 101,2)	93,2 (87,7 ; 98,7)	94,1 (86,5 ; 101,8)	98,0 (96,4 ; 99,5)	97,1 (94,8 ; 99,2)
	31525 a 121972	84,5 (73,3 ; 95,6)	95,3 (90,8 ; 99,8)	91,9 (87,3 ; 96,6)	92,5 (85,6 ; 99,3)	96,7 (93,9 ; 99,5)	95,6 (92,9 ; 98,2)
	121973 e mais	79,5 (65,7 ; 93,2)	94,0 (86,7 ; 101,3)	87,2 (79,6 ; 94,7)	89,9 (81,1 ; 98,7)	94,1 (86,8 ; 101,4)	92,3 (86,9 ; 97,7)
	Total	**83,1 (76,9 ; 89,2)**	**95,5 (93,0 ; 97,9)**	**90,8 (87,9 ; 93,7)**	**90,5 (86,2 ; 94,9)**	**96,4 (94,6 ; 98,3)**	**94,5 (92,5 ; 96,4)**

Avaliação da Necessidade de Atendimento Odontológico

Este indicador alcançou média de 80,5% nos serviços, sendo significativamente maior nas intervenções conduzidas por profissionais participantes do PMMB (86,5% IC 95% 81,7 ; 91,3) quando comparadas às conduzidas por outros profissionais (63,8% (IC 95% 52,8 ; 74,8). Para este indicador, diferenças significativas pró PMMB foram observadas entre intervenções conduzidas por mulheres, em áreas urbanas, com população da equipe de até 4.000 habitantes e quando havia apenas uma equipe na unidade de saúde (Tabela 3).

Entrega da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa

Considerando todas as intervenções, este indicador atingiu em média 80,6% da meta e não apresentou diferenças significativas de acordo com a participação no PMMB, sendo 84,5% (IC 95% 79,5; 89,5) entre os vinculados ao PMMB e 74,7% (IC 95% 67,4 ; 82,1) nas intervenções conduzidas por outros profissionais. Independente do vínculo com o PMMB, aquelas intervenções realizadas em unidades com mais de duas equipes de saúde chegaram a apenas 67,8% da meta (IC 95% 57,7; 78,0) contra 85,4 (IC 95% 81,2; 89,7) daquelas em que havia uma única equipe. No caso deste indicador, não foram observadas diferenças importantes entre as categorias das variáveis de exposição estratificadas pelo vínculo do profissional com o PMMB (Tabela 3).

Para todos os indicadores de qualidade examinados, não foram detectadas diferenças importantes de acordo com o porte dos municípios. Por outro lado, os cubanos apresentaram melhor desempenho em três dos quatro indicadores de qualidade; a exceção ficou por conta da entrega da caderneta de saúde da pessoa idosa.

Tabela 3. Alcance das metas de qualidade em Avaliação da Necessidade de Atendimento Odontológico e Entrega da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa de acordo com vínculo ao PMMB e características individuais, das unidades de saúde e dos municípios. UNA-SUS/UFPel, 2016.

		Avaliação da Necessidade de Atendimento Odontológico (%)			Entrega da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (%)		
		Não PMMB (IC95%#)	PMMB (IC95%#)	Total (IC95%)	Não PMMB (IC95%#)	PMMB (IC95%#)	Total (IC95%)
Egresso	**Formação**						
	Enfermeiro	56,9 (37,1 ; 76,6)	NSA*	56,9 (37,1 ; 76,6)	72,5 (62,0 ; 83,0)	NSA*	72,5 (62,0 ; 83,0)
	Médico	68,8 (55,3 ; 82,3)	86,5 (81,7 ; 91,3)	83,4 (78,8 ; 88,1)	76,5 (65,9 ; 87,1)	84,5 (79,5 ; 89,5)	82,3 (77,7 ; 86,9)
	Sexo						
	Masculino	73,2 (50,0 ; 96,3)	79,6 (71,1 ; 88,1)	78,5 (70,6 ; 86,3)	76,5 (58,2 ; 94,8)	85,9 (78,4 ; 93,3)	83,5 (76,4 ; 90,6)
	Feminino	60,2 (47,2 ; 73,2)	92,4 (87,5 ; 97,3)	82,0 (75,9 ; 88,1)	74,2 (66,1 ; 82,4)	83,3 (76,4 ; 90,2)	78,8 (73,5 ; 84,2)
	Nacionalidade						
	Brasil	63,8 (52,8 ; 74,8)	82,1 (62,3 ; 101,9)	68,1 (58,5 ; 77,6)	74,7 (67,4 ; 82,1)	83,2 (64,5 ; 101,9)	75,9 (69,1 ; 82,7)
	Cuba	--	87,8 (83,0 ; 92,7)	87,8 (83,0 ; 92,7)	--	83,7 (78,1 ; 89,4)	83,7 (78,1 ; 89,4)
	Outra	--	77,5 (45,1 ; 109,9)	77,5 (45,1 ; 109,9)	--	95,1 (86,9 ; 103,3)	95,1 (86,9 ; 103,3)
Unidade de saúde	**Localização**						
	Urbana	64,9 (51,0 ; 78,9)	86,9 (81,0 ; 92,8)	81,8 (76,0 ; 87,5)	74,2 (65,4 ; 82,9)	83,6 (77,6 ; 89,6)	80,1 (75,1 ; 85,1)
	Rural / Mista	58,0 (36,0 ; 105,3)	86,2 (81,1 ; 99,3)	77,8 (68,5 ; 87,2)	74,4 (58,8 ; 90,0)	87,4 (77,9 ; 97,0)	81,5 (72,8 ; 90,2)
	População da equipe						
	Até 4000	63,7 (50,8 ; 76,7)	89,4 (85,0 ; 93,9)	82,9 (77,9 ; 87,9)	75,1 (66,1 ; 84,1)	87,8 (82,6 ; 92,9)	82,9 (78,2 ; 87,6)
	Mais de 4000	60,8 (34,6 ; 87,0)	80,1 (66,7 ; 93,5)	74,8 (63,0 ; 86,6)	72,8 (58,5 ; 87,1)	77,2 (65,4 ; 89,0)	75,2 (66,4 ; 84,1)
	Número de equipes						
	Uma	60,0 (45,9 ; 74,2)	87,2 (81,9 ; 92,5)	81,0 (75,4 ; 86,5)	79,1 (71,1 ; 87,1)	89,4 (84,9 ; 94,0)	85,4 (81,2 ; 89,7)
	Duas ou mais	54,1 (19,2 ; 89,0)	87,6 (74,3 ; 100,9)	78,9 (65,6 ; 92,3)	61,7 (44,8 ; 78,6)	72,5 (59,4 ; 85,6)	67,8 (57,7 ; 78,0)
Município	**Porte (habitantes em quartis)**						
	Até 12301	67,6 (48,4 ; 86,8)	88,5 (81,0 ; 95,9)	81,4 (73,1 ; 89,6)	68,0 (50,1 ; 86,0)	88,4 (79,7 ; 97,0)	79,6 (70,3 ; 88,9)
	12302 a 31524	66,1 (37,3 ; 94,9)	86,3 (77,4 ; 95,1)	82,1 (73,1 ; 91,0)	76,9 (61,5 ; 92,3)	87,4 (79,3 ; 95,4)	83,7 (76,4 ; 91,1)
	31525 a 121972	42,1 (0,69 ; 83,5)	89,3 (79,7 ; 99,0)	81,9 (70,9 ; 92,8)	76,7 (58,3 ; 95,1)	81,4 (70,1 ; 92,7)	79,8 (70,4 ; 89,2)
	121973 e mais	67,9 (46,7 ; 89,1)	80,9 (66,8 ; 95,0)	76,6 (65,2 ; 87,9)	77,8 (66,3 ; 89,3)	80,3 (66,7 ; 93,8)	79,0 (70,4 ; 87,6)
	Total	**63,8 (52,8 ; 74,8)**	**86,5 (81,7 ; 91,3)**	**80,5 (75,8 ; 85,3)**	**74,7 (67,4 ; 82,1)**	**84,5 (79,5 ; 89,5)**	**80,6 (76,3 ; 84,8)**

Discussão

Antes de considerar as diferenças registradas entre participantes e não participantes do PMMB, há que se destacar a magnitude do efeito das intervenções nas coberturas do programa de atenção à saúde da pessoa idosa: em média, ao final de três meses de trabalho, as coberturas aumentaram 36 pontos percentuais (IC 95% 33; 39). Isto é ainda mais relevante quando consideramos que a comparação não foi feita em relação a uma linha de base anterior à intervenção, mas, sim, em relação ao primeiro mês, quando já havia decorrido um mês de intervenção.

O número de idosos alcançados é particularmente significativo se levarmos em conta que as unidades de saúde em que as intervenções foram realizadas situam-se em áreas de grande vulnerabilidade social, o que contribui para o alcance de maior equidade em saúde para este grupo populacional[13-16]. No total, as 204 intervenções tiveram população-alvo de 86.245 idosos em 155 municípios brasileiros. A soma de idosos que cada intervenção alcançou foi de 15.715 ao final do primeiro mês e de 40.972 ao final do terceiro mês, ou seja, um incremento de 2,6 vezes. Pode-se afirmar que este contingente de idosos foram atingidos diretamente pelo conjunto das ações que os egressos do Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFPel foram capazes de implementar.

Os indicadores de qualidade foram avaliados em relação ao alcance da meta ao final do terceiro mês de intervenção. As metas destes indicadores eram relativas aos usuários cadastrados e como, ao começar a intervenção, os alunos já estavam trabalhando na UBS em paralelo com o curso por pelo menos cinco meses e já haviam introduzido melhorias no processo de trabalho, em muitos casos, ao final do primeiro mês, já era atingida a meta de 100%.

Para os indicadores de qualidade incluídos nestas análises vimos que, as médias de realização das ações foram próximas das metas de 100%, mas considerando que estes indicadores são relativos aos cadastrados no programa chama atenção o fato de alguns idosos

não terem recebido as ações, especialmente aquelas que dependem majoritariamente do profissional de saúde como é o caso da AMR, do exame clínico e da avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

Ao comparar os resultados entre profissionais vinculados e não vinculados ao PMMB, observou-se melhor desempenho das intervenções conduzidas por profissionais do PMMB. Este efeito foi consistente tanto para o aumento da cobertura quanto para a melhoria dos indicadores de qualidade da atenção. A única exceção a este padrão foi o indicador relativo à entrega da caderneta de saúde da pessoa idosa que não mostrou diferença significativa entre os grupos. Isto pode ter ocorrido pelo fato da disponibilidade da caderneta de saúde depender de fatores externos à UBS, estando a distribuição e o abastecimento a cargo do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais de Saúde. Em alguns municípios, a Secretaria Municipal de Saúde providencia a reprodução do documento, o que depende de decisão local quanto ao uso dos recursos da saúde[12].

A melhor evolução tanto dos indicadores de cobertura como dos indicadores de qualidade nas intervenções lideradas por profissionais participantes dos PMMB, pode estar relacionada ao tipo de vínculo e ao perfil profissional que os diferencia dos profissionais não vinculados ao PMMB.

Os profissionais não-PMMB que se vincularam ao Curso por livre demanda não contavam com estímulo ou apoio para buscar seu aperfeiçoamento, não tinham tempo, dentro do horário de trabalho, destinado ao estudo ou qualquer estímulo financeiro; já os profissionais do PMMB tinham um contrato com bolsa de três anos, faziam o Curso como requisito de sua participação no PMMB e tinham previsto em contrato o período de oito horas semanais para dedicar ao estudo. O PMMB captou predominantemente médicos estrangeiros, em sua grande maioria cubanos, com experiência prévia em Atenção Primária à Saúde, o que pode ter contribuído para os resultados.

O grupo de profissionais não-PMMB era majoritariamente constituído por enfermeiros, enquanto o PMMB era formado exclusivamente por médicos. Os enfermeiros demonstraram grande esforço e dedicação, realizando intervenções muito significativas com bom envolvimento da comunidade. Em muitos casos atuavam há bastante tempo na UBS onde realizaram a intervenção. Entretanto, depoimentos dos alunos sugerem que os melhores resultados na evolução dos indicadores de cobertura e qualidade por parte dos médicos participantes do PMMB podem dever-se a uma maior dificuldade do enfermeiro de contar com a colaboração do médico na sua intervenção e da maior dependência que os enfermeiros têm do médico para algumas ações previstas na intervenção, como a realização de alguns aspectos do exame clínico, estratificação de risco, solicitação de exames complementares, enquanto os médicos tinham mais facilidade de contar com a colaboração do enfermeiro.

Os demais profissionais não-PMMB eram constituídos por médicos do PROVAB. Este profissionais, embora recebessem bolsa e tivessem o Curso como requisito de sua participação e previsão em contrato do período de oito horas semanais para dedicar ao estudo, na maioria não tinha interesse pela ESF e estava participando do programa com vistas a obter pontuação adicional para as seleções de residência médica, inclusive frequentando cursos preparatórios para esta prova. Além de terem o seu foco na APS, os participantes do PMMB tinham mais experiência, estavam comprometidos, dedicando-se mais às atividades na unidade de saúde.

Em relação a aspectos do contexto que podem ter influenciado o resultado, é importante apontar o maior comprometimento dos gestores em relação à realização do Curso pelos alunos que participavam dos programas de provimento – PMMB e PROVAB – e pouco ou nenhum comprometimento com os profissionais que frequentaram a livre demanda.

Também é importante valorizar o transcurso do tempo, a experiência construída. O Curso amadureceu ao longo dos anos de sua realização, ficando cada vez melhor estruturado e a equipe pedagógica mais experiente – trabalhando cada vez mais precocemente a articulação

com a equipe e o envolvimento dos gestores. As primeiras turmas foram de livre demanda, as intermediárias de PROVAB e as últimas de PMMB, portanto, as turmas do PMMB gozaram o benefício do Curso mais amadurecido.

Finalmente, é importante considerar a construção de massa crítica. À medida que mais e mais intervenções eram realizadas, as equipes que recebiam os profissionais- alunos em suas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os gestores que os recebiam em seus municípios já contavam com intervenções anteriores, já sabiam que seriam solicitados a colaborar e aprenderam que a intervenção poderia melhorar a qualidade do serviço com pouco esforço da gestão e, naturalmente, este interesse mútuo facilitava o trabalho dos alunos.

Procedeu-se a criterioso exame dos dados de modo a garantir a comparabilidade dos grupos – PMMB e não PMMB - em relação à variáveis que pudessem distorcer os resultados, como por exemplo o porte dos municípios, a população adscrita e a população-alvo das intervenções, sem que este exame confirmasse tais suposições. A nacionalidade sempre se manteve associada a uma maior diferença na cobertura das intervenções, independente de outros fatores. Dado o perfil da amostra, na qual há forte colinearidade entre a nacionalidade cubana e o vínculo ao PMMB, pode-se afirmar que os resultados vantajosos observados nas intervenções do PMMB são decorrentes das características dos profissionais cubanos, como melhor formação médica, mais experiência, mais conhecimento de sistemas de saúde, mais especialização em Atenção Básica / Saúde da Família, além de terem sido alocados para municípios de menor porte.

Entre as limitações do estudo é importante considerar que a ampliação da cobertura foi subestimada porque não foi possível estabelecer uma linha de base antes da intervenção, pela carência de registros que possibilitassem a avaliação das ações programáticas nos serviços. Isto também ocorreu porque, quando os profissionais elaboravam a análise situacional e o projeto de intervenção no início do curso, já imediatamente estabeleciam melhorias no serviço.

São escassos os estudos no âmbito da APS que conseguem medir o alcance das metas de qualidade, bem como um incremento na cobertura mediante um processo de intervenção na realidade dos serviços. Da mesma forma, as evidências de melhores resultados obtidos por participantes do PMMB junto ao programa de atenção à saúde da pessoa idosa são inéditas em nosso meio. Acreditamos que este artigo possa subsidiar as políticas públicas na área da formação de profissionais para a atenção primária à saúde, especialmente aquelas que enfatizam integração ensino-serviço, notadamente em relação à atenção à saúde da pessoa idosa.

Conclusões

As intervenções funcionaram plenamente, melhorando o desempenho das ações de saúde no cuidado a idosos, em todos os cenários testados, tanto no PMMB, quanto no PROVAB e na livre oferta, beneficiando profissionais brasileiros, cubanos e de outras nacionalidades. Os cubanos mostraram o melhor desempenho dentre os alunos estudados, registrando um aproveitamento significativamente melhor que seus colegas tanto em relação ao aumento de cobertura, quanto em relação à melhoria de indicadores de qualidade das ações.

Referências

1. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. Saúde Coletiva. 2007;4(17):135-40.
2. MS 2010 Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf Acessado em 07/09/2016.
3. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf Acessado em 07/09/2016.
4. MS 2011. Portaria Interministerial no 2087. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html Acessado em 07/09/2016.
5. Lei 12.871, de 22/10/2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm Acessado em 07/09/2016.
6. Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS. Disponível em: http://www.unasus.gov.br/page/una-sus/o-que-e-una-sus/marco-conceitual Acessado em 07/09/2016.

7. Projeto Pedagógico do Curso de Especialização em Saúde da Família –EAD UNASUS/UFPEL. Disponível em: https://unasus.ufpel.edu.br/moodle/documentosmenu/ProjetoPedagogico_2014.pdf Acessado em 07/09/2016.
8. Moraes EN. Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_215591311.pdf Acessado em 07/09/2016.
9. Sirena, SA & Morigushi EH. Promoção e Manutenção da Saúde do Idoso. In: Duncan BB, Schmidt, MI e Giugliani, ERJ (org). Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3 ed., Porto Alegre, Artmed, 2004. p. 576-585.
10. Martins AB, Davila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção Primária à Saúde voltada às necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014; 19(8): 3403-3416.
11. Moreira RS, Nico LS, Tomita NE, Ruiz T. A saúde bucal do idoso brasileiro: revisão sistemática sobre o quadro epidemiológico e acesso aos serviços de saúde bucal. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(6):1665-1675.
12. MS 2014. Caderneta da Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_3ed.pdf Acessado em 07/09/2016.
13. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2006; 11(3):669-681.
14. Facchini LA, Nunes BP, Motta JVS, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Dilélio AS, Saes MO, Miranda VIA, Volz PM, Osorio A, Fassa AG. Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(1):161-174.
15. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(3):745-757.
16. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3):548-54.