

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



DISSERTAÇÃO

**Capacitação dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica no sul
e nordeste do Brasil: diferenciais segundo o modelo de atenção**

Roberta Antunes Machado

Pelotas, 2011

ROBERTA ANTUNES MACHADO

Capacitação dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica no sul e
nordeste do Brasil: diferenciais segundo o modelo de atenção

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Denise Silva da Silveira
Co-orientadora: Vanda Maria da Rosa Jardim

Pelotas, 2011

Catálogo na fonte:
Carmen Lúcia Lobo Giusti – CRB-10/813

M149c Machado, Roberta Antunes.

Capacitação dos trabalhadores de saúde da atenção básica no sul e nordeste do Brasil : diferenciais segundo o modelo de atenção / Roberta Antunes Machado; Denise Silva da Silveira, orientadora ; Vanda Maria da Rosa Jardim, co-orientadora. – Pelotas, 2011.
120f.

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

1. Serviços de saúde. 2. Atenção primária à saúde. 3. Profissionais de saúde. I. Silveira, Denise Silva da, orient. II. Jardim, Vanda Maria da Rosa, co-orient. III. Título.

CDD: 614.44

Folha de aprovação

Autora: Roberta Antunes Machado

Título: Capacitação dos Trabalhadores da Atenção Básica no Sul e Nordeste do Brasil: diferenciais segundo modelo de atenção

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências: Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

Aprovado em:

Dr^a Denise Silva da Silveira (Presidente)
Universidade Federal de Pelotas

Dr^a Ana Claudia Gastal Fassa (Titular)
Universidade Federal de Pelotas

Dr^a Luciane Prado Kantorski (Titular)
Universidade Federal de Pelotas

Dr^a Marilu Correa Soares
(1^a Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Dr^a Ana Maria Borges Teixeira
(2^a Suplente)
Universidade Federal de Pelotas

Agradecimentos

A Deus e aos meus pais, pela formação que me deram, por acreditarem em mim, pela presença constante mesmo quando ausentes fisicamente.

Aos meus irmãos, pela companhia, por entenderem que precisei me ausentar em alguns momentos que devia estar presente.

Aos meus sobrinhos pelo carinho, amor e pelos momentos de alegria.

As minhas amigas, Marise, Eliana, Carla Godinho e Carla André, pelo carinho, apoio, incentivo, flexibilidade, paciência e pela escuta carinhosa de cada dia.

A minha orientadora Denise por sua paciência, carinho, dedicação e por ter possibilitado que a nossa convivência se tornasse uma fonte de aprendizado.

Ao Fernando (Caco) por suas grandes contribuições no estudo e por sua resignação durante as tardes de sábado, domingos e tantas outras durante as férias.

As professoras do Mestrado, pelo aprendizado e pela oportunidade de ter feito parte desse programa.

Aos colegas de Mestrado, as experiências compartilhadas, as amizades conquistadas e o convívio durante esta caminhada.

Resumo

MACHADO, Roberta Antunes. **Capacitação dos Trabalhadores da Atenção Básica no Sul e Nordeste do Brasil: diferenciais segundo o modelo de atenção.** 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Com o objetivo de verificar a prevalência de capacitação dos trabalhadores de saúde da atenção básica foi realizado um estudo transversal com 4749 trabalhadores de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Sul e Nordeste (NE) do Brasil. As capacitações em doenças infecciosas e doenças crônicas não transmissíveis foram as mais realizadas pelos trabalhadores em toda amostra (54,5% e 38,5%), em ambas as regiões e modelo de atenção. O uso de protocolo foi de 43,7% para toda amostra e sua prevalência foi maior no Nordeste (47,8%) e na estratégia saúde da família (46,4%). O acesso a publicações do Ministério da Saúde foi de 48,3% para toda amostra, sua prevalência foi maior no Sul (51,2%) e entre os trabalhadores que atuavam na estratégia saúde da família (56,8%). As diferenças das prevalências dos desfechos por região e modelo reafirmam as expectativas inerentes relacionadas à Estratégia Saúde da Família como modelo de reorientação da atenção básica. Os resultados indicam que apesar das capacitações estudadas fazerem parte das normativas da atenção básica, suas prevalências foram baixas, visto que, grande parte dos trabalhadores atuavam em média há quatro anos na atenção básica. Portanto, cabe aos Ministérios da Saúde e da Educação, a construção de estratégias para melhorar a oferta e o incentivo de educação permanente e treinamento para esses trabalhadores.

Palavras-chave: Sistema de Saúde, Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Profissionais de Saúde.

Abstract

Aiming to verify the prevalence of training of workers of primary health care was carried out a cross-sectional study with 4749 workers in 41 cities with more than 100 thousand inhabitants in the South and Northeast (NE) of Brazil. The training in infectious diseases and non transmissible chronic diseases were the most realized by the workers in the entire sample (54,5% e 38,5%), in both regions and model of attention. The use of the protocol was 43,7% for all sample and its prevalence was higher in Northeast (47,8%) and in family health strategy (46,4%). Access to publications of Health Ministry was 48,3% for the entire sample, its prevalence was higher in the South (51,2%) and among workers who worked in the family health strategy (56,8%). The differences in the prevalence of outcomes by region and model reaffirm the inherent expectations related to the Family Health Strategy as the model of reorientation of primary health care. The results indicate that despite of training studied composed the normative of primary health care, its prevalence were low, since most of the workers worked on average four years in primary health care. So, the construction of strategies to improve the offer and the encouragement of continuing education and training for these workers is responsibility of Health and Education Ministries.

Key words: Health Systems, Health Services, Primary Health Care, Health Workers.

Lista de figuras

Figura 1	Estudos de abrangência nacional relevantes para o estudo da capacitação dos trabalhadores de saúde nos modelos de atenção básica no Sul e Nordeste do Brasil.	23
Figura 2	Trajeto por municípios do RS e SC no trabalho de campo. Estudo de Linha de Base, PROESF-UFPeI, Lote 2 Sul, 2005	41
Figura 3	Trajeto por municípios dos estados de AL, PB, PE, PI e RN no trabalho de campo. Estudo de Linha de Base, PROESF-UFPeI, Lote 2 Nordeste, 2005	43
Figura 4	Modelo de análise para o estudo sobre capacitação dos trabalhadores da ABS dos estados do Sul e Nordeste do Brasil segundo o modelo de atenção à saúde	48

Lista de abreviaturas e siglas

Agente Comunitário de Saúde	ACS
Atenção Básica à Saúde	ABS
Ministério da Saúde	MS
Departamento de Gestão e Educação na Saúde	DEGES
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde	SGTES
Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família	PROESF
Estudo de Linha de Base	ELB
Projeto de Expansão Saúde da Família	PROESF
Estratégia Saúde da Família	ESF
Sistema Único de Saúde	SUS
Unidade Básica de Saúde	UBS
Universidade Federal de Pelotas	UFPel

Sumário

1 Introdução	10
1.1 Delimitação do problema de pesquisa	11
1.2 Definição de Termos	11
1.3 Justificativa	13
2 Referencial teórico	14
2.1 Estruturação dos Modelos de Atenção Básica em Saúde no Brasil	14
2.2 Espaços de discussão sobre a formação de Recursos Humanos da Atenção Básica no Brasil.....	16
2.3 Espaços de formação dos recursos humanos da Atenção Básica	18
2.4 Estratégias de capacitação	20
2.5 Estratégias de busca bibliográfica	22
3 Objetivos	31
3.1 Objetivo Geral	31
3.2 Objetivos Específicos.....	31
3.3 Hipóteses	32
4 Metodologia	34
4.1 Delineamento	34
4.2 População alvo	34
4.3 Critérios de exclusão	34
4.4 Amostragem.....	34
4.5 Cálculo do tamanho de amostra	35
4.6 Quadros de variáveis a serem utilizadas no estudo.....	36
4.6.1 Variáveis relativas aos trabalhadores de saúde	36
4.6.1.1 Demográficas e socioeconômicas	36
4.6.1.2 Ocupacionais e de formação	36
4.6.1.3 Variáveis relativas à gestão municipal e ao serviço de saúde.....	37
4.6.1.4 Variáveis relativas ao modelo de atenção e região	37
5 Definição dos desfechos	38
5.1 Instrumentos de coleta de dados	39
5.2 Seleção de supervisores do estudo	39
5.3 Capacitação e seleção dos supervisores.....	40
5.4 Logística	40
5.5 Estudo piloto	44
5.6 Controle de qualidade.....	44
6 Processamento e análise dos dados.....	46

6.1 Processamento de dados.....	46
6.2 Análise de dados.....	46
7 Aspectos éticos	49
8. Cronograma	50
8.1 Projeto integrado de capacitação e pesquisa em avaliação de saúde na totalidade dos municípios de mais de 100.000 habitantes dos lotes 2 das regiões Sul e Nordeste (ELB PROESF – UFPel).....	50
9 Divulgação dos resultados	52
10 Financiamento.....	53
Referências	54
11 Relatório do trabalho de campo	60
12 Artigos	63
12.1 Artigo 1: O cuidador familiar no foco do programa de assistência domiciliar de uma unidade básica de saúde do município de Porto Alegre.....	63
12.2 Artigo 2: Capacitação dos trabalhadores da Atenção Básica no Sul e Nordeste do Brasil:diferenciais segundo o modelo de atenção.....	80
13 Considerações finais	112
Anexos	114
Anexo A - Questionário para coleta de dados dos trabalhadores de saúde.....	115
Anexo B - Carta aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas	119
Anexo C - Carta de autorização do coordenador da pesquisa	120

1 Introdução

A formação dos trabalhadores da área da saúde ainda hoje se estrutura no modelo biologista hegemônico, onde o aprendizado é fragmentado em disciplinas e grades curriculares que privilegiam o conhecimento das doenças e de seus respectivos tratamentos, centrado no ambiente hospitalar, tendo como conceito de saúde a ausência de doença e enfatizando o conhecimento e o domínio da alta tecnologia (SAUPE et al, 2007). Nesse sentido, muitos trabalhadores ainda são formados distantes das reais necessidades de saúde da população e da organização do sistema, o que dificulta a ocorrência da ruptura do modelo tradicional de atenção (RIBEIRO, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de reorientação da atenção à saúde aumentou a oferta de empregos públicos e conseqüentemente trouxe a necessidade de contratação de recursos humanos aptos a desenvolverem suas práticas de saúde voltadas para os princípios que norteiam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Para suprir esta nova demanda os Ministérios da Educação e da Saúde vêm implantando estratégias para qualificar a formação dos futuros trabalhadores de saúde e aprimorar as práticas daqueles que já estão inseridos no mercado de trabalho. (MACHADO, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, CARRIJO et al, 2007).

No entanto, estudos apontam que o perfil dos profissionais ainda não corresponde plenamente com o que se espera desses trabalhadores (MACHADO, 2000; MATUMOTO, 2005; MENESES ROCHA, 2005). Machado (2003) ao analisar o perfil de médicos e enfermeiros da Saúde da Família constata que 70% não possuem nenhuma formação de pós-graduação. Enquanto Tomasi et al (2008) assinala que apesar de dois terços dos médicos e enfermeiros possuírem a Saúde

da Família como único emprego, apenas um terço tinha especialização na área.

Portanto, este estudo propõe conhecer a prevalência de capacitação dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica à Saúde (ABS), segundo o modelo de atenção, em municípios com mais de 100.000 habitantes de sete estados do Sul e Nordeste do Brasil e verificar algumas variáveis associadas. Os achados do estudo constituem uma linha de base da gestão da educação no contexto de municípios de grande porte de nosso país.

A presente pesquisa é um sub-estudo do Projeto Integrado de Capacitação e Pesquisa em Avaliação da Atenção Básica à Saúde (ELB PROESF-UFPEL), sob responsabilidade do Departamento de Medicina Social, do Departamento de Enfermagem e do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas – UFPel, que integra o componente 3 (monitoramento e avaliação) do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) do Ministério da Saúde (MS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; Facchini et al, 2008). Tal projeto foi delineado para articular atividades de capacitação e pesquisa contemplando todos os 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, distribuídos nos estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, incluídos nos Lotes 2 Nordeste e Sul.

O ELB PROESF-UFPEL incluiu quatro dimensões orientadoras da avaliação da ABS: político-institucional, organizacional da atenção, cuidado integral e desempenho do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Todos os municípios estudados estão recebendo apoio à Conversão do Modelo de Atenção Básica à Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) . Detalhes do projeto ELB PROESF-UFPEL estão disponíveis no relatório final (FACCHINI et al., 2006a) na página da internet, <http://www.epidemio-ufpel.org.br/proesf/index.htm>.

1.1 Delimitação do problema de pesquisa

O presente estudo tem como problema de pesquisa responder a pergunta: **Qual a prevalência de capacitação dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica à Saúde?**

1.2 Definição de Termos

Para melhor compreensão do texto apresentamos a seguir a definição dos termos utilizados ao longo deste projeto:

Unidades Básicas de Saúde - locais destinados à promoção, proteção ou recuperação da saúde, que integram o primeiro nível hierárquico de atenção do sistema. Fazem parte do meio social, onde vivem as pessoas, sendo, portanto, um dos elementos que podem alterar a frequência e distribuição dos agravos de saúde e melhorar a qualidade de vida, observando-se a complexidade de razões que fazem com que um serviço esteja disponível para a população, e seja utilizado por ela e que, deste contato, resulte algo positivo para a saúde (PEREIRA, 1995).

Unidade Saúde da Família: unidade básica de saúde onde o modelo assistencial proposto é a Estratégia Saúde da Família, com equipe mínima formada por médico generalista, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Pode ainda ser composta por equipe de saúde bucal contando com cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dentária (PEREIRA, 1995; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Unidade de Saúde Tradicional: unidade básica de saúde, sem definição de uma equipe mínima, com oferta de atendimento de especialidades médicas básicas e atendimento a demanda espontânea (PEREIRA, 1995; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Trabalhadores de Saúde: são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na atenção à saúde em estabelecimentos de saúde ou nas atividades de saúde, podendo ter ou não formação específica para o desempenho de funções referentes ao setor (MACHADO, 2008).

Profissionais de Saúde: são aqueles que, estando ou não ocupados no setor saúde, tem formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas direta ou indiretamente ao cuidado ou a ações de saúde (MACHADO, 2008).

Capacitação: Ações intencionais e planejadas que possuem como objetivo fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios, pelo menos em escala suficiente (BRASIL, 2009). Neste estudo serão consideradas como capacitações as atividades relacionadas à utilização de protocolos, ao acesso a publicações do Ministério da Saúde, assim como realização de cursos de capacitações após ingresso na Atenção Básica.

1.3 Justificativa

Ainda hoje no Brasil o foco de grande parte da formação profissional dos recursos humanos em saúde encontra-se fundamentada nos parâmetros contidos no relatório de Flexner, cujo conteúdo não condiz com os princípios e diretrizes do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; FEE, 2008). Além disso, a desarticulação entre as políticas de educação e de saúde gera um conhecimento teórico muitas vezes desconectado das experiências práticas necessárias para o desenvolvimento humano e profissional na área da saúde (COTTA et. al, 2007; FEE, 2008).

Com a reorganização do modelo de atenção em saúde no Brasil, a busca de profissionais e trabalhadores com perfis diferenciados do modelo flexneriano vêm exigindo modificações na formação e nas capacitações destes.

Neste contexto a formação dos recursos humanos em saúde deverá formar e capacitar trabalhadores de saúde numa perspectiva crítica-reflexiva para atender as reais demandas de saúde da população, de acordo com o perfil epidemiológico e demográfico das regiões do País (MELO; SANTOS, 2007; PESSANHA; CUNHA; 2009). Sendo fundamental a articulação do ensino e do serviço, com o propósito de se estabelecer uma relação de vínculo que qualifique a atuação desses profissionais junto à comunidade, através das transformações nas práticas profissionais e da própria organização do trabalho (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM; PINTO 2007; FERREIRA et. al, 2008).

A formação profissional é compreendida como um processo permanente, tendo seu início na graduação e/ou cursos técnicos e devendo ser mantida por toda sua vida profissional, por meio de capacitações que tenham no seu arranjo uma reorganização pedagógica que estimule uma atuação interdisciplinar, sintonizada com o paradigma da integralidade (CAMPOS et al, 2001).

Diante do exposto, justifica-se a execução deste estudo acrescentando que os resultados obtidos poderão contribuir para uma estruturação dos processos de capacitação e formação desses trabalhadores.

2 Referencial teórico

Nas duas últimas décadas a formação profissional dos recursos humanos na área da saúde vem sofrendo alterações conceituais, estruturais e organizacionais, com a finalidade de adequar o perfil desses trabalhadores para atuarem em uma perspectiva humanística, focada na família, nas ações intersetoriais e assistenciais integrais, dotados de um conhecimento técnico-político e cultural, superando desse modo uma formação fundamentada em modelos emergenciais, afinada com o modelo clínico (FILHO, 2004; COSTA; MIRANDA, 2009;).

Desse modo, faz-se necessário a melhoria dos processos de formação dos trabalhadores da saúde, uma vez que a qualificação, o treinamento, o aperfeiçoamento e a atualização desses trabalhadores possibilitam melhorias na concretização técnica e política do sistema de saúde.

2.1 Estruturação dos Modelos de Atenção Básica em Saúde no Brasil

Entende-se por modelos de atenção a combinação de técnicas e tecnologias para a organização dos serviços de saúde com a finalidade de resolver os problemas e atender as necessidades de saúde no âmbito individual e coletivo de uma dada comunidade (PAIM, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a; OPAS, 2006). Os modelos de atenção são construídos através de processos históricos, políticos e sociais, por meio da participação do Estado, sociedade civil, serviços e trabalhadores de saúde, com a finalidade de atender aos interesses de grupos sociais (LUCENA, 2006). Para Campos (1997), o modelo de atenção refere-se ao modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las e distribuí-las.

Atualmente no Brasil encontra-se a coexistência de dois modelos de atenção à saúde, distintos em relação ao seu processo de trabalho, os quais são o modelo médico-assistencial e o modelo de saúde coletiva. O primeiro desenvolve suas práticas de saúde direcionadas ao tratamento de doenças e procedimentos individuais, centrada na figura hegemônica do médico e do ambiente hospitalar. Por sua vez, o modelo de saúde coletiva, visa romper com os paradigmas construídos e incorporados pelo modelo tradicional, através de práticas de saúde que valorizam a família, o trabalho multiprofissional, o controle social e as ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação em saúde (PAIM, 2003; COSTA et al., 2008a).

Por muitos anos o modelo de atenção à saúde vigente no Brasil foi o médico assistencial, modelo este ineficaz em responder as reais necessidades de saúde da população (ROSA; LABATE, 2005). Na década de 70 este modelo vivenciou uma grande crise, que originou no âmbito da saúde pública algumas propostas de transformações das práticas de saúde, objetivando a ampliação da cobertura de assistência para toda a população brasileira. Na década de 80 o Movimento da Reforma Sanitária reuniu vários atores em uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como um direito social, na busca da universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção à saúde (COSTA et al., 2009). Com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 os princípios e as doutrinas deste movimento foram legitimados através da Constituição Federal em 1988, ficando o Estado o responsável por garantir os meios para que o direito à saúde para toda população brasileira seja cumprida de fato (COSTA et al., 2008a).

Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) ao perceber a necessidade de mudanças na lógica de atenção à saúde e pensando em uma estratégia para o fortalecimento do SUS criou o Programa Saúde da Família (PSF), hoje chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta estratégia possui como metas a prevenção das doenças, a promoção, a recuperação e a manutenção da saúde, promovendo atividades em território definido e propiciando tanto o enfrentamento quanto a resolução dos problemas identificados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997, CANESQUI; SPINELLI, 2006; COSTA, 2008b). Apesar das conquistas legais, a construção deste novo modelo de atenção à saúde, encontrou alguns obstáculos à sua implementação, especialmente nas grandes cidades (COTTA et al., 2006; CONILL, 2008). A falta de recursos humanos com perfil adequado para atuar na lógica da ESF e a absorção dos trabalhadores na produção de ações para

atendimento da demanda espontânea dos usuários são exemplos de impasses para a efetiva transformação do modelo hegemônico (COSTA, 2008b).

Mesmo com algumas críticas, a ESF vem recebendo incentivos para sua ampliação, em especial nos grandes centros urbanos e áreas de desigualdades sociais, através do Programa de Expansão da Estratégia de Saúde da Família (PROESF) e da Política Nacional de Atenção Básica através da criação do Piso de Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a; COSTA, 2008b).

2.2 Espaços de discussão sobre a formação de Recursos Humanos da Atenção Básica no Brasil

Desde aprovação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição de 1988, as Leis Orgânicas da Saúde (Lei Federal 8080/90 e 8142/90) e a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde (NOB/RS-SUS) representam um referencial de princípios e diretrizes para a política de formação dos trabalhadores da saúde com o propósito de alcançar a qualidade dos serviços de saúde, nos âmbitos qualitativos e quantitativos de prestação de serviços (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; RAMOS, 2006;).

A Lei 8080/90 garante um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal, cabendo aos Municípios, Estados e ao Distrito Federal em seu âmbito administrativo, participarem da formulação e da execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

O Controle Social preocupa-se e discute a formação dos recursos humanos em saúde desde 1986, ano em que ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS). Nessa conferência tiveram destaque as discussões sobre o artigo 200 da Constituição Nacional, o qual trata sobre a ordenação dos recursos humanos para a saúde. Além disso, houve a reivindicação para que os gestores garantissem escolas de formação de trabalhadores em saúde, priorizando as universidades públicas e, surgiu também, o destaque para a manutenção dos programas de residências existentes (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Ainda em 1986, realiza-se a primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS) com a finalidade de enfrentar os percalços encontrados na implementação das políticas formuladas até então para o setor.

Nesta CNRHS, foi discutida a possibilidade de articulação entre as instituições de ensino superior e os serviços de saúde, com objetivo de superar a fragmentação do ensino, o descompromisso e o desinteresse com o modelo assistencial em construção (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, 1986; COSTA; MIRANDA, 2009).

No ano de 1992, foi realizada a primeira CNS após a criação do SUS, com a chamada “Municipalização é o caminho”. Nessa conferência discutiu-se a necessidade de assegurar políticas para a capacitação e para a formação dos recursos humanos em saúde. Em relação aos gestores foi colocado o dever destes em garantir escolas de formação de trabalhadores em saúde e destacou-se ainda a importância da manutenção dos programas de residência, bem como sua ampliação para as diversas áreas da saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1992).

Com um diagnóstico mais aguçado sobre os entraves na formação de recursos humanos em saúde, foi realizado em 1993 a segunda CNRHS que reforçou as mesmas proposições discutidas na conferência anterior, além de conjecturar a reversão dos fatores que configuram na atualidade os pontos de precarização do trabalho (CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, 1993; COSTA; MIRANDA, 2009).

Na décima CNS realizada em 1996 com a chamada “Onde dá SUS, dá certo”, foi proposta às secretarias estaduais e municipais das capitais a responsabilidade de implantar e manter tecnicamente e financeiramente escolas de formação de recursos humanos, autônomas e integradas aos respectivos Conselhos de Saúde, Secretarias de Educação e as universidades, privilegiando as universidades estaduais. Ainda nessa conferência foi pedido ao Ministério da Saúde que apresentasse um Plano de Ordenamento da Capacitação, Formação, Educação Continuada e Reciclagem para os recursos humanos em saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

A décima primeira CNS, realizada em 2000 teve como chamada o seguinte mote “Efetivando SUS: qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social”. Foram debatidas pautas sobre currículos de graduação na área da saúde, abertura de campos de estágios e extensão em municípios, defesa da regulamentação das residências multiprofissional e interdisciplinares, ampliação do Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) para outras categorias de trabalhadores do ensino médio, maior

participação dos municípios, estados e do governo federal para a educação continuado-permanente em saúde. Houve destaque para a descentralização e regionalização dos processos de formação dos recursos humanos em saúde (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2000).

A criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde em 2003 foi mais uma iniciativa do MS de formar espaços de discussão, articulação, negociação e pactuação de estratégias em relação à educação permanente dos trabalhadores da saúde, no intuito de qualificar as práticas de saúde desses trabalhadores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Na décima segunda CNS em 2004 foi deliberada a necessidade de ampliação e implementação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde em todos os estados brasileiros. Também foram sugeridas a reformulação curricular tanto nos processos de ensino da pós-graduação (especializações e residências) quanto da graduação, garantindo que pelo menos a metade dos estágios curriculares se desenvolva na atenção básica, e a abertura de novos cursos da saúde levando em conta as características regionais dos estados e cidades do Brasil (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Em novembro de 2007, ocorreu em Brasília a décima terceira CNS com a temática “Saúde e Qualidade de Vida: políticas de estado e desenvolvimento”. Nesta Conferência debateu-se sobre a ampliação da inserção dos estudantes de graduação com usuários, profissionais e gestores, com foco na promoção da saúde, permitindo a formação de profissionais formados pelo SUS e para o SUS. Ao mesmo tempo, foi discutido sobre a inclusão da educação popular em saúde nas propostas pedagógicas da educação formal em todos os níveis de ensino (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2008).

2.3 Espaços de formação dos recursos humanos da Atenção Básica

O primeiro espaço de formação de nível superior dos profissionais da saúde é a graduação. Este espaço foi por muitos anos o principal formador de recursos humanos, graduando profissionais especializados em práticas curativas, cujo foco central do atendimento é a doença e os procedimentos hospitalares. Em geral, as atividades coletivas não são valorizadas como metodologia de trabalho (SAUPE et al, 2007). A fragmentação do conhecimento teórico observada em vários cursos da área da saúde se reflete na fragmentação das atividades práticas.

Conseqüentemente, o desenvolvimento de ações voltadas para a integralidade da assistência aos usuários torna-se complexo (FEUERWERKER, 1998)

Em 1998, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Educação em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e desenvolvimento dos recursos humanos de saúde, a qual apóia ações que facilitem a mudança de modelo assistencial, abrangendo a formação desde o ensino técnico até a pós-graduação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Algumas mudanças no interior dos cursos de graduação da área da saúde estão sendo implantadas, tais como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), nos cursos de enfermagem, medicina e odontologia, assim como a mudança nos projetos políticos pedagógicos, implantação do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o Projeto Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde (Projeto UNI) e o projeto Vivência Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS). Estas estratégias buscam trabalhar com uma metodologia construtivista, objetivando a formação generalista desses futuros profissionais, dotados de uma visão humanística e preparados para prestar cuidados contínuos e resolutivos à comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; COSTA; MIRANDA, 2009).

Uma vez que grande dos cursos de graduação não forma recursos humanos com perfil para atuar no SUS algumas estratégias foram criadas para preencher essa lacuna, tais como as especializações em Saúde da Família, Saúde Pública, Saúde Coletiva, as Residências Médicas e Multiprofissionais em Saúde da Família, os mestrados e doutorados acadêmicos e, mais recentemente, os mestrados profissionais. Estes surgiram como mais uma possibilidade de educação permanente, na perspectiva de capacitação de profissionais na área da saúde com vistas a consolidação do SUS (LEFEVRE et al, 2003; SAUPE; WENDHAUSEN,2005; NASCIMENTO; OLIVEIRA,2006;).

Embora existam iniciativas para a mudança na formação dos profissionais de saúde, tanto no nível de graduação, quanto de especialização, residências e mestrados profissionais, sabe-se que os trabalhadores que estão atuando hoje nos serviços de saúde tiveram sua formação de acordo com o modelo tradicional (CAMPOS, et al,2001). Assim sendo, os esforços dispensados para que ocorra de fato a mudança de modelo assistencial passam necessariamente por mudança na formação dos profissionais. Nesse sentido faz-se necessário a articulação da saúde

e da educação para que ocorra a reorientação dos projetos pedagógicos dos diversos cursos existentes e ofertados para a formação de recursos humanos, na perspectiva de trabalhar em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004 a; SAUPE; WENDHAUSEN, 2005).

2.4 Estratégias de capacitação

A Educação Permanente como estratégia de qualificação dos trabalhadores e profissionais de saúde, preconiza a criação de instrumentos e apoio à participação desses trabalhadores em cursos, inclusive de graduação e pós-graduação, em especial em saúde pública, com a finalidade de capacitá-los para aprimorar suas práticas educativas e assistenciais desenvolvidas com a comunidade. Dessa forma, as universidades optaram por investir nos cursos de pós-graduação para atender à demanda do mercado de trabalho (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2004; SAUPE; WENDHAUSEN, 2005).

As Residências em Saúde da Família sejam elas, residências médicas, multiprofissionais ou interdisciplinares, surgiram com o intuito de suprir o despreparo e as lacunas do modelo de formação da graduação baseado na especialização e fragmentação do conhecimento, e no processo de doença como um evento estritamente biológico. Para tanto sua proposta, inclui formar profissionais com uma visão integrada de saúde, com perfil humanista e crítico, com competência para uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Com a implantação da ESF, os gestores municipais passaram a demandar a contratação de profissionais com um perfil adequado para garantir efetividade desse novo modelo assistencial de saúde. Conseqüentemente, houve um aumento de abertura de residências multidisciplinares e integradas na perspectiva de desenvolver um processo de trabalho interdisciplinar, preservando as especificidades de cada profissão (núcleo), e de criar uma prática em comum (campo), comprometidas com os valores de promoção da saúde, integralidade da atenção e acolhimento (RAMOS et al,2006).

O mestrado e doutorado acadêmicos e mestrado profissional possuem finalidades diferentes, mas envolvem vertentes de formação significantes para capacitar os profissionais de saúde. Os primeiros estão direcionados para uma formação acadêmica e voltados à pesquisa científica e habilitando os profissionais à

prática docente e de investigação científica. O mestrado profissional está orientado àqueles profissionais que já estão inseridos nos serviços públicos de saúde, tendo os conteúdos de aprendizagem e experiências voltados para os conhecimentos, habilidades e atividades relacionadas às suas práticas assistenciais (SAUPE; WENDHAUSEN, 2005).

As estratégias de capacitação em serviço são aquelas que se desenvolvem dentro da carga horária contratual dos trabalhadores. Desta forma aumentam a possibilidade de participação dos trabalhadores, especialmente daqueles que mais necessitam se qualificar. Esses espaços criados no cotidiano de trabalho permitem que os trabalhadores reflitam sobre suas práticas de saúde e sobre o processo de trabalho nos quais estão inseridos. Com isso a possibilidade de tornar suas condutas mais qualificadas aumenta na medida em que eles começam a perceber suas dificuldades individuais e coletivas e a partir disso, busquem estratégias de intervenção para superá-las (CICONET et.al, 2008).

As novas tecnologias de informação e de comunicação vêm modificando o modelo de ensino/aprendizagem e das relações entre os indivíduos. Nesta última década a utilização da internet na educação tem se ampliado com o desenvolvimento de cursos de educação a distância (STRUCHINER et al 2002; COSTA MENDES et al, 2007; FERREIRA et al, 2008).

A educação a distância caracteriza-se por um processo de ensino e aprendizagem mediado por tecnologias, onde o docente e o discente estão separados espacial e/ou temporalmente. Esta estratégia está sendo utilizada em alguns cursos de graduação, pós-graduação e cursos de capacitação profissional, pois minimiza a necessidade de deslocamento da cidade ou da região do trabalhador, além de propiciar atualização e valorização constante com vista ao desenvolvimento de novas práticas de assistência à saúde e de educação permanente (COSTA MENDES et al, 2007; RODRIGUES; PERES, 2008; CICONET et. al, 2008).

Independente das estratégias de capacitação realizadas pelos trabalhadores de saúde, o importante é manter o processo de aprendizado dos trabalhadores da saúde em constante movimento, de modo a contribuir para a efetivação do SUS e garantir dessa forma uma assistência à saúde universal, de qualidade e por fim resolutive.

2.5 Estratégias de busca bibliográfica

A revisão da literatura foi realizada objetivando encontrar trabalhos científicos sobre Atenção Básica à Saúde e capacitação dos trabalhadores da Atenção Básica.

As estratégias de busca utilizadas foram consulta em bases de dados eletrônicas, busca manual em periódicos nacionais indexados e leitura de dissertações e teses disponibilizadas através da Internet. Procedeu-se ainda a busca específica por títulos e autores a partir da lista de referências dos periódicos selecionados.

Foram rastreados estudos onde a capacitação dos trabalhadores da ABS foi a variável de interesse entre os anos de 1999 a 2009 no Brasil e no exterior. As bases de dados empregadas para rastreamento dos artigos foram BIREME, portal de revistas on-line Scielo, Pubmed / Medline e Lilacs, utilizando a combinação dos descritores *“Training”*, *“Primary Health Care”*, *“Health professionals”*, *“Health workers”*, *“Professional practices”*, *“Education and Continuing education”*, na língua inglesa e, *“Treinamento”*, *“Atenção Primária em Saúde”*, *“Educação Continuada”*, *“Profissionais da Saúde”* e *“Trabalhadores de saúde”* em português.

Utilizou-se como limites a escolha de artigos com resumos, estudos em humanos, sendo selecionados artigos clínicos, meta-análise, Guideline Prático, Revisões, Bibliografias, estudos comparativos, estudos de avaliação, artigos históricos, artigos de jornais, estudos multicêntricos, estudos validados, nos idiomas: português, espanhol e inglês.

Durante o processo de busca e após exclusão de duplicatas foram identificados 330 resumos para leitura. Ao final da etapa de leitura 50 artigos foram considerados relevantes à temática do projeto.

Figura 1. Estudos de abrangência nacional relevantes para o estudo da capacitação dos trabalhadores de saúde nos modelos de atenção básica do Sul e Nordeste do Brasil.

Autor / Revista / Ano	Delineamento	Amostra	Principais resultados
Ballester, DAP et al/Tese/2004	Ensaio Randomizado	40 médicos da atenção básica do município de Porto Alegre-RS.	Os resultados sugerem que o ensino universitário e profissional para os médicos que atuam nos serviços básicos de saúde tem dado pouca atenção aos problemas de saúde mental. Outra possibilidade é de que os métodos de ensino empregados têm sido pouco efetivos, e a prática do atendimento nos serviços não tem sido suficiente para o aprendizado. O sistema de informação é indicado para uso em capacitações a distância.
Shimizu HE; Dytz JLG; Moura AS / Rev Latino-am Enfermagem; 2004.	Grupo focal	34 auxiliares de enfermagem do PSF do Distrito Federal.	Faixa etária dos participantes: metade tinha de 31 a 50 anos. Participação em curso de capacitação nos últimos 3 anos (58,3%).
Gil CR / Cad. Saúde Pública; 2005.	Transversal descritivo	Estudantes de 16 cursos especialização e residentes multiprofissionais de 9 cursos com ênfase em saúde da família, totalizando 873 respondentes.	O perfil dos profissionais formados não é adequado para uma atuação na perspectiva da atenção básica e de práticas de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Tanto nos cursos de especialização quanto nos de Residência Multiprofissional em saúde da família, predominaram o sexo feminino e os enfermeiros. O tipo de vínculo de trabalho predominante foi o informal. A este fato tem-se atribuído a alta rotatividade das equipes, dificultando a formação de

Autor / Revista / Ano	Delineamento	Amostra	Principais resultados
			vínculos e o desenvolvimento de novas práticas profissionais.
Neto, ZA; Soares, CB/Rev. Latino-am Enfermagem/2004	Estudo Qualitativo – História de Vida	69 atendentes de enfermagem	A qualificação parece ter uma força relativa na modificação da qualidade da atenção à saúde, permitindo certa compreensão do objeto de trabalho e das tecnologias utilizadas no processo de trabalho. Não parece constituir-se, no entanto, em força capaz de suscitar transformações no modelo constituído de assistência clínica individual, desvelando assim certa fragilidade da apreensão da dimensão política proposta pelo PLE para qualificação dos profissionais da saúde. Acredita-se que uma qualificação adequada tenha o potencial de integrar um conjunto de estratégias para uma política de formação dos trabalhadores para o SUS e que os trabalhadores capacitados passam a ter um novo comprometimento ético e político com a construção de um novo projeto social.
Ermel RC; Fracolli LA / Rev Esc Enferm USP; 2006.	Observação direta e entrevista semi estruturadas	Oito Enfermeiras do PSF e o gestor municipal.	Percepção do gestor quanto a organização técnica e política do PSF no município: – O trabalho da enfermeira deve se constituir de ações de enfermagem, supervisão dos ACS, participação em reunião de equipe e questões administrativas, estar envolvida com a realidade social, não precisando ser especialista em saúde coletiva. Perfil das enfermeiras: faixa etária entre

Autor / Revista / Ano	Delineamento	Amostra	Principais resultados
			24 e 31 anos. Nenhuma enfermeira com especialização em saúde pública ou saúde coletiva. Tinham uma visão reduzida sobre os problemas de saúde da comunidade. Consideravam importante obter preparo na graduação para o trabalho em equipe e com grupos. As práticas das enfermeiras reiteram a lógica da clínica individual e curativa.
Cotta RMM Et al./ Epidemiologia e Serviços de Saúde; 2006.	Transversal descritivo	Profissionais das três equipes da ESF (n = 28) do município de Teixeira o que incluiu agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem.	A faixa etária dos profissionais concentra-se de 20 a 30 anos (42,9%) e há predomínio do sexo feminino (57%). A forma de contratação dos médicos e enfermeiros (convite ou ocupação de vaga disponível) favorece alta rotatividade de profissionais, dificulta vínculo com o serviço e população atendida. Médicos e enfermeiros não receberam cursos de capacitação.
Moreno, CMC; Simpson, CA/ Rev. Brasileira de Enfermagem/ 2008	Estudo Quantitativo	27 médicos e 71 enfermeiros	Neste estudo, os profissionais que cursaram os treinamentos de clínica em hanseníase, em geral, avaliaram-nos positivamente quanto à sua implementação objetivo principal de capacitar os enfermeiros e médicos das ESFs de sete municípios do Rio Grande do Norte na detecção da doença. Consideram a sua atuação e a de seus colegas no controle da hanseníase adequada, salientando,

Autor / Revista / Ano	Delineamento	Amostra	Principais resultados
			porém, a necessidade de maior envolvimento da categoria médica no processo de detecção. Conclui-se que há necessidade da continuação da educação permanente junto aos profissionais da atenção básica, com enfoque em hanseníase, considerando a sua importância para a saúde pública brasileira. A capacitação profissional demanda bons treinamentos e a conscientização que se pode alcançar através da educação permanente. Esta reflexão, realizada no próprio serviço, estimula muito mais o profissional. Tudo leva a crer que não há um caminho mais seguro a percorrer a não ser o da educação em saúde.
Neto, FRGX; Guimarães, JJC/ Revista Brasileira de Enfermagem/ 2007	Exploratório descritivo	28 gerentes do território da ESF de Sobral, sendo 14 sujeitos da zona urbana e 14 sujeitos da zona rural.	O perfil sócio-demográfico dos gerentes mostra que: 57,2% estão na faixa etária de 25 a 34 anos; 92,9% são do sexo feminino; 78,6% são casados; 57,2% têm renda mensal na ESF de R\$ 1.800,00 a 2.000,00; 100% são enfermeiros; 71,4% possuem Especialização na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e 57,1% apresentam necessidade de qualificação em gestão em saúde e gestão de pessoas.
Pessanha,RV;Cunha,F TS/Texto e Contexto Enfermagem/ 2009	Qualitativo descritivo	13 profissionais de nível superior (odontólogos, enfermeiros e médico) da ESF do Complexo do Alemão no Rio de Janeiro	Os resultados mostram que os profissionais expressam conhecimentos apreendidos nas experiências cotidianas do trabalho e em atividades de educação permanente, constituindo um processo pedagógico de ensino-aprendizagem das equipes multiprofissionais, porém, pouco

Autor / Revista / Ano	Delineamento	Amostra	Principais resultados
			utilizado em ações de educação pelos gestores do Sistema Único de Saúde.
Lefevre, AMC; Crestana, MF; Cornetta, VK/ Saúde e Sociedade/ 2003	Estudo qualitativo	78 estudantes do curso de pós-graduação intitulado Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde.	De uma maneira geral, os alunos avaliaram positivamente a metodologia do curso de especialização como favorecedora da participação, da troca de experiências, da aprendizagem e do desenvolvimento do pensamento crítico.
Rodrigues, RCV; Peres, HHC/ Revista Escola de Enfermagem USP/ 2008	Qualitativo descritivo e exploratório	Sites governamentais e não governamentais relacionados a Educação a Distância e sites de instituições de ensino superior cadastradas no Ministério da Educação e Cultura para oferecimento de cursos a distância, assim como os sites do Instituto Nacional de Pesquisas Educacionais e da Associação Brasileira de Educação a distância.	Nos resultados foram identificados apenas dois cursos de pós-graduação <i>lato sensu</i> oferecidos especificamente em Enfermagem. Assim, há necessidade de maior investimento das IES de Enfermagem na criação e avaliação de cursos de EAD, bem como de infra-estrutura e de implementação de uma política de capacitação tecnológica.
Caldeira, AP; Fagundes, GC; Aguiar, GN/ Rev. Saúde Pública/2008	Quantitativo Intervenção controlada	20 equipes de Saúde da Família em Montes Carlos (MG)	Houve aumento significativo no aleitamento materno exclusivo após atividades educativas voltadas às equipes de Saúde da Família. As curvas de sobrevivência para o aleitamento materno exclusivo no primeiro momento não mostraram diferença estatisticamente significativa entre as mães assistidas por ambos os grupos ($p=0,502$). Após a intervenção, as curvas de sobrevivência para o aleitamento materno exclusivo mostraram-se significativamente diferentes ($p=0,001$).

Autor / Revista / Ano	Delineamento	Amostra	Principais resultados
Azevedo, RCS et. AL/ Rev. Saúde Pública/ 2008	Estudo avaliativo	40 profissionais da rede pública de Campinas, sendo 12 médicos, 12 enfermeiros, 6 assistentes sociais, 4 psicólogos, 2 dentistas, 2 terapeutas ocupacionais, 1 farmacêutico e 1 auxiliar de enfermagem.	Dos pacientes fumantes que participaram dessas atividades, 9,2% conseguiram parar de fumar. As dificuldades relatadas pelos profissionais foram baixa adesão dos pacientes (11%), falta de medicação (38%) e de apoio/estrutura da unidade (29%). O treinamento aumentou a população abordada pelas unidades de saúde nas estratégias de prevenção do tabagismo.
Feliciano, KVO et al/ Rev. Brasileira de Saúde Materna e Infantil/2008	Estudo avaliativo	17 equipes de Saúde da Família de Recife e 2 equipes de Saúde da Família de Olinda.	Em 2002, todos os 19 médicos e 19 enfermeiros, 108 agentes e 19 auxiliares de enfermagem foram treinados na AIDPI. No caso de um desses ser substituído por profissional que não foi treinado, se garante a capacitação. As pediatras acompanhavam cada agente comunitário para fortalecer a aplicação do "Manual de condutas para Agentes Comunitários de Saúde - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância", tendo feito um maior número de visitas com aqueles que demandavam maior suporte técnico. Ao mesmo tempo, apoiavam o processo de supervisão dos enfermeiros nas equipes em que esses profissionais estiveram presentes em todas as etapas do treinamento dos agentes. Auxiliares de enfermagem receberam um reforço na capacitação para que pudessem se integrar de fato ao trabalho de promoção e prevenção executado pelos agentes junto às famílias e proceder à identificação dos

Autor / Revista / Ano	Delineamento	Amostra	Principais resultados
			sinais de alerta e de perigo das doenças prevalentes na infância. enfermeiros, cirurgiões-dentistas e agentes comunitários das 19 equipes de saúde, bem como representantes dos Distritos Sanitários foram capacitados para proceder a coleta, o processamento, a análise e a interpretação dos dados do SIAB. o grupo de educação permanente realizava reuniões semestrais com cada uma das equipes para avaliar as ações, identificar as dificuldades e tentar a introdução de melhorias na execução do trabalho.
L'Abatte,S/ Caderno de Saúde Pública/1999	Grupo focal Questionário individual e dinâmicas de grupos	72 estudantes do curso de especialização em Saúde Pública realizada pelo departamento de Medicina Social da UNICAMP.	É importante destacar o compromisso dos profissionais/alunos com o trabalho na saúde pública. Constatou-se também a relevância do curso para a capacitação profissional dos alunos, com a perspectiva de constante adequação dos conteúdos e aperfeiçoamento do processo didático-pedagógico. Há necessidade urgente de uma revisão da política de capacitação de recursos humanos que atente para os momentos antes, durante e após o curso, ou seja: o processo de liberação, o funcionamento do serviço durante a ausência do profissional, o aproveitamento posterior do egresso e o estabelecimento de carreiras condizentes com os vários níveis.
Almeida, HB; Soares, CB/Rev. Latino-am	Estudo qualitativo	7 profissionais que participaram do	A decisão política de âmbito central de formar as auxiliares de enfermagem

Autor / Revista / Ano	Delineamento	Amostra	Principais resultados
Enfermagem/2002		desenvolvimento do projeto de formação na referida administração municipal.	configurou-se como um componente importante de uma política de viabilização do novo modelo de atenção à saúde, implantado no município de São Paulo, no período de 1989 a 1992. Um dos princípios desse projeto de formação foi o de considerar a prática profissional como a essência para a aprendizagem. Ainda que a decisão de priorizar os trabalhadores de nível médio e elementar, no processo de qualificação profissional, tenha se constituído numa decisão política comprometida com a promoção da justiça, as capacitações pedagógicas e técnicas, realizadas junto aos profissionais do nível universitário, não foram suficientes para proporcionar-lhes a compreensão da dimensão política do processo educativo.

3 Objetivos

3.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem como objetivo conhecer a prevalência das capacitações realizadas pelos profissionais de saúde da Atenção Básica de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes das regiões Sul e Nordeste do Brasil de acordo com o modelo de atenção e verificar algumas variáveis associadas.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever a amostra de acordo com características demográficas, socioeconômicas, e da formação profissional.

- Avaliar a associação dos tipos de capacitação dos trabalhadores em relação a variáveis independentes:

- Sexo
- Idade
- Escolaridade
- Uso de computador na UBS para as atividades profissionais
- Atividade Profissional na Unidade Básica de Saúde
- Tem outro emprego
- Tempo de atuação na prefeitura
- Tempo de atuação na Unidade Básica de Saúde
- Unidade Básica de Saúde vinculada ao ensino
- Tipo de gestão municipal

3.3 Hipóteses

- As prevalências de capacitação em doença crônica não-transmissível, em saúde da mulher, em saúde da criança e em doenças infecciosas serão de 45%; de utilização de protocolo de 40% e de acesso a pelo menos uma publicação do Ministério da Saúde na UBS de 50%, sendo sempre maior entre os trabalhadores da ESF.

- Os trabalhadores da ABS serão em sua grande maioria mulheres, sendo essa prevalência maior no modelo da ESF (NETO, GUIMARÃES, 2007; TOMAZI et al, 2008).

- O grupo de idade mais prevalente entre os profissionais se situará na faixa etária de 30 a 49 anos de idade, nos dois modelos de atenção estudados.

- O grupo de escolaridade mais prevalente, tanto no modelo Tradicional quanto na ESF, será o de ensino médio completo.

- A categoria de trabalhadores mais prevalente nas UBS será a de ACS, na ESF, e a de outros profissionais de nível médio, no modelo Tradicional.

- Aproximadamente 20% dos profissionais terão outro emprego além da ABS e esta prevalência será maior entre os trabalhadores do modelo Tradicional.

- O tempo de atuação dos trabalhadores na prefeitura e na UBS atual será maior entre aqueles do modelo Tradicional.

- Cerca de metade das UBS apresentarão vinculação com o ensino, sendo este vínculo maior nas UBS do modelo ESF.

- O tipo de gestão municipal predominante será a gestão plena do sistema de saúde.

- Para toda a amostra, as variáveis associadas a maior realização das capacitações estudadas serão: ser mulher, ter idade entre 30 e 49 anos, ter ensino médio incompleto, ser ACS, não ter outro emprego além do atual na UBS, utilizar computador na UBS para as atividades profissionais e trabalhar em UBS vinculadas a ensino.

- Nas UBS da ESF as variáveis associadas a maior realização das capacitações estudadas serão: ser mulher, ter idade entre 30 e 49 anos, ter ensino médio incompleto e completo, ser ACS, utilizar computador na UBS para as atividades profissionais e trabalhar em UBS vinculadas a ensino

- Nas UBS do modelo Tradicional as variáveis associadas a maior realização das capacitações estudadas serão: ser mulher, ter idade entre 30 e 49 anos, ter

ensino médio incompleto e médio e superior completos, ser ACS, não ter outro emprego além do atual na UBS e trabalhar em UBS vinculadas a ensino.

4 Metodologia

4.1 Delineamento

O delineamento do estudo será do tipo transversal, com grupos de comparação utilizando medidas com múltiplos níveis de agregação, em relação às diferentes dimensões observadas, ou seja, estado, município, serviço de saúde (ROTHMAN, 1998).

4.2 População alvo

Todos os trabalhadores de nível superior (médicos, enfermeiros, odontólogos e outros de nível superior), os trabalhadores de nível médio e elementar (auxiliares ou técnicos de enfermagem, auxiliares ou técnicos de higiene dental, recepcionistas, higienistas ou serventes, seguranças e porteiros) e agentes comunitários de saúde (ACS), das 240 UBS selecionadas, foram convidados a participar do estudo.

4.3 Critérios de exclusão

Serão excluídos do estudo os trabalhadores que no momento da realização do trabalho de campo no município, não estavam presentes na UBS por motivo de férias, licenças ou afastamento.

4.4 Amostragem

O universo do estudo é constituído por 41 municípios com mais de 100.000 habitantes das Regiões Sul e Nordeste do Brasil. Destes, 17 estão localizados no Rio Grande do Sul, quatro em Santa Catarina, dois em Alagoas, três na Paraíba, dez em Pernambuco, dois no Piauí e três no Rio Grande do Norte. Os municípios

incluídos no estudo constituem o Lote 2 Sul e Lote 2 Nordeste do termo de referência do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os trabalhadores de saúde foram incluídos a partir da amostra das Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo o modelo de atenção (ESF ou Tradicional) e proporcionalmente ao total de UBS nos municípios (LEVY; LEMESHOW, 1980; LEMESHOW; HOSMER, 1990; LWANGA; LEMESHOW, 1991).

Buscando maior representatividade, o sorteio das UBS foi proporcional ao tamanho da rede básica de cada município. A partir de listas de UBS estratificadas segundo o modelo assistencial (PSF pré-PROESF, PSF pós-PROESF e não-PSF), se estabeleceu o sorteio da UBS em cada estrato e em cada município. Por meio dos “Projetos de Adesão ao PROESF”, foram identificadas 855 UBS no Nordeste e 655 UBS no Sul. Em cada lote foram sorteadas, aleatoriamente, 120 UBS. No Sul, a amostra foi composta por 69 UBS do PSF e 51 UBS Tradicionais, enquanto no Nordeste 79 eram do PSF e 41 Tradicionais. De modo a facilitar a comparação dos achados, as UBS dos três grupos foram pareadas, utilizando-se como critério o tamanho da área física. As UBS sorteadas orientaram a seleção das amostras de profissionais de saúde.

A amostra do estudo foi composta por todos os trabalhadores que atuavam nas UBS, nos dois diferentes lotes Sul e Nordeste. A amostra final de trabalhadores foi de 1.730 indivíduos no Lote Sul 2 e 3.019 indivíduos no Lote Nordeste 2, totalizando 4.749 trabalhadores.

4.5 Cálculo do tamanho de amostra

Vários cálculos de tamanho de amostra foram realizados para atender aos objetivos do estudo. Com a amostra obtida (4.749), a margem de erro para as estimativas de prevalência de estratégias de capacitação entre 10% a 70% é de 2,0 pontos percentuais, com nível de confiança de 95%. Para avaliação de associações, o estudo teve poder de 80% para detectar como significativas razões de prevalência de 1,3 ou maiores, para exposições que afetam de 10-90% da população estudada, com nível de confiança de 95%.

4.6 Quadros de variáveis a serem utilizadas no estudo

4.6.1 Variáveis relativas aos trabalhadores de saúde

4.6.1.1 Demográficas e socioeconômicas

Variável	Definição	Tipo de Variável
Sexo	Masculino Feminino	Categórica Dicotômica
Idade	Anos completos	Numérica Discreta
Escolaridade	Ensino Fundamental ou 1º grau incompleto Ensino Fundamental ou 1º grau completo Ensino Médio ou 2º grau incompleto Ensino Médio ou 2º grau completo Superior incompleto Superior completo	Categórica Ordinal

4.6.1.2 Ocupacionais e de formação

Variável	Definição	Tipo de Variável
Atividade profissional na UBS	Auxiliar e técnico de enfermagem Auxiliar e técnico de consultório dentário Enfermeiro Médico Odontólogo Outro profissional de nível superior Agente comunitário de saúde Outros de nível médio	Categórica Nominal
Curso de pós-graduação	Não Sim	Categórica Dicotômica
Tem outro emprego	Não Sim	Categórica Dicotômica
Tempo de trabalho na prefeitura	Meses completos de tempo de trabalho	Numérica Discreta
Tempo de trabalho na Unidade de saúde	Meses completos de tempo de trabalho	Numérica Discreta
Utilização de computador na UBS para atividades profissionais	Não Sim	Categórica Dicotômica

4.6.1.3 Variáveis relativas à gestão municipal e ao serviço de saúde

Variável	Definição	Tipo de Variável
Tipo de gestão municipal	Plena do Sistema de Saúde ou plena da Atenção Básica	Categórica Nominal
Unidade de Saúde vinculada ao ensino	Não Sim	Categórica Dicotômica

4.6.1.4 Variáveis relativas ao modelo de atenção e região

Variável	Definição	Tipo de Variável
Modelo de atenção	PSF Tradicional	Categórica Nominal
Região	Sul Nordeste	Categórica Nominal

5 Definição dos desfechos

A definição dos desfechos foi operacionalizada através de questões fechadas onde os profissionais indicavam a realização de capacitações. Foram utilizadas as seguintes perguntas:

- Depois que você começou a trabalhar na Atenção Básica (UBS) fez algum dos cursos de capacitação?

Saúde da mulher	(0) Não (1) Sim
-----------------	-----------------

Saúde da criança	(0) Não (1) Sim
------------------	-----------------

Doenças crônicas não transmissíveis	(0) Não (1) Sim
-------------------------------------	-----------------

Doenças infecciosas	(0) Não (1) Sim
---------------------	-----------------

- Para as suas atividades profissionais, utiliza algum protocolo?

(0) Não (1) Sim

- Você teve acesso na unidade de saúde às seguintes publicações do Ministério da Saúde?

Revista Brasileira de Saúde da Família	(0) Não (1) Sim
--	-----------------

Informes da Atenção Básica	(0) Não (1) Sim
----------------------------	-----------------

Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica	(0) Não (1) Sim
---	-----------------

Manual: O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde	(0) Não (1) Sim
---	-----------------

Avaliação Normativa do PSF no Brasil	(0) Não (1) Sim
--------------------------------------	-----------------

A variável dependente “Capacitação em saúde da criança” abrange a realização de algum curso de saúde da criança sem especificar mais a realização de curso em Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDIP); a variável “Capacitação em doenças crônicas não transmissíveis” inclui a realização de cursos

para o manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e da Diabetes Mellitus; e, a variável “Capacitação em doenças infecciosas” compreende a realização de cursos para o manejo das Doenças Crônicas Transmissíveis / AIDS, da tuberculose e da hanseníase.

A variável dependente ter acesso a publicações do Ministério da Saúde na UBS incluirá o acesso dos trabalhadores a pelo menos uma das revistas investigadas.

5.1 Instrumentos de coleta de dados

Os desfechos e as exposições de interesse integraram o instrumento utilizado no Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do PSF para o estudo dos profissionais de saúde da Atenção Básica. Os instrumentos utilizados pelo projeto do PROESF podem ser acessados na página da internet <http://www.epidemio-ufpel.org.br/proesf/index.htm>.

Após consentimento, os trabalhadores responderam a um questionário auto-aplicado constituído de informações demográficas, socioeconômicas, características do trabalho e de situação de saúde - Anexo A.

5.2 Seleção de supervisores do estudo

A seleção de supervisores do estudo teve início em janeiro de 2005, através de inscrições de pessoas de ambos os sexos, com ensino médio completo, disponibilidade para ausentarem-se da cidade por um longo período, condição fundamental para o trabalho de campo nos diferentes municípios.

Foi realizada uma busca de possíveis candidatos através de contato com outros pesquisadores do Centro de Pesquisas Epidemiológicas. Com este procedimento, foi possível iniciar as inscrições junto à secretaria. Na inscrição os candidatos deveriam preencher uma ficha onde constavam dados de identificação, dados relacionados à experiência prévia em pesquisa e disponibilidade de horário.

Com um total de 26 candidatos inscritos, iniciou-se a capacitação e posteriormente seleção de 15 supervisores. Os demais candidatos capacitados e não selecionados no primeiro momento ficaram como suplentes.

5.3 Capacitação e seleção dos supervisores

A capacitação dos supervisores começou em 24 de janeiro de 2005 e estendeu-se até o dia 28. Foi o último passo para a seleção final dos supervisores. Inicialmente foi realizada em 40 horas, com conteúdos relacionados às necessidades da pesquisa tais como:

- Apresentação sobre o Sistema Único de Saúde;
- Atenção Básica;
- Avaliação de Serviços;
- Instrumentos de Pesquisa;
- Estudos de Demanda;
- Logística de Trabalho Campo;
- Trabalho de Campo;
- Simulação em Território de Pesquisa;
- Revisão e Codificação de Instrumentos.

Outras atividades da capacitação incluíram leitura conjunta dos instrumentos e manuais de instruções; leitura explicativa dos questionários por parte de coordenadores da pesquisa.

No período entre a seleção e o início do trabalho de campo no mês de março, encontros semanais foram mantidos para dar seqüência à capacitação com os supervisores selecionados participando das revisões dos instrumentos de pesquisa e preparação final das necessidades operacionais para o início do trabalho de campo.

5.4 Logística

A coleta de dados na região sul (Lote 2 Sul), iniciou em 15 março de 2005 e foi finalizada em 19 de maio de 2005, com duração de 65 dias. Vários procedimentos foram realizados para facilitar a logística e para orientação do trabalho dos supervisores. São exemplos destes procedimentos duas oficinas realizadas com os representantes das UBS e secretários municipais de saúde no município de Porto Alegre (FACCHINI, et al., 2006a). Além dessas atividades, visitas foram realizadas durante o trabalho de campo a alguns municípios para melhorar a pactuação entre os pesquisadores e o município e houve também a divulgação em veículos de comunicação (jornal e rádio).

O estudo começou respeitando uma trajetória pelos municípios com início pelo Lote Sul 2, em Pelotas em 15 de março de 2005 e término em Rio Grande em 19 de maio de 2005. Para cada município, uma dupla de supervisores era responsável pelo trabalho em 3 dias na UBS. Nas cidades com maior número de unidades, cada dupla foi responsável por mais de uma UBS e, portanto permaneceu mais tempo no município. Ao final de cada município os supervisores viajavam para o município seguinte dando continuidade ao trabalho de campo. A seqüência dos municípios no Rio Grande do Sul foi: Pelotas, Bagé, Santa Maria, Uruguaiiana, Santa Cruz, Caxias, Alvorada, Cachoeirinha, Sapucaia, Gravataí, Viamão, Canoas, São Leopoldo, Novo Hamburgo, Porto Alegre, Passo Fundo (todos no RS), Lages (SC), Chapecó (SC), Florianópolis e finalizando Rio Grande (RS). A Figura 1 apresenta o trajeto realizado no Lote 2 Sul durante o trabalho de campo.

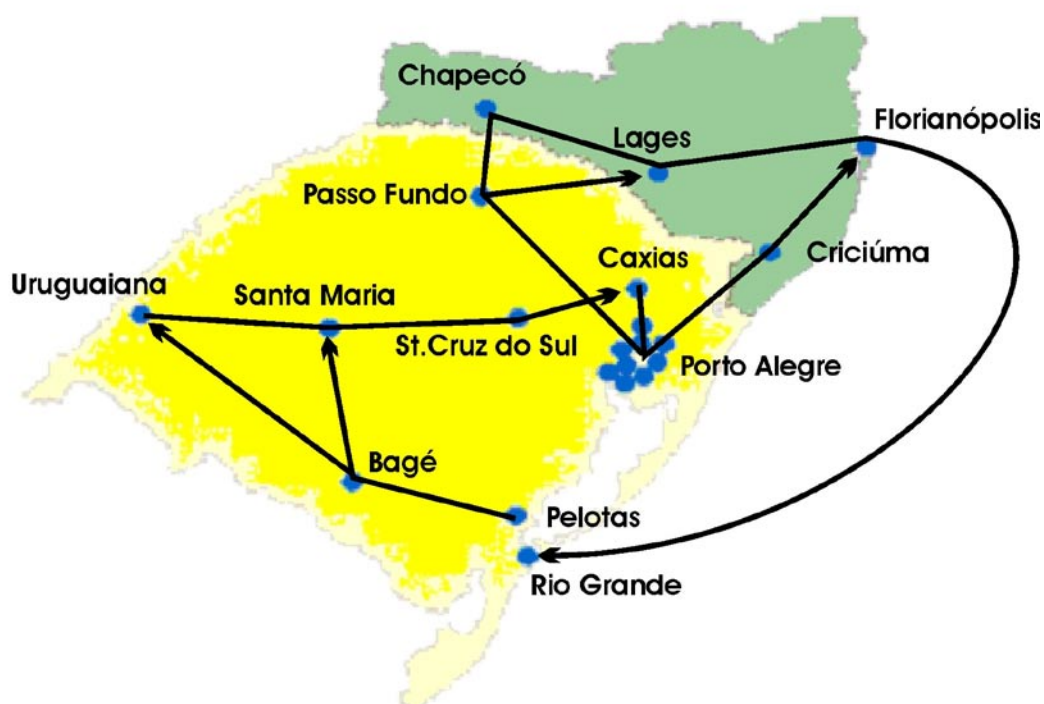


Figura 2 - Trajeto por municípios do RS e SC no Trabalho de Campo. Estudo de Linha de Base, PROESF – UFPel, Lote 2 Sul, 2005.

Em treze municípios selecionados, os supervisores ficaram hospedados em hotel durante um período que variou de três a vinte dias para a realização do

trabalho de campo. Para os municípios da grande Porto Alegre, a hospedagem foi na capital em função das facilidades operacionais para a equipe.

Logo após a chegada e hospedagem no município em estudo, os supervisores faziam um contato com o representante do Grupo Local de Avaliação em Saúde, formado na segunda oficina realizada em Porto Alegre, para ultimar os detalhes do trabalho de campo. Em seqüência, na UBS e na área de abrangência da cada unidade eram aplicados os instrumentos de pesquisa. O ponto inicial para a aplicação dos instrumentos era a UBS. Cada vértice do prédio era um ponto de início para um dos instrumentos populacionais.

Toda a área de abrangência deveria ser percorrida até encontrar o número determinado para cada amostra populacional. A direção do andar dentro da área foi sempre contornando pela direita toda a vez que necessário para o supervisor se manter na área de abrangência. Todos os domicílios deveriam ser visitados e somente uma pessoa deste responderia o instrumento. Nos casos de haver mais de uma pessoa elegível para cada uma das amostras, e apenas nestes casos, o mais velho seria o escolhido. Todos os supervisores chegavam aos domicílios com crachá de identificação e carta de apresentação assinada pela coordenação da pesquisa.

Cada dupla de supervisores portava material completo para o seu trabalho, eram estimulados a realizar as 72 entrevistas populacionais, 18 de cada amostra independente, em 3 dias, tempo necessário para uma dupla realizar o trabalho completo em uma unidade. Para evitar qualquer tipo de constrangimento para os entrevistados, os supervisores eram orientados a realizar as entrevistas individualmente com cada um dos elegíveis para o estudo.

Para acompanhar o trabalho de campo foram programadas visitas por parte dos coordenadores do estudo em alguns municípios, foram realizadas reuniões para discussão de questões de interesse da pesquisa, das dúvidas surgidas e de codificação dos dados. Também foi estimulada a utilização dos manuais de instruções, do correto preenchimento da planilha de controle de entrevistas e o rigoroso respeito à metodologia estabelecida para a coleta de dados.

Nesses encontros, eram recebidos os questionários preenchidos dos diferentes municípios para posterior deslocamento para a sede do estudo na Universidade Federal de Pelotas. Durante todo o período de trabalho de campo, os coordenadores da pesquisa prestaram esclarecimentos para o andamento correto

do trabalho, mantendo contato com os diversos municípios e permaneceram em constante colaboração e apoio aos supervisores.

Para o Lote Nordeste 2, a logística para o desenvolvimento do trabalho de campo iniciado em 03 de junho e concluído em 10 de agosto, foi a mesma, porém pela característica geográfica da região, o grande grupo de supervisores foi dividido em 2. Esta estratégia permitiu que um grupo se deslocasse a partir de Recife (PE) para o sul, ao estado de Alagoas e posteriormente pelo interior deste estado, de Pernambuco, do Piauí, até a cidade de Natal (RN), enquanto os demais se deslocavam pelo litoral até o mesmo ponto avançando pelos estados de Pernambuco, Paraíba e Rio Grande do Norte. De Natal, todo o grupo de supervisores retornou a Recife, (PE) para a finalização do trabalho e retorno à região Sul mais precisamente Pelotas. A Figura 2 apresenta o trajeto realizado no Lote 2 Nordeste durante o trabalho de campo.

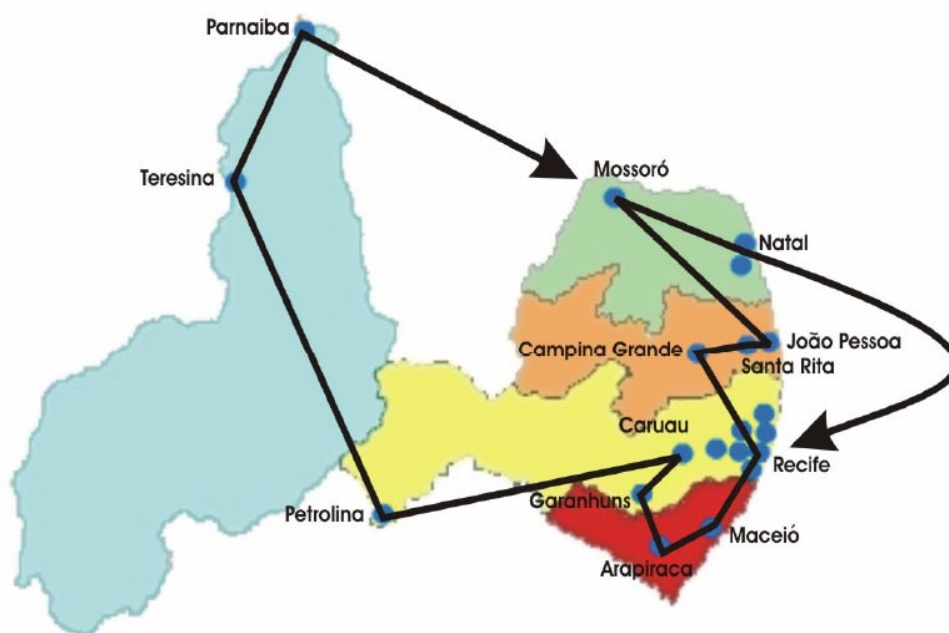


Figura 3 - Trajeto por Municípios dos Estados de AL, PB, PE, PI, e RN no Trabalho de campo. Estudo de Linha de Base. PROESF – UFPel, Lote 2 NE, 2005.

Outra estratégia utilizada na logística do trabalho de campo foi à realização de mutirões de supervisores em áreas consideradas de risco, violência, drogas, etc. e, em casos de grandes concentrações urbanas, como Porto Alegre (RS) e Recife (PE).

Para o preenchimento do instrumento dos trabalhadores de saúde, os supervisores ao iniciar o trabalho na UBS, distribuíam os mesmos e estimulavam o preenchimento de forma auto-aplicada. Ao final dos dias de trabalho naquela UBS, os instrumentos eram recolhidos para a codificação e encaminhamento à secretaria do estudo.

Para o retorno dos instrumentos à sede do projeto, duas estratégias foram utilizadas; a) Para a região sul a busca por parte dos coordenadores, dos instrumentos nos municípios previamente acertados, Porto Alegre (RS), Chapecó (SC), Criciúma (SC); b) Para a região nordeste, o envio das caixas contendo o material via correio para a sede do projeto na UFPel.

Na região sul, todo o material de pesquisa era levado pelos supervisores, e eram repostos em pontos estratégicos para serem utilizados em outros municípios. Os coordenadores da pesquisa levavam até os supervisores nos encontros previamente agendados. Para a região nordeste, todos os instrumentos foram transportados para Recife por via terrestre e lá entregues aos representantes das 120 UBS presentes na segunda oficina de capacitação (FACCHINI, et al., 2006a). Sendo assim, ao chegar os supervisores aos municípios, os instrumentos já estavam na unidade prontos para a utilização na pesquisa.

5.5 Estudo piloto

Em 27 de janeiro de 2005, como parte integrante da seleção e capacitação dos futuros supervisores, uma simulação em território de pesquisa foi realizada no município de Pelotas nas UBS Areal fundos, Centro Social Urbano do Areal e Vila Municipal que não fizeram parte da amostra, Nesta simulação, os candidatos a supervisores além de serem capacitados, testaram a aplicabilidade dos instrumentos em situação real, sendo que durante todo o trabalho eram acompanhados por um coordenador do estudo.

5.6 Controle de qualidade

O controle de qualidade das entrevistas auto-aplicadas foi realizado através do confronto da amostra por categoria profissional com o registro dos trabalhadores lotados nas UBS, obtido no instrumento de avaliação da estrutura dos serviços. Outra estratégia utilizada foi a supervisão do trabalho de campo mediante a visita de um coordenador do trabalho, para a constatação de possíveis irregularidades na

aplicação dos instrumentos e no respeito à metodologia estabelecida para a coleta de dados entre os trabalhadores de saúde.

6 Processamento e análise dos dados

6.1 Processamento de dados

Os questionários, depois de revisados e codificados, na sede do PROESF na UFPel, foram digitados utilizando o software EPI-INFO versão 6 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos). As análises de consistência foram realizadas depois de completada a dupla digitação dos dados.

Para o presente estudo, será realizado o processamento das seguintes variáveis:

- Cursos de capacitação realizados pelos trabalhadores após seu ingresso na Atenção Básica.
- Tipos de protocolos utilizados para as atividades profissionais.

6.2 Análise de dados

A análise de dados terá como objetivos:

- Descrever a amostra de trabalhadores em termos das variáveis demográficas, socioeconômicas, ocupacionais e de capacitação; do tipo de gestão municipal e da vinculação da UBS com ensino, por região e modelo de atenção à saúde.
- Descrever os tipos de protocolos que os trabalhadores de saúde mais utilizam para as suas atividades para toda a amostra, por categoria profissional, por região e modelo de atenção à saúde.
- Descrever a amostra em relação às capacitações realizadas após ingresso na Atenção Básica, a utilização de protocolos e ao acesso a publicações do Ministério da Saúde em termos das variáveis demográficas, socioeconômicas, ocupacionais dos trabalhadores; tipo de gestão municipal e vinculação da UBS com ensino para toda a amostra, por região e modelo de atenção à saúde.

- Verificar a existência de diferenças em relação à realização de capacitações após ingresso Atenção Básica, utilização de protocolos, acesso a publicações do Ministério da Saúde, tipo de gestão municipal e vinculação da UBS com ensino pelas variáveis de estratificação – região e modelo de atenção:
- Explorar a associação bruta entre os desfechos e as variáveis independentes, com o uso de teste de Wald para heterogeneidade e tendência linear.
- Avaliar o efeito das várias exposições sobre a participação dos trabalhadores em capacitações através de um modelo de regressão multivariável (Poisson).
- Realizar avaliação segundo o pressuposto que exista uma relação hierárquica entre as variáveis estudadas - modelo de análise hierárquica. A Figura 4 sintetiza as relações em estudo. A ordem das categorias representa os níveis hierárquicos de determinação com os desfechos de interesse.

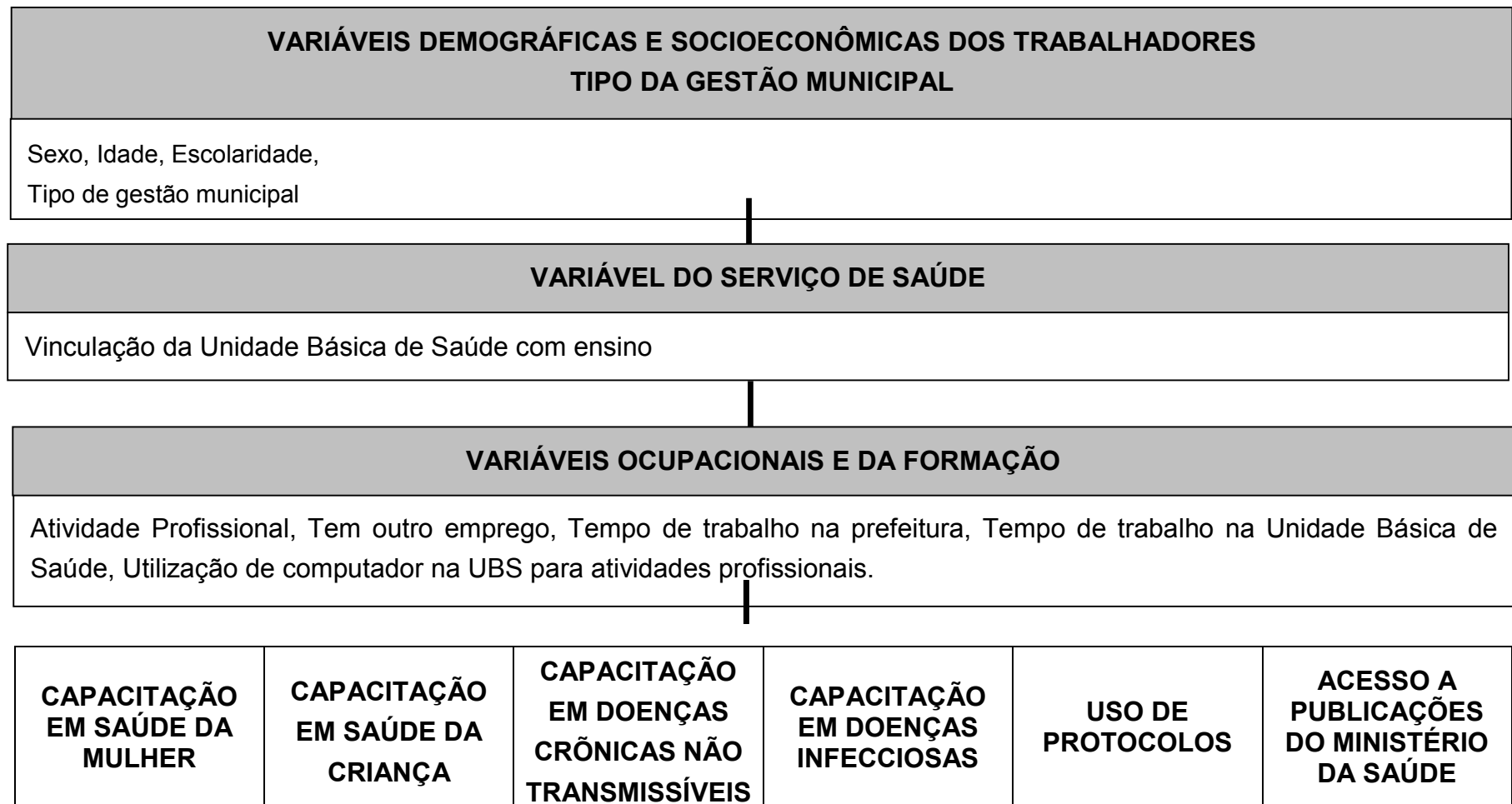


Figura 4 – Modelo de análise para o estudo sobre capacitação dos trabalhadores da ABS dos estados do Sul e Nordeste do Brasil segundo o modelo de atenção à saúde.

7 Aspectos éticos

- O presente projeto envolveu exclusivamente realização de entrevistas, não incluindo coleta de material biológico, ou experimento com seres humanos.
- O estudo foi de risco ético mínimo, segundo parâmetros definidos pela Organização Mundial de Saúde na publicação “International ethical guidelines for medical research involving humans subjects” (CIOMS/WHO, 1993).
- A participação dos indivíduos no estudo ocorreu através de consentimento informado.
- A confidencialidade da informação individual identificada e o direito de recusa em participar foram plenamente garantidos.
- A proposta de pesquisa foi aprovada pela Universidade Federal de Pelotas: Colegiados do Departamento de Medicina Social, Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e Comitê de Ética da Faculdade de Medicina sob ofício nº 045/2004.
- O uso dos dados coletados no Projeto Integrado de Capacitação e Pesquisa em Avaliação da Atenção Básica à Saúde foi autorizado pelo coordenador do estudo (Anexo C).

8. Cronograma

8.1 Projeto integrado de capacitação e pesquisa em avaliação de saúde na totalidade dos municípios de mais de 100.000 habitantes dos lotes 2 das regiões Sul e Nordeste (ELB PROESF – UFPel).

[illegible]

9 Divulgação dos resultados

As principais formas de divulgação dos resultados do estudo serão:

- Dissertação de conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem;
- Artigos para publicação em periódicos científicos;
- Resumo Executivo, baseado nos principais resultados do estudo, a ser distribuído à imprensa, gestores e trabalhadores de saúde;
- Participação em simpósios e seminários nacionais e internacionais.

10 Financiamento

Este projeto não necessita de verba extra para sua realização. Faz parte do Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, com apoio do Ministério da Saúde, com especial destaque para a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção Básica e o Grupo de Acompanhamento dos Estudos de Linha de Base.

Referências

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: (Ed.). **Agir em saúde: um desafio para o publico**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS et al. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.25, n.2, maio/ago. 2001.

CANESQUI, A. M.; Spinelli, M. A. S. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. **Cad. Saúde Pública** v.22, n.9, p.1881-1892, 2006.

CARRIJO, C. I. S. et al. A Empregabilidade de Egressos de um curso de graduação em enfermagem. **Rev. Enferm UERJ** (Rio de Janeiro, RJ), jul/set v.15, n.3, 356-63, jul/set, 2007.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B; ROCHA, C. F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.2, p. 373-383, 2002.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v.14, n.1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1400- 1410, set-out, 2004 a.

CECCIM, R. B.; PINTO, L. F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.29, n. 1, 2007.

CICONET, R. M.; MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Educação em serviço para profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.12, n. 26, p. 659-66, jul/set. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37. 2001

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8, 1986, Brasília. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9, 1992, Brasília. Saúde: municipalização é o caminho. Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 10, 1996, Brasília. Onde dá SUS, dá certo! Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11, 2000, Brasília. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social. Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12, 2004, Brasília. Saúde um Direito de Todos e um Dever do Estado. A Saúde que Temos, o SUS que Queremos. Relatório Final. Ministério da Saúde, Brasília.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS, 1, 1986. Relatório final. Brasília; 1986. [citado em 20 ago 2006]. Disponível em: URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/CNRH_sa%FAde.pdf

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1:S 7-S 27, 2008.

COSTA MENDES, I. A.; DE GODOY, S.; DA SILVA, E. C.; SEIXAS, C. A., NOGUEIRA, M.S.; TREVIZAN, M. A. Educação permanente para profissionais de saúde: a mediação tecnológica e a emergência de valores e questões éticas. **Enfermería Global**, n.10, 2007.

COSTA, G. D. et al. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.1, p. 113-8, jan-fev. 2009

COSTA, Roberta Kaliny de Souza; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de. Formação Profissional no SUS: Oportunidades de Mudanças na Perspectiva da Estratégia de Saúde da Família. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 3, p. 503-517, nov. 2008/fev. 2009b.

COTTA, R. M. M et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.15, n.3, p.7-18, 2006.

COTTA, R. M. M.; GOMES, A. P. MAIA, T. M.; MAGALHÃES, K. A.; BATISTA, R.S. Pobreza, Injustiça, e Desigualdade Social: repensando a formação de Profissionais de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.2, p. 278-286, 2007.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S. Relatório final do Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2006^a.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. C. V.; RODRIGUES, M. A. P. Desempenho do PSF no Sul e Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.669-681, 2006b.

FEE, E. Divórcio entre teoria e prática: o sistema de treinamento em Saúde Pública nos Estados Unidos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n. 3, 841-851, 2008.

FERREIRA, M. L. S. M.; COTTA, R. M. M.; OLIVEIRA, M. S. Reconstrução teórica do cuidado para as práticas de saúde: um olhar a partir da produção de alunos de curso de especialização a distância. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.32, n.3, p. 291-300, 2008.

FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface-Comun Saúde Educ**, v.2, n.3, p. 51-71, jul/ago 1998.

FILHO, A. A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 8, n.15, p.375-80, mar/ago 2004.

LEFEVRE, A. M. C et al. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “ capacitação e desenvolvimento de recursos humanos em saúde”. **Saúde e Sociedade**, v.12, n.2, p.68-75, jul-dez 2003.

LEMESHOW, S.; HOSMER, D. **Adequacy of sample size in health studies**. Chichester, 1990.

LEVY, P.; LEMESHOW, S. **Sampling for health professionals**. Belmont, 1980.

LWANGA, S.; LEMESHOW, S. **Sample size determination in health studies: a practical manual**. Geneva, 1991.

LUCENA, A. F.; PASKULIM, L. M. G.; SOUZA, M. F.; GUTIERREZ, M. G. R. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.2, p.292-298, 2006.

LUCENA, A. F.; PASKULIM, L. M. G.; SOUZA, M. F.; GUTIERREZ, M. G. R. Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.2, p.292-298, 2006.

MACHADO M. H. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família**. Brasília: MS/Fiocruz; 2000.

MACHADO M. H. Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, A.; SANTOS NETO, P. M.; COSTA, P. S.; BELISÁRIO, A. S (Organizadores). **Observatório de recursos humano em saúde no Brasil: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

MACHADO, M. H. Trabalho e Emprego em saúde. In: **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p 309-330, 2008.

MATUMOTO, S; FORTUNA, C. M; MISHIMA, S. M; PEREIRA, M. J. B; DOMINGOS, N. A. M. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface-Comun Saúde Educ** v.8, n.16, p.9-24, 2005.

MELO, C. M. M.; SANTOS, T. A. A participação política de enfermeiras na gestão do sistema único de saúde em nível municipal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.3, p.26-32, jul/set t 2007.

MENESES ROCHA, A. A. R. A trajetória profissional de cinco médicos do programa de saúde da família: os desafios de construção de uma nova prática. **Interface-Comun Saúde Educ**; v.9, n.17, p.303-16, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. Brasília-DF. Diário Oficial da União. Ministério Da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Família. Uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. M. D. Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Princípios e diretrizes para a NOB/RH – SUS. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família. M. D. Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Termo de referência para o estudo de linha de base nos municípios selecionados para o componente 1 do PROESF. Brasília - DF. M. D. Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União; 2006a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. A política de formação profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. REME – Rev. Min. Enf, v.10, n.4, p.435-439, out./dez., 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); MINISTÉRIO DA SAÚDE. Chamado à ação de Toronto: 2006-2015. Rumo a uma década de recursos humanos em saúde nas Américas. Série D. Reuniões e Conferências. M. D. Saúde: Ministério da Saúde 2006.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROUQUARYOL MZ, ALMEIDA FN. In (Ed.). **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.1, p.103-109. 2001.

PEREIRA, M. Serviços de saúde: marco de referências para o estudo do tema. In: **Epidemiologia, teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PESSANHA, R. V; CUNHA, F. T. S. A aprendizagem trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.2, p. 233-40, abr-jun 2009.

RAMOS et. al. Residências em saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: Brasil. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**, 2006. p.375-475.

REIS, M. A. S.; FORTUNA, C. M.; OLIVEIRA, C. T.; DURANTE, M. C. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.23, p.655-666. 2007.

RIBEIRO, E. M; PIRES, D.; BLANCK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, mar- abr, 2004.

RODRIGUES, R. C. V; PERES, H. H. C. Panorama brasileiro do ensino de Enfermagem ON-LINE. **Rev. Esc. Enferm**, v.42, n.2, n.298-304, 2008.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; v.13, n.6, p. 1027-34.

ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S. **Modern epidemiology**: Lippincott-Raven. U.S.A., 1998.

SAUPE, R; WENDHAUSEN, A. L. P; BENITO, G. A. V; CUTOLO, L. R. A. Avaliação das competências dos recursos humanos para consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.16, n.4, p.654-61, out-dez 2007.

SAUPE, R.; WENDHAUSEN, A. L. P. O mestrado profissionalizante como modelo preferencial para capacitação em Saúde da Família. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18, p.621-30, set/dez 2005.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.62, n.3, p.424-9, maio-jun 2009.

STRUCHINER, M et al. Formação permanente flexível e a distância pela internet: curso de gestão descentralizada de recursos humanos em saúde. **Rev. Panam Salud Publica/Pan AM J Public Health**, v.11, n.3, 2002.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1, p.S193-S201, 2008.

XIMENES NETO, F. R. G; SAMPAIO, J. J. C. Gerentes do território na estratégia saúde da família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.6, p. 687-695, 2007.

11 Relatório do trabalho de campo

Este relatório foi elaborado a partir das atividades realizadas durante o desenvolvimento do projeto de mestrado intitulado: Capacitação dos Trabalhadores da Saúde da Atenção Básica no Sul e Nordeste do Brasil: diferenciais segundo o modelo de atenção. O projeto caracteriza-se como um sub-estudo do Projeto Integrado de Capacitação e Pesquisa em Avaliação da Atenção Básica à Saúde (ELB PROESF-UFPEL), sob responsabilidade do Departamento de Medicina Social, do Departamento de Enfermagem e do Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Universidade Federal de Pelotas – UFPel, que integra o componente 3 (monitoramento e avaliação) do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) do Ministério da Saúde (MS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; Facchini et al, 2008).

O ELB PROESF-UFPEL foi delineado para articular atividades de capacitação e pesquisa contemplando todos os 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, distribuídos nos estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina, incluídos nos Lotes 2 Nordeste e Sul. O ELB PROESF-UFPEL incluiu quatro dimensões orientadoras da avaliação da ABS: político-institucional, organizacional da atenção, cuidado integral e desempenho do sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Todos os municípios estudados estavam recebendo apoio à conversão do Modelo de Atenção Básica à Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) . Detalhes do projeto ELB PROESF-UFPEL, incluindo a totalidade dos instrumentos de pesquisa, estão disponíveis na página da internet, <http://www.epidemio-ufpel.org.br/proesf/index.htm> e no seu relatório final (FACCHINI et al., 2006a) .

Para esta dissertação de mestrado, o instrumento aplicado aos

trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) foi o escolhido, por possibilitar a descrição das capacitações realizadas por esses trabalhadores. O questionário individual auto-aplicado era dirigido a todos os trabalhadores lotados na UBS, incluindo profissionais de nível superior, médio, ACS e de nível elementar. As questões eram todas estruturadas e predominantemente fechadas. Durante o trabalho de campo na UBS, os supervisores do projeto ELB PROESF-UFPeI orientaram o preenchimento e motivaram os trabalhadores a participar do estudo. Depois de preenchidos, os instrumentos foram recolhidos pelos supervisores e enviados para revisão, codificação e digitação na sede do estudo na cidade de Pelotas.

Para a realização deste estudo, foi demonstrado logo no início do curso de mestrado a importância de conhecer a prevalência de realização de capacitação dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde. Após foi providenciado o consentimento do coordenador do ELB PROESF-UFPeI em relação a utilização do banco de dados.

A definição dos desfechos foi operacionalizada através de questões fechadas onde os profissionais indicavam a realização de capacitações. Foram utilizadas as seguintes perguntas: “Depois que você começou a trabalhar na Atenção Básica (UBS) fez algum dos cursos de capacitação?”, “Para as suas atividades profissionais, utiliza algum protocolo?”, “Você teve acesso na unidade de saúde às seguintes publicações do Ministério da Saúde?”, “Você utiliza o computador na Unidade Básica de Saúde para suas atividades profissionais?”.

Na continuidade das ações de preparação do banco de dados foram selecionadas as variáveis independentes utilizadas no estudo, de acordo com as categorias desejadas, ou seja, socioeconômicas, demográficas, tipo de gestão, tipo de serviço de saúde, ocupacionais e de formação. Todas as variáveis selecionadas se basearam em ampla revisão bibliográfica que fundamentava as possibilidades de associação com o desfecho em análise.

Após a definição das variáveis do estudo, foi realizada primeiramente uma análise de consistência dos dados e quando necessário se recorreu aos questionários originais, em papel, para a verificação de dúvidas em relação a alguma resposta ignorada ou inconsistente. Esta estratégia possibilitou a construção de algumas variáveis dependentes, tais como: “Capacitação em

saúde da criança” abrangeu a realização de algum curso de saúde da criança sem especificar mais a realização de curso em Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDIP); a variável “Capacitação em doenças crônicas não transmissíveis” passou a incluir a realização de cursos para o manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e da Diabetes Mellitus; e, a variável “Capacitação em doenças infecciosas” compreendeu a realização de cursos para o manejo das Doenças Crônicas Transmissíveis / AIDS, da tuberculose e da hanseníase. Em relação à utilização de computador para as atividades profissionais foi selecionada apenas a opção de uso desta ferramenta no trabalho e não mais o acesso em casa ou em ambos. A variável dependente ter acesso a publicações do Ministério da Saúde na UBS incluiu o acesso dos trabalhadores a pelo menos uma das revistas investigadas. A análise de dados transcorreu paralelamente à revisão de literatura e foi concluída no primeiro trimestre de 2010.

No período de preparação desta dissertação, foram percebidas algumas vantagens e desvantagens de se trabalhar com um banco de dados já existente. Podemos trazer como vantagem a economia de tempo tanto em relação à elaboração de um banco de dados e instrumentos de pesquisa, quanto a preparação da logística e execução do campo propriamente dito, a digitação dos dados e controle de qualidade. No entanto, estas vantagens podem ao mesmo tempo significar um prejuízo de oportunidade para a prática de fases de investigação importantes para o desempenho de uma pesquisa, especialmente em se tratando de um estudo de grande porte.

Pelo exposto, considero que as fases percorridas e relatadas para a elaboração do artigo final desta dissertação possibilitaram aprendizagem, vivência em pesquisa, e aprofundamento das questões que envolveram o projeto do ELB PROESF-UFPel.

12 Artigos

A seguir está apresentado os artigos desenvolvidos no mestrado junto a orientadora.

12.1 Artigo 1: O cuidador familiar no foco do programa de assistência domiciliar de uma unidade básica de saúde do município de Porto Alegre.

Situação: Artigo publicado na Revista Journal of Nursing Health/ Revista de Enfermagem e Saúde



JOURNAL OF NURSING AND HEALTH / REVISTA DE ENFERMAGEM E SAÚDE (JONAH / REnS)

ARTIGO ORIGINAL

O cuidador familiar no foco do programa de assistência domiciliar de uma unidade básica de saúde no município de Porto Alegre¹

The focus on the family caregiver program of residential care for a basic unit of health city of Porto Alegre

El cuidador familiar en lo centro del programa de la atención domiciliar de una unidad básica de salud del municipio de Porto Alegre

Roberta Antunes MACHADO²,

Daniela DELLEGRAVE³,

Denise Silva da SILVEIRA⁴, Marcos

Aurélío Matos LEMÕES⁵.

¹Elaborado a partir do Trabalho de Conclusão da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição. Programa de Assistência Domiciliar: um olhar sobre o processo de saúde do cuidador familiar, 2008.

²Enfermeira, Especialista em Saúde da Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição (GHC), Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pelotas-RS/UFPEL. Professora do Curso Técnico de Enfermagem do Instituto Federal do Rio Grande do Sul - Campus Rio Grande. E-mail: cacah_am@yahoo.com.br

³Enfermeira da Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁴Médica, Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas, Professora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem.

⁵Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Pelotas UFPEL.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi conhecer as estratégias que cuidadores familiares de usuários do Programa de Assistência Domiciliar de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Porto Alegre/RS utilizam para cuidar de si e avaliar o grau de sobrecarga em relação à sua condição de cuidador. Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, que contou com a participação de nove sujeitos. As informações foram coletadas através de entrevista semi-estruturada e avaliadas por técnica de análise de conteúdo, a partir de três temas: Cuidando da sua doença, Cuidador e a Saúde Mental e Cuidador e o Cuidado Integral. Para avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores foi utilizado o instrumento Zarit-Burden Interview. Devido à sobrecarga dos cuidadores, a sua inclusão na agenda de cuidados da equipe de saúde se faz necessária para evitar prejuízos relacionados à saúde desses sujeitos e de seus familiares.

Descritores: assistência domiciliar; relações familiares; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The purpose of this study was to identify strategies that caregivers of users of Home Care Program of a Basic Health Unit of the Municipality of Porto Alegre/RS use to take care of themselves and the degree of burden in relation to their caregiver condition. A qualitative, descriptive and exploratory study which was attended by nine subjects. In order to develop strategies and interventions that promote the maintenance of health of these people. This is a qualitative, descriptive and exploratory study, which was attended by nine subjects. The pieces of information were collected through semi structured interviews and evaluated by content analysis technique, based on three categories: Caring for your condition, and Caregiver Mental Health and Comprehensive Care and the Caregiver. To assess the level of

caregiver burden instrument used was the Zarit Burden Interview. Because of the burden of caregivers, their inclusion in the agenda of the health care team is needed to avoid losses related to the health of these individuals and their families.

Descriptors: home care; family relationships; primary healthcare.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer las estrategias que cuidadores familiares de usuarios del Programa de Asistencia Domiciliar de una Unidad Básica de Salud del Municipio de Porto Alegre/RS utilizan para cuidar de sí y evaluar el grado de sobrecarga en relación a su condición de cuidador. Estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, que contó con la participación de nueve sujetos. Las informaciones fueron colectadas a través de entrevista semi-estructurada y evaluadas por técnica de análice de contenido, a partir de tres temas: Cuidando de su enfermedad, Cuidador y la Salud Mental y Cuidador y el Cuidado Integral. Para evaluar el nivel de sobrecarga de los cuidadores fue utilizado el instrumento Zarit-Burden Interview. Debido a la sobrecarga de los cuidadores, su inclusión en la agenda de cuidados del equipo de salud se hace necesaria para evitar prejuicios relacionados a la salud de esos sujetos y de sus familiares.

Descriptores: asistencia domiciliar, relaciones familiares, atención primaria a la salud.

INTRODUÇÃO

As ações voltadas para o atendimento domiciliar vêm ocorrendo de maneiras diferentes em todo território brasileiro, de acordo com os arranjos gerenciais dos Serviços de Saúde.¹

O primeiro sistema de atenção domiciliar à saúde no Brasil foi criado em 1967, pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, com o objetivo de diminuir o número de leitos ocupados. Atualmente há um crescimento de oferta desse serviço pelas empresas privadas e, no sistema público de saúde, é disponibilizado através da atenção primária à saúde.²

Há três modalidades de atendimento domiciliar: visita domiciliar, que se caracteriza pela ida da equipe ao domicílio dos usuários, com a finalidade de avaliar as suas necessidades de saúde e de sua família e promover ações educativas; o atendimento domiciliar, que se relaciona a ações mais complexas, que exigem da equipe de saúde atividades técnicas e periódicas de atendimento da equipe ao usuário no seu domicílio, de acordo com as

necessidades evidenciadas; e a internação domiciliar, que é uma categoria mais específica, pois envolve o uso de aparato tecnológico em domicílio de acordo com as especificidades de cada indivíduo, demandando a presença da equipe de saúde no domicílio por pelo menos quatro horas diárias.¹⁻⁴

A incorporação do atendimento domiciliar nas ações de saúde aponta para uma reestruturação e reorganização das práticas, para um cuidado mais humanizado e que preserve as relações familiares e socioculturais dos indivíduos. Além disso, na esfera econômica, promove uma redução de custos da atenção, tanto para a família como para o Estado, diminui o risco de infecção hospitalar e utiliza os leitos hospitalares de modo mais racional.^{2;5-7}

Na rotina do cuidador familiar, há vários fatores que podem influenciar negativamente na sua saúde, resultando no surgimento de problemas tais como o estresse e a depressão. Entre esses fatores encontram-se a quantidade excessiva de assistência requisitada pelo indivíduo que necessita de cuidados, os tipos de relações familiares, bem como características individuais, sociais e culturais das pessoas envolvidas nesse processo.⁸⁻⁹

Entre as demandas existentes nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, encontra-se a assistência aos usuários restritos em seus domicílios por qualquer inabilidade ou incapacidade de locomover-se por si só a qualquer centro de atenção à saúde. Essa assistência é prestada através do Programa de Assistência Domiciliar (PAD) das UBS por uma equipe multidisciplinar e pelos profissionais da Residência Integrada em Saúde e da Residência em Medicina de Família e Comunidade. Faz parte das atividades do PAD realizar cuidados de saúde que contemplem resolutividade, universalidade e longitudinalidade aos usuários cadastrados no programa e aos seus familiares, em especial, o cuidador familiar.

Através da inserção nas atividades do PAD, foi possível constatar que o cuidador familiar não estava sendo incluído nos planos de cuidado realizados pela equipe de saúde. Além disso, a demanda de assistência por parte dos cuidadores familiares era grande e isso se dava através das consultas-dias, ou

seja, consultas de urgência na Unidade de Saúde. Dessa forma, o cuidador não tinha um acompanhamento integral e longitudinal em relação aos cuidados com sua saúde.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi conhecer as estratégias que cuidadores familiares de usuários do Programa de Assistência Domiciliar de uma Unidade Básica de Saúde do Município de Porto Alegre/RS utilizam para cuidar de si e avaliar o grau de sobrecarga em relação à sua condição de cuidador.

METODOLOGIA

O estudo utilizou-se de abordagem qualitativa, com característica descritiva e exploratória. Foram incluídos na pesquisa apenas os cuidadores familiares de pacientes cadastrados no PAD com idade superior a 18 anos, que aceitaram o uso de gravador durante a entrevista e que não apresentavam algum problema de saúde que inviabilizasse a entrevista.

No período de realização do estudo, estavam cadastrados no PAD 16 usuários, sendo que apenas 10 possuíam o familiar como cuidador principal. Apenas uma cuidadora não participou do estudo, por motivo de estar com um problema de saúde que inviabilizou a entrevista. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora no domicílio dos cuidadores, após contato e agendamento prévio, considerando a disponibilidade de tempo do cuidador.

Para conhecer os sujeitos da pesquisa e o seu grau de sobrecarga, foi desenvolvida uma tabela com as seguintes informações: nome fictício, idade, parentesco, profissão, tempo como cuidador, grau de dependência do familiar cuidado e nível de sobrecarga do cuidador.

Em relação ao grau de dependência do familiar cuidado, foi considerado com dependência total o indivíduo que não conseguia realizar os próprios cuidados básicos, como, por exemplo, caminhar, tomar banho e fazer sua comida, sendo totalmente restrito ao domicílio. A dependência parcial foi considerada quando o ser cuidado conseguia manter seus cuidados básicos, mas com o auxílio do cuidador, locomovendo-se com dificuldade e mantendo

certa dificuldade de sair do domicílio.

Para avaliação do nível de sobrecarga dos cuidadores, foi utilizada a escala Zarit-Burden Interview essa escala é composta de 22 itens que avaliam a relação cuidador-paciente, a condição de saúde, o bem-estar psicológico, finanças e vida social. A escala de respostas varia de 0 a 4, de acordo com presença ou intensidade de uma resposta afirmativa (0=nunca, 1=raramente, 2=algumas vezes, 3=freqüentemente e 4=sempre).¹⁰

A exceção é o último item, no qual o entrevistado é questionado se está se sentindo sobrecarregado no papel de cuidador e as respostas são: 0=nem um pouco, 1=um pouco, 2=moderadamente, 3=muito, 4=extremamente. O escore total da escala varia de 0 a 88, quanto maior o escore, maior a sobrecarga.

Para captação das informações as estratégias utilizadas pelos cuidadores familiares para o autocuidado, foi utilizada a seguinte questão: O que o (a) senhor (a) faz para cuidar da sua saúde?. Os entrevistados tiveram a liberdade de discorrer sobre as atividades que eles estavam realizando ou não para manterem-se saudáveis.

Após a realização das entrevistas, que duraram em média 30 minutos, foi realizada a transcrição na íntegra por uma das pesquisadoras. Os sujeitos foram identificados pelos seguintes nomes: Bento Gonçalves, Chiquinha Gonzaga, Napoleão, Monalisa, Princesa Isabel, Maria Bonita, Evita Perón, Anita Garibaldi, e Carlota Joaquina. O período de coleta de dados foi de fevereiro a abril de 2008.

Através da técnica de análise de conteúdo, as informações qualitativas foram interpretadas e separadas por questões correspondentes, buscando-se uma lógica de raciocínio que possibilitasse a compreensão de cada fenômeno expressado nas falas e que fosse coerente com o pensar dos respondentes.¹¹ Assim, iniciou-se um processo de sucessivas leituras, até a formulação de unidades temáticas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Grupo Hospitalar

Conceição, pelo Ofício de número 199/07. Os participantes foram informados da sua liberdade de participar da pesquisa ou não, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.¹²⁻¹³

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conhecendo o perfil dos cuidadores do programa de assistência domiciliar da unidade de saúde

Ao observar o gênero, contata-se a predominância do sexo feminino, corroborando com os achados na literatura consultada, que aponta algumas características em relação aos cuidadores familiares que, no geral, são mulheres, mães, esposas e filhas, destacando o papel da mulher como cuidadora na nossa cultura.¹⁴⁻¹⁵

A faixa etária dos cuidadores variou entre 37 anos para o mais novo e 84 anos para o mais idoso. Esses resultados se assemelham a de outros estudos, encontrando-se a maioria dos sujeitos na faixa etária de adulto de meia idade e adulto idoso.¹⁵⁻¹⁶

Quanto à ocupação do cuidador, constatou-se a predominância de pensionistas e aposentados, que possivelmente está relacionada com a faixa etária dos cuidadores. Percebeu-se, porém, que um dos cuidadores, apesar de aposentado aos 64 anos de idade, voltou a trabalhar a fim de aumentar a renda da família.

A maior parte dos cuidadores entrevistados envolveu cônjuges e filhas. O grau de parentesco em geral tem uma influência decisiva na escolha do cuidador, destacando-se os cônjuges e os filhos. Geralmente os cônjuges são os primeiros a assumirem os cuidados movidos pelo sentimento de “obrigação matrimonial”, assumido pelo casamento. A responsabilidade de cuidar em geral só é transferida aos filhos quando o cônjuge já é falecido ou quando esse não pode desempenhar o papel de cuidador.¹⁷

O tempo como cuidador variou entre sete meses a 26 anos. Este resultado reforça a idéia de que não há um tempo limite para desempenhar esse papel, pois esta variável depende tanto das características do familiar

cuidador quanto do familiar cuidado. A equipe de saúde deve estar preparada para assistir o cuidador familiar, pois, os cuidadores podem ter mais problemas de saúde que pessoas da mesma idade que não desempenham essa função.¹⁸

Em relação à sobrecarga do cuidador, os resultados desse estudo foram: dois cuidadores com sobrecarga pequena ou nenhuma, três cuidadores com sobrecarga leve a moderada e quatro cuidadores com sobrecarga moderada a severa. Achados na literatura, dizem que a sobrecarga do familiar cuidador em geral está relacionada ao estresse emocional e condições econômicas das famílias.¹⁴

Após submeter às entrevistas à técnica de análise de conteúdo, foi possível extrair delas três unidades temáticas: Cuidando da sua doença; Cuidador e a Saúde Mental; e Cuidador e o Cuidado Integral.

Cuidando da sua doença

Vários sujeitos colocaram em evidência que o cuidado consigo, estava estreitamente ligado à presença de alguma doença já estabelecida e diagnosticado por um profissional de saúde, tanto que, após realizar a pergunta que guiou a entrevista, a primeira categoria de resposta que apareceu estava relacionada com a presença de algum diagnóstico médico ou queixa.

Tenho prolapso valvular mitral, desvio de septo e artrose nos joelhos. (Carlota Joaquina)

Não tenho nenhum problema de saúde, mas também não faço nenhum exame pra saber, mas sinto muita dor na coluna. (Anita Garibaldi)

Tenho pressão alta e por causa da pressão alta tive um infarto. (Chiquinha Gonzaga)

Percebe-se, pelas respostas fornecidas pelos sujeitos, que a saúde está muito ligada a questões relacionadas ao corpo (físico), às dores ou às limitações produzidas pelos problemas de saúde citados.

O cuidador familiar, ao assumir os cuidados diários com o paciente, se expõe de maneira prolongada aos diferentes estressores presentes na situação de cuidador, levando-o a desenvolver problemas de saúde semelhantes ao do familiar para quem ele provê os cuidados, tais como: hipertensão arterial, artrose, processos dolorosos, entre outros e/ou o agravamento de problemas de saúde prévios.¹⁹

As atividades desenvolvidas para cuidar de si estão ligadas ao problema de saúde relatado. São, em grande parte, atividades voltadas para necessidades imediatas e pontuais. Como percebemos, atividades centradas na doença e na queixa do momento.

Eu ando cansada, me sinto doente. Não estou fazendo nada para cuidar da minha saúde. Quando a coisa aperta, eu procuro o posto, quanto sinto dor na coluna. (Evita Perón)

Agora no momento não faço nada. Só vou ao oftalmo, porque tenho que ir. Não faço mais nada. Tomo meu remedinho da pressão. (Princesa Isabel)

Ah, não! Eu vou ao médico periodicamente. Assim, quando vejo que o troço não tá bom, aí eu procuro o médico. (Napoleão)

A enfermeira já marcou um exame preventivo de câncer pra mim, mas eu não fui, acho que já faz anos. Eletro do coração eu só faço quando tenho dor no peito. (Anita Garibaldi)

Não vou ao posto para cuidar da pressão alta ou do diabetes. Eles me deram remédios eu vou tomando, mas a minha pressão tá sempre alta [...] Procuro bastante o posto de saúde para me cuidar. Tenho uma coceira no corpo há mais de 30 anos e nunca passa. (Bento Gonçalves)

No dia a dia da UBS incluída no estudo, encontramos, com certa frequência, os cuidadores demandando atendimento para ações pontuais em relação ao cuidado com sua saúde. Apesar da existência do PAD, cujo objetivo inclui a assistência à saúde do familiar cuidador, observou-se que o programa não estava atendendo as necessidades de cuidado desse sujeito de forma resolutiva.

A partir das informações fornecidas pelos cuidadores, verificou-se que o engajamento deles em relação ao processo de cuidar de seu familiar é priorizado, deixando o autocuidado e seus desejos em segundo plano. O cuidar de si ou o autocuidado são atitudes e comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com o objetivo de promover saúde, preservar, assegurar e manter a vida com qualidade.⁹

As atividades de promoção e prevenção em saúde são relatadas como raras na vida dos cuidadores deste estudo, seja por falta de tempo, de outras pessoas para dividir a tarefa de cuidar ou porque muitos se vêem como sendo as únicas pessoas capazes de oferecer o cuidado adequado para seu familiar.

Eu até tenho vontade de cortar o cabelo, fazer as unhas no final de semana. Eu até tenho vontade, mas acontece que, como eu digo, são poucas as pessoas pra me ajudar. (Princesa Isabel)

Gostaria de fazer fisioterapia e musculação, por causa da coluna, mas precisa de tempo e dinheiro. (Evita Perón)

Verifica-se que o cuidado com a aparência, o cuidado da espiritualidade, o cuidado em fazer coisas que lhes proporcionem prazer, satisfação e contentamento ficam sempre para depois, não são relevantes enquanto essas pessoas se mantiverem no papel central de cuidador.

O cuidador, ao se colocar em segundo plano, contribui para que o seu bem-estar psicológico, físico e social diminua, acarretando também a diminuição da eficácia do seu papel como cuidador.¹⁹

O ideal é o cuidador manter um equilíbrio entre os cuidados consigo e os cuidados fornecidos ao familiar dependente. Afinal, nunca se sabe ao certo quanto tempo pode durar a atividade de cuidador familiar, mas sabe-se que a energia que se dispensa no primeiro momento diminui, conforme o passar dos anos.

Cuidador e a saúde mental

Identifica-se que os cuidadores, com o passar do tempo, acabam esquecendo ou negligenciando os cuidados com sua saúde mental. Deixam muitas vezes de valorizar momentos de lazer com a família e com os amigos, pois se sentem desconfortáveis em dividir suas angústias, medos e frustrações. Em nenhum momento da entrevista com os cuidadores, os mesmos citaram os profissionais da saúde como rede de apoio para essa demanda de saúde, mas referenciaram o profissional médico, como o profissional que procuram mais freqüentemente, com o objetivo de tratar algum problema pontual, como, por exemplo, dor na coluna, crise hipertensiva, etc.

Eu procuro ter força interior, mental. Eu acho que meu problema maior é mental [...] Eu tô muito nervosa [...] não procuro ajuda, porque, quando eu procuro, eu começo a chorar e as pessoas que eu procuro não me entendem, acham que isso é uma negatividade [...] o que me desespera é a saudade que já começa a participar da minha vida, porque para mim vai ser uma grande perda, eu nunca aceitei. Lá no fundo, eu digo pra ti, perder eu acho que deveria sempre ser de outra forma, mas eu acho que não é. (Carlota Joaquina)

Não tenho muito com quem conversar, desabafar. Tenho minha família aqui, mas tem coisas que não falo para minha mãe para não preocupar [...] Já usei remédio para depressão antigamente, mas, no que me sinto bem, eu paro. Meu filho fez acompanhamento psicológico por causa do acidente do meu marido e, aí, eu ia junto. (Evita Perón)

A equipe de saúde precisa estar preparada para prestar uma escuta efetiva aos cuidadores. Essa escuta caracteriza-se pela compreensão da equipe em relação às vivências, a partir do significado que o outro tenta emitir e da interpretação dele sobre elas. Foucault identificou a escuta, a dialética, o cuidado com o corpo e o exame da consciência como ferramentas para o cuidado de si.²⁰⁻²¹

As falas de Carlota Joaquina e Evita Perón expressam claramente a necessidade de suporte emocional que os cuidadores precisam para se fortalecer. Isso mostra que eles precisam ser cuidados, tanto quanto os seus

familiares enfermos.

Para minha saúde mental, tomo os antidepressivos, porque sem eles acho que não daria. (Anita Garibaldi)

[...] eu até tenho vontade [sair final de semana, ter atividades de lazer], mas, como eu digo, são poucas as pessoas pra me ajudar [...] Vou te ser sincera, que melhoraria meu nível de estresse. Então, onde eu estivesse com a cabeça um pouco mais tranqüila, eu acho que eu ia me sentir bem mais tranqüila. (Carlota Joaquina)

O estresse do cuidador imediato é grande e ele necessita manter sua integridade física e emocional, para planejar maneiras de convivência. Entender os sentimentos e aceitá-los como um processo normal de crescimento psicológico talvez seja o primeiro passo para a manutenção de uma boa qualidade de vida.⁹

A sobrecarga do cuidador é um fenômeno multidimensional que envolve alterações no estado físico, no estado emocional, desequilíbrio entre atividade e repouso, e enfrentamento individual comprometido.¹⁹

Dessa forma, faz-se necessária uma assistência profissional direcionada à sua resolução ou à minimização desses problemas. O suporte social é uma estratégia que contribui para a manutenção da integridade física e psicológica do cuidador.

Para Silva, os cuidadores sofrem porque são duros consigo, acabam sofrendo mais pelo aspecto emocional do que pelos aspectos práticos do atendimento. A divisão de tarefas, além de aliviar a sobrecarga física de quem cuida, auxilia também na saúde mental, pois possibilita ao cuidador ter tempo para realizar outras atividades de seu interesse.²²

Cuidador e o cuidado integral

A integralidade do cuidado busca cuidar do ser humano inserido na sua realidade social, levando em consideração a subjetividade do sujeito e do processo de cuidar.²³

Dissociar o corpo da mente, resolver problemas pontuais, deixar o

corpo chegar ao extremo do cansaço e sofrimento psíquico são atitudes tomadas por alguns dos cuidadores. Já outros encontram na atividade física e na alimentação formas de melhorar a qualidade de vida e prevenir agravos à saúde.

Levanto e tomo café com dieta dada pela nutricionista. Depois saio a caminhar por uma hora e meia. (Bento Gonçalves)

Estou fazendo caminhada. Estou caminhando todo dia uma hora, 40 minutos, depende do espaço. Estou fazendo todo dia, eu gosto de caminhar. [...] Os passeios que eu faço é bom, porque vejo pessoas, converso com pessoas, mas fico preocupado com ela. (Napoleão)

Agora faço caminhada de vez em quando. Quero ver se eu volto a caminhar todos os dias. (Chiquinha Gonzaga)

A condição física encontra-se positivamente ligada à saúde mental e ao bem-estar. Nos casos de depressão do tipo moderado-grave ou grave e severa, a atividade física serviria de complemento ao tratamento medicamentoso. Além dos benefícios fisiológicos, acarreta benefícios psicológicos, tais como: melhor sensação de bem-estar, humor e autoestima, assim como redução da ansiedade, tensão e depressão.²⁴

Outros sujeitos vêm no trabalho e nos grupos oferecidos pelo serviço de saúde de sua referência espaços de promoção de qualidade de vida, de troca de experiências, e uma oportunidade de estar cuidando de maneira integral da sua saúde.

Eu transferi todo meu cansaço, mal-estar e depressão para os estudos. Mentalmente, meu trabalho veio pra me ajudar, pois saio e consigo pensar em outras coisas. (Evita Perón)

O curso de cuidadores do posto ajudou, pois ouvir os outros também ajuda. (Anita Garibaldi)

Vir no grupo [Fazendo Arte] me ajuda a me distrair. (Monalisa)

A participação em grupos e/ou cursos de cuidadores ou a inserção dos cuidadores em algum grupo já existente no serviço de saúde pode vir a trazer benefícios a curto prazo para a saúde dos cuidadores, pois possibilitam a

ampliação da rede de apoio, além de ser um espaço de troca, escuta, fala e promoção do bem-estar.

Os grupos direcionados aos cuidadores são espaços importantes, onde acontecem trocas de experiências, ensinamentos e aprendizagem sobre a arte de cuidar, possibilita aos cuidadores conversarem sobre suas angústias, medos, dúvidas e dificuldades. Compartilhar experiências traz alívio, pois assim o cuidador percebe que não está sozinho e que suas experiências podem ser valiosas para outros cuidadores.⁹

A troca de experiências que acontecem nos grupos possibilita a inter-relação e a conscientização dos cuidadores em relação a algumas atitudes negligentes para consigo, que podem ser devido à falta de motivação, levando-os ao desinteresse em cuidar de si.²⁵

Os serviços de saúde, em especial aqueles que possuem ações de assistência domiciliar como o PAD das UBS, precisam ter sensibilidade ao lidar com o cuidador, auxiliando-o a prestar um cuidado adequado, criando espaços para sua inserção em atividades que contribuam para a redução de danos e agravos a saúde. Disponibilizar informações sobre como realizar adequadamente o cuidado com seu familiar, assistência à saúde e fornecer apoio físico e emocional aos cuidadores são algumas das maneiras mais importantes de ajudar, pois preparam o indivíduo para controlar a situação em que se encontra.

Além disso, as equipes de saúde deverão desenvolver ações intersetoriais com a participação da comunidade, para planejarem ações que busquem melhorar a qualidade de vida das pessoas dependentes e dos cuidadores.^{15,16}

CONCLUSÃO

Com a mudança de paradigma no cuidado aos pacientes com problemas crônicos, e, por ser o domicílio um local com baixo custo estrutural para o sistema de saúde e que mantém a privacidade e estimula os vínculos familiares aos indivíduos, acredita-se que a demanda pelo Programa de

Assistência Domiciliar aumentará em vários locais, assim como aumentou significativamente a procura, nos últimos dois anos, no serviço de saúde onde foi realizado o estudo.

A experiência de assumir os cuidados diários com um familiar doente e dependente coloca o familiar cuidador em situações de tarefas exaustivas e estressantes, seja pelo envolvimento emocional e físico, como também, pelas relações afetivas anteriores ao adoecimento.

O processo de cuidar no domicílio faz com que a família assuma uma importante parcela dos cuidados de saúde de seus familiares. Os profissionais de saúde deverão perceber esses cuidadores como um cliente que merece ser incluído criteriosamente nas suas ações e planejamentos de saúde, pois ele não pode ser visto apenas como um executor de atividades.

O cuidar no domicílio realizado pelos profissionais da saúde, através do Programa de Assistência Domiciliar, contribui significativamente para a prática profissional, pois os estimula a refletir, provocando mudanças positivas na forma de cuidar.

Neste estudo, verificou-se que existe a necessidade de incluir os cuidadores familiares nos planos de cuidado da equipe de saúde, pois, em grande parte, eles se encontram sobrecarregados, ao ponto de estarem negligenciando cuidados essenciais e básicos para a manutenção da sua saúde, o que, conseqüentemente, acarretará prejuízos também para a saúde do familiar assistido por eles.

Desejamos que este artigo venha ajudar as equipes de saúde que trabalham com a assistência domiciliar a repensarem sobre as ações dirigidas aos cuidadores familiares, assumindo novos contornos; entendendo que o cuidador, por assumir uma tarefa que muitas vezes não foi planejada para si e devido à enfermidade do seu familiar, ele também se torna fragilizado e necessitado de cuidados.

A partir dos resultados obtidos, pretendemos contribuir para a elaboração de estratégias e intervenções que favoreçam a manutenção da

saúde dos cuidadores, contribuindo, dessa forma, para um cuidado integral, universal e humanizado das famílias assistidas pelo PAD.

REFERÊNCIAS

1. Fabrício SCC, Wehbe G, Nassur FB, Andrade JL. Assistência domiciliar: a experiência de um hospital privado do interior paulista. *Rev. Latino-am Enfermagem*. 2004; 12(5): 721-6.
2. Amaral NA, Cunha MCB, Labronici RHDD, Oliveira ASB, Gabbai. Assistência domiciliar à saúde (home health care): sua história e sua relevância para o sistema de saúde atual. *Rev. Neurociências*. 2001; 9(3): 111- 17.
3. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto - enferm*. 2006; 15(4): 645-53.
4. Freitas IBA, Meneghel EN. Grupo de cuidadores de um programa de atendimento domiciliar: o oráculo de delfos. In: Thofehm MB; Meincke SMK; Soares MC; Heck RM, organizadores. *Práticas de gestão e gerenciamento no processo de trabalho em saúde*. Pelotas: Editora Universitária/ UFPel, 2009.p.189 -194.
5. Rehem TCMSB, Trad LAB. Assistência domiciliar em saúde: para um projeto de atenção básica brasileira. *Ciên. saúde Coletiva*. 2005 set/dez, 10 Suppl: 231-42.
6. Kerber NPC, Kirchhof ALC, Vaz MRC. Considerações sobre atenção domiciliária e sua aproximação com o mundo do trabalho na saúde. *Cad de Saúde Pública*. 2008 março, 24 (3): 485-93.
7. Lacerda MR, Przenyczka RA. Exercício (i) legal da enfermagem: a realidade do cuidado informal. *Cogitare Enferm*. 2008 jul/set 2008; 13(3):343 -51.
8. Alvarez AM. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto familiar. Florianópolis: [s.n]. 2001.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Guia prático do cuidador*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
10. Scavufca M. Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2002; 24 (1): 12-7.
11. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições; 2002.
12. Conselho Nacional de Saúde (BR). Portaria 196/96 de outubro de 1996.

Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: O Conselho; 1996.

13. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN-311/2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro (Brasil): COFEN: 2007.

14. Pegoraro RF, Caldana RHL. Mulheres, Loucura e Cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. Saúde soc. São Paulo. 2008 17(2): 82-94.

15. Fernandes MGM, Garcia TR. Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Rev esc. enferm USP. 2009; 43(4): 818-24.

16. Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Qualidade de vida dos cuidadores de pacientes dependentes no Programa de Saúde da Família. Texto Contexto - enferm. 2008 Abr-Jun; 17(2): 266-72.

17. Cattani RB, Girardon- Perlini NMO. Cuidador do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. Rev. Eletr. de Enf. 2004; 6(2): 254-71.

18. Cerqueira AT; Oliveira NI. Programa de apoio a cuidadores: uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. Psicologia USP, 2002, 13(1): 133-50.

19. Fernandes MGM, Garcia TR. Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. Rev bras enferm. 2009b Maio/Jun; 62(3): 393-9.

20. Furegato. ARF. Relações interpessoais terapêuticas na enfermagem. Ribeirão Preto (SP): Scala. 1999.

21. Foucault MA. A hermenêutica do sujeito. Fonseca, MA; Muchail, ST (Tradutores). Martins Fontes, São Paulo, 1ª edição, 2004.

22. Silva M. Quem vai cuidar dos nossos pais? 2. ed. Rio de Janeiro: Record; 2007.

23. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R, MATTOS RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001, pp.39-64.

24. Costa RA, Soares HLR, Teixeira JAC. Benefícios da Atividade Física e do Exercício Físico na Depressão. Revista do Departamento de Psicologia - UFF. 2007 Jan/Jun; 19(1): 269-76.

25. Bielemann VLM, Kantorski LP, Borges LR, Chiavagatti FG, Wilhich JQ, Souza AS, Heck RM. A inserção da Família nos Centros de Atenção Psicossocial Sob a ótica de Seus Autores Sociais. Texto e Contexto - enferm. 2009 Jan/Mar, 18(1): 131-9.

12.2 Artigo 2: Capacitação dos trabalhadores da Atenção Básica no Sul e Nordeste do Brasil: diferenciais segundo o modelo de atenção.

Situação: Artigo no formato para submissão na revista Cadernos de Saúde Pública.

CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE DA ATENÇÃO BÁSICA DO SUL E NORDESTE DO BRASIL: DIFERENCIAIS SEGUNDO O MODELO DE ATENÇÃO

Training of Health Workers in Primary Care in the South and Northeast of Brazil:

differences according to the model of care.

Roberta Antunes Machado^{1,3}

Denise Silva da Silveira^{1,2}

- 1- Universidade Federal de Pelotas, Brasil.
- 2- Secretaria Municipal de Saúde, Pelotas, Brasil.
- 3- Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul – Campus Rio Grande

APOIO FINANCEIRO: Ministério da Saúde do Brasil e Banco Mundial

CONTATO: R. A. Machado, Universidade Federal de Pelotas. Rua Paul Harris, 210, Pelotas, RS, 96077-200, Brasil. Cakah_am@yahoo.com.br

TÍTULO CORRIDO: Capacitação dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde.

RESUMO

Com o objetivo de verificar a prevalência de capacitação dos trabalhadores de saúde da atenção básica foi realizado um estudo transversal com 4749 trabalhadores, de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes, das regiões Sul e Nordeste (NE) do Brasil. Os cursos de capacitação em doenças infecciosas e doenças crônicas não transmissíveis foram os mais realizados pelos trabalhadores em toda amostra (54,5% e 38,5%), em ambas as regiões e modelo de atenção. O uso de protocolo foi de 43,7% para toda amostra e sua prevalência foi maior no Nordeste (47,8%) e na estratégia saúde da família (46,4%). O acesso a publicações do Ministério da Saúde foi de 48,3% para toda amostra, sua prevalência foi maior no Sul (51,2%) e entre os trabalhadores que atuavam na estratégia saúde da família (56,8%). As diferenças das prevalências dos desfechos por região e modelo reafirmam as expectativas inerentes relacionadas à Estratégia Saúde da Família como modelo de reorientação da atenção básica. Os resultados indicam que apesar das capacitações estudadas fazerem parte das normativas da atenção básica, suas prevalências foram baixas, visto que, grande parte dos trabalhadores atuava em média há quatro anos na atenção básica. Portanto, cabe aos Ministérios da Saúde e da Educação, a construção de estratégias para melhorar a oferta e o incentivo de educação permanente e treinamento para esses trabalhadores.

Palavras-chave: Sistema de Saúde, Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Profissionais de Saúde, Capacitação.

ABSTRACT

Aiming to verify the prevalence of training of workers of primary health care was carried out a cross-sectional study with 4749 workers in 41 cities with more than 100 thousand inhabitants in the South and Northeast (NE) of Brazil. The training in infectious diseases and no transmissible chronic diseases were the most realized by the workers in the entire sample (54, 5% e 38, 5%), in both regions and model of attention. The use of the protocol was 43,7% for all sample and its prevalence was higher in Northeast (47,8%) and in family health strategy (46,4%). Access to publications of Health Ministry was 48,3% for the entire sample, its prevalence was higher in the South (51,2%) and among workers who worked in the family health strategy (56,8%). The differences in the prevalence of outcomes by region and model reaffirm the inherent expectations related to the Family Health Strategy as the model of reorientation of primary health care. The results indicate that despite of training studied composed the normative of primary health care, its prevalence were low, since most of the workers worked on average four years in primary health care. So, the construction of strategies to improve the offer and the encouragement of continuing education and training for these workers is responsibility of Health and Education Ministries.

Key words: Health Systems, Health Services, Primary Health Care, Health Workers, Training.

Introdução

O crescimento da demanda por capacitação no setor saúde no mundo está impulsionado pela necessidade de atualização e adequação do conhecimento e das habilidades dos trabalhadores às rápidas mudanças das políticas de financiamento, tecnologias disponíveis e expectativas dos consumidores^{1,2}. No Brasil, a formação acadêmica dos trabalhadores de saúde ainda se pauta nas especificidades profissionais e no modelo curativista e reducionista biomédico, o que resulta no despreparo para atuar em saúde coletiva e comunitária^{3,4,5}. Além disso, gestores e trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), em todas as esferas de governo, consideram que a formação, juntamente com o desempenho e a gestão dos recursos humanos, afeta profundamente a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários^{6,7,8}.

Na perspectiva dos profissionais de saúde, os resultados de um censo publicado na Nova Zelândia em 2005 mostraram que as principais barreiras percebidas para a não realização de capacitação foram à falta de tempo e restrições financeiras. Uma das realidades apontadas por enfermeiros e demais profissionais de área clínica foi à necessidade de aumentar principalmente a oferta de treinamento em habilidades clínicas, não reconhecendo a mesma necessidade em relação a áreas de gestão e administração⁹.

Mushi et al (2010) em um estudo realizado em distritos de dois países africanos, mostraram que a cobertura de treinamento para o manejo integrado de doenças na infância ainda é baixo¹⁰. No mesmo sentido, estudos nacionais com profissionais da atenção básica de saúde revelaram que cerca de 40% da amostra nunca realizou qualquer capacitação sobre amamentação e que existe uma baixa cobertura de treinamento em atenção a doenças prevalentes na infância – AIDPI, embora profissionais de saúde, quando treinados em AIDPI, prestem assistência significativamente melhor quando comparada com a daqueles sem esta capacitação^{11, 12, 13,14}.

No Brasil, após a estruturação da Estratégia Saúde da Família (ESF) fica evidente a inadequação dos trabalhadores da saúde até então em atividade na atenção básica para atuarem nesse novo modelo de atenção^{15,16}. No sentido de enfrentar este desafio, o MS instituiu em 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, com ênfase na formação pelo trabalho e no fomento a integração de atividades de ensino-serviço. A partir deste momento a política de formação de recursos humanos se dará através de investimentos estratégicos em educação em torno das necessidades de

qualificação dos trabalhadores, especialmente entre aqueles que atuam na ESF^{17, 18, 19, 20,21}.

A Política Nacional da Atenção Básica define algumas áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional, tais como a eliminação das doenças infecto contagiosas, controle das doenças crônicas não transmissíveis, atenção a saúde da criança, atenção a saúde da mulher, entre outras. A capacitação dos trabalhadores da saúde em relação a essas áreas é de competência das três esferas de governo, as quais assumem a responsabilidade de promover cursos de capacitação específicos e de elaborar protocolos clínicos e publicações direcionadas a atenção básica, com a finalidade de qualificar o processo de trabalho²².

Este estudo tem o objetivo de conhecer a prevalência da realização de capacitação entre os trabalhadores da atenção básica, em 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de duas regiões do Brasil.

Metodologia

O delineamento do estudo foi do tipo transversal, com grupos de comparação utilizando medidas com múltiplos níveis de agregação, em relação às diferentes dimensões observadas, ou seja, estado, município, serviço de saúde²³. O estudo abrangeu 41 municípios com mais de 100.000 habitantes das Regiões Sul e Nordeste do Brasil. Destes, 17 localizados no Rio Grande do Sul, quatro em Santa Catarina, dois em Alagoas, três na Paraíba, dez em Pernambuco, dois no Piauí e três no Rio Grande do Norte. Estes municípios constituíram o Lote 2 Sul e Lote 2 Nordeste do termo de referência do Ministério da Saúde²⁴.

Os trabalhadores de saúde foram incluídos a partir da amostra das Unidades Básicas de Saúde (UBS) segundo o modelo de atenção (ESF ou Tradicional) e proporcionalmente ao total de UBS nos municípios. Em cada lote foram sorteadas, aleatoriamente, 120 UBS. No Sul, a amostra foi composta por 69 UBS do PSF e 51 UBS Tradicionais, enquanto no Nordeste 79 eram do PSF e 41 Tradicionais. As UBS sorteadas orientaram a seleção das amostras de profissionais de saúde.

Todos os trabalhadores de nível superior (médicos, enfermeiros, odontólogos e outros de nível superior), de nível médio e elementar (auxiliares ou técnicos de enfermagem, auxiliares ou técnicos de higiene dental, recepcionistas, higienistas ou serventes, seguranças e porteiros) e agentes comunitários de saúde (ACS), das 240 UBS selecionadas, foram convidados a participar do estudo. Foram excluídos os

trabalhadores que no momento da realização do trabalho de campo no município, não estavam presentes na UBS por motivo de férias, licenças ou afastamento.

Após consentimento, os trabalhadores responderam a um questionário auto-aplicado constituído de informações demográficas, socioeconômicas, ocupacionais e da formação, assim como de características da gestão municipal e do serviço de saúde. A definição dos desfechos foi operacionalizada através de questões fechadas onde os profissionais indicavam: a) a realização de cursos de capacitação depois de seu ingresso na atenção básica (não e sim); b) a utilização de protocolos para as suas atividades profissionais (não e sim); c) o acesso a publicações do Ministério da Saúde na UBS (não e sim). O desfecho “realização de cursos de capacitação” foi investigado em quatro áreas: saúde da mulher; saúde da criança; manejo de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial sistêmica - HAS e diabetes mellitus - DM); manejo de doenças infecciosas (AIDS, tuberculose e hanseníase). Foi considerado capacitado o trabalhador que realizou pelo menos um curso na área de interesse. O desfecho “acesso a publicações” investigou o acesso dos trabalhadores a pelo menos uma das seguintes publicações: Revista Brasileira de Saúde da Família, Informes da Atenção Básica, Manual do Sistema de Informações da Atenção Básica, Manual sobre o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde e Avaliação Normativa do PSF no Brasil.

As variáveis independentes incluídas nas análises para associações foram: a) sexo; b) idade em anos completos; c) escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, superior incompleto e superior completo); d) gestão plena do sistema municipal (não e sim); e) vinculação da UBS com ensino (não e sim); f) atividade profissional na UBS; g) trabalha em outro emprego (não e sim); h) tempo de atuação na prefeitura e na UBS (até 1 ano, de 1 a 4 anos, mais de 4 anos); j) utilização de computador na UBS para atividades profissionais (não e sim). Todas as análises levaram em consideração o desenho amostral, e um modelo hierárquico de determinação do desfecho. As variáveis de “a – d” fizeram parte do nível mais distal, a “e” do intermediário e as de “f – j” do proximal.

Com a amostra obtida (4.749), a margem de erro para as estimativas de prevalência de estratégias de capacitação entre 10% a 70% é de 2,0 pontos percentuais, com nível de confiança de 95%. Para avaliação de associações, o estudo teve poder de 80% para detectar como significativas razões de prevalência de 1,3 ou maiores, para exposições que afetam de 10-90% da população estudada, com nível de confiança de

95%.

A análise inicialmente incluiu a frequência das variáveis independentes e dos desfechos através do cálculo de proporções e respectivos intervalos de confiança de 95% para toda a amostra de trabalhadores e estratificada de acordo com a região e o modelo de atenção. A prevalência dos desfechos também foi calculada para o grupo das variáveis independentes. Os valores de significância foram testados utilizando-se os Testes de Wald para heterogeneidade e tendência linear. A análise ajustada foi realizada por regressão de Poisson com cálculos robustos de razões de prevalências ajustadas, intervalos de confiança de 95% e valores de significância usando os mesmos testes descritos acima, segundo o pressuposto que exista uma relação hierárquica entre as variáveis e o desfecho. Variáveis com valor de $p \leq 0,20$ foram mantidas no modelo de análise como estratégia para controle de possível confusão. As análises foram realizadas no pacote estatístico Stata 9.2.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Foi obtido consentimento esclarecido de todos os participantes.

Resultados

A amostra final de trabalhadores foi de 1.730 indivíduos na região Sul e 3.019 indivíduos na região Nordeste, totalizando 4.749 trabalhadores. Destes 2956 eram trabalhadores da Estratégia Saúde da Família (ESF) e 1793 estavam vinculados às Unidades Básicas Tradicionais. No Nordeste, o estudo abrangeu em média 73% dos médicos e 90% dos demais profissionais. No Sul, a cobertura foi de 93% para todos os profissionais.

A Tabela 1 descreve a amostra de profissionais de saúde em relação as variáveis independentes estudadas para todos os trabalhadores, por região e modelo de atenção. A prevalência de mulheres foi quatro vezes maior do que a de homens tanto em relação ao modelo de atenção quanto à região. A maior proporção de trabalhadores se concentrou no grupo etário de 30 a 49 anos de idade para os dois modelos de atenção e para as duas regiões. A proporção de trabalhadores da categoria de idade até 29 anos foi maior na ESF, enquanto que a da categoria de 50 anos ou mais a situação se inverteu, ou seja, os trabalhadores da ESF são significativamente mais jovens do que os vinculados ao modelo Tradicional ($p < 0,001$), em ambas as regiões. Na amostra total a escolaridade mais prevalente foi a de ensino médio completo. A proporção de trabalhadores com

ensino médio incompleto foi maior na ESF, enquanto no modelo tradicional houve uma proporção maior de trabalhadores com ensino superior completo. Cerca de 70% da força de trabalho na atenção básica estava constituída por agentes comunitários de saúde, outros trabalhadores de nível médio e de nível auxiliar e técnico. Apenas metade dos trabalhadores de saúde atuava em UBS vinculadas ao ensino.

As prevalências das capacitações realizadas pelos trabalhadores de saúde estão descritas na Tabela 2. Entre os cursos de capacitação as menores prevalências no total, Sul, Nordeste e em ambos os modelos, foram encontradas para realização de cursos na área de saúde da criança. Ao contrário, a área de maior prevalência de capacitação foi para as doenças infecciosas mantendo magnitudes maiores no total, nas duas regiões e modelos. Na análise estratificada por região, as prevalências de cursos de capacitação em saúde da mulher, saúde da criança e doenças crônicas foram significativamente maiores no Sul. Quanto ao modelo de atenção, todos os cursos de capacitações foram mais freqüentes na ESF.

O uso de protocolos foi referido por 43,7% (IC 95%: 42,2; 45,1) dos trabalhadores de saúde estudados. As prevalências de uso de protocolos foram maiores no Nordeste em comparação ao Sul ($p < 0,001$) e na ESF (ESF = 46,4%; Tradicional = 38,9%; $< 0,001$).

O acesso à pelo menos uma das publicações do Ministério da Saúde foi mencionado por 48,3 % da amostra, sendo sua distribuição maior na região Sul (51,2%) do que na região Nordeste (46,7%) ($p = 0,008$) e entre os trabalhadores da ESF quando comparados aqueles de UBS Tradicionais ($p < 0,001$).

A Tabela 3 apresenta a associação ajustada entre as variáveis independentes e os desfechos de interesse para a amostra total. Ser do sexo feminino mostrou-se associado à maior realização dos cursos de capacitação, uso de protocolos e acesso a publicações do Ministério da Saúde.

Em relação ao curso de capacitação em saúde da mulher, as variáveis independentes UBS vinculada ao ensino, trabalhar na prefeitura a mais de quatro anos e utilizar computador, tiveram uma associação positiva em relação a este desfecho.

Para o curso de capacitação em saúde da criança, as associações estiveram positivamente relacionadas com escolaridade, maior tempo de atuação na prefeitura e utilização de computador.

Quando analisado o desfecho capacitação em doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), verificou-se associação positiva com as unidades de saúde

vinculadas ao ensino, trabalhar mais tempo na prefeitura e utilizar computador. Para o desfecho capacitação em doenças infecciosas, foi verificada uma associação favorável com as escolaridades correspondente ao ensino médio incompleto e completo e ter mais anos de serviço na prefeitura e na UBS.

Por sua vez, em relação ao desfecho uso de protocolo para as atividades profissionais, as associações estiveram relacionadas à escolaridade, com maior magnitude para os de ensino superior completo, ao tipo de gestão do sistema de saúde e outro emprego além do atual na UBS.

Ter acesso as publicações do MS associou-se a idade (quanto mais idade menos acesso), atividade profissional (menor acesso para outros profissionais de nível médio) e utilizar o computador para suas atividades profissionais.

Na Tabela 4 foi possível verificar a associação entre as variáveis independentes e os desfechos de interesse, estratificada entre as regiões Sul e Nordeste. Na região Sul, ser do sexo feminino associou-se positivamente com todos os desfechos estudados. Quanto à capacitação em saúde da mulher, escolaridade, pertencer a UBS de municípios com gestão plena do sistema de saúde e ter maior tempo de atuação na prefeitura favoreceu a realização desta capacitação. Resultados idênticos, com pequenas variações de magnitude, podem ser verificados para a capacitação em saúde da criança. Ainda na região Sul, as variáveis escolaridade e tempo de atuação na prefeitura estiveram positivamente associadas à capacitação em DCNT. Em relação à capacitação em doenças infecciosas, ter 50 anos ou mais de idade, estar vinculado a municípios de gestão plena do sistema de saúde e atuar há mais de quatro anos na prefeitura foram determinantes na realização desta capacitação.

Com relação ao uso de protocolo para as atividades profissionais houve associação significativa e positiva com as escolaridades de ensino médio completo e ensino superior incompleto. O acesso a publicações do MS também mostrou associação positiva com as variáveis escolaridade e o município pertencer a gestão plena do sistema de saúde.

Na região Nordeste, consistentemente com os resultados apresentados anteriormente, todos os desfechos associaram-se positivamente ao sexo feminino em relação aos diferentes cursos de capacitação. No caso da escolaridade somente as capacitações em saúde da mulher e capacitação em doenças infecciosas mostram associação. O vínculo ao ensino mostrou comportamento semelhante, porém, a capacitação em saúde da mulher não foi verificada neste caso. Em relação à variável

tempo de atuação na UBS, os desfechos capacitação em DCNT e doenças infecciosas foram os destaques positivos.

O uso de protocolo também se associou positivamente com as escolaridades ensino médio completo, superior incompleto e completo e com a vinculação da UBS ao ensino.

Em relação ao acesso a publicações do MS houve associação positiva com as seguintes variáveis: sexo feminino, atuar na prefeitura há mais de quatro anos e utilizar o computador na unidade básica de saúde para suas atividades profissionais.

A Tabela 5 apresenta a associação entre as variáveis independentes e os desfechos de interesse, estratificada entre modelo Tradicional e ESF. Mais uma vez, a variável sexo feminino esteve associada positivamente a realização dos cursos de capacitação, ao uso de protocolo e ao acesso a publicações do MS tanto no modelo Tradicional quanto na ESF.

No modelo Tradicional, o desfecho capacitação em saúde da mulher esteve associado positivamente com as variáveis tipo de gestão do sistema de saúde (gestão plena) e tempo de atuação na prefeitura (mais de quatro anos). A capacitação em saúde da criança associou-se com a variável tempo de atuação na prefeitura (mais de quatro anos). Para realizar capacitação em DCNT, houve associação positiva com o município pertencer à gestão plena do sistema de saúde, a UBS ter vínculo com o ensino e o profissional atuar há mais de quatro anos na prefeitura. A capacitação em doenças infecciosas esteve associada positivamente com o tempo de atuação na prefeitura (mais de quatro anos).

O uso de protocolo teve associação estatisticamente significativa apenas com a variável escolaridade (nível médio completo e superior incompleto e completo). O desfecho ter acesso a publicação do MS apresentou associação positiva com a variável escolaridade.

Na ESF a capacitação em saúde da mulher esteve associada positivamente com as variáveis, idade, escolaridade, trabalhar na prefeitura há mais de um ano e usar computador para as atividades profissionais. Para a realização de curso de capacitação em saúde da criança as associações positivas e magnitudes foram às mesmas da capacitação em saúde da mulher, exceto a variável idade que não mostrou associação. Em relação a capacitação em DCNT as variáveis associadas foram: ter idade entre 30 e 49 anos, escolaridade, UBS vinculada ao ensino, outro emprego além da UBS, tempo de atuação na prefeitura e utilizar o computador. Para capacitação em doenças infecciosas,

houve associação positiva com as variáveis idade (30 – 49 anos), escolaridade, o trabalhador ter outro emprego além do atual, tempo de atuação na prefeitura e tempo de atuação na UBS há mais de um ano.

O uso de protocolo associou-se positivamente com escolaridade, o município pertencer a gestão plena do sistema de saúde e ter mais de quatro anos de atuação na prefeitura. Por sua vez, o acesso a publicações do MS entre os profissionais da ESF, apresentou associação positiva com a escolaridade, com o tempo de atuação na prefeitura (um a quatro anos) e com o uso de computador na UBS.

DISCUSSÃO

Embora o estudo da prevalência de capacitações por si só não expresse a implantação e execução das ações programadas, vários estudos mostram que aumentam a qualidade e melhoram a equidade dos cuidados em saúde ^{17, 24, 2, 14, 25,26,27}.

A reorientação das estratégias de cuidado na atenção básica tem implicado na necessidade constante de capacitação dos seus trabalhadores, em especial os que atuam na ESF ^{19,28}. O mercado de trabalho cada vez mais vem exigindo profissionais qualificados para garantir a eficácia e a eficiência desse novo modelo de atenção à saúde ^{29, 17, 30,31}.

Mesmo com a existência de uma política nacional direcionada a reorientação da atenção básica e dos desfechos estudados fazerem parte dos objetivos do desenvolvimento do milênio relacionados à saúde¹, este estudo verificou a baixa prevalência de realização de capacitação entre os trabalhadores, os quais atuavam em média há quatro anos na atenção básica. Esses resultados podem estar associados tanto a fatores relativos à gestão da educação quanto a características do próprio trabalhador. Com relação à gestão, os estudos apontam o não comprometimento com o financiamento para desenvolver atividades de educação permanente, a centralização dos locais onde acontecem as capacitações e a definição verticalizada de conteúdos programáticos utilizados, que muitas vezes privilegiam determinadas categorias profissionais ³². Já os trabalhadores consideram como limitação, a falta de tempo, a precarização do trabalho e a alta rotatividade ^{17,33}. Cabe aos Ministérios da Saúde e da Educação, a construção compartilhada de estratégias para melhorar a oferta e o incentivo de educação permanente e treinamento para esses trabalhadores.

Os cursos para o manejo das doenças infecciosas e doenças crônicas não transmissíveis foram os mais realizados em ambas as regiões e modelos de atenção.

Essas prevalências podem ser justificadas, pelo fato dessas enfermidades serem consideradas como importantes problemas de saúde pública em todo mundo ³⁴. Com o surgimento da AIDS na década de 80 e com as mudanças no processo de transição demográfica e epidemiológica no Brasil, há um crescimento significativo da demanda aos serviços de saúde, direcionados à prevenção, ao tratamento e reabilitação de doenças crônicas e infecciosas ^{35,36}. Para atender essas mudanças, o MS passou a desenvolver políticas e programas voltados a essas patologias, com ênfase na atenção básica à saúde ³¹.

Apesar dos programas materno-infantis estarem incorporados nas políticas públicas de saúde desde o início do século XX, as capacitações em saúde da mulher e saúde da criança foram as menos prevalentes na amostra total, em ambas regiões e modelos de atenção. Esses resultados corroboram com outros estudos que demonstram a necessidade de intervenções relacionadas a essas ações programáticas para atender os critérios preconizados pelo MS ³⁷. Nesse sentido, os gestores deverão buscar alternativas para capacitar os trabalhadores e assim, melhorar a cobertura desses programas.

Em relação ao uso de protocolo nas atividades profissionais, a prevalência encontrada no estudo foi inferior aquela verificada por outros autores ^{38,39}. Sua maior prevalência foi na região Nordeste e no modelo ESF. A ESF iniciou-se no Nordeste a partir do Programa de Agentes Comunitárias de Saúde (PACS) e com esta nova estratégia deu-se início a uma maior produção de protocolos clínicos elaborados pelo MS para contribuir com as práticas profissionais dos trabalhadores. A utilização de protocolo nas atividades profissionais modifica a prática dos trabalhadores, qualificando o atendimento à comunidade e a falta de adesão a protocolos pode ser um fator contribuinte para a baixa resolubilidade do tratamento, reabilitação e manutenção da qualidade de vida da população ^{40, 41,42}.

Embora existam iniciativas como a do MS e do Alto Comissariado da Saúde de Portugal em parceria com a Organização Mundial da Saúde para melhorar o acesso a livros, documentos e manuais sobre saúde pública a 82 países, direcionada para as diferentes categorias profissionais ⁴³, este estudo verificou que menos da metade dos trabalhadores da atenção básica acessam as publicações do MS, a região Nordeste e o modelo Tradicional tiveram as menores prevalências. Murofuse (2009) identificou que o acesso a periódicos e bibliotecas são as estratégias de capacitação menos utilizadas pelos trabalhadores da saúde ⁴⁴. Na atualidade, a educação vive um processo de

reformulação fortemente impulsionado pela inclusão de tecnologias da informação, que acabam por individualizar e descentralizar o binômio ensino-aprendizagem, exigindo assim tanto a disponibilidade de artefatos tecnológicos quanto a existência de estruturas humanas habilitadas no seu uso cotidiano ⁴⁵.

Embora a prevalência de capacitação dos trabalhadores seja significativamente maior na ESF, ainda está distante do que se espera. A ESF vem se consolidando no Brasil, tornando-se nos últimos anos política prioritária do governo federal para a reorientação da atenção básica. A capacitação dos trabalhadores que atuam ou atuarão nesse modelo é de extrema importância na efetividade da reversão do modelo assistencial vigente ⁴⁶.

Foi possível também verificar que existe a necessidade de melhorar as prevalências de capacitação dos profissionais para as diferentes atividades voltadas a saúde da população usuária dos serviços do SUS. Desta forma, espera-se que a partir dos resultados apresentados os gestores possam discutir sobre o desenvolvimento de estratégias de capacitação adequadas e incentivar o desenvolvimento de conteúdos pertinentes à qualificação da assistência prestada por esses trabalhadores. Por fim, este estudo colabora com a necessidade de conhecer a respeito da capacitação dos profissionais da AB e os fatores que se associam a realização destas capacitações.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos gestores, coordenadores de atenção básica à saúde e do Programa Saúde da Família, e aos trabalhadores das unidades básicas da saúde o apoio prestado à realização do estudo. O presente artigo integra o Componente 3 do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família, financiado pelo Ministério da Saúde.

Referências

1. Organización Mundial de La Salud. Informe sobre la salud en el mundo – Colaboremos por la salud. OMS, 2006.
2. World Health Organization. Scaling Up, Saving Lives. Task Force for Scaling Up Education and Training for Health Workers. Global Health Workforce Alliance. WHO, 2008.
3. De Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. Rev. Brs Ed. Médica 2006; 30(1): 60-72.
4. Saupé R, Wendhausen ALP; Benito GAV; Cutolo LRA. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema único de Saúde no Brasil. Texto Contexto Enferm 2007; 16(4): 654-61
5. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev. Brás. Enferm 2009; 62(1): 113-8.
6. Ministério da Saúde. Princípios e diretrizes para NOB/RH – SUS. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 2002.
7. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS. Relatório final do Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 2006.
8. Mendonça MHM, Martins MIL, Giovanella L, Escorel S. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia Saúde da Família. Ciência e Saúde Coletiva 2010; 15(5): 2355-2365.
9. Hope S, Cox M. A momento f your times. In.: Analysis of the CMDHB Community, NGO and Primary Worforce survey responses. Report to the CMDHB. NZIER, 2005.
10. Mushi HP, Mullei K, Macha K, Wafula F, Borghi J, Goodman C, Gilson L. The challenges of achieving high training coverage for IMCI: case studies from Kenya and Tanzania. Health Policy and Planning 2010;1-10.
11. Arantes CIS, Montrone AVG, Milioni DB. Concepções e conhecimento sobre amamentação de profissionais da atenção básica à saúde. Ver. Eletr. Enf. 2008; 10(4): 933-944.
12. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde: paradoxos e perspectivas. Cad. Saúde Pública 2005; 21(2): 490-498.

13. Amaral J, Gouws E, Bryce J, Leite AJM, Cunha ALA, Victora CG. Effect of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on health worker performance in Northeast-Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2004;20 Sup 2:S209-S219.
14. Amaral JJF, victora CG. The effect of training in Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on the performance and healthcare quality of pediatric healthcare workers: a systematic review. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2008; 8 (2): 151-162.
15. Cotta RMM, Gomes AP, Maia TM, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira- Batista R. Pobreza, Injustiça e Desigualdade Social: repensando a formação de profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2007;31(2):278-286.
16. Morreti – Pires RO, Bueno SMV. Freire e a formação para o Sistema único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. *Acta Paul Enferm* 2009; 22(4):439-44.
17. Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002;7:401-12.
18. Ministério da Saúde. Portaria nº198/ GM em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
19. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 2004; 14(1): 41-65.
20. Ministério da Saúde. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em 10 grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
21. Saito RXS. Políticas de Saúde: princípios, diretrizes e estratégias para a estruturação de um Sistema Único de Saúde. In.: Ohara ECC, Saito RXS. *Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade*. São Paulo: Martinari, 2008.
22. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programas de Agentes Comunitários de Saúde. *Diário Oficial da União*; 2006.
23. Rothman KJ, Greenland S. *Modern epidemiology*: Lippincott-Raven. U.S.A., 1998.
24. Ministério da Saúde. Termo de referência para o estudo de linha de base nos municípios selecionados para o componente 1 do PROESF. Brasília - DF. M. D. Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

25. Pollock K, Grime J. The cost and cost-effectiveness of PPIs--GP perspectives and responses to a prescribing dilemma and their implications for the development of patient-centred healthcare. *Eur J Gen Pract* 2003; 9(4): 122-3.
26. Uskun E, Uskun SB, Uysalgenc M, Yagiz M. Effectiveness of a training intervention on imunization to increase knowledge of primary healthcare workers and vaccination coverage rates. *Public Health* 2008;122(9):949-958.
27. Lineker SC, Husted JA. Educational interventions for implementation of arthritis clinical practice guidelines in primary care: effects on health professional behavior. *J Rheumatol* 2010;37(8):1562-1569.
28. Pessanha RV, Cunha FTS. A aprendizagem trabalho e as tecnologias de saúde na estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v.18, n.2, p. 233-40, abr-jun 2009.
29. Paim J.S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V.(Org.) *Distritos sanitários: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1993. p.187-220.
30. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A educação permanente entra na roda:pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer/* Ministério da Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
31. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2007; 21(2): 164-76.
32. Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento? *Ciência e Saúde Coletiva* 2003; 8(2): 403-413.
33. Canesqui AM, Spinelli, MAS. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cad. Saúde Publica* 2006; 22(9): 1881-1892.
34. WHO. *Preventing chronic diseases, a vital investmet*. Geneva, Wold Health Organization, 2005.
35. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(3): 548-554. Bonilha ALL, Schmalfluss JM, Moretto VL, Lipinski JM, Porciencula MB. Capacitação participativa de pré –

- natalistas para a promoção do aleitamento materno. Rev. Bras Enferm 2010 set-out; 63(5): 811-6.
36. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2004 Dez [citado 2011 Mar 27] ; 9(4): 897-908.
 37. Bonilha ALL, Schmalfuss JM, Moretto VL, Lipinski JM, Porciencula MB. Capacitação participativa de pré – natalistas para a promoção do aleitamento materno. Rev. Bras Enferm 2010 set-out; 63(5): 811-6.
 38. Zanetti ML, Otero LM, Peres DS, Santos MA, Guimarães FPA, Freitas MCF. Evolução do tratamento de pacientes diabéticos utilizando protocolo staged diabetes management. Acta Paul Enferm 2007; 20(3): 338-44.
 39. Júnior IM, Zahdi MR, Unterstell N, Maluf EMCP, Sousa AB, Loures FO. Avaliação da adesão de médicos ao protocolo de Hipertensão Arterial da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Arq. Brás Cardiol 2010; 94(1): 86-91.
 40. Ribeira AP, McKenna J, Riddoch C. Attitudes and practices of physicians and nurses regarding physical activity promotion in the Catalan primary health-care system. Eur J Public Health 2005;15(6):569-75.
 41. Peterson JA. Get moving! Physical activity counseling in primary care. J Am Acad Nurse Pract 2007;19:349-57.
 42. Siqueira FV, Nahas M V, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2009; 25(1): 203-13.
 43. Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde. A informação a serviço da formação do trabalhador da saúde. RETS 2010 jul-ago-set; 2(7).
 44. Murofuse NT, Rizzotto MLF, Muzzolon ABF, Nicola AI. Diagnóstico da situação dos trabalhadores em saúde e o processo de formação no pólo regional de educação permanente em saúde. Rev. Latino – AM Enfermagem 2009 maio – junho; 17(3).
 45. Cavalcante MTL, Vasconcelos MM. Tecnologia da informação para educação em saúde: duas revisões e uma proposta. Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12(3): 611-622.
 46. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev. Bras Enferm.2009;62(1):113-8.

Tabela 1. Características sociodemográficas e do trabalho da amostra de profissionais de saúde da Atenção Básica, 2005.

Variáveis	Total		Sul		Nordeste			PSF		Tradicional		
	N	%	N	%	N	%	P	N	%	N	%	P
Sexo (1)							0, 209					<0,001
Masculino	885	18,9	309	18,0	576	19,5		381	17,3	504	21,7	
Feminino	3790	81,1	1409	82,0	2381	80,5		1374	82,7	2416	78,3	
Idade em anos (1)							0, 004					<0,001
16 a 29	1159	24,8	471	27,5	688	23,2		832	28,6	327	18,6	
30 a 49	2819	60,4	1008	58,8	1811	61,3		1747	60,0	1072	61,0	
50 ou mais	692	14,8	235	13,7	457	15,5		333	11,4	359	20,4	
Escolaridade (1)							<0, 001					<0,001
Fundamental incompleto	269	5,7	77	4,5	192	6,5		167	5,7	102	5,8	
Fundamental completo	274	5,8	100	5,8	174	5,8		175	6,0	99	5,6	
Médio incompleto	404	8,6	178	10,4	226	7,6		282	9,6	122	6,9	
Médio completo	1982	42,2	618	35,9	1364	45,8		1300	44,3	682	38,6	
Superior incompleto	329	7,0	138	8,0	191	6,4		201	6,9	128	7,3	
Superior completo	1439	30,6	608	35,4	831	27,9		806	27,5	633	35,8	
Gestão Municipal Plena do Sistema de Saúde (1)							<0,001					<0,001
Não	1529	32,2	951	55,0	578	19,1		884	29,9	645	36,0	
Sim	3220	67,8	779	45,0	2441	80,9		2072	70,1	1148	64,0	
UBS* vinculada ao ensino (2)							0, 001					<0, 001
Não	2264	49,3	736	45,9	1528	51,1		1176	41,0	1088	63,2	
Sim	2329	50,7	868	54,1	1461	48,9		1695	59,0	634	36,8	

(Continuação)

Atividade Profissional na UBS (3)							<0,001					<0,001
Agente Comunitário de Saúde	1536	32,4	478	27,6	1058	35,1		1182	40,0	354	19,8	
Outros profissionais de nível médio	999	21,0	266	15,4	733	24,3		520	17,6	479	26,7	
Auxiliar/Técnico enfermagem e de consultório dentário	938	19,8	428	24,7	510	16,9		550	18,6	388	21,7	
Médico	521	11,0	266	15,4	255	8,5		260	8,8	261	14,5	
Enfermeiro	341	7,2	162	9,4	179	5,9		243	8,2	98	5,5	
Odontólogo	239	5,0	87	5,0	152	5,0		141	4,8	98	5,5	
Outros de nível superior	172	3,6	43	2,5	139	4,3		59	2,0	113	6,3	
Outro emprego além do atual na UBS (3)							0, 571					<0, 001
Não	3718	79,5	1363	80,0	2355	79,3		2454	83,9	1264	72,3	
Sim	956	20,5	341	20,0	615	20,7		471	16,1	485	27,7	
Tempo de atuação na prefeitura em anos (3)							<0, 001					<0, 001
Até 1 ano	961	21,7	514	38,3	447	15,8		666	23,9	295	18,0	
1 a 4 anos	1256	28,4	472	29,6	784	27,7		888	31,8	368	22,5	
Mais de 4 anos	2209	49,9	607	38,1	162	56,5		1234	44,3	975	29,5	
Tempo de atuação na UBS em anos (3)							<0, 001					<0, 001
Até 1 ano	1542	33,7	748	44,9	794	27,3		1063	37,0	479	28,2	
1 a 4 anos	1596	34,9	541	32,4	1055	36,3		1080	37,5	516	30,4	
Mais de 4 anos	1436	31,4	378	22,7	1058	36,4		734	25,5	702	41,4	
Uso de computador na UBS (3)							<0, 001					<0, 001
Não	4252	91,7	1455	86,1	2797	94,9		2629	90,3	1623	94,0	
Sim	385	8,3	234	13,9	151	5,1		281	9,7	104	6,0	

Tabela 2. Prevalências dos desfechos de interesse na amostra de trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde (UBS) total e estratificada por Região e Modelo de Atenção, 2005.

Tipo de Capacitação	Total		Sul		Nordeste			PSF		Tradicional		
		%	N	%	N	%	p	N	%	N	%	p
		IC 95%		IC 95%		IC 95%			IC 95%		IC 95%	
Cursos de Capacitação												
Saúde da Mulher	4252	36,0	1539	42,4	2713	32,3	< 0,001	2735	39,6	1517	29,3	< 0,001
		34,5 – 37,4		40,0 – 44,9		30,5 – 34,1			37,8 – 41,5		27,0 – 31,6	
Saúde da Criança	4250	33,0	1539	40,2	2711	28,8	< 0,001	2735	37,0	1515	25,7	< 0,001
		31,6 – 34,4		37,8 – 42,7		27,1 – 30,6			35,2 – 38,8		23,5 – 27,9	
Doenças Crônicas*	4279	38,5	1537	42,9	2742	36,0	< 0,001	2757	39,6	1522	36,3	0,033
		37,0 – 39,9		40,5 – 45,4		34,2 – 37,8			37,8 – 41,5		33,9 – 38,8	
Doenças Infecciosas**	4232	54,5	1531	53,1	2701	55,3	0,165	2723	59,8	1509	45,1	< 0,001
		53,0 – 56,0		50,6 – 55,6		53,4 – 57,2			57,9 – 61,6		42,5 – 47,6	
Uso de protocolos	4456	43,7	1622	36,4	2834	47,8	< 0,001	2808	46,4	1648	38,9	< 0,001
		42,2 – 45,1		34,0 – 38,7		46,0 – 49,7			44,6 – 48,3		36,5 – 41,3	
Acesso a publicações do MS@	3853	48,3	1370	51,2	2483	46,7	0,008	2416	56,8	1437	34,0	< 0,001
		46,7 – 49,9		48,5 – 53,8		44,8 – 48,7			54,9 – 58,8		31,5 – 36,4	

* Incluí capacitação para o manejo de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

** Incluí capacitação para o manejo da hanseníase, tuberculose e doenças sexualmente transmissíveis / HIV / AIDS.

@ Ministério da Saúde.

Tabela 3. Percentual de profissionais por estratégia de capacitação e razões de prevalências ajustadas segundo características sociodemográficas e do trabalho dos entrevistados, da gestão municipal e do serviço de saúde. Regiões Sul e Nordeste do Brasil, 2005.

Variáveis	Capacitação em saúde		Capacitação em saúde da		Capacitação em		Capacitação em doenças		Uso de protocolo		Acesso a publicações	
	da mulher		criança		DCNT [@]		infecciosas				do MS [#]	
	%	RP (IC95%)	%	RP (IC95%)	%	RP (IC95%)	%	RP (IC95%)	%	RP (IC95%)	%	RP (IC95%)
	P		P		P		P		P		P	
Sexo (1)												
Masculino	24,4	1,00	22,6	1,00	23,1	1,00	43,0	1,00	37,1	1,00	39,3	1,00
Feminino	38,8	1,59 (1,40-1,82)	35,4	1,54 (1,34-1,77)	33,6	1,32 (1,18-1,48)	57,4	1,35 (1,24 – 1,47)	45,3	1,26 (1,15 –1,,39)	50,9	1,27 (1,16-1,40)
	< 0,001		< 0,001		< 0,001		< 0,001		<0,001		<0,001	
Idade em anos (1)												
16 a 29	32,9	1,00	32,6	1,00	35,4	1,00	35,4	1,00	43,4	1,00	54,2	1,00
30 a 49	38,1	1,14 (1,04-1,26)	34,3	1,04 (0,94-1,15)	40,2	1,13 (1,03-1,24)	40,2	1,12 (1,05-1,20)	46,0	1,05 (0,97-1,14)	50,0	0,92(0,86-0,99)
50 ou mais	32,1	1,01 (0,87-1,18)	27,7	0,88 (0,74-1,03)	36,3	1,06 (0,92-1,21)	36,3	0,98 (088-1,08)	35,5	0,85 (0,75-0,97)	30,8	0,60 (0,52-0,69)
	0,291 ^T		0,284 ^T		0,134 ^T		0,474 ^T		0,071 ^T		<0,001 ^T	
Escolaridade (1)												
Fundamental incompleto	19,8	1,00	18,8	1,00	26,0	1,00	27,5	1,00	18,8	1,00	20,6	1,00
Fundamental completo	34,1	1,67 (1,19-2,34)	35,0	1,82 (1,28-2,56)	42,0	1,53 (1,16-2,02)	51,4	1,82 (1,40-2,36)	33,5	1,85 (1,33-2,55)	46,8	2,11 (1,53-2,89)
Médio incompleto	41,1	2,05 (1,51-2,79)	42,3	2,23 (1,63–3,06)	47,2	1,79 (1,38-2,31)	57,1	2,04 (1,60-2,60)	35,3	1,88 (1,38-2,56)	52,6	2,24 (1,67-3,02)
Médio completo	39,4	1,92 (1,44-2,57)	37,7	1,95 (1,45-2,63)	41,8	1,58 (1,24-2,00)	59,5	2,09 (1,66-2,63)	44,6	2,33 (1,76-3,08)	56,4	2,33 (1,76-3,08)
Superior incompleto	27,5	1,38 (0,99-1,93)	27,0	1,43 (1,01-2,02)	29,5	1,12 (0,84-1,51)	43,6	1,56 (1,21-2,03)	43,0	2,26 (1,67-3,07)	50,4	2,05 (1,51-2,78)
Superior completo	35,1	1,79 (1,34-2,39)	27,7	1,48 (1,09-2,01)	35,4	1,34 (1,05-1,71)	55,2	1,99 (1,58-2,50)	51,6	2,78 (2,11-3,68)	41,5	1,81 (1,36-2,40)
	0,176 ^T		0,011 ^T		0,098 ^T		<0,001 ^T		<0,001 ^T		0,340 ^T	
Gestão Municipal Plena do sistema de saúde (1)												
Não	35,1	1,00	33,1	1,00	41,3	1,00	53,8	1,00	40,3	1,00	46,9	1,00
Sim	36,4	1,05 (0,97–1,15)	32,9	1,02 (0,93-1,12)	37,2	0,92 (0,85-1,00)	54,9	1,03 (0,97-1,09)	45,3	1,12 (1,04-1,21)	45,3	1,05 (0,98-1,13)
	0,244		0,724		0,052		0,388		0,002		0,188	
UBS* vinculada ao ensino (2)												
Não	34,6	1,00	32,1	1,00	36,3	1,00	54,1	1,00	42,2	1,00	47,3	1,00
Sim	37,6	1,10 (1,01-1,19)	34,3	1,09 (1,00-1,19)	41,2	1,19 (1,10-1,29)	56,0	1,03 (0,98-1,09)	45,0	1,01 (0,94-1,08)	48,5	0,99 (0,93-1,06)
	0,029		0,049		< 0,001		0,244		0,844		0,866	

(continuação)

Atividade profissional na UBS (3)												
Agente comunitário de saúde	57,0	1,00	58,1	1,00	61,8	1,00	82,1	1,00	45,9	1,00	77,6	1,00
Outros profissionais de nível médio	6,9	0,13 (0,10-0,17)	4,9	0,09 (0,07-0,13)	11,3	0,19 (0,15-0,24)	10,5	0,13 (0,10-0,16)	29,0	0,67 (0,59-0,76)	21,3	0,29 (0,25-0,34)
Auxiliar/Técnico de enfermagem e de consultório dentário	23,1	0,40 (0,34-0,45)	19,5	0,32 (0,28-0,38)	24,5	0,40 (0,35-0,46)	41,6	0,49 (0,45-0,53)	43,2	0,90 (0,81-0,99)	37,0	0,49 (0,44-0,54)
Médico	37,6	0,74 (0,63-0,87)	29,4	0,56 (0,46-0,67)	39,7	0,65 (0,55-0,77)	56,6	0,66 (0,59-0,73)	44,6	0,82 (0,70-0,96)	35,6	0,49 (0,43-0,55)
Enfermeiro	58,8	1,01 (0,87-1,16)	44,9	0,77 (0,66-0,91)	49,9	0,82 (0,70-0,97)	75,2	0,88 (0,80-0,97)	63,7	1,05 (0,91-1,20)	69,5	0,90 (0,83-0,98)
Odontólogo	9,1	0,18 (0,11-0,28)	19,0	0,19 (0,12-0,29)	19,0	0,35 (0,26-0,47)	39,9	0,46 (0,34-0,56)	49,3	0,87 (0,73-1,04)	23,8	0,31 (0,24-0,40)
Outros de nível superior	23,7	0,42 (0,31-0,50)	20,0	0,20 (0,13-0,32)	20,0	0,33 (0,23-0,46)	37,2	0,43 (0,35-0,54)	57,1	0,94 (0,79-1,12)	29,9	0,35 (0,27-0,46)
		< 0,001		< 0,001		< 0,001		<0,001		0,360 ^T		<0,001
Outro emprego além do atual na UBS (3)												
Não	37,2	1,00	35,4	1,00	40,0	1,00	55,5	1,00	43,2	1,00	51,5	1,00
Sim	31,2	0,97 (0,85-1,10)	23,5	0,90 (0,77-1,05)	31,8	0,97 (0,86-1,11)	50,8	0,99 (0,91-1,08)	45,4	0,87 (0,80-0,96)	37,3	0,96 (0,86-1,07)
		0,645		0,190		0,679		0,817		0,003		0,453
Tempo de atuação na prefeitura em anos (3)												
Até 1	27,2	1,00	24,7	1,00	26,0	1,00	36,5	1,00	43,4	1,00	46,1	1,00
1 a 4	35,0	1,31 (1,14-1,10)	34,0	1,32 (1,15-1,51)	38,1	1,39 (1,20-1,61)	57,1	1,46 (1,31-1,63)	44,3	1,02 (0,92-1,13)	54,8	1,19 (1,08-1,30)
Mais de 4	40,0	1,61 (1,42-1,82)	35,8	1,52(1,34-1,73)	44,2	1,63 (1,38-1,93)	61,2	1,60 (1,43-1,80)	44,5	1,07 (0,98-1,18)	46,6	1,12 (1,01 – 1,23)
		< 0,001 ^T		< 0,001 ^T		< 0,001 ^T		<0,001 ^T		0,124 ^T		0,067 ^T
Tempo de atuação na UBS* em anos (3)												
Até 1	28,8	1,00	27,0	1,00	29,0	1,00	42,1	1,00	43,1	1,00	46,5	1,00
1 a 4	38,4	1,19 (1,05-1,34)	35,3	1,14 (1,00-1,29)	41,3	1,22 (1,09-1,37)	59,5	1,20 (1,11-1,30)	45,0	1,02 (0,93-1,12)	51,2	1,06 (0,97-1,16)
Mais de 4	40,1	1,09 (0,94-1,27)	35,8	1,02 (0,87-1,20)	44,3	1,13 (0,98-1,29)	61,7	1,11 (1,01-1,23)	43,2	1,03 (0,91-1,16)	47,0	0,99 (0,88-1,12)
		0,307 ^T		0,865 ^T		0,144 ^T		0,041 ^T		0,601 ^T		0,891 ^T
Uso de computador na UBS (3)												
Não	35,5	1,00	32,4	1,00	38,5	1,00	54,8	1,00	43,2	1,00	47,5	1,00
Sim	45,0	1,37 (1,21-1,55)	42,2	1,45 (1,27-1,66)	41,1	1,16 (1,02-1,33)	55,1	1,05 (0,9-1,16)	48,4	1,04 (0,93-1,17)	56,6	1,23 (1,11 – 1,37)
		< 0,001		< 0,001		0,029		0,313		0,464		< 0,001

§ = Unidade Básica de Saúde; @ DCNT = Doenças crônicas não transmissíveis; # MS = Ministério da Saúde, T = Tendência linear.

Tabela 4. Percentual de profissionais por estratégia de capacitação e razões de prevalências ajustadas segundo características sociodemográficas e do trabalho dos entrevistados, da gestão municipal e do serviço de saúde, por região, 2005.

Variáveis	Região Sul											
	Capacitação em saúde da mulher		Capacitação em saúde da criança		Capacitação em DCNT [@]		Capacitação em doenças infecciosas		Uso de protocolo		Acesso a publicações do MS [#]	
	%	RP (IC95%) P	%	RP (IC95%) P	%	RP (IC95%) P	%	RP (IC95%) P	%	RP (IC95%) P	%	RP (IC95%) P
Sexo (1)												
Masculino	28,7	1,00	27,4	1,00	32,3	1,00	42,2	1,00	34,0	1,00	38,0	1,00
Feminino	45,4	1,47(1,20-1,80) <0,001	43,0	1,41(1,14-1,73) 0,001	45,1	1,31(1,08-1,58) 0,006	55,4	1,30(1,12-1,51) 0,001	37,1	1,28(1,07-1,53) 0,007	54,5	1,37(1,16-1,61) <0,001
Idade em anos (1)												
16 a 29	39,1	1,00	37,6	1,00	41,3	1,00	46,0	1,00	35,7	1,00	53,7	1,00
30 a 49	44,9	1,17(1,02-1,33)	42,2	1,14(1,00-1,31)	44,1	1,07(0,94-1,22)	55,5	1,21(1,08-1,36)	39,0	1,06(0,91-1,23)	52,0	0,99(0,86-1,11)
50 ou mais	37,4	1,01(0,82-1,25) 0,35 ^T	37,1	1,03(0,83-1,28) 0,35 ^T	40,0	0,99(0,80-1,21) 0,74 ^T	57,3	1,28(1,09-1,51) <0,001 ^T	27,1	0,77(0,60-0,99) 0,15 ^T	41,8	0,83(0,68-1,01) 0,11 ^T
Escolaridade (1)												
Fundamental incompleto	41,1	1,00	41,1	1,00	42,9	1,00	46,4	1,00	9,7	1,00	30,8	1,00
Fundamental completo	53,3	1,35(0,93-1,96)	51,7	1,29(0,88-1,89)	49,4	1,18(0,81-1,72)	61,0	1,36(0,97-1,89)	25,6	2,67(1,22-5,85)	64,0	2,13(1,36-3,33)
Médio incompleto	49,7	1,23(0,87-1,74)	51,3	1,26(0,89-1,78)	54,7	1,29(0,92-1,81)	59,5	1,36(1,00-1,86)	32,5	3,20(1,53-6,68)	59,2	1,85(1,21-2,84)
Médiocompleto	48,2	1,17(0,84-1,61)	47,0	1,13(0,82-1,56)	48,7	1,14(0,83-1,56)	57,1	1,28(0,96-1,71)	31,9	3,13(1,54-6,33)	60,7	1,89(1,25-2,84)
Superior incompleto	37,3	0,90(0,61-1,33)	35,2	0,84(0,57-1,24)	38,1	0,89(0,61-1,30)	43,7	1,01(0,72-1,43)	35,7	3,47(1,64-7,27)	47,2	1,44(0,92-2,27)
Superior completo	34,8	0,90(0,65-1,26) <0,001 ^T	30,2	0,76(0,55-1,08) <0,001 ^T	34,2	0,84(0,61-1,16) <0,001 ^T	49,3	1,13(0,84-1,52) 0,07 ^T	46,6	4,84(2,39-9,80) <0,001 ^T	42,2	1,39(0,92-2,10) 0,003 ^T
Gestão Municipal Plena do sistema de saúde (1)												
Não	38,3	1,00	35,0	1,00	42,0	1,00	50,6	1,00	36,2	1,00	48,9	1,00
Sim	47,2	1,25(1,11-1,40) <0,001	46,3	1,34(1,19-1,52) <0,001	44,0	1,07(0,95-1,20) 0,27	56,0	1,11(1,01-1,22) 0,02	36,6	0,96(0,85-1,09) 0,57	53,9	1,11(1,00-1,23) 0,04
UBS* vinculada ao ensino (2)												
Não	42,6	1,00	41,4	1,00	38,7	1,00	55,0	1,00	37,5	1,00	51,8	1,00
Sim	43,1	0,96(0,86-1,10) 0,69	40,7	0,94(0,83-1,07) 0,38	36,4	0,96(0,85-1,08) 0,46	53,1	0,97(0,88-1,07) 0,53	35,0	0,91(0,79-1,03) 0,14	48,8	0,91(0,82-1,02) 0,12

(continuação)

Atividade profissional na UBS (3)												
Agente comunitário de saúde	73,7	1,00	72,7	1,00	76,7	1,00	78,6	1,00	31,1	1,00	82,2	1,00
Outros de nível médio	8,3	0,12(0,07-0,20)	6,7	0,09(0,05-0,16)	7,2	0,09(0,05-0,15)	14,0	0,18(0,13-0,26)	21,2	0,69(0,51-0,94)	27,3	0,33(0,25-0,43)
Auxiliar/Técnico de enfermagem e de consultório dentário	30,8	0,40(0,33-0,48)	30,2	0,36(0,30-0,44)	31,4	0,35(0,29-0,41)	45,8	0,48(0,42-0,55)	35,8	1,12(0,90-1,39)	44,0	0,53(0,46-0,62)
Médico	31,0	0,46(0,35-0,61)	28,0	0,42(0,32-0,56)	31,8	0,35(0,27-0,46)	45,6	0,50(0,39-0,62)	42,5	1,32(0,97-1,80)	34,4	0,47(0,36-0,60)
Enfermeiro	57,0	0,72(0,57-0,89)	44,6	0,60(0,48-0,76)	53,5	0,56(0,45-0,71)	65,2	0,71(0,58-0,87)	57,6	1,41(1,05-1,90)	67,9	0,79(0,64-0,96)
Odontólogo	14,2	0,18(0,10-0,33)	18,2	0,23(1,04-0,39)	14,1	0,15(0,06-0,32)	41,6	0,43(0,31-0,59)	49,4	1,32(0,92-1,89)	30,4	0,36(0,24-0,53)
Outros de Nível superior	21,0	0,28(0,14-0,47)	40,2	0,23(0,12-0,44)	15,8	0,82(0,67-1,01)	36,8	0,38(0,25-0,57)	41,5	1,01(0,64-1,60)	35,1	0,33(0,19-0,57)
		<0, 001		<0, 001		<0, 001		<0,001		0,16		<0,001
Outro emprego além do atual na UBS (3)												
Não	45,6	1,00	43,5	1,00	46,1	1,00	54,8	1,00	36,2	1,00	54,7	1,00
Sim	29,0	0,80(0,64-0,98)	26,4	0,79(0,64-0,99)	29,0	0,82(0,67-1,01)	45,9	0,88(0,76-1,02)	38,0	0,84(0,70-1,01)	38,9	0,82(0,68-0,98)
		0,03		0,04		0,06		0,10		0,06		0,03
Tempo de atuação na prefeitura em anos (3)												
Até 1	36,9	1,00	33,0	1,00	32,8	1,00	38,7	1,00	38,4	1,00	53,7	1,00
1 a 4	44,3	1,21(1,04-1,43)	45,3	1,37(1,17-1,60)	49,2	1,75(1,47-2,08)	53,1	1,52(1,30-1,77)	36,4	0,96(0,80-1,15)	59,3	1,26(1,07-1,48)
Mais de 4	44,3	1,48(1,27-1,73)	40,9	1,50(1,28-1,75)	45,8	2,10(1,73-2,56)	61,5	1,82(1,53-2,17)	36,9	0,96(0,80-1,15)	44,4	1,09(0,87-1,36)
		<0,001 ^T		<0,001 ^T		<0,001 ^T		<0,001 ^T		0,68 ^T		0,54 ^T
Tempo de atuação na UBS em anos (3)												
Até 1	38,5	1,00	35,7	1,00	37,3	1,00	44,6	1,00	38,3	1,00	52,4	1,00
1 a 4	47,7	1,06(0,87-1,23)	46,9	1,08(0,92-1,27)	51,3	1,07(0,93-1,22)	60,4	1,09(0,97-1,23)	35,6	1,00(0,83-1,21)	58,4	1,13(1,01-1,27)
Mais de 4	41,6	0,85(0,67-1,07)	39,1	0,83(0,65-1,05)	41,2	0,72(0,59-0,88)	59,0	0,88(0,75-1,03)	33,5	0,99(0,77-1,27)	39,3	0,77(0,64-0,92)
		0,22 ^T		0,20 ^T		0,005 ^T		0,19 ^T		0,95 ^T		0,03 ^T
Uso de computador na UBS (3)												
Não	43,0	1,00	40,6	1,00	37,8	1,00	53,5	1,00	35,1	1,00	50,6	1,00
Sim	41,9	1,05(0,88-1,24)	40,5	1,08(0,90-1,28)	32,4	0,93(0,77-1,12)	51,9	1,05(0,91-1,21)	44,0	1,11(0,93-1,33)	53,7	1,13(0,98-1,31)
		0,62		0,41		0,43		0,48		0,26		0,10

(continuação)

Variáveis		Região Nordeste											
Sexo (1)													
Masculino	22,1	1,00	20,1	1,00	30,2	1,00	43,4	1,00	38,9	1,00	40,1	1,00	
Feminino	34,9	1,63 (1,37-1,95) < 0,001	31,0	1,57 (1,30-1,90) < 0,001	37,7	1,26 (1,09-1,46) 0,002	58,5	1,37 (1,23-1,52) < 0,001	50,1	1,28 (1,14-1,43) < 0,001	48,8	1,21 (1,08-1,36) 0,001	
Idade em anos (1)													
16 a 29	28,9	1,00	29,3	1,00	31,5	1,00	54,4	1,00	48,6	1,00	54,5	1,00	
30 a 49	34,4	1,17 (1,02-1,34)	30,0	1,01 (0,88-1,16)	38,0	1,21 (1,06-1,37)	58,5	1,07 (0,99-1,17)	50,0	1,03 (0,94-1,13)	49,0	0,89 (0,82-0,98)	
50 ou mais	29,3	1,06 (0,87-1,29) 0,253 ^T	22,8	0,79 (0,63-0,99) 0,089 ^T	34,6	1,12 (0,94-1,34) 0,068 ^T	43,6	0,83 (0,73-0,95) 0,074 ^T	39,8	0,86 (0,75-0,99) 0,090 ^T	25,5	0,49 (0,40-0,59) < 0,001 ^T	
Escolaridade (1)													
Fundamental incompleto	11,6	1,00	10,3	1,00	19,7	1,00	20,1	1,00	22,5	1,00	16,8	1,00	
Fundamental completo	24,0	2,06 (1,78-3,59)	26,7	2,46 (1,37-4,44)	38,3	1,79 (1,21-2,65)	46,2	2,14 (1,46-3,12)	37,9	1,70 (1,20-2,43)	39,8	2,09 (1,36-3,20)	
Médio incompleto	34,8	3,11 (1,87-5,17)	35,8	3,60 (2,08-6,24)	41,7	2,12 (1,47-3,06)	55,4	2,65 (1,85-3,78)	37,5	1,65 (1,17-2,32)	47,8	2,42 (1,63-3,61)	
Médiocompleto	35,4	3,05 (1,88-4,94)	33,5	3,26 (1,93-5,51)	38,8	1,96 (1,39-2,74)	60,5	2,84 (2,02-3,98)	50,2	2,17 (1,61-2,93)	54,5	2,61 (1,79-3,80)	
Superior incompleto	20,4	1,84 (1,05-3,23)	20,9	2,15 (1,18-3,91)	23,3	1,21 (0,79-1,87)	43,6	2,10 (1,44-3,07)	48,0	2,12 (1,52-2,95)	52,4	2,47 (1,66-3,68)	
Superior completo	33,4	3,08 (1,89-5,00) < 0,001 ^T	25,8	2,56 (1,50-4,35) 0,712 ^T	36,2	1,79 (1,28-2,52) 0,298 ^T	59,4	2,84 (2,02-3,99) < 0,001 ^T	55,5	2,46 (1,82-3,31) < 0,001 ^T	41,0	2,07 (1,41-3,02) 0,413 ^T	
Gestão Municipal Plena do sistema de saúde (1)													
Não	29,9	1,00	30,1	1,00	40,4	1,00	58,8	1,00	47,1	1,00	43,5	1,00	
Sim	32,9	1,12 (0,97-1,30) 0,137	28,6	0,99 (0,85-1,15) 0,922	35,0	0,90 (0,80-1,02) 0,096	54,5	0,93 (0,85-1,01) 0,071	48,0	1,02 (0,92-1,13) 0,724	47,4	1,09 (0,97-1,22) 0,146	
UBS* vinculada ao ensino (2)													
Não	30,7	1,00	27,6	1,00	32,0	1,00	53,7	1,00	44,4	1,00	45,1	1,00	
Sim	34,5	1,10 (0,98-1,24) 0,098	30,6	1,13 (1,00-1,29) 0,051	40,6	1,37 (1,23-1,52) < 0,001	57,7	1,09 (1,02-1,17) 0,017	51,0	1,11 (1,03-1,20) 0,007	48,3	1,04 (0,95-1,13) 0,422	

(continuação)

Atividade profissional na UBS (3)													
Agentes Comunitários de Saúde	49,6	1,00	51,7	1,00	55,2	1,00	83,7	1,00	52,3	1,00	75,7	1,00	
Outros profissionais de nível médio	6,5	0,14 (0,10-0,20)	4,3	0,08 (0,05-0,13)	13,1	0,26 (0,20-0,33)	9,2	0,11 (0,08-0,15)	31,9	0,68 (0,59-0,78)	19,2	0,27 (0,23-0,33)	
Auxiliar/Técnico de enfermagem e de consultório dentário	16,9	0,31 (0,25-0,39)	10,7	0,20 (0,15-0,27)	19,0	0,34 (0,28-0,43)	38,1	0,46 (0,41-0,52)	49,2	0,91 (0,81-1,03)	31,5	0,43 (0,37-0,50)	
Médico	44,4	0,89 (0,72-1,10)	30,8	0,61 (0,46-0,81)	47,7	0,81 (0,65-1,00)	67,7	0,78 (0,68-0,89)	46,9	0,76 (0,62-0,93)	36,8	0,53 (0,44-0,63)	
Enfermeiro	60,5	1,10 (0,91-1,34)	45,2	0,81 (0,66-0,99)	46,6	0,83 (0,69-1,01)	84,1	0,96 (0,86-1,07)	69,1	1,03 (0,88-1,21)	71,1	0,98 (0,88-1,09)	
Odontólogo	6,0	0,14 (0,07-0,27)	6,0	0,12 (0,06-0,25)	21,8	0,45 (0,32-0,63)	38,9	0,47 (0,37-0,60)	49,3	0,79 (0,64-0,97)	19,9	0,27 (0,19-0,39)	
Outros de nível superior	24,6	0,49 (0,34-0,70)	10,2	0,20 (0,11-0,36)	21,4	0,40 (0,27-0,58)	37,3	0,44 (0,34-0,56)	62,3	0,93 (0,77-1,12)	28,2	0,37 (0,27-0,51)	
		< 0,001		< 0,001		< 0,001		< 0,001		0,183		< 0,001	
Outro emprego além do atual na UBS (3)													
Não	32,4	1,00	30,8	1,00	36,6	1,00	55,9	1,00	47,3	1,00	49,7	1,00	
Sim	32,4	1,07 (0,90-1,26)	21,9	1,19 (0,97-1,47)	33,3	1,19 (1,02-1,40)	53,5	1,04 (0,93-1,15)	49,5	0,87 (0,79-0,97)	36,4	1,04 (0,90-1,21)	
		0,445		0,097		0,031		0,501		0,013		0,559	
Tempo de atuação na prefeitura em anos (3)													
Até 1	15,8	1,00	15,0	1,00	18,3	1,00	33,9	1,00	49,1	1,00	37,5	1,00	
1 a 4	29,5	1,58 (1,21-2,06)	27,2	1,54 (1,20-2,00)	31,5	1,39 (1,09-1,77)	57,8	1,46 (1,25-1,71)	49,1	0,99 (0,87-1,14)	52,2	1,31 (1,13-1,53)	
Mais de 4	38,4	2,08 (1,58-2,74)	33,9	2,03 (1,58-2,61)	43,6	1,69 (1,30-2,20)	61,0	1,58 (1,33-1,88)	47,5	1,01 (0,86-1,17)	47,4	1,37 (1,18-1,60)	
		< 0,001 ^T		< 0,001 ^T		< 0,001 ^T		< 0,001 ^T		0,873 ^T		< 0,001 ^T	
Tempo de atuação na UBS em anos (3)													
Até 1	19,9	1,00	18,9	1,00	21,4	1,00	39,8	1,00	47,6	1,00	41,1	1,00	
1 a 4	33,6	1,31 (1,10-1,56)	29,4	1,22 (1,01-1,47)	36,2	1,41 (1,19-1,67)	59,0	1,25 (1,12-1,39)	50,0	1,05 (0,95-1,16)	47,5	1,04 (0,92-1,17)	
Mais de 4	40,0	1,26 (1,03-1,53)	34,7	1,16 (0,94-1,44)	45,4	1,47 (1,21-1,77)	62,6	1,23 (1,09-1,39)	46,7	1,03(0,93-1,15)	49,5	1,07 (0,92-1,24)	
		0,054 ^T		0,233 ^T		< 0,001 ^T		< 0,002 ^T		0,555 ^T		0,372 ^T	
Uso de computador na UBS (3)													
Não	31,7	1,00	28,3	1,00	35,9	1,00	55,5	1,00	47,4	1,00	45,9	1,00	
Sim	50,0	1,64 (1,39-1,94)	44,9	1,77 (1,47-2,14)	45,3	1,36 (1,11-1,65)	60,1	1,12 (0,99-1,28)	55,3	1,10 (0,94-1,30)	60,9	1,30 (1,11-1,51)	
		< 0,001		< 0,001		0,003		0,077		0,220		0,001	

* UBS = Unidade Básica de Saúde; @ DCNT = Doenças crônicas não transmissíveis;[#] MS = Ministério da Saúde, T = Tendência linear

Tabela 5. Percentual de profissionais por estratégia de capacitação e razões de prevalências ajustadas segundo características sociodemográficas e do trabalho dos entrevistados, da gestão municipal e do serviço de saúde por modelo de atenção, 2005.

Variáveis	Modelo Tradicional											
	Capacitação em saúde da mulher		Capacitação em saúde da criança		Capacitação em DCNT [@]		Capacitação em doenças infecciosas		Uso de protocolo		Acesso a publicações do MS [#]	
	%	RP (IC95%)	%	RP (IC95%)	%	RP (IC95%)	%	RP (IC95%)	%	RP (IC95%)	%	RP (IC95%)
	P		P		P		P		P		P	
Sexo (1)												
Masculino	18,8	1,00	16,2	1,00	30,4	1,00	32,7	1,00	32,1	1,00	24,9	1,00
Feminino	32,3	1,71 (1,33-2,19) < 0,001	28,3	1,76 (1,34-2,31) < 0,001	38,2	1,23 (1,02-1,42) 0,029	48,5	1,51 (1,27-1,79) < 0,001	41,0	1,31 (1,11-1,55) 0,001	37,1	1,46 (1,19-1,80) < 0,001
Idade em anos (1)												
16 a 29	27,3	1,00	28,9	1,00	32,6	1,00	43,0	1,00	40,4	1,00	44,5	1,00
30 a 49	32,3	1,17 (0,95-1,43)	26,7	0,91 (0,74-1,11)	39,0	1,19 (1,00-1,43)	48,1	1,10 (0,95-1,22)	40,5	0,99 (0,85-1,16)	35,9	0,80 (0,68-0,55)
50 ou mais	21,7	0,83 (0,62 – 2,11) 0,286 ^T	18,9	0,68 (0,50-0,920) 0,013 ^T	31,3	1,01 (0,79-1,28) 0,848 ^T	37,4	0,91 (0,74-1,11) 0,448 ^T	32,8	0,84 (0,68-1,04) 0,104 ^T	17,4	0,41 (0,31-0,55) < 0,001 ^T
Escolaridade (1)												
Fundamental incompleto	11,7	1,00	9,1	1,00	30,0	1,00	22,4	1,00	24,4	1,00	9,5	1,00
Fundamental completo	17,9	1,78 (0,75-4,24)	16,4	2,27 (0,83-6,17)	34,3	1,12 (0,70-1,79)	36,4	1,64 (0,95-2,82)	27,9	1,25 (0,74-2,10)	31,5	3,27 (1,46-7,34)
Médio incompleto	33,0	3,33 (1,56-7,10)	35,4	4,77 (1,96-1,59)	44,4	1,43 (0,96-2,14)	44,4	2,03 (1,24-3,32)	33,3	1,34 (0,82-2,17)	37,4	3,32 (1,57-7,04)
Médiocompleto	38,3	3,66 (1,79-7,50)	34,5	4,48 (1,90-0,53)	44,1	1,39 (0,97-1,97)	53,6	2,43 (1,55-3,80)	40,0	1,64 (1,09-2,47)	47,3	3,94 (1,93-8,05)
Superior incompleto	20,8	2,07 (0,92-4,64)	21,3	2,82 (1,12-7,12)	27,4	0,87 (0,55-1,38)	34,9	1,62 (0,97-2,70)	42,0	1,74 (1,10-2,73)	40,4	3,20 (1,51-6,76)
Superior completo	25,3	2,58 (1,26-5,31) 0,729 ^T	19,3	2,72 (1,15-6,42) 0,255 ^T	30,1	0,96 (0,66-1,38) 0,003 ^T	43,1	2,06 (1,31-3,24) 0,081 ^T	43,2	1,87 (1,25-2,81) < 0,001 ^T	23,1	2,16 (1,04-4,46) 0,005 ^T
Gestão Municipal Plena do sistema de saúde (1)												
Não	25,1	1,00	23,6	1,00	32,3	1,00	47,4	1,00	36,0	1,00	31,5	1,00
Sim	31,7	1,29 (1,09-1,54) 0,004	26,8	1,17 (0,97-1,41) 0,093	38,6	1,24 (1,07-1,43) 0,005	43,8	0,93 (0,83-1,04) 0,199	40,6	1,13 (0,99-1,28) 0,078	35,2	1,12 (0,96-1,30) 0,154
UBS* vinculada ao ensino (2)												
Não	28,8	1,00	26,7	1,00	33,6	1,00	46,8	1,00	39,8	1,00	34,2	1,00
Sim	32,2	1,15 (0,98-1,35) 0,088	25,2	1,00 (0,84-1,20) 0,970	43,0	1,36 (1,19-1,56) < 0,001	43,5	0,96 (0,85-1,09) 0,560	38,1	0,92 (0,80-1,04) 0,191	33,2	1,05 (0,90-1,22) 0,560

(continuação)

Atividade profissional na UBS (3)												
Agente comunitário de saúde	62,4	1,00	63,4	1,00	74,3	1,00	90,2	1,00	48,9	1,00	85,3	1,00
Outros profissionais de nível médio	6,1	0,10 (0,07-1,16)	3,2	0,04 (0,02-0,09)	19,1	0,27 (0,21-0,34)	10,9	0,13 (0,32-0,44)	28,2	0,63 (0,52-0,78)	17,7	0,23 (0,18-0,29)
Auxiliar/Técnico de enfermagem e de consultório dentário	23,2	0,34 (0,27-0,43)	17,7	0,29 (0,22-0,37)	23,6	0,32 (0,25-0,40)	34,7	0,38 (0,32-0,44)	35,6	0,69 (0,56-0,84)	24,4	0,28 (0,23-0,35)
Médico	23,6	0,37 (0,28-0,49)	21,4	0,36 (0,27-0,48)	32,1	0,47 (0,34-0,64)	40,6	0,40 (0,31-0,52)	36,6	0,67 (0,49-0,91)	16,2	0,17 (0,11-0,25)
Enfermeiro	53,3	0,83 (0,66-1,03)	40,7	0,69 (0,53-0,89)	45,1	0,70 (0,52-0,94)	67,8	0,72 (0,59-0,88)	53,7	0,89 (0,67-1,19)	48,3	0,44 (0,33-0,60)
Odontólogo	6,4	0,10 (0,05-0,24)	5,1	0,09 (0,03-0,23)	18,8	0,29 (0,18-0,47)	34,6	0,35 (0,25-0,49)	40,0	0,70 (0,49-1,00)	11,3	0,10 (0,05-0,21)
Outros de nível superior	27,7	0,37 (0,27-0,53)	10,4	0,17 (0,09-0,30)	23,7	0,31 (0,21-0,46)	38,1	0,40 (0,30-0,53)	53,7	0,85 (0,64-1,13)	24,7	0,22 (0,14-0,34)
		< 0,001		< 0,001		< 0,001		< 0,001		0,405		< 0,001
Outro emprego além do atual na UBS (3)												
Não	32,2	1,00	29,6	1,00	40,2	1,00	47,9	1,00	38,3	1,00	38,9	1,00
Sim	22,4	0,87 (0,68-1,10)	15,7	0,90 (0,67-1,20)	25,7	0,76 (0,62-0,95)	38,3	0,82 (0,70-0,97)	40,0	0,87 (0,75-1,02)	21,7	0,80 (0,63-1,01)
		0,234		0,476		0,014		0,02		0,087		0,062
Tempo de atuação na prefeitura em anos (3)												
Até 1	24,2	1,00	22,6	1,00	27,2	1,00	29,5	1,00	37,7	1,00	39,1	1,00
1 a 4	24,5	0,99 (0,75-1,30)	25,5	1,04 (0,79-1,370)	29,0	1,08 (0,84-1,39)	45,1	1,49 (1,20-1,85)	41,0	1,03 (0,82-1,30)	40,0	0,99 (0,82-1,20)
Mais de 4	32,1	1,38 (1,09-1,74)	26,6	1,27 (0,98-1,65)	41,7	1,73 (1,41-2,12)	49,8	1,74 (1,43-2,12)	38,8	0,96 (0,73-1,25)	30,9	0,97 (0,80-1,17)
		0,001 ^T		0,041 ^T		< 0,001 ^T		< 0,001 ^T		0,614 ^T		0,711 ^T
Tempo de atuação na UBS em anos (3)												
Até 1	24,9	1,00	24,0	1,00	29,1	1,00	34,5	1,00	38,1	1,00	36,7	1,00
1 a 4	24,0	0,87 (0,67-1,14)	23,0	0,88 (0,67-1,17)	31,8	0,89 (0,71-1,12)	45,6	1,10 (0,91-1,32)	39,0	1,02 (0,86-1,21)	31,6	0,93 (0,75-1,36)
Mais de 4	33,9	1,11 (0,82-1,50)	27,0	0,99 (0,70-1,39)	42,4	1,05 (0,82-1,35)	50,9	1,11 (0,90-1,38)	39,4	1,10 (0,93-1,31)	32,7	1,02 (0,88-1,61)
		0,362 ^T		0,966 ^T		0,514 ^T		0,367 ^T		0,224 ^T		0,821 ^T
Uso de computador na UBS (3)												
Não	29,6	1,00	25,7	1,00	37,3	1,00	45,2	1,00	38,2	1,00	33,7	1,00
Sim	30,0	1,17 (0,84-1,64)	27,6	1,24 (0,85-1,80)	27,6	0,87 (0,60-1,24)	42,5	0,98 (0,74-1,29)	44,6	1,07 (0,83-1,38)	35,6	1,19 (0,88-1,60)
		0,355		0,263		0,428		0,869		0,601		0,250

(continuação)

Variável	Estratégia Saúde da Família											
Sexo (1)												
Masculino	28,1	1,00	27,0	1,00	27,0	1,00	50,0	1,00	40,7	1,00	49,6	1,00
Feminino	42,2	1,53(1,31-1,79)	39,2	1,45(1,23-1,70)	36,9	1,33(1,15-1,53)	62,1	1,27(1,15-1,40)	47,7	1,20(1,07-1,35)	58,6	1,18(1,06-1,30)
		<0, 001		<0, 001		<0, 001		<0, 001		<0, 001		<0, 001
Idade em anos (1)												
16 a 29	35,1	1,00	34,1	1,00	36,5	1,00	54,2	1,00	44,5	1,00	58,2	1,00
30 a 49	41,1	1,17(1,05-1,31)	38,7	1,13(1,01-1,26)	40,9	1,12(1,01-1,25)	62,7	1,16(1,07-1,25)	49,2	1,10(1,01-1, 21)	58,7	1,01(0,94-1,09)
50 ou mais	41,8	1,22(1,03-1,44)	35,8	1,06(0,88-1,28)	41,0	1,14(0,97-1,34)	58,6	1,10(0,98-1,24)	38,2	0,90(0,77-1,06)	44,7	0,80(0,69-0,93)
		0,004 ^T		0,17 ^T		0,04 ^T		0,004 ^T		0,93 ^T		0,03 ^T
Escolaridade (1)												
Fundamental incompleto	24,8	1,00	24,8	1,00	23,7	1,00	30,7	1,00	15,5	1,00	27,8	1,00
Fundamental completo	41,0	1,58(1,10-2,26)	43,0	1,62(1,14-2,30)	45,5	1,79(1,26-2,55)	57,7	1,81(1,34-2,43)	36,4	2,30(1,50-3,54)	53,8	1,81(1,30-2,53)
Médio incompleto	44,3	1,77(1,27-2,47)	45,1	1,78(1,28-2,49)	48,2	1,98(1,42-2,76)	62,1	2,01(1,52-2,66)	36,2	2,33(1,55-3,51)	59,7	2,00(1,46-2,73)
Médiocompleto	40,0	1,56(1,14-2,14)	39,3	1,53(1,12-2,09)	40,7	1,67(1,22-2,29)	62,4	2,00(1,53-2,61)	46,9	2,97(2,03-4,34)	61,0	2,00(1,49-2,69)
Superior incompleto	31,3	1,28(0,88-1,86)	30,2	1,23(0,84-1,79)	30,7	1,27(0,87-1,85)	48,4	1,61(1,19-2,17)	43,6	2,82(1,87-4,24)	56,4	1,87(1,35-2,58)
Superior completo	42,1	1,67(1,22-2,28)	33,6	1,32(0,96-1,81)	39,1	1,61(1,17-2,21)	63,7	2,03(1,56-2,65)	58,1	3,73(2,55-5,45)	55,4	1,84(1,37-2,48)
		0,06 ^T		0,10 ^T		0,97 ^T		<0,001 ^T		<0,001 ^T		0,06 ^T
Gestão Municipal Plena do sistema de saúde (1)												
Não	41,8	1,00	39,5	1,00	41,7	1,00	58,1	1,00	43,3	1,00	57,8	1,00
Sim	38,7	0,95(0,86-1,05)	36,0	0,93(0,84-1,03)	32,4	0,79(0,71-0,86)	60,5	1,05(0,98-1,13)	47,8	1,10(1,00-1,20)	56,5	0,99(0,92-1,07)
		0,28		0,19		<0, 001		0,15		0,04		0,80
UBS* vinculada ao ensino (2)												
Não	39,6	1,00	36,8	1,00	32,9	1,00	60,4	1,00	44,3	1,00	59,2	1,00
Sim	39,4	0,99(0,90-1,09)	37,3	1,04(0,93-1,15)	36,6	1,14(1,03-1,26)	60,2	0,97(0,91-1,04)	47,5	10,1(0,93-1,10)	54,2	0,90(0,84-0,96)
		0,83		0,52		0,01		0,44		0,76		0,003

(continuação)

Atividade profissional na UBS (3)												
Agente comunitário de saúde	55,3	1,00	56,6	1,00	52,5	1,00	79,7	1,00	44,9	1,00	75,3	1,00
Outros profissionais de nível médio	7,6	0,14(0,10-0,20)	6,4	0,11(0,08-0,17)	4,5	0,10(0,06-0,15)	10,2	0,12(0,09-0,17)	29,7	0,69(0,58-0,81)	24,6	0,35(0,29-0,42)
Auxiliar/Técnico de enfermagem e de consultório dentário	23,1	0,39(0,33-0,47)	20,7	0,33(0,28-0,40)	20,2	0,43(0,36-0,50)	46,2	0,54(0,49-0,60)	48,3	1,02(0,91-1,14)	45,6	0,60(0,53-0,67)
Médico	50,4	0,95(0,79-1,15)	36,6	0,66(0,53-0,81)	40,4	0,80(0,69-0,93)	71,0	0,82(0,72-0,93)	52,3	0,92(0,77-1,09)	54,1	0,69(0,58-0,80)
Enfermeiro	61,0	1,05(0,89-1,24)	46,5	0,78(0,64-0,94)	47,9	0,84(0,73-0,97)	78,0	0,92(0,82-1,02)	67,7	1,07(0,92-1,25)	78,1	0,97(0,86-1,10)
Odontólogo	10,7	0,20(0,12-0,35)	13,6	0,24(0,15-0,39)	13,0	0,36(0,25-0,51)	43,1	0,52(0,42-0,65)	55,2	0,93(0,76-1,13)	31,5	0,39(0,29-0,52)
Outros de nível superior	21,6	0,41(0,24-0,69)	16,0	0,30(0,16-1,33)	11,3	0,25(0,13-0,49)	35,3	0,42(0,30-0,60)	63,6	1,03(0,81-1,31)	40,0	0,47(0,32-0,69)
		< 0, 001		< 0, 001		< 0, 001		< 0, 001		0,79		< 0, 001
Outro emprego além do atual na UBS (3)												
Não	39,7	1,00	38,2	1,00	35,5	1,00	59,2	1,00	45,7	1,00	57,9	1,00
Sim	39,4	1,10(0,95-1,27)	30,6	1,04(0,87-1,23)	32,2	1,23(1,06-1,44)	62,5	1,12(1,01-1,23)	50,8	0,90(0,81-1,00)	52,5	0,99(0,88-1,11)
		0,21 ^T		0,69 ^T		0, 007 ^T		0,02 ^T		0,06 ^T		0,89 ^T
Tempo de atuação na prefeitura em anos (3)												
Até 1	28,4	1,00	25,5	1,00	21,2	1,00	39,4	1,00	45,8	1,00	49,3	1,00
1 a 4	39,1	1,33(1,15-1,55)	37,3	1,45(1,24-1,70)	36,9	1,60(1,35-1,91)	61,8	1,45(1,29-1,63)	45,6	0,98(0,88-1,10)	61,0	1,23(1,09-1,39)
Mais de 4	45,8	1,56(1,35-1,80)	42,4	1,67(1,43-1,96)	41,1	1,63(1,34-1,99)	69,4	1,59(1,39-1,81)	48,9	1,10(1,00-1,22)	58,6	1,24(1,08-1,43)
		<0, 001 ^T		<0, 001 ^T		<0, 001 ^T		<0, 001 ^T		0,04 ^T		0,008 ^T
Tempo de atuação na UBS em anos (3)												
Até 1	30,4	1,00	28,2	1,00	24,4	1,00	45,2	1,00	45,3	1,00	50,9	1,00
1 a 4	44,6	1,27(1,12-1,44)	40,7	1,23(1,08-1,41)	41,2	1,45(1,27-1,65)	65,6	1,25(1,15-1,36)	47,9	1,03(0,93-1,14)	61,0	1,21(1,02-1,17)
Mais de 4	45,6	1,10(0,93-1,29)	43,7	1,10(0,92-1,31)	40,7	1,22(1,03-1,45)	71,2	1,17(1,06-1, 31)	46,7	1,02(0,89-1,17)	60,0	1,08(0,95-1,23)
		0,23		0,25		0,02		0, 002		0,73		0,19
Uso de computador na UBS (3)												
Não	38,9	1,00	36,3	1,00	39,2	1,00	60,2	1,00	46,2	1,00	56,0	1,00
Sim	50,0	1,36(1,20-1,55)	47,0	1,43(1,25-1,64)	45,5	1,25(1,08-1,45)	59,3	1,03(0,93-1,14)	49,6	0,99(0,87-1,13)	64,3	1,17(1,05-1,31)
		<0, 001		<0, 001		0, 003		0,63		0,87		0,004

* UBS = Unidade Básica de Saúde; @ DCNT = Doenças crônicas não transmissíveis; # MS = Ministério da Saúde, T = Tendência

13 Considerações finais

Este estudo é certamente um dos primeiros realizados no Brasil com o objetivo de conhecer a prevalência das capacitações realizadas em ações programáticas, uso de protocolo e acesso a publicações do Ministério da Saúde pelos trabalhadores da atenção básica. Envolveu uma amostra de trabalhadores de Unidades Básicas em duas importantes regiões, analisando-se os diferentes modelos de atenção à saúde, com uma abrangência significativa. O estudo foi realizado com tamanho de amostra que garantiu um alto poder estatístico, para as análises propostas, mesmo aquelas estratificadas por modelo de atenção e região.

Os resultados permitiram conhecer informações relacionadas às características sociodemográficas, ocupacionais e de formação dos trabalhadores da Atenção Básica à Saúde, variáveis relativas à gestão, ao serviço de saúde, ao modelo de atenção e região. Apresenta também as associações entre o desfecho estudado e as variáveis independentes indicando as diferenças em relação ao modelo de atenção e as regiões Sul e Nordeste, fornecendo dados relevantes aos gestores de saúde para a organização e planejamento de estratégias de capacitação dos recursos humanos da atenção básica.

O estudo mostra que a prevalência da participação dos trabalhadores em cursos de ações programáticas, o uso de protocolos e o acesso as publicações do Ministério da Saúde, ainda é baixa, considerando que esses desfechos estão previstos como estratégias de capacitação desses trabalhadores conforme preconiza as normatizações do Sistema Único de Saúde.

Mostra também que as capacitações em doenças infecciosas e doenças crônicas são as mais prevalentes entre os trabalhadores da atenção básica, que o uso de protocolos é mais prevalente entre os trabalhadores do Nordeste e que

atuam na ESF, enquanto o acesso a publicações é mais prevalente entre os trabalhadores da região Sul, mantendo-se mais prevalente na ESF.

Os resultados apresentam também, que as variáveis que mais se associaram com os desfechos foram o sexo feminino, escolaridade, atividade profissional, tipo de gestão, tempo de atuação na prefeitura, uso de computador e UBS vinculada ao ensino.

Por fim, concluímos que este estudo atinge seu objetivo de conhecer a prevalência de realização de capacitações por parte dos trabalhadores da saúde, em duas importantes regiões do Brasil e nos dois modelos de atenção à saúde vigentes no país, preenchendo uma lacuna até então existente na literatura nacional. A baixa prevalência dos desfechos indica a necessidade de um maior envolvimento da gestão em relação ao desenvolvimento de estratégias de capacitação dos trabalhadores da saúde, em especial os da atenção básica, buscando qualificar a assistência prestada a comunidade.

Anexos

Anexo A - Questionário para coleta de dados dos trabalhadores de saúde

 Universidade Federal de Pelotas Centro de Pesquisas Epidemiológicas Departamento de Medicina Social Departamento de Enfermagem Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	NÃO ESCREVER NESTA COLUNA
BLOCO DE IDENTIFICAÇÃO GERAL	
Estado: __ __ Município: _____ Unidade de saúde: _____ Código da Unidade de Saúde (SIA/SUS): __ __ __ __ __ Endereço: _____ _____ _____ Fone/Fax: _____ E-mail do entrevistado: _____ Nº do questionário: __ __ __ Grupo: (1) PSF pré PROESF (2) PSF pós PROESF (3) Mista (4) AB Tradicional (5) Outra: _____	ELOTE __ __ __ EQUESDO __ __ __ __ __ __ __ EGRUPO __
BLOCO DE INFORMAÇÕES DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	
E1. Qual a sua idade? __ __	EIDADE __ __
E2. Sexo: (0) Masculino (1) Feminino	ESEXO __

A participação nestas capacitações teve alguma influência na sua prática profissional? (0) Não (1) Sim	<i>EIFPROF__</i>
Faça um breve comentário sobre a relevância e adequação destas capacitações para seu trabalho diário: _____ _____ _____	
E23. O seu trabalho na Unidade de Saúde é supervisionado (acompanhado) por membro da equipe de Coordenação/ Central da Atenção Básica ou PSF? (0) Não (1) Sim SE SIM, Qual o conteúdo desta supervisão? _____ E24. Qual a periodicidade da supervisão? (1) Semanal (2) Quinzenal (3) Mensal (4) Bimensal (5) Trimestral (6) Semestral (7) Anual (8) Sem periodicidade definida E25. Há quanto tempo ocorreu a última supervisão? ____ ano(s) e ____ mês(es) Codificar em meses (000) menos de 1 mês	<i>ESUPRV__</i> <i>ECTDSUP</i> __ __ <i>EPERSUP</i> __ <i>EULTSUP_</i> __ __ __

E36. Você teve acesso na unidade de saúde às seguintes publicações do MS? Revista Brasileira Saúde da Família (0) Não (1) Sim Informes da atenção básica (0) Não (1) Sim Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica (0) Não (1) Sim Manual: O trabalho do Agente Comunitário de Saúde (0) Não (1) Sim Avaliação Normativa do PSF no Brasil (0) Não (1) Sim	ERBSF __ EIAB __ EMSIAB __ EMTACS __ EANPSF __
E37. Para suas atividades profissionais, faz uso de computador? (0) Não (1) Sim, na UBS (2) Sim, em casa (3) Sim, na UBS e em casa	ECOMP __
E38. Para suas atividades profissionais, utiliza algum tipo de protocolo? (0) Não (1) Sim SE SIM: Quais? _____ _____ _____	EPROTO __ EPROTQ __ __

**Anexo B - Carta aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética da Faculdade de
Medicina da Universidade Federal de Pelotas**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Ofício nº 045/2004

Pelotas, 17 de setembro de 2004.

Ilm. Sr.
Prof. Luis Augusto Facchini

Gostaríamos de comunicá-lo que seu projeto de pesquisa intitulado:
"Monitoramento e avaliação do programa de expansão e consolidação do Programa de
Saúde da Família -lote 2 região Sul" foi aprovado por este Comitê em reunião do dia
13/09/04.

Sendo o que se apresenta para o momento, subscrevemo-nos

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Augusto Assunção Crespo Ribeiro
Coordenador do CEP/FM-UPPel
Prof. Dr. José Augusto Assunção Crespo Ribeiro
Coordenador do CEP/FM/UPPEL

Anexo C - Carta de autorização do coordenador da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
CENTRO DE PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS
FACULDADE DE MEDICINA – DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
FACULDADE DE ENFERMAGEM – DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Pelotas, 16 de Março de 2010.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Roberta Antunes Machado, pós-graduanda do curso de Pós-Graduação Mestrado Acadêmico em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas está autorizada a utilizar parte dos dados coletados na pesquisa Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Código COCEPE 4.06.01.141) para elaborar a sua dissertação de mestrado intitulada “**CAPACITAÇÃO DOS TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA DO SUL E NOERDESTE DO BRASIL:DIFERENCIAIS SEGUNDO O MODELO DE ATENÇÃO**”. Ressalto que esta dissertação faz parte dos produtos oriundos da pesquisa e que a aluna está ciente do compromisso de publicação de resultados em parceria com o coordenador do projeto.

Coordenador do Projeto de Pesquisa