



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE COLETIVA**

Jamille Amorim Carvalho

**A PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE O PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO BRASIL: ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DO PERÍODO
1994-2009**

**Salvador
Julho, 2010**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE COLETIVA**

Jamille Amorim Carvalho

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria Guadalupe Medina

**A PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE O PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO BRASIL: ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DO PERÍODO
1994-2009**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Gestão de Sistemas de Saúde

**Salvador
Julho, 2010**

Jamille Amorim Carvalho

**A PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE O PROGRAMA SAÚDE DA
FAMÍLIA NO BRASIL: ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DO PERÍODO
1994-2009**

DATA DA DEFESA: 17/05/2010

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa – UnB

Profa. Dra. Rosana Aquino Guimarães Pereira – UFBA

Profa. Dra. Maria Guadalupe Medina (Orientadora) – UFBA

“Como escrever senão sobre aquilo que não se sabe
Ou que se sabe mal?”

Deleuze

“Guardar uma coisa não é escondê-la ou trancá-la.
Em cofre não se guarda coisa alguma.
Em cofre perde-se a coisa à vista.

Guardar uma coisa é olhá-la, fitá-la, mirá-la por
admirá-la, isto é, iluminá-la ou ser por ela iluminado.
(...)”

Antônio Cícero

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, colaboraram para a concretização deste trabalho.

À Deus pela vida;

À Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e aos companheiros da Diretoria de Atenção Básica pela oportunidade e aprendizado;

À Guadalupe por ter me aceito como sua orientanda, pela sua competência e exigência, paciência e carinho;

Às professoras Isabella Samico e Sônia Chaves pelas valiosas contribuições na qualificação;

À Wellington pela disponibilidade e apoio junto ao banco de dados e a Valéria pelo acolhimento no GRAB;

Aos colegas do mestrado pela amizade e partilha na trajetória de construção do conhecimento;

Aos professores pelo estímulo ao uso de novas lentes para olhar o mundo e o nosso lugar no mundo;

Aos amigos de perto e de longe, em especial a Patricia, Tiago, Lyz e Jussara, pela sua luz, ombro e companheirismo;

Ao meu pai, minha mãe e irmãs, pelo amor, exemplo e por tudo o que sou na vida;

À família Pereira Paiva pela torcida e a Thiago, meu querido esposo, companheiro e cúmplice, por ter vivido comigo todas as emoções deste trabalho.

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido reconhecida internacionalmente como a base para um novo modelo de atenção à saúde. No Brasil, desde 1994, a APS vem se desenvolvendo através do Programa Saúde da Família (PSF) com vistas à reorganização da rede assistencial e das práticas no Sistema Único de Saúde (SUS). Em que pese a notável expansão do PSF nos municípios de todas as regiões do país, raros são os estudos que buscaram sistematizar as publicações sobre o tema. Este é um estudo bibliométrico de natureza descritiva que pretendeu caracterizar o perfil da produção bibliográfica sobre o PSF no decorrer dos 15 anos da sua implantação, com destaque para as especificidades dos estudos que avaliaram o Programa. A análise dos resultados demonstrou uma clara tendência ascendente no número de publicações sobre o PSF, uma concentração em mais de 90% nas Regiões Sudeste, Nordeste e Sul e em mais de 70% no formato de artigo. Os estudos avaliativos representaram quase 20% do total de documentos, concentrando 71% da sua publicação nos últimos cinco anos.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Bibliometria; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

ABSTRACT

The Primary Health Care (APS) has been recognized internationally as the basis for a new model of health care. In Brazil, since 1994, APS has developed through the Family Health Program (PSF) with a view to reorganizing the care network and practices in the National Health System (SUS). Despite the remarkable expansion of the PSF in municipalities of all over the country, few studies have sought to systematize the literature on this topic. This is a descriptive bibliometric study that sought to characterize the profile of the output on the PSF over the 15 years of its implementation, focusing on the specifics of the studies that evaluated the program. The results showed a clear upward trend in the number of publications about the project, a concentration of more than 90% in the Southeast, Northeast and South and more than 70% in paper format. Evaluative studies accounted for almost 20% of all documents, concentrating 71% of its publication in the last five years.

Key words: Primary Health Care; Family Health Program; Bibliometrics; Program Evaluation.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	
Evolução do número de publicações sobre o PSF no Brasil, 1998 a 2009	48
Gráfico 2	
Evolução do número de documentos sobre o PSF no Brasil segundo formato de publicação, 1998 a 2009	48
Gráfico 3	
Evolução do número de artigos sobre o PSF no Brasil segundo periódico de publicação, 1998 a 2009	48
Gráfico 4	
Evolução do número de documentos sobre o PSF no Brasil segundo idioma de publicação, 1998 a 2009	49
Gráfico 5	
Evolução do número de publicações sobre o PSF no Brasil segundo região de realização do trabalho, 1998 a 2009	49
Gráfico 6	
Evolução do número de publicações sobre o PSF no Brasil segundo sexo do primeiro autor, 1998 a 2009	49
Gráfico 7	
Evolução do número de publicações sobre o PSF no Brasil segundo tipo de documento, 1998 a 2009	50
Gráfico 8	
Evolução do número de publicações sobre o PSF no Brasil segundo classificação do documento, 1998 a 2009	50
Gráfico 9	
Evolução do número de publicações sobre o PSF no Brasil segundo sujeitos participantes, 1998 a 2009	50
Gráfico 10	
Evolução do número de publicações sobre o PSF no Brasil segundo grupos-alvo abordados, 1998 a 2009	51
Gráfico 11	
Evolução do número de publicações sobre o PSF no Brasil segundo problemas de saúde abordados, 1998 a 2009	51
Gráfico 12	
Evolução do número de publicações sobre o PSF no Brasil segundo objetivos dos documentos não-avaliativos, 1998 a 2009	51

Gráfico 13	
	Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil, 1998 a 2009 52
Gráfico 14	
	Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo formato de publicação, 1998 a 2009..... 52
Gráfico 15	
	Evolução do número de artigos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo periódico de publicação, 1998 a 2009..... 52
Gráfico 16	
	Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo idioma de publicação, 1998 a 2009 53
Gráfico 17	
	Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo região de realização do trabalho, 1998 a 2009..... 53
Gráfico 18	
	Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo sexo do primeiro autor, 1998 a 2009 53
Gráfico 19	
	Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo sujeito participante, 1998 a 2009 54
Gráfico 20	
	Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo grupo-alvo abordado, 1998 a 2009 54
Gráfico 21	
	Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo problema de saúde abordado, 1998 a 2009..... 54
Gráfico 22	
	Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo estratégia/desenho do estudo, 1998 a 2009 55
Gráfico 23	
	Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo abordagem da avaliação, 1998 a 2009..... 55
Gráfico 24	
	Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo nível da avaliação, 1998 a 2009..... 55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	
Caracterização geral das publicações sobre o PSF no Brasil, 1998 a 2009	57
Tabela 2	
Caracterização geral das publicações sobre o PSF no Brasil segundo Regiões, 1998 a 2009	58
Tabela 3	
Periódicos de divulgação dos artigos sobre o PSF no Brasil publicados entre 1998 e 2009	59
Tabela 4	
Periódicos de divulgação dos artigos sobre o PSF no Brasil segundo Regiões, 1998 a 2009	59
Tabela 5	
Objetivos das publicações não-avaliativas sobre o PSF no Brasil, 1998 a 2009.....	60
Tabela 6 Continuação	
Caracterização dos estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil publicados entre 1998 e 2009	61
Tabela 7	
Caracterização dos estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo Regiões, 1998 a 2009.....	62
Tabela 7 Continuação	
Caracterização dos estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo Regiões, 1998 a 2009	63
Tabela 8	
Periódicos de divulgação dos artigos avaliativos sobre o PSF no Brasil publicados entre 1998 e 2009	64
Tabela 9	
Periódicos de divulgação dos artigos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo Regiões, 1998 a 2009	64
Tabela 10	
Evolução temporal dos atributos analisados nos estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil entre 1998 e 2009.....	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDPI – Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância

AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade

APS – Atenção Primária à Saúde

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAAB – Coordenação de Acompanhamento e Avaliação

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DECS – Descritores em Ciências da Saúde

ELB – Estudos de Linha de Base

ESB – Equipe de Saúde Bucal

ESF – Equipe de Saúde da Família

FINEP – Financiadora de Estudos e Projetos

FMS – Fundo Municipal de Saúde

FNS – Fundação Nacional de Saúde

IPEA – Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

ISC – Instituto de Saúde Coletiva

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

SCIELO – *Scientific Eletronic Library Online*

SUS – Sistema Único de Saúde

TRO – Terapia de Reidratação Oral

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	13
2. INTRODUÇÃO	15
3. METODOLOGIA	21
3.1 Busca das referências.....	22
3.2 Seleção dos documentos	22
3.3 Cadastramento e classificação.....	23
3.4 Processamento e análise dos dados	25
4. RESULTADOS.....	26
4.1 Caracterização das publicações	26
4.2 Especificidades dos estudos avaliativos	31
5. DISCUSSÃO	37
6. COMENTÁRIOS FINAIS	42
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
GRÁFICOS	47
TABELAS	56
APÊNDICE A.....	66
APÊNDICE B.....	69
APÊNDICE C.....	74

1. APRESENTAÇÃO

Este estudo é produto do Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva, Área de concentração em Gestão de Sistemas de Saúde, proporcionado pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) através do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA).

Partiu da iniciativa de realizar uma revisão sistemática sobre a efetividade do PSF no país, motivada por uma inquietação da autora em sintetizar evidências acerca do impacto do Programa no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Tratando-se de um Mestrado Profissionalizante, pretendia-se oferecer maior sustentação teórica ao compromisso assumido pela Diretoria de Atenção Básica (DAB) da SESAB em optar pela Saúde da Família como eixo estruturante da sua Política Estadual de Atenção Básica.

Ressalte-se que o interesse e motivação pessoal da autora derivam tanto do trabalho desenvolvido pela mesma junto à equipe da DAB/SESAB desde o ano de 2007 - quando passou a compor o quadro permanente de sanitaristas da instituição, quanto pela sua atuação como enfermeira de equipe de Saúde da Família entre 2004 e 2007.

A revisão sistemática pressupunha um amplo e criterioso levantamento de estudos originais principalmente em bases de dados eletrônicas de reconhecimento nacional e internacional, para, só em seguida, produzir a síntese. Considerando o formato desta edição do Mestrado Profissionalizante (um ano), optou-se por realizar a primeira etapa exploratória e descritiva em bases de dados latino-americanas, como uma primeira aproximação com o problema.

Apresentado em formato de dissertação, este estudo pretendeu caracterizar a produção bibliográfica sobre o Programa Saúde na Família no Brasil, considerando a existência de um volume já extenso de publicações e o incipiente conhecimento sobre o mesmo.

Na introdução tratou-se das concepções acerca da Atenção Primária à Saúde no cenário internacional, do histórico da sua implementação no contexto brasileiro e da consolidação do PSF como Política de Estado, explorando as iniciativas de avaliação por parte do Ministério da Saúde e o volume de produção bibliográfica já existente.

Na metodologia apresentaram-se os passos da busca sistemática às bases de dados latino-americanas, seleção, cadastramento, processamento e análise dos dados.

Nos resultados apresentaram-se a caracterização geral da produção bibliográfica e sua evolução temporal bem como a caracterização dos estudos avaliativos e sua evolução temporal, com destaque para as diferenças observadas entre as cinco Regiões do país.

Na discussão foram problematizados, à luz da literatura, os achados mais relevantes do estudo destacando os diversos fatores que podem ter influenciado na composição da produção bibliográfica ao longo dos últimos quinze anos.

Os comentários finais apresentam considerações acerca do caráter panorâmico deste estudo, bem como seus limites e novas possibilidades de investigação.

2. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem sido reconhecida internacionalmente como a base para sistemas de saúde mais eficientes, orientados para a qualidade, justiça social e para as necessidades de saúde do usuário-cidadão (OPAS, 2008; Giovanella et al, 2008; Starfield, 2002).

O referencial estabelecido na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, influenciou os rumos das políticas de saúde em todo o mundo, ao reiterar a saúde como direito humano fundamental. Contudo, os modelos de APS efetivamente implementados no contexto dos países nas décadas seguintes suscitaram debates acerca das modificações na proposta original da APS, ilustrados pela diversidade terminológica criada para designar esses diferentes modelos (Mello et al, 2009; Giovanella et al, 2008; Gil, 2006).

Pode-se dividir a percepção sobre o papel da APS no desenvolvimento dos sistemas de saúde em quatro principais categorias (OPAS, 2008):

APS Seletiva: Refere-se a um número limitado de serviços de alto impacto para enfrentar alguns dos desafios de saúde mais prevalentes nos países em desenvolvimento e são voltados à população pobre (OPAS, 2008);

Atenção Primária: Refere-se à porta de entrada obrigatória no sistema de saúde, ou seja, um nível de atenção no sistema de serviços de saúde, local de cuidados individuais contínuos para a maioria das pessoas. Esta é a concepção mais comumente utilizada em países europeus, se relacionando à disponibilidade de médicos com especialização em clínica geral ou medicina familiar na função de *gatekeeper* (OPAS, 2008; Giovanella et al, 2008);

APS Abrangente: Refere-se ao primeiro nível de atenção integral e à estratégia para organização dos sistemas de saúde, conforme a Declaração de Alma Ata. Esta definição inclui diversos princípios, a saber: a necessidade de enfrentar determinantes de saúde mais amplos; apoio em trabalhadores de saúde variados; acessibilidade e cobertura universais com base na necessidade; envolvimento comunitário e individual e ação intersetorial para a saúde (OPAS, 2008);

Enfoque em Saúde e Direitos Humanos: “Enfatiza a saúde como direito humano e a abordagem dos seus determinantes sociais e políticos mais amplos. Difere em sua ênfase

sobre as implicações sociais e políticas da Declaração de Alma Ata mais do que sobre os próprios princípios” (OPAS, 2008, p. 4).

Na tentativa de superar a abordagem histórica da APS seletiva, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a partir de 2003¹, tem levantado a necessidade de renovação do conceito de APS, propondo que, para isso, cada país elabore estratégias baseadas nos seus recursos e contextos econômicos, político, administrativo e no processo histórico de desenvolvimento do seu sistema de saúde (OPAS, 2008).

A definição renovada da APS proposta pela OPAS (2008) parte essencialmente daquela contida na Declaração de Alma Ata, agregando novos valores, princípios e elementos centrais ilustrados na Figura 1.

Figura 1. Valores, princípios e elementos centrais em um sistema de saúde baseado na APS



Fonte: OPAS (2008, p. 9)

No Brasil, as propostas da APS passaram a figurar na agenda de reforma do setor saúde no final da década de 70 (Giovannella et al, 2008). A partir de 1988, no processo de

¹ Em 2003, seguindo iniciativa da OMS, a OPAS aprovou uma resolução que convoca os Estados membros a adotarem uma série de recomendações para fortalecer a APS (Giovannella et al, 2008). Em 2008, a OPAS publicou o documento de posicionamento “Renovação da APS nas Américas”.

implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), o conjunto de ações da APS passou a ser denominado de atenção básica à saúde, o que sugere uma contraposição às propostas de atenção seletiva que predominavam na América Latina nesta década (Mello et al, 2009; Giovanella, 2008).

Na tentativa de superar o “vazio programático” que se observava nos primeiros anos da criação do SUS (Conill, 2008), em 1991, foi implantado, pela Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (FNS/MS), o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Entendido, inicialmente, como uma política de focalização por se dirigir aos pobres e excluídos (Paim, 2008) das áreas rurais e periurbanas das regiões Norte e Nordeste, as ações do PACS consistiam no controle da epidemia de cólera e demais formas de diarreia, focando no uso da terapia de reidratação oral (TRO) e orientação à imunização (Giovanella et al, 2008). Apesar das características iniciais de programa de focalização, o PACS introduziu nos serviços básicos de saúde a percepção da família como foco de ação (Rosa; Labate, 2005). Além disso, a institucionalização do Programa colaborou na superação do preconceito quanto à realização de ações fora das Unidades Básicas de Saúde (UBS) por pessoal da comunidade (Giovanella et al, 2008).

Impulsionado pelos resultados do PACS e pelo recém iniciado processo de municipalização, em dezembro de 1993 foi lançado nacionalmente o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente integrado ao PACS, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial a partir de novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência (Brasil, 2000). Entretanto, numa primeira fase o PSF também guardou o caráter de programa focalizado, concentrado principalmente nas áreas mais desassistidas, em pequenos municípios selecionados a partir do critério do Mapa da Fome do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA), absorvendo a demanda reprimida de atenção primária, mas com baixa articulação com os demais serviços do sistema (Sguario, 2008; Giovanella et al, 2008).

As diretrizes nacionais do PSF definiram que as equipes de Saúde da Família atuariam com base na adscrição de clientela, eleição da família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem, no trabalho de equipes multiprofissionais, dentre outros (Aquino, 2002) e que o processo de trabalho dessas equipes seria caracterizado pela interdisciplinaridade, vinculação, competência cultural, articulação intersetorial e participação popular (Sousa, 2009). Entretanto, o financiamento realizado através de convênio celebrado entre Prefeituras Municipais e Ministério da Saúde/FNS e a priorização de áreas mais vulneráveis, colaboravam com a visão de que se tratava de mais um programa vertical do Governo Federal, sendo alvo de muitas críticas e resistência do setor saúde (Aquino e cols, 2009).

A publicação da Norma Operacional Básica do SUS de 1996 (NOB 96) retomou fortemente a discussão acerca da mudança do modelo de atenção à saúde (CONASS, 2007), e representou um momento de fortalecimento do PSF como principal aposta do Ministério da Saúde para a atenção básica, demonstrada através de ações concretas em relação ao seu financiamento.

Segundo Aquino e cols (2009, p. 7):

“A superação da forma convenial, com a remuneração dos procedimentos do PSF através da tabela do SIA-SUS, em 1996, assim como a transferência, em 1995, da gestão do Programa no nível federal da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria de Assistência à Saúde, significou sua maior institucionalização ao interior do Ministério da Saúde, constituindo-se como instrumento de reorganização do SUS”.

Pode-se afirmar que 1998 e 1999 foram marcos da expansão do PSF nos primeiros cinco anos de implantação do Programa, chegando-se ao final deste ano com mais de quatro mil equipes implantadas em 1.646 municípios brasileiros (Brasil, 2010). Contudo, este aumento numérico ocorreu de forma pulverizada entre os municípios representando uma baixa capacidade de impacto, o que levou o Ministério da Saúde a reajustar os valores e instituir incentivos diferenciados conforme faixas de cobertura populacional no final de 1999 (Aquino e cols, 2009).

Para além da expressiva ampliação no número de equipes de saúde da família observada no ano 2000, a partir deste ano observou-se também o surgimento de iniciativas mais consistentes no sentido de avaliar a Atenção Básica à Saúde e o PSF em seus diversos aspectos no país. Em seu artigo, Almeida e Giovanella (2008) demonstraram que neste período a indução promovida pelo Ministério da Saúde no período focou principalmente o processo de implantação do PSF, com predomínio de temas relacionados às condições contextuais necessárias à sua expansão.

O surgimento de tais iniciativas avaliativas pode ser atribuído ao novo momento de legitimação política do PSF no Ministério da Saúde, relacionado à ascensão de Coordenação vinculada à Secretaria de Assistência à Saúde para Departamento (de Atenção Básica) da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (Aquino e cols, 2009), como também relacionada à criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), “com o propósito de formular e conduzir os processos avaliativos relacionados a esse nível de atenção, compreendendo-se seu papel estratégico para o redirecionamento da organização do sistema de saúde no país” (Brasil, 2005, p.11).

A partir de 2003, com o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), financiado com recursos internacionais (Banco Mundial), o Ministério da Saúde estimulou a implantação de equipes de saúde da família nos municípios com mais de cem mil habitantes,

considerando que são áreas com maior concentração populacional com grandes disparidades econômicas e sociais, nos quais a consolidação da atenção básica se constitui em um grande desafio. No período de 2003 a 2007, mais de três mil novas equipes de saúde da família passaram a atuar em 184 municípios beneficiados, correspondendo a um aumento de 52% (Sguario, 2008; Giovanella et al, 2008; Brasil, 2010).

Com recursos do PROESF também foi estimulada a realização de diversos estudos acerca da implantação do PSF no país, que foram denominados Estudos de Linha de Base (Sguario, 2008; Giovanella et al, 2008; Brasil, 2010). O financiamento para a realização destes estudos compunha um dos componentes do PROESF, com a proposta de constituir um amplo estudo que possibilitaria o acompanhamento subsequente dos resultados e impactos do Programa (Almeida; Giovanella, 2008).

Em 2006 foi publicada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), considerando a necessidade de adequação e revisão das normas nacionais acerca da atenção básica na perspectiva do Pacto pela Saúde (Brasil, 2006). Para Campos et al (2008, p. 145) a PNAB estabeleceu ainda:

“a mudança da expressão antes utilizada de programa (...) para estratégia (...), no entendimento de que todos os programas se tornam políticas, uma vez que a programação denota um status provisório já há muito questionado, ao passo que política denotaria algo mais estável e sustentável do ponto de vista da organicidade institucional”.

A experiência de atenção básica brasileira com o Programa Saúde da Família é avaliada por diversos autores como “inédita”, “original”, “diferenciada”, mesmo inspirada nas concepções da APS internacional e baseada em modelos de outros países (medicina familiar) como Cuba, Canadá e países da Europa e Oceania, por incorporar o trabalho de equipes multidisciplinares e estar inscrito num contexto de um sistema universal de saúde (Campos et al, 2008; Giovanella et al, 2008; Sousa, 2009).

Analisando-se a trajetória do PSF nos quinze anos de sua implantação no Brasil, percebe-se claramente o investimento histórico dos diversos governos na sua expansão e consolidação como estratégia para reorganização da atenção básica no país. Em que pese os crescentes investimentos das três esferas de gestão do SUS nesta Política, são muitos os desafios enfrentados na sua operacionalização prática. Medina e Aquino (2002, p. 136) observam que “a consolidação do PSF é um processo diverso e complexo”, havendo diferenças importantes na organização concreta dos serviços em cada contexto.

Baseada no número de trabalhos aprovados em eventos científicos do campo da Saúde Coletiva, Bodstein (2009) destaca que é expressiva a quantidade de estudos que tratam do

PSF e da atenção básica no país. Entretanto, são raros os estudos que buscaram descrever o volume, as características e a evolução temporal dessa produção, no intuito de demonstrar o que já foi produzido até o momento e possibilitando apontar questões ainda pouco exploradas. Este esforço é particularmente importante em relação aos estudos avaliativos, visto que estes fornecem subsídios para a tomada de decisão (Vieira-da-Silva, 2005).

Dessa forma, empreendeu-se realização deste estudo com o objetivo geral de caracterizar o conjunto da produção bibliográfica sobre o Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil publicada no período de 1994 a 2009, e com os objetivos específicos de realizar levantamento da produção bibliográfica sobre o PSF nas principais bases de dados eletrônicas latino-americanas; analisar características bibliométricas da produção bibliográfica sobre o PSF no Brasil; discutir especificidades dos estudos avaliativos em relação ao conjunto da produção bibliográfica sobre PSF no Brasil; identificar possíveis lacunas do conhecimento e prioridades de investigação relacionadas à atenção primária no Brasil.

Tratou-se de uma primeira aproximação com o problema onde se pretendeu responder à seguinte pergunta: qual o perfil da produção bibliográfica sobre o PSF no decorrer dos quinze anos da sua implantação?

Espera-se que este estudo contribua para que o campo da Saúde Coletiva reconheça suas práticas de pesquisa, bem como para a reformulação de prioridades na definição do financiamento de estudos e pesquisas no âmbito da APS no Brasil e sua comunicação científica na rede internacional de pesquisadores nesse nível do Sistema.

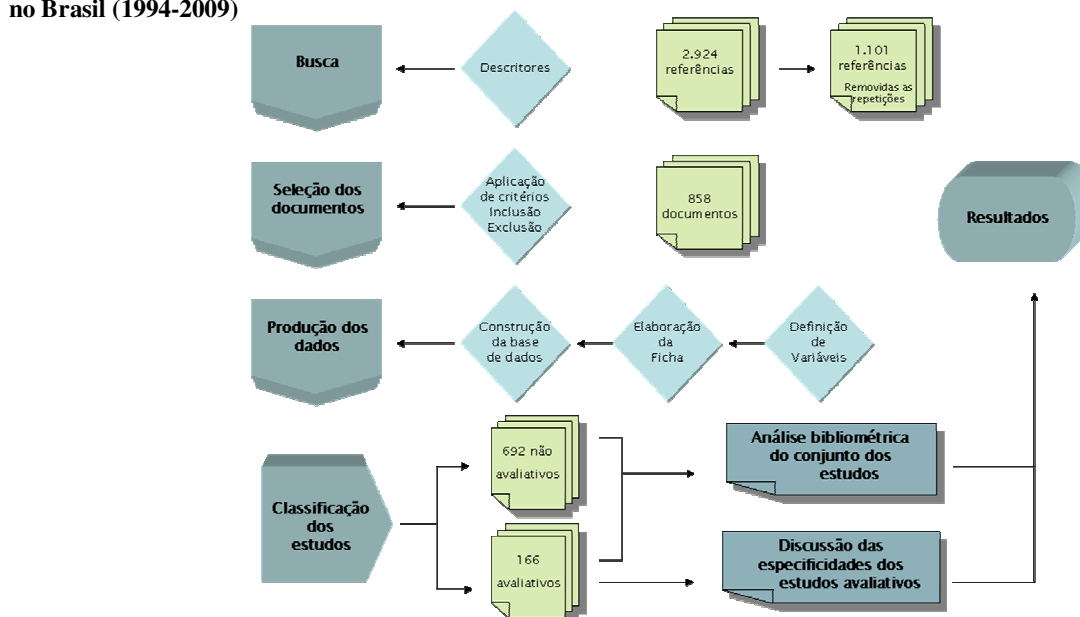
3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliométrico de natureza descritiva acerca da produção latino-americana sobre o PSF, publicada no período de 1994 a 2009.

A bibliometria é uma disciplina que instrumentaliza o desenvolvimento de pesquisas acerca da produção bibliográfica de determinada área de conhecimento científico, a partir da aplicação de métodos matemáticos e estatísticos sobre as fontes bibliográficas (Carvalho, 2005). Sua importância decorre da necessidade de se conhecer e avaliar a produtividade e a qualidade das pesquisas dos autores, ajudando a entender como o conhecimento científico é difundido e incorporado pelas comunidades acadêmicas e pelo público em geral, assim como identificar grupos e áreas de excelência acadêmica, disciplinas emergentes ou redes de colaboração (Vanti, 2002; Carvalho, 2005; Maia, 2006; De Filippo & Fernandez, SD apud Carvalho, 2005).

No caminho metodológico, o primeiro passo foi a busca sistemática² nas duas principais bases de dados latino-americanas, o segundo passo foi a seleção de documentos, cadastramento e classificação dos mesmos, concluindo com o processamento e análise dos dados. As atividades desenvolvidas na realização deste trabalho estão ilustradas na Figura 1, as quais foram detalhadas nos tópicos a seguir.

Figura 2. Seqüência de atividades para caracterização do conjunto da produção bibliográfica sobre o PSF no Brasil (1994-2009)



² A busca sistemática está detalhadamente documentada no Apêndice A.

3.1 Busca das referências

O estudo compreendeu a busca exaustiva de documentos indexados nas bases de dados eletrônicas SciELO (Scientific Electronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), que tivessem sido publicados no período de 1994 a 2009. A escolha deste intervalo de tempo foi determinada pelo ano de início do PSF no Brasil e pelo ano de idealização deste projeto, quando da comemoração dos 15 anos de sua implantação no país.

O processo de busca ocorreu no período de 11 de janeiro a 09 de fevereiro de 2010. Foi acessado o sítio virtual www.bireme.br e consultado o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde, para identificar os descritores mais adequados a serem utilizados, tendo-se encontrado os seguintes: a) em português: Programa Saúde da Família, sinônimo: Programa de Saúde Familiar, PSF; b) em inglês: Family Health Program; c) em espanhol: Programa de Salud Familiar.

Reconhecendo que nas práticas acadêmica, institucional e dos serviços, outros termos são utilizados para designar o PSF, optou-se por expandir os descritores a serem utilizados na busca sistemática, de forma a alcançar um maior número de publicações sobre o tema, ficando ao final com os seguintes descritores: a) em português: Programa Saúde da Família, PSF, Programa de Saúde da Família, Estratégia Saúde da Família, ESF e Estratégia de Saúde da Família; b) em inglês: Family Health Program, Family Health Strategy e Primary Care; c) em espanhol: Programa de Salud Familiar, Programa Salud de la Família e Atención Primaria de Salud.

A busca sistemática resultou num total de 2.924 referências, sendo 911 provenientes da base de dados SciELO e 2.013 provenientes da base de dados LILACS. Todas as referências encontradas foram digitadas em planilha do programa Excel, contendo as seguintes informações: data da busca, base de dados, descritor, autor, título, periódico, ano e idioma. À medida que iam sendo digitadas as referências eram comparadas, sendo excluídas aquelas repetidas, resultando em 1.101 documentos.

3.2 Seleção dos documentos

Para selecionar os documentos que participariam do estudo, foram previamente definidos os seguintes critérios:

Critérios de inclusão: relatórios de pesquisa com ou sem resumo; estudos empíricos com ou sem resumo; estudos teóricos/de posição com ou sem resumo; livros (não-coletâneas) que tratavam do PSF (avaliados pelo título); capítulos de livros que tratavam do PSF (avaliados pelo título).

Critérios de exclusão: documentos publicados fora do período 1994 a 2009; publicados em outra língua que não português ou inglês ou espanhol; que não tratavam de nenhuma forma do PSF, de uma ação do PSF ou do PSF como elemento contextual importante; documentos normativos (relatórios técnicos, manuais técnicos, informes técnicos, cadernos técnicos – que não foram resultados de pesquisas) com ou sem resumo; coletâneas; editoriais, resenhas e outros textos publicados em seção de informes de revistas.

Optou-se por não realizar correção de duplicidade de entrada entre dissertações de mestrado/teses de doutorado/TCC e artigos publicados, permanecendo a dupla entrada.

Procedeu-se à leitura de todos os resumos dos documentos encontrados para avaliar se os mesmos preenchiam os critérios de inclusão/exclusão. Nos casos em que o resumo não estava disponível, foram buscados os textos completos nas bases de dados e/ou nos sítios da internet através da ferramenta *Google*. Nos casos em que o texto completo não estava disponível, os documentos foram avaliados pelo título. As coletâneas identificadas no processo de busca foram pesquisadas na Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e aquelas que compunham o referido acervo tiveram seus capítulos incluídos separadamente.

Dos 1.101 documentos iniciais, dos quais 1.091 provenientes das bases eletrônicas e 10 provenientes da pesquisa na Biblioteca do ISC/UFBA, 858 foram incluídos e 243 foram excluídos. Dentre os documentos excluídos, aproximadamente 13% não tratavam de nenhuma forma do PSF e/ou tratavam de serviços de outro nível de complexidade (principalmente encontrados quando foi utilizada a sigla PSF como descritor); 30% mencionavam o PSF, mas este não se configurava como foco ou contexto importante; 26% tratavam de outros modelos de atenção básica; 23% eram documentos técnicos, coletâneas, editoriais, etc; 8% tratavam de programas e/ou serviços estrangeiros.

3.3 Cadastramento e classificação

Para esta pesquisa foram definidas 23 variáveis, visando coletar informações-chave sobre quatro dimensões: características da publicação; características do primeiro autor;

características temáticas e características metodológicas. O Apêndice B detalha as variáveis contidas em cada dimensão.

Foi elaborado um instrumento para cadastramento dos 858 documentos incluídos (Apêndice C). Todos foram submetidos a uma nova leitura do seu resumo, ou do seu título quando foi o caso, para o preenchimento individualizado da ficha de cadastro.

No momento do preenchimento, os documentos eram classificados em “avaliativos” e “não-avaliativos”. Baseado no conceito de Contandriopoulos et al (1997), foram classificados como avaliativos os estudos empíricos que tinham como objetivo o julgamento sobre o próprio PSF, uma ação ou atividade do Programa, ou sobre uma ação em que o PSF aparecia como elemento contextual importante.

Para análise específica dos documentos não-avaliativos, foi definida a variável *objetivos* a ser preenchida segundo os objetivos apresentados pelo (s) autor (es) no seu resumo.

Para a análise específica dos estudos avaliativos, foram definidas quatro variáveis: método da avaliação; abordagem da avaliação; nível da avaliação, atributo avaliado, baseadas na proposta de Vieira-da-Silva (2005). A variável *método* diz respeito às estratégias e desenhos para a pesquisa avaliativa. As estratégias foram classificadas em estruturadas e semi-estruturadas. As estratégias estruturadas incluíram os desenhos experimentais, quase-experimentais e não-experimentais oriundos da Epidemiologia. A variável *abordagem* apresentou como categorias “estrutura”, “processo” e “resultados”.

A variável *nível* refere-se aos níveis do sistema de saúde escolhidos para realizar a avaliação, tendo sido classificados como ações (ações desenvolvidas pelos agentes individualmente), serviços (ações desenvolvidas por diversos agentes articulados direcionados a um grupo etário ou problema de saúde), estabelecimentos (unidades sanitárias de diferentes níveis de complexidade) ou sistema (nível mais complexo de organização das práticas).

A variável *atributo* refere-se às características dos níveis a serem avaliados e auxiliam no aprofundamento do foco da avaliação, tendo sido considerados aqueles que tratam da disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade, equidade), dos efeitos das ações (eficácia, efetividade, impacto), dos custos e produtividade (eficiência), da adequação das ações ao conhecimento técnico-científico vigente (qualidade técnico-científica), da adequação das ações aos objetivos do programa (análise estratégica), do processo de implantação das ações (grau de implantação, análise de implantação), e das características relacionais entre os agentes das ações (usuário X profissional, profissional X profissional, profissional X gestor). O conceito de cada atributo considerado neste estudo está detalhado no Apêndice B.

3.4 Processamento e análise dos dados

Tanto para o conjunto das publicações quanto para o conjunto dos estudos avaliativos, foram realizadas análise descritiva dos dados a partir das variáveis previamente definidas, bem como de evolução temporal com inspeção visual de curvas de tendência. Na análise de algumas variáveis, as categorias menos expressivas foram agrupadas de forma a facilitar a apresentação dos dados.

Quando procedente, para estimar o aumento relativo da produção bibliográfica em relação a certas variáveis, foi calculada a variação do início até o fim do período e a razão entre os valores obtidos entre duas categorias da mesma variável.

Foi utilizado o software EpiInfo (versão 6.04) para o processamento dos dados e tabulação cruzada, tendo a apresentação dos resultados sido feita através de tabelas e gráficos.

4. RESULTADOS

Foram analisados 858 documentos referentes ao conjunto das publicações e, dentre estes, 166 referentes aos estudos avaliativos.

4.1 Caracterização das publicações

A Tabela 1 apresenta as características do conjunto das publicações analisadas. Em relação ao formato da publicação observou-se o considerável volume de artigos, em mais de 70% dos documentos, destacando-se ainda o formato dissertação de mestrado verificado em 12,9%.

Quase a totalidade das publicações utilizou como idioma o português. Esta característica não variou entre os formatos de publicação, periódicos, tipos de documento, classificação de documentos e Regiões. Contudo, destaca-se que a Região Centro-Oeste foi a que concentrou a maior proporção de publicações em inglês (6%) (Tabelas 1 e 2).

A análise do perfil de distribuição entre Regiões demonstrou que mais de 40% dos documentos trataram de municípios ou Estados da Região Sudeste, seguido das Regiões Nordeste e Sul, respectivamente. Estas três Regiões concentraram pouco mais de 90% das publicações sobre o tema. Na Região Norte, observou-se a maior proporção de publicações no formato relatório de pesquisa (10%), enquanto na Região Sudeste observou-se a maior proporção nos formatos dissertação de mestrado (22%) e tese de doutorado (7%) e na Região Sul a maior proporção no formato TCC (19%) (Tabelas 1 e 2).

Em relação ao sexo do primeiro autor, verificou-se destacado predomínio de primeiros autores do sexo feminino (77,3%), tendo a Região Centro-Oeste a menor proporção de primeiros autores do sexo masculino (14%). Esta característica variou na Região Norte, onde se observou uma distribuição mais homogênea em relação ao sexo dos primeiros autores, sendo 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino (Tabelas 1 e 2).

Predominaram os documentos do tipo empíricos (88,6%), sendo que na observação do seu percentual por Regiões, todas tiveram este tipo de documento variando entre 95 e 100% (Tabelas 1 e 2).

Quanto à classificação dos documentos, quase 80% deles foram não-avaliativos. Padrão semelhante foi verificado nas Regiões Sudeste e Sul, entretanto, as Regiões Norte, Nordeste e

Centro-Oeste tiveram as maiores proporções de estudos avaliativos, respectivamente 35%, 33,5% e 33% (Tabelas 1 e 2).

Na análise das características temáticas, observou-se que 90% das publicações tiveram como sujeitos participantes profissionais e usuários. Esta característica se manteve entre todas as Regiões, porém apenas na Região Norte a proporção de usuários foi quase duas vezes maior que a de profissionais (Tabelas 1 e 2).

Entre os grupos-alvo, excetuando-se o grupo “outros”, verificou-se que, respectivamente, crianças, mulheres e idosos foram os mais abordados no conjunto das publicações. Estes três grupos configuraram entre os mais enfocados em todas as Regiões, com exceção da Região Sul onde o grupo “trabalhador” substituiu o grupo “mulher”. Analisando a contribuição de cada um dos três grupos entre as Regiões, verificou-se que o grupo “crianças” foi o mais abordado apenas na Região Nordeste; o grupo “mulher” foi o mais abordado nas Regiões Norte e Sudeste e o grupo “idoso” foi o mais abordado nas Regiões Centro-Oeste e Sul (Tabelas 1 e 2).

Quanto aos problemas de saúde, observou-se maior proporção daqueles relacionados à saúde mental e à saúde bucal, respectivamente. Estes dois grupos figuraram entre os mais discutidos em todas as Regiões, com exceção das Regiões Norte e Centro-Oeste onde “saúde mental” e “saúde bucal”, respectivamente, não foram problemas de saúde contemplados. Analisando a contribuição de cada um dos problemas de saúde entre as Regiões, observou-se que “hanseníase” foi o mais abordado na Região Norte e “saúde mental” foi o mais abordado nas demais Regiões (Tabelas 1 e 2).

A Tabela 3 apresenta os principais veículos utilizados para a divulgação dos artigos. Observou-se que apenas 1/3 dos artigos sobre o PSF (34,5%) foram publicados nos sete principais periódicos nacionais do campo da Saúde Coletiva. Destes, 14,3% encontrava-se em revistas classificadas como Qualis A2, e 18,4%, em revistas com Qualis B1 destacando-se Cadernos de Saúde Pública e Ciência & Saúde Coletiva como as mais frequentes.

Em relação às Regiões, observou-se na Região Nordeste a maior proporção de artigos publicados em periódicos Qualis A2, B1 e B2 (52%) e na Região Centro-Oeste a menor proporção (19%) (Tabela 4).

Na análise sobre o tema abordado nas publicações não-avaliativas, verificou-se que 15,7% trataram do modo de atuação de determinadas categorias profissionais no PSF, com o intuito de demonstrar sua contribuição na equipe mínima, ou certa adequação do perfil para o desenvolvimento das ações previstas no Programa (Tabela 5). A principal categoria profissional estudada foram os enfermeiros, e a leitura dos resumos permitiu identificar que a

abordagem focalizou especialmente discussões acerca do seu papel como gerente/líder de equipe, como articulador de processos de educação permanente com ACS e pessoal auxiliar e a importância do seu trabalho assistencial e educativo junto a grupos relacionados às ações programáticas, bem como no desenvolvimento do acolhimento e humanização. A importância e o modo de trabalho dos ACS também foram bastante tematizados, bem como a inserção dos cirurgiões-dentistas no PSF.

Outros temas em destaque nas publicações não-avaliativas foram a prevalência de agravos ou seus fatores de risco e o perfil da população adscrita ao PSF, no reforço à necessidade das equipes de saúde da família programarem suas ações de acordo com o perfil epidemiológico das comunidades do território.

Apesar de o PSF ter sido implantado no ano de 1994, a análise da evolução temporal das publicações compiladas mostrou que as primeiras publicações sobre o Programa só apareceram nas bases de dados consultadas a partir de 1998. Observou-se uma clara tendência ascendente no número de publicações acerca do PSF no Brasil, chegando ao final de 2009 com uma variação no seu volume de 23,6 vezes a mais que no início do período (Gráfico 1). Entretanto, a análise do perfil de distribuição entre os anos revelou dois padrões distintos: até 2004, dez anos após a implantação do PSF no país, haviam sido produzidos menos de um terço das publicações sobre o tema, tendo o seu maior volume (70,5%) sido publicado nos últimos cinco anos (2005 a 2009).

O Gráfico 2 demonstra a evolução histórica da produção bibliográfica em relação aos formatos de publicação. Até o ano 2002, o número de publicações nos diversos formatos não apresentava grande variação entre si. A partir de 2003, o formato artigo despontou como o mais utilizado na publicação de documentos sobre o tema até o final do período analisado. Dissertações de mestrado e teses de doutorado apresentaram tendência crescente desde o ano 2000 até 2006, vindo sofrer reduções a partir de 2007. O distanciamento entre os dois principais formatos de publicação (artigo e dissertação/tese) ocorreu de tal forma que a razão entre artigos e dissertações/teses variou de 2:1 em 2003 para 18:1 em 2009. Documentos sob formato de TCC, relatório de pesquisa, capítulo de livro e livro apresentaram pequenos picos entre os anos 2002 e 2003, porém durante todo o período mantiveram-se pouco expressivos em relação ao conjunto das publicações.

Analisando-se a distribuição dos artigos em relação aos periódicos onde foram publicados (Gráfico 3), verificou-se que, até 2001, a publicação de artigos sobre o PSF teve como veículo quase exclusivo os periódicos classificados entre os Qualis B3 a C. A partir de 2004, em que pese o salto verificado na publicação de artigos neste grupo de periódicos desde o ano

anterior, observou-se, também, um progressivo aumento na publicação de artigos em periódicos de Qualis A2, B1 e B2. A variação no volume de publicação entre os periódicos Qualis B3 a C em 2009 chegou a ser 54 vezes maior que no início do período, enquanto o volume de publicação nos sete principais periódicos do campo da Saúde Coletiva chegou a ser 50 vezes maior. Entre 2004 e 2009, a razão entre os artigos publicados em periódicos Qualis B3 a C e os periódicos Qualis A2, B1 e B2 teve o seu maior valor em 2007 (3,2:1) e o menor, em 2009 (1,05:1). *Cadernos de Saúde Pública* e *Ciência & Saúde Coletiva* destacaram-se como os periódicos com a maior colaboração individual no conjunto dos sete periódicos, especialmente no período de 2003 a 2009.

O Gráfico 4 apresenta a distribuição dos documentos compilados em relação ao idioma de publicação. A partir de 2000, observou-se um salto progressivo no número de documentos publicados em português, acompanhando a tendência de publicações sobre o tema. Documentos em inglês só apareceram a partir de 2006, mas em número bastante discreto. Documentos em espanhol foram praticamente inexpressivos em todo o período analisado, apesar das fontes de dados terem sido bases eletrônicas latino-americanas.

Particularmente a partir de 2002, a produção bibliográfica sobre o PSF teve sua realização concentrada nas Regiões Sudeste, Nordeste e Sul, respectivamente. Os períodos de maior aproximação numérica entre as duas primeiras Regiões foram os anos 2004, 2007 e 2009, quando a razão entre as mesmas foi de quase 1:1. Entretanto, no último ano, observou-se um razoável declínio no número de publicações realizadas na Região Sudeste. Já em relação às publicações realizadas na Região Sul, observou-se uma tendência de aumento progressivo a partir de 2004. A produção bibliográfica em municípios e/ou estados das Regiões Norte e Centro-Oeste era praticamente inexpressiva até 2001; a partir de 2002 apresentou discreto aumento, porém sem regularidade. Calculadas as razões entre as publicações realizadas na Região Sudeste e nas Regiões Norte e Centro-Oeste, nos melhores anos destas (respectivamente 2009 e 2008), observou-se que para cada publicação realizada em municípios ou estados da Região Norte e Centro-Oeste, haviam, respectivamente, 8,75 e 5,4 realizadas na Região Sudeste (Gráfico 5).

O Gráfico 6 apresenta a distribuição das publicações quanto ao sexo do primeiro autor. Apesar de apresentar uma trajetória ascendente durante todo o período estudado, os primeiros autores do sexo masculino só corresponderam à maioria no ano de 1999. A partir de 2000, a sua diferença numérica com os primeiros autores do sexo feminino foi aumentando, atingindo o seu ápice no ano 2007. Em 2008, ano com a maior quantidade de autores do sexo masculino, a razão entre os autores do sexo feminino e masculino ainda foi de 2,5:1.

Documentos empíricos predominaram entre os tipos de documento publicados sobre o PSF durante todo período. A partir de 2003 observou-se um destacado incremento numérico dos documentos empíricos em relação aos teóricos, de forma que aqueles chegaram ao final de 2009 com quase 28 vezes mais publicações que no início do período, enquanto estes aumentaram apenas 7 vezes (Gráfico 7).

Em relação à classificação dos documentos, verificou-se que as publicações não-avaliativas experimentaram uma trajetória totalmente ascendente entre 2000 e 2008. Os estudos avaliativos também tiveram ascensão no período, entretanto, com um menor incremento ao longo do tempo. Em 2008, observou-se o pico máximo de publicações avaliativas e não-avaliativas; neste ano a razão entre os dois tipos de documentos (não-avaliativos/ avaliativos) chegou a 3,6:1, segunda menor razão encontrada no período. Entretanto, para ambos, foi observado um pequeno declínio em 2009 (Gráfico 8).

No período de 2000 a 2009, houve uma tendência crescente de participação de profissionais, seguido de usuários, como sujeitos das publicações sobre o PSF. Publicações que tiveram gestores como sujeitos apresentaram um discreto aumento a partir de 2004, entretanto permaneceram oscilando com o grupo de outros sujeitos até 2009. No final do período analisado, o número de publicações que tiveram profissionais como sujeitos havia aumentado em 55 vezes, os que tiveram usuários aumentaram em 18 vezes e os que tiveram gestores aumentaram apenas em 3 vezes.

Analisando as publicações quanto à abordagem de grupos relacionados às ações programáticas do PSF, observou-se que, no período de 2001 a 2004, os grupos específicos apresentaram-se em patamares semelhantes. Houve um pequeno destaque para aqueles que abordaram os grupos idosos entre 2006 e 2008, crianças e adolescentes entre 2005 e 2007 e mulheres nos anos 2004 e 2007 a 2009; os grupos trabalhadores, adultos e homens tiveram um aumento mais significativo apenas nos últimos três anos. Chamou a atenção o elevado número de publicações classificadas na categoria “outros”; a partir da leitura dos resumos observou-se que grande parte dos documentos discutiu questões relacionadas à população geral e não a grupos específicos (Gráfico 10).

Na mesma perspectiva das ações programáticas, analisaram-se os principais problemas de saúde abordados pelas publicações. Entre 2004 e 2009, tiveram destaque as publicações que abordaram hipertensão arterial e diabetes (2006 a 2009), saúde mental (2006 a 2009) e saúde bucal (2004 a 2009). As publicações que abordaram DST/HIV/AIDS vieram em tendência crescente a partir de 2004, mas declinaram em 2009; aquelas que abordaram hanseníase e tuberculose tiveram maior expressão apenas em 2009. Em todo o período, destacaram-se os

documentos classificados na categoria “outros”, que incluíram uma diversidade de condições de saúde-doença não circunscritas apenas às ações programáticas tradicionais (Gráfico 11).

Em relação aos objetivos das publicações não-avaliativas, a partir de 2002 observou-se um destacado número daqueles que objetivaram discutir a atuação de categorias da equipe mínima no PSF e a partir de 2004, para aqueles que objetivaram verificar a prevalência de agravos e fatores de risco e o perfil da população na área adscrita (Gráfico 12).

4.2 Especificidades dos estudos avaliativos

Os estudos avaliativos sobre o PSF publicados no período de 1998 a 2009 representaram quase 20% do total de publicações.

Em consonância com o conjunto dos documentos compilados, o artigo foi o formato mais utilizado para a publicação dos estudos avaliativos (65,1%), seguido do formato dissertação de mestrado (14,5%). Esta característica predominou entre as Regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste. O formato relatório de pesquisa teve mais expressão entre os estudos avaliativos que entre o conjunto dos estudos (Tabelas 6 e 7).

A quase totalidade dos estudos avaliativos utilizou como idioma o português, característica que predominou entre as variáveis: formato de publicação, periódico, sexo, tipo e classificação do documento, local do estudo, sujeitos, grupo-alvo e problema de saúde abordados. Quanto aos demais idiomas incluídos neste estudo, verificou-se que os cinco estudos avaliativos em inglês foram publicados por primeiros autores do sexo feminino, no formato artigo, tendo a Região Centro-Oeste concentrado a maior proporção de publicações neste idioma (17%) (Tabelas 6 e 7).

Diferentemente do conjunto das publicações, quase 40% dos estudos avaliativos trataram de municípios ou estados da Região Nordeste, seguido pelas Regiões Sudeste e Sul. As Regiões Norte e Centro-Oeste, juntas, concentraram pouco mais de 10% dos estudos avaliativos. Entretanto, apresentaram as maiores proporções de publicações no formato relatório de pesquisa, respectivamente 29% e 17% (Tabelas 6 e 7).

Mais de 2/3 dos estudos avaliativos tiveram o primeiro autor do sexo feminino. Esta característica foi verificada em todas as Regiões, com exceção da Região Norte, onde 60% dos primeiros autores foram do sexo masculino e apenas 40% do sexo feminino. A Região Sul teve a menor diferença percentual entre os sexos (44% masculino e 56% feminino) enquanto a Região Centro-Oeste teve a maior diferença percentual (10% masculino e 90% feminino)

(Tabelas 6 e 7). Primeiros autores do sexo feminino também predominaram nas variáveis “problema de saúde abordado”, “sujeitos do estudo” e “grupo-alvo abordado”. Houve exceção no sujeito “outros” e no grupo-alvo “trabalhador”, onde todos os autores foram do sexo masculino; no grupo-alvo “idoso”, a proporção de ambos os sexos foi de 50%.

Outra diferença foi verificada entre os sujeitos participantes dos estudos, predominando os usuários em mais da metade dos estudos avaliativos, seguido dos profissionais em quase 1/3 dos mesmos. Esta tendência foi observada em relação a todas as Regiões, ressaltando-se que na Região Norte 100% dos sujeitos foram usuários e nas Regiões Centro-Oeste e Sudeste houve empate no percentual de profissionais e gestores (Tabelas 6 e 7).

Excetuando-se o grupo “outros”, que predominou em quase metade dos estudos avaliativos, os principais grupos-alvo abordados foram crianças e mulheres. Os idosos foram abordados em menor proporção quando comparado ao conjunto dos estudos. Analisando-se as Regiões, separadamente, observou-se maior relevância para o grupo de idosos nos estudos realizados na Região Sul (23%) (Tabelas 6 e 7).

Cerca de 40% dos estudos avaliativos enfocaram hipertensão arterial, saúde bucal e diabetes mellitus como problemas de saúde. Os problemas hipertensão arterial e diabetes mellitus predominaram em quase todas as Regiões, exceto em estudos realizados na Região Centro-Oeste, onde trataram apenas da tuberculose. Nas Regiões Norte e Sudeste a saúde bucal também foi abordada em um número relevante de estudos, assim como a saúde mental na Região Sul (Tabelas 6 e 7).

Analisando-se as características metodológicas, observou-se que na maior parte dos estudos avaliativos os autores optaram pelo desenho Estruturado não-experimental (41,6%), seguido do desenho Semi-estruturado (32%). Entretanto, é importante destacar que, em 16,2% dos estudos, não foi possível identificar, através da leitura dos resumos, o desenho utilizado, o que poderia alterar significativamente o panorama descrito. Todas as Regiões seguiram a mesma tendência, com ressalva para os estudos realizados nas Regiões Norte e Centro-Oeste, onde não havia informação sobre o tipo de desenho do estudo para grande parte deles (Tabelas 6 e 7).

Em apenas um dos estudos analisados foi utilizado o desenho Estruturado experimental; tratou-se de um estudo de intervenção sobre a efetividade do uso do sulfato ferroso no tratamento da anemia ferropriva em crianças de uma área adscrita ao PSF.

Ainda sobre as características metodológicas, observou-se que quatro quintos dos estudos avaliativos tiveram “processo” e “estrutura” como principais abordagens e “serviços” como principal nível da avaliação. Estas características não variaram entre as Regiões, contudo, nas

Regiões Nordeste, Sudeste e Sul também foram realizados estudos que trataram do nível “estabelecimentos” (Tabelas 6 e 7).

Quanto aos atributos, predominaram a análise de implantação em 1/5 dos estudos, seguidos de avaliação de efetividade e avaliação da satisfação dos usuários, cabendo destacar que em 9% dos estudos não foi possível identificar, através da leitura dos resumos, o atributo avaliado. Verificando as diferenças regionais, observou-se que os estudos realizados nas Regiões Norte e Centro-Oeste foram os que apresentaram a menor diversidade de atributos avaliados, contrastando com as demais Regiões (Tabelas 6 e 7).

A Tabela 8 apresenta os principais veículos utilizados para a divulgação dos estudos avaliativos em formato de artigo. Quase 2/3 deles foram divulgados através dos principais periódicos do campo da Saúde Coletiva, com destaque para Cadernos de Saúde Pública, Ciência & Saúde Coletiva e Revista de Saúde Pública que, juntos, concentraram a metade dos artigos publicados. Mais de 32% dos artigos foram divulgados em periódicos Qualis A2 e 24,1% e 4,6%, respectivamente, em periódicos Qualis B1 e B2. A revista Cadernos de Saúde Pública concentrou o maior percentual de artigos em inglês (7%) e a menor diferença percentual entre o sexo dos primeiros autores (47% masculino e 53% feminino).

Analisando-se os veículos de publicação dos artigos entre as Regiões, observou-se na Região Sul a maior proporção de artigos publicados em periódicos Qualis A2, B1 e B2 (52%) e na Região Sudeste a menor proporção (36%) (Tabela 9).

Quanto à evolução temporal, embora tenha apresentado períodos de oscilação, observou-se uma tendência ascendente no número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil, chegando-se ao final de 2009 com uma variação no seu volume de 11,5 vezes a mais que no início do período. De forma semelhante ao conjunto dos estudos, a análise do perfil de distribuição dos estudos avaliativos entre os anos revelou que menos de 1/3 foi publicado nos primeiros dez anos de implantação do PSF, concentrando 71% da sua publicação nos últimos cinco anos (Gráfico 13).

O Gráfico 14 demonstra a evolução histórica do número de estudos avaliativos em relação aos formatos de publicação. Três períodos distintos podem ser identificados nesta evolução: um primeiro período, de 1998 a 2001, caracterizado por uma reduzida produção global e pelo predomínio dos formatos dissertação de mestrado/tese de doutorado sobre artigos e relatórios de pesquisa; um segundo período, de 2002 a 2005, com o aumento da produção global e, em particular, do número de artigos, que passaram a uma razão média de 2:1 com as dissertações de mestrado/teses de doutorado; e um terceiro período, de 2006 a 2009, que concentrou o

maior nível de produção do período, marcado pelo predomínio do formato artigo, seguido de dissertação de mestrado/tese de doutorado numa razão média de 5,4:1.

Analisando-se a distribuição dos artigos em relação aos periódicos onde foram publicados, observou-se que entre 1998 e 2001 os periódicos Qualis B3 a C foram os principais veículos de publicação dos estudos avaliativos. Estes ainda predominaram entre 2002 e 2005, entretanto os periódicos Qualis A2 e B1 já despontavam com um número mais expressivo de artigos. Nos anos 2006, 2008 e 2009, o número de artigos avaliativos publicados em periódicos Qualis A2 já eram maiores que nos periódicos Qualis B3 a C, tendo os periódicos Qualis B1 superado os dois nos anos 2006 e 2009. A publicação de estudos avaliativos no periódico Qualis B2 manteve-se entre zero e um artigo anual. A variação no volume de publicação entre os periódicos Qualis B3 a C em 2009 chegou a ser 3 vezes maior que o início do período, enquanto o volume de publicação nos sete principais periódicos do campo da Saúde Coletiva chegou a 14 vezes (Gráfico 15).

O Gráfico 16 apresenta a distribuição dos documentos compilados em relação ao idioma de publicação. Em todo o período se observou a predominância de estudos avaliativos publicados em português, contrastando com o breve aparecimento de alguns estudos em inglês entre 2006 e 2009, e em espanhol em 2008. Este padrão apresentou-se bastante semelhante ao observado em relação ao conjunto das publicações.

Entre 1998 e 2000, predominaram os estudos avaliativos cujos locais de estudo foram municípios e/ou estados da Região Nordeste. Este predomínio sobre as demais Regiões também foi observado entre 2002 e 2005 e entre 2007 e 2009, sendo superado pela Região Sudeste apenas no ano de 2006. Estudos avaliativos realizados na Região Sudeste começam a aparecer somente a partir de 2000, mantendo uma tendência discretamente ascendente até 2005. Após o pico observado em 2006, volta à tendência observada nos anos anteriores. A Região Sul também apresenta uma trajetória discretamente ascendente a partir de 2002, com oscilações importantes no período, a exemplo do pico de produção em 2008 e retorno ao patamar inicial em 2009. Em que pese o destaque das Regiões Nordeste e Sudeste, é interessante observar que em se tratando dos locais de realização dos estudos avaliativos as Regiões Centro-Oeste e Norte estiveram mais bem representadas, ainda que sem regularidade, e que a diferença numérica entre as Regiões foi menos díspare (Gráfico 17).

Menor disparidade também foi observada quanto à distribuição das publicações em relação ao sexo do primeiro autor. Ainda que tenham predominado primeiros autores do sexo feminino, observou-se uma maior participação de primeiros autores do sexo masculino na publicação de estudos avaliativos, chegando a estarem numericamente bem próximos entre 1998 e 2002. A

partir de 2003 primeiros autores do sexo feminino entram em trajetória claramente ascendente enquanto aqueles do sexo masculino oscilam entre anos de crescimento (2006 e 2008) e redução, chegando a 2009 com uma razão feminino/masculino de 7:1 (Gráfico 18).

Diferenças entre os estudos avaliativos e o conjunto da produção também são observadas em relação aos sujeitos participantes. A partir de 2002, quando a publicação de estudos avaliativos se tornou mais expressiva, observou-se um predomínio dos usuários como sujeitos dos estudos avaliativos, seguidos dos profissionais e, a partir de 2004, dos gestores. Importa destacar o pico apresentado pelos estudos com os três grupos de sujeitos no ano de 2006, quando a razão usuário/profissional foi 1,7:1; usuário/gestor foi 2,4:1 e profissional/gestor foi 1,4:1 (Gráfico 19).

Analisando os estudos avaliativos quanto à abordagem de grupos relacionados às ações programáticas do PSF, diferentemente do conjunto das publicações, entre 2001 e 2004 predominaram os grupos, crianças/adolescentes e mulheres. Particularmente a partir de 2005 observou-se uma presença maior dos grupos homem/adulto/idoso/trabalhador, oscilação do grupo mulheres e declínio do grupo crianças/adolescentes. Em que pese a grande expressão de outros grupos, importa ressaltar que os estudos avaliativos vincularam-se mais aos grupos relacionados às ações programáticas que o conjunto das publicações. Ao tratar do grupo crianças/adolescentes, os estudos avaliativos concentraram-se prioritariamente sobre o AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância) e ao tratar do grupo mulheres concentraram-se em avaliar a atenção ao pré-natal e ao planejamento familiar (Gráfico 20).

Na mesma perspectiva das ações programáticas, analisaram-se os principais problemas de saúde abordados pelos estudos avaliativos. Observou-se que foram relativamente poucos os estudos que trataram de problemas de saúde específicos. No universo dos que trataram, hipertensão arterial e diabetes mellitus que vinham em trajetória ascendente desde 2005, apresentaram-se como os principais problemas abordados nos estudos entre os anos 2008 e 2009. Saúde bucal, por sua vez, passou a figurar entre os problemas abordados pelos estudos avaliativos apenas nos últimos quatro anos (2006 a 2009) e saúde mental apenas nos últimos dois anos (2008 e 2009) (Gráfico 21).

O Gráfico 22 apresenta a distribuição das estratégias e desenhos utilizados nos estudos avaliativos. Com exceção da estratégia/desenho estruturada experimental, entre os anos 1998 e 2005, já se observava certo predomínio das estratégias/desenhos estruturado não-experimental e semi-estruturado. Entre 2006 e 2009, observou-se um crescimento isolado das estratégias/desenhos estruturada não-experimental, seguido da semi-estruturada, um discreto crescimento dos estruturados quase-experimentais. A estratégia/desenho estruturado

experimental aparece com um único estudo em 2006. Também na evolução temporal cabe um destaque para a quantidade anual de documentos onde não foi possível identificar a estratégia/desenho do estudo através da leitura do resumo.

Analisando-se as abordagens utilizadas nos estudos avaliativos, observou-se que ao longo de todo o período “estrutura” e “processo” se revezaram como as principais abordagens utilizadas nas avaliações. A partir de 2002, “resultados” começa a aparecer como abordagem dos estudos, mas é particularmente a partir de 2004 que este se apresenta em um número mais significativo de estudos (Gráfico 23).

O Gráfico 24 permitiu observar que a grande maioria dos estudos tratou de avaliar o PSF em nível de serviço, sendo que, apesar de pequena, foi também freqüente a participação de estudos avaliativos em nível de ações do Programa (entre 1999 e 2009) e em nível de estabelecimento (entre 2004 e 2009).

A Tabela 10 demonstra a evolução dos atributos utilizados para avaliar o PSF no período de 1998 a 2009, tanto em relação à quais foram os atributos utilizados para avaliá-lo em cada ano como em relação à quantidade de estudos publicados por atributo, por ano. Os valores globais tornam rapidamente aparente o considerável volume de estudos que fizeram análise de implantação do PSF, bem como aqueles que avaliaram a sua efetividade/impacto e a satisfação de usuários, que juntos representaram quase a metade (46%) do total dos estudos. O período entre 1998 e 2001, caracterizou-se por uma pequena produção global (12 estudos), onde o atributo mais utilizado pelos pesquisadores foi a análise de implantação (3), também já aparecendo estudos sobre efetividade (1), satisfação de usuários (1) e análise estratégica (1). Entre 2002 e 2005, a produção global quadruplicou (52 estudos) em relação ao período anterior, mantendo-se a análise de implantação como o atributo mais avaliado (12), seguido da efetividade/impacto (9) e outros (9). Neste período tornou-se mais expressivo o número de estudos que avaliaram a satisfação de usuários (7); além deste, outros cinco atributos também foram utilizados em menor número. Entre 2006 e 2009, verificou-se a maior produção global de estudos avaliativos, ampliada em quase o dobro de estudos (102 estudos) em relação ao período anterior. Mais uma vez a análise de implantação se configurou como o atributo mais avaliado (17), seguido da efetividade/impacto (14), satisfação de usuários (12). Neste período tornou-se mais expressivo também o número de estudos que avaliaram o atributo acessibilidade (11), além de outros sete atributos. Chegou-se ao final de 2009 tendo todos os atributos contemplados nos estudos de avaliação sobre o PSF.

5. DISCUSSÃO

Este estudo demonstrou que a produção bibliográfica sobre o PSF no Brasil veio se ampliando progressivamente nos quinze anos de existência do Programa e que existem especificidades importantes em relação aos estudos avaliativos. Partindo do pressuposto de que esta produção é resultante do trabalho de sujeitos e que o seu desenvolvimento decorre da interação de diversos fatores que lhe dão forma e conteúdo, buscou-se discutir aqui as principais características identificadas entre os dois conjuntos analisados.

Inicialmente chamou a atenção o fato de que as primeiras publicações sobre o PSF só apareceram nas bases de dados consultadas a partir de 1998. Considerando a base SciELO, esta situação pode ser explicada devido a esta base ter começado a operar regularmente a partir de junho de 1998 (SciELO, 2010). A base LILACS foi implantada em 1982, tendo adotado plenamente a *internet* como meio de produção das fontes e fluxo de informação a partir do lançamento da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) em março de 1998 (LILACS, 2010). No período de 1994 a 1998, supõe-se que o maior volume de publicações sobre o PSF tenham sido documentos técnicos oriundos do Ministério da Saúde, dado o momento inicial de implantação do Programa e a necessidade de divulgação das suas diretrizes e normatizações. Particularmente em relação aos estudos avaliativos, não foram observados na literatura, neste período, iniciativas institucionais no sentido de estimular a sua produção.

Por outro lado, foi interessante observar que, mesmo entre 1998 e 2001, foi pequeno o volume de publicações, não-avaliativas e avaliativas, sobre o PSF. Tomando como base o contexto da implementação do PSF no âmbito do Ministério da Saúde, neste período já se verificava a transferência direta dos recursos do PAB fixo e PAB variável do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Municipais de Saúde (FMS) e o funcionamento dos Pólos de Capacitação em Saúde da Família (Machado, 2008). Além disso, ao final de 2001, o Brasil já contava com 13.155 equipes de Saúde da Família implantadas em 3.682 municípios e com uma proporção de cobertura populacional estimada de 25,99% (Brasil, 2010).

Almeida e Giovanella (2008) destacam que entre 2001 e 2002 foram realizados 11 estudos, em sua maior parte por instituições acadêmicas, consultores contratados ou técnicos do próprio Ministério da Saúde, focando principalmente no processo de implantação do PSF, com predomínio de temas relacionados às condições contextuais necessárias à sua expansão.

Entretanto, as condições que favoreceram a expansão e qualificação do PSF parecem não ter sido suficientes para estimular uma maior produção bibliográfica sobre o tema no período.

Nos últimos oito anos, a produção bibliográfica sobre o PSF parece ter respondido ao aumento de cobertura do Programa e a algumas ações empreendidas pelo Ministério da Saúde, como será discutido abaixo.

Entre 2002 e 2005, o crescimento global no número de publicações pode estar relacionado ao expressivo aumento na cobertura nacional do PSF, por um lado impulsionado pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) que vigorou entre 2003 e 2005, com o objetivo de estimular, por meio da transferência de recursos financeiros fundo a fundo, a expansão da cobertura e qualificação da Saúde da Família nos municípios com população acima de 100 mil habitantes (BRASIL, 2010).

Por outro lado, neste período, foram implementadas pelo Ministério da Saúde propostas de avaliação e monitoramento do funcionamento do PSF no país, como o Pacto da Atenção Básica, Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) e Estudos de Linha de Base (ELB), envolvendo, inclusive, um montante considerável de recursos, que provavelmente influíram positivamente sobre a produção de estudos avaliativos. Participaram dos ELB todos os municípios com mais de 100.000 habitantes, agrupados em 14 lotes e executados por 8 instituições de pesquisa de 6 estados a partir de 2004 (Almeida; Giovanella, 2008).

Ao final de 2005, o PSF estava presente em quase cinco mil municípios, num total de 24.564 equipes implantadas e uma proporção de cobertura populacional estimada de 44,35% (BRASIL, 2010). Neste período algumas experiências municipais já apresentavam maior maturidade de implantação, o que pode ter favorecido a realização de estudos.

Entre 2006 e 2009, a produção bibliográfica global atinge o seu ponto máximo, ainda que modesto quando comparado com a produção em outras áreas da Saúde Coletiva, a exemplo da Epidemiologia, num momento de maior afirmação do PSF como Política de Estado para a atenção básica. Neste período, destacou-se a publicação pelo Ministério da Saúde dos documentos Política Nacional de Atenção Básica (Portaria GM/MS nº 648/06) e Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399/06), onde é reafirmado o papel da atenção básica na reorganização do sistema de saúde e do PSF como sua principal porta de entrada. Observou-se, também, um maior incremento financeiro nos incentivos federais repassados aos municípios, tanto relacionado à sua diversificação como também aos valores (BRASIL, 2006), o que parece ter estimulado uma maior expansão na cobertura do PSF, visto que ao final de 2009 havia mais de 30 mil equipes implantadas em 5.251 municípios e uma proporção de cobertura populacional estimada de 50,69% (BRASIL, 2010).

No tocante aos estudos avaliativos, parece ter sido importante a explicitação do papel do gestor federal na indução da institucionalização da avaliação, vinculada a uma Política de Avaliação e Monitoramento (BRASIL, 2005). Targino (2009) destaca que o desempenho da atividade científica passa por políticas públicas abrangentes do governo em parceria com a sociedade, e não apenas pela reunião de cientistas em torno de objetivos comuns. Outras ações previstas pelo PROESF, como o fortalecimento da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica do Ministério da Saúde (CAAB/MS), a implantação de Núcleos Locais de Monitoramento e Avaliação nos municípios contemplados e a publicação de outros resultados dos ELB parecem ter colaborado com o aumento da sua produção.

Além disso, a partir de 2005, instituições fomentadoras de pesquisa como o CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) em convênio com o Ministério da Saúde financiaram 84 projetos de pesquisa, sendo 18 na modalidade de apoio à dissertação de mestrado, 18 de apoio à tese de doutorado e 48 projetos de auxílio à pesquisa (Almeida; Giovanella, 2008). É possível que outras instituições como FINEP (Financiadora de Estudos e Projetos) e Fundações de Apoio Estaduais também tenham estimulado financeiramente a realização de estudos.

Outro dado que chamou a atenção foi o grande número de publicações em formato de artigo. Certamente este fato tem colaborado com o intercâmbio das experiências de implantação e implementação do PSF em todo o país, visto ser esta uma das formas mais eficientes de divulgação dos conhecimentos produzidos.

Em que pese o aumento significativo de artigos publicados, o Qualis dos periódicos utilizados para a veiculação dos artigos pode se constituir como um analisador da qualidade e abrangência das produções, visto que o Programa Qualis da CAPES está apoiado em dois princípios gerais: circulação e impacto (CAPES, 2010). O conjunto dos artigos sobre o PSF parece carecer de maior investimento por parte dos seus autores, já que na sua grande maioria foram publicados em periódicos Qualis B3 a C. Neste aspecto, os estudos avaliativos se destacaram do conjunto, visto que apresentaram um maior equilíbrio entre os artigos publicados em periódicos Qualis B3 a C e artigos publicados nos sete principais periódicos do Campo da Saúde Coletiva, configurados nas classificações A2, B1 e B2.

Mesmo em se tratando de bases latino-americanas, foram encontrados muito poucos documentos em espanhol. Considerando ser o PSF, em sua implementação, um experiência essencialmente brasileira, a predominância de publicações em português parece ser bem-vinda, ao privilegiar a difusão dos conhecimentos produzidos entre os leitores nacionais (Barreto, 2006). Discutindo sobre a questão do idioma da publicação científica, Barreto

(2006, p.84) destaca que “em áreas aplicadas como a Saúde Coletiva, parte do conhecimento produzido é utilizado por profissionais e não por pesquisadores”. Entretanto, a escolha de não se publicar em inglês pode dificultar a divulgação da experiência brasileira em APS em nível internacional e, possivelmente, influenciar no fator de impacto das revistas (Barreto, 2006).

A análise bibliométrica apontou para um crescimento global da produção, porém este não se apresentou uniforme entre as regiões. A baixa participação de estudos realizados nas Regiões Norte e Centro-Oeste, verificada tanto no conjunto da produção bibliográfica quanto aos estudos avaliativos, sugere carências de investimentos institucionais em Programas de Pós-Graduação na área de Saúde Coletiva como em linhas de financiamento para a realização de estudos, pois não se poderia atribuir a esta baixa produção apenas à situação de cobertura do PSF visto que nas duas Regiões, desde 2005, sete de onze estados apresentaram percentuais de cobertura acima de 50% (Brasil, 2010). Analisando-se informações da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) quanto aos Programas que participam do Fórum de Coordenadores de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, verificou-se apenas um Programa na Região Centro-Oeste (UFMT) e nenhum na Região Norte (ABRASCO, 2010).

A primeira análise que se fez acerca das características metodológicas dos estudos avaliativos tratou do considerável percentual de informações ignoradas verificadas particularmente quanto à estratégia/desenho do estudo e quanto ao atributo avaliado. A dificuldade em obter estas informações a partir da leitura do resumo reforça a importância da suficiência e adequação deste elemento pré-textual, mas certamente se configura em uma das limitações deste estudo em não ter trabalhado com os textos completos.

Verificou-se em relação aos estudos avaliativos o uso de diversas estratégias metodológicas, com prioridade dada pelos autores aos desenhos estruturado não-experimental e não-estruturados, ao que parece, em busca de maior liberdade na combinação de técnicas de coleta. Vieira-da-Silva (2005, p. 20-21) nos afirma que não há método separado da prática de avaliação, refletindo que “cada avaliação é um caso particular”, tanto na formulação da estratégia como na seleção da abordagem e definição de níveis e atributos.

Em relação à abordagem da avaliação cabe destacar que, dada a diversidade terminológica e polissemia conceitual discutida por Vieira-da-Silva (2005), empreendeu-se o esforço de verificar em que sentido os autores estavam avaliando os atributos. Tomando como exemplo o atributo cobertura - que em se tratando da cobertura potencial dizia respeito à estrutura e em se tratando da cobertura real dizia respeito aos resultados, e o atributo acessibilidade - que em se tratando do componente organizacional do serviço corresponderia à estrutura e em se

tratando do efetivo acesso do usuário ao serviço corresponderia aos resultados. Assim, verificou-se que grande parte dos estudos avaliativos preocupou-se com as abordagens estrutura e processo e uma menor parte com os resultados.

Entretanto, dentre os atributos avaliados, caberia um destaque particular para a proporção de estudos que fizeram análise de implantação e para aqueles que analisaram a efetividade/impacto do PSF, particularmente em virtude do esforço de verificar na prática quais os modelos de organização efetivamente assumidos (Medina; Hartz, 2009) e a mensuração dos seus efeitos em situações reais de implantação. Em que pese autores como Trad e Esperidião (2005, p. 304) destacarem a “possibilidade de vieses metodológicos influenciarem o fenômeno da alta satisfação”, cabe ainda observar o expressivo número de estudos de avaliação da satisfação de usuários no conjunto dos estudos avaliativos.

6. COMENTÁRIOS FINAIS

A caracterização aqui empreendida proporcionou um olhar sobre a produção bibliográfica acerca do PSF no Brasil, considerando ser esta uma expressão da relevância política e institucional que a temática da adquiriu nos últimos quinze anos.

Apesar de a análise bibliométrica ter demonstrado uma tendência de crescimento na produção global, verificou-se ainda uma incipiente produção sobre as experiências de implantação do PSF nas Regiões Norte e Centro-Oeste e a necessidade de contínua qualificação desta produção através de maiores investimentos em Programas de Pós-Graduação na área de Saúde Coletiva em todo o país e da desconcentração das iniciativas de financiamento de pesquisas do Ministério da Saúde.

Um dos limites observados neste estudo diz respeito a ter se restringido aos resumos dos documentos, impossibilitando a verificação da procedência dos autores/pesquisadores e as fontes de financiamento, o que ajudaria a compor o cenário/contexto. A desagregação dos dados das Regiões para os Estados também seria importante para a discussão de causas estruturais mais específicas acerca da produção ou não-produção de investigações.

É importante reconhecer que este estudo trabalhou com apenas uma parte da produção realizada sobre o tema, visto que se limitou aos estudos disponíveis nas bases de dados nos dois primeiros meses do ano de 2010, quando certamente ainda havia documentos publicados em 2009 aguardando atualização.

Para avançar sobre a análise bibliométrica realizada, suscita-se a necessidade de ampliação das buscas de publicações sobre o PSF, particularmente dos estudos avaliativos, em bases de dados internacionais como MEDLINE e Web of Science, considerando que este estudo se limitou às bases latino-americanas SciELO e LILACS .

Sugere-se ainda a realização de pesquisas de síntese que tomem como base essa produção já extensa, visto que é preciso conhecer o significado da implantação do PSF sobre a saúde da população e sobre o desempenho do sistema de saúde do país, como aponta Bodstein (2009).

Conclui-se reiterando que os achados deste estudo, devidamente contextualizados histórico, cultural e economicamente, podem vir a subsidiar correções de trajetória nos investimentos em produção bibliográfica acerca da experiência brasileira em APS.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRASCO. **Fórum de Coordenadores de Pós-graduação em Saúde Coletiva**. Disponível em: <<http://www.abasco.org.br/forumsaudecoletiva/programas/Índex.php>>. Acessado em: 06/05/10.

ALMEIDA-FILHO N et al. **Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995)**. American Journal of Public Health, vol 93, n° 12. p. 2037-2043, december 2003.

ALMEIDA PF; GIOVANELLA L. **Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006**. Cadernos de Saúde Pública, 24 (8), p. 1727-1742. , Rio de Janeiro, agosto 2008.

AQUINO RGP. **Estratégia de Saúde da Família**. In: AQUINO RGP et al. Manual para Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família, Vol. II. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, 2002. p. 22-27.

AQUINO, RGP e cols. **Programa de Saúde da Família: análise de sua implantação no Brasil**. In: SILVA, LR (Org.). Diagnóstico em pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009, p. 1031-1040.

Barreto, ML. **Crescimento e tendência da produção científica em epidemiologia no Brasil**. Revista de Saúde Pública, vol.40, n°. spe, p.79-85, agosto 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

_____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família. Informes Técnicos Institucionais**. Revista de Saúde Pública, 34(3), p. 316-9, 2000.

_____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, vol.3, n°1, Jan./Mar 2003.

_____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde – Caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. 36 p.

_____.MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Legislação estruturante do SUS**. Coleção PROGESTORES – Para entender a gestão do SUS, vol. 12. 528p. Brasília, CONASS, 2007.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PROESF Fase 1**. Disponível em <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/proesf/index.php>> Acessado em: 30/04/2010.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família, Dezembro de 1998 a Dezembro de 2009**. Disponível em http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php Acessado em: 30/04/2010.

BODSTEIN, R. **Processo decisório e avaliação em saúde: ampliando o debate sobre o Programa Saúde da Família**. Ciência & Saúde Coletiva, vol.4, supl.1, Rio de Janeiro set/out. 2009.

CAMPOS, GWS et al. **Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia de Saúde da Família**. In: CAMPOS GWS; GUERRERO AVP (Org.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Editora Hucitec, 2008. p. 132-153.

CARVALHO LF. **Bibliometria e Saúde Coletiva: análise dos periódicos Cadernos de Saúde Pública e Revista de Saúde Pública**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP-FIOCRUZ, 2005. 120p. Disponível em < www.bvs.br > ID: 490828.

Cícero, A. **Guardar (poema)**. In: Cícero, A. Guardar. Rio de Janeiro: Record, 1996.

CHAVES SCL; VIEIRA-DA-SILVA LM. **As práticas preventivas no controle da cárie dental: uma síntese de pesquisas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(1), Jan-Fev, p. 129-139, 2002.

CONTANDRIOPOULOS, AP et al. **Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In: Hartz, ZA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-48.

CONILL, EM. **Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.24, supl.1, p.s7-s16. 2008.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

ESPERIDIAO, M; TRAD, LAB. **Avaliação de satisfação de usuários**. Ciência & Saúde Coletiva, vol.10, suppl., pp. 303-312, 2005.

GIOVANELLA, L. et. al. **Atenção Primária à Saúde**. In: GIOVANELLA, L (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 575-625.

GIOVANELLA, L. **Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente?** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1: S7-S27, 2008.

GIL, CRR. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(6): 1171-1181, jun, 2006.

MAIA MFS. **A produção e uso da informação em saúde: estudo bibliométrico da área de epidemiologia.** Dissertação de mestrado. Porto Alegre, UFRGS, 2006. 119p.

MACHADO, CV et al. **Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S42-S57, 2008.

MEDINA, MG; AQUINO, RGP. **Avaliando o Programa de Saúde da Família.** In: SOUSA, MF de (Org.). Os sinais vermelhos do PSF. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEDINA, MG. **Contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde: resultados da avaliação de dois estudos de caso.** Tese de doutorado. Salvador, ISC/UFBA, 2006.

MEDINA, MG; HARTZ, ZMA. **The role of the Family Health Program in the organization of primary care in municipal health systems.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(5):1153-1167, maio, 2009.

MELLO GA; FONTANELLA BJB; DEMARZO MMP. **Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – origens e diferenças conceituais.** Revista APS, v. 12, n° 2, p. 204-213, Abr-Jun, 2009.

MISENER RM; VALAITIS R. **A Scoping Literature Review of Collaboration between Primary Care and Public Health.** Canadian Health Services Research Foundation. September, 2008

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas.** Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde. Washington D.C, OPAS/OMS, 2008.

PAIM, JS. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L (Org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 547-573.

ROSA, WAG; LABATE, RC. **Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência.** Revista Latino-Americana de Enfermagem; 13(6): 1027-34, novembro-dezembro, 2005.

SAMPAIO RF; MANCINI MC. **Estudo de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica.** Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v. 11, n° 1, p. 83-89, Jan-Fev, 2007.

SGUARIO E. **Programa Saúde da Família: potencialidades e limites.** Dissertação de Mestrado. Brasília, UnB, 2008. 116p. (mimeo).

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

Sítio Virtual da CAPES. **Critérios de classificação do Qualis por área: triênio 2007-2009.** Disponível em: <<http://qualis.capes.gov.br/webqualis/ConsultaCriterio2008.faces,p.5>>. Acessado em 19/04/10 às 08:10h.

Sítio Virtual da SCIELO. **Informativo Institucional sobre a SciELO.** Disponível em: <<http://www.scielo.org/php/level.php?lang=pt&Component=56&item=>>>. Acessado em 18/04/10 às 21:38h.

Sítio Virtual da BIREME/LILACS. **Informativo Institucional sobre a BIREME.** Disponível em: <<http://regional.bvsalud.org/local/Site/birene/P/historia.htm>>. Acessado em 18/04/10 às 21:44h

SOUSA, MF. **Programa Saúde da Família no Brasil: Análise da desigualdade no acesso à atenção básica.** Brasília, Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, 2007.249 p.

SOUSA MF; HAMANN EM. **Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?** Revista Ciência & Saúde Coletiva, 14 (Supl. 1), p. 1325-1335, 2009.

TARGINO, MARIA DAS GRAÇAS. **Informação em saúde: potencialidades e limitações.** Inf. Inf., Londrina, v.14, n.1, p.52-81, j a n./j u n.2009.

VANTI NAP. **Da bibliometria à webometria: uma exploração conceitual dos mecanismos utilizados para medir o registro da informação e a difusão do conhecimento.** Ciência da Informação, 31(2), p.152-62, 2002.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. (2005). Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** EDUFBA/FIOCRUZ. Salvador; Rio de Janeiro: 15-39.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Avaliação da qualidade de programas e ações de Vigilância Sanitária. Mimeo, 2006.** Módulo do Mestrado Profissionalizante-Gestão de Sistemas de Saúde ISC/UFBA, 2009.

VIEIRA-DA-SILVA LM; FORMIGLI VLA. **Avaliação em saúde: limites e perspectivas.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (1), p. 80-91, Jan-Mar, 1994.

GRÁFICOS

Gráfico 1

Evolução do número de publicações sobre o PSF no Brasil, 1998 a 2009

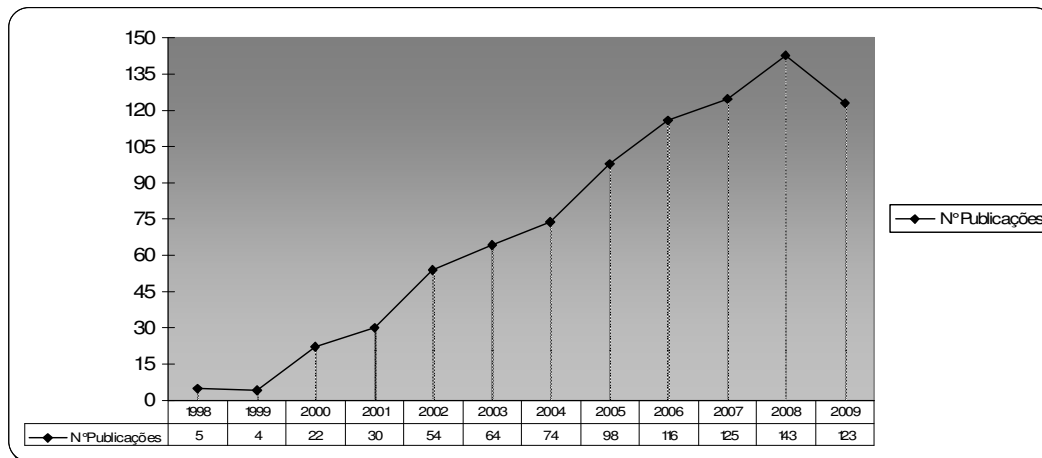


Gráfico 2

Evolução do número de documentos sobre o PSF no Brasil segundo formato de publicação, 1998 a 2009

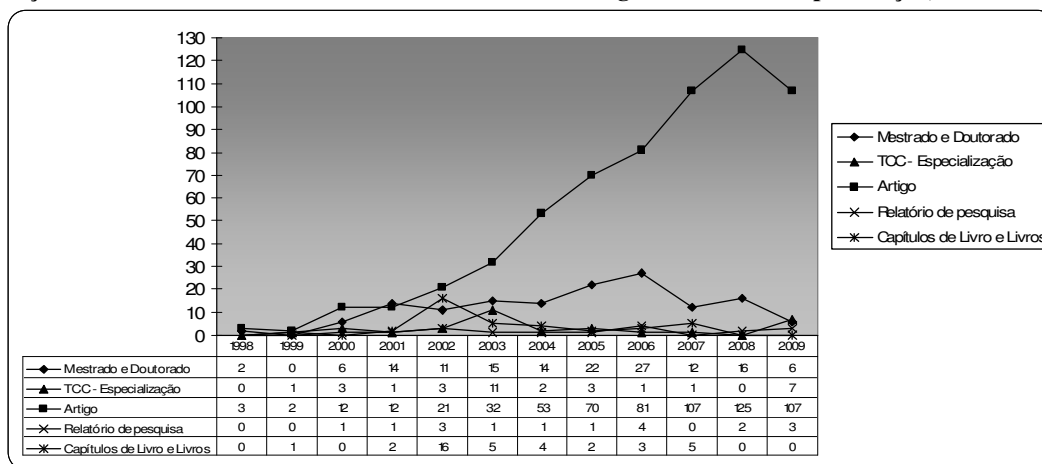


Gráfico 3

Evolução do número de artigos sobre o PSF no Brasil segundo periódico de publicação, 1998 a 2009

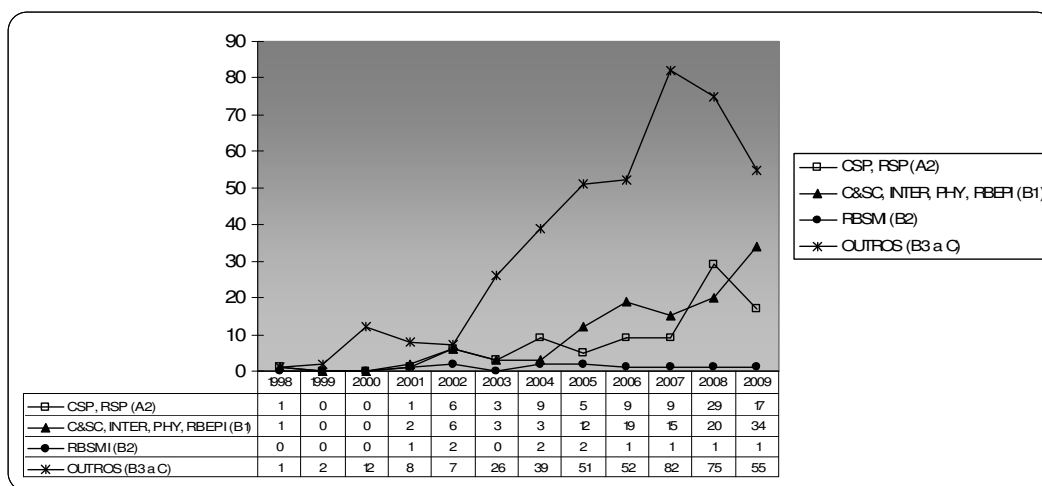


Gráfico 4

Evolução do número de documentos sobre o PSF no Brasil segundo idioma de publicação, 1998 a 2009

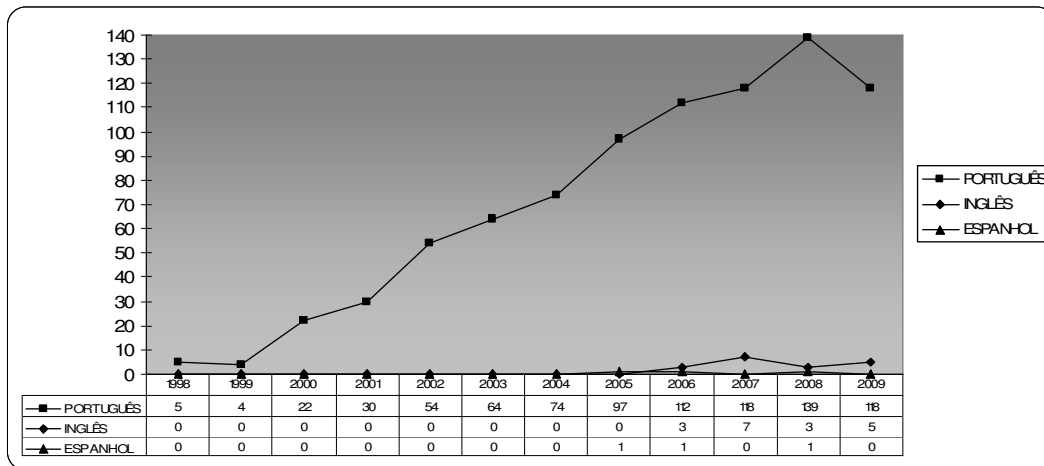


Gráfico 5

Evolução do número de publicações sobre o PSF no Brasil segundo região de realização do trabalho, 1998 a 2009

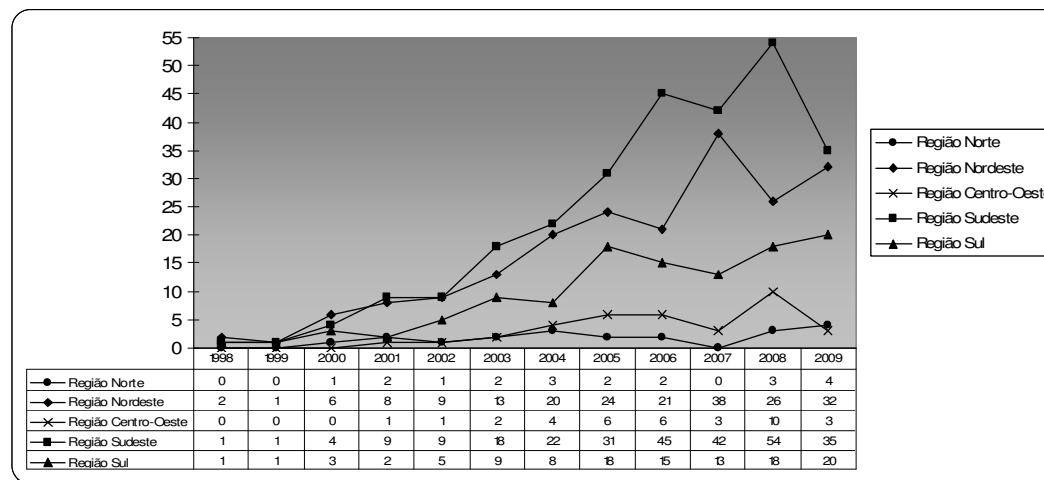


Gráfico 6

Evolução do número de publicações sobre o PSF no Brasil segundo sexo do primeiro autor, 1998 a 2009

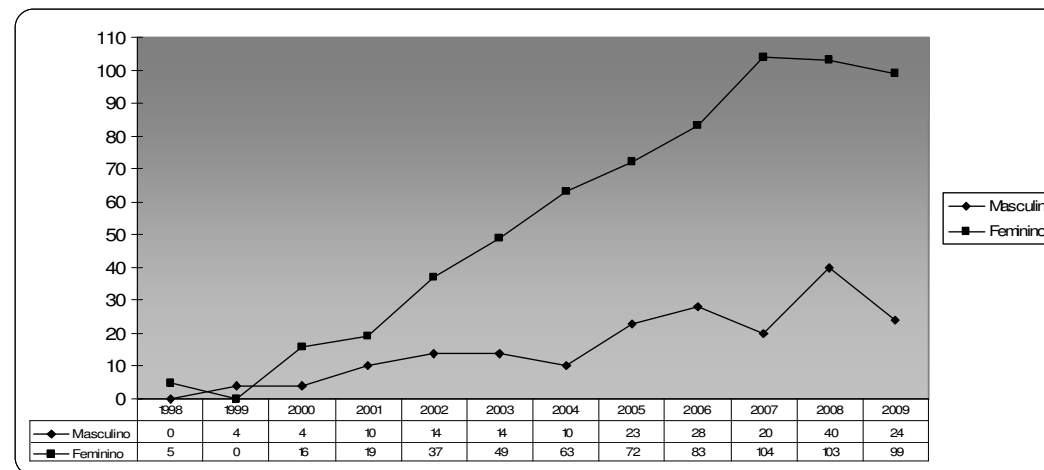


Gráfico 7

Evolução do número de publicações sobre o PSF no Brasil segundo tipo de documento, 1998 a 2009

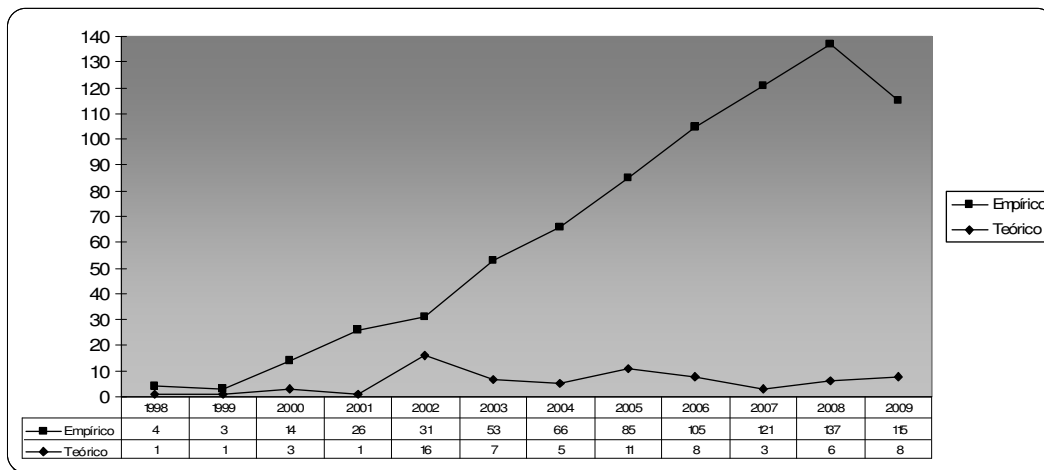


Gráfico 8

Evolução do número de publicações sobre o PSF no Brasil segundo classificação do documento, 1998 a 2009

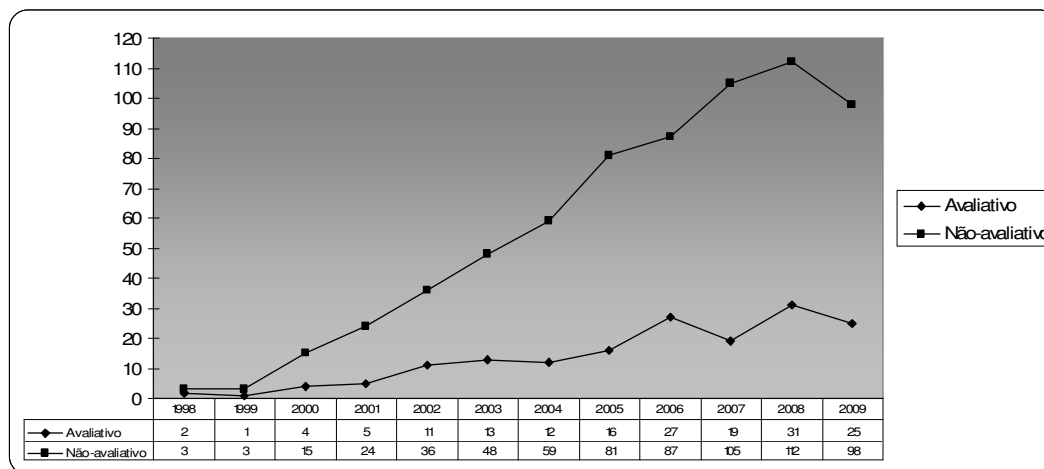


Gráfico 9

Evolução do número de publicações sobre o PSF no Brasil segundo sujeitos participantes, 1998 a 2009

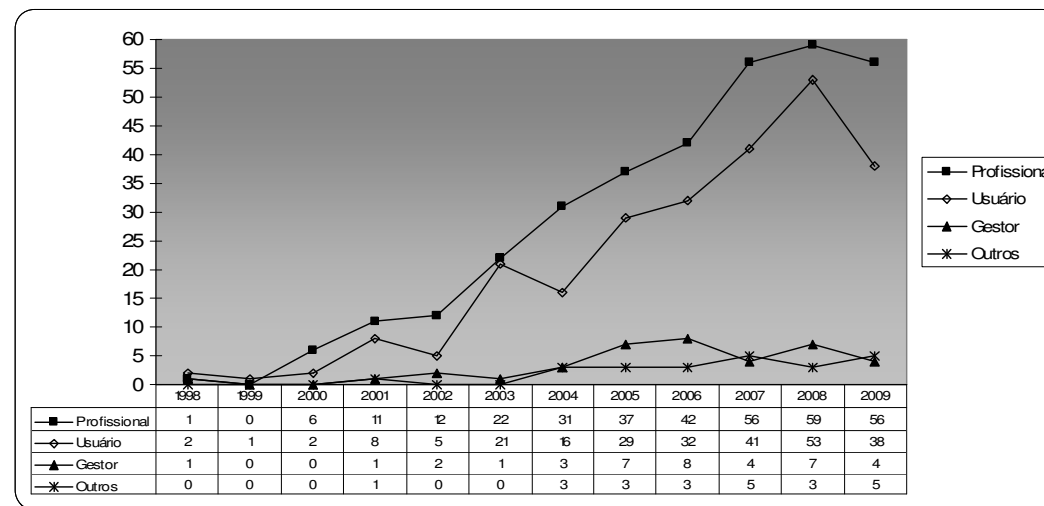


Gráfico 10

Evolução do número de publicações sobre o PSF no Brasil segundo grupos-alvo abordados, 1998 a 2009

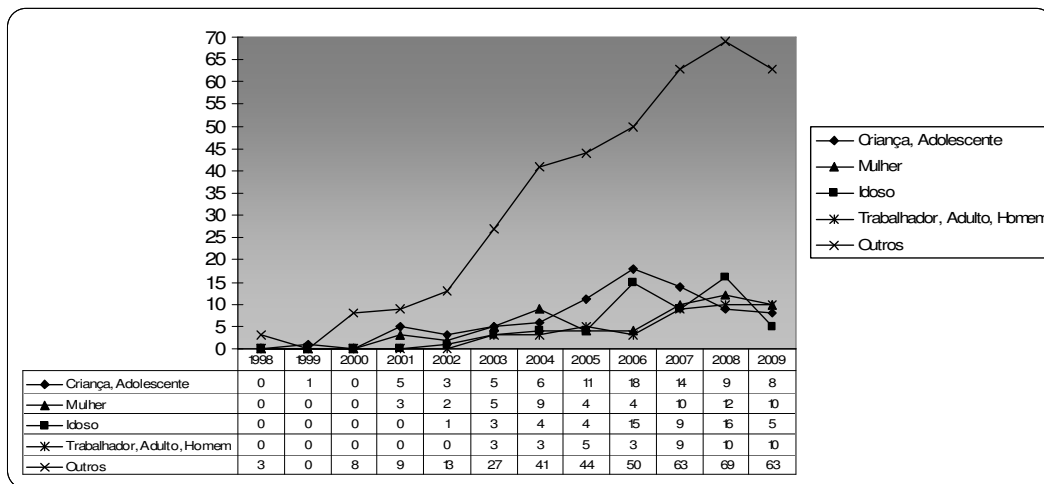


Gráfico 11

Evolução do número de publicações sobre o PSF no Brasil segundo problemas de saúde abordados, 1998 a 2009

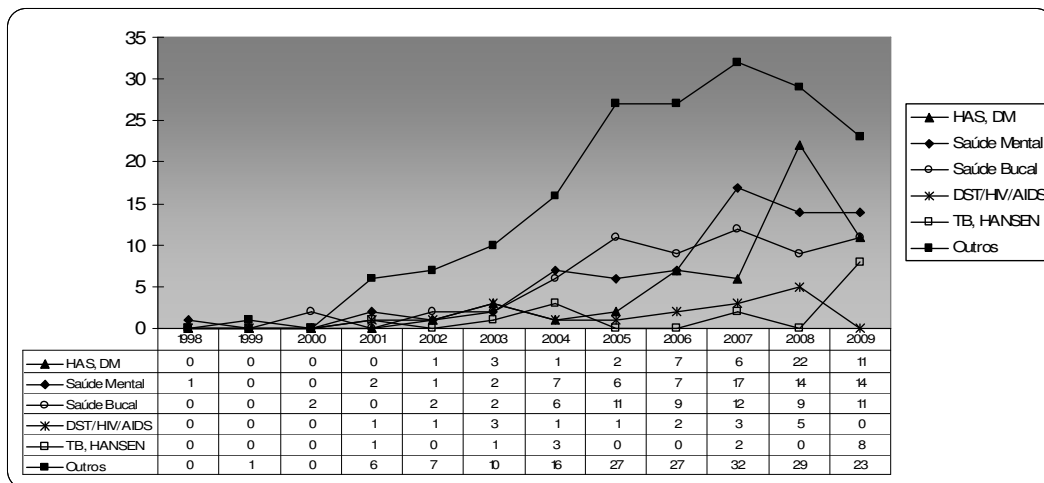


Gráfico 12

Evolução do número de publicações sobre o PSF no Brasil segundo objetivos dos documentos não-avaliativos, 1998 a 2009

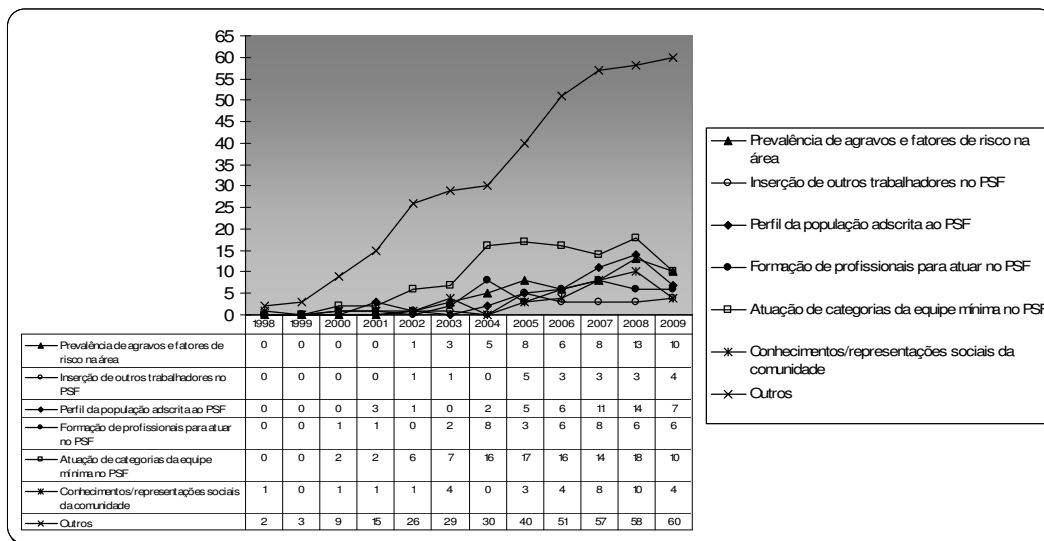


Gráfico 13

Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil, 1998 a 2009

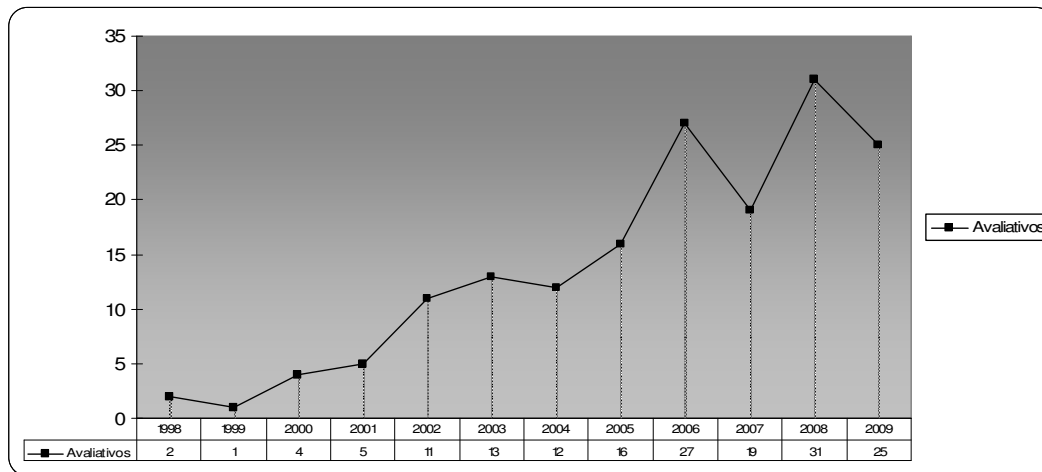


Gráfico 14

Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo formato de publicação, 1998 a 2009

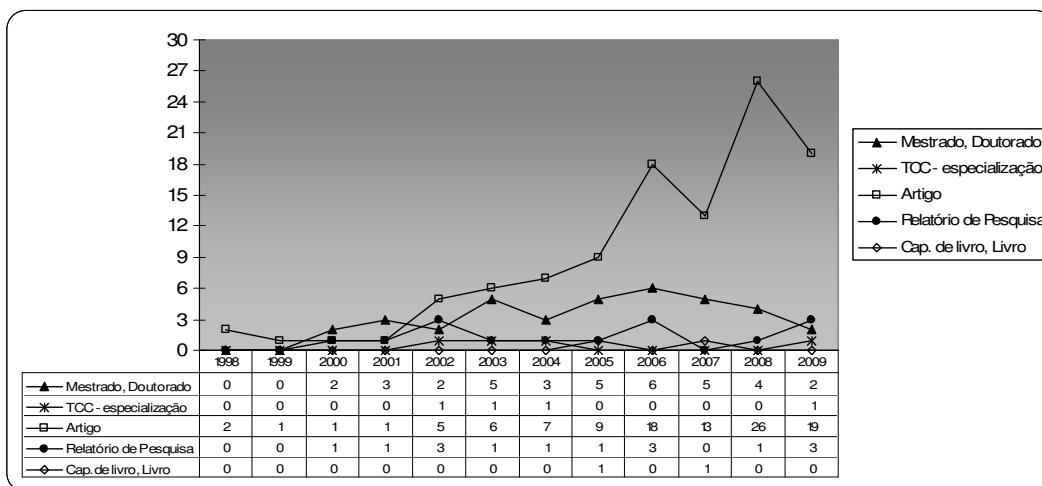


Gráfico 15

Evolução do número de artigos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo periódico de publicação, 1998 a 2009

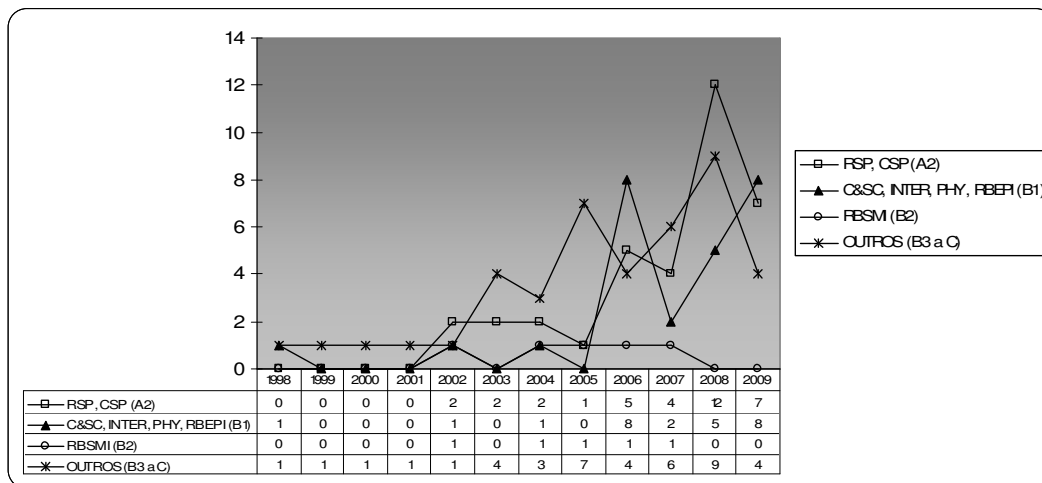


Gráfico 16

Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo idioma de publicação, 1998 a 2009

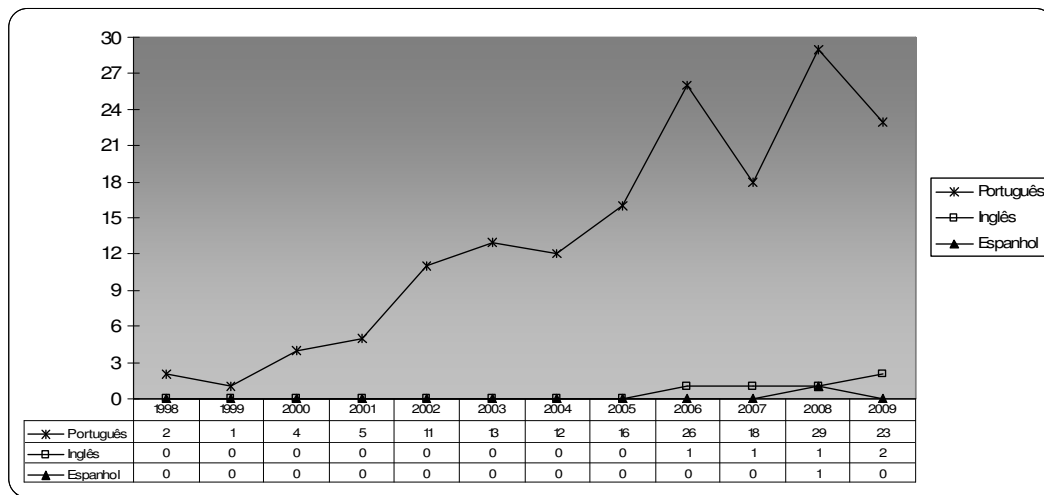


Gráfico 17

Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo região de realização do trabalho, 1998 a 2009

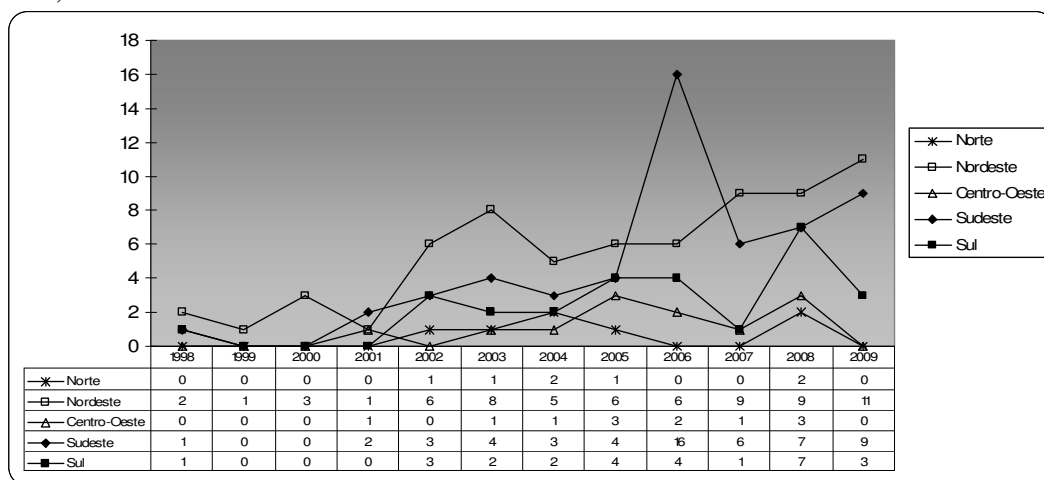


Gráfico 18

Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo sexo do primeiro autor, 1998 a 2009

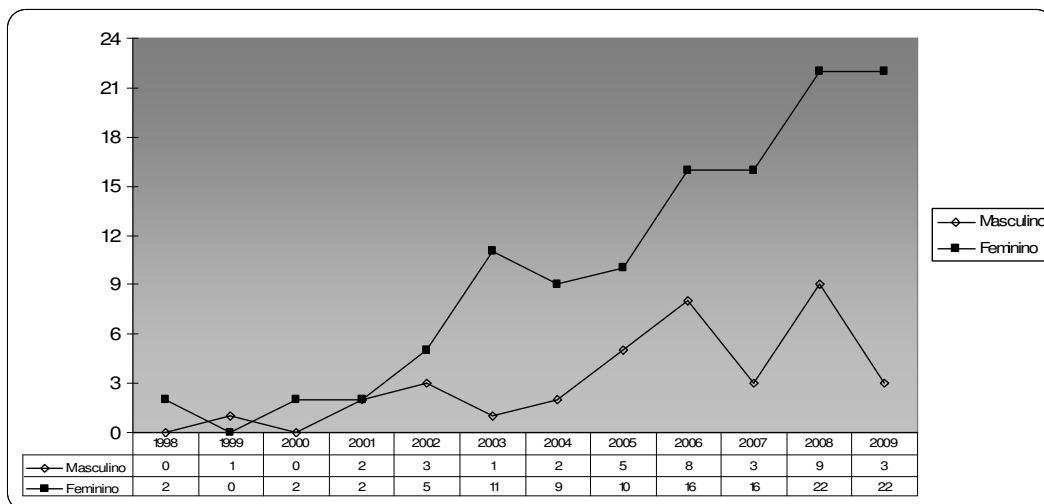


Gráfico 19

Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo sujeito participante, 1998 a 2009

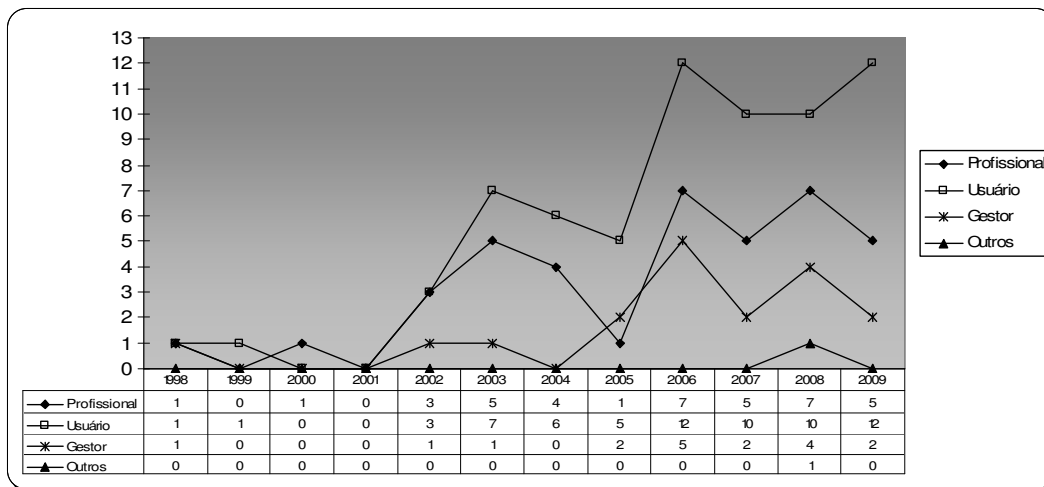


Gráfico 20

Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo grupo-alvo abordado, 1998 a 2009

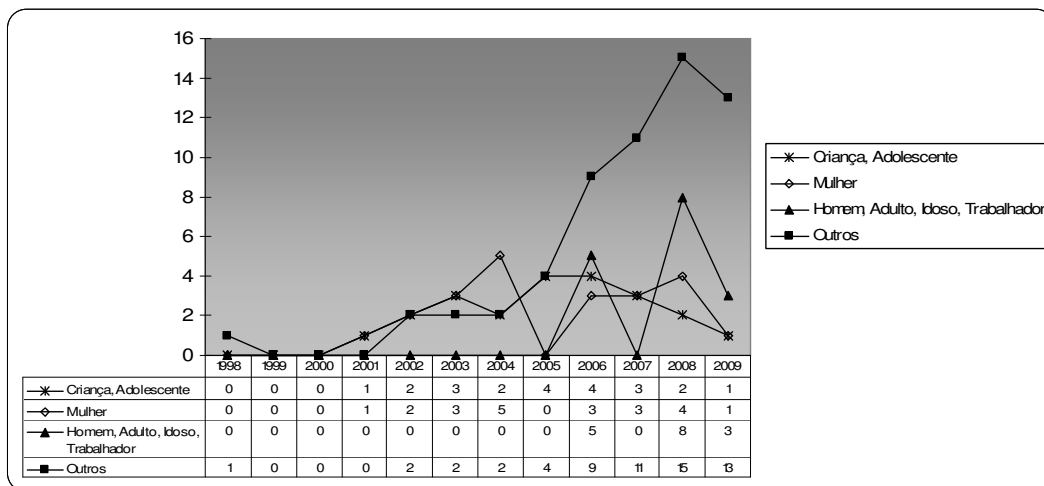


Gráfico 21

Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo problema de saúde abordado, 1998 a 2009

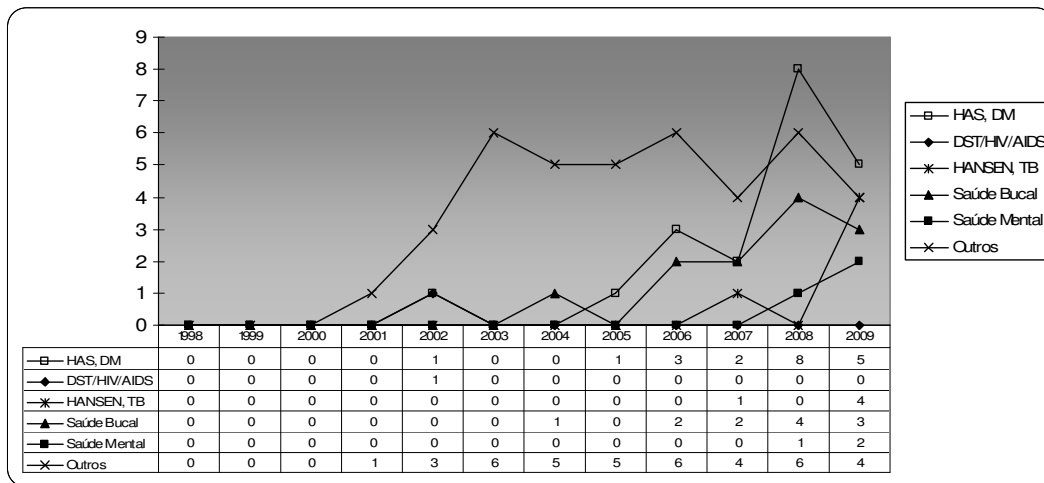


Gráfico 22

Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo estratégia/desenho do estudo, 1998 a 2009

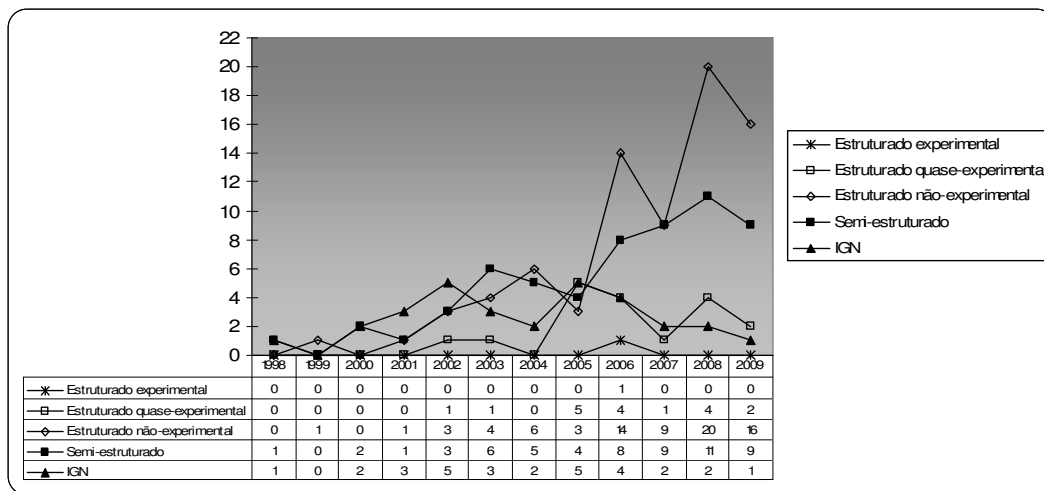


Gráfico 23

Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo abordagem da avaliação, 1998 a 2009

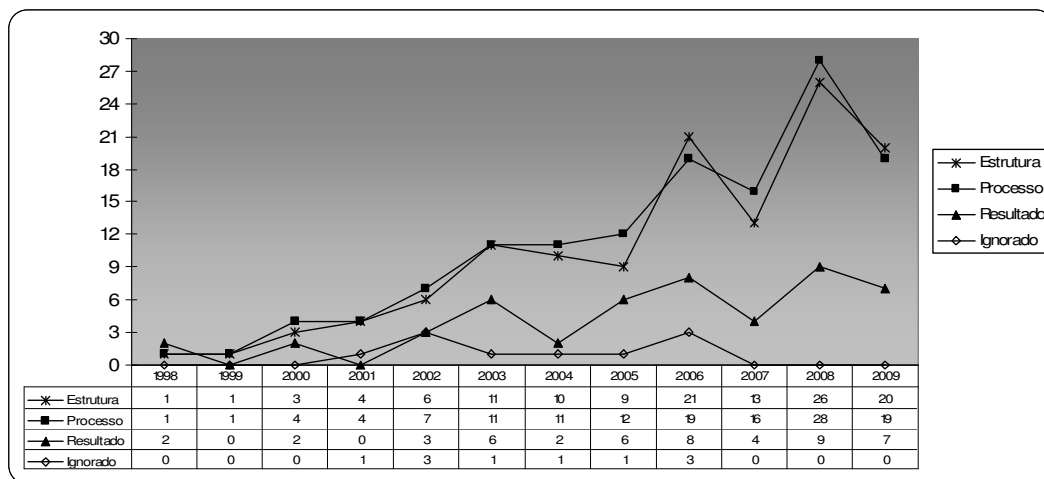
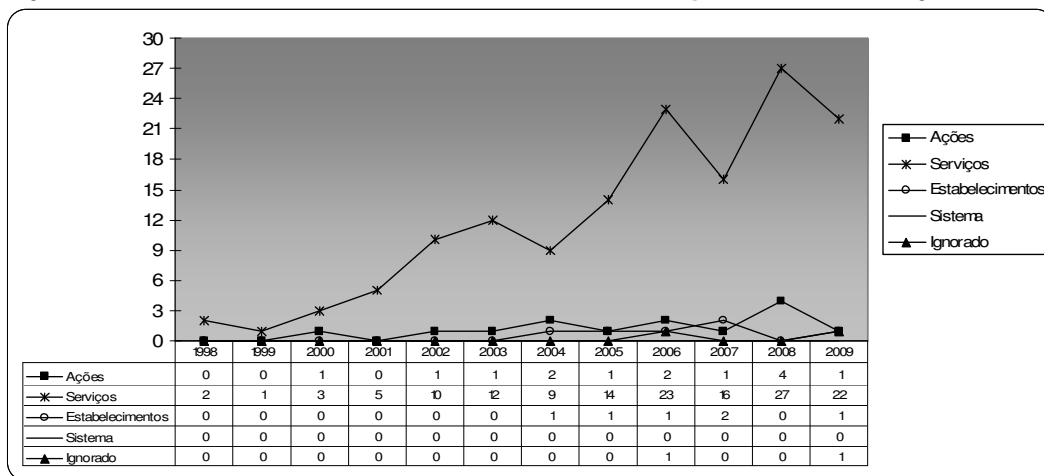


Gráfico 24

Evolução do número de estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo nível da avaliação, 1998 a 2009



TABELAS

Tabela 1

Caracterização geral das publicações sobre o PSF no Brasil, 1998 a 2009

Variável	Nº	%
Características da publicação		
Formato de publicação (n=858)		
Artigo	625	72,8
Dissertação de mestrado	111	12,9
Tese de doutorado	34	4,0
TCC - Especialização	33	3,8
Capítulo de livro	31	3,6
Relatório de pesquisa	17	2,0
Livro	7	0,8
Idioma (n=858)		
Português	837	97,6
Inglês	18	2,1
Espanhol	3	0,3
Local do estudo (n=640)		
Região Sudeste	271	42,3
Região Nordeste	200	31,2
Região Sul	113	17,7
Região Centro-Oeste	36	5,6
Região Norte	20	3,1
Características do primeiro autor		
Sexo do primeiro autor (n=841)		
Feminino	650	77,3
Masculino	191	22,7
Características metodológicas		
Tipo de documento (n=858)		
Empírico	760	88,6
Teórico	70	8,2
Ignorado	28	3,3
Classificação do documento (n=858)		
Não-avaliativo	671	78,2
Avaliativo	166	19,3
Ignorado	21	2,4
Características temáticas		
Sujeitos do estudo (n=642)		
Profissionais	333	51,9
Usuários	248	38,6
Gestores	38	5,9
Estudantes Universitários	14	2,2
Professores Universitários	7	1,1
Outros	2	0,3
Grupo-alvo abordado (n=629)		
Criança	66	10,5
Mulher	59	9,4
Idoso	57	9,1
Trabalhador	23	3,7
Adulto	18	2,9
Adolescente	14	2,2
Homem	2	0,3
Outros	390	62,0
Problema de saúde abordado (n=398)		
Saúde mental	71	17,8

Saúde bucal	64	16,1
Hipertensão arterial	30	7,5
Diabetes mellitus	23	5,8
DST/HIV/AIDS	17	4,3
Tuberculose	12	3,0
Hanseníase	3	0,7
Outros	178	44,7

Tabela 2**Caracterização geral das publicações sobre o PSF no Brasil segundo Regiões, 1998 a 2009**

Variáveis	Região Norte (%)	Região Nordeste (%)	Região Centro-Oeste (%)	Região Sudeste (%)	Região Sul (%)
Características da publicação					
Formato de publicação	(n=20)	(n=200)	(n=36)	(n=271)	(n=113)
Artigo	75	84	89	66	71,5
Dissertação de mestrado	15	9,5	5,5	22	6
Tese de doutorado	0	4	0	7	2
TCC - Especialização	0	0	0	1	18,5
Capítulo de livro	0	0	0	1	1
Relatório de pesquisa	10	2	5,5	3	1
Livro	0	0,5	0	0	0
Idioma	(n=20)	(n=200)	(n=36)	(n=271)	(n=113)
Português	100	98	94	97	97
Inglês	0	1,5	6	2	3
Espanhol	0	0,5	0	1	0
Características do primeiro autor					
Sexo do primeiro autor	(n=18)	(n=196)	(n=34)	(n=265)	(n=112)
Feminino	50	76,5	85	79	63
Masculino	50	23,5	15	21	37
Características metodológicas					
Tipo de documento	(n=20)	(n=200)	(n=36)	(n=271)	(n=113)
Empírico	95	99	100	99	99
Teórico	0	0,5	0	1	0
Ignorado	5	0,5	0	0	1
Classificação do documento	(n=20)	(n=200)	(n=36)	(n=271)	(n=113)
Não-avaliativo	60	66	67	80	74
Avaliativo	35	33,5	33	20	24
Ignorado	5	0,5	0	0	2
Características temáticas					
Sujeitos do estudo	(n=11)	(n=189)	(n=25)	(n=231)	(n=87)
Profissionais	36	53	52	51	51
Usuários	64	39	40	42	46
Gestores	0	8	8	7	3
Grupo-alvo abordado	(n=16)	(n=171)	(n=26)	(n=211)	(n=97)
Criança	0	17	8	8	8
Mulher	25	12	4	12	4
Idoso	13	8	15	7	18
Trabalhador	0	1	0	5	6
Adulto	6	5	0	3	5
Adolescente	0	2	0	2	3

Homem	0	1	0	0	1
Outros	56	54	73	63	55
Problema de saúde abordado	(n=11)	(n=117)	(n=17)	(n=131)	(n=56)
Saúde mental	0	15	29	18	20
Saúde bucal	9	25	0	11	10
Hipertensão arterial	9	9	6	8	9
Diabetes mellitus	9	3	6	8	14
DST/HIV/AIDS	9	4	6	5	2
Tuberculose	0	5	6	2	0
Hanseníase	18	0	6	0	0
Outros	46	39	41	48	45

Tabela 3**Periódicos de divulgação dos artigos sobre o PSF no Brasil publicados entre 1998 e 2009**

Variável	Nº	%
Características da publicação		
Periódico (n=625)		
Cadernos de Saúde Pública (A ₂)	73	11,7
Ciência & Saúde Coletiva (B ₁)	72	11,5
Interface (B ₁)	22	3,5
Physis (B ₁)	16	2,6
Revista de Saúde Pública (A ₂)	16	2,6
Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (B ₂)	11	1,8
Revista Brasileira de Epidemiologia (B ₁)	5	0,8
Outros	410	65,6

Tabela 4**Periódicos de divulgação dos artigos sobre o PSF no Brasil segundo Regiões, 1998 a 2009**

Variáveis	Região Norte (%)	Região Nordeste (%)	Região Centro-Oeste (%)	Região Sudeste (%)	Região Sul (%)
Características da publicação					
Periódico	(n=15)	(n=168)	(n=32)	(n=180)	(n=81)
Cadernos de Saúde Pública (A ₂)	13	24	19	12	16
Ciência & Saúde Coletiva (B ₁)	13	12	0	11	12
Interface (B ₁)	7	4	0	2	0
Physis (B ₁)	7	1	0	4	3
Revista de Saúde Pública (A ₂)	0	4	0	4	5
Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (B ₂)	0	5	0	1	1
Revista Brasileira de Epidemiologia (B ₁)	0	2	0	1	1
Outros	60	58	81	65	62

Tabela 5

Objetivos das publicações não-avaliativas sobre o PSF no Brasil, 1998 a 2009

Variável	Nº	%
Características temáticas		
Objetivo das publicações não-avaliativas (n=689)		
Atuação de categorias da equipe mínima de profissionais no PSF.	108	15,7
Prevalência de agravos e fatores de risco para agravos.	54	7,8
Perfil da população adscrita ao PSF.	49	7,1
Formação de profissionais para atuar no PSF.	41	5,9
Conhecimento/representações sociais da comunidade sobre temas.	37	5,4
Inserção de trabalhadores de outros núcleos da saúde no PSF.	20	2,9
Outros	380	55,1

Tabela 6

Caracterização dos estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil publicados entre 1998 e 2009

Variável	Nº	%
Características da publicação		
Formato de publicação (n=166)		
Artigo	108	65,1
Dissertação de mestrado	24	14,5
Relatório de pesquisa	15	9,0
Tese de doutorado	13	7,8
TCC - Especialização	4	2,4
Capítulo de livro	1	0,6
Livro	1	0,6
Idioma (n=166)		
Português	160	96,4
Inglês	5	3,0
Espanhol	1	0,6
Local do estudo (n=168)		
Região Nordeste	67	39,9
Região Sudeste	55	32,7
Região Sul	27	16,1
Região Centro-Oeste	12	7,1
Região Norte	7	4,2
Características do primeiro autor		
Sexo do primeiro autor (n=154)		
Feminino	117	76
Masculino	37	24
Características temáticas		
Sujeitos do estudo (n=125)		
Usuários	67	53,6
Profissionais	39	31,2
Gestores	18	14,4
Professores Universitários	0	0
Estudantes Universitários		
Outros	1	0,8

Grupo-alvo abordado (n=119)		
Criança	22	18,5
Mulher	22	18,5
Idoso	8	6,7
Adulto	7	5,9
Trabalhador	1	0,8
Adolescente	0	0
Homem		
Outros	59	49,6
Problema de saúde abordado (n=81)		
Hipertensão arterial	12	14,8
Saúde bucal	12	14,8
Diabetes mellitus	8	9,9
Tuberculose	5	6,2
Saúde mental	3	3,7
DST/HIV/AIDS	1	1,2
Hanseníase	0	0
Outros	40	49,4

Tabela 6 Continuação**Caracterização dos estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil publicados entre 1998 e 2009**

Variável	Nº	%
Características metodológicas		
Tipo de documento (n=166)		
Empírico	166	100
Estratégia/Desenho do estudo (n=185)		
Estruturado Não-experimental	77	41,6
Semi-estruturado	59	32,0
Estruturado Quase-experimental	18	9,7
Estruturado Experimental	1	0,5
Ignorado	30	16,2
Abordagem da avaliação (n=317)		
Processo	133	42,0
Estrutura	125	39,4
Resultado	49	15,5
Ignorado	10	3,1
Nível da avaliação (n=166)		
Serviços	144	86,7
Ações	14	8,4
Estabelecimentos	6	3,6
Sistema	0	0
Ignorado	2	1,2
Atributo avaliado (n=166)		
Cobertura	5	3,0
Acessibilidade	13	7,8
Equidade	2	1,2
Efetividade/Impacto	24	14,5
Custos/Eficiência	1	0,6
Qualidade técnico-científica	6	3,6
Análise estratégica	8	4,8
Grau de implantação	8	4,8
Análise de implantação	32	19,3
Satisfação do usuário	20	12,0

Relação profissional x profissional	0	0
Relação profissional x gestor		
Mais de um atributo	3	1,8
Outro	19	11,4
Não se aplica	10	6,0
Ignorado	15	9,0

Tabela 7

Caracterização dos estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo Regiões, 1998 a 2009

Variáveis	Região Norte (%)	Região Nordeste (%)	Região Centro-Oeste (%)	Região Sudeste (%)	Região Sul (%)
Características da publicação					
Formato de publicação	(n=7)	(n=67)	(n=12)	(n=55)	(n=27)
Artigo	57	75	66	58	63
Dissertação de mestrado	14	13	17	16	7
Tese de doutorado	0	6	0	13	15
TCC - Especialização	0	0	0	0	11
Capítulo de livro	0	0	0	2	0
Relatório de pesquisa	29	6	17	11	4
Livro	0	0	0	0	0
Idioma	(n=7)	(n=67)	(n=12)	(n=55)	(n=27)
Português	100	97	83	93	100
Inglês	0	3	17	5	0
Espanhol	0	0	0	2	0
Características do primeiro autor					
Sexo do primeiro autor	(n=5)	(n=63)	(n=10)	(n=51)	(n=27)
Feminino	40	73	90	78	56
Masculino	60	27	10	22	44
Características temáticas					
Sujeitos do estudo	(n=3)	(n=61)	(n=7)	(n=41)	(n=22)
Profissionais	0	39	28,5	19,5	27
Usuários	100	48	43	61	64
Gestores	0	11	28,5	19,5	9
Outros	0	2	0	0	0
Grupo-alvo abordado	(n=5)	(n=56)	(n=4)	(n=34)	(n=26)
Criança	0	25	0	15	15
Mulher	40	25	25	18	12
Adulto	20	7	0	2	12
Idoso	20	9	0	0	23
Trabalhador	0	2	0	0	0
Outros	20	32	75	65	38
Problema de saúde abordado	(n=5)	(n=41)	(n=2)	(n=24)	(n=18)
Saúde mental	0	5	0	0	11
Saúde bucal	20	17	0	12,5	6
Hipertensão arterial	20	12	0	12,5	22
Diabetes mellitus	20	5	0	12,5	22
DST/HIV/AIDS	0	3	0	0	0
Tuberculose	0	7	50	4	0
Hanseníase	0	0	0	0	0
Outros	40	51	50	58,5	39

Tabela 7 Continuação

Caracterização dos estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo Regiões, 1998 a 2009					
Variáveis	Região Norte (%)	Região Nordeste (%)	Região Centro-Oeste (%)	Região Sudeste (%)	Região Sul (%)
Características metodológicas					
Tipo de documento	(n=7)	(n=67)	(n=12)	(n=55)	(n=27)
Empírico	100	100	100	100	100
Estratégia/Desenho do estudo	(n=7)	(n=76)	(n=15)	(n=62)	(n=29)
Estruturado Não-experimental	43	46	33	43	42
Semi-estruturado	14	35	27	31	24
Estruturado Quase-experimental	0	7	13	6	17
Estruturado Experimental	0	0	0	2	0
Ignorado	43	12	27	18	17
Abordagem da avaliação	(n=14)	(n=130)	(n=21)	(n=108)	(n=53)
Processo	43	44	47	40	43,5
Estrutura	43	41,5	43	37	43,5
Resultado	7	13	5	20	11
Ignorado	7	1,5	5	3	2
Nível da avaliação	(n=7)	(n=67)	(n=12)	(n=55)	(n=27)
Serviços	86	90	100	87	89
Ações	14	9	0	7	4
Estabelecimentos	0	1	0	4	7
Sistema	0	0	0	0	0
Ignorado	0	0	0	2	0
Atributo avaliado	(n=7)	(n=65)	(n=11)	(n=50)	(n=27)
Cobertura	0	5	0	2	4
Acessibilidade	14	15	0	2	7
Equidade	0	0	0	0	4
Efetividade/Impacto	0	14	9	18	18,5
Custos/Eficiência	0	1,5	0	0	0
Qualidade técnico-científica	0	5	0	4	0
Análise estratégica	0	1,5	0	6	7
Grau de implantação	0	6	0	6	4
Análise de implantação	14	26	46	22	22
Satisfação do usuário	29	8	18	16	18,5
Relação profissional x profissional	0	0	0	0	0
Relação profissional x gestor					
Mais de um atributo	0	0	9	2	0
Outro	43	12	18	12	11
Ignorado	0	6	0	5	4

Tabela 8

Periódicos de divulgação dos artigos avaliativos sobre o PSF no Brasil publicados entre 1998 e 2009

Variável	Nº	%
Características da publicação		
Periódico (n=166)		
Cadernos de Saúde Pública (A ₂)	29	26,8
Ciência & Saúde Coletiva (B ₁)	19	17,6
Revista de Saúde Pública (A ₂)	6	5,6
Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (B ₂)	5	4,6
Physis (B ₁)	3	2,8
Revista Brasileira de Epidemiologia (B ₁)	3	2,8
Interface (B ₁)	1	0,9
Outros	42	38,9

Tabela 9

Periódicos de divulgação dos artigos avaliativos sobre o PSF no Brasil segundo Regiões, 1998 a 2009

Variáveis	Região Norte (%)	Região Nordeste (%)	Região Centro-Oeste (%)	Região Sudeste (%)	Região Sul (%)
Características da publicação					
Periódico	(n=4)	(n=50)	(n=8)	(n=32)	(n=19)
Cadernos de Saúde Pública (A ₂)	50	30	62,5	19	32
Ciência & Saúde Coletiva (B ₁)	25	16	0	25	21
Interface (B ₁)	0	0	0	0	0
Physis (B ₁)	0	2	0	6	5
Revista de Saúde Pública (A ₂)	0	8	0	9	5
Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (B ₂)	0	10	0	0	5
Revista Brasileira de Epidemiologia (B ₁)	0	2	0	3	5
Outros	25	32	37,5	38	27

Tabela 10

Evolução temporal dos atributos analisados nos estudos avaliativos sobre o PSF no Brasil entre 1998 e 2009

Atributo	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Cobertura						1					2	2	5
Acessibilidade							2		1	3	4	3	13
Equidade									1			1	2
Efetividade/Impacto			1		1	3		5	3	4	4	3	24
Custos/Eficiência												1	1
Qualidade técnico-científica					1					1	3	1	6
Análise estratégica				1				2	2	1	2		8
Avaliação do grau de implantação							2		1	1	3	1	8
Análise de implantação	1			2	3	3	1	5	3	4	4	6	32
Características relacionais entre os agentes das ações (satisfação de usuários)		1			1	1	3	2	3	4	3	2	20
Mais de um atributo									2		1		3
Outros (qualidade, desempenho, efeito, performance)				1	3	4	1	1	5		3	1	19
Ignorado	1		3	1	2	1	3	1	6	1	2	4	25
Total	2	1	4	5	11	13	12	16	27	19	31	25	166

APÊNDICE A

DOCUMENTAÇÃO DA BUSCA SISTEMÁTICA

Para o levantamento das publicações sobre o Programa Saúde da Família (PSF), ainda na fase de definição dos descritores e preparação do projeto para a qualificação, foi acessado o sítio virtual www.bireme.br e consultado o DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. Para a temática deste trabalho, foram encontrados os seguintes descritores:

- Em português: Programa Saúde da Família; sinônimo: Programa de Saúde Familiar, PSF;
- Em inglês: Family Health Program;
- Em espanhol: Programa de Salud Familiar.

Reconhecendo que, nas práticas acadêmica, institucional e dos serviços, outros termos são utilizados para designar o PSF, optou-se por expandir os descritores a serem utilizados na busca sistemática nas bases de dados, de forma a alcançar um maior número de publicações sobre o tema. Os descritores utilizados estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1.

Relação de descritores utilizados na busca sistemática, segundo base de dados e idioma.

Base de Dados	Português	Inglês	Espanhol
SciELO	Programa Saúde da Família	Family Health Program	Programa de Salud Familiar
	PSF	Family Health Strategy	Programa Salud de la Familia
	Programa de Saúde da Família	Primary Care	Atención Primaria de Salud
	Estratégia Saúde da Família	-	-
	ESF	-	-
	Estratégia de Saúde da Família	-	-
LILACS	Programa Saúde da Família	-	Programa de Salud Familiar
	PSF	-	Programa Salud de la Familia
	Programa de Saúde da Família	-	Atención Primaria de Salud
	Estratégia Saúde da Família	-	-
	ESF	-	-
	Estratégia de Saúde da Família	-	-

Na consulta à base de dados SciELO – Scientific Eletronic Library Online – disponível em www.scielo.br, em 11 de janeiro e 01 de fevereiro de 2010, foram obtidas 911 referências e na consulta à base de dados LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da

Saúde – disponível em www.bireme.br, em 09 de fevereiro de 2010, foram obtidas 2.013 referências. O quantitativo de referências encontradas estão apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2.

Quantitativo de referências encontradas na busca sistemática, segundo base de dados e descritor.

Base de Dados	Descritor	Referências encontradas	Base de Dados	Descritor	Referências encontradas
SciELO 11/ 01/ 10 e 01/ 02/ 10	Programa Saúde da Família	203	LILACS 09/ 02/ 10	Programa Saúde da Família	519
	PSF	226		PSF	878
	Programa de Saúde da Família	56		Programa de Saúde da Família	0
	Estratégia Saúde da Família	7		Estratégia Saúde da Família	0
	ESF	31		ESF	97
	Estratégia de Saúde da Família	4		Estratégia de Saúde da Família	0
	Programa de Salud Familiar	21		Programa de Salud Familiar	519
	Programa Salud de la Familia	48		Programa Salud de la Familia	0
	Atención Primaria de Salud	51		Atención Primaria de Salud	0
	Family Health Program	225		-	-
	Family Health Strategy	6		-	-
	Primary Care	33		-	-
	TOTAL	911		TOTAL	2.013

Todas as referências encontradas foram digitadas em planilha do programa Excel, contendo as seguintes informações: data da busca, base de dados, descritor, autor, título, periódico, ano e idioma. À medida que foram sendo digitadas as referências eram comparadas, sendo excluídas aquelas em repetição, resultando num total de 1.101 referências.

Para selecionar os documentos que participariam do estudo, foram previamente definidos critérios de inclusão e exclusão. Dos 1.101 documentos iniciais, 1.091 provenientes das bases SciELO e LILACS e 10 provenientes da pesquisa na Biblioteca do ISC/UFBA, 858 foram incluídos e 243 foram excluídos.

A distribuição das referências incluídas e excluídas, segundo o descritor utilizado, segue descrita no Quadro 3.

Quadro 3.

Distribuição das referências, segundo base de dados e situação.

Bases de Dados	Descritor	Situação: Incluído	Situação: Excluído
SciELO ¹ LILACS ²	PSF ^{1,2}	242	75
	Programa Saúde da Família ^{1,2}	491	90
	Programa de Saúde da Família ¹	38	16
	ESF ^{1,2}	65	6
	Estratégia Saúde da Família ¹	5	2
	Estratégia de Saúde da Família ¹	4	0
	Programa Salud de la Familia ¹	1	0
	Atención Primaria de Salud ¹	6	28
	Primary Care ¹	1	23
	Family Health Program ¹	5	2
Family Health Strategy ¹	0	1	
Total	-	858	243

APÊNDICE B

LIVRO DE CÓDIGOS DA PESQUISA: ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA DA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE O PSF NO BRASIL PUBLICADA NO PERÍODO 1994-2009.

DIMENSÃO	VARIÁVEL	DESCRIÇÃO DA VARIÁVEL	CATEGORIAS	OBSERVAÇÕES
Características da publicação	BASE DE DADOS	Refere-se ao nome da base de dados eletrônica onde o documento foi encontrado.	1. SciELO 2. LILACS 99. Ignorado	As categorias são excludentes entre si.
	FORMATO DE PUBLICAÇÃO	Refere-se ao formato de apresentação do documento. Considerou-se a autodenominação contida no resumo ou no texto completo, quando foi o caso.	1. Dissertação de mestrado 2. Tese de doutorado 3. TCC em nível de especialização 4. Artigo 5. Relatório de pesquisa 6. Capítulo de livro 7. Livro 8. Outros 99. Ignorado	Foram incluídos apenas os capítulos de livros e livros (não-coletâneas) que tratam do PSF. Os mesmos foram avaliados pelo título. As categorias são excludentes entre si.
	PERIÓDICO	Refere-se ao nome do periódico onde o documento foi publicado, quando se tratou do formato artigo. Foram priorizados os principais periódicos do campo da Saúde Coletiva qualificados entre Qualis A1, A2, B1 e B2 pela CAPES, no triênio 2007-2009. Ano-base 2008.	1. Ciência & Saúde Coletiva (C&SC) B1 2. Revista de Saúde Pública (RSP) A2 3. Cadernos de Saúde Pública (CSP) A2 4. Interface (INTER) B1 5. Physis (PHY) B1 6. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI) B2 7. Revista Brasileira de Epidemiologia (RBEPI) B1 10. Outros 88. Não se aplica 99. Ignorado	Não se aplica: utilizado para os demais formatos de apresentação. As categorias são excludentes entre si.
	ANO DA PUBLICAÇÃO	Refere-se ao ano de publicação informado na referência do documento.	1. Ano	
	IDIOMA	Refere-se ao idioma utilizado na publicação do documento. Considerou-se a informação contida no resumo. Em casos de dúvidas, foi verificado o	1. Português 2. Inglês 3. Espanhol	As categorias são excludentes entre si.

		idioma utilizado no texto completo.	99. Ignorado	
	LOCAL DO ESTUDO	Refere-se à região onde o estudo foi realizado, considerando a divisão político-administrativa do Brasil. Localidades, municípios, micro-regiões ou estados foram classificados segundo a região na qual estão inseridos.	1. Região Norte 2. Região Nordeste 3. Região Centro-oeste 4. Região Sudeste 5. Região Sul 88. Não se aplica 99. Ignorado	Documentos e estudos teóricos/empíricos que tratavam do país de forma genérica (seu debate não estava direcionado à municípios, estados ou regiões) foram classificados na categoria “não se aplica”. As categorias não são excludentes entre si. Poderiam ser informadas até cinco categorias por estudo.
Características do primeiro autor	SEXO DO PRIMEIRO AUTOR	Refere-se à identificação do sexo do primeiro autor através da análise do seu nome. Em caso de dúvida, foi pesquisado o currículo do primeiro autor na Plataforma Lattes.	1. Masculino 2. Feminino 88. Não se aplica 99. Ignorado	Primeiros autores cuja identificação no resumo foi feita apenas através das iniciais do seu nome/sobrenome foram classificados na categoria “ignorado”. Documentos de autoria de instituições (ENSP, MS, etc) foram classificados na categoria “não se aplica”. As categorias são excludentes entre si.
Características temáticas	OBJETIVO DAS PUBLICAÇÕES (não-avaliativos)	Refere-se à categorização apenas dos documentos não-avaliativos, segundo os objetivos apresentados pelo (s) autor (es) no resumo ou texto completo, quando foi o caso.	1. Prevalência de agravos e fatores de risco para agravos. 2. Inserção de trabalhadores de outros núcleos da saúde no PSF. 3. Perfil da população adscrita ao PSF. 4. Formação de profissionais para atuar no PSF. 5. Apoio matricial/matriciamento às equipes de saúde da família. 6. Atuação de categorias da equipe mínima de profissionais no PSF. 7. Conhecimentos e/ou representações sociais da comunidade sobre temas. 8. Outros 88. Não se aplica 99. Ignorado	As categorias foram construídas a partir da leitura dos resumos dos documentos não-avaliativos (categorias empíricas). Na análise, os documentos classificados na categoria 5. (apoio matricial / matriciamento), devido ao pequeno número encontrado, foram agregados na categoria “outros”. As categorias não são excludentes entre si. Poderiam ser informadas até oito categorias por documento.
	SUJEITOS DA PESQUISA	Refere-se aos sujeitos que participaram do estudo. Considerou-se a informação contida no resumo ou no texto completo, quando foi o caso.	1. Profissionais 2. Usuários 3. Gestores	Documentos que não eram estudos foram classificados na categoria “não se aplica”.

Características temáticas			4. Professores universitários 5. Estudantes universitários 6. Outros 88. Não se aplica 99. Ignorado	As categorias não são excludentes entre si. Poderiam ser informadas até seis categorias por estudo.
	GRUPO-ALVO ABORDADO	Refere-se a grupos-alvo, relacionados às ações programáticas, abordados no estudo. Considerou-se a informação contida no resumo ou no texto completo, quando foi o caso.	1. Criança 2. Adolescente 3. Mulher 4. Homem 5. Adulto 6. Idoso 7. Trabalhador 8. Outros 88. Não se aplica 99. Ignorado	Documentos que não eram estudos foram classificados na categoria “não se aplica”. As categorias não são excludentes entre si. Poderiam ser informadas até oito categorias por estudo.
	PROBLEMA DE SAÚDE ABORDADO	Refere-se aos problemas de saúde, relacionados às ações programáticas, abordados no estudo. Considerou-se a informação contida no resumo ou no texto completo, quando foi o caso.	1. Hipertensão arterial (HAS) 2. Diabetes mellitus (DM) 3. DST/HIV/AIDS 4. Hanseníase (HANSEN) 5. Tuberculose (TB) 6. Saúde bucal 7. Saúde mental 8. Outros 88. Não se aplica 99. Ignorado	Documentos que não eram estudos foram classificados na categoria “não se aplica”. As categorias não são excludentes entre si. Poderiam ser informadas até oito categorias por estudo.
Características metodológicas	TIPO DE DOCUMENTO	Refere-se à classificação do tipo de documento em: estudos empíricos – aqueles que implicaram em análise de dados primários e/ou secundários; estudos teóricos – aqueles que desenvolvem argumentação e/ou debate de idéias, podendo se valer de estudos empíricos nas suas justificativas; documentos de posição – aqueles que fazem defesa política de idéias.	1. Empírico 2. Teórico/de posição 99. Ignorado	Na análise, os estudos teóricos e documentos de posição foram agregados na mesma categoria devido ao pequeno número encontrado e à maior afinidade de conteúdo. As categorias são excludentes entre si.
	CLASSIFICAÇÃO DO DOCUMENTO	Refere-se à classificação do conteúdo dos documentos em: estudos avaliativos – estudos empíricos que objetivam o julgamento sobre uma intervenção (sobre o próprio PSF, uma ação do PSF ou uma ação em que o PSF aparece como elemento contextual importante); documentos	1. Avaliativo 2. Não-avaliativo 99. Ignorado	Os documentos que tratavam da avaliação do PSF em nível teórico foram classificados como não-avaliativos. O conceito de avaliação utilizado neste estudo baseia-se em

		não-avaliativos – aqueles que apresentam outros objetivos.		Contandriopoulos (1997). As categorias são excludentes entre si.
Características metodológicas	MÉTODO DA AVALIAÇÃO (estudos avaliativos)	Trata-se da categorização apenas dos estudos avaliativos. Refere-se às estratégias e desenhos de pesquisa utilizados pelo (s) autor (es) no estudo: estratégias estruturadas , que incluem os desenhos experimental, quase-experimental e não experimental , oriundos da Epidemiologia e estratégias semi-estruturadas , que podem lançar-mão de uma variedade de técnicas de coleta de dados qualitativos.	1. Estruturado Experimental 2. Estruturado Quase-experimental 3. Estruturado Não-experimental 4. Semi-estruturado 99. Ignorado	Os conceitos utilizados nesta variável do estudo baseiam-se em Vieira-da-Silva (2005). As categorias não são excludentes entre si. Poderiam ser informadas até quatro categorias por estudo.
	ABORDAGEM DA AVALIAÇÃO (estudos avaliativos)	Trata-se da categorização apenas dos estudos avaliativos em relação à triade estrutura-processo-resultados. Estrutura se refere aos elementos estáveis recursos materiais, humanos e organizacionais; processo se refere aos elementos constitutivos das práticas propriamente ditas, relacionados com tudo o que medeia a relação profissional-usuário; resultados se referem às modificações no estado de saúde dos indivíduos, bem como à sua satisfação, modificações nos seus conhecimentos e comportamentos, decorrentes de cuidados prestados.	1. Estrutura 2. Processo 3. Resultado 99. Ignorado	Os conceitos utilizados nesta variável do estudo baseiam-se em Vieira-da-Silva (2005), Vieira-da-Silva (2006) e Vieira-da-Silva; Formigli (1994). As categorias não são excludentes entre si. Poderiam ser informadas até três categorias por estudo.
	NÍVEL DA AVALIAÇÃO (estudos avaliativos)	Trata-se da categorização apenas dos estudos avaliativos. Refere-se aos níveis do sistema de saúde escolhidos para realizar a avaliação, podendo ser abordados os níveis das ações – ações desenvolvidas pelos agentes individualmente; serviços – ações desenvolvidas por diversos agentes articulados direcionados a um grupo etário ou problema de saúde; estabelecimentos – unidades sanitárias de diferentes níveis de complexidade; ou sistema – nível mais complexo de organização das práticas.	1. Ações 2. Serviços 3. Estabelecimentos 4. Sistema 99. Ignorado	Os conceitos utilizados nesta variável do estudo baseiam-se em Vieira-da-Silva (2005). As categorias são excludentes entre si.
	ATRIBUTO AVALIADO	Trata-se da categorização apenas dos estudos	1. Cobertura	Os atributos “efetividade” e “impacto”

	(estudos avaliativos)	<p>avaliativos.</p> <p>Refere-se às características dos níveis a serem avaliados e auxiliam no aprofundamento do foco da avaliação: Cobertura¹ – mede a proporção da população que se beneficia da intervenção, podendo ser considerada como “potencial” quando o que se mede são os recursos disponíveis, e “real” quando se mede a proporção de população que efetivamente usou os serviços; Acessibilidade¹ – trata da relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços; Equidade¹ – trata da priorização de grupos sociais com maiores necessidades de saúde; Efetividade¹ – possíveis efeitos que as práticas possam ter sobre o estado de saúde de indivíduos, grupos ou populações; Eficiência¹ – trata da medida da produtividade do sistema e da sua relação com os custos; Qualidade técnico-científica¹ – trata da adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente; Análise estratégica¹ – trata de avaliar em que medida as atividades propostas são pertinentes tendo em vista os objetivos do programa; Avaliação do grau de implantação² – trata da mensuração da integridade de uma intervenção no que diz respeito à suficiência e adequação dos seus componentes ; Análise de implantação⁴ – procura verificar a influência dos fatores contextuais nos efeitos e no grau de implantação da intervenção; Satisfação do usuário⁵ – trata da percepção subjetiva que o usuário tem a respeito do cuidado que recebe; Relação profissional X profissional e profissional X gestor¹ – trata das características das relações no trabalho como componentes da qualidade da atenção.</p>	<p>2. Acessibilidade 3. Equidade 4. Efetividade/Impacto 5. Custos/Eficiência 6. Qualidade técnico-científica 7. Análise estratégica 8. Avaliação do grau de implantação 10. Análise de implantação 11. Satisfação do usuário 12. Relação profissional X profissional e gestor X profissional 14. Mais de um atributo 15. Outros 88. Não se aplica 99. Ignorado</p>	<p>foram agregados na mesma categoria, por tratarem do mesmo sentido de efeito em sistemas reais, diferindo apenas quanto à sua proporção (grupos e tempo). Os conceitos utilizados nesta variável do estudo baseiam-se nos seguintes autores: ¹Vieira-da-Silva (2005); ²Medina (2006); ³Contandriopoulos (1997); ⁴Vieira-da-Silva; Formigli (1994). As categorias são excludentes entre si.</p>
--	-----------------------	---	--	--

APÊNDICE C

FICHA DE CADASTRO DE PUBLICAÇÕES

IDENTIFICAÇÃO	
1. REGISTRO: _____	2. DATA BUSCA: _____
3. DESCRITORES (BUSCA): _____	
4. REFERÊNCIA : _____ _____ _____ _____	
CARACTERÍSTICAS DA PUBLICAÇÃO	
1. BASEDADOS: _____	2. BaseOutro: _____
3. PERIÓDICO: _____	4. PerioOutro: _____
5. TIPOPUBLIC: _____	6. TPubliOutro: _____
7. ANOPUBLIC: _____	8. IDIOMA: _____
CARACTERÍSTICAS DO PRIMEIRO AUTOR	
9. SEXO (1° AUTOR): _____	10. FONTEFINANC: _____
11. TIPOINSTITUIÇ: _____	12. TInstOutro: _____
CARACTERÍSTICAS TEMÁTICAS E METODOLÓGICAS	
13. TIPOCONTEUDO: _____	14. CLASSFCONTEUDO: _____
15. TIPOESTUDO: _____	16. TEstuOutro: _____
17. SUJEITOEST: _____	18. SujeiOutro: _____
19. GRUPOALVO: _____	20. GAlvoOutro: _____
21. PROBLSAÚDE: _____	22. PSaudOutro: _____
23. LOCALEST: _____	24. MÉTODOS: _____
25. ABORDAGEM: _____	26. NÍVELAVAL: _____
27. ATRIBUAVAL: _____	28. AtribOutro: _____