

# Avaliação da Estratégia Saúde da Família em Natal a Partir das Crenças dos Seus Colaboradores

Cynthia de Freitas Melo Lins

João Carlos Alchieri

*Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal, RN, Brasil*

João Lins de Araújo Neto

*Escola de Saúde Pública do Ceará  
Fortaleza, CE, Brasil*

Fabricio Augusto de Freitas Melo

*Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará  
Fortaleza, CE, Brasil*

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como a principal porta de entrada da Atenção Básica dos serviços do Sistema Único de Saúde e deve ser constantemente avaliada. Dessa forma, a presente pesquisa correlacional objetivou avaliar as crenças de seus profissionais sobre a ESF, com uma amostra probabilística de 475 profissionais, que responderam uma escala. Verificou-se que todos os fatores foram avaliados negativamente: infraestrutura física, por 76,84% ( $f=356$ ) dos profissionais, recursos materiais, por 54,52% ( $f=259$ ) e eficiência no atendimento, com 92,43% ( $f=439$ ) de reprovações. Concluindo-se que, apesar de seguir um modelo ideal, a ESF possui entraves na realidade operacional de seus serviços percebidos e caracterizados pelos próprios colaboradores.

**Palavras-chave:** Avaliação de programas; Estratégia saúde da família; Profissionais; Crenças.

## ABSTRACT

*Evaluation of Family Health Strategy in Natal From the Beliefs of Its Employees*

The Family Health Strategy (ESF) is configured as the main gateway to the Primary Care Services of the Unique Healthcare System and must be constantly evaluated. Thus, this correlational research aimed to evaluate its professional beliefs about the ESF, with a probability sample of 475 professionals, which responded to a scale. It was found that all factors were negatively evaluated: physical infrastructure, by 76.84% ( $f=356$ ) of professionals, material resources, by 54.52% ( $f=259$ ) and attendance efficiency, with 92.43% ( $f=439$ ) reproaches. Concluding that, despite following an ideal model, the ESF has obstacles in operational reality of its services perceived and characterized by the employees themselves.

**Keywords:** Evaluation of programs; Family Health Strategy; Professionals; Beliefs.

## RESUMEN

*Evaluación de la Estrategia Salud de la Familia en Natal de las Creencias de Sus Empleados*

La Estrategia Salud de la Familia (ESF) aparece como la principal puerta de entrada a los Servicios de Atención Primaria del Sistema Único de Salud y deben ser evaluados constantemente. Por lo tanto, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar la correlación de sus creencias profesionales sobre el ESF, con una muestra probabilística de 475 profesionales respondieron a una escala. Se encontró que todos los factores fueron evaluados negativamente: infraestructura física, por 76,84% ( $f=356$ ) de profesional, los recursos materiales, por 54,52% ( $f=259$ ) y la eficiencia del servicio, con 92,43% ( $f=439$ ) reproches. Concluyendo que, a pesar de seguir un modelo ideal, la ESF tiene obstáculos en la realidad operativa de sus servicios se perciben y se caracteriza por los propios trabajadores.

**Palabras clave:** Evaluación de programas; Estrategia Salud de la Familia; Profesionales; Creencias.

## INTRODUÇÃO

O trabalho objetivou avaliar a Estratégia Saúde da Família (ESF) em Natal, Rio Grande do Norte, a partir das crenças dos seus profissionais, com o intuito de compreender as condições e os fatores que influenciam a operacionalização dos serviços de atenção à saúde da comunidade; identificando e fornecendo *feedback* aos gestores.

A Estratégia Saúde da Família, nomenclatura assumida em 2006 pelo, então, Programa Saúde da Família, criado em 1994, configura-se como a estratégia estruturante de orientação da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Funcionando a partir dos princípios de integralidade e hierarquização, vinculada à rede de serviços, representa a porta principal de acesso ao sistema, por meio da qual os usuários possuem acesso aos serviços básicos de ações generalistas, podendo ser encaminhado, sempre que necessário, para serviços especialistas e de maior complexidade, para a Atenção Secundária e/ou Atenção Terciária de forma que seja assegurada a referência (encaminhamento) e contra referência (retorno do encaminhamento), garantindo a atenção integral da saúde (Brasil, 2004a; Brasil 2006).

A atuação da Estratégia Saúde da Família respalda-se nos ideais de prevenção de doenças e de promoção e recuperação da saúde, funcionando com território de abrangência definido (Brasil, 2004a). No caso de Natal, cinco Distritos Sanitários são responsáveis por gerir as 37 Unidades de Saúde da Família (USFs) existentes em seu território, sendo cada uma dessa responsável por uma área geográfica pré-definida.

Destaca-se que as ações de saúde da ESF são executadas por uma equipe multidisciplinar mínima, a Equipe de Saúde da Família (EqSF), composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem (AE), dentista, auxiliar de consultório dentário (ACD) e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS), atuando prioritariamente nas USFs, realizando também visitas domiciliares e escolares, com jornada de trabalho de 40 horas (Brasil, 2006).

Contempla-se ainda que em cada USF pode haver mais de uma equipe, cada uma com território e abrangência definidos, onde são responsáveis pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada a sua área: 600 a 1.000 famílias, não devendo ultrapassar o máximo de 4.500 pessoas sendo a média recomendada de 3.000 habitantes (Brasil, 2004a; Brasil, 2006). Um modelo que, se não perfeito, ideal, inspirado em países como os modelos de assistência às famílias já existentes em Cuba, Canadá, Suécia, Inglaterra, mas que na prática tem sido alvo constata

de críticas pelos seus usuários, mídia e comunidade acadêmica, pois sua realidade na prática da atenção à saúde no Brasil muito adversa ao modelo teórico idealizado de acesso universal, integral, hierarquizado e em equidade. (Albuquerque e Melo, 2010; Melo, 2009).

Neste cenário, a avaliação de programas sociais e estratégias governamentais surge como ferramenta fundamental para auxiliar, através de *feedback*, nas decisões dos gestores no tocante à implementação, ao processo e aos resultados alcançados pelos seus serviços (Belloni, Magalhães e Sousa, 2003), na busca da melhoria dos serviços e mitigando a crença brasileira de que serviços públicos são para pobres e, portanto, se baixa qualidade (Albuquerque, 2002), e, assim, conscientizando a população como cidadãos de direito na exigência de resultados efetivos dos serviços públicos (Melo, Alchieri e Araújo Neto, 2012). Destaca-se, todavia, que a maioria das pesquisas de avaliação contempla apenas os resultados dos programas (Belloni et al., 2003), de forma que são mais representativas as avaliações do PSF/ESF realizadas através da queixa de seus usuários, não sendo dedicada a devida atenção à avaliação sobre o perfil de seus profissionais e gestores (Oliveira, 2006; Martins, 2008; Melo, 2009; Melo et al, 2012). Pretende-se no presente estudo realizar uma avaliação da ESF através das crenças de seus profissionais, que são seus implementadores. Estes se tornam, assim, fonte preciosa de informação, pois, além de conhecer a realidade do cotidiano do programa, são sujeitos que também possuem o poder de modificá-lo, uma vez que este é operacionalizado por suas mãos.

A maioria dos estudos, destaca-se, constantes na literatura ainda é realizada a partir das perspectivas dos sociólogos e economistas, havendo ainda pouca participação dos psicólogos em tal tarefa. Entende-se que este profissional seria qualificado para essa prática, já que o mesmo é mais preparado profissionalmente para construção de instrumentos e quanto à de avaliação de comportamento (Albuquerque, 1999).

A presente pesquisa abordou os profissionais da ESF sob o aspecto cognitivo, utilizando a teoria das crenças da Psicologia Social (Rangé, 2001; Rokeach, 1981), que permite compreender que a partir das experiências anteriores, e cotidianas, nas USFs, estes profissionais formam crenças sobre a estratégia, e estas afetam seu estado afetivo e seu padrão comportamental. Verificando-se que a apreensão dessas crenças possibilitou a compreensão da realidade das condições de prestações de serviços de saúde para a comunidade, sob a óptica da EqSF, permitindo-nos, assim, identificar os aspectos cruciais que conduzem a atuação desses profissionais.

## OBJETIVOS

A presente pesquisa objetivou avaliar a Estratégia Saúde da Família (ESF) em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, a partir das crenças dos seus profissionais, com o intuito de compreender as condições e os fatores que influenciam a operacionalização dos serviços de atenção à saúde da comunidade; identificando e fornecendo *feedback* sobre os aspectos positivos e negativos desta estratégia que orienta a Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, pretende-se: verificar a adequação da Escala Ordinal de Avaliação da Estratégia Saúde da Família pelos profissionais; identificar as crenças dos profissionais das equipes acerca do trabalho em ESF em Natal, no que se refere à Infraestrutura da USF (Fator 1), aos Recursos materiais (Fator 2), e sobre o Sistema de Referência e Contra referência (Fator 3); e comparar as avaliações dos profissionais da EqSF por nível de escolaridade (nível médio e técnico × superior).

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva correlacional em que as variáveis antecedentes referem-se às condições de trabalho nas Unidades de Saúde da Família (USFs) e as variáveis consequentes referem-se à avaliação que os profissionais fazem da ESF, onde se utilizou uma amostragem probabilística composta por profissionais das equipes multidisciplinares mínimas da ESF (médico, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário – ACDs e agentes comunitários de saúde – ACSs) de Natal, selecionados através do programa randomizer a partir da listagem dos profissionais fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde.

Existem, na cidade de Natal, 1187 profissionais ativos, distribuídos em 116 equipes, nas 37 USFs dos 5 Distritos Sanitários. Para uma população desse porte, com nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, e, respeitando ainda a diversidade da cidade e a heterogeneidade da quantidade de profissionais, distribuindo-se a amostra de forma estratificada por categoria profissional e por Distrito Sanitário, e, mantendo um número mínimo de 30 sujeitos por categoria profissional, a distribuição amostral contou com 475 profissionais, distribuídos em 25 unidades.

Os profissionais responderam a Escala Ordinal de Avaliação da Estratégia Saúde da Família pelos profissionais, de Melo (2009), que possui 24 itens e quatro pontos de resposta (nunca, raramente, frequentemente e sempre) e investiga os seguintes fatores: 1) recursos materiais ( $\alpha=0,86$ ), com 10

itens – refletem as crenças que os profissionais da ESF têm sobre a disponibilidade de insumos para realização de seu trabalho; vacinas para o trabalho de imunização; e remédios e contraceptivos para distribuir aos usuários; 2) eficiência no atendimento ( $\alpha=0,80$ ), com 8 itens – reflete as crenças sobre o sistema de referência e contra referência e a capacitação profissional; 3) infraestrutura física ( $\alpha=0,73$ ), com 6 itens – refere-se aos aspectos de infraestrutura física, instalações e à manutenção de materiais permanentes (instrumentos e equipamentos) nas Unidades de Saúde da Família (USFs).

A aplicação dos instrumentos deu-se de forma individual, respeitando os aspectos éticos referentes a pesquisas envolvendo seres humanos, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e com aprovação prévia da Secretaria Municipal de Saúde e da Comissão de Ética do CEP/HUOL – RN, sob o protocolo de nº 0298, em 09/07/2008. E os dados do estudo foram analisados em duas etapas. Primeiramente foi realizada análise fatorial com a escala; em sequência, foram apresentados os resultados dos fatores: a moda do fator; a frequência e porcentagem de cada pontuação do fator; os somatórios das avaliações negativas (pontos 1 e 2) e positivas (pontos 3 e 4); a análise de cada item do fator; e a comparação das avaliações por nível de escolaridade (médio/técnico × superior), utilizando o teste *Qui quadrado*.

## RESULTADOS

Os resultados serão apresentados seguindo a ordem dos objetivos. Inicialmente será realizada a apresentação de características psicométricas da escala e, em seguida, serão apresentados os dados de avaliação da ESF pelos profissionais.

### Qualidades Psicométricas da Escala Ordinal de Avaliação da Estratégia Saúde da Família pelos seus Profissionais

Antes de realizar-se as análises sobre a avaliação que os profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família (EqSF) fazem sobre a Estratégia Saúde da família (ESF), considerou-se a adequação de se efetuar uma análise fatorial com o conjunto de 24 itens, o que foi perfeitamente corroborado pelo valor do KMO (0,71) e pelo Teste de Esfericidade de Bartlett ( $\chi^2=2573,35$ ,  $p<0,05$ ). Foi então realizada uma primeira análise fatorial, com uso do método “Eixo Principal da Fatorial” (*Principal Axis Factoring* – PAF), com escolha da rotação *varimax*, que minimiza o número de variáveis em cada fator. Ao fim, foram encontrados 8 fatores com *eigenvalues* superiores a 1, que explicavam

62,06% da variância total. Então, baseado em critérios estatísticos e teóricos, optou-se pela manutenção de 3 fatores, que aglomeravam melhor os itens no *scree plot*. Dando-se ênfase também que os fatores mantidos possuem *eigenvalues* com valores altos e diferenciados (3,89, 2,54 e 1,99). Optou-se ainda por manter os itens com carga fatorial acima de 0,3 e que não fossem equivalentes entre os fatores.

Os três fatores mantidos explicam 35,06% da variância total do construto estudado, possuem índice de Alpha de Cronbach de consistência interna do satisfatório ( $\alpha=0,76$ ), ficando o instrumento final com 22 itens (sendo eliminados os itens 8 e 15.1). Os resultados destas análises com os itens que compõem o instrumento final e suas cargas fatoriais podem ser observados na Tabela 1.

O fator I, denominado “Infraestrutura física”, foi composto por 6 itens, com saturação mínima 0,47 (Item 4) e máxima 0,64 (Item 6; Item 11). Possui *eigenvalue* 3,89, que explica 16,19% do índice de variância, com índice de consistência interna (Alpha de Cronbach,  $\alpha$ ) igual a 0,75. O fator é composto por itens que refletem a avaliação que os profissionais fazem sobre a infraestrutura das Unidades de Saúde da Família

(USFs) no que se refere às instalações do prédio, e seus materiais permanentes (equipamentos e instrumentos).

O fator II, intitulado “Recursos materiais”, reuniu 9 itens (sendo excluído o item 15.1 da escala original), com saturação mínima 0,32 (Item 15.7) e máxima 0,58 (Item 15.5). Este fator apresentou *eigenvalue* 2,54, que explica 10,60% do índice de variância, com  $\alpha=0,68$ . Os itens que compõem este fator refletem as crenças que os profissionais da EqSF possuem sobre a disponibilidade dos recursos materiais necessários ao trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), tais como insumos (gases, luvas), vacinas para imunização, remédios e contraceptivos.

O fator III, “Eficiência no atendimento”, possui 7 itens, com saturação mínima 0,37 (Item 13) e máxima 0,58 (Item 10). Este fator apresentou *eigenvalue* 1,99, explicando 8,27% do índice de variância, com  $\alpha=0,68$ . Assim como a escala original, este fator reflete a avaliação que os profissionais fazem sobre a estrutura organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS), em termos de eficácia de sua integração entre os seus três níveis (Atenção Básica, Secundária e Terciária) e qualidade de seus Recursos Humanos, dividindo-se em dois subfatores. O subfator “Sistema de referência

TABELA 1  
Escala ordinal de Avaliação da Estratégia Saúde da Família pelos seus profissionais com método da PAF.

Itens	Fatores		
	Fator 1	Fator 2	Fator 3
1 Neste seu local de trabalho, os atendimentos são feitos em salas adequadas.	0,56		
2 Os equipamentos (cadeira do dentista, balança) da ESF (PSF) estão em boas condições de uso.	0,58		
3 Os instrumentos (estetoscópio, prancheta, termômetro) da ESF (PSF) existem em quantidade suficiente.	0,52		
4 As condições do prédio da USF (ESF) em que trabalho são adequadas.	0,47		
6 Os equipamentos (cadeira do dentista, balança) da USF (ESF) existem em quantidade suficiente.	0,64		
11 Os instrumentos (estetoscópio, prancheta, termômetro) que utilizo na USF (ESF) estão em boas condições de uso.	0,64		
15.2 Disponibilidade de gases		0,34	
15.3 Disponibilidade de máscaras		0,51	
15.4 Disponibilidade de amalgama		0,37	
15.5 Disponibilidade de seringa		0,58	
15.6 Disponibilidade de vacina		0,50	
15.7 Disponibilidade de anestesia		0,32	
15.8 Disponibilidade de remédio		0,34	
15.9 Disponibilidade de camisinha		0,48	
15.10 Disponibilidade de anticoncepcional		0,49	
5 A central de marcação para o encaminhamento dos pacientes é eficiente.			0,46
7 Fui capacitado(a) pela Secretaria de Saúde para o trabalho que realizo na ESF.			0,40
9 Os profissionais contratados para atuar na ESF são treinados para trabalhar com a comunidade.			0,45
10 Existem vagas suficientes para o encaminhamento dos pacientes para médicos especialistas e exames.			0,58
12 A contra-referência (retorno à ESF dos pacientes que foram encaminhados para atendimentos em níveis de saúde mais complexos) é satisfatória.			0,57
13 A Secretaria de Saúde oferece cursos de capacitação para os profissionais da ESF			0,37
14 A referência para atendimentos em níveis de saúde mais complexos é satisfatória.			0,57



e contra referência”, com 4 itens, compreende a integração do SUS, avaliando a qualidade da integração da USF com os serviços dos demais níveis do sistema. E o subfator “Capacitação profissional”, agora com 3 itens (excluindo-se o item 8 da escala original), engloba a preparação inicial e continuada feita com os profissionais.

### **Análise Descritiva dos Fatores da Escala Ordinal de Avaliação da ESF pelos Profissionais**

Serão apresentados nesta seção os resultados encontrados nos fatores anteriormente descritos: 1) Recursos materiais; 2) Eficiência no atendimento; 3) Infraestrutura física. No primeiro momento será apresentada a moda obtida na nota geral de cada fator. Em seguida, serão apresentadas as frequências e porcentagens de cada um dos quatro pontos de avaliação da escala (1=Nunca; 2=Raramente; 3=Freqüentemente; 4=Sempre); destacando que, como na análise fatorial baseia-se na média, e as pontuações dos fatores apresentam números fracionados, foi realizada uma divisão de quartil desses pontos: Nunca=1,0-1,8; Raramente=1,9-2,5; Freqüentemente=2,6-3,2; Sempre=3,3-4,0. E, para melhor visualização, também serão oferecidas as frequências em dois estratos de avaliação: avaliação negativa (soma das avaliações dos pontos “Nunca” e “Raramente”) e positiva (soma das avaliações dos pontos “Freqüentemente” e “Sempre”). Na terceira etapa, serão analisados os itens de cada fator usando as frequências e porcentagens das avaliações positivas e negativas, a fim de verificar as nuances existentes entre os elementos que compõem o fator. E por fim, serão apresentadas comparações das

avaliações de cada fator pelo nível de escolaridade dos profissionais (nível superior × nível técnico e médio), utilizando o teste *Qui quadrado* (na escala ordinal).

### **Infraestrutura física (Fator 1)**

Este fator é composto por itens que refletem o estado das Unidades de Saúde da Família (USFs) no que se refere aos aspectos de infraestrutura física, instalações e manutenção de materiais permanentes (instrumentos e equipamentos), disponibilizados pelos gestores municipais de saúde para a otimização do trabalho dos profissionais da ESF no oferecimento dos serviços de saúde aos seus usuários.

Observando-se a moda da escala ordinal, com pontos de 1 a 4, obteve-se 2,0 como pontuação prioritária (com variações entre 1 e 3,83). Verifica-se que o primeiro ponto (A infraestrutura “Nunca” foi adequada) foi marcado por 135 profissionais (28,42%), o segundo (A infraestrutura “Raramente” é adequada) apresentou-se 230 vezes (48,42%), o terceiro (A infraestrutura “Freqüentemente” é adequada) foi indicado 100 vezes (21,05%) e o quarto ponto (A infraestrutura “Sempre” é adequada) apresentou-se 10 vezes (2,11%). Evidenciando que houve 356 avaliações negativas (76,84%) e 110 avaliações positivas (23,16%).

Dados que se tornam ainda mais significativos quanto à especificidade de cada item do fator. Assim, observa-se que 75,2% dos entrevistados afirmaram que “nunca” ou “raramente” os instrumentos existem em quantidade suficiente; 79,8% dos profissionais afirmam que as condições do prédio não são adequadas (Ver Tabela 2).

TABELA 2  
Distribuição de respostas dos profissionais da EqSF sobre os itens que compõem o fator 1.

Itens do Fator 1: Infraestrutura física	Percentual (%)					Avaliações positivas
	Nunca	Raramente	Avaliações negativas	Freqüentemente	Sempre	
1 Neste seu local de trabalho, os atendimentos são feitos em salas adequadas.	11,9	44,5	<b>56,4</b>	31,4	12,2	43,6
2 Os equipamentos (cadeira do dentista, balança) da ESF (PSF) estão em boas condições de uso.	6,7	51,6	<b>58,3</b>	37,7	4,0	41,7
3 Os instrumentos (estetoscópio, prancheta, termômetro) da ESF (PSF) existem em quantidade suficiente.	23,6	51,6	<b>75,2</b>	22,9	1,9	24,8
4 As condições do prédio da USF (ESF) em que trabalho são adequadas.	36,0	46,8	<b>79,8</b>	17,1	3,2	20,3
6 Os equipamentos (cadeira do dentista, balança) da USF (ESF) existem em quantidade suficiente.	26,7	37,7	<b>64,4</b>	28,2	7,4	35,6
11 Os instrumentos (estetoscópio, prancheta, termômetro) que utilizo na USF (ESF) estão em boas condições de uso.	14,3	56,0	<b>70,3</b>	25,7	4,0	29,7
Total	28,42	48,42	<b>76,84</b>	21,05	2,11	23,16

E, ao comparar a avaliação realizada no fator “Infraestrutura física”, pelas porcentagens cumulativas das avaliações positivas e negativas entre profissionais de nível médio/técnico e superior, observou-se que os profissionais de nível médio e técnico apresentam maior frequência de avaliação negativa ( $f=282$ ; 78,33%) do que os profissionais de nível superior ( $f=83$ ; 72,17%), apresentando diferença estatisticamente significativa [ $\chi^2(N=475; 2) 145,22; p>0.05$ ].

### Recursos materiais (Fator 2).

Os itens que compõem este fator refletem as crenças que os profissionais da ESF têm sobre a disponibilidade de insumos para realização de seu trabalho (luvas, gases, máscaras, amálgama, seringas); vacinas para o trabalho de imunização; e remédios e contraceptivos para distribuir aos usuários.

Obteve-se como destaque na escala ordinal a pontuação 2,56 (com índices que variaram de 1,78 a 3,67). Observou-se que o primeiro ponto (Os recursos materiais “Nunca” estão disponíveis) foi marcado por 8 profissionais (1,68), o segundo (Os recursos materiais “Raramente” estão disponíveis) apresentou-se 251 vezes (52,84%), o terceiro (Os recursos materiais “Frequentemente” estão disponíveis) foi indicado 206 vezes (43,37%) e o quarto ponto (Os recursos materiais “Sempre” estão disponíveis) apresentou-se 10 vezes (2,11%). Evidenciando que neste segundo fator também predominaram as avaliações negativas, com um total de 259 (54,52%), contra 216 avaliações positivas (45,48%).

Ao avaliar os itens do fator detalhadamente, observam-se, entretanto, algumas nuances: apesar de existirem péssimas avaliações em alguns quesitos, como anestesia (81,6% negativos), amálgama (75,1% negativos) e

vacina (75,1% negativos), existem também avaliações positivas quanto à disponibilidade de gases (75,1% positivos) e remédios (90,5% positivos) (Ver Tabela 3).

Foram realizadas ainda comparações das avaliações do fator “Recursos materiais” entre os profissionais de nível médio/técnico e superior. Nas análises da escala ordinal, observou-se que os profissionais de nível médio e técnico apresentam maior frequência de avaliação negativa ( $f=200$ ; 55,56%) do que os profissionais de nível superior ( $f=58$ ; 50,43%), apresentando diferença estatisticamente significativa [ $\chi^2(N=475; 2) 4,45; p>0.05$ ].

### Eficiência no atendimento (Fator 3)

Este fator refere-se aos aspectos organizacionais das Unidades de Saúde da Família que abrangem o acesso da comunidade à ESF, verificando, segundo os profissionais, se o atendimento na ESF funciona ou não. Divide-se em dois subfatores: “Sistema de referência e contra referência”, que abrange os encaminhamentos para outros níveis de complexidade; e “Capacitação profissional”, que reflete as crenças dos profissionais da ESF sobre a existência, frequência e qualidade das capacitações profissionais e treinamentos oferecidos pelos gestores municipais aos profissionais da ESF, antes de começarem a trabalhar na ESF e durante o exercício de sua profissão.

Através da análise dos resultados da moda desse fator, observou-se que o ponto mais apresentado na eficiência no atendimento foi 1,86, o mais baixo dos três fatores (com variação entre 1,14 e 3,43). Observou-se ainda que o primeiro ponto de medição (O atendimento “Nunca” é eficiente) foi marcado por 185 profissionais (38,95%), o segundo (O atendimento “Raramente” é eficiente) apresentou-se 254 vezes (53,48%), o

TABELA 3  
Distribuição de respostas dos profissionais da EqSF sobre os itens do fator 2.

Itens do Fator 2: Recursos materiais	Percentual (%)					
	Nunca disponível	Raramente disponível	Avaliações negativas	Frequentemente disponível	Sempre disponível	Avaliações positivas
15.2 Disponibilidade de gases	4,0	20,9	24,9	56,8	18,3	75,1
15.3 Disponibilidade de máscaras	11,8	44,0	<b>55,8</b>	37,9	6,3	44,2
15.4 Disponibilidade de amálgama	17,7	57,4	<b>75,1</b>	19,2	5,7	24,9
15.5 Disponibilidade de seringa	9,9	56,5	<b>66,4</b>	27,8	5,9	33,6
15.6 Disponibilidade de vacina	8,8	66,3	<b>75,1</b>	22,1	2,7	24,9
15.7 Disponibilidade de anestesia	8,8	72,8	<b>81,6</b>	13,5	4,8	18,4
15.8 Disponibilidade de remédio	1,7	7,8	9,5	61,2	29,3	90,5
15.9 Disponibilidade de camisinha	15,6	52,0	<b>67,6</b>	28,6	3,8	32,4
15.10 Disponibilidade de anticoncepcional	5,7	49,9	<b>55,6</b>	39,6	4,8	44,4
Total	1,68	52,84	54,52	43,37	2,11	45,48

terceiro (O atendimento “Frequentemente” é eficiente) foi indicado 34 vezes (7,17%) e o quarto ponto (O atendimento “Sempre” é eficiente) apresentou-se 02 vezes (0,4%). Evidenciando que neste segundo fator também predominaram as avaliações negativas, com 439 (92,43%), contra 36 avaliações positivas (7,57%).

Para melhor compreensão dos subfatores, avaliaram-se ainda os itens desse terceiro fator geral. Observou-se que a “capacitação profissional” foi mais bem avaliada, havendo uma avaliação positiva (62,5 dos profissionais afirmam haver capacitação inicial), apesar de haverem avaliações negativas: cursos de capacitação continuada (reprovado por 56,7% dos profissionais) e treinamento para trabalho em Saúde da Família (reprovado por 60,8% dos profissionais). E o subfator “Sistema de referência” apresentou os índices de reprovação mais alarmantes, destacando-se a existência de vagas (reprovada por 96,0% dos profissionais) e a contra referência (reprovada por 94,3% dos profissionais) (Ver Tabela 4).

Ao comparar a avaliação feita no fator “Eficiência no Atendimento”, pelas porcentagens cumulativas das avaliações positivas e negativas, da escala ordinal, entre profissionais de nível médio/técnico e superior, observou-se que os profissionais de nível médio e técnico apresentam maior frequência de avaliação negativa ( $f=328$ ; 91,11%) do que os profissionais

de nível superior ( $f=111$ ; 96,52%), apresentando diferença estatisticamente significativa [ $\chi^2(N=475$ ; 2) 769,444,45;  $p>0.05$ ].

## DISCUSSÃO

O propósito primordial do SUS é oferecer serviços de saúde para a população brasileira, de forma universal, integral e com equidade, e a ESF, como principal porta de entrada do sistema, através da Atenção Básica tem um papel fundamental nesse processo (Brasil, 2006). Partindo ainda do pressuposto de que seus profissionais, que estão dentro das Unidades de Saúde da Família e são os implementadores das ações formuladas pelo Ministério da Saúde têm o poder de modifica-las no cotidiano de suas ações, e essa é a essência da transição da nova nomenclatura que deixa de ser programa (estático) para tornar-se estratégia (um processo dinâmico e adaptável) (Melo, 2009). E, justamente pela sua autonomia e poder de transformação, reconhece-se que as crenças que os profissionais possuem sobre a ESF, provavelmente, interferem em seus comportamentos diante desse processo de operacionalização das ações, como coloca Cordioli (2008). Partindo desse pressuposto, este estudo teve como objetivo principal analisar as crenças compartilhadas pelos profissionais sobre a ESF.

TABELA 4  
Distribuição de respostas dos profissionais da EqSF sobre os itens do fator 3.

Itens do Fator 3: Eficiência no atendimento	Percentual (%)					
	Nunca disponível	Raramente disponível	Avaliações negativas	Frequentemente disponível	Sempre disponível	Avaliações positivas
5 A central de marcação para o encaminhamento dos pacientes é eficiente.	32,2	57,5	<b>89,7</b>	9,7	0,6	10,3
7 Fui capacitado(a) pela Secretaria de Saúde para o trabalho que realizo na ESF.	1,1	36,4	37,5	45,5	17,0	62,5
9 Os profissionais contratados para atuar na ESF são treinados para trabalhar com a comunidade.	14,3	46,6	<b>60,8</b>	27,6	11,6	39,2
10 Existem vagas suficientes para o encaminhamento dos pacientes para médicos especialistas e exames.	31,4	64,6	<b>96,0</b>	3,8	0,2	4,0
12 A contrarreferência (retorno à ESF dos pacientes que foram encaminhados para atendimentos em níveis de saúde mais complexos) é satisfatória.	55,6	38,7	<b>94,3</b>	4,4	1,3	5,7
13 A Secretaria de Saúde oferece cursos de capacitação para os profissionais da ESF.	4,1	52,6	<b>56,7</b>	34,7	8,6	43,3
14 A referência para atendimentos em níveis de saúde mais complexos é satisfatória.	37,1	54,1	<b>91,5</b>	8,0	0,5	8,5
Total	38,95	53,48	92,43	7,17	0,4	7,57

A partir da análise dos dados, pode-se verificar a importância e a viabilidade da criação de instrumentos válidos de avaliação da ESF. O instrumento revalidado no presente estudo apresentou-se como uma medida confiável para tal tarefa, com dados satisfatórios estatisticamente: três fatores que explicam 35,06% da variância total do construto estudado e índice de Alpha de Cronbach satisfatória ( $\alpha=0,76$ ).

Em relação à avaliação que os profissionais fazem da ESF, observou-se que a infraestrutura foi avaliada negativamente por 356 avaliações negativas (76,84%), dados que não corroboram com os resultados encontrados no estudo original da escala em João Pessoa (PB), onde esse é um fator normalmente bem avaliado, devido às novas unidades unificadas existentes nessa capital (Albuquerque e Melo, 2010; Melo, 2009; Oliveira, 2006). Contempla-se, entretanto, que salvo raras exceções, as más condições dos prédios das Unidades de Saúde da Família são marco de diversos estudos por todo o país, como mostrou a pesquisa, de caráter censitário, realizada pelo Ministério da Saúde (MS), em todas as unidades da Federação, onde foram apontadas falhas no prédio (com ausência da quantidade mínima de consultórios) e nos equipamentos e instrumentos (inexistentes ou quebrados) (Brasil, 2004b). Deficiências também confirmadas pelas pesquisas de Carvalho (2009), que verificou reclamações dos usuários de Ribeirão Preto – SP sobre a estrutura das USFs; de Costa (2007) e Pereira (2007), que denunciaram a situação crítica das USFs em Recife, que se mostraram inadequadas para a realização de algumas atividades específicas, especialmente as voltadas para a promoção e prevenção à saúde; por Moura et al. (2012), onde se constatou em dois municípios baianos que as unidades da cidade funcionavam em lugares adaptados, que não atendiam as exigências da vigilância sanitária, não possuindo também as dependências mínimas exigidas, havendo ainda um precário estado de conservação e higiene das unidades, com presença de infiltrações e iluminação deficiente, além da ausência de rampa de acesso; e Serapioni e Silva (2011), que detectaram a mesma inadequação nas unidades de 11 municípios cearenses, onde a realização de algumas atividades é prejudicada pela falta de espaços, bem como há comprometimento na privacidade do usuário durante a consulta.

Os recursos materiais foram avaliados negativamente por 259 (54,52%), sendo este também um entrave constantemente denunciado pelas pesquisas, devido à falta de luvas, gases, amálgamas, vacinas e remédios (Albuquerque e Melo, 2010), como mostram a pesquisa censitária do MS (Brasil, 2004b), onde 23,32% das equipes nacionais não possuíam os

insumos mais básicos; os trabalhos de Melo (2009) e Oliveira (2006) em João Pessoa, onde faltam desde os remédios mais básicos para a população até vacinas para execução de campanhas; Moura et al. (2012), que alerta que, além da deficiência dos materiais curativos, as unidades de dois municípios baianos não possuíam materiais para trabalho preventivo, comprometendo as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças.

A eficiência no atendimento, último fator analisado, também foi avaliado negativamente por 439 (92,43%), evidenciando a falha no sistema de referência e falta de integração da ESF com o restante do sistema e escassez de capacitação profissional, dados que corroboram com a realidade encontrada em João Pessoa (Albuquerque e Melo, 2010; Melo, 2009; Melo et al., 2012), onde os profissionais apontam para a falta de cursos de capacitação, que não acompanham a rotatividade dos recursos humanos, e desintegração do sistema, que tem sua integralidade esbarrada nas burocracias que prolongam e dificultam o referenciamento dos usuários. Destacando-se que a deficiência da capacitação deve-se não apenas a sua pouca quantidade e alta rotatividade dos profissionais, mas também na falta de interesse dos profissionais (em especial os médicos), como apontado pelos gestores em Natal (Melo et al., 2012) e no Ceará (Serapioni e Silva, 2011), cabendo questionar-se se este é um problema subjetivo de motivação do profissional ou gestor, no planejamento das temáticas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na discussão dos resultados, pôde-se perceber que, apesar de menos visíveis, os grandes entraves na realidade operacional do Sistema Único de Saúde e da Estratégia Saúde da Família, como sua porta de entrada na Atenção Básica, estão além das dificuldades apontadas pelos usuários. A partir da análise das crenças dos profissionais foi possível descortinar as barreiras e entraves que dificultam a operacionalização de suas ações.

Sabe-se que a temática da saúde apresenta-se ampla e camuflada por princípios teóricos que não revelam sua realidade operacional falha. Compreende-se também que muitos tentam modificar o modelo de saúde brasileiro, o criticam, buscando a mudança das estruturas do SUS. Ao término deste trabalho, propõe-se, entretanto, que o problema não seja procurado nos papéis e nas formulações teóricas do modelo, e sim na operacionalização, no cotidiano do repasse de verbas, na capacitação dos profissionais, na infraestrutura dos locais de prestação de atendimento à comunidade. Trata-se de mitigar as barreiras que existem entre os



dois extremos do sistema, aproximando a teoria e a prática. Trata-se de ter em mãos um sistema ideal, mas que necessita da operacionalização dessas formulações no cotidiano de suas ações. Contempla-se a necessidade de instigar a população a utilizar o serviço público, que não deve ser visto como algo apenas “para pobre” e, portanto, de baixa qualidade, na busca de sua melhoria, incentivando a cultura de fiscalização dos gastos públicos e avaliação do retorno do investimento dado a esses serviços, transformados, de fato, em serviços de saúde eficiente e eficaz.

## REFERÊNCIAS

- Albuquerque, F. J. B. de. (1999). Apontamentos para uma Psicologia sócio-rural no Brasil. In *Anais do I Congresso Norte-Nordeste de Psicologia*. Salvador. (Vol. 1; pp. 12-17).
- Albuquerque, F. J. B. (2002). Social psychology and rural life in Brazil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, 18(1).
- Albuquerque, F. J. B. & Melo, C. F. (2010). Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 323-330.
- Belloni, I., Magalhães, H. & Sousa, L. C. (2003). *Metodologia de Avaliação em Políticas Públicas* (3ª ed.) (Coleção Questões da Nossa Época, 75). São Paulo, Cortez.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2004a). *Atenção Básica e a Saúde da Família*. Recuperado em: 18 de junho de 2006, de <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2004b) *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. Série C. Projetos, Programas e Relatórios, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2006). *Política Nacional de Atenção Básica*. Série Pactos pela Saúde (Vol. 4, 63 p.). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde
- Carvalho, S. T. R. F. (2009). *Conhecimento e percepções dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre fisioterapia*. Dissertação de Mestrado. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto USP, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.
- Costa, J. M. B. S. (2007). *Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de saúde da família*. Dissertação de Mestrado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, Recife, Pernambuco, Brasil.
- Martins, C. (2008). *Sistema Único de Saúde: uma análise das crenças dos seus representantes em municípios rurais na Paraíba*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
- Melo, C. F. (2009). *Avaliação da Estratégia Saúde da Família a partir das crenças de seus profissionais*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
- Melo, C. F., Alchieri, J. C. & Araujo Neto, J. L. (2012). Sistema Único de Saúde: uma avaliação realizada em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Psico-USF*, Itatiba, 17(1), 323-330.
- Moura, B. L. A. et al. (2012). Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. *Revista brasileira materno infantil*, Recife, 10 (1), 69-81.
- Oliveira, S. F. (2006). *Avaliação do Programa Saúde da Família: Uma análise a partir das crenças dos profissionais da equipe de saúde e da população assistida*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
- Pereira, P. M. H. (2007). *Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família*. Dissertação de Mestrado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, Pernambuco, Brasil.
- Rangé, B. (2001). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. São Paulo: Artmed.
- Rokeach, M. (1981) *Crenças, Atitudes e Valores*. Rio de Janeiro: Ed. Interciência.
- Serapioni, M. & Silva, M. G. (2012). Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 16(11), 4315-4326.

Recebido em: 21.09.2012 Aceito em: 04.07.2013

### Nota:

O estudo é produto de tese de doutorado, financiado por bolsa CAPES.

### Autores:

Cynthia de Freitas Melo Lins – Psicóloga. Mestre em Psicologia Social. Doutora em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

João Carlos Alchieri – Psicólogo. Doutor em Psicologia pela UFRGS. Professor associado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

João Lins de Araújo Neto – Médico residente em clínica médica. Escola de Saúde Pública do Ceará.

Fabício Augusto de Freitas Melo – Administrador. Mestre em Administração. Professor de ensino básico, técnico e tecnológico. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará.

### Endereço para correspondência:

Cynthia de Freitas Melo.  
cf.melo@yahoo.com.br  
Av. Sargento Herminio, 1415, apto 1503 – Violeta-A.  
CEP 60350-550, Fortaleza, CE, Brasil  
Tel.: (85) 8660-2389