



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DAS
CRENÇAS DE SEUS PROFISSIONAIS

Cynthia de Freitas Melo

DEZEMBRO/ 2009
JOÃO PESSOA/PB

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

CYNTHIA DE FREITAS MELO

Orientador: Prof^o Dr. Francisco José Batista de Albuquerque

DEZEMBRO/ 2009

JOÃO PESSOA/PB

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DAS CRENÇAS
DE SEUS PROFISSIONAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Social.

Orientador: Prof. Dr. Francisco José Batista Albuquerque

Leitor: Prof. (a) Dr. (a) Ana Alayde Werba Saldanha

Núcleo de pesquisa: Núcleo de Estudos em Desenvolvimento Rural e Avaliação de Programas Sociais (NEDRAPS)

DEZEMBRO /2009

JOÃO PESSOA/PB

M527a Melo, Cynthia de Freitas.

Avaliação da estratégia saúde da família a partir das crenças de seus profissionais / Cynthia de Freitas Melo. - - João Pessoa: UFPB, 2009.

204f. : il.

Orientador: Francisco José Batista Albuquerque.

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHLA.

1. Psicologia social. 2. Pesquisas de avaliação. 3. Saúde da família- Estratégias. 4. Crenças.

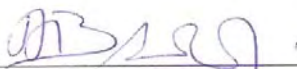
UFPB/BC

CDU: 316.6(043)

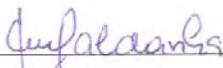
**AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA A PARTIR DAS
CRENÇAS DE SEUS PROFISSIONAIS**

Dissertação aprovada em: 16 / 12 / 2009

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Francisco José Batista de Albuquerque (ORIENTADOR)
Universidade Federal da Paraíba



Prof.ª Dra. Ana Alayde Werba Saldanha (LEITORA)
Universidade Federal da Paraíba

Prof. Dr. João Carlos Alchieri (AVALIADOR EXTERNO)
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

*Aos meus pais, Emanuel e Ilna, por
entenderam que a dor da distância é
justificada pela realização de um
sonho.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por todas as vitórias que têm me dado.

Aos meus pais, **Emanuel e Ilna**, e ao meu irmão, **Fabício**, pela força que sempre me fez perseverar.

A **João Lins**, por ter caminhado comigo.

A **André Lima, Cibelle Nunes, Julian Bruno, Marcelo Oliveira, Márcia Camilla, Thais Andrade e Thays Nogueira**, por serem amigos que nunca me deixaram sozinha.

Aos meus, mais que colegas de trabalho, amigos do NEDRAPS, **Flávia, Maria Quitéria, Nayana Gouveia e Suenny Oliveira**, pelas discussões teóricas e contribuições estatísticas.

Aos **meus colegas de turma**, pela união desde a preparação para a seleção de mestrado.

Aos **funcionários da Secretaria Municipal de Saúde**, pela disponibilidade em fornecer constantemente documentos essenciais à realização da pesquisa.

Aos **profissionais das Unidades de Saúde da Família**, pela acolhida e disposição em responder os instrumentos.

Ao **Professor Francisco Elmiro**, pelas contribuições estatísticas.

Ao **Professor João Alchiere**, pela constante solicitude e contribuições imprescindíveis.

A **Professora Ana Alayde**, pelo carinho, incentivo e zelo com meu trabalho.

Ao **Professor Francisco Albuquerque**, pesquisador e pessoa admirável, por 6 anos de constante aprendizado; e mais 59 anos de exemplo profissional e ético.

Transformação e mudança da realidade são previstas através do processo participativo. Há uma radicalidade intencional quando se fala em transformar e mudar. Não é proposta de melhoria de vida, mas de inclusão social da população excluída e de conquista de cidadania (Barreira, 2000).

RESUMO

A partir da portaria 648/06 a Estratégia Saúde da Família (ESF) passa a ser vista como estratégia estruturante da Atenção Básica. Neste cenário, as pesquisas de avaliação da ESF funcionam como ferramenta fundamental para auxiliar, através de feedback, nas decisões de seus gestores. Informações sistemáticas que podem ser utilizadas no aprimoramento das ações governamentais. Os profissionais, que são os implementadores dessas ações, tornam-se fonte preciosa de informação, pois, além de conhecerem a realidade do cotidiano da ESF, são sujeitos que também possuem o poder de modificá-la. Desta forma, o presente estudo objetivou avaliar a Estratégia Saúde da Família (ESF) em João Pessoa, Paraíba, a partir das crenças dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (EqSF), com o intuito de compreender os fatores que influenciam o desempenho efetivo do trabalho destas equipes na ESF, possibilitando seu êxito ou fracasso. Foi realizada uma pesquisa descritiva correlacional aplicada, na qual as variáveis antecedentes referem-se às condições de trabalho nas Unidades de Saúde da Família (USF) e o perfil dos profissionais, e as variáveis conseqüentes são as crenças que os profissionais das EqSFs têm sobre a estratégia. Foi utilizada uma amostragem probabilística composta por 337 profissionais das EqSF. Para coleta de dados, foi criada e validada a Escala de Avaliação da ESF pelos Profissionais com 24 itens e quatro pontos de resposta. Investiga os seguintes fatores: 1) Recursos materiais ($\alpha = 0,86$), com 10 itens; 2) Eficiência no atendimento ($\alpha = 0,80$), com 8 itens; 3) Infra-estrutura física ($\alpha = 0,73$), com 6 itens, que foi respondido de forma individual dentro das 101 USFs em que trabalham os profissionais sorteados para a amostras. A análise de dados aconteceu em cinco etapas: na primeira, foram realizadas análises exploratórias, objetivando limpar o banco, e identificar possíveis erros de digitação. Em seguida, foi realizada uma análise fatorial da Escala de Avaliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), para verificar a adequação dos itens aos fatores. Na terceira etapa foram utilizadas estatísticas descritivas (frequência, porcentagem, média, desvio padrão) nos dados biodemográficos para fornecer informações acerca da amostra. Em seqüência, foram realizadas médias e desvios padrões dos itens das escalas, para verificar a pontuação dos fatores. Foram feitas ainda as frequências e porcentagens de cada item dos fatores. Por fim, foram realizadas comparações entre os profissionais por escolaridade (nível médio e técnico *versus* superior), através do teste *T Student* e qui-quadrado, e por categoria profissional, através da ANOVA. De forma geral, os resultados apresentaram distinções nos tipos de vínculos empregatícios dos profissionais. Verificou-se que a permanência média destes nas USFs, é de 3,9 anos (DP=2,60). Sendo cada EqSF responsável, em média, por 946,49 famílias (DP=200). As rendas mensais variam entre 400 reais a 7000 reais, e 13,1% dos profissionais afirmam ter outro trabalho. No que se refere à avaliação que os profissionais fazem da ESF, a disponibilidade dos recursos materiais obteve avaliação positiva por 76,68% dos profissionais. A eficiência do atendimento foi avaliada negativamente por 53,4% dos participantes. E a infra-estrutura da USF foi avaliada positivamente por 71,17% dos profissionais. Contemplando, entretanto, algumas ressalvas às camuflagens das avaliações positivas. Constatou-se ainda que os recursos materiais e a infra-estrutura das USFs foram melhor avaliados pelos profissionais de nível superior. E a eficiência no atendimento foi melhor avaliada pelos profissionais de nível médio/técnico. Concluindo-se que, apesar das limitações, a ESF em João Pessoa foi avaliada positivamente por seus profissionais, apresentado avanços significativos na realidade de funcionamento.

Palavras-chave: Pesquisas de avaliação, crenças, Estratégia Saúde da Família (ESF).

ABSTRACT

From the decree 648/06 the Family Health Strategy (ESF) becomes seen as a structuring strategy of Basic Care. In this scenario, the evaluation researches of ESF work as a fundamental tool to help, through feedback, the decisions of its managers. Systematic information that can be used in the improvement of governmental actions. Professionals, who are the implementers of these actions, become valuable source of information, because in addition to knowing the reality of everyday ESF, they are also subjects that have the power to change it. This way, this study aimed to evaluate the Family Health Strategy (ESF) in João Pessoa, Paraíba, from the beliefs of professionals in the Health Team Family (EqSF), in order to understand the factors that influence the effective performance of work of these teams in the ESF, enabling its success or failure. It has been done a descriptive correlational applied research, in which the antecedent variables relate to working conditions in the Unities of the Family Health (USF) and professionals profile, and consequent variables are the beliefs that professionals of EqSFs have on the strategy. It has been used probability sample composed by 337 professionals of EqSF. For data collection, it was created and validated the Evaluation Scale of ESF by Professionals with 24 items and four points in response. Investigates the following factors: 1) Material resources ($\alpha = 0.86$), with 10 items, 2) Efficiency in assistance ($\alpha = 0.80$), with 8 items, 3) Physical Infrastructure ($\alpha = 0.73$), with 6 items, which was answered by an individual configuration in the 101 USFs where professionals sorted to the samples work. Data analysis took place in five phases: in the first, it has been done exploratory analysis, aiming to clear the bank, and identify possible digitation errors. Next, it has been done a factor analysis of the Scale for the Evaluation of the Family Health Strategy (ESF), to verify the adequacy of items to factors. In the third stage it has been used descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) in Bio-demographic data to provide information about the sample. Subsequently, it has been made means and standard deviations of the items of the scales to check the scores of the factors. It has even been made frequencies and percentages for each item of factors. Finally, comparisons were made between professionals by education (high school and technical versus higher), by T Student test and chi-square, and by professional category, by ANOVA. Overall, the results showed distinctions in types of employment contracts for professionals. It was found that the average stay of these professionals in USFs, is 3.9 years ($SD = 2.60$). And each EqSF is responsible for an average of 946.49 families ($SD = 200$). The monthly rents range from 400 reais to 7,000 reais and 13.1% of professionals say they have another job. With regard to the evaluation that the professionals do to the ESF, the availability of material resources obtained a positive evaluation by 76.68% of the professionals. The efficiency of care was rated negatively by 53.4% of participants. And the infrastructure of USF was evaluated positively by 71.17% of the professionals. Observing, however, some caveats to camouflage the positive evaluations. It was even verified that the material resources and infrastructure of USFs were better rated by professionals of superior level. And the efficiency in assistance was better rated by professionals of medium/technical level. It was concluded that, despite limitations, the ESF in Joao Pessoa was evaluated positively by their professionals, presenting significant advances in the reality of operation.

Keywords: Research Evaluation, beliefs, Family Health Strategy (ESF).

SUMÁRIO

LISTA DE ANEXOS / APÊNDICES	XII
LISTA DE FIGURAS	XIII
LISTA DE TABELAS	XIV
LISTA DE SIGLAS	XVII
I. INTRODUÇÃO	19
II. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	25
2.1 Políticas públicas	26
2.2 Estratégia Saúde da Família: a porta de entrada do Sistema Único de Saúde	36
2.2.1 A Estratégia Saúde da Família em João Pessoa	48
2.2.2 SUS real e SUS teórico: as pesquisas de avaliação do PSF/ESF	51
2.2.2.1 Saúde da Família: uma estratégia em incessante crescimento	51
2.2.2.2 Os potenciais positivos da Saúde da Família	52
2.2.2.3 Saúde da Família: problemas que perduram por 15 anos	53
2.2.2.4 Infra-estrutura física e recursos materiais: um obstáculo no funcionamento da Saúde na Família	54
2.2.2.5 A fragilidade dos contratos e a rotatividade dos profissionais	56
2.2.2.6 O déficit nas capacitações profissionais	57
2.2.2.7 A indeterminação das atribuições do cargo do ACS	58
2.2.2.8 A sobrecarga de trabalho	59
2.2.2.9 O Sistema de Referência e Contra-referência	61
2.2.2.10 O Vínculo com a comunidade e questões políticas	62
2.2.2.11 O tempo de duração das consultas médicas	63
2.2.2.12 O sistema de saúde público no Brasil e no mundo	64
III. A PSICOLOGIA SOCIAL E A AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS	68
3.1 Pesquisas de avaliação: um feedback sobre as políticas públicas	69
3.2 Um enfoque cognitivo-comportamental: crenças que predisõem ao comportamento	77

3.3 Teoria das crenças	80
IV. OBJETIVOS E HIPÓTESES	90
4.1. Objetivos	91
4.1.1 Objetivo geral	91
4.1.2 Objetivos específicos	91
4.2. Hipóteses	92
V. APORTES MÉTODOLÓGICOS	96
5.1. Delineamento	97
5.2. Amostra	97
5.3. Instrumentos	99
5.4. Procedimentos	100
5.5. Análise dos dados	101
5.6. Aspectos éticos	102
VI. RESULTADOS	103
6.1 Construção de uma medida psicométrica para avaliar a ESF a partir das crenças de seus profissionais	104
6.2 Qualidades psicométricas da escala	108
6.3 O perfil biodemográfico dos participantes	114
6.4 Análise descritiva dos fatores da escala: avaliação da ESF por seus profissionais	119
6.4.1 Recursos materiais (Fator 1)	120
6.4.2 Eficiência no atendimento (Fator 2)	126
6.4.3 Infra-estrutura física (Fator 3)	134
VII. DISCUSSÃO	140
VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS	154
IX. REFERÊNCIAS	160
ANEXOS	181
APÊNDICE	189

LISTAS DE ANEXOS/APÊNDICES

ANEXO A – Distritos Sanitários do município de João Pessoa e os bairros que os compõem

ANEXO B – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO C – Declarações de autorização da pesquisa pelos coordenadores dos 5 distritos sanitários

APÊNDICE A – Instrumento de aplicação (Declaração do mestrado, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Escala de Avaliação da ESF, Escala de Caracterização de Burnout, Escala de Clima Organizacional)

APÊNDICE B – Estrutura das categorias da Escala de Avaliação da ESF (original, antes da validação)

APÊNDICE C – Definição operacional das categorias originais

APÊNDICE D – Escala de Avaliação da ESF pelos Profissionais (após validação)

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1. Modelo teórico original da Escala de Avaliação da ESF pelos seus profissionais.	106
Figura 2. Modelo teórico final da Escala de Avaliação da ESF pelos seus profissionais.	108
Figura 3. Scree Plot da Escala de Avaliação da ESF	110
Figura 4. Avaliação do fator “Recursos materiais” pela média da nota atribuída pelos profissionais.	120
Figura 5. Avaliação do fator “Recursos materiais” pela porcentagem das frequências de avaliações positivas e negativas.	121
Figura 6. Avaliação do fator “Eficiência no atendimento” pela média da nota atribuída pelos profissionais.	127
Figura 7. Avaliação do fator “Eficiência no atendimento” pela porcentagem das frequências de avaliações positivas e negativas.	127
Figura 8. Avaliação do fator “Infra-estrutura” pela média da nota atribuída pelos profissionais.	135
Figura 9. Avaliação do fator “Infra-estrutura” pela porcentagem das frequências de avaliações positivas e negativas.	135

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Número de Equipes de Saúde da Família por Distrito Sanitário de João Pessoa	49
TABELA 2 – Número de Trabalhadores das Equipes de Saúde da Família de João Pessoa, segundo agrupamento de categoria profissional e Distrito Sanitário.	50
TABELA 3 – Número de participantes da amostra por categoria profissional, comparado ao número da população.	98
TABELA 4- Número de sujeitos da população e (participantes da amostra), segundo agrupamento estratificado de categoria profissional e Distrito Sanitário.	98
TABELA 5- Caracterização dos profissionais da Equipe de Saúde da Família segundo sexo, idade, estado civil e pertença de filhos (N=337)	111
Tabela 6. Caracterização dos profissionais da Equipe de Saúde da Família segundo sexo, idade, estado civil e possuir filhos (N=337)	114
TABELA 7- Média do tempo de atuação na carreira, na rede pública e na USF dos profissionais da Equipe de Saúde da Família segundo categoria profissional (N=337)	115
TABELA 8- Tipo de vínculo empregatício dos profissionais da Equipe de Saúde da Família segundo categoria profissional (N=337)	116
TABELA 9- Média de atendimentos diário dos profissionais da Equipe de Saúde da Família segundo categoria profissional (N=337)	117
TABELA 10- Distribuição dos profissionais da ESF que possuem, ou não, outro trabalho segundo categoria profissional (N=337)	118

TABELA 11- Média da remuneração mensal dos profissionais da Equipe de Saúde da Família segundo categoria profissional (N=337)	118
TABELA 12- Análise Fatorial Exploratória com método dos <i>Principal Axis Factoring</i> – PAF	119
Tabela 13- Distribuição da porcentagem de respostas dos profissionais da EqSF sobre a disponibilidade dos recursos materiais que compõem o fator 1.	122
Tabela 14. Comparação das médias e frequências do fator 1 entre os profissionais de nível superior x médio e técnico	123
Tabela 15- Distribuição da porcentagem de respostas negativas dos profissionais da EqSF sobre a disponibilidade dos recursos materiais que compõem o fator 1 segundo critério de escolaridade	124
Tabela 16- Distribuição das notas médias atribuídas pelos profissionais da EqSF sobre a disponibilidade dos recursos materiais que compõem o fator 1 segundo critério de escolaridade	124
Tabela 17- Distribuição das notas médias atribuídas pelos profissionais da EqSF para fator 1 segundo categoria profissional	125
Tabela 18. Distribuição da porcentagem de respostas dos profissionais da EqSF sobre o Sistema de referência e Contra-referência	128
Tabela 19- Distribuição da porcentagem de respostas dos profissionais da EqSF sobre a Capacitação profissional	129
Tabela 20. Comparação das médias e frequências do fator 2 entre os profissionais de nível superior x médio e técnico	130
Tabela 21- Distribuição da porcentagem de respostas negativas dos profissionais	130

da EqSF sobre os itens que compõem o fator 2, distribuídos nos seus sub-fatores segundo critério de escolaridade

Tabela 22. Distribuição das notas médias atribuídas pelos profissionais da EqSF 132
sobre os itens que compõem o fator 2, distribuídos nos seus sub-fatores segundo critério de escolaridade

Tabela 23- Distribuição das notas médias atribuídas pelos profissionais da EqSF 133
para o fator 2 e seus sub-fatores segundo categoria profissional

Tabela 24. Distribuição da porcentagem de respostas dos profissionais da EqSF 136
sobre os itens que compõem o fator 3

Tabela 25 Comparação das médias e frequências do fator 3 entre os 137
profissionais de nível superior x médio e técnico

Tabela 26. Distribuição da porcentagem de respostas negativas dos profissionais 138
da EqSF sobre os itens que compõem o fator 3, segundo critério de escolaridade

Tabela 27. Distribuição das notas médias atribuídas pelos profissionais da EqSF 138
para cada item que compõem o fator 3 segundo critério de escolaridade

Tabela 28. Distribuição das notas médias atribuídas pelos profissionais da EqSF 139
para o fator 3 segundo categoria profissional

LISTA DE SIGLAS

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Auxiliar de Enfermagem
APS	Atenção Primária de Saúde
CAP's	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DS	Distritos Sanitários
EC29	Ementa Constitucional 29
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
IAP	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência social
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NEDRAPS	Núcleo de Estudos em desenvolvimento Rural e avaliação de Programas Sociais
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
REFORSUS	Projeto Reforço à Reorganização do SUS
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

SPSS	Statistical Package of Social Sciences for Windows
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Teoria Cognitiva Comportamental
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

I. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa dá continuidade aos trabalhos desenvolvidos pelo Núcleo de Estudos sobre Desenvolvimento Rural e Avaliação de Programas Sociais – NEDRAPs, que tem priorizado em seus estudos a avaliação de programas sociais, em especial o Programa Saúde da Família (PSF), agora com o nome de Estratégia Saúde da Família (ESF).

A nova nomenclatura deve-se ao entendimento hoje colocado pelo Ministério da Saúde (MS), considerando a Saúde da Família (SF) como estratégia de reorientação para reorganização da atenção básica. A SF, portanto, não pode ser vista como um programa. Não se trata, pois, de uma intervenção pontual no tempo e no espaço, e nem aparece de forma paralela ou vertical às atividades rotineiras dos serviços de saúde, mas sim como uma estratégia que propõe a integração e organização das atividades em um território definido, com vistas à saúde do indivíduo, família e comunidade (Brasil, 2006^B; Carvalho, 2009; Coimbra, 2007; Nery, 2006; Soares, 2008; Wai, 2007). Far-se-á referência, entretanto, em determinados momentos, ao Programa Saúde da Família (PSF), utilizando a terminologia dos documentos iniciais do MS.

O NEDRAPs iniciou suas pesquisas sobre a Saúde da Família com um estudo introdutório sobre o PSF, contemplando as crenças de seus usuários e profissionais (Oliveira, 2006). Em seguida, foi realizada uma pesquisa de avaliação do PSF em João Pessoa e Fortaleza, através das crenças dos usuários do sistema de saúde público e privado (Melo, 2007).

Em 2008, quatro pesquisas foram desenvolvidas pelo NEDRAPs sobre avaliação do PSF no interior paraibano. Foram realizadas duas dissertações de mestrado que versam uma sobre avaliação do PSF pelos não-usuários do programa (Neves, 2008) e a outra sobre a

avaliação desse pelos seus gestores (Martins, 2008). Além destas, duas teses de doutorado, ainda em fase de conclusão, avaliam as crenças sobre o PSF, uma focando seus usuários (Marcelino, 2008) e outra os profissionais de saúde (Oliveira, 2008^B). Esse conjunto de pesquisas avaliativas sobre o Sistema de Saúde busca abarcar todo o leque de atores sociais envolvidos: gestores, conselheiros, funcionários, usuários e não-usuários do programa.

Dando continuidade aos estudos na capital paraibana, a presente pesquisa visa avaliar a Estratégia Saúde da Família (ESF) em João Pessoa, Paraíba, a partir das crenças dos profissionais da Equipe de Saúde da Família [médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem (AE), dentistas, auxiliares de consultório dentário (ACD) e agentes comunitários de saúde (ACS)], com o intuito de compreender as condições e os fatores que influenciam o desempenho efetivo do trabalho desta equipe, possibilitando o êxito ou o fracasso da estratégia.

O Programa Saúde da Família (PSF) como era chamado até 2006, assim como os outros programas sociais de nosso país, surgiu a partir da demanda da população. Deveriam ser tratados como experimentos planejados que objetivam atingir uma mudança na realidade social, tal como prega a literatura de avaliação de programas (Campbell, 1969; Cano, 2004). Sabe-se, todavia, que estes são criados e implantados por tentativa e erro. E a população, que paga pelos serviços, acompanha uma prática cotidiana que se diferencia, e distancia-se, de suas formulações teóricas e legislativas.

Neste cenário, a avaliação de políticas, programas e projetos sociais funciona como uma ferramenta fundamental para auxiliar, através de *feedback*, nas decisões dos gestores no tocante à implementação, ao processo e aos resultados alcançados pelos programas

governamentais. Informações sistemáticas que podem ser utilizadas nos seus aprimoramentos. De acordo com Belloni, Magalhães e Sousa (2003), existem, entretanto, poucas experiências de avaliação sistemática de desempenho e de resultados dos programas. A maioria dos estudos prioriza informações sobre o impacto, esquecendo-se das conseqüências mais amplas e difusas das ações desenvolvidas. Neste sentido, a avaliação de programas não deve se restringir aos resultados, mas deve abranger também o processo de formulação, implementação das ações.

Seguindo essa perspectiva, objetivou-se avaliar a Estratégia Saúde da Família (ESF) em João Pessoa, e proporcionar *feedback* aos seus formuladores, gestores, implementadores e usuários. Guiados por este propósito, contemplou-se não apenas seus resultados, mas também a avaliação de processo e implementação da ESF. Para tanto, buscou-se realizar dois estudos seqüenciais, e complementares, em João Pessoa.

Em Melo (2007), ainda com a nomenclatura Programa Saúde da Família, foi realizada uma pesquisa de avaliação deste, a partir das crenças dos usuários dos serviços de saúde. Buscou-se, dentre outros objetivos, verificar os efeitos deste na vida de seus beneficiários, detectando os fatores positivos e negativos de seu funcionamento. Uma avaliação de resultado do programa, sobre a óptica de seus beneficiários, atores situados no final da esteira do processo de produção.

Dando continuidade, pretende-se, agora, no presente estudo, realizar uma avaliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre a perspectiva de seus profissionais, que são os implementadores da estratégia. Estes se tornam, assim, fonte preciosa de informação, pois, além de conhecer a realidade do cotidiano da estratégia, são sujeitos que também

possuem o poder de modificá-la. Sabe-se, pois, que a implementação modifica as políticas públicas, tal como concebida pelos seus formuladores (Barreira, 2001). Buscou-se aqui, portanto, verificar a realidade cotidiana de implementação da ESF. Não se trata, deste modo, apenas do exame comparativo entre o proposto e o alcançado, pois esta metodologia, que aprecia o grau de consecução de objetivos e metas pré-definidos, é considerada insuficiente; uma vez que não possibilita a contextualização da atividade, seja de sua formulação e implementação, seja de suas conseqüências e implicações (Belloni et al., 2003). Trata-se, agora, de uma avaliação de processo da ESF, em complementação ao estudo de resultado, anteriormente realizado.

Sabe-se também que avaliar a Estratégia Saúde da Família não é uma prática inovadora. Todavia, a avaliação de uma estratégia ou programa social consiste em um processo sistemático, isto é, envolve múltiplas observações. Não sendo aceitável uma única observação no tempo ou um único instrumento de avaliação.

Contempla-se, por fim, que os usuários da ESF são os maiores focos nesse tipo de pesquisa, pois são eles que sofrem as reformas e a ação que se exerce sobre eles, que sofrem as doenças e as mudanças organizacionais, que sofrem a espera e a desinformação. Atuando verdadeiramente como os “sujeitos-pacientes” (Minayo, 2001). Neste contexto, entretanto, não há como negar a existência de “funcionários-missionários” que, apesar das dificuldades, tentam superar os problemas para atender a população (Faleiros, 2003).

Cresce a demanda de atendimentos, e o serviço torna-se impermeável para muitas das pessoas que necessitam e têm direito. E para estas, não lhes interessa de qual esfera do governo provém, e sim, se estas são atendidas como sujeitos e de forma eficiente, na hora

da necessidade. E se não ocorre tudo como esperado, os profissionais que estão nas Unidades de Saúde da Família (USF's) tornam-se os únicos alvos visíveis para que os usuários despejem suas queixas e críticas. Sendo responsabilizados por todas as deficiências da estratégia. Por este motivo, contempla-se a importância de desenvolverem-se pesquisas de avaliação de programas focando esses profissionais.

Seguindo esse raciocínio, a presente pesquisa buscou conhecer as crenças que esses profissionais possuem sobre a ESF: recursos materiais (insumos, vacinas e medicação), eficiência no atendimento (sistema de referência/ contra-referência e capacitação profissional) e infra-estrutura física. Desta forma, apreendeu-se, a realidade de funcionamento da ESF, seus aspectos positivos, falhas e limitações.

Assim, a presente pesquisa abordou os profissionais da ESF sob o aspecto cognitivo, utilizando a teoria das crenças. Teve ainda como suporte a teoria cognitivo-comportamental, a qual nos permite compreender que a partir das experiências anteriores, e cotidianas, dentro das USF's, estes profissionais formam crenças sobre a estratégia, e estas afetam seu estado afetivo e seu padrão comportamental. Portanto, os itens do instrumento utilizado não basearam-se no conhecimento dos profissionais sobre aspectos teóricos da ESF, ou em idiosincrasias, nem na constatação direta de seu comportamento. Averiguou-se, sim, através dos itens da escala utilizada, a percepção comportamental que os profissionais possuem sobre a realidade de funcionamento da ESF, através de crenças adquiridas no encontro direto com o objeto. Deste modo, a apreensão dessas crenças possibilitou a compreensão da realidade das condições de prestações de serviços de saúde para a comunidade, sob a óptica da Equipe de Saúde da Família, permitindo-nos, assim, identificar os aspectos cruciais que conduzem a atuação desses profissionais dentro da ESF.

II. A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1 Políticas públicas

Uma política pública é resultado de um demorado e intricado processo que envolve interesses divergentes, confrontos e negociações entre várias instâncias instituídas e entre os atores que delas fazem parte. A política pública pode ser definida como:

Um conjunto de ações e omissões que manifestam uma modalidade de intervenção do Estado em relação a uma questão que chama a atenção, o interesse e a mobilização de outros atores da sociedade civil. Desta intervenção, pode-se inferir uma determinada direção, uma determinada orientação normativa, que, presumivelmente, afetará o futuro curso do processo social desenvolvido, até então, em torno do tema (Oszlak & O'Donnell, 1976, p.21).

Nessa definição, ainda é necessário destacar que o termo público, associado à política, não é uma referência exclusiva ao Estado, como muitos pensam, mas sim à “coisa” pública, ou seja, de todos. Portanto, embora as políticas públicas sejam reguladas e freqüentemente providas pelo Estado, elas também englobam preferências, escolhas e decisões privadas podendo, e devendo, serem controladas pelos cidadãos. Política pública expressa, assim, a conversão de decisões privadas em decisões e ações públicas, que afetam a todos (Pereira, 1994).

Existem vários tipos de políticas, tal qual a econômica, agrária, ambiental, regional. Destaca-se no presente trabalho, todavia, a política social, que requer participação ativa do

Estado no planejamento e execução de procedimentos e metas voltados para a satisfação de necessidades coletivas (Pereira, 1994). O foco é um programa social da área de saúde, que após bons resultados, tornou-se uma estratégia: a Estratégia Saúde da Família (ESF). Objetiva-se realizar uma avaliação desta, através das crenças de seus profissionais.

Assim como as outras políticas públicas, a política social, suas estratégias, programas sociais e projetos também são conhecidos por tratarem-se de canais e respostas às necessidades e demandas dos cidadãos (Degenszajn, 2006). Surgem, geralmente, como resultantes de prolongados e complexos jogos de reivindicação e de pressão política, que transformam necessidades percebidas por indivíduos ou grupos restritos, em políticas adotadas pelos Estados Nacionais (Brasil, 2007 ^A).

Seguindo esse raciocínio, Cano (2004) define programa social como uma intervenção sistemática planejada com o objetivo de atingir uma mudança na realidade social. Campbell (1969) afirma ainda que os programas sociais são de fato experimentos planejados para atingir objetivos determinados e ressalta a necessidade de que os cientistas sociais se interessem por avaliar cada programa para determinar se os objetivos pretendidos foram alcançados. A Saúde da Família, não se tratando mais de um programa, e sim de estratégia, não é mais pontual no tempo e espaço e não possui data para finalização. Junto a isso, surge a consciência da incerteza de suas ações futuras e das alterações de seus planejamentos. Permanece, entretanto, a necessidade de avaliá-la, acompanhando seu processo de trabalho, detectando seus aspectos positivos e seus pontos a serem melhorados.

Para compreender e avaliar os programas sociais e estratégias do governo de um país é necessário, portanto, entender como funcionam as políticas públicas, dentro do

contexto no qual elas estão inseridas. É necessário ter um olhar voltado para a avaliação do programa sem perder de vista o foco nas questões sociais as quais ele suscita, pois, pelo menos no Brasil, estas ações surgem das exigências evocadas das necessidades dos grupos sociais menos favorecidos (Melo, 2007). Por este motivo, buscar-se-á compreender de forma sintetizada o percurso histórico das políticas de saúde no Brasil.

A crise do sistema de saúde no Brasil está presente no nosso dia a dia, podendo ser constatada através de fatos amplamente conhecidos e divulgados pela mídia, como filas frequentes de pacientes nos serviços de saúde; a falta de leitos hospitalares para atender a demanda da população; a escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência; o atraso no repasse dos pagamentos do Ministério da Saúde (MS) para os serviços conveniados; os baixos valores pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos diversos procedimentos médico-hospitalares; o aumento de incidência e o ressurgimento de diversas doenças transmissíveis e as denúncias de abusos cometidos pelos planos privados e pelos seguros de saúde.

Para analisar a realidade hoje existente, buscar-se-á agora conhecer os determinantes históricos envolvidos neste processo. Assim como nós somos frutos do nosso passado e da nossa história, o setor saúde também sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo (Polignano, 2001). As políticas de Bem-Estar Social, e nelas as políticas de saúde, são frutos de um passado de lutas e pressões sociais, de processos históricos que são mutáveis e, em geral, cumulativos e sempre em expansão. E é esse caráter transitório que traz a noção de necessidades de saúde como uma sempre renovada complexidade (Brasil, 2007^B).

Para tanto, é necessário considerar inicialmente algumas premissas: 1) A evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente com a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-las; 2) A saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde; 3) A conquista dos direitos sociais (saúde e previdência) tem sido sempre uma resultante do poder de luta, de organização e de reivindicação dos trabalhadores brasileiros e, nunca uma dádiva do estado, como alguns governos querem fazer parecer; 4) Devido a uma falta de clareza e de uma definição em relação à política de saúde, a história da saúde permeia e se confunde com a história da previdência social no Brasil em determinados períodos; 5) A dualidade entre medicina preventiva e curativa sempre foi uma constante nas diversas políticas de saúde implementadas pelos vários governos (Polignano, 2001).

Outro dado que deve ser ressaltado é que, segundo Boschetti (2003), houveram três momentos significativos na política de saúde do Brasil: 1) Assistencialista, pré 1930, caracterizada por ações de caridade sem intervenção estatal; 2) Previdencialista, criada numa legislação que garantia a intervenção do Estado. Esse período vai dos anos 30 a 70. Atingia apenas os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, enquanto aqueles que não estavam nele inseridos, tinham duas opções: ser usuário dos serviços estatais (campanha de vacinação, prevenção) ou filantropia; 3) Universalista, que iniciou-se após a constituição de 1988, pois até 88 a saúde era baseada na rede previdenciária para trabalhadores e a rede pública de saúde para os indigentes.

Nessa evolução das políticas de saúde é necessário ter clareza que, se a preocupação com a organização sanitária só surgiu com a vinda da família real para o Brasil, os cuidados com a assistência à saúde procedeu-se de forma ainda mais lenta, através de lutas e conquistas sociais (Calainho, 2005; Finkelman, 2002; Lima, n.d.; Polignano, 2001; Macedo, 2004). Até 1930, durante período assistencialista, os cuidados com a saúde eram feitos por trabalhos de caridade, em sua maioria a encargos da igreja. Nesta época, as intervenções do governo seguiam um modelo campanhista, tal como a que acarretou a Revolta da Vacina, onde os “guardas sanitários” seguiam uma visão militar em que os fins justificam os meios (Contrim, 1999; Gomes, 2002; Mendes, 1999; Polignano, 2001).

Foi com a Revolução Industrial, entre 1760 e 1850, que as questões urbanas de saneamento, juntamente às péssimas condições de trabalho (e ambiente), geraram uma inicial preocupação, não com a saúde da população, mas, sim, com a saúde da força de trabalho, e suas conseqüentes perdas econômicas (Frias, 1999). E, como resultado das greves de 1917 e 1919 do movimento operário, foi então aprovada, em 1923, a Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil. Através desta lei foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's), como meio de garantir um Estado que atua diretamente na saúde (Brasil, 1923). E, em seguida, pretendendo estender a todas as categorias do operariado urbano organizado os benefícios da previdência, Vargas substituiu as antigas CAP's pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs). Assim, nestes institutos os trabalhadores eram organizados por categoria profissional e não por empresa. Este foi o marco do período previdencialista da saúde (Alexandre, 2003; Gomes, 2002; Polignano, 2001; Rocha, 2005; Santos, 1985; Silva, 1998).

Posteriormente, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967, unificou-se os diferentes benefícios, agora sustentados pela tríade empregador/ empregado/ União (Brasil, 1967). No entanto, ao aumentar substancialmente o número de contribuintes, e conseqüentemente de beneficiários, era impossível ao sistema médico previdenciário atender a toda essa população. Desta forma, foram estabelecidos convênios e contratos com médicos e hospitais do país, pagando-se pelos serviços produzidos. Esse fato propiciou a estes grupos se capitalizarem, provocando um efeito cascata com o aumento no consumo de medicamentos, formando, assim, um complexo sistema médico-industrial. Eis o início da privatização da assistência à saúde. E como o sistema foi se tornando cada vez mais complexo, acabou levando a criação de uma estrutura própria administrativa, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em 1978. Nesse período, entretanto, o direito à saúde era restrito aos contribuintes. Ficando o restante da população “às margens” dos serviços de saúde (Alexandre, 2003; Almeida, 1989; Alvim, 1999; Bezerra, 2001; Capistrano, 1988; Gerschman & Santos, 2006; Gomes, 2002; Mendes, 1996; Polignano, 2001; Rocha, 2005; Silva, 1998).

Neste mesmo ano, na Conferência Internacional de Alma Ata, a Atenção Primária de Saúde (APS) foi definida como a estratégia principal para a expansão das coberturas dos serviços de saúde a toda a população e a participação comunitária foi incorporada como um princípio fundamental (Brasil, 2001^A). Foram esses os primeiros passos dos princípios que norteariam o SUS. De acordo com Oliveira (2006), o relatório final desta conferência determinou que os cuidados primários em saúde seriam os meios principais para que todas as populações do mundo pudessem alcançar um padrão sanitário aceitável num futuro próximo. Após o sucesso desta conferência, ocorreu uma seqüência de conferências nas

quais foram elaborados documentos referentes à saúde. Dentre estes, destacam-se a Carta de Montes Claros (Muda Saúde), em 1985; a Carta de Ottawa, em 1986, com o tema “Promoção de Saúde”; a Declaração de Adelaide, em 1988, com o tema “Políticas Públicas Saudáveis”; a Declaração de Sundsvall, realizada em 1991, com o tema “Ambientes Favoráveis à Saúde”; a Declaração de Bogotá, cujo tema foi a “Promoção de Saúde e Equidade”, em 1992 e a Declaração de Jakarta, em 1997, que adotou o tema “Orientando a Promoção de Saúde pelo século XXI”.

Em 1986, foi então realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), com participação de diversos representantes da sociedade, além dos profissionais, prestadores de serviços e usuários (Alexandre, 2003; Almeida, 1989; Bezerra, 2001; Brasil, 2003; Finkelman, 2002; Gomes, 2002; Lima, n.d.; Polignano, 2001; Rocha, 2005; Silva, 1998). Na VIII CNS, o conceito de saúde foi amplamente discutido e percebido como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse de terra, e acesso aos serviços de saúde; sugerindo uma íntima associação entre a saúde e sua promoção (Oliveira, 2006). Nesse evento surgiu o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a ser implementado por meio de convênios entre o INAMPS e os governos estaduais, constituindo a primeira tentativa de se criar o SUS, ainda que sem as necessárias definições constitucionais (Brasil, 2003).

O período universalista da saúde se inicia, a partir de então, tendo como marco a Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988, conhecida como constituição cidadã. Seu artigo 196 reconhece a saúde como um direito de todos a ser assegurado pelo Estado e pautado pelo princípio da universalidade; e cria o Sistema Único de Saúde (SUS), prometendo avançar e encontrar formatos e estratégias de mudança do modelo assistencial

vigente. Sendo este regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) e pela Lei Orgânica Complementar (8.142/90). A partir de então consolidou-se a idéia de que Previdência Social é uma forma de seguro, diferenciada da saúde e da assistência social. Agora, a saúde, de responsabilidade do Estado, através do SUS, é direito de todos, independente de serem contribuinte ou não (Brasil, 1988; Brasil, 2003; Escorel, 2005; Gerschman & Viana, 2005; Minayo, 2001).

Após a criação do SUS, durante toda a década de 90 procedeu-se sua “reforma incremental”. O primeiro passo deste processo foi quando o Ministério da Saúde (MS) implantou no Ceará, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Um programa que surgiu com a finalidade de contribuir para a redução das mortalidades infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas. Voltado para a prevenção de doenças através de informações e orientações sobre cuidados de saúde a grupos de risco (Alexandre, 2003; Rosa & Labate, 2005; Gomes, 2002; Oliveira, 2006; Viana, 1998).

Em seguida, em 1994, a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou este o “Ano Internacional da Família”. No Brasil, oficializava-se a família como vetor de cuidado profissional no setor da saúde (Oliveira, 2006). Então, a partir da experiência positiva do PACS no Ceará, somado ao novo foco sobre a família, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), como estratégia de reorientação dos serviços de atenção básica à saúde (Alexandre, 2003; Rosa & Labate, 2005; Gomes, 2002; Oliveira, 2006; Viana, 1998).

Nesse processo de reformas incrementais, foram elaboradas as Normas Operacionais Básicas (NOBs) para o funcionamento e operacionalização do SUS. Sob a

competência do Ministério da Saúde, foram editadas três NOBs: a NOB-SUS 01/91, NOB-SUS 01/93, NOB-SUS 01/96, instituídas por meio de portarias ministeriais, que definem e regulamentam as competências de cada esfera do governo e as condições necessárias para que os estados e municípios possam assumir as novas posições nesse processo. Assim, como também foi publicada, em 2001, a primeira Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01), que foi revista no ano de 2002 (NOAS/SUS 01/02) (Alexandre, 2003; Brasil, 1996; Gomes, 2002; Negri, 2002; Polignano, 2001). E como tentativa de impedir cortes no orçamento da saúde e para evitar o fechamento de hospitais e laboratórios, além de garantir o funcionamento de programas e projetos que assistem a milhões de cidadãos, foi proposta a Emenda Constitucional 29 (EC29), em 13 de setembro de 2000. A partir desta, foi definindo quantitativamente os recursos destinados à saúde: sendo obrigação da União contribuir com 12% de sua receita, o Estado com 7% e o Município com 5%, (Brasil, 2000^B; Escorel, 2005).

Mais recentemente, em 2006, foi então lançada a Política Nacional da Atenção Básica, que estabelece uma revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, e traz a mudança de conceito do Programa Saúde da Família para Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2006^B); alteração que será explicada no próximo tópico. Por fim, foi lançado, em 2007, o Pacto pela Saúde, firmado entre os gestores do SUS, que abrange três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de gestão (Brasil, 2007^C).

Após essa breve retrospectiva, pode-se verificar, como nos afirma Minayo (2001), que a construção do SUS se deu em dois momentos: 1) A militância técnico-político e intelectual pela constitucionalização; e 2) O trabalho da gestão pela implementação do SUS. Pode-se afirmar ainda que a sua evolução atravessou dois momentos distintos e

complementares. O primeiro refere-se ao período que se inicia com a Constituição de 1988 até meados de 1996, caracterizado como reforma do tipo “big-bang”, que representa as intensas mudanças ocorridas no funcionamento do sistema de saúde, por exemplo, a descentralização político-administrativa; o controle social através da participação popular nas decisões; a alteração no perfil do financiamento, com a instituição de fundos de saúde nos três níveis do governo (federal, estadual e municipal). Já o segundo momento parte dos anos 90 até hoje, quando se percebe a reforma incremental do SUS, caracterizada pelas NOBs, pela implementação de programas e núcleos auxiliares de ações estratégicas, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa da Saúde da Família (PSF), o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), dentre outros (Viana e Dal Poz, 1998); somada pela transição do PSF para uma estratégia definitiva de atuação na atenção básica: a Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2006^B).

Ao passar brevemente pela história, pode-se observar que a saúde pública, no Brasil, não começou com a criação do SUS. É um processo que antecede a esse momento, que se constituiu através de movimentos sociais, e que ainda está em fase de implementação e adaptação às exigências e demandas da sociedade (Mendes, 1999; 2004). Uma reforma social incompleta, cuja implantação segue de forma heterogênea e desigual, conforme características geopolíticas e geoculturais de cada região (Campos, 2007).

Foi apresentado sucintamente os caminhos que tomaram a história das políticas públicas da saúde no Brasil rumo à criação do SUS, e da ESF como sua porta de entrada, através da atenção básica. Buscar-se-á agora, descrever mais detalhadamente a Estratégia Saúde da Família, suas diretrizes, seu funcionamento e sua atuação junto à comunidade.

Será descrita ainda sua realidade na cidade de João Pessoa. E serão explanados os resultados de algumas pesquisas avaliativas já desenvolvidas no âmbito da Saúde da Família.

2.2 Estratégia Saúde da Família: a porta de entrada do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) traduz-se no “conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta, e das fundações mantidas pelo Poder Público” (Brasil, 2000^A, p. 5). Sendo que as instituições privadas podem também participar desse sistema, tais como as policlínicas privadas, porém apenas de maneira complementar (Melo, 2007).

O SUS foi legitimado na constituição de 1988, definido pelo artigo 198 como ações e serviços públicos de saúde integrados numa rede regionalizada e hierarquizada, num sistema único e organizado por diretrizes (Brasil, 1988; Gomes, 2002; Negri, 2002; Polignano, 2001; Rocha, 2005; Silva, 1997). Um sistema único porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal, que busca, de maneira integrada, realizar as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 2000^A).

Regido pela constituição de 1988, o SUS segue diretrizes que se dividem em princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e organizativos (descentralização, hierarquização/regionalização e participação popular) (Brasil, 2000^A; Martins, 2008; Melo, 2007; Oliveira, 2006; Polignano, 2001).

1. *Universalidade* - É a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais. O indivíduo passa a ter direito de acesso a todos os serviços públicos de saúde, assim como àqueles contratados pelo Poder Público, sendo a saúde um direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal (Brasil, 2000^A; Polignano, 2001).

2. *Equidade* – A equidade é um princípio de justiça social. O objetivo da equidade é diminuir desigualdades. Mas isso não significa que a equidade seja sinônimo de igualdade. Apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades diferentes. Cada grupo, classe social ou região tem seus problemas específicos, tem diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidades de satisfazer suas necessidades de vida. Assim, os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes. É uma forma de se aplicar o Direito, sendo o mais próximo possível do justo para as duas partes. Equidade, no SUS, significa “tratar desigualmente os desiguais”, buscando “igualdade nas diferenças”, investindo mais onde a carência é maior (Brasil, 2000^A; Brasi2001^B; Garrafa, 1997; Nogueira, 2000).

3. *Integralidade* - É o reconhecimento, na prática dos serviços, de que: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade. As ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde formam um conjunto e não podem ser compartimentalizadas; e as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade (Atenção Básica, Média e Alta complexidade), devem se configurar

como um sistema capaz de prestar assistência integral à população (Brasil, 2000 ^A; Brasil, 2006 ^A; Brasil, 2006 ^C Polignano, 2001; Rouquayrol, 2003).

Assim, a rede de atenção à saúde no Brasil é composta por três níveis: 1) Atenção Básica – porta de entrada do SUS, referente à atenção prestada por profissionais generalistas, principalmente através da Estratégia Saúde da Família (ESF); 2) Atenção Secundária - envolve a realização de exames e consultas com especialistas (pediatras, oftalmologistas, psiquiatras, dermatologistas, cardiologistas, otorrinolaringologistas, entre outros) nos centros de referência; e 3) Atenção Terciária – refere-se aos procedimentos correspondentes à hospitalização de pacientes (Faleiros, 2003; Gomes, 2002; Melo, 2007; Oliveira, 2006).

4. *Descentralização* - É entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. Realizou-se uma profunda redefinição das atribuições dos vários níveis de governo (municipal, estadual e federal), com um nítido reforço do poder municipal sobre a saúde – é o que se chama *municipalização da saúde*. Aos municípios cabe, portanto, a maior responsabilidade na promoção das ações de saúde diretamente voltadas aos seus cidadãos (Brasil, 2000 ^A; Polignano, 2001; Silva, 1997).

5. *Hierarquização/Regionalização* - Os serviços de saúde devem estar dispostos de maneira regionalizada, pois nem todos os municípios conseguem atender todas as demandas e todo tipo de problemas de saúde; devem se organizar regionalmente e também obedecer a uma hierarquia entre eles (Brasil, 2000 ^A; Polignano, 2001). Os

municípios devem ser auto-suficientes quanto a Atenção Básica; cada microrregião deve ser auto-suficiente na Atenção Secundária (média complexidade) e cada macrorregião na Atenção Terciária (alta complexidade) (Brasil, 2007^A).

6. Participação dos cidadãos - É a garantia constitucional de que a população, através de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com representação paritária de usuários, governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço, e nas conferências de saúde periódicas, para definir prioridades e linhas de ação sobre a saúde. Deve ser também considerado como elemento do processo participativo o dever das instituições de oferecerem as informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde (Brasil, 2000^A; Polignano, 2001; Silva, 1997).

O SUS, sempre é bom lembrar, se liga à mudança de hábitos, à introdução de uma cultura centrada na cidadania e na construção de anteparos jurídicos que a garantam (Yunes, 1999). Surgiu como conquista depois de um longo processo de acúmulo e de lutas que, desde os anos 70, vem envolvendo movimentos populares, trabalhadores em saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais, que também se constituíram no mesmo período. Entre esses últimos, com importantes repercussões nas práticas de saúde, encontram-se o movimento feminista e a luta antimanicomial, além de inúmeras organizações não-governamentais, e outras entidades da sociedade civil que passaram a se destacar na luta pela democracia e por direitos de cidadania, como no caso dos portadores do HIV (Gouveia, 1999).

Já o Programa Saúde da Família, consolidado em 1994, surge como um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, definindo que sua implantação ocorreria, prioritariamente, nas áreas de risco, selecionadas pelo Mapa de Fome, do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) (Viana, 1998). Um modelo de atenção à saúde que prioriza ações pautadas na territorialização, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilização e equidade, priorizando grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer, ou seja, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde–SUS (Brasil, 2006^B; Brasil, 2006^D).

Após o impacto positivo do PSF, a Saúde da Família (SF) passou a ser vista como estratégia estruturante da Atenção Básica (Brasil, 2006^B). A partir de então, não encaixava-se mais o termo programa, visto que este é pontual no tempo e no espaço, e aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. Assim, a partir da portaria 648/06, o PSF passa a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Tal como os programas, a estratégia também possui objetivos, determinando a partir destes o desenvolvimento de suas ações. Traz consigo, entretanto, um diferencial, que os programas não possuem: a consciência da incerteza.

Desta forma, ao reorganizar a Atenção Básica, a ESF considera as diversas situações e influências, com potencial de desestabilizar esse processo, fazendo-se, então, necessário enfrentar os imprevistos de forma criativa, dando continuidade ao processo de mudança, sem estagnar, e sem se deixar cair nas falsas certezas. Contempla-se ainda que a ESF busca transcender a lógica dos vários programas verticalizados. Trata-se de uma tentativa de garantir a integralidade de assistência e criação de vínculo entre os serviços de saúde e a população (Brasil, 2006^B; Carvalho, 2009; Coimbra, 2007; Nery, 2006; Soares,

2008; Wai, 2007).

Seguindo essa vertente, em 2007, o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões (pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão) contempla a busca pelo fortalecimento da atenção básica, destacando-se a necessidade de: 1) Assumir a Estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica; 2) Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família; 3) Implantar o processo de monitoramento e avaliação da atenção básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada (Brasil, 2007 ^C).

O PSF surgiu, assim, com o propósito de reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo curativista e hospitalocêntrico, levando a saúde para mais perto da família dos seus usuários (Oliveira, 2006). Destaca-se que, ao contrário do modelo tradicional centrado na doença e no hospital, a Saúde na Família prioriza as ações de proteção, promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, tanto dos adultos, quanto das crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua (Brasil, 2004^A).

Sob essa ótica, a Estratégia Saúde da Família torna-se uma estratégia fundamental da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2006 ^B) e a principal porta de entrada do sistema. Segue, portanto, todos os fundamentos desse nível de atenção: 1) Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território

adstrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; 2) Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; 3) Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; 4) Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; 5) Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; 6) Estimular a participação popular e o controle social (Brasil, 2006).

Além dos princípios gerais da Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família deve ainda: 1) Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; 2) Atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde/doença da população; 3) Desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; 4) Buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e 5) ser um espaço de construção de cidadania (Brasil, 2001^B; Brasil, 2006^B).

À ESF cabe também seguir o princípio de integralidade e hierarquização do SUS, que afirma que a Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado Atenção Básica. Logo, deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que seja garantida atenção integral aos indivíduos e famílias, além de asseguradas a referência e contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado do paciente assim o exigir (Brasil, 2006^B).

Cabe ainda ressaltar que a Unidade de Saúde da Família (USF) deve trabalhar com um território de abrangência definido e é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada a esta área. Em suas bases teóricas, que tiveram realidade avaliadas na presente pesquisa, cada EqSF é responsável por 600 a 1.000 famílias, não ultrapassando o máximo de 4.500 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes (Brasil, 2001^B; Brasil, 2004^C; Brasil, 2006^B). E sua equipe multidisciplinar mínima é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Em 2000, o MS incorporou à Equipe de Saúde da Família um odontólogo e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene bucal, pertencentes à Equipe de Saúde Bucal, que funciona integrada àquela. Mas outros profissionais, tais como assistentes sociais e psicólogos, podem ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, conforme as necessidades e possibilidades locais (Brasil, 2001^B; Brasil, 2006^B).

O Ministério da Saúde afirma ainda que a idéia de equipe multidisciplinar não tem que ser de complementação, mas de integração de responsabilidades. Deste modo, cada profissional tem a sua função e deve aliar o seu saber, integrando-o à equipe, para juntos

tentarem solucionar os problemas de saúde vivenciados na comunidade, viabilizando a promoção de saúde nas famílias. Sendo pré-estabelecida as funções gerais da equipe, e as específicas de cada profissional (Brasil, 2006^B).

A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da concentração de famílias no território sob sua responsabilidade. E, de acordo com o Ministério da Saúde, se funcionando adequadamente, as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (Brasil, 2001^C).

Para a implantação, e bom funcionamento da Equipe de Saúde da Família (EqSF), é necessário ainda que o número de ACS seja suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por Equipe de Saúde da Família, sendo o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde regulamentado pela Lei nº 10.507/2002 (Brasil, 2004^B).

Ainda de acordo com as diretrizes teóricas da ESF, é fundamental que a Unidade de Saúde da Família, inscrita no Cadastro Geral de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde, esteja localizada dentro da área para o atendimento das Equipes de Saúde da Família e possua minimamente: 1) Consultório médico e de enfermagem para a Equipe de Saúde da Família, de acordo com as necessidades de desenvolvimento do conjunto de ações de sua competência; 2) Área/sala de recepção, com espaço adequado para receber e acolher as pessoas e, sempre que possível, um aparelho de TV com videocassete, para transmissão de filmes com informações sobre cuidados com a saúde; 3) Local para arquivos e registros;

4) Sala de cuidados básicos de enfermagem, como curativos e outros pequenos procedimentos; 5) Sala de vacina, de acordo com as normas recomendadas pelo Programa Nacional de Imunização; 6) Sanitários, por unidade; 7) Equipamentos e materiais adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde; 8) Garantia dos fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar; 9) Existência e manutenção regular de estoque dos insumos necessários para o funcionamento da USF. Sempre que possível, 10) Um espaço para atividades de grupo (por exemplo, de gestantes, de hipertensos) e para educação permanente da EqSF; e 11) Uma clínica odontológica com equipamentos, instrumentais e materiais necessários para o atendimento da equipe de saúde bucal, quando incorporado à Saúde da Família (Brasil, 2001^B; Brasil, 2006^B).

A atuação das Equipes de Saúde da Família (EqSF) ocorre principalmente nas Unidades de Saúde da Família (USF), nas residências e na mobilização da comunidade. Atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, bem como na manutenção da saúde desta comunidade. São encarregadas por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde. E, ainda, por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população, por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde, por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões, por atuar de forma intersetorial por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor

saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (Brasil, 2004^A).

Esses profissionais ingressam na ESF por diferentes formas: estatutário, CLT, contratos temporários, cargo comissionado, prestação de serviços, bolsa, cooperado, contrato informal e contrato verbal (Brasil, 2004^C). Pode ocorrer concurso ou seleção interna, entre pessoas que já trabalham na prefeitura, em que o candidato deve ser avaliado por sua aptidão, postura e vivência, mediante situações de problemas da comunidade. Médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, atendentes de consultório dentário e técnicos de higiene dental devem ser contratados pelo regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Essa deve ser a via preferida para expansão e reposição do quadro pessoal da administração pública nos três níveis de governo, observando os limites de despesas estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal. Já a contratação do ACS é diferente. Este deve ter por base a Lei 9.790/99, que prevê todos os direitos trabalhistas, sob regime de Previdência Geral. A recomendação é que o ACS seja contratado por entidade não lucrativa de interesse público, que efetivará Termo de Parceria com o Município (Brasil, 2001^B). Dados estes que também foram pontos de interesse analisados sobre a realidade de João Pessoa.

Igualmente importante à forma de entrada do profissional na Equipe de Saúde da Família é a atualização dos conhecimentos por parte da equipe. Por exigir uma nova prática em saúde, recomenda-se que toda equipe da Estratégia de Saúde da Família, antes de iniciar as atividades em sua área atuação, inicie um processo específico de capacitação (cursos). A primeira capacitação é um treinamento básico, que orienta as equipes sobre a lógica de funcionamento do Programa e a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica

(SIAB), que ficou conhecido como Treinamento Introdutório. Este capacita os profissionais para que possam analisar, com a comunidade, a situação de sua área de abrangência: os aspectos demográficos, sociais, econômicos, ambientais e sanitários (morbidade/mortalidade e fatores de risco), identificando os problemas e o potencial que a cidade tem para resolvê-los. Esse treinamento ajuda os profissionais a compreenderem e aprenderem os indicadores de saúde, em especial os pactuados para a Atenção Básica e produzidos pelo SIAB e outros sistemas. Ele deve ser o mais descentralizado possível e, de preferência, feito no próprio município ou na regional a que este pertence. A responsabilidade pela capacitação das equipes é compartilhada entre os integrantes do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente, que pode fazê-la diretamente ou em articulação com o setor de Recursos Humanos do município e/ou da Secretaria Estadual de Saúde (Brasil, 2001^B; Brasil, 2004^C).

Após o treinamento introdutório, todos seus integrantes devem adotar uma revisão constante dos saberes e práticas relacionados com sua atividade. Trata-se de um processo de educação permanente, voltado para a atuação clínica, epidemiológica e de vigilância à saúde, tendo cada indivíduo e cada família da comunidade como bases da abordagem nova que a Saúde da Família pressupõe. As áreas temáticas do elenco de capacitações das equipes de saúde da família são bastante diversificadas, dependendo das necessidades loco-regionais. No entanto, a partir da definição das áreas estratégicas da atenção básica, o Ministério da Saúde estimulou que as equipes fossem capacitadas em um elenco mínimo de conteúdos, definidos no processo de discussão da organização e ampliação da atenção básica: saúde da criança; saúde do adolescente; saúde da mulher; saúde do adulto; saúde do idoso; controle de hipertensão; diabetes, tuberculose e hanseníase; e saúde bucal. Nos

grandes centros urbanos, devem ainda dar atenção especial a conteúdos que façam parte da realidade local, por exemplo: violência; drogas; prostituição; crianças em situação de risco; saúde mental; saúde do trabalhador; doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e AIDS; exclusão social (desemprego, miséria, discriminação); cidadania e direitos humanos; movimentos sociais e urbanos; equipamentos sociais coletivos (Brasil, 2001^B; Brasil, 2004^C). Pela importância da capacitação no preparo de profissionais que atuem de acordo com as diretrizes da ESF, este foi um dos pontos questionados no presente estudo.

2.2.1 A Estratégia Saúde da Família em João Pessoa

O Sistema Único de Saúde é um sistema único porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional (Brasil, 2000^A). A Estratégia Saúde da Família, diferentemente, trata-se de uma reforma social contínua, que ainda é incompleta, cuja implantação segue de forma heterogênea e desigual, conforme características geopolíticas e geoculturais de cada região (Campos, 2007). Por esse motivo, após identificados os princípios do SUS e da ESF, será descrita, agora, as singularidades de seu funcionamento em João Pessoa -PB.

No estado da Paraíba, a ESF está presente hoje nos 223 municípios (Gomes, 2002). Sua proposta de distritalização no município de João Pessoa foi formulada desde 1983, quando a cidade foi dividida em cinco Distritos Sanitários (DS), de acordo com critérios de população, localização, acesso e malha viária; cada um abrangendo uma rede com níveis de complexidade diferentes; mas, somente em dezembro de 1993, a secretaria municipal de saúde encaminhou o plano piloto para a implementação da municipalização em João Pessoa (Araújo, 1999).

Cada Distrito Sanitário é de base territorial e corresponde à área de responsabilidade de uma unidade de saúde possibilitando a orientação para problemas identificados em relação a uma população e a um espaço determinado, além da caracterização do impacto das ações ali desenvolvidas. Assim, o município de João Pessoa possui cinco Distritos Sanitários, distribuídos por bairros definidos, para melhor operacionalização do trabalho em saúde além da supervisão destes serviços (ver anexo A).

De acordo com dados fornecidos pela secretaria municipal de saúde, em julho de 2008, funcionam no município 182 equipes de saúde da família. As USFs estão, assim, distribuídas nos cinco Distritos Sanitários do município, dando cobertura a 76% da população de João Pessoa (Ver Tabela 1). Suas equipes são formadas por trabalhadores de seis categorias profissionais (médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e auxiliares de consultório dentário), totalizando 2095 profissionais, como observado na distribuição da Tabela 2.

Tabela 1. Número de Equipes de Saúde da Família por Distrito Sanitário de João Pessoa

Distritos Sanitários de João Pessoa	Equipes de Saúde da Família (ESF)	Percentual (%)
Distrito I	47	25,8
Distrito II	37	20,3
Distrito III	53	29,1
Distrito IV	26	14,4
Distrito V	19	10,4
Total	182	100,00

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (dados de julho de 2008)

Tabela 2. Número de Trabalhadores das Equipes de Saúde da Família de João Pessoa, segundo agrupamento de categoria profissional e Distrito Sanitário.

Categoria profissional	Distrito Sanitário I	Distrito Sanitário II	Distrito Sanitário III	Distrito Sanitário IV	Distrito Sanitário V	TOTAL Percentual (%)	
Médico	46	37	54	26	16	179	8,7%
Dentistas	47	37	54	27	18	183	8,7%
ACD	46	37	54	27	18	182	8,7%
Enfermeiros	47	37	53	26	19	182	8,7%
Auxiliares de enfermagem	46	39	53	26	18	182	8,7%
ACS	314	245	370	152	106	1187	56,58%
Total	546	432	638	284	195	2095	100%
Percentual (%)	25,8%	20,3%	29,1%	14,4%	10,4%		

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (dados de julho de 2008)

Contempla-se ainda que, desde julho de 2008, surge na cidade uma proposta de infra-estrutura nova, ainda não constada na literatura: as Unidades de Saúde da Família Unificadas. Tratam-se de unidades que funcionam com prédios padronizados, nos quais trabalham aproximadamente 4 Equipes de Saúde da Família. Estas possuem setores separados para cada equipe, que trabalham independentes, sendo cada uma responsável pelo seu território de abrangência. Possuem infra-estrutura física, equipamentos, disponibilidade de insumos e farmácia visivelmente melhores que as demais Unidades de Saúde da Família. Contempla-se, porém, que estas não são regras, havendo ainda, em todos os Distritos Sanitários, e em maior número, as Unidades de Saúde da Família mais tradicionais, com uma única equipe, e funcionando em antigos colégios ou em casas improvisadas alugadas pela prefeitura, como observado por Oliveira (2006).

2.2.2 SUS real e SUS teórico: as pesquisas de avaliação do PSF/ESF

Embora haja diretrizes que regem o SUS e seus programas, ocorre na prática uma diferença entre o SUS real e o SUS tal como formulado pelos seus criadores. A operacionalização dos seus programas e da Estratégia Saúde da Família (ESF) o modifica, e apresenta faceta no seu funcionamento cotidiano que difere do que foi proposto. Objetivando desmascarar a realidade, várias pesquisas já foram realizadas sobre o PSF, e agora da ESF, procurando identificar seus pontos positivos e, principalmente, suas falhas operacionais, em busca de aperfeiçoamento.

2.2.2.1 Saúde da Família: uma estratégia em incessante crescimento

Após mais de uma década, o PSF tornou-se um programa em incessante crescimento, que aos poucos, tornou-se uma estratégia e modifica as práticas de atenção à saúde coletiva. Facchini et al. (2006) analisando este crescimento da Saúde da Família, estudaram o desempenho do PSF em 41 municípios de diferentes estados. Os autores verificaram o crescimento relativo à cobertura de PSF no período de 1999 a 2004, e observaram uma maior expansão deste no Nordeste (65%) em relação ao Sul (35%), embora o crescimento relativo no número de EqSF entre 2003 e 2004 tenha sido duas vezes maior no Sul (44%) do que no Nordeste (22%).

A literatura mostra que os estados do Nordeste, além de terem tido o melhor desenvolvimento do PACS, é onde também a ESF está mais bem implantada, através de políticas estaduais de apoio. Assim, explica-se porque os indicadores de produção são, nos municípios estudados nessa região, superiores àqueles encontrados em outras regiões. O apoio e a participação da comunidade são intensos, o que é incentivado pelo executivo

local. Isso pode ser visualizado pelo número de atividades do Agente Comunitário de Saúde (ACS) frente ao total de procedimentos na USF. Constatando-se que eram os agentes, nesses municípios, que tinham maior envolvimento com o programa e davam seu “rosto” (Viana & Dal Poz, 1998).

2.2.2.2 Os potenciais positivos da Saúde da Família

Ribeiro et al. (2004), por meio de pesquisa efetuada com profissionais das Equipes de Saúde da Família em Blumenau, Santa Catarina, identificaram mudanças e possibilidades de ocorrer um diferencial entre as práticas anteriores e aquelas decorrentes da proposta pela Saúde da Família, apontando o potencial positivo desta. As EqSFs citam, algumas mudanças em seu trabalho: 1) A atuação de forma comprometida, baseada no vínculo e co-responsabilidade; 2) A maior adesão da população; 3) O desenvolvimento de um trabalho diferenciado dos outros serviços de saúde pública; 4) A produção ampliada das ações de promoção; 5) A possibilidade de desenvolver assistência integral e contínua voltada para a população; 6) A redução das internações hospitalares; 7) A melhora do acesso da população à rede básica de saúde e a obtenção do diagnóstico das doenças mais precocemente.

Souza (2000) também aponta inúmeros impactos evidenciados em vários municípios ao longo da implantação do PSF, tais como: alto nível de satisfação da população com o atendimento das equipes; melhoria da vigilância à saúde da população; utilização adequada dos serviços de maior complexidade, com redução das internações hospitalares desnecessárias; maior qualidade e cuidado com a atenção prestada; elevação da resolutividade das redes assistenciais básicas.

Sobre a realidade do PSF em João Pessoa, na pesquisa realizada por Oliveira(2006), com usuários do PSF, também foram identificados alguns benefícios percebidos por estes sobre o programa: a distribuição de medicamentos, a inserção na comunidade, somado ao atendimento diferenciado (prevenção, proteção e promoção da saúde) e humanizado por parte dos profissionais.

2.2.2.3 Saúde da Família: problemas que perduram por 15 anos

Em 1998, o Tribunal de Contas da União, realizou auditorias de programas sociais realizadas com o intuito de avaliar o desempenho do Governo Federal em áreas estratégicas para a sociedade brasileira. Dentre os programas avaliados, encontra-se o PSF. Os estados do Ceará e Pernambuco foram selecionados para o estudo em razão do registro de experiências positivas no PSF e, os estados de Alagoas e Paraíba, por apresentarem oportunidades de melhorias de desempenho quanto à implementação do Programa (Brasil, 1998).

Na época, o PSF ainda era um programa em formação, regularizado apenas há 4 anos, mas que, desde aquele momento, apresentava problemas que perduram até hoje. Detectou-se a elevada rotatividade e a dificuldade na contratação dos médicos das EqSF, decorrentes, dentre outros motivos, da insatisfação com a precariedade do vínculo contratual de trabalho, o excesso de atendimentos, a dificuldade de acesso ao local de trabalho e as falhas no sistema de referência e contra-referência. Uma situação peculiar, exigida até o presente momento, embora nem sempre respeitada, foi a do Agente Comunitário de Saúde (ACS), que representa o elo entre os serviços de saúde e a comunidade, devendo residir na área em que atua, o que torna necessária uma forma de contratação que resguarde o seu estreito relacionamento com a comunidade.

Verificou-se ainda que as EqSF desde aquele momento já eram responsáveis por um número excessivo de famílias, além do limite máximo preconizado hoje pelo Ministério da Saúde - MS (4.500 pessoas). O mesmo aconteceu com os ACS, tendo em vista que apenas 27% deles não ultrapassavam o limite recomendado (750 pessoas). Observando-se que, como a demanda espontânea às USF ainda é muito grande, o tempo disponível para a realização de ações de promoção e prevenção à saúde ficavam prejudicadas. Outra constatação diz respeito aos Sistemas de Referência (serviço, ao qual é encaminhado o beneficiário, para atendimento mais complexo e apoio diagnóstico), ainda inadequados, para os níveis de média e alta complexidade. Pode-se constatar que foram detectados diversos problemas, e muitos desses, perduram até hoje, após 15 anos de implantação da Saúde na Família, como será apresentado nas seções a seguir.

2.2.2.4 Infra-estrutura física e recursos materiais: um obstáculo no funcionamento da Saúde na Família

Costa (2000 ^A; 2000 ^B) e Souza (2000) têm exposto as péssimas condições de trabalho em que as equipes estão imersas, destacando a infra-estrutura material. Apontam também para a heterogeneidade na estrutura física das Unidades de Saúde da Família (USFs), estando algumas inadequadas e em situação precária.

Uma pesquisa, de caráter censitário, realizada pelo MS, em todas as unidades da federação com equipes cadastradas no SIAB (13.501, em 3.778 municípios brasileiros), dentre os diferentes aspectos analisados, buscou verificar a infra-estrutura das USFs, bem como sua disponibilidade de equipamentos. Quanto à infra-estrutura das USFs, verificou-se que 97% e 62% referiram a existência, respectivamente, de pelo menos um consultório

médico e um de enfermagem para atendimento. Mostrando-se problemática a situação de trabalho dos profissionais de enfermagem. Em relação à disponibilidade de equipamentos, em quase 20% das equipes, os equipamentos mais básicos (tensiômetro, estetoscópio, termômetro, balança infantil e balança de adulto) para o seu trabalho não estavam disponíveis, problema que foi mais evidenciado em alguns estados das Regiões Norte e Nordeste. Os demais equipamentos (oftalmoscópio, otoscópio, lanterna e equipamentos gineco-obstétricos e glicosímetro), indispensáveis para a realização de um adequado exame físico, tinham sua disponibilidade muito aquém da desejada, face às expectativas de resolubilidade das Equipes de Saúde da Família. Além disso, quase 30% das equipes não dispunham de geladeira exclusiva para vacina e, em relação à disponibilidade de equipamentos e insumos para desenvolvimento de outras ações básicas, destacou-se a precariedade dos que são necessários para realização de pequenas cirurgias, presentes em menos da metade das equipes no país, com situações muito problemáticas em alguns estados (Brasil, 2004^C). Estes dados também foram confirmados pela pesquisa de Carvalho (2009), que verificou reclamações dos usuários na estrutura das unidades da Estratégia Saúde da Família.

Ao ser lançado um olhar mais especificamente à realidade da Estratégia Saúde da Família (ESF) na cidade de João Pessoa, os estudos realizados por Oliveira (2006) e Melo (2007) constataram que as USFs possuem estrutura física inadequada para atendimento, com casas alugadas pela prefeitura, não fornecendo condições adequadas para realização das ações de saúde.

2.2.2.5 A fragilidade dos contratos e a rotatividade dos profissionais

Outra dificuldade que Costa (2000 ^A; 2000 ^B) e Souza (2000) apontam refere-se à disponibilidade de recursos humanos e as formas de contrato. Assim, os autores citados apontam para composição básica insuficiente das equipes; para a insuficiência de profissionais com o perfil proposto pelo programa e para as várias modalidades de contrato de trabalho.

Outros dados relevantes foram encontrados por Rigobello (2006), ao buscar caracterizar os profissionais médicos que atuam nas EqSFs de Ribeirão Preto-SP. Verificou-se que estes têm em média 11 anos de profissão, e que 61% não possui estabilidade no seu vínculo empregatício. Identificou ainda que 65% trabalham em outros locais, além das USFs. São profissionais que passam por desgaste de excesso de trabalho nas EqSFs, sem estabilidade, que precisam de outros empregos. Dados estes que corroboram com a pesquisa do TCU de 1988, onde foram detectadas falhas no vínculo empregatício.

A pesquisa em censo, realizada pelo MS, já citada, também fez revelações a esse respeito, mostrando que a inserção dos profissionais nas equipes de saúde era recente. Os percentuais de EqSF cujo tempo de permanência dos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem era igual ou inferior a um ano foram, respectivamente, de 76,8%, 65,3% e 52,9%, ressaltando que aproximadamente 61% e 40% das equipes contavam com médicos e enfermeiros trabalhando há seis meses ou menos. E a maioria dos profissionais estavam contratados em regime de 40 horas semanais: 93,4% dos médicos, 96,1% dos enfermeiros, 96,4% dos auxiliares de enfermagem, 99,1% dos agentes comunitários de saúde, 88,2% dos

cirurgiões-dentistas, 96,8% dos técnicos de higiene dental e 94% dos auxiliares de consultório dentário (Brasil, 2004^C).

A pesquisa mostrou ainda que as modalidades de contratação de médicos das Equipes de Saúde da Família corresponderam em 34,3% a contratos temporários e em 15,5% de prestação de serviços. Somando-se esta última modalidade com outras formas de contratação, que podem ser classificadas como as mais precárias (bolsa, contrato informal e contrato verbal), foi alcançado um valor de 18,1% das equipes pesquisadas. Formas de contratação estáveis (estatutário e CLT) corresponderam, para o país, respectivamente a 12,2% e 13,2%, perfazendo um total de 25,4% nestas duas modalidades. Podendo afirmar ainda que na Região Nordeste, nos Estados de Pernambuco, Maranhão e Paraíba, observaram-se os maiores percentuais das equipes com os profissionais com contratação temporária (Brasil, 2004^C).

2.2.2.6 O déficit nas capacitações profissionais

O pequeno tempo de permanência dos profissionais nas equipes e a ausência de vínculo empregatício geram um outro agravante denunciado pelas pesquisas: a falta de capacitação e, conseqüentemente, o mal desempenho das ações, por dificultar a adesão e incorporação de novos valores e o exercício de novas práticas de saúde pelos profissionais (Brasil, 2004^C). Assim, a instabilidade do profissional impossibilita o preparo destes para o trabalho em saúde coletiva e sua atuação na Saúde da Família.

Gil (2005), realizou um estudo com alunos ingressos em 16 cursos de especialização e em 9 residências multiprofissional em saúde da família, ambos financiados pelo Projeto REFORSUS do Ministério da Saúde e iniciados no ano de 2001. Os dados encontrados

remetem à reflexão sobre a efetividade das capacitações para o desempenho das funções cotidianas dos profissionais da atenção básica. No caso da Saúde da Família, o objetivo apresentado para a realização destes cursos foi o de implementar a formação dos profissionais de nível superior, especialmente médicos e enfermeiros, para uma atuação mais voltada às atividades clínico-assistenciais aplicadas no cuidado direto aos indivíduos e famílias, em seu ambiente familiar e social. Entretanto, observa-se, ainda, no contexto brasileiro, muita indefinição quanto às competências e práticas profissionais esperadas para a atuação na Atenção Básica e, em especial, na Saúde da Família.

A pesquisa censitária do MS (Brasil, 2004^C) também revelou que, embora o treinamento introdutório deva ser ministrado, preferencialmente, anterior ou imediatamente após a implantação das equipes, o percentual de equipes em que os médicos realizaram treinamento introdutório foi de 61,9%. Para os enfermeiros, a média nacional foi de 69,4%, sendo que 16 estados alcançaram patamares superiores a 70%. Apenas um estado em cada uma das regiões, Sudeste (Minas Gerais), Sul (Santa Catarina) e Centro-Oeste (Mato Grosso do Sul), apresentaram valores inferiores a 70%, o que ocorreu em quatro estados do Norte (Rondônia, Roraima, Pará e Amapá) e quatro do Nordeste (Piauí, Paraíba, Alagoas e Bahia). Falhas estas detectadas também por Rigobello (2006), onde apenas 29,4% dos médicos entrevistados referiram ter feito treinamento para capacitação em trabalho no PSF.

2.2.2.7 A indeterminação das atribuições do cargo do ACS

Outro problema detectado em pesquisas está no que diz respeito à atribuição de responsabilidades. Sabe-se que os guias de PSF (Brasil, 2001^B; Brasil, 2006^B) identificam os deveres de trabalho atribuídos a cada profissional. Verifica-se na literatura, entretanto,

que, na prática, os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) não possuem seu papel bem definido. Cheavegatti (2008), em estudo realizado em São Paulo, constatou a necessidade de fortalecer a categoria profissional, assim como de melhor definir suas atribuições, divulgando-a perante à comunidade e aos outros profissionais da equipe de saúde. Ainda em São Paulo, Seabra (2006) verificou que nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASFs, os outros membros da Equipe de Saúde da Família (EqSF) apresentam diversos posicionamentos sobre o papel do ACS na equipe, seja com uma visão positiva de facilitador da relação entre equipe e comunidade, ou com uma visão negativa sobre alguém que atrapalha essa relação por ser um morador local.

2.2.2.8 A sobrecarga de trabalho

Outro problema existente, detectado desde a pesquisa realizada pelo TCU em 1998, está na excessiva demanda de atendimentos sob responsabilidade das Equipes de Saúde da Família (EqSF). Alguns autores como Oliveira (2006) e Trad, Bastos, Nunes e Santana (2002) afirmam que a presença de uma equipe mínima nas Unidades de Saúde da Família (USFs) não supre a necessidade da demanda da população assistida, pois geralmente essas estão implementadas em áreas periféricas, onde as famílias ficam à margem dos serviços de saúde, fazendo com que a demanda espontânea seja alta.

A elevada demanda acarreta uma multiplicidade de atribuições aos profissionais das EqSF, tornando-se um obstáculo ao anseio em substituir o modelo curativo, que continua compondo a maior parte das atividades da equipe, por outro com características predominantemente preventivas e promocionais. Além de gerar um alto nível de estresse e de cansaço dos profissionais frente às demandas e as adversidades enfrentadas. Dados

também confirmados por Costa (2000 ^A; 2000 ^B) e Souza (2000), que mostraram que a sobrecarga de atendimento nos PSFs gera dificuldades em efetuar o planejamento e discutir a dinâmica do trabalho.

A demanda populacional sob responsabilidade das equipes também foi um fator analisado pela pesquisa censitária realizada pelo MS. Esta verificou que cerca de 79% das equipes estavam atuando de acordo com os parâmetros pregados pelo MS (2.400 a 4.500 pessoas), sendo que 13% das equipes estavam vinculadas a menos de 2.400 pessoas. Vale ressaltar ainda que quase 17% das equipes referiram uma população adscrita superior ao limite máximo preconizado e 4,0% não sabiam precisar a população de referência. Observando também sua área de atuação, constatou-se que pouco mais da metade (55%) das EqSF atuavam exclusivamente em áreas urbanas, 24% em áreas rurais e 21% em áreas mistas - urbanas e rurais (Brasil, 2004^C).

Capozzolo (2003) também verificou a excessiva demanda de atendimentos na realidade de USFs em São Paulo. Detectou a ocorrência de um elevado número de famílias sob a responsabilidade das EqSFs. Os médicos estavam submetidos a uma grande carga quantitativa e qualitativa de trabalho, com dificuldades de retaguarda dos demais níveis de atenção. O trabalho nas EqSFs se apresentava como extremamente desgastante. As questões levantadas neste estudo indicam a necessidade de rever as estratégias do PSF, entre elas a de utilização exclusiva de médicos generalistas nas equipes. Aponta-se como fundamental para a mudança dos atos médicos hegemônicos a aquisição de referenciais e tecnologias para ampliar a escuta, qualificar o vínculo e as intervenções. Ressalta-se ainda como importante o desenvolvimento de mecanismos de gestão para acompanhar e apoiar o

trabalho dos profissionais, assim como a melhora na retaguarda dos demais níveis de atenção.

E esta sobrecarga de trabalho acaba também por gerar dificuldades de acesso dos usuários ao programa. Realidade esta denunciada pelos usuários do PSF em João Pessoa, como retrata os trabalhos de Oliveira (2006) e Melo (2007). Foram apresentadas reclamações sobre a quantidade de profissionais e a dificuldade de agendamento das consultas, realizadas em horários inadequados, evidenciando falhas na estrutura organizacional desta estratégia.

2.2.2.9 O Sistema de Referência e Contra-referência

Senna (2002) e Martins (2008) também lembram que outro grande desafio da Saúde na Família é a sua capacidade de integração com o restante do sistema de saúde, de forma a redefinir qualitativamente o modelo de atenção à saúde, alcançando, deste modo, o objetivo dos seus formuladores, e mostrando que não se trata apenas de uma proposta de atenção simplificada e barata para áreas pobres e rurais do país. Embora a integralidade esteja entre os princípios do ESF, verifica-se que, na prática, essa ainda encontra barreiras operacionais.

Nascimento e Nascimento (2005), em estudo realizado em Jequié (Bahia), também verificaram dificuldade de estabelecer o mecanismo da referência e contra-referência entre PSF e serviços de média e alta complexidade. Problema este que é agravado pelo fato de alguns serviços de média e alta complexidade se concentrarem nos municípios de maior poder econômico, dificultando a garantia da integralidade das ações de saúde. Dados estes também apontados por Conill (2002), ao avaliar o PSF na cidade de Florianópolis, em

Santa Catarina, e por Souza e Carvalho (2003), num estudo realizado em um município de Minas Gerais.

Em outro estudo, Szwarcwald, Mendonça e Andrade (2006) realizaram um inquérito domiciliar de base populacional, em quatro dos 22 municípios com mais de cem mil habitantes do estado do Rio de Janeiro. Verificaram também que o problema no nível de média complexidade encontra-se no recebimento dos resultados. Por exemplo, num dos municípios estudados, a cobertura de exame preventivo decresce de 93% para 69%, quando se considera o recebimento de resultado menos de um mês depois da realização do mesmo. No Município de pior situação, observa-se queda de 89% para 42%. Dados também identificados por Viana (2006), em estudo realizado na Atenção Básica em 62 municípios com mais de 100 mil habitantes de São Paulo. Problema este também constatado em João Pessoa, através das pesquisas de Oliveira (2006) e Melo (2007).

2.2.2.10 O Vínculo com a comunidade e questões políticas

Outro fator estudado foi o vínculo da EqSF com a comunidade. Franco, Bastos e Alves (2005) realizaram um estudo sobre a relação médico-paciente dentro das USFs em três municípios de diferentes áreas da Bahia (região metropolitana, semi-árido baiano e região litorânea). Verificaram que a proposta do PSF, quando executada, favorece uma relação médico-paciente diferenciada, marcada pelos princípios da vigilância da saúde, da continuidade, da integralidade, do respeito à condição do paciente como sujeito. Constataram também que a relação médico-paciente no PSF dos três municípios estudados sofre influências macro e microcontextuais.

Costa (2000^A; 2000^B) e Souza (2000) apontaram em seus estudos as dificuldades na dinâmica da assistência e condições sócio-políticas para desenvolvimento do trabalho da equipe do PSF; os problemas de fidedignidade no preenchimento do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB); os diferentes estilos de gestão das Equipes de Saúde da Família (EqSF), que configuram relações ora aproximativas, ora conflituosas; as expectativas contraditórias e conflitos das EqSFs com os poderes locais; e os conflitos na relação entre o EqSF e a população, quando as equipes não conseguem atender a demanda.

2.2.2.11 O tempo de duração das consultas médicas

Contempla-se ainda que o tratamento oferecido pelo médico apresentou-se nas pesquisas como fator fundamental para emissão de juízo de satisfação e na percepção da qualidade da atenção. Em estudo realizado em Minas Gerais, Maia et al. (2005) verificaram que a consulta médica tinha duração de 15 a 30 minutos. Este foi superior ao encontrado na literatura. Nos estudos de Ortiz Espinosa (2003) em Hidalgo-México, verificou-se que 70,96% dos usuários afirmavam que o tempo dedicado à consulta era de 5 a 15 minutos. Retamal González e Jodra (2000), estudando a qualidade percebida pela população adstrita dos centros de saúde da província de Cuenca, Espanha, observaram que o tempo de duração da consulta encontrava-se aproximadamente entre 6 a 8 minutos. Já no estudo de Ogden (2004), realizado no Reino Unido, verificou-se que a duração da consulta foi próxima de 9 minutos. A discrepância nos resultados pode ter sido decorrente das diferenças entre os sistemas de saúde, fatores culturais e educacionais dos diferentes países, mais especificamente quando comparado ao caráter peculiar da ESF, pautado na atenção centrada na família e no estabelecimento de vínculo com o usuário. De toda forma, o tempo

de duração das consultas relatado nas entrevistas consiste em um fator interferente na análise, por parte dos usuários, da qualidade do serviço de saúde prestado.

2.2.2.12 O sistema de saúde público no Brasil e no mundo

Conforme apresentado anteriormente, as Unidades de Saúde da Família (USF), no Brasil, trabalham com um território de abrangência definido e realizam o cadastramento e o acompanhamento da população vinculada a esta área, sendo responsáveis por, no máximo, 4.500 pessoas, não ultrapassando 1.000 famílias (Brasil, 2001^B; Brasil, 2004^A; Brasil, 2006^B). Entretanto, estes critérios não são claros, possuindo números diferenciados entre os diversos documentos, e, conseqüentemente, nem sempre respeitados. É importante ainda salientar que, embora baseado nos programas implantados, com sucesso, em outros países, como Cuba, Canadá, Suécia e Inglaterra, de acordo com Eisen (1996), aqui no Brasil não se seguiu, desde o início, o padrão ali encontrado, ao invés de utilizar o parâmetro médico por pessoas, aqui se multiplica(va) esta referência trocando a unidade pela família, o que implica na multiplicação da proporção de pessoas a serem atendidas por uma única USF. Provavelmente é aqui onde reside o entrave inicial da estratégia, porque ao multiplicar exponencialmente a demanda, aliada as precárias condições de saúde e de infraestrutura, a qualidade do serviço prestado à população tende a ser insatisfatória. A demanda que vai além da capacidade de atendimento gera um serviço de baixa qualidade e inatingível, ou pouco eficaz. Salienta-se, entretanto, que não se conseguiu detectar, em número de usuários da rede pública por equipe de saúde, a demanda sob responsabilidade dos profissionais de saúde de Cuba, Canadá, Suécia e Inglaterra.

Ao analisar nos diversos países, todavia, como encontra-se a relação de número de habitantes por médico, verifica-se que na Europa essa relação é boa, embora a Grã-Bretanha e a Holanda tenha uma baixa proporção de médicos por habitantes. Na América Latina, a melhor relação fica com Cuba (a campeã mundial), seguida de Uruguai e Argentina; abaixo desses estão o Brasil, Chile, Bolívia e Peru; e as piores relações entre habitantes e médicos estão com o Haiti, Nicarágua, Honduras e Suriname. Já a África se destaca com as piores relações entre habitantes e médicos, a exemplo da África Central e África Subsaariana. Alguns países da Ásia, entretanto, como o Butão e Papua Nova-Guiné, estão logo atrás da África (Doctors of the world, 2007).

Colocando esse indicador em números, o líder na relação paciente por médico é a Cuba (170 habitantes para cada médico). Mais a frente na lista encontra-se França (300 habitantes por médico), Argentina (330hab/méd), Estados Unidos (390hab/méd), Japão (500hab/méd), México (500hab/méd) e Venezuela (500hab/méd). Na 61ª posição, encontra-se o Brasil, com 900 habitantes para cada médico (Doctors of the world, 2007).

Observa-se ainda que o gasto sanitário total per capita do Brasil, em 2001, foi de US\$222,00, contra US\$ 603,00 do Uruguai e US\$ 679,00 da Argentina. Esse fato demonstra que o Brasil gasta pouco relativamente a outros países da América do Sul (Organización Mundial de la Salud, 2003). Além disso, a quantidade de recursos investidos é mal empregada. Desta forma, o problema compreende não só a quantidade, como também a qualidade do investimento nos recursos (Brasil, 2007^D).

Através das pesquisas mencionadas, percebe-se que toda a literatura da Estratégia Saúde da Família (ESF) a apresenta como a porta de entrada principal da Atenção Básica

do SUS. Seus usuários têm acompanhado esse jogo de tentativa e erro, sofrendo as reformas, as mudanças organizacionais, e as falhas do sistema. E para estes “sujeitos de direito”, não lhe interessa de qual esfera do governo provém o serviço de saúde, nem de quem é a falha, e sim, na hora da necessidade, se este é atendido de forma eficiente. E se não ocorre tudo como esperado, o profissional de saúde, que é a única parte do sistema que é visível e acessível à população, tornam-se o único alvo disponível para que os usuários despejem suas queixas e críticas. Sendo responsabilizado por suas deficiências. Por este motivo, buscou-se, avaliar a ESF segundo estes atores sociais. Objetivou-se identificar suas crenças a respeito da estratégia, pois são esses seus implementadores. São eles que conhecem a vivência diária dentro das Unidades de Saúde da Família, seus acertos e suas limitações, para sua efetiva operacionalização. São eles que possuem o poder de modificá-la. E são esses profissionais que conhecem a diferença entre o SUS teórico e o SUS real.

Através da revisão da literatura apresentada, foi realizado um percurso histórico nas políticas de saúde do Brasil, pois, para avaliar um programa/ estratégia social, é necessário compreender o contexto sócio-político no qual ele está inserido. Foi descrita ainda a estratégia avaliada: a Estratégia Saúde da Família, serviço de atenção primária de saúde, que funciona como umas das portas de entrada do SUS e está interligado aos demais níveis de atendimento (secundário e terciário). Ao serem apresentadas algumas de suas experiências de avaliação, verifica-se que esta possui fatores positivos, no que se refere às melhorias que proporcionou à população e que possui princípios que a tornariam uma estratégia de saúde perfeita, regida pela universalidade e inspirada em modelos de países como Cuba, potência mundial de saúde. Entretanto, existem falhas operacionais que geram uma distinção entre o SUS teórico, tal como criado pelos seus formuladores e o SUS real.

Por este motivo optou-se aqui por buscar uma avaliação de processo, através das crenças de seus profissionais, que são seus implementadores.

No próximo capítulo será esclarecida a importância da pesquisa de avaliação destas ações como ferramenta de feedback de sua formulação, implementação, operacionalização e resultados, bem como será explanada a teoria das crenças como ferramenta do psicólogo social nesse processo e apresentado o enfoque cognitivo-comportamental utilizado na presente pesquisa de avaliação da ESF.

III. A psicologia social e a avaliação de programas

3.1 Pesquisas de avaliação: um *feedback* sobre as políticas públicas

O ser humano possui uma necessidade inata de conhecer o mundo ao seu redor. Esta necessidade vincula-se ao seu desejo de compreender, explicar, julgar e alterar o real. Essa natural curiosidade humana direciona o pensamento a um julgamento de valor, uma avaliação (Barreira, 2000). Usualmente o ser humano avalia situações, atitudes e comportamentos, tanto de si, quanto dos outros (Oliveira, 2006). A avaliação informal torna-se, assim, uma atividade comum do seu cotidiano.

Seguindo seu instinto inato de conhecer e modificar, aos poucos, o homem passou a ir além dessa simples avaliação informal. De acordo com Barreira (2000), desde o século XVII, com a revolução científica desencadeada na Europa, e alicerçada nas teorias de Kepler, Bacon, Galileu, Descartes, a avaliação já se apresentava como intrínseca à própria busca científica de conhecer. E veio se desenvolvendo, até atingir o século XX, pautada na busca da monitoração e melhora da eficácia dos serviços oferecidos à população.

Contempla-se na presente pesquisa o uso da avaliação formal, que busca apreender a avaliação informal que os profissionais têm sobre a ESF. Trata-se de um processo sistemático de análise do objeto avaliado, permitindo compreender, de forma contextualizada, todas as suas dimensões e implicações, com objetivo de estimular o seu aperfeiçoamento (Belloni et al., 2003; Pasquali, 1999). Será utilizada aqui a expressão “pesquisa de avaliação”, proposta por Barreira (2001) e Novaes (2000), e não simplesmente avaliação, pois trata-se de um novo conhecimento que será produzido por meio de investigação, observando os critérios mínimos. A pesquisa avaliativa é centrada na análise da adequação e relevância de políticas, estratégias, programas ou projetos, com objetivos e

metas explícitos, e com a finalidade de identificar os fatores que favorecem ou impedem seu desenvolvimento. A prática da pesquisa de avaliação, com seu duplo objetivo, potencializa o conhecimento sobre as ações desenvolvidas e subsidia a tomada de decisão, oferecendo de modo explícito, elementos de intervenção para o aperfeiçoamento da política pública ou para a sua total revisão ou substituição (Belloni, et al., 2003).

De acordo com Cozby (2003), a avaliação de programas é uma área importante da pesquisa aplicada – tipo de pesquisa que tem como objetivo examinar questões relativas a problemas práticos e suas soluções potenciais; e sugere que as pesquisas de avaliação avaliem reformas sociais e inovações introduzidas no governo, na educação, no sistema judiciário, na indústria, em instituições de saúde mental e na assistência a saúde.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida. Destina-se a identificar, de maneira válida e confiável, informações para apoiar um juízo sobre o mérito dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação e execução), com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos, de tal forma que sirva de base, ou para uma tomada de decisões racional e inteligente entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou fracasso de seus resultados (Belloni, et al., 2003).

Sabe-se, pois, que, no acelerado ritmo de globalização e inovação, as decisões e a política saem do nosso controle, e às vezes, até mesmo de nosso conhecimento. Os gestores governam pouco e, às vezes, nem governam (Nogueira, 1999). Nesse contexto, cresce a necessidade de dar-se importância aos debates nas questões implicadas na gestão

social, apreendida por meio de diferentes ângulos de análise (Degenszajn, 2006). Além disso, à medida que as exigências das experiências anteriores crescem, a avaliação de políticas e programas governamentais assume grande relevância para as funções de planejamento e gestão governamentais. Grupos de pesquisadores, concorrentes políticos, economistas e mídia exigem, cada vez mais, prestam contas, não apenas financeiras, mas também dos resultados de suas ações. A população, cada vez mais auto-consciente de sua posição de pagante de taxas e impostos, e de “sujeitos de direitos”, reclama, no cotidiano de funcionamento, a resolutividade das ações governamentais. Marcação cerrada que “exige” a avaliação contínua da eficácia, eficiência e efetividade das políticas públicas.

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. Informações sistemáticas que podem ser utilizadas no aprimoramento de políticas públicas (Belloni et al., 2003; Fellin & Epstein, 1975; Oliveira, 2006; Silva & Formigli, 1994; Tanaka & Melo, 2000; Tripodi).

É necessário ainda ter um olhar voltado para a avaliação de políticas públicas sem perder de vista o foco nas questões sociais as quais ela suscita, pois, pelo menos no Brasil, estas surgem das exigências evocadas das necessidades dos grupos sociais menos favorecidos (Melo, 2007). Assim, a ênfase na compreensão contextualizada de todas as dimensões e implicações da política, com vistas ao seu aperfeiçoamento, busca, necessariamente, o envolvimento de todos os sujeitos (internos e externos) significativos ao objeto avaliado. Os resultados da avaliação são, portanto, relevantes não apenas para seus

formuladores, mas para todos os setores sociais envolvidos - beneficiários, implementadores, formuladores (Belloni et al., 2003; Hartz, 1997; Tanaka & Melo, 2000).

Albuquerque (2002) explica, todavia, que a percepção dos brasileiros sobre os programas públicos são de serviços destinados para os pobres, que não exige qualidade, diferindo da percepção das pessoas nos países desenvolvidos, em que as instituições públicas cuidam do bem estar social para usufruto de toda a sociedade. Seguindo esse raciocínio, Feliciano (2005) mostra que a principal finalidade da avaliação em saúde é aprimorar a capacidade de oferecer adequada atenção e melhor condição de saúde aos cidadãos. A avaliação exige, portanto, a articulação de uma proposta técnico- política com a prática daqueles que estão executando e usufruindo das ações de saúde, sendo compreendida e vivenciada de diferentes modos pelos que dela participam. Prega-se, portanto, que a avaliação é, pelo menos teoricamente, uma das etapas de uma política, posterior à implementação, destinada a influenciar sua reformulação (Belloni et al., 2003; Gomes & Hartz, 2001; Rico, 2006).

Na prática, todavia, de acordo com Lobo (2001), o trabalho de avaliação das ações do governo não tem sido feito de forma correta ou com frequência no Brasil. O autor afirma que o Brasil não tem a cultura de avaliação sobre gastos públicos, especialmente de programas sociais, por isso a avaliação é vista com desconfiança pelos governantes. As avaliações que são feitas, o são a partir das perspectivas dos sociólogos e economistas, no entanto um psicólogo seria também indicado para tal tarefa já que o mesmo é mais preparado profissionalmente para construção de instrumentos de avaliação de comportamento.

De acordo com Albuquerque (1999), embora os psicólogos tenham pouco interesse em relacionar o conhecimento em avaliação de comportamento com avaliação de políticas públicas, este é conhecedor de conteúdos sobre relações intergrupais, crenças coletivas, atitudes, diferenças entre gêneros, comportamentos individuais e grupais, entre outros, sendo estas ferramentas fundamentais para este tipo de tarefa.

Bostein (2002) ressalta que, apesar do intenso debate sobre o tema da avaliação dos serviços de saúde e de já se ter passado mais de uma década de descentralização do setor e da diversidade de experiências de gestão local, ainda existem poucos estudos e pesquisas de caráter avaliativo no país com o intuito de abranger estas mudanças. A ausência de avaliação, por sua vez, contribui para que as ações governamentais continuem a ter comportamento setorial, fragmentado, paralelo e superposto, gerando a dispersão de esforços e recursos, principalmente os programas e estratégias de saúde (Figueiredo, 2003).

Para Cohen e Franco (1998), a avaliação deve ser incentivada e voltar-se para a maximização da eficácia dos programas e para a obtenção da eficiência na utilização dos recursos. Contudo, para que a avaliação tenha resultados efetivos, deve-se estabelecer critérios pelos quais seguirá seus procedimentos, bem como seus objetivos específicos (Frekete, 2000). Neste direcionamento, Tanaka e Melo (2000) também alertam para a necessidade de se definir claramente os objetivos da avaliação.

Uma decisão importante a um avaliador de políticas sociais, portanto, refere-se à escolha da metodologia, em especial do instrumento que será utilizado. Diversos autores (Furtado, 2001; Frekete, 2000; Gomes & Hartz, 2001) frequentemente relatam a preocupação com os instrumentos para a operacionalização da avaliação. Novaes (2000)

também alerta o fato de que as propostas e práticas de avaliação em saúde são importadas de outros países onde há um maior desenvolvimento desta área, sendo necessária uma reinterpretação e resignificação destas práticas para que possam fazer sentido na realidade brasileira.

A tarefa da pesquisa de avaliação, tão necessária quanto complexa, envolve um investimento cuidadoso e consistente nos critérios de utilização de instrumentos, coerentes com o objeto de avaliação, ao longo do processo. Por ser um processo que permite a compreensão de forma contextualizada, busca proporcionar uma visão global do objeto e não apenas uma visão diagnóstica, ou uma comparação entre metas e resultados. Além da inserção contextualizada, a avaliação deve contemplar todos os aspectos sociais e políticos envolvidos na formulação e implementação de uma política. E também deve ter sua finalidade voltada não apenas para melhorar o conhecimento ou as informações sobre as ações desenvolvidas, mas principalmente para subsidiar a tomada de decisão (Barreira, 2000; Melo, 2007; Neves, 2008). De acordo com Barreira (2001), pesquisas de avaliação de políticas apóiam-se, portanto, em um conjunto de decisões tomadas pelo avaliador, no início e ao longo do seu trabalho, as chamadas estratégias de avaliação. Estas definirão os objetivos, a natureza e o tipo de avaliação, englobando todas as decisões metodológicas necessárias.

As principais categorias a serem definidas na estratégia de avaliação são: 1) O recorte programático do objeto a ser avaliado. Neste primeiro momento, o avaliador decide se seu objeto de investigação será uma política, estratégia, programa ou projeto; 2) O objetivo da avaliação, que pode ser científico (busca produzir novos conhecimentos), político (identifica dimensões estratégicas para ação política), ou operativo (busca conhecer

para intervir na própria política); 3) A natureza temporal da pesquisa. Pode ser de dois tipos: *ex ante* (precede o início do programa) e *ex post* (concomitantemente ou após a realização do programa). A pesquisa *ex post* possui ainda duas classificações, quanto à natureza da avaliação: avaliação de processo (durante a realização do projeto) e avaliação terminal ou de resultado (depois da realização do projeto, e usa indicadores de resultado, impacto e efeito); 4) A natureza do avaliador. A avaliação pode ser externa, interna, mista, ou participativa; 5) A metodologia predominante pode ser quantitativa ou qualitativa, situacional ou experimental/quase-experimental; 6) O tipo de juízo formulado. Esta busca a comprovação/negação de hipóteses, ou as recomendações ou normas. (Barreira, 2001; Belloni et al., 2003; Cano, 2004; Cohen & Franco (1998); Rico, 2006).

Seguindo esta seqüência de categorias, definiu-se mais detalhadamente a estratégia de avaliação da presente pesquisa. No recorte programático do estudo contempla-se, como já citado, a avaliação de uma estratégia: a Estratégia Saúde da Família (ESF). Debruça-se sobre um duplo objetivo, científico e operativo: buscar aprimorar a bibliografia sobre a temática, e gerar aplicabilidade social nos seus resultados, através do fornecimento de *feedback* aos seus gestores. Faz-se uso de uma pesquisa do tipo *ex post*, de processo, pois a ESF é uma estratégia já ativada, que, diferentemente dos programas, não possui data para ser concluída. Não se trata, portanto, de um balanço final, e sim de uma avaliação periódica, que pretende realizar adequações ou correções, e busca afetar as decisões cotidianas, operativas. Uma pesquisa de avaliação externa, desenvolvida sob a coordenação de instituição acadêmica, que utiliza uma metodologia predominantemente quantitativa. E que busca confirmar ou refutar as hipóteses testadas, além de gerar recomendações.

Baseado nas experiências de avaliação do PSF/ESF, citadas no capítulo anterior, acredita-se que a realização de estudos avaliativos em saúde é extremamente útil, já que possibilita o aprimoramento da prestação de serviços, no sentido de atender às necessidades e expectativas dos usuários. Dar-se ênfase ainda que, atualmente, a qualidade dos serviços de saúde ofertados à população é um tema que faz parte das discussões cotidianas travadas, não só pelos usuários de todo país, mas também pelos seus profissionais. A avaliação dos serviços de saúde torna-se, assim, uma atividade fundamental para viabilizar os princípios básicos do SUS.

Faz-se necessário ressaltar ainda que as políticas de saúde têm vida. Nascem, crescem, transformam-se, reformam-se. Estas também têm carne e osso, ou melhor, corpo e alma. São decididas e elaboradas por pessoas, são dirigidas às pessoas, são gerenciadas e implementadas por pessoas. E estas fazem segundo seus valores e seus interesses (Barreira, 2000). Destacando, assim, que é grande a distância entre os objetivos e o desenho das ações públicas, tal como concebido por seus formuladores originais. A implementação, pois, modifica as políticas públicas (Barreira, 2001; Melo, 2007).

Tornando-se, portanto, importante poder confrontar avaliações sob a perspectiva de seus diferentes atores envolvidos (usuários, implementadores, gestores e formuladores). Permitindo, assim, verificar se existem incompatibilidades de informações, e a dimensão da distância existente entre a política em sua base teórica, tal qual formulado por seus idealizadores, e a sua realidade prática, na implantação por seus profissionais, e no produto utilizado por seus usuários.

De acordo com Belloni et al. (2003), a maioria das pesquisas de avaliação contemplam apenas os resultados dos programas. Da mesma forma, é mais representativa as avaliações do PSF/ESF realizadas através da opinião de seus usuários. Pretende-se no presente estudo, entretanto, realizar uma avaliação da ESF através das crenças de seus profissionais, que são seus implementadores. Estes tornam-se, 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.

3.2 Um enfoque cognitivo-comportamental: crenças que predisõem ao comportamento

Desde a revolução cognitiva, ocorrida na psicologia na década de 60, diferentes teóricos passaram a incluir a cognição em seus trabalhos, segundo suas próprias perspectivas.

A cognição é entendida como o conteúdo do pensamento, e os processos envolvidos no ato de pensar. Representa a síntese de estímulos internos e externos e evidencia o modo como a pessoa avalia uma situação. Reflete a visão da pessoa sobre si mesma, seu mundo, seu passado e seu futuro. E as alterações no seu conteúdo repercutem no seu estado afetivo e seu padrão comportamental (Cordioli, 2008).

Seguindo essa idéia, a teoria cognitiva-comportamental (TCC) baseia-se no pressuposto racional teórico de que o afeto e o comportamento do indivíduo são amplamente determinados pela maneira como ele estrutura o mundo. Suas cognições (eventos) estão baseadas em atividades ou suposições (esquemas) desenvolvidas a partir de experiências anteriores (Beck, 1982). Dando continuidade a esse raciocínio, pode-se

afirmar ainda que os profissionais de saúde também possuem crenças sobre a Estratégia Saúde da Família (ESF), crenças que são criadas no dia a dia, no contato direto com o objeto da crença, através da experiência de trabalho, e que muitas vezes, são compartilhadas entre os diferentes sujeitos envolvidos. Crenças estas que interferem, e predispoem seus comportamentos, e, conseqüentemente, na sua atuação.

Desta forma, a TCC integra conceitos e técnicas de duas abordagens que possuem pressupostos teóricos diferentes: a cognitiva e a comportamental. A Teoria Cognitiva é uma abordagem classificada como mentalista, no sentido de que vê os fatores cognitivos como os principais fatores envolvidos na conduta do indivíduo, e na etiologia dos transtornos psiquiátricos. Já a abordagem comportamental valoriza os fatores ambientais e a forma como se dá a interação de um organismo com o meio (Bahls, 2004; Pina, 2006).

A teoria cognitiva baseia-se no pressuposto de que existem três níveis de pensamentos: as crenças centrais, as crenças intermediárias e o pensamento automático (Beck, 1997; Rangé, 2001).

As crenças centrais constituem os níveis mais profundos das estruturas cognitivas e são compostas por idéias absolutas, rígidas e globais que um indivíduo tem sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o mundo. Essas crenças desenvolvem-se na infância e, a partir da experiência, tornam-se convincentes na vida adulta, mesmo diante de experiências que as desconfirmem. Tornam-se verdades absolutas (Beck, 1997; Rangé, 2001).

As crenças centrais também são conhecidas como esquemas, definidos como estruturas cognitivas que norteiam o indivíduo ao lidar com uma conjuntura, ajudando-o a

selecionar detalhes sobre o ambiente e a lembrar dados relevantes (Beck, Emery & Greenberg, 1985).

As crenças intermediárias correspondem ao segundo nível de pensamento e não são diretamente relacionados às situações, ocorrendo sob a forma de suposições ou regras. As suposições caracterizam-se por um estilo condicional de pensamento do tipo dedutivo “Se...então” e as regras costumam incluir declarações relacionadas a “dever” (Rangé, 2001). As crenças intermediárias refletem idéias ou entendimentos mais profundos e são mais resistentes às mudanças do que os pensamentos automáticos (Beck, 1997).

O terceiro nível de pensamento é denominado de pensamento automático e consiste em um fluxo de pensamento que coexiste com um fluxo de pensamento mais manifesto (Beck, 1964). Nestas circunstâncias, eles são espontâneos e fluem em nosso dia-a-dia, porém, na maioria das vezes, eles não são acessíveis a nossa consciência, mas podem ser identificados após um treinamento adequado (Rangé, 2001). Os pensamentos automáticos surgem com muita frequência na forma de sentenças ou imagens (Beck, 1997).

A partir dessas informações, descrevendo o modelo cognitivo, temos o seguinte: as crenças centrais influenciam as crenças intermediárias, que por sua vez influenciam o pensamento automático, que também recebem influência de determinada situação vivida. Cordioli (2008) utiliza uma metáfora para explicar essa hierarquia de conceitos. Imaginemos uma árvore com uma grande copa. Quando você olha ao longe verá apenas as folhagens. Isso representa a emoção, o comportamento e as respostas fisiológicas. Chegando mais perto, conseguirá visualizar o tronco com todas as suas ranhuras e marcas. O tronco representa os pensamentos automáticos, que estão no nível mais básico da

cognição; portanto só terá acesso a ele quando se aproximar. Logo abaixo do tronco estão as raízes. Elas são as crenças. As mais superficiais são as crenças intermediárias e as mais profundas as crenças centrais. Para encontrar as crenças, é necessário ir além da superficialidade. Sem as raízes, a árvore não vive, assim como não existe uma pessoa que não tenha crenças.

Desta forma, a presente pesquisa objetiva avaliar Estratégia Saúde da Família (ESF), abordando seus profissionais sob o aspecto cognitivo, utilizando a teoria das crenças da Psicologia Social. Temos ainda como suporte a teoria cognitivo-comportamental, a qual nos permite compreender que a partir das experiências anteriores, e cotidianas, dentro das Unidades de Saúde da Família (USF), estes profissionais formam crenças sobre a estratégia, e estas afetam seu estado afetivo e seu padrão comportamental. Portanto, a apreensão dessas crenças possibilita a compreensão da realidade das condições de prestações de serviços de saúde para a comunidade, sob a óptica da Equipe de Saúde da Família (EqSF), permitindo-nos, assim, identificar os aspectos cruciais que conduzem a atuação desses profissionais dentro do ESF.

3.3 Teoria das crenças

O processo de socialização se constitui em um incessante intercâmbio com pessoas e estímulos sociais que levam os indivíduos a formarem impressões sobre outras pessoas ou coisas. Estas informações são coletadas e processadas, até chegarem a julgamentos. Uma consequência direta desta tomada de conhecimento do ambiente social que os circunda é a formação de opiniões, crenças, atitudes e valores (Rodrigues, 1999). Desta forma, não

existe uma pessoa que não possua crenças. E, sempre que, em contato com um objeto de análise, podem avaliá-lo.

Qualquer forma de avaliação, portanto, envolve necessariamente um julgamento, atribuindo um valor, uma medida de aprovação ou desaprovação a uma política ou programa público particular, de analisá-lo a partir de uma certa concepção de justiça - explícita ou implícita (Rico, 2006). Julgamento esse, que é feito a partir das crenças que o sujeito possui sobre esse objeto avaliado.

O estudo das crenças em Psicologia Social torna-se, assim, um tema clássico e relevante, principalmente quando acrescenta-se a suposição de que as crenças produzem consequências na cognição, afetividade, conduta, no comportamento e na personalidade dos indivíduos (Krüger, 2004).

Segundo Krüger (2004), as crenças são classificadas como variáveis intervenientes, ou seja, referem-se a fenômenos psicológicos não acessíveis à observação direta, no entanto, podem ser inferidos e integrar hipóteses empíricas, pois são acessíveis à mensuração ainda que de forma indireta. Estas crenças são decorrentes de assertivas ou proposições referentes à experiência pessoal. Assim, podem ser estritamente pessoais, quando expressam, por exemplo, uma avaliação ou julgamento a respeito de alguém, mas também podem ser compartilhadas, como nos casos da opinião pública e dos estereótipos sociais.

Sabe-se que a política de saúde no Brasil apresenta pressupostos básicos, tais como os princípios do SUS (universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação popular e hierarquização/regionalização), que devem guiar as atividades

realizadas pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF), atores implementadores da ESF. Ao tratar-se, entretanto, de uma pesquisa de avaliação de política pública, deve-se considerar os dados das pesquisas anteriores constadas na revisão bibliográfica. Estas mostram que existem diferenças, e distância, entre o SUS teórico, que é de conhecimento consensual de todos os seus profissionais, e o SUS real, conhecimentos específico, e pessoal, da vivência de trabalho de cada um deles. Desta forma, ao buscar uma avaliação através das crenças dos profissionais sobre o cotidiano real do SUS, espera-se identificar, não apenas as crenças compartilhadas, baseadas no SUS teórico, mas também as crenças pessoais, crenças essas reais e/ou distorcidas acerca do que propõe o modelo, como também sobre o funcionamento do sistema, tal como vêm fazendo diversos autores (Martins, 2008; Melo, 2007; Neves, 2008; Oliveira, 2006).

Contempla-se ainda que algumas confusões são comuns na diferenciação entre conceitos como os de crença, conhecimento e fé; ou de crenças, atitudes e valores. Diante disso, cabe deixar claro que crença e conhecimento não são a mesma coisa. A diferença fundamental entre crer e conhecer parte do pressuposto de que crer é uma ocorrência subjetiva, caracterizada pelo grau de adesão dedicado por um indivíduo a determinado enunciado ou conjunto de proposições, sendo, assim, uma questão mais psicológica, referente a aspectos cognitivos pessoais. Conhecer, entretanto, corresponde ao valor de verdade da proposição que esteja sendo examinada através de provas ou demonstrações pertinentes à análise da validade do seu conteúdo (Krüger, 1995). Por exemplo, os profissionais da equipe de saúde da família apresentaram o conhecimento de que a universalidade é um princípio do sistema, pois essa informação consta nos documentos oficiais e é constantemente divulgada pelo Ministério da Saúde. Por outro lado, esses atores

possuem a crença de que o PSF não atende a toda a demanda da população. Esta crença apresenta-se como real, de acordo com pesquisas já realizadas sobre avaliação do PSF (Brasil, 2004^C; Capozzolo, 2004^C; Costa, 2000^A; Costa, 2000^B; Oliveira, 2006; Souza, 2000). Quanto aos conceitos de crença e de fé, como lembra o autor, existem crenças com caráter religioso, nas quais as pessoas crêem em proposições tidas como “verdades de fé” ou “dogmas”. A aceitação dessas crenças independe de evidências empíricas e lógicas, tendo como ponto fundamental à adesão pessoal a proposições consideradas sagradas.

Quanto ao conceito de crença, atitude e valor, ressalta-se que o valor, diferente da crença, é trans-situacional, e de ordem mais geral (Ros, 2006). Já a atitude, é formada por componentes cognitivos, afetivos, e comportamentais, diferente das crenças que, embora muitas vezes se integrem às atitudes para suscitar um afeto positivo ou negativo em relação a um objeto e predisposto à ação, não necessariamente impregnados de conotação afetiva (Rodrigues, 1999). Por exemplo, um médico pode ter o valor de que todos têm o direito à saúde e que esse é um dever do Estado. Este mesmo profissional pode, ainda, ter uma atitude preconceituosa em relação aos serviços públicos de saúde, carregados por fatores afetivos, cognitivos e comportamentais. E pode ainda ter uma crença de que a Unidade de Saúde da Família não possui equipamentos suficientes para realização dos atendimentos.

Rokeach (1981) e Ben (1973) discutem em suas obras as crenças, além de outros construtos decorrentes destas (valores, atitudes, opiniões). Rokeach (1981) afirma que todas as pessoas possuem milhares de crenças relativas ao que é ou não verdadeiro, bonito ou bom e sobre o mundo físico e social no qual se vive. As crenças são colocadas como inferências feitas por um observador sobre estados de expectativas básicos.

De acordo com o autor, as crenças, atitudes e valores estão todos organizados juntos, de modo a formar um sistema cognitivo funcionalmente integrado, de maneira que uma mudança em qualquer parte do sistema afetará outras partes e culminará em mudanças comportamentais. Essas crenças incontáveis não estão em um estado desorganizado dentro de suas mentes, mas estão, organizadas em sistemas arquitetônicos possuindo propriedades estruturais descritíveis e mensuráveis que, por sua vez possuem consequências comportamentais observáveis, o que é igualmente defendido pela Teoria Cognitivo-Comportamental.

Rokeach (1981) parte ainda de algumas suposições básicas: 1) Nem todas as crenças são igualmente importantes para o indivíduo. Estas variam ao longo de uma dimensão periférico- central; 2) Quanto mais central uma crença, tanto mais resistirá à mudança; 3) Quanto mais central for a crença que mudou, tanto mais difundidas as repercussões no resto do sistema de crenças; 4) Quanto mais uma crença é funcionalmente ligada ou está em comunicação com outras, tanto maiores consequências ou implicações traz para outras crenças e, conseqüentemente, para a crença mais central.

Como critérios de encadeamento lógico, Rokeach (1981) faz uma diferenciação em quatro tipos: 1) *Crenças existenciais (ou não existenciais)*, que dizem respeito à própria existência e identidade no mundo físico e social (Ex: Acho o PSF igual ao posto de saúde – Item 23 da escala aqui utilizada). Estas têm mais ligações e consequências funcionais com outras crenças do que com aquelas que se referem menos à própria existência e identidade; 2) *Crenças compartilhadas (ou não compartilhadas)* possuem mais ligações e consequências funcionais com outras crenças do que as que não são compartilhadas com outras (Ex: As condições da USF em que trabalho são adequadas - Item 01 da escala aqui

utilizada); 3) *Crenças derivadas (ou não derivadas)* não são aprendidas com o encontro direto com o objeto de crença. Elas são aprendidas indiretamente, com pessoas e grupos de referência. As crenças derivadas têm menos ligações e conseqüências funcionais com as outras crenças do que com as crenças das quais são derivadas (Ex: O usuário do PSF tem dificuldade de acesso ao PSF); 4) *Crenças relativas a questões de gosto (ou não relativas à questão de gosto)* são as crenças que representam mais ou menos arbitrariamente questões de gosto e são freqüentemente percebidas pelos indivíduos que as retêm. Têm menos ligações e conseqüências com as outras crenças que não representam arbitrariamente questões de gosto (Ex: O atendimento pele manhã é melhor do que à noite).

Observe que foram dados exemplos baseados na escala utilizada neste estudo apenas nos dois primeiros itens: *crenças existenciais* e *crenças compartilhadas*. Não há interesse, pois, na presente pesquisa, nas chamadas *crenças derivadas*, uma vez que todas as crenças aqui investigadas baseiam-se em crenças apreendidas no encontro direto com o objeto da crença. Este fato deve-se à intenção de evitar crenças baseadas no SUS teórico que não fossem condizentes com o SUS real. Bem como também não há interesse nas chamadas *crenças relativas a questões de gosto*, uma vez que estas baseiam-se em subjetividades, idiosincrasias; e este estudo buscou crenças palpáveis, baseadas em fatos encontrados no cotidiano de trabalho dos profissionais da EqSF.

O conteúdo de uma crença pode ainda ser: 1) *Descritivo*, referindo-se a juízos de fato (verdadeiro ou falso) da experiência pessoal em relação a algum objeto; 2) *Avaliativo*, correspondendo a juízos de valor (bom ou ruim, positivo ou negativo) quanto ao evento ou objeto em questão; ou 3) *Prescritivo*, tratando de defender determinado aspecto ou ação como desejável ou indesejável (Rokeach, 1981; Krüger, 1995). Por exemplo: *A maior parte*

do atendimento em PSF se refere a atendimentos clínicos –Item 25 da escala aqui utilizada (crença descritiva); *Os equipamentos da USF estão em boas condições de uso* –Item 04 da escala aqui utilizada (crença avaliativa); e *Os princípios do SUS devem ser seguidos* (crença prescritiva).

Observe, novamente, que foram dados exemplos baseados na Escala de Avaliação da ESF. Estes, entretanto, apresentam-se apenas nas crenças *descritivas* e *avaliativas*. Desta forma, priorizou-se as crenças que descrevem e avaliam a ESF e que são criadas a partir do encontro direto com o objeto de crença, baseadas em constatações do SUS real, podendo ser estas compatíveis, ou não, com o SUS teórico. Desta forma, não foram contempladas as crenças do tipo *prescritiva*.

Rokeach (1981), como já esclarecido, considera ainda que as crenças são submetidas a hierarquias. Sendo assim, nem todas as crenças são igualmente importantes para o indivíduo, variando em uma dimensão periférica-central: quanto mais central for uma crença, mais resistente à modificação ela será; e quanto mais central for a crença modificada, maior repercussão isto terá no resto do sistema de crenças. A tipologia das crenças aborda os seguintes tipos de crenças: *Tipo A – Crenças Primitivas (consenso 100%)* - são mais centrais, aprendidas pelo encontro direto com o objeto da crença, e reforçadas por um consenso social unânime entre todas as referências de pessoas e grupos (Ex: Eu sou enfermeira do PSF); *Tipo B – Crenças Primitivas (consenso zero)* - são também apreendidas pelo encontro direto com o objeto de crença, mas sua manutenção não depende do fato de ser compartilhada com outros, sendo impenetráveis os argumentos dos outros (Eu sou um médico eficiente); *Tipo C – Crenças de Autoridade* - são relativas à autoridade positiva e negativa, ou seja, pessoas ou grupos de referência (Ex: A Constituição

de 1988 declara o direito a saúde como dever do Estado e eu concordo com ela); *Tipo D – Crenças Derivadas* - referem-se a questões, de fato, que são mantidas somente porque se confia na autoridade (jornal, livros, leis) (Ex: As pessoas podem ser divididas em dois grupos distintos: os fortes e os fracos); *Tipo E – Crenças Inconseqüentes* - representam questões de gosto mais ou menos arbitrárias (Ex: Eu acho que atender de manhã é mais agradáveis do que a tarde).

Dar-se-á destaque que no presente estudo focou-se apenas as *crenças primitivas*, do Tipo A e do Tipo B. Buscou-se identificar exclusivamente as crenças que eram apreendidas pelo encontro direto com o objeto da crença. Estas podem ser de consenso 100%, ou de consenso zero. Podem ser pessoais, guiadas por avaliações pessoais, ou podem ser compartilhadas, de consenso por opinião pública. Podem ser compatíveis com o SUS teórico, ou diferenciadas. Entretanto, o interesse deste trabalho era ter a certeza de que estas crenças eram próprias do participante da pesquisa, adquiridas no dia-a-dia, através do seu cotidiano de trabalho, na experiência direta, no contato com o objeto da crença (recursos materiais -insumos, vacinas e medicação; eficiência no atendimento - sistema de referência/ contra-referência e capacitação profissional; e infra-estrutura física). Pode-se, assim, ter a certeza de que as crenças aprendidas referiam-se ao SUS real, seja ele igual, ou semelhante ao SUS teórico. Por esse motivo, não contemplou-se as crenças de autoridade, ou crenças derivadas. Estas nos mostrariam um SUS teórico, que pode ser encontrado nos guias, manuais e legislação. Não necessitando desta pesquisa de avaliação para encontrá-lo.

Dar-se ênfase ainda que as indagações a respeito de itens como infra-estrutura física, equipamentos, insumos, vacinas, remédios e contraceptivos não puderam ser meramente constatadas. É certo que os manuais informam sobre estes, da quantidade e

qualidade com que deveria ser encontrado dentro das Unidades de Saúde da Família (USF). E verificar se, na prática, esses critérios são respeitados, dispensava indagações aos profissionais. Bastava constatar, pessoalmente, e de forma mais rápida, e mais prática, a infra-estrutura e as farmácias das USFs. Buscou-se, entretanto, ir além dessas constatações. Objetivou-se apreender as crenças dos profissionais sobre estes pontos. Não havia o interesse, por exemplo, simplesmente saber a quantidade de anticoncepcional que o Ministério da Saúde diz ser necessário, e o quanto, na prática, é disponibilizado. Procurou-se detectar, com os profissionais, as crenças que estes possuem sobre a quantidade de anticoncepcional; se é suficiente para a demanda, ou não. Sabe-se, pois, que ao identificar as crenças dos profissionais a respeito de questões que eles possuem contato direto diário no seu cotidiano laboral, poder-se-á conhecer a realidade da Estratégia Saúde da Família, principalmente se for considerado que estas crenças interferem no seu comportamento e afetos, segundo a Teoria Cognitivo-Comportamental.

De acordo com Bem (1973), é importante ressaltar ainda que não existem evidências empíricas favoráveis ou contrárias às crenças. Não são verdades evidentes por si, nem são princípios históricos ou legais. O autor afirma que as crenças possuem bases em fundamentos cognitivos, emocionais, comportamentais e sociais. Os fundamentos cognitivos exploram a lógica, ou psico-lógica, que une as opiniões dos homens. Os fundamentos emocionais discutem os processos subjacentes através dos quais são adquiridos, transmitidos, modificados e eliminados os nossos sentimentos, componentes emocionais das crenças e atitudes. Os fundamentos comportamentais desafiam a suposição comum de que não se pode modificar seus corações e mentes, mostrando que estes podem

ser modificados pelo comportamento e fundamentos sociais, que examinam as várias influências sociais que criam e modificam as crenças, as atitudes e os valores dos homens.

A teoria das crenças foi utilizada, portanto, na presente pesquisa de avaliação porque tem como base a percepção dos sujeitos acerca de si e do meio no qual estão inseridos. As condições de trabalho dentro das Unidades de Saúde da Família repercutem diretamente sobre os profissionais que ali atuam, sobre seu aspecto cognitivo, através das crenças que estes criam acerca da ESF e, conseqüentemente, da maneira como a avaliam. A partir das concepções dos profissionais sobre a ESF pode-se apreender suas crenças pessoais a respeito da estratégia. E desta forma detectar aspectos positivos, e, principalmente, identificar possíveis entraves na operacionalização da estratégia em João Pessoa. Através destes sujeitos implementadores da ESF, pode-se avaliá-la e conhecer sua realidade cotidiana, identificando os fatores que distanciam o SUS real do SUS tal como preconizado pelos seus formuladores.

IV. OBJETIVOS E HIPÓTESES

4.1 Objetivos

4.1.1 Objetivo geral

A presente pesquisa visa avaliar a Estratégia Saúde da Família (ESF) em João Pessoa, Paraíba, a partir das crenças dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (EqSF), com o intuito de compreender as condições e os fatores que influenciam o desempenho efetivo do trabalho destas equipes na ESF, possibilitando o êxito ou o fracasso deste novo modelo de atenção à saúde. Assim, através desses sujeitos implementadores da ESF, pretende-se conhecer um pouco do “SUS real”, tal como ele acontece no seu cotidiano de atenção à saúde.

4.1.2 Objetivos específicos

- 1** Construir um instrumento de medida para avaliar a Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir das crenças de seus profissionais;
- 2** Validar este instrumento baseado nos parâmetros psicométricos indicados na literatura acerca da Psicometria;
- 3** Traçar um perfil biodemográfico dos participantes (tempo de atuação na profissão, na rede pública de saúde e na ESF; vínculo empregatício; carga horária de trabalho; número de atendimentos diário; existência de outros trabalhos paralelos);
- 4** Identificar as crenças dos profissionais das equipes multidisciplinares mínimas da ESF (médico, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário - ACD e agentes comunitários de saúde - ACS) de João Pessoa acerca do trabalho

em ESF, no que se refere aos Recursos materiais (insumos, vacinas, remédios e contraceptivos); (FATOR1)

5 Identificar as crenças dos profissionais das equipes multidisciplinares mínimas da ESF de João Pessoa acerca da Eficiência no atendimento. Nesta abrangendo a compreensão destes acerca do Sistema de Referência e Contra-Referência (vagas, eficiência) e da acessibilidade no atendimento, da capacitação profissional (cursos introdutórios e de aprofundamento que deve ser proporcionado pelas Secretarias de Saúde a todos da EqSF); (FATOR2)

6 Identificar as crenças dos profissionais das equipes multidisciplinares mínimas da ESF de João Pessoa acerca da Infra-estrutura da USF, no que se refere às instalações do prédio e materiais permanentes (equipamentos e instrumentos); (FATOR3)

7 Comparar as avaliações dos profissionais da EqSF em função do nível de escolaridade (nível médio e técnico x superior);

8 Comparar as avaliações dos profissionais da EqSF em função da categoria profissional (médico x enfermeiro x auxiliar de enfermagem x dentista x ACD x ACS);

4.2 Hipóteses

H1: Os cargos de nível técnico são ocupados por profissionais recém-formados;(Objetivo3)

H2: Os cargos de nível superior são ocupados por profissionais recém-formados ou em fim de carreira;(Objetivo3)

H3:Existem variações entre os profissionais no tipo de vínculo empregatício; (Objetivo 3)

H4: Os profissionais de saúde possuem uma carga horária de trabalho superior ao cumprido no PSF; (Objetivo 3)

H5: Os profissionais da EqSF atendem uma demanda de usuários maior do que o limite máximo estabelecido pela normatização do SUS; (Objetivo 3)

H6: Os profissionais da EqSF possuem outros trabalhos paralelos; (Objetivo 3)

H7: Os profissionais da EqSF possuem crenças positivas sobre a ESF no que se refere à disponibilidade de Recursos materiais na USF; (Objetivo 4)

H8: Os profissionais da EqSF possuem crenças positivas sobre a ESF no que se refere à disponibilidade de insumos para trabalho na EqSF; (Objetivo 4)

H9: Os profissionais que trabalham na ESF possuem crenças positivas sobre este serviço no que se refere à disponibilidade de vacinas na USF; (Objetivo4)

H10: Os profissionais da EqSF possuem crenças negativas sobre este serviço no que se refere à disponibilidade de remédios para serem distribuídos na USF; (Objetivo 4)

H11: Os profissionais da EqSF possuem crenças positivas sobre este serviço no que se refere à disponibilidade de preservativo na USF; (Objetivo 4)

H12: Os profissionais que trabalham na ESF possuem crenças positivas sobre este serviço no que se refere à disponibilidade de anticoncepcional na USF; (Objetivo 4)

H13 Os profissionais que trabalham na ESF apresentam pontuações negativas no fator geral de eficiência no atendimento; (Objetivo5)

H14: Os profissionais da ESF possuem crenças negativas sobre a resolutividade do processo de encaminhamento da ESF aos Centros de Referência; (Objetivo 5)

H15: Os profissionais da ESF avaliam negativamente no que se refere às bases de preparação para o trabalho com os ideais da estratégia (capacitações); (Objetivo 5)

H16: Os profissionais da ESF possuem crenças negativas sobre este serviço no que se refere ao fator geral de Infra-estrutura da USF; (Objetivo 6)

H17: Os profissionais da ESF possuem crenças negativas sobre este serviço no que se refere às instalações do prédio da USF; (Objetivo 6)

H18: Os profissionais da ESF possuem crenças negativas sobre este serviço no que se refere à disponibilidade materiais permanentes (instrumentos e equipamentos) da USF; (Objetivo 6)

H19: Os profissionais do PSF com maior escolaridade (médico, enfermeira e dentista) possuem mais crenças negativas sobre os recursos materiais disponíveis nas USFs do que os outros profissionais (ACS, ACD e auxiliar de enfermagem); (Objetivo 7)

H20: Os profissionais do PSF com maior escolaridade (médico, enfermeira e dentista) apresentam-se mais insatisfeitos com o fator eficiência no atendimento na ESF do que os outros profissionais (ACS, ACD e auxiliar de enfermagem); (Objetivo 7)

H21: Os profissionais do PSF com maior escolaridade (médico, enfermeira e dentista) possuem mais crenças negativas sobre a resolutividade do sistema de referência e contra-

referência do que os outros profissionais (ACS, ACD e auxiliar de enfermagem);
(Objetivo7)

H22: Os profissionais do PSF com maior escolaridade (médico, enfermeira e dentista) possuem mais crenças negativas sobre a capacitação profissional oferecida à EqSF do que os outros profissionais (ACS, ACD e auxiliar de enfermagem); (Objetivo7)

H23: Os médicos são os profissionais que possuem mais crenças negativas sobre a ESF;
(Objetivo 8)

H24: Os ACSs são os profissionais que possuem mais crenças positivas sobre a ESF;
(Objetivo 8)

V. APORTE METODOLÓGICO

5.1 Delineamento

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritiva correlacional, aplicada, onde as variáveis antecedentes referem-se às condições de trabalho nas Unidades de Saúde da Família (USFs) e ao perfil dos participantes da pesquisa (variáveis do participante), e as variáveis consequentes referem-se à avaliação que os profissionais das equipes multidisciplinares mínimas da ESF fazem da estratégia.

5.2 Amostra

A amostra foi composta por profissionais das equipes multidisciplinares mínimas da ESF (médico, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário - ACD e agentes comunitários de saúde - ACS) de João Pessoa. Foi utilizada uma amostragem probabilística, a partir da lista com o nome de todos os profissionais das ESFs da cidade, conforme documento (folha de pagamento dos profissionais) apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde, com dados atualizados em julho de 2008 .

De acordo com Cozby (2003), para este tipo de amostragem, com população de 2 mil participantes, recomenda-se uma amostra mínima de 325 participantes. Existem na cidade de João Pessoa 2095 profissionais, distribuídos em 182 equipes, nas USFs dos 5 Distritos Sanitários. A amostra foi composta, portanto, por 337 profissionais, distribuídos de forma estratificada por categoria profissional e por Distrito Sanitário, conforme apresenta-se na Tabela 3 e 4.

Tabela 3. Número de participantes da amostra por categoria profissional, comparado ao número da população.

Categoria profissional	Número de profissionais da população	Número de profissionais da amostra
Médico	179	30
Dentistas	183	31
ACD	182	31
Enfermeiros	182	30
Auxiliares de enfermagem	182	30
ACS	1187	185
Total	2095	337

Tabela 4. Número de sujeitos da população e (participantes da amostra), segundo agrupamento estratificado de categoria profissional e Distrito Sanitário.

Categoria profissional	População (amostra)					TOTAL AMOSTRAL
	Distrito Sanitário I	Distrito Sanitário II	Distrito Sanitário III	Distrito Sanitário IV	Distrito Sanitário V	
Médico	46 (8)	37 (6)	54 (9)	26 (4)	16 (3)	30
Dentistas	47 (8)	37 (6)	54 (9)	27 (5)	18 (3)	31
ACD	46 (8)	37 (6)	54 (9)	27 (5)	18 (3)	31
Enfermeiros	47 (8)	37 (6)	53 (9)	26 (4)	19 (3)	30
Auxiliares de enfermagem	46 (8)	39 (6)	53 (9)	26 (4)	18 (3)	30
ACS	314 (89)	245 (6)	370 (57)	152 (24)	106 (17)	185
Total	546 (89)	432(68)	638 (102)	284 (46)	195 (32)	337

A aleatoriedade da amostra foi realizada por um *software* disponibilizado pela *internet* (www.randomizer.org), segundo indicação de Cozby (2003). E os sujeitos encontram-se distribuídos em 101 das USFs dos 5 Distritos Sanitários.

Dar-se destaque que houveram cortes na amostra devido a três motivos: 1) Recusa do sorteado em participar da pesquisa; 2) O sorteado não trabalhar mais na USF, e os dados da Secretaria Municipal de Saúde estarem desatualizados; 3) Ausência do profissional sorteado (férias ou atestado). Foram 131 profissionais cortados da amostra: 22 médicos, 15 enfermeiros, 12 Auxiliar de enfermagem, 17 dentistas, 14 ACD e 51 ACS. Realçando ainda que dos 131 nomes cortados da amostra, 83 não trabalhavam mais na USF.

Dar-se ênfase ainda, que estes profissionais cortados da amostra foram substituídos. No caso dos ACSs, a substituição foi feita pelo profissional constado acima dele na lista do nome de todos os profissionais da cidade ou, em segunda opção, pelo nome abaixo. Já as outras categorias de trabalhadores, que possuem apenas um profissional na equipe, quando os sorteados não trabalhava mais na unidade, foram substituídos pelo profissional que então ocupava o cargo. Entretanto, quando o profissional sorteado estava de férias, atestado ou se recusava, era realizado um novo sorteio.

5.3 Instrumento

Como instrumentos para coletar os dados dessa pesquisa foram utilizados um questionário biodemográfico e a Escala de Avaliação da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A utilização do questionário biodemográfico objetivou caracterizar a amostra, traçando o perfil biodemográfico dos participantes. As variáveis biodemográficas presentes

no questionário incluíam: sexo, idade, estado civil, escolaridade, tempo de atuação na profissão, na rede pública de saúde e na ESF; vínculo empregatício; carga de horário de trabalho; número de atendimentos diário; existência de outros trabalhos paralelos.

A Escala de Avaliação da ESF pelos profissionais, baseada em Melo (2007) e Oliveira (2008^B), aqui criada e validada, objetivou verificar as crenças dos profissionais sobre diversos aspectos da ESF. Após validade, a escala possui 24 itens e quatro pontos de resposta (nunca, raramente, freqüentemente e sempre). Investiga os seguintes fatores: 1) Recursos materiais ($\alpha=0,86$), com 10 itens; 2) Eficiência no atendimento ($\alpha=0,80$), com 8 itens; 3) Infra-estrutura física ($\alpha=0,73$), com 6 itens; que serão descritos detalhadamente no capítulo dos resultados (Olhar escala no apêndice D).

Faz-se consideração ainda que, embora seja do interesse do presente estudo apenas os instrumentos descritos, foram utilizados ainda duas escalas adicionais (Escala de Caracterização do Burnout e Escala de Clima Organizacional) para posteriores avaliações.

5.4 Procedimento

Foi efetuado um levantamento junto a Secretaria Municipal de Saúde para obter informações sobre a quantidade de EqSF implantadas em João Pessoa, bem como a lista com o nome de todos os profissionais, com dados atualizados em julho de 2008. Foi ainda solicitada a autorização deste estudo, além da colaboração para viabilizar o acesso as EqSF em funcionamento no município. Então, foram também contactados os diretores de todos os distritos sanitários da cidade, que assinaram uma declaração autorizando a realização da presente pesquisa.

Uma vez admitida a pesquisa pelas equipes de saúde do município, foram realizadas visitas de observação, nos meses de janeiro e fevereiro de 2009, para conhecer a localização, a estrutura e o funcionamento das 101 USF's nas quais estavam distribuídos os participantes sorteados. Um único pesquisador apresentou-se às recepcionistas de cada unidade e aos profissionais sorteados, quando estes estavam presentes. Foram entregues, em cada unidade, as cópias das autorizações assinadas pela Secretaria Municipal de Saúde e pelos diretores dos Distritos Sanitários, tendo cautela em esclarecer que, embora autorizado por estes, tratava-se de um estudo vinculado unicamente à UFPB, que tinham liberdade de recusar-se em participar e que lhes era garantido o anonimato de sua identidade e do sigilo dos dados. Os profissionais ficavam com o instrumento e, após respondido, lacrava-o e entregava-o à recepcionista, que nos repassava o material na data marcada. Destaca-se ainda que eram colocados celulares à disposição dos participantes, com autorização de chamada a cobrar, para eventuais dúvidas sobre o procedimento ou sobre o conteúdo do instrumento.

5.5 Análise de dados

A análise de dados aconteceu em seis etapas: Na primeira, foram realizadas análises exploratórias, objetivando limpar o banco de dados, e identificar possíveis erros de digitação. Em seguida, foi realizada uma análise fatorial da Escala de Avaliação da Estratégia Saúde da Família (ESF) para verificar a adequação dos itens aos fatores. Na terceira etapa foram utilizadas estatísticas descritivas (frequência, porcentagem, média, desvio padrão) nos dados biodemográficos para fornecer informações acerca da amostra. Em sequência, foram realizadas médias e desvios padrões dos itens da escala, para verificar a pontuação dos fatores. Foram obtidas ainda as frequências e porcentagens de cada item

dos fatores. Por fim, foram realizadas comparações entre os profissionais por escolaridade (nível médio e técnico x superior), através do teste *T de Student* e qui-quadrado, e por categoria profissional, através da ANOVA.

5.6 Aspectos éticos

Considerando-se os aspectos éticos referentes a pesquisas envolvendo seres humanos, o presente estudo foi submetido à avaliação pela Comissão de Ética do CCS/UFPB e aprovado, protocolo nº 0298. No momento de aplicação dos instrumentos, os participantes da pesquisa foram informados previamente a respeito dos objetivos e procedimentos da pesquisa, assim como do seu anonimato e da confidencialidade de suas respostas. Esclareceu-se que o estudo possui autorização, por escrito, da Secretaria Municipal de Saúde e dos coordenadores dos 5 Distritos Sanitários, tratando-se, entretanto, de um estudo independente destes, vinculado apenas à UFPB. Foi solicitado aos participantes que lessem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cujo modelo foi elaborado de acordo com a “Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” (Brasil: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 1996). Este documento explicitou a solicitação aos profissionais para participação no estudo, por via escrita, informando ainda, que este consentimento garantiria ao entrevistado o direito de interromper sua colaboração na pesquisa a qualquer momento, caso julgasse necessário, sem que isso implicasse em constrangimento ou prejuízo de qualquer ordem.

VI. RESULTADOS

Este capítulo aborda os resultados encontrados no presente estudo. Estão colocados na sequência dos objetivos anteriormente citados. Desta forma, apresentaremos: 1) Construção de uma medida psicométrica para avaliação da ESF; 2) As qualidades psicométricas da Escala de Avaliação da Estratégia Saúde da Família por seus profissionais; 3) O perfil biodemográfico dos participantes; 4) As crenças sobre os recursos materiais na Unidade de Saúde da Família (USF); 5) As crenças sobre a eficiência no atendimento na ESF; 6) As crenças sobre a infra-estrutura da USF; 7) Comparação das avaliações dos profissionais da EqSF em função do nível de escolaridade (nível médio, técnico e superior); 8) Comparação das avaliações dos profissionais da EqSF em função da categoria profissional.

6.1 Construção de uma medida psicométrica para avaliar a ESF a partir das crenças de seus profissionais

No decorrer deste trabalho, apresentou-se o papel crucial da avaliação de estratégias e programas no acompanhamento e aprimoramento de suas ações, desde a sua elaboração, passando por sua implantação, processo e resultados. Um *feedback* que é de interesse não apenas dos seus gestores, mas de todos os sujeitos sociais envolvidos nesse processo: formuladores, gestores, profissionais e usuários.

Para que essas informações sistemáticas possam ser utilizadas no aprimoramento das ações governamentais, é necessário ter um olhar cuidadoso na seleção dos atributos (variáveis) que constituirão o foco de análise a fim de verificar se as ações estratégicas estão sendo processadas satisfatoriamente. É neste ponto que a mensuração torna-se crucial para a otimização da avaliação de uma estratégia ou programa, pois caso os atributos

selecionados não sejam mensurados corretamente, corre-se o risco de avaliá-los erroneamente.

Desta forma, a escolha metodológica, em especial do instrumento a ser utilizado é uma decisão importante e que deve ser criteriosa, sendo esta a preocupação *sine qua non* de um avaliador. Já que interpretações e conclusões de uma avaliação na qual o atributo não seja precisamente mensurado pode levar a resultados (julgamentos) imprecisos.

Seguindo a busca pelo rigor científico e metodológico, foi elaborado uma Escala de Avaliação da Estratégia Saúde da Família, objetivando mensurar as crenças que os profissionais da Equipe de Saúde da Família tem sobre a ESF, com o intuito de compreender as condições e os fatores que influenciam o desempenho efetivo do trabalho destas equipes na ESF, possibilitando o êxito ou o fracasso da estratégia. Logo, o desenvolvimento de um instrumento válido e preciso, para este contexto específico, é de fundamental importância para a avaliação da ESF.

Para tanto, buscou-se seguir o modelo de construção de instrumento baseado nos três pólos (teórico, empírico/ experimental e analítico) elaborados por Pasqualli (1999). No pólo teórico enfocou-se a teoria acerca do construto para o qual queria-se desenvolver um instrumento e fundamentá-lo para construção dos itens. No pólo empírico ou experimental foram definidas as etapas e técnicas de avaliação do instrumento piloto para se ter um instrumento com boa qualidade psicométrica. Por fim, no pólo analítico estabeleceu-se os procedimentos de análises estatísticas dos dados na verificação da validade e a precisão do instrumento.

Como o objeto de estudo (crenças dos profissionais acerca da ESF) não pode ser medido diretamente, pois se trata de algo muito amplo, buscou-se seus atributos (ou propriedades) para sua medição. Isso posto, conforme mostra a Figura 1, os atributos selecionados pela literatura foram: 1) Condições de atendimento (infra-estrutura física, equipamentos e instrumentos, insumos, vacinas e remédios); 2) Sistema de Referência e Contra-referência; 3) Acessibilidade ao atendimento; 4) Trabalho em equipe interdisciplinar; 5) Compreensão da equipe em relação ao trabalho na USF; 6) Capacitação profissional (Ver definição operacional no apêndice B).

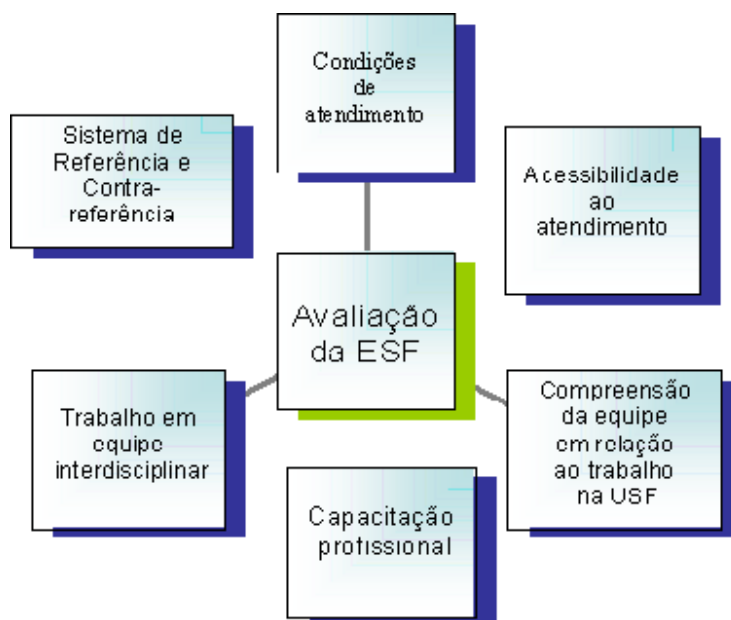


Figura 1. Modelo teórico original da Escala de Avaliação da ESF pelos seus profissionais.

Dessa forma, seguindo os critérios citados acima, foram construídos 6 fatores, um para cada critério, tendo como base os instrumentos de Melo (2007) e Oliveira (2008^B), num total de 38 itens.

O questionário foi aplicado a uma banca composta por três juízes (júri de *experts*), psicólogos sociais, com experiência em avaliação de programas, buscando identificar os problemas no instrumento, sendo que todos os componentes da banca sabiam a origem dos itens e a sua intenção. Então, foi realizada a validação semântica dos itens com 6 profissionais de ESF (1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem, 1 dentista, 1 ACD e 1 ACS) para adequação dos itens à compreensão dos diferentes profissionais. Assim, o instrumento a ser utilizado na aplicação da escala foi concluído com 34 itens (ver distribuição detalhada das categorias, sub-categorias, definição operacional e distribuição de itens nos apêndices B e C).

Observando a adequação conceitual foram realizadas análises estatísticas que, entretanto, não confirmaram o modelo original, pois 1 categoria (Condições de atendimento) foi redistribuída em 2 categorias (Recursos materiais e infra-estrutura); 4 categorias (Sistema de Referência e Contra-referência, Capacitação profissional, Acessibilidade no atendimento e Trabalho em equipe interdisciplinar) mesclaram-se formando 1 categoria (Eficiência no atendimento); e 1 categoria foi eliminada (Compreensão da equipe em relação ao trabalho na USF). E o número de itens foi reduzido a 24. Por fim, o modelo teórico final da escala, que será explicado em detalhes no tópico seguinte, juntamente com a validade fatorial do instrumento, é composto por três categorias como mostra a Figura 2.



Figura 2. Modelo teórico final da Escala de Avaliação da ESF pelos seus profissionais.

6.2 Qualidades psicométricas da escala

Ao início das análises, considerou-se a adequação de se efetuar uma análise fatorial com o conjunto de 34 itens desta medida, o que foi plenamente corroborado pelo $KMO = 0,808$ e pelo Teste de Esfericidade de Bartlett, $\chi^2 = 3811,328$, $p < 0,001$, sendo estes dados considerados relativamente bons, de acordo com o manual do SPSS de Pereira (1999) e Foster, Barkus e Yavorsky (2006).

A análise dos 337 sujeitos atendeu também o critério de Tabachnick e Fidell (1989) sobre o número mínimo de repostas registradas para análise fatorial: de no mínimo 5 vezes. Tínhamos uma proporção de 9,91 indivíduos por item.

Foi, então, empregada a análise fatorial, com o intuito de organizar o banco de dados e aglomerar os itens para formar os fatores e identificar quais itens eram válidos, e quais deveriam ser descartados. Com os dados apresentados dos Componentes Principais (*Principal Components - PC*), verificou-se a fatorialidade da matriz. Examinou-se a matriz de correlação entre os itens e verificou-se que, exceto pelo item 20, a maioria dos itens

apresentavam coeficientes maiores que 0,40, ou seja, fazem parte do conjunto de itens a serem pesquisados, representando-se de forma adequada o construto, sem *outliers*.

Foi então realizada a análise do Eixo Principal da Fatorial (*Principal Axis Factoring* – *PAF*), rotação Varimax, para maximizar as altas correlações e minimizar as baixas, onde foram encontrados dez fatores com *eigenvalues* superiores a 1, que explicavam 47,012 % da variância total do construto estudado.

A análise da PAF foi escolhida por três motivos: 1) Proporcionou melhor resultado; 2) Trata-se de uma análise mais robusta; 3) Na PAF, diferentemente da PC, as “comunalidades” são substituídas por estimativas e não por valores reais de 1,0. Isso contribui para simplificar a questão, porque, assim, ao usar-se as “comunalidades” estimadas, analisa-se apenas a variância compartilhada, sendo esta aconselhada para análises confirmatórias (Dancey & Reidy, 2006; Foster, Barkus & Yavorsky, 2006).

Considerando as orientações de Dancey e Reidy (2006), realizou-se as análises fatoriais com todos os números de fatores possíveis. Assim, verificou-se que a melhor adequação dos fatores estava apresentada na PAF de 3 fatores, que aglomerava melhor os itens, como mostra o gráfico de sedimentação - *scree plot* (Ver Figura 3). Dar-se ênfase também que seus fatores possuem *eigenvalues* com valores altos e bastante diferenciados entre si (6,691; 3,419; 2,016), enquanto os dos fatores excluídos eram similares, e próximos a 1. Optou-se ainda por manter os itens com carga fatorial acima de 0,40 e que não fossem equivalentes entre os fatores.

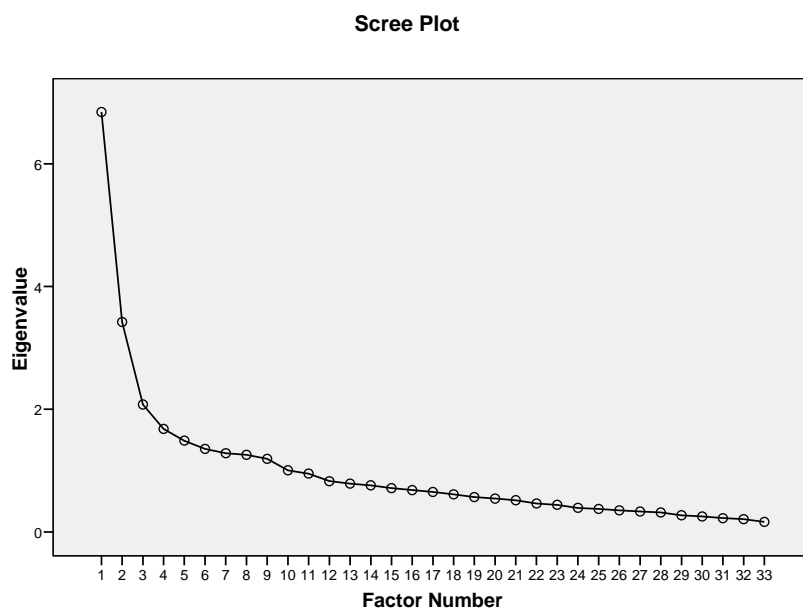


FIGURA 3- Scree Plot da Escala de Avaliação da ESF

Desta forma, os três fatores explicaram conjuntamente 30,0 % da variância total do construto estudado, ficando o instrumento final com 24 itens. Os resultados destas análises com os itens que compõem o instrumento final e suas cargas fatoriais podem ser observados na Tabela 5.

Tabela 5. Análise Fatorial Exploratória com método dos *Principal Axis Factoring – PAF*

ITENS	COMPONENTES		
	I	II	III
24.1 Faltam luvas	,742		
24.2 Faltam gases	,498		
24.3 Faltam máscaras	,751		
24.4 Falta amálgama para o dentista	,634		
24.5 Faltam seringas descartáveis	,645		
24.6 Faltam vacinas	,652		
24.7 Falta anestesia	,583		
24.8 Faltam remédios	,526		
24.9 Faltam camisinhas	,596		
24.10 Faltam anticoncepcionais	,560		
6 A central de marcação para o encaminhamento dos pacientes é eficiente.		,419	
8 Fui capacitado(a) pela Secretaria de Saúde para o trabalho que realizo no PSF.		,583	
10 A equipe do PSF se reúne para discutir os casos dos pacientes.		,531	
11 Os profissionais contratados para atuar no PSF são treinados para trabalhar com a comunidade.		,642	
12 Existem vagas suficientes para o encaminhamento dos pacientes para médicos especialistas e exames.		,588	
14 A contra-referência (retorno ao PSF dos pacientes que foram encaminhados para atendimentos em níveis de saúde mais complexos) é satisfatória.		,583	
17 A Secretaria de Saúde oferece cursos de capacitação para os profissionais do PSF.		,479	
19 A referência para atendimentos em níveis de saúde mais complexos é satisfatória.		,499	
1. Neste seu local de trabalho, os atendimentos são feitos em salas adequadas.			,461
3 Os equipamentos (cadeira do dentista, balança) da USF (PSF) estão em boas condições de uso.			,563
4 Os instrumentos (estetoscópio, prancheta, termômetro) da USF (PSF) existem em quantidade suficiente.			,615
5 As condições do prédio da USF (PSF) em que trabalho são adequadas.			,509
7 Os equipamentos (cadeira do dentista, balança) da USF (PSF) existem em quantidade suficiente.			,601
13 Os instrumentos (estetoscópio, prancheta, termômetro) que eu utilizo na USF (PSF) estão em boas condições de uso.			,465

A decisão sobre o número de fatores a serem extraídos, que cabe ao pesquisador, se fundamentou, portanto, tanto em critérios estatísticos, quanto teóricos. Assim, ainda seguindo os ensinamentos de Dancy e Reidy (2006), a escolha por três fatores também se fundamentou na teoria, seguindo uma definição constitutiva previamente estabelecida para leitura dos fatores. Assim sendo, a decisão por três fatores surgiu a partir da coerência entre os itens (conteúdo semântico) que compuseram cada fator e as definições constitutivas aplicadas aos fatores. Descreve-se a seguir a interpretação de cada fator.

O fator I, denominado de **Recursos materiais**, reuniu 10 itens, com saturação mínima de 0,50 (“Faltam gases”) e máxima de 0,75 (“Faltam máscaras”). Este fator apresentou *eigenvalue* de 6,69, que explica 12,70% da variância, com índice de consistência interna (alfa de Cronbach) de 0,86. 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; vacinas para o trabalho de imunização; e remédios e contraceptivos para distribuir aos usuários.

O fator II, nomeado de **Eficiência no atendimento**, concentrou 8 itens, com saturação entre 0,42 (“A central de marcação para o encaminhamento dos pacientes é eficiente”) e 0,64 (“Os profissionais contratados para atuar no PSF são treinados para trabalhar com a comunidade”). Seu *eigenvalue* foi igual a 3,42, explicando 11,84 % da variância total da escala, com índice de consistência interna (alfa de Cronbach) de 0,80.

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. Este divide-se em dois sub-fatores. O sub-fator

denominado **Sistema de referência e contra-referência**, com 4 itens, abrange os encaminhamentos para outros níveis de complexidade. Seus itens tratam da qualidade da integração da USF com o restante dos serviços municipais de saúde que deve garantir a continuação do atendimento da comunidade, referenciando os pacientes do nível mais básico para os níveis mais especializados de atenção à saúde. O sub-fator chamado de **Capacitação profissional**, com 4 itens, engloba um elemento que dá suporte e orienta as ações dos profissionais da ESF, se constituindo como a base do programa, pois alicerça seus ideais e potencializa suas ações. Neste sentido, os itens deste fator refletem as crenças dos profissionais da ESF sobre a existência e frequência das capacitações profissionais e treinamentos oferecidos pelos gestores municipais de saúde aos profissionais da ESF, antes de começarem a trabalhar na ESF e durante o exercício de sua profissão.

O fator III, intitulado de **Infra-estrutura física**, reuniu 6 itens, com saturação mínima de 0,46 (“Neste seu local de trabalho, os atendimentos são feitos em salas adequadas.”) e máxima de 0,62 (“Os instrumentos (estetoscópio, prancheta, termômetro) da USF (PSF) existem em quantidade suficiente”). Este fator apresentou *eigenvalue* de 2,02, que explica 9,41% da variância, com índice de consistência interna (alfa de Cronbach) de 0,73.

O fator é composto por itens que refletem o estado das Unidades de Saúde da Família (USF) no que se refere aos aspectos de infra-estrutura física, instalações e à 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.

Os resultados apresentados acima apontaram boa consistência interna dos fatores, e consistência interna (α) geral de 0,86, o que indica uma boa homogeneidade e consistência dos itens, situando-se dentro do critério estabelecido para escalas contendo mais de 10 itens, tal como sugerido pelo manual do SPSS de Pereira (1999).

6.3 O perfil biodemográfico dos participantes

As variáveis descritivas utilizadas na caracterização do perfil dos profissionais foram: sexo, idade, estado civil, pertença de filhos (possuir ou não filhos), escolaridade (ensino médio, técnico ou superior), tempo de atuação na profissão, tempo de atuação na rede pública, tempo de atuação na USF em que trabalha atualmente, carga horária de trabalho, trabalhos paralelos (se possui ou não outro trabalho), vínculo empregatício (concursado ou serviço prestado), remuneração e número de famílias sob responsabilidade da sua EqSF.

Conforme dados apresentados na Tabela 6, pode-se verificar que a maioria dos profissionais entrevistados são mulheres (82,2%). Estes possuem idade média de 37,46 anos (DP=10,82), e em sua maioria são casados (58,5%) e possuem filhos (64,4%).

Tabela 6. Caracterização dos profissionais da Equipe de Saúde da Família segundo sexo, idade, estado civil e possuir filhos (N=337)

Variáveis	NÍVEIS	<i>f</i>	Percentual (%)
Sexo	Feminino	277	82,2
	Masculino	60	17,8
Estado Civil	Casado	197	58,5
	Solteiro	110	32,6
	Separado	30	8,9
Possui filhos	Possui	217	64,4
	Não possui	120	35,6

Ao analisar mais detalhadamente as idades dos profissionais, pode-se comparar as categorias profissionais. Desta forma, verificou-se que os médicos são a categoria com maior desvio padrão nas médias de idade (M= 45,46; DP= 15,28); e os ACSs são os que possuem a menor média de idade (M=33,59; DP= 8,54); diferenciando-se estatisticamente, a partir de dados apresentados pela Anova - *Scheffe*, dos médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e dentistas [F(5,33)=14,15; <0,05] (Ver Tabela 7).

Tabela 7. Média de idade dos profissionais da Equipe de Saúde da Família segundo categoria profissional (N=337)

Dados estatísticos	Médico	Enfermeira	Auxiliar de enfermagem	Dentista	ACD	ACS
Média	45,46	40,93	41,92	43,80	38,76	33,59
Mediana	45,46	42,00	41,96	46,00	39,00	31,00
DP	15,28	9,73	9,67	10,88	10,40	8,54

Quanto ao tempo de atuação, os dados apresentaram que os profissionais das EqSF atuam na sua profissão, em média, há 10,02 anos (DP=9,30). Essa média anual é próxima ao tempo em que trabalham na rede pública (M=9,27; DP= 8,38). Verificando-se ainda que estes profissionais atuam, em média, há apenas 3,9 anos (DP=2,60) na USF em que atualmente trabalham.

Observa-se ainda que os ACSs e ACDs são os que possuem menor tempo de atuação na carreira, diferenciando-se dos demais, segundo dados da Anova - *Scheffe* [F(5,33)=34,08; p<0,05]. Foram também os ACSs e ACDs que apresentaram o menor tempo de atuação na rede pública [F(2,33)=21,23; p<0,05]. Quando diz respeito à atuação na USF, entretanto, os médicos são os profissionais que possuem menor tempo de atuação

(M= 2,25; DP= 2,20); e os ACSs são os que apresentam maior tempo (M= 4,17; DP= 4,27); [F(5,33)=3,19; p<0,05], conforme dados apresentados na Tabela 8.

Tabela 8. Média do tempo de atuação na carreira, na rede pública e na USF dos profissionais da Equipe de Saúde da Família segundo categoria profissional (N=337)

Variáveis	Dados estatísticos	Médico	Enfermeira	Auxiliar de enfermagem	Dentista	ACD	ACS
Tempo de atuação na profissão	Média	18,25	15,33	14,56	19,30	8,44	5,81
	Mediana	19,12	14,50	12,00	20,00	5,00	5,00
	DP	14,47	7,87	10,31	9,77	7,18	4,12
Tempo de atuação na rede pública	Média	15,26	13,55	11,78	16,70	2,22	5,83
	Mediana	13,16	12,00	10,00	17,00	2,00	5,00
	DP	13,11	8,22	9,33	9,13	1,52	3,96
Tempo de atuação na USF	Média	2,25	4,46	3,87	4,13	4,01	4,17
	Mediana	1,37	5,00	4,50	4,00	4,50	5,00
	DP	2,20	2,23	1,97	2,71	2,04	4,27

No que se refere às características de contrato dos profissionais no trabalho em USF, verifica-se que todos os participantes (100%) afirmaram possuir uma carga horária de 40hs semanais, e que a maioria (60,5%) afirma ser concursado. Observa-se ainda que os médicos e enfermeiros são os profissionais que possuem maior número de prestadores de serviço, não concursados, 80% em ambas categorias. E que os ACSs são os que possuem maior número de concursados, 71,9%; [$X^2(2)=181,75$; p<0,05] (Ver Tabela 9).

Tabela 9. Tipo de vínculo empregatício dos profissionais da Equipe de Saúde da Família segundo categoria profissional (N=337)

Variáveis	Dados estatísticos	Médico	Enfermeira	Auxiliar de enfermagem	Dentista	ACD	ACS
Concursado	<i>F</i>	6	6	19	13	11	13
	%	20	20	63,3	41,9	35,5	71,9
Serviço prestado	<i>F</i>	24	24	11	18	20	52
	%	80	80	36,7	58,1	64,5	28,1

Quanto à demanda de atendimentos, os profissionais das EqSFs afirmaram que, em média, as Unidades de Saúde da Família atendem 946,49 famílias (DP=200,00). Destacando que as respostas passam por um mínimo de 400 famílias, e um máximo de 1600 famílias. E que, dos 337 participantes da pesquisa, 99 afirmaram que sua USF atende um número superior a 1000 famílias; limite máximo preconizado pelas diretrizes da estratégia.

Em relação ao número de atendimentos por dia, observa-se que a média de atendimentos entre os profissionais é 23,84 (DP=13,91), havendo diferenças estatisticamente significativas entre eles, [F(2,33)=15,66; p<0,05]. Destacando que, dentre os profissionais, o auxiliar de enfermagem é o que possui maior número de atendimentos (M=38,69; DP=12,27). O dentista é o que possui menor número de atendimentos (M=15,68; DP=3,40). Os auxiliares de enfermagem atendem uma demanda maior que os enfermeiros. E os ACDs atendem demanda maior que os dentistas. A Tabela 10, abaixo, especifica as médias de atendimento de cada categoria profissional.

Tabela 10. Média de atendimentos diário dos profissionais da Equipe de Saúde da Família segundo categoria profissional (N=337)

Dados estatísticos	Médico	Enfermeira	Auxiliar de enfermagem	Dentista	ACD	ACS
Média	31,56	27,07	38,69	15,68	18,10	21,98
Mediana	32,00	26,03	39,36	16,00	18,00	23,05
DP	5,66	11,56	12,27	3,40	7,48	14,99

Os dados mostram ainda que 13,1% dos profissionais da EqSF possuem outro trabalho, paralelo a USF. Destacando-se em maior número os profissionais de nível superior, em especial o dentista, conforme apresenta a Tabela 11.

Tabela 11. Distribuição dos profissionais da ESF que possuem, ou não, outro trabalho segundo categoria profissional (N=337)

Variáveis	Dados estatísticos	Médico	Enfermeira	Auxiliar de enfermagem	Dentista	ACD	ACS
Possui outro trabalho	<i>F</i>	7	6	5	12	5	9
	%	23,3	20	16,7	38,7	16,1	4,9
Não possui outro trabalho	<i>F</i>	23	24	25	19	26	176
	%	76,7	80	83,3	61,3	83,9	95,1

No que se refere à remuneração mensal dos profissionais, os dados mostram que a média salarial é 1236,51 (DP= 1267,00), havendo diferença estatisticamente significativa entre eles, [F(2,33)=771,53; p< 0,05]. Valores estes que variam de 400 reais a 7000 reais. Contemplando ainda que as análises do *sheffe* mostram que, na comparação de cada categoria profissional, a única que não apresentou diferença significativa foi ACS-ACD. (Ver Tabela 12).

Tabela 12. Média da remuneração mensal dos profissionais da Equipe de Saúde da Família segundo categoria profissional (N=337)

Variáveis	Dados estatísticos	Médico	Enfermeira	Auxiliar de enfermagem	Dentista	ACD	ACS
Tempo de atuação na profissão	Média	4304,43	2444,26	800,06	2514,29	683,45	481,03
	Mediana	4000,00	2472,00	800,00	2514,00	683,00	470,00
	DP	981,32	500,74	80,78	353,77	127,72	128,88

6.4 Análise descritiva dos fatores da escala: avaliação da ESF por seus profissionais

Serão apresentados nesta seção os resultados encontrados em cada um dos fatores anteriormente descritos: 1) Recursos materiais; 2) Eficiência no atendimento; 3) Infra-estrutura física. Serão colocadas as médias de pontuação dos profissionais, que variaram de 1 a 4 na Escala de Avaliação da ESF (1=Nunca; 2=Raramente; 3=Freqüentemente; 4=Sempre). E para melhor visualização, também serão oferecido essas médias em escala de 0 a 100. Desta forma, serão consideradas 4 faixas de avaliação, distribuídas no quartil da escala de 100 pontos: Péssimo (notas entre 0 a 25), Ruim (notas entre 25 a 50), Bom (notas entre 50 e 75) e Excelente (notas entre 75 e 100).

Serão descritas a seguir as avaliações de cada fator segundo as crenças das equipes de saúde da família, utilizando as médias das notas nas escalas de 4 pontos e de 100 pontos. Será ainda contemplado, em especial, a porcentagem cumulativa das freqüências das avaliações negativas (“nunca” e “raramente”) e positivas (“freqüentemente” e “sempre”) de cada item dos fatores, pois estas nos permitem a obtenção de dados mais detalhados. Além disso, serão apresentadas comparações das avaliações de cada fator pelo nível de escolaridade dos profissionais (nível superior x nível técnico e médio), utilizando o teste *T de Student* e o qui-quadrado, e por categoria profissional, utilizando Anova.

6.4.1 Recursos materiais (Fator 1)

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 nota geral de disponibilidade dos recursos materiais, através das crenças de seus profissionais, média 2,96 (DP= 0,52) na escala de 4 pontos, equivalente a 74,15 (DP=12,89) na escala de 100 pontos, admitindo, assim, uma “avaliação boa”, conforme mostra a Figura 4. E na análise das porcentagens das frequências dos pontos de resposta do fator, obteve-se uma avaliação positiva em 76,68% dos participantes da pesquisa (ver Figura 5).

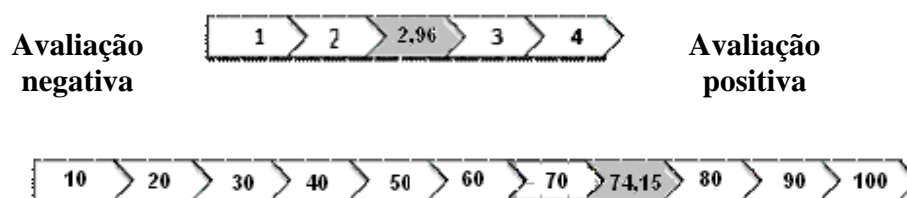


Figura 4. Avaliação do fator “Recursos materiais” pela média da nota atribuída pelos profissionais

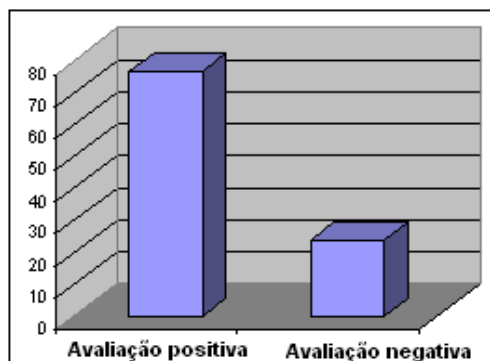


Figura 5. Avaliação do fator “Recursos materiais” pela porcentagem das frequências de avaliações positivas e negativas.

Ao lançar um olhar mais cuidadoso sobre os resultados obtidos, analisou-se as frequências de respostas de cada item do fator. Pode-se desta forma identificar a disponibilidade de cada recurso material analisado e verificar os dados que encontram-se por trás do índice de 76,68% de avaliações positivas. Verificou-se que, embora pareçam números pequenos, os percentuais cumulativos dos pontos “nunca disponível” e “raramente disponível”, avaliação negativa, apresentam dados preocupantes, se for levado em consideração que 23,32% dos profissionais de diferentes USFs da cidade afirmam que os recursos materiais “nunca” ou “raramente” estão disponíveis. E que, mais especificamente, 36,8% dos entrevistados afirmaram que nunca ou raramente possuem gases; e que 59,8% dos profissionais afirmaram que nunca ou raramente possuem remédios disponíveis para a comunidade (ver Tabela 13).

Tabela 13. Distribuição da porcentagem de respostas dos profissionais da EqSF sobre a disponibilidade dos recursos materiais que compõem o fator 1.

Recursos materiais	Percentual (%)					
	Nunca disponível	Raramente disponível	% acumulado	Freqüentemente disponível	Sempre disponível	% acumulado
Luvas	3,6	13,1	16,7	50,7	32,3	83,3
Gazes	9,2	27,6	36,8	47,8	15,4	63,2
Máscaras	4,2	10,7	15,0	50,4	33,8	85,0
Amálgama para o dentista	2,5	9,1	11,6	45,6	42,8	88,4
Seringas descartáveis	3,3	13,4	16,7	45,6	37,7	83,3
Vacinas	3,0	11,7	14,7	69,1	16,2	85,3
Anestesia	4,5	7,7	12,2	52,3	35,5	87,8
Remédios	8,7	51,1	59,8	39,0	1,2	40,2
Camisinhas	4,5	21,6	26,0	56,3	17,7	74,0
Anticoncepcionais	5,1	18,6	23,7	65,8	10,5	76,3
MÉDIA	4,86	18,46	23,32	52,26	24,31	76,68
PORCENTUAL						

Ao comparar-se as pontuações desse fator por escolaridade dos profissionais, através da pontuação das médias da escala de 1 a 4, verificou-se que os profissionais de nível superior ($M=3,07$; $DP=0,47$) e os profissionais de nível técnico e médio ($M=2,93$; $DP=0,53$) não apresentam diferenças significativas em suas avaliações deste fator ($t=2,18$; $p>0,05$). Isto indica que, entre os profissionais da ESF, o nível de escolaridade não influencia na avaliação geral do fator referente à disponibilidade de recursos materiais dentro das Unidades de Saúde da Família. Ao realizar-se, entretanto, as comparações do fator pelas porcentagens cumulativas das freqüências das avaliações positivas e negativas dos dois blocos de profissionais por nível de escolaridade, observou-se que os profissionais de nível médio e técnico apresentam maior freqüência de avaliação negativamente ($f=60,59$; 24,63%) do que os profissionais de nível superior ($f=17,95$; 19,73%), apresentando diferença estatisticamente significativa ($\chi^2= 71,98$; 1 grau de liberdade e 0,05 de nível de significância) (ver Tabela 14).

Tabela 14. Comparação das médias e frequências do fator 1 entre os profissionais de nível superior x médio e técnico

		Escolaridade		Teste estatístico de comparação entre os grupos	Conclusão
		Nível médio e técnico	Nível superior		
	Pontuação da média do fator	2,93 (DP=0,53)	3,07; (DP=0,47)	$T=2,18; p>0,05$	Não há diferença estatisticamente significativa
Frequência/ Porcentagem	Avaliação positiva	185,41 (75,37%)	73,05 (80,27)	$\chi^2=71,98;$ $p<0,05$	Há diferença estatisticamente significativa
	Avaliação Negativa	60,59 (24,63%)	17,95 (19,73%)		

Ao contemplar-se ainda nessa comparação cada recurso material que compõe o fator, verifica-se que em quase todos os itens (exceto máscaras) há uma maior porcentagem cumulativa dos pontos negativos entre os profissionais de nível médio e técnico em relação aos profissionais de nível superior (conforme apresenta Tabela 15). E, embora a média do fator não tenha apresentado diferenças, ao comparar-se a média da pontuação de cada item, verificou-se que as médias de três itens apresentam uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos profissionais: gases, camisinhas e anticoncepcinais (ver Tabela 16).

Tabela 15. Distribuição da porcentagem de respostas negativas dos profissionais da EqSF sobre a disponibilidade dos recursos materiais que compõem o fator 1 segundo critério de escolaridade

Recursos materiais	Porcentagem cumulativa (%) dos pontos “nunca disponível” e “raramente disponível”	
	Nível médio e técnico	Nível superior
Luvas	17,5	14,4
Gases	39,0	30,8
Máscaras	14,8	15,6
Amálgama para o dentista	12,6	8,6
Seringas descartáveis	18,7	11,4
Vacinas	17,1	8,0
Anestesia	12,7	10,8
Remédios	62,1	53,3
Camisinhas	27,5	22,2
Anticoncepcionais	24,3	22,2
MÉDIA	24,63	19,73
PORCENTUAL		

Tabela 16. Distribuição das notas médias atribuídas pelos profissionais da EqSF sobre a disponibilidade dos recursos materiais que compõem o fator 1 segundo critério de escolaridade

Recursos materiais	Média da escala de 1 a 4 (DP)		Teste T
	Nível médio e técnico	Nível superior	
Luvas	3,08 (0,77)	3,23 (0,75)	($t=1,62$; $p>0,05$)
Gases	2,63 (0,86)	2,85 (0,77)	($t=2,29$; $p<0,05$)
Máscaras	3,11 (0,78)	3,24 (0,74)	($t=1,36$; $p>0,05$)
Amálgama para o dentista	3,25 (0,74)	3,41 (0,69)	($t=1,67$; $p>0,05$)
Seringas descartáveis	3,15 (0,81)	3,26 (0,72)	($t=1,19$; $p>0,05$)
Vacinas	3,00 (0,64)	3,08 (0,61)	($t=1,64$; $p>0,05$)
Anestesia	3,16 (0,76)	3,26 (0,76)	($t=0,90$; $p>0,05$)
Remédios	2,29 (0,67)	3,42 (0,58)	($t=1,63$; $p>0,05$)
Camisinhas	2,84 (0,78)	2,94 (0,66)	($t=1,17$; $p<0,05$)
Anticoncepcionais	2,81 (0,72)	2,84 (0,56)	($t=0,51$; $p<0,05$)

Através destes dados verificou-se que, embora a pontuação média do fator não apresente diferenças estatísticas entre os dois grupos de profissionais, a média de 3 itens do fator (gases, camisinha e anticoncepcional) são piores, estatisticamente falando, entre os profissionais de nível médio e técnico que os de nível superior. Verificando-se também que a porcentagem de profissionais de nível médio e técnico que avaliaram negativamente os recursos matérias é estatisticamente maior que a dos profissionais de nível superior. Observando-se ainda essas diferenças quando realizadas comparações entre as frequências de cada material que compõe o fator 1, onde 9 dos 10 itens obtiveram mais avaliações negativas entre os profissionais de nível médio e técnico.

Por fim, foram realizadas comparações das médias do 1º fator entre os 6 grupos profissionais, observando-se que há diferença estatisticamente significativa $F(5,33)=2,878$; $P < 0,05$). Enfatizando que os ACSs ($M=2,88$; $DP=0,54$) foram os profissionais que apresentaram menor pontuação, provavelmente porque são a estes profissionais que mais são solicitados os recursos (camisinha, anticoncepcional e remédios) pela população (ver Tabela 17).

Tabela 17. Distribuição das notas médias atribuídas pelos profissionais da EqSF para fator 1 segundo categoria profissional

	Categoria profissional					
	Médico	Enfermeira	Auxiliar de enfermagem	Dentista	ACD	ACS
Pontuação da média do fator ANOVA	3,06 (DP=0,48)	3,17 (DP=0,45)	3,03 (DP=0,47)	2,97 (DP=0,48)	3,12 (DP=0,457)	2,88 (DP=0,54)
	[F(5,33)=2,88; P < 0,05] Há diferença estatisticamente significativa.					
Análise das diferenças das médias apresentados pelo <i>Scheffe</i>						
Categorias que apresentam diferença	Diferença média					

ACS ≠ enfermeira	0,289
ACS ≠ ACD	0,239

6.4.2 Eficiência no atendimento (Fator 2)

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 sub-fatores: **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 de saúde aos profissionais da ESF, antes de começarem a trabalhar na ESF e durante o exercício de sua profissão.

Obteve-se como pontuação geral da eficiência do atendimento, através das crenças de seus profissionais, média 2,50 (DP= 0,55) na escala de 4 pontos, equivalente a 62,56 (DP=13,86) na escala de 100 pontos, uma “avaliação boa”, conforme mostra a Figura 6 abaixo. Já nas análises das porcentagens das frequências de respostas positivas e negativas do fator, verificou-se que 53,4% dos profissionais avaliaram negativamente a eficiência no atendimento (ver Figura 7).

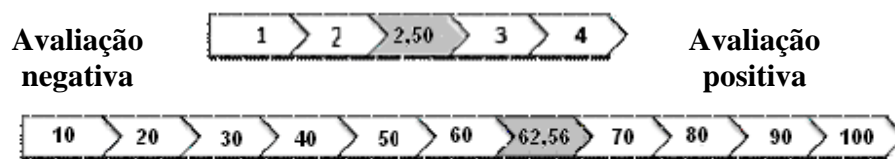


Figura 6. Avaliação do fator “Eficiência no atendimento” pela média da nota atribuída pelos profissionais.



Figura 7. Avaliação do fator “Eficiência no atendimento” pela porcentagem das frequências de avaliações positivas e negativas.

Na análise dos subfatores, verificou-se que a média atribuída ao **Sistema de referência e contra-referência** foi de 2,26 (DP= 0,61) na escala de 4 pontos, equivalente a 56,54 (DP=15,18) na escala de 100 pontos, possuindo assim uma “avaliação boa”. E a **Capacitação profissional** obteve média 2,74 (DP= 0,65) na escala de 4 pontos, equivalente a 68,58 (DP=16,31) na escala de 100 pontos, possuindo também uma “avaliação boa” na média do fator.

Ao analisar mais detalhadamente o sub-fator **Sistema de referência e contra-referência**, averiguou-se que 63,55% dos entrevistados atribuíram pontuações negativas aos itens. Dados preocupantes quando se verifica que 51,6% dos profissionais afirmaram que a central de marcação nunca ou raramente é eficiente; 68,5% afirmaram não há vagas suficientes para os outros níveis; 73% acreditam que há falhas na contra-referência; e

61,1% afirmam que a referência para níveis de saúde mais complexo não é satisfatório (ver Tabela 18).

Tabela 18. Distribuição da porcentagem de respostas dos profissionais da EqSF sobre o Sistema de referência e Contra-referência

Itens do Sub-fator Sistema de referência e contra-referência	Percentual (%)					% acumulado
	Nunca	Raramente	% acumulado	Frequentemente	Sempre	
A central de marcação para o encaminhamento dos pacientes é eficiente.	15,7	35,9	51,6	36,8	11,0	48,4
Existem vagas suficientes para o encaminhamento dos pacientes para médicos especialistas e exames.	13,6	54,9	68,5	27,6	3,6	31,5
A contra-referência (retorno ao PSF dos pacientes que foram encaminhados para atendimentos em níveis de saúde mais complexos) é satisfatória.	27,6	45,4	73,0	17,5	9,5	27,0
A referência para atendimentos em níveis de saúde mais complexos é satisfatória.	13,9	47,2	61,1	33,5	5,3	38,9
MÉDIA PORCENTUAL	17,7	45,85	63,55	28,85	29,4	36,45

Ao analisar mais detalhadamente o sub-fator **Capacitação profissional**, constatou-se que há uma quantidade considerável de entrevistados que lhe atribuíram avaliações negativas (“nunca” ou “raramente”), 42,92%. Desta forma, torna-se inquietante examinar que 32,6% dos profissionais afirmaram que “nunca” ou “raramente” são capacitados; 26,1% afirmaram não há reuniões da equipe para discutir os casos dos pacientes; 51,9% dos profissionais afirmam que “nunca” ou “raramente” os profissionais contratados são treinados para o trabalho com a comunidade; e que 61,1% afirmam que a Secretaria de Saúde não oferece cursos de capacitação para os profissionais (ver Tabela 19).

Tabela 19. Distribuição da porcentagem de respostas dos profissionais da EqSF sobre a Capacitação profissional

Itens do Sub-fator Capacitação profissional	Percentual (%)					
	Nunca	Raramente	% acumulado	Frequentemente	Sempre	% acumulado
Fui capacitado(a) pela Secretaria de Saúde para o trabalho que realizo no PSF.	6,8	25,8	32,6	34,7	32,7	67,4
A equipe do PSF se reúne para discutir os casos dos pacientes.	5,6	20,5	26,1	33,8	40,1	73,9
Os profissionais contratados para atuar no PSF são treinados para trabalhar com a comunidade.	12,8	39,2	51,9	28,8	19,3	48,1
A Secretaria de Saúde oferece cursos de capacitação para os profissionais do PSF.	8,3	52,8	61,1	25,8	13,1	38,9
MÉDIA PORCENTUAL	8,37	34,58	42,92	30,78	26,3	57,08

Foram comparados ainda os escores atribuídos na escala de 1 a 4 para eficiência do atendimento entre os profissionais de nível superior ($M=2,44$; $DP=0,48$) e os profissionais de nível médio e técnico ($M=2,53$; $DP=0,58$) verificando-se que entre eles não há diferença significativa ($t= -1,39$; $p>0,05$), indicando que, entre os profissionais da ESF, o nível de escolaridade não influencia na avaliação geral do fator eficiência no atendimento na Estratégia Saúde da Família. Ao realizar-se, entretanto, as comparações do fator pelas porcentagens das frequências cumulativas das avaliações positivas e negativas dos dois blocos de profissionais por nível de escolaridade, observou-se que os profissionais de nível médio e técnico apresentam maior frequência de avaliação negativa ($f=131,07$; $53,28\%$) do que os profissionais de nível superior ($f=58,89$; $54,82\%$), apresentando diferença estatisticamente significativa ($\chi^2= 45,20$; 1 grau de liberdade e 0,05 de nível de significância) (ver Tabela 20).

Tabela 20. Comparação das médias e frequências do fator 2 entre os profissionais de nível superior x médio e técnico

		Escolaridade		Teste estatístico de comparação entre os grupos	Conclusão
		Nível médio e técnico	Nível superior		
Pontuação da Média do fator		2,53 (DP=0,58)	2,44 (DP=0,48)	$t = -1,39$; $p > 0,05$	Não há diferença estatisticamente significativa
Frequência/ Porcentagem	Avaliação positiva	114,93 (46,72%)	41,11 (45,18)	$\chi^2 = 45,20$; $p < 0,05$	Há diferença estatisticamente significativa
	Avaliação Negativa	131,07 (53,28%)	58,89 (54,82%)		

Ao contemplar-se ainda nessa comparação cada item que compõe os dois sub-fatores, também verificou-se que os profissionais do nível médio e técnico possuem maior porcentagem na frequência de resposta negativas no sub-fator “**Sistema de referência e contra-referência**” que os profissionais de nível superior. E que o sub-fator **Capacitação profissional**, novamente apresenta maior porcentagem de avaliações negativas entre os profissionais de nível superior (conforme apresenta Tabela 21).

Tabela 21. Distribuição da porcentagem de respostas negativas dos profissionais da EqSF sobre os itens que compõem o fator 2, distribuídos nos seus sub-fatores segundo critério de escolaridade

Fator 2 Eficiência no atendimento	Nunca disponível e Raramente disponível (Porcentagem %)	
	Nível médio e técnico	Nível superior
Sistema de referência e contra-referência		
A central de marcação para o encaminhamento dos pacientes é eficiente.	53,7	46,2
Existem vagas suficientes para o encaminhamento dos pacientes para	77,8	62,6

médicos especialistas e exames.		
A contra-referência (retorno ao PSF dos pacientes que foram encaminhados para atendimentos em níveis de saúde mais complexos) é satisfatória.	69,9	81,3
A referência para atendimentos em níveis de saúde mais complexos é satisfatória.	60,2	51,6
Média porcentual do sub-fator	65,40	60,43
Capacitação profissional		
Fui capacitado(a) pela Secretaria de Saúde para o trabalho que realizo no PSF.	29,3	41,8
A equipe do PSF se reúne para discutir os casos dos pacientes.	21,5	38,5
Os profissionais contratados para atuar no PSF são treinados para trabalhar com a comunidade.	49,2	59,3
A Secretaria de Saúde oferece cursos de capacitação para os profissionais do PSF.	64,6	57,2
Média porcentual do sub-fator	41,15	49,20
MÉDIA PORCENTUAL DO FATOR	53,28	54,82

Assim como a comparação item a item pela frequência das porcentagens de respostas, a comparação através da média da pontuação também apresentou estatisticamente diferenças, conforme mostra a Tabela 22.

Tabela 22. Distribuição das notas médias atribuídas pelos profissionais da EqSF sobre os itens que compõem o fator 2, distribuídos nos seus sub-fatores segundo critério de escolaridade

Fator 2	Média da escala de 1 a 4 (DP		Teste T
Eficiência no atendimento	Nível médio e técnico	Nível superior	
Sistema de referência e contra-referência			
A central de marcação para o encaminhamento dos pacientes é eficiente.	2,37 (DP=0,92)	2,62 (DP=0,79)	(<i>t</i> =2,26; <i>p</i> <,05)
Existem vagas suficientes para o encaminhamento dos pacientes para médicos especialistas e exames.	2,15 (DP=0,73)	2,37 (DP=0,64)	(<i>t</i> =2,72; <i>p</i> >0,05)
A contra-referência (retorno ao PSF dos pacientes que foram encaminhados para atendimentos em níveis de saúde mais complexos) é satisfatória.	2,17 (DP=0,95)	1,85 (DP=0,74)	(<i>t</i> =-2,90; <i>p</i> <,05)
A referência para atendimentos em níveis de saúde mais complexos é satisfatória.	2,30 (DP=0,81)	2,34 (DP=0,67)	(<i>t</i> =-0,52; <i>p</i> >0,05)
Capacitação profissional			
Fui capacitado(a) pela Secretaria de Saúde para o trabalho que realizo no PSF.	3,01 (DP=0,89)	2,65 (DP=0,92)	(<i>t</i> =-3,25; <i>p</i> >0,05)
A equipe do PSF se reúne para discutir os casos dos pacientes.	3,20 (DP=0,90)	2,76 (DP=0,83)	(<i>t</i> =-4,19; <i>p</i> >0,05)
Os profissionais contratados para atuar no PSF são treinados para trabalhar com a comunidade.	2,60 (DP=0,97)	2,40 (DP=0,84)	(<i>t</i> =-1,78; <i>p</i> <,05)
A Secretaria de Saúde oferece cursos de capacitação para os profissionais do PSF.	2,40 (DP=0,84)	2,53 (DP=0,75)	(<i>t</i> =1,34; <i>p</i> >0,05)

Por fim, foram realizadas comparações das médias do fator e dos sub-fatores entre os 6 grupos profissionais. Nas médias do fator geral não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as categorias profissionais $F(5,33=1,838; P > 0,05)$. No sub-fator “Sistema de referência”, houve diferença significativa entre as categorias

profissionais [F(5,33)=2,273; P < 0,05]; onde os ACSs apresentaram a menor média (M=2,18; DP=0,64), provavelmente porque não são esses profissionais encarregados pelo encaminhamento. Já no sub-fator Capacitação Profissional, a menor média ficou a cargo dos médicos (M=2,49; DP=0,67) e dentistas (M=2,50; DP=0,49), constando nas análises diferenças estatisticamente significativas entre os profissionais F(5,33)=2,600; P < 0,05) (ver Tabela 23).

Tabela 23. Distribuição das notas médias atribuídas pelos profissionais da EqSF para o fator 2 e seus sub-fatores segundo categoria profissional

Análise das diferenças de médias do Fator 2 “Eficiência no atendimento”						
Pontuação da média do fator “Eficiência no atendimento” ANOVA	Médico	Enfermeira	Categoria profissional			
			Auxiliar de enfermagem	Dentista	ACD	ACS
	2,39	2,55	2,54	2,39	2,75	2,49
	(DP=0,50)	(DP=0,47)	(DP=0,61)	(DP=0,46)	(DP=0,52)	(DP=0,58)
	[F(5,33)=1,84; P > 0,05] Não há diferença estatisticamente significativa.					
Análise das diferenças de médias do Sub-fator “Sistema de referência”						
Pontuação da média do sub-fator “Sistema de referência” ANOVA	Médico	Enfermeira	Categoria profissional			
			Auxiliar de enfermagem	Dentista	ACD	ACS
	2,28	2,33	2,35	2,28	2,55	2,18
	(DP=0,44)	(DP=0,49)	(DP=0,62)	(DP=0,61)	(DP=0,58)	(DP=0,64)
	[F(5,33)=2,27; P < 0,05] Há diferença estatisticamente significativa.					
Análise das diferenças das médias apresentados pelo <i>Scheffe</i>						
Categorias que apresentam diferença	Diferença média					
ACS ≠ ACD	0,366					

Análise das diferenças de médias do Sub-fator “Capacitação profissional”

Pontuação da média do sub-fator “Capacitação profissional” ANOVA	Categoria profissional					
	Médico	Enfermeira	Auxiliar de enfermagem	Dentista	ACD	ACS
	2,49 (DP=0,67)	2,76 (DP=0,62)	2,73 (DP=0,74)	2,50 (DP=0,49)	2,94 (DP=0,62)	2,80 (DP=0,65)
	[F(5,33)=2,60; P < 0,05] Há diferença estatisticamente significativa.					

Análise das diferenças das médias apresentados pelo *Scheffe*

Categorias que apresentam diferença	Diferença média
Médico ≠ ACD	0,452
Médico ≠ ACS	0,299
Dentista ≠ ACD	0,444
Dentista ≠ ACS	0,291

6.4.3 Infra-estrutura física (Fator 3)

Este fator é composto por itens que refletem o estado das Unidades de Saúde da Família (USF) no que se refere aos aspectos de infra-estrutura 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.

Obteve-se como nota geral da infra-estrutura da Unidade de Saúde da Família, através das crenças de seus profissionais, média 3,00 (DP= 0,62) na escala de 4 pontos, equivalente a 74,96 (DP=15,50) na escala de 100 pontos, possuindo, assim, uma “avaliação excelente”, conforme mostra a Figura 8. E nas análise das porcentagens cumulativas das

frequências de respostas, verificou-se uma aprovação da infra-estrutura por 71,17% dos profissionais da equipe de saúde da família (ver Figura 9).

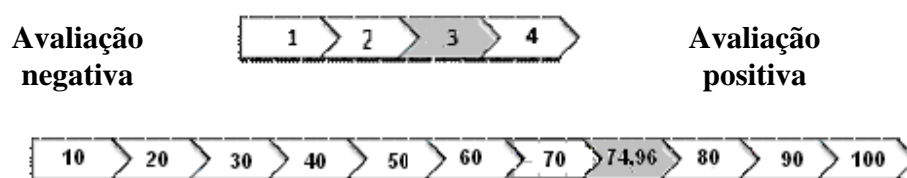


Figura 8. Avaliação do fator “Infra-estrutura” pela média da nota atribuída pelos profissionais

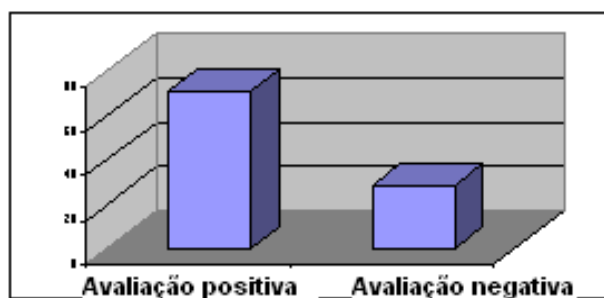


Figura 9. Avaliação do fator “Infra-estrutura” pela porcentagem das frequências de avaliações positivas e negativas.

Apurou-se ainda as porcentagens das frequências de respostas positivas e negativas de cada item do fator 3. Constatou-se, de forma geral, que a avaliação foi positiva, corroborando com a média do fator, uma vez que 71,17% dos profissionais responderam positivamente aos itens do fator. Dar-se ênfase ainda que, embora a cidade tenha criado novas unidades unificadas, com excelente estrutura, acarretando avaliações positivas, ainda existem diversas unidades precárias, sem a mínima infra-estrutura. Os dados da presente pesquisa mostram, portanto, que ainda há 28,83% de reprovações. Assim, 47,2% dos entrevistados afirmaram que “nunca” ou “raramente” os instrumentos existem em quantidade suficiente; 37,4% dos profissionais afirmam que as condições do prédio não são

boas; e 25,2% responderam que “nunca” ou “raramente” os atendimentos são feitos em salas adequadas (ver Tabela 24).

Tabela 24. Distribuição da porcentagem de respostas dos profissionais da EqSF sobre os itens que compõem o fator 3.

Itens do Fator 3: Infra-estrutura física	Percentual (%)					
	Nunca disponível	Raramente disponível	% acumulado	Freqüentemente disponível	Sempre disponível	% acumulado
Neste seu local de trabalho, os atendimentos são feitos em salas adequadas.	11,6	13,6	25,2	27,9	46,9	74,8
Os equipamentos (cadeira do dentista, balança) da USF (PSF) estão em boas condições de uso	0,9	13,4	14,2	40,4	45,4	85,8
Os instrumentos (estetoscópio, prancheta, termômetro) da USF (PSF) existem em quantidade suficiente.	16,9	30,3	47,2	30,6	22,3	52,8
As condições do prédio da USF (PSF) em que trabalho são adequadas.	18,4	19,0	37,4	21,1	41,5	62,6
Os equipamentos (cadeira do dentista, balança) da USF (PSF) existem em quantidade suficiente.	6,8	14,8	21,7	32,9	45,4	78,3
Os instrumentos (estetoscópio, prancheta, termômetro) que eu utilizo na USF (PSF) estão em boas condições de uso.	2,7	24,6	27,3	43,9	28,8	72,7
TOTAL	9,55	19,28	28,83	32,8	38,37	71,17

Ao comparar a avaliação feita no fator **Infra-estrutura física**, verificou-se que a média dos escores na escala de 1 a 4 entre os profissionais de nível superior foi de 3,13 (DP=0,63), pontuação superior a média atribuída pelos profissionais de nível médio e técnico (M=2,95; DP=0,61), evidenciando que entre eles não há diferença significativa ($t=2,40$; $p>0,05$). Desta forma, o nível de escolaridade não influencia na avaliação geral

que os profissionais da ESF fazem acerca da infra-estrutura das Unidades de Saúde da Família. Ao realizar-se, entretanto, as comparações do fator pelas porcentagens cumulativas das avaliações positivas e negativas dos dois blocos de profissionais por nível de escolaridade, observou-se que os profissionais de nível médio e técnico apresentam maior frequência de avaliação negativa ($f=77,37$; 31,45%) do que os profissionais de nível superior ($f=24,52$; 21,63%), apresentando diferença estatisticamente significativa ($\chi^2=58,14$; 1 grau de liberdade e 0,05 de nível de significância) (ver Tabela 25).

Tabela 25 Comparação das médias e frequências do fator 3 entre os profissionais de nível superior x médio e técnico

		Escolaridade		Teste estatístico de comparação entre os grupos	Conclusão
		Nível médio e técnico	Nível superior		
Frequência/ Porcentagem	Pontuação da média do fator	2,93 (DP=0,53)	3,07 (DP=0,47)	$t=2,18$; $p>0,05$	Não há diferença estatisticamente
	Avaliação positiva	168,63 (68,55%)	66,48 (78,37)	$\chi^2=58,14$; $p<0,05$	Há diferença estatisticamente
	Avaliação Negativa	77,37 (31,45%)	24,52 (21,63%)		

Ao contemplar-se, todavia, nessa comparação cada item que compõe o fator, verifica-se que em todos os itens há uma maior porcentagem cumulativa dos pontos negativos entre os profissionais de nível médio e técnico que os profissionais de nível superior, conforme apresenta Tabela 26. E ao comparar a média da pontuação de cada item, constatou-se que um item apresenta diferença estatisticamente significativa (ver Tabela 27).

Tabela 26. Distribuição da porcentagem de respostas negativas dos profissionais da EqSF sobre os itens que compõem o fator 3, segundo critério de escolaridade

Fator 3 Infra-estrutura física	Nunca disponível e Raramente disponível (Porcentagem %)	
	Nível médio e técnico	Nível superior
Neste seu local de trabalho, os atendimentos são feitos em salas adequadas.	27,3	18,7
Os equipamentos (cadeira do dentista, balança) da USF (PSF) estão em boas condições de uso	16,3	8,8
Os instrumentos (estetoscópio, prancheta, termômetro) da USF (PSF) existem em quantidade suficiente.	50,4	38,5
As condições do prédio da USF (PSF) em que trabalho são adequadas.	38,2	35,2
Os equipamentos (cadeira do dentista, balança) da USF (PSF) existem em quantidade suficiente.	26,8	7,7
Os instrumentos (estetoscópio, prancheta, termômetro) que eu utilizo na USF (PSF) estão em boas condições de uso.	29,7	20,9
MÉDIA PORCENTUAL DO FATOR	31,45	21,63

Tabela 27. Distribuição das notas médias atribuídas pelos profissionais da EqSF para cada item que compõem o fator 3 segundo critério de escolaridade

Recursos materiais	Média da escala de 1 a 4 (DP)		Teste T
	Nível médio e técnico	Nível superior	
Neste seu local de trabalho, os atendimentos são feitos em salas adequadas.	3,20 (1,04)	3,07 (1,03)	($t=1,05$; $p>0,05$)
Os equipamentos (cadeira do dentista, balança) da USF (PSF) estão em boas condições de uso	2,35 (0,67)	3,28 (0,75)	($t=0,86$; $p>0,05$)
Os instrumentos (estetoscópio, prancheta, termômetro) da USF	2,79 (0,96)	2,50 (1,02)	($t=2,45$; $p>0,05$)

(PSF) existem em quantidade suficiente.			
As condições do prédio da USF (PSF) em que trabalho são adequadas.	2,96 (1,13)	2,82 (1,16)	($t=0,97$; $p>0,05$)
Os equipamentos (cadeira do dentista, balança) da USF (PSF) existem em quantidade suficiente.	3,45 (0,70)	3,07 (0,97)	$t=3,47$; $p<0,05$
Os instrumentos (estetoscópio, prancheta, termômetro) que eu utilizo na USF (PSF) estão em boas condições de uso.	3,04 (0,77)	2,97 (0,81)	($t=0,81$; $p>0,05$)

Por fim, foram realizadas comparações das médias do fator 3 entre os 6 grupos profissionais, observando-se que há diferença estatisticamente significativa [$F(5,33)=4,171$; $P < 0,05$], onde os dentistas foram os profissionais que apresentaram maior média ($M=3,33$; $DP=0,52$), provavelmente porque estes são os profissionais menos afetados pela falta de instrumentos de trabalho (ver Tabela 28).

Tabela 28. Distribuição das notas médias atribuídas pelos profissionais da EqSF para o fator 3 segundo categoria profissional

	Categoria profissional					
	Médico	Enfermeira	Auxiliar de enfermagem	Dentista	ACD	ACS
Pontuação da média do fator ANOVA	3,00 (DP=0,59)	3,05 (DP=0,72)	2,96 (DP=0,75)	3,33 (DP=0,52)	2,26 (DP=0,66)	2,90 (DP=0,57)
	[F(5,33)=4,171; P < 0,05] Há diferença estatisticamente significativa					
Análise das diferenças das médias apresentados pelo <i>Scheffe</i>						
Categorias que apresentam diferença	Diferença média					
Dentista ≠ ACS	0,289					

VII. DISCUSSÃO

A presente pesquisa buscou avaliar a Estratégia Saúde da Família (ESF) em João Pessoa, Paraíba, a partir das crenças dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (EqSF), com o intuito de compreender as condições e os fatores que influenciam o desempenho efetivo do trabalho destas equipes na estratégia, possibilitando o êxito ou o fracasso deste novo modelo de atenção à saúde.

Sabe-se, pois, que, no acelerado ritmo de globalização e inovação, as decisões e ações governamentais saem do controle da população, e às vezes, as políticas públicas, que deveriam ser de todos, tornam-se “desconhecidas” (Nogueira, 1999). Nesse contexto, cresce a necessidade de dar-se importância aos debates nas questões implicadas na gestão social, apreendida por meio de diferentes ângulos de análise (Degenszajn, 2006). Além disso, à medida que as exigências das experiências anteriores crescem, a avaliação de políticas e estratégias sociais assume grande relevância para as funções de planejamento e gestão governamentais. Grupos de pesquisadores, concorrentes políticos, economistas e mídia exigem, cada vez mais, prestação de contas, não apenas financeiras, mas também dos resultados de suas ações. A população, cada vez mais auto-consciente de sua posição de pagante, e de “sujeitos de direitos”, reclama, no cotidiano de funcionamento, a resolutividade das ações governamentais. Esta marcação cerrada “exige” a avaliação contínua da eficácia, eficiência e efetividade das políticas públicas.

Neste cenário, a presente pesquisa de avaliação da Estratégia Saúde da Família, em complementação à pesquisa de avaliação anteriormente realizada com usuários (Melo, 2007), surge como ferramenta de feedback para que gestores, profissionais e usuários possam conhecer a realidade da estratégia em João Pessoa. Ferramenta fundamental, que pode auxiliar nas decisões dos gestores no tocante à implementação, ao processo e aos

resultados alcançados pelos seus serviços (Belloni et al., 2003; Oliveira, 2006; Silva & Formigli, 1994; Tanaka & Melo, 2000; Tripodi, Fellin & Epstein, 1975).

Para tanto, procurou-se identificar as crenças dos profissionais da EqSF a respeito da ESF. Crenças adquiridas no contato direto com o objeto de crença, a partir das experiências anteriores, e do cotidiano de trabalho dentro das USF's. Portanto, os itens do instrumento utilizado não basearam-se no conhecimento dos profissionais sobre aspectos teóricos da ESF, ou em idiossincrasias, nem na constatação direta de seu comportamento. Averiguou-se, sim, através dos itens da Escala de Avaliação da Estratégia Saúde da Família, a percepção comportamental que os profissionais possuem sobre a realidade de funcionamento da estratégia. Deste modo, a apreensão dessas crenças possibilitou a compreensão da realidade das condições de prestações de serviços de saúde para a comunidade, sob a óptica da Equipe de Saúde da Família, permitindo-nos, assim, identificar os aspectos cruciais que conduzem a atuação desses profissionais dentro da ESF.

Não há interesse, contudo, em encontrar culpados, ou apontar “mal-feitores”. Sabe-se que a maioria das pesquisas de avaliação da ESF foca as queixas e reclamações dos usuários e que, geralmente, os profissionais são culpabilizados pela baixa qualidade dos serviços ou pela demora no atendimento. Reconhece-se, aqui, entretanto, que estes sujeitos implementadores da ESF são apenas a ponta do *iceberg* de problemas e dificuldades que, muitas vezes, iniciam-se desde a formulação, ou que “fogem do controle” desses profissionais. Por esse motivo, optou-se por “dar voz” a estes sujeitos, que são, de fato, os reais conhecedores do cotidiano de atenção à saúde dentro das Unidades de Saúde da Família. São os profissionais da EqSF, independente da categorial profissional em que estão inseridos, que conhecem as limitações/ potenciais das condições de trabalho na ESF,

desde à capacitação profissional, perpassando pela infra-estrutura, até à demanda de atendimentos.

Pesquisas essas que devem ser incessantes dentro do meio acadêmico, pois uma política pública necessita de avaliações contínuas, em diversos momentos de seu funcionamento, e por diversos instrumentos e estratégias de pesquisa. Por esse motivo, propõe-se neste capítulo realizar um diálogo entre os resultados descritos no capítulo anterior e os achados de diversas pesquisas de avaliação do PSF/ ESF anteriormente explorados na revisão bibliográfica; tendo como orientação a sequência de hipóteses do presente estudo, onde muitas foram confirmadas, embora haja surpresas.

Inicialmente, buscou-se reconhecer quem são os profissionais que atuam nas Equipe de Saúde da Família, caracterizando-os. Ao descrever o perfil dos participantes do estudo, verificou-se que os ACSs (M=5,81; DP=4,12) e ACDs (M=8,44; DP=7,18) são os que apresentam menor tempo de atuação na profissão, corroborando com a primeira hipótese. Esse dado pode ser explicado pelo fato da Saúde da Família ser, certamente, o lugar prioritário de trabalho para esses profissionais, que, geralmente, fazem seus cursos tendo como foco de trabalho as USFs (Nascimento, 2005; Scavassa, Bachilli & Spiri 2004). Já os profissionais de medicina são os que apresentam maior desvio padrão na média do tempo de profissão (M=18,25; DP=14,47) , podendo-se inferir, por essa dispersão, que nessa categoria existem profissionais em início e fim de carreira, confirmando a hipótese 2. Dado esse já colocado pela literatura, que mostra que, para a categoria médica, o trabalho em PSF, geralmente é visto como uma “bolsa de financiamento” para profissionais recém-formados, que buscam a residência; ou como uma renda complementar para profissionais

aposentados ou em fim de carreira (Campos & Malik, 2008; Melo, 2007; Oliveira, 2006; Rigobello, 2006).

Verificou-se também que, embora 60,5% dos profissionais das EqSF sejam concursados, essa não é a realidade entre os médicos e enfermeiras, pois 80% dos profissionais de ambas as categorias não são concursados; confirmando a hipótese 3. Essa fragilidade dos vínculos empregatícios contribui para a não permanência desses profissionais na ESF. A elevada rotatividade e a dificuldade na contratação de profissionais na Paraíba, em especial dos médicos, têm sido detectada desde pesquisas iniciais sobre o PSF, realizadas pelo Tribunal de Contas da União (Brasil, 1998). Trata-se, entretanto, de um problema que transcende a João Pessoa; sendo encontrado em diversos estados brasileiros (Brasil, 2004^C; Costa, 2000^A; 2000^B, Rigobello, 2006; Souza, 2000).

Observou-se também que, diferentemente do esperado, esses sujeitos não apresentam sobrecarga de horários de trabalho, sendo respeitada as colocações do Ministério da Saúde, de 40hs semanais (Brasil, 2001^B; Brasil, 2004^C; Brasil, 2006^B). Sendo, portanto, negada a hipótese 4. Verificou-se, em contrapartida, que a sobrecarga de trabalho faz-se na demanda de atendimentos, confirmando a hipótese 5 e a literatura (Costa, 2000^A; Costa, 2000^B; Brasil, 2004^C; Capozzolo, 2003; Oliveira, 2006; Trad et al., 2002). Identificou-se que 29,38% dos participantes afirmaram ser responsável por mais de mil famílias. Dado esse que se distancia das colocações estabelecidas pela regulamentação da ESF, que afirma que cada EqSF deve trabalhar com um território de abrangência definido e ser responsável por 600 a 1.000 famílias (Brasil, 2001^B; Brasil, 2004^C; Brasil, 2006^B).

Esses dados confirmam a idéia de que uma equipe mínima nas Unidades de Saúde da Família não supre a necessidade da demanda da população assistida, pois sabe-se que as USFs destinam-se, preferencialmente, às famílias que ficam à margem dos serviços de saúde, onde a demanda espontânea é muito alta (Senna, 2002; Trad et al., 2002). Esta precariedade de serviços de atenção básica faz com que as pessoas utilizem a ESF como um posto de saúde, já que ele se constitui como única referência de atenção à saúde que a população possui na comunidade. Logo, os profissionais da equipe mínima, além de não conseguirem assistir a grande quantidade de atendimentos clínicos requeridos pela população, impelindo as pessoas a madrugarem nas filas a espera de fichas, comprometem ainda suas outras atividades de promoção e prevenção.

A partir desses dados, pôde-se detectar os dois grandes entraves iniciais no setor de recursos humanos da ESF: a fragilidade de vínculo empregatício e a alta demanda de usuários sob a responsabilidade da EqSF. Acredita-se que esses sejam os problemas primários da ESF como porta de entrada do SUS, pois essas são as grandes causadoras da rotatividade dos profissionais nas Unidades de Saúde da Família. Fato também destacado na realidade de João Pessoa, onde verificou-se que a estabilidade dos profissionais nas USFs é de, em média, 3,9 anos (DP=2,60).

A não permanência desses profissionais na ESF também conduz a outra problemática: a ausência de vínculo entre a EqSF e comunidade. Como consequência da alta rotatividade, os profissionais que atuam dentro das USFs, muitas vezes, não são capacitados para trabalho em Saúde da Família, como será visto a seguir, e portanto, não são treinados para o trabalho direto com a comunidade, não adequando-se a esse modelo de atenção à saúde voltado para o trabalho de promoção, prevenção e educação em saúde. O

atendimento humanizado, que deve ter como base o acolhimento e a construção de vínculo entre profissionais e usuários, fica, portanto, comprometido. Afetando, conseqüentemente, a eficácia das ações de saúde e a participação do usuário durante a prestação do serviço, pois a aproximação das equipes de saúde com a comunidade é de fundamental importância para a congruência das ações de intervenção com a necessidade da demanda, otimizando seus resultados (Oliveira, 2006; Ribeiro et al., 2004; Souza, 2000).

Junto à problemática da fragilidade dos vínculos empregatícios, da sobrecarga de trabalho, das baixas remunerações e da rotatividade de trabalho, surge uma outra consequência na realidade cotidiana dos profissionais que atuam na ESF: os trabalhos paralelos, que vêm como forma de complementação de renda devido às baixas remunerações. Embora, na realidade de João Pessoa, essa prática não seja generalizada, constatada em apenas 13,1% dos profissionais (negando a hipótese 6); esses trabalhos são marcantes entre os médicos (23,3%), enfermeiras (20%) e dentistas (38,7%). Número esses que não correspondem, entretanto aos resultados de Rigobello (2006), que apontou que 65% dos médicos da Saúde da Família em Ribeirão Preto (SP) trabalham em outros locais. Esta diferença pode mostrar uma diversidade regional e sociocultural entre os profissionais ou a uma maior fiscalização do cumprimento das 40 horas semanais no nordeste.

Após compreendidos o perfil desses profissionais, buscou-se analisar a realidade das condições de trabalho na ESF em três fatores: recursos materiais (insumos, vacinas e medicação), eficiência no atendimento (sistema de referência/ contra-referência e capacitação profissional) e infra-estrutura física da USFs.

Na análise geral do primeiro fator, a hipótese 7 foi confirmada, evidenciando que, tal qual os resultados da avaliação do PSF em João Pessoa com os usuários na pesquisa de Melo (2007), a disponibilidade de recursos materiais foi aprovada por 76,68% dos profissionais. Verificando-se, portanto, que a ESF na capital paraibana avançou muito nesse aspecto, sob a ótica dos usuários e dos profissionais.

É importante contemplar, entretanto, que essa não é uma realidade nacional, e não são esses os dados encontrados nas diversas pesquisas sobre a Saúde da Família. Os dados de Costa (2000^A; 2000^B), Souza (2000) tem destacado as péssimas condições de trabalho das EqSF. A pesquisa censitária do Ministério da Saúde evidenciou dificuldades nacionais na infra-estrutura, desde a inexistência de equipamentos básicos (Brasil, 2004^C).

Ao buscar identificar a disponibilidade desses recursos individualmente, verificou-se que, embora haja uma avaliação positiva da maioria dos profissionais para os itens de insumos, disponibilidade de vacinas, preservativos e anticoncepcionais, confirmando as hipóteses 8, 9, 11 e 12 respectivamente, deve-se ressaltar que ainda é insatisfatória essa oferta de recursos. Pois, mesmo que em números minoritários, é inviável que dentro de uma estratégia de orientação da Atenção Básica, que têm a responsabilidade de ser a porta principal de acesso dos usuários do SUS, 19,36% dos profissionais afirmem que “nunca” ou “raramente” há insumos para a realização dos trabalhos; que 14,7% afirmem não haver vacinas; que 26% reclamem que “nunca” ou “raramente” há preservativos para distribuir; e que 23,7% queixem-se da quantidade de anticoncepcionais. Números esses que, mesmo sendo encontrado em uma minoria das USFs, camuflam dados que devem ser ressaltados e apreciados na busca de solucionar problemas que entravam o desempenho efetivo de

serviços de saúde de qualidade para os usuários da ESF. Verificando-se, portanto, que muito se avançou, mais ainda há lacunas na distribuição desses materiais.

Mais preocupante ainda são os dados encontrados sobre a disponibilidade de remédios; verificando-se que 59,8% dos profissionais afirmaram que estes “nunca” ou “raramente” estão disponíveis nas farmácias das USFs; corroborando com a hipótese 10, e com os dados encontrados nas avaliações da ESF em João Pessoa por Melo (2007) e Oliveira (2006). Saber que a maioria dos profissionais afirma a indisponibilidade de remédios a serem distribuídos para os usuários conduz a intrigantes questionamentos: Após atendidos nas USFs, como é feito o tratamento dos usuários, se não há medicação? Se a ESF é voltada, preferencialmente, àqueles que estão às margens dos serviços de saúde, como ocorre esse acesso, se o cuidado à saúde é interrompido ao adquirir a receita médica?

Após denúncias nacionais feitas pela mídia e pesquisas de avaliação realizada com os usuários, a presente pesquisa evidenciou que esta problemática também é real em João Pessoa, e que os seus profissionais reconhecem essa deficiência. Contempla-se, portanto, a necessidade de repensar as estratégias de distribuição de medicamentos nas farmácias das ESFs, em quantidade e qualidade. Revendo não apenas os valores investidos em medicamentos, mas também como esse dinheiro está sendo investido, e como estão chegando às USFs e, principalmente, aos usuários.

No que se refere ao segundo fator, a hipótese 13 foi confirmada, verificando-se que a eficiência do atendimento foi avaliada negativamente por 53,4% dos profissionais. Verificou-se, portanto, que as dificuldades da Atenção Básica, transcendem a ela, sendo evidenciada também nas dificuldades de ligação com o restante da rede do SUS, através

dos entraves nos encaminhamentos do sistema de referência e contra-referência, confirmando a hipótese 14, corroborando com os resultados de diversas pesquisas apreciadas na literatura (Conill, 2002; Melo, 2007; Nascimento e Nascimento, 2005; Oliveira, 2006; Senna, 2002; Souza e Carvalho, 2003; Viana, 2006).

A crença dos profissionais sobre a demora no encaminhamento dos usuários para os exames e médicos especialistas, e retorno daqueles para as USFs, demonstra a fragilidade do sistema de referência e contra-referência, que constitui a problemática da integração da ESF com o restante do sistema de saúde. Os profissionais da ESF reivindicam a melhoria desse sistema para outros graus de complexidade de saúde. Contudo, a desorganização da Central de Marcação de Consultas para a média e alta complexidade em João Pessoa é uma constante; fazendo com que o sistema de referência e contra-referência funcione de modo informal, valendo-se de contatos pessoais dos membros das equipes com profissionais ligados a setores de média e alta complexidade do município. Realidade relatada por Oliveira (2006), em João Pessoa, e por Trad et al. (2002), na Bahia.

Observou-se também que essa deficiência no atendimento inicia-se antes mesmo do trabalho efetivo dos profissionais nas USFs, na ausência das capacitações, que deveriam ser realizadas antes de sua entrada na ESF, e durante toda a sua atuação, conforme prega o “SUS teórico” (Brasil, 2001^B; Brasil 2004^C). Foi, portanto, confirmada a hipótese 15, uma vez que 42,92% dos participantes afirmaram que “nunca” ou “raramente” os profissionais da ESF, em João Pessoa, realizam cursos de capacitações.

Dado este freqüentemente denunciado por diversas pesquisas (Brasil, 2004^C; Gil, 2005; Rigobello, 2006) que afirmam que um dos maiores entraves para o desenvolvimento

de resultados eficazes no âmbito da Saúde da Família é a falta de capacitação e o perfil inadequado dos profissionais que atuam neste serviço.

Essas revelações são inquietantes e contradizem o “SUS teórico” do “SUS real”. O problema inicia-se pelo não respeito aos manuais da ESF, que pregam a necessidade dessas capacitações permanentes. Mas a problemática se torna ainda mais grave quando visualizada as conseqüências da ausência dessas capacitações. Se as estratégias e programas de saúde são elaborados, e seus agentes implementadores não são capacitados de acordo com as diretrizes do novo modelo de atenção à saúde, gera-se um distanciamento entre o proposto e o feito. Afinal, se os profissionais de saúde não dispõem de cursos de capacitação, como agir de acordo com as propostas e estratégias atuais? Se não passam por um processo contínuo de atualização e reciclagem, como oferecer serviços de qualidade aos cidadãos de necessidade e de direito?

Sabe-se que a formação dos profissionais de saúde ainda é fortemente arraigada em princípios condizentes com o paradigma flexneriano, somado à colocação da figura do médico como papel central no cenário da saúde. Profissionais que ainda atuam dentro de uma concepção que privilegia a abordagem individual, curativa e centrada no hospital (Oliveira, 2006).

O pequeno tempo de permanência dos profissionais na ESF e a ausência de vínculo empregatício geram, entretanto, uma dificuldade de manutenção de capacitações a todos os profissionais da estratégia; repercutindo no mal desempenho das ações, por dificultar a adesão e incorporação de novos valores e o exercício de novas práticas de saúde pelos profissionais (Brasil, 2004^C). Assim, a instabilidade do profissional inviabiliza o preparo

destes para o trabalho em saúde coletiva e sua atuação na Saúde da Família. E como consequência, encontram-se profissionais dentro das USFs atuando segundo modelos antigos de assistência à saúde, incompatíveis com os ideais propostos pelo SUS.

Na análise do último fator, as avaliações se comportaram de forma inesperada. A infra-estrutura das USFs foram avaliadas positivamente (71,17%) a partir das crenças dos profissionais, negando a hipótese 16, 17 e 18, e a literatura de avaliação da ESF. Contrariando até mesmo as pesquisas realizadas na cidade de João Pessoa por Melo (2007) e Oliveira (2006). Acredita-se, entretanto, que essa mudança na avaliação deva-se ao novo modelo de unidade que vem sendo implantada desde 2008 no município: as unidades unificadas. São prédios que seguem modelo padrão em sua construção, novos, e construídos especificamente para a ativação das USFs. Nelas trabalham 3 ou 4 equipes, com melhores condições de infra-estrutura física (prédio, equipamentos e instrumentos).

Ressalta-se, entretanto, que apesar desse novo modelo, ainda existem muitas unidades antigas, que funcionam em casas improvisadas, com condições de infra-estrutura física precárias: infiltrações, instalações elétricas, equipamentos quebrados, móveis enferrujados, e com espaço físico limitado. Ressaltando, e explicando, os 28,83% dos profissionais que avaliaram negativamente a infra-estrutura das USFs.

Ao serem realizadas comparações entre os profissionais, segundo o nível de escolaridade, observaram-se algumas surpresas: os profissionais do nível superior foram os que melhor avaliaram os recursos materiais, negando a hipótese 19; foram eles, entretanto, que deram a pior avaliação à eficiência no atendimento, confirmando a hipótese 20; e foram eles que melhor avaliaram a infra-estrutura das USF, negando a hipótese 21.

Devido à insatisfação dos profissionais de nível superior com a alta demanda de atendimentos, vínculo empregatício e baixa remuneração, quando comparado a outros serviços, esperava-se que estes formassem as categorias que pior avaliariam a ESF. Verificou-se, entretanto, que estes profissionais avaliaram as condições de trabalho (recursos materiais e infra-estrutura) de forma mais positiva que os profissionais de nível médio e técnico. Sendo mais críticos apenas no fator “eficiência do atendimento”.

Desta forma, a hipótese de que os médicos seriam os que possuíam mais crenças negativas sobre a ESF (hipóteses 22) e que, em contrapartida, os ACSs seriam os com melhores crenças (hipótese 23) foram refutadas.

Pelo contrário, verificou-se que os ACSs, dentre todas as categorias profissionais, foram os que avaliaram pior a disponibilidade de recursos materiais (1º fator) e o sistema de referência e contra-referência (1º sub-fator do 2º fator). Cabendo aos médicos as piores avaliações apenas à capacitação profissional (2º sub-fator do 2º fator). Salientando que a infra-estrutura física (fator 3) foi melhor avaliada pelos dentistas.

Através desses dados, pode-se inferir que as crenças negativas dos ACSs sobre a ESF, baseiam-se não apenas nas constatações feitas dentro das USFs, mas também pelas queixas dos seus usuários. São esses profissionais que possuem o maior elo de ligação com a comunidade. São eles que visitam os usuários, que escutam seus problemas de saúde, que informam sobre o funcionamento da ESF e que escutam as queixas desses sujeitos (Brasil, 2004^B). São eles, portanto, que apresentaram piores avaliações sobre os aspectos que são os mais criticados pela população: a falta de recursos materiais e o sistema de referência e contra-referência.

Já a capacitação profissional foi pior avaliada pelos médicos, provavelmente porque esta é a categoria menos beneficiada por essas formações, devido sua grande instabilidade/rotatividade na estratégia. Portanto, quando um médico é introduzido numa USF, em substituição a um profissional que foi para um emprego melhor, mudou de cidade, ou terminou a residência, ele já não é mais beneficiado pela capacitação que aquela equipe participou; e nem há interesse/recursos da prefeitura em fornecer esse preparo exclusivo para aquele profissional que já “supõe-se” que não ficará muito tempo. Os ACSs, em contrapartida, são os profissionais mais estáveis nas USFs e, obrigatoriamente, são capacitados em cursos preparatórios, antes de serem introduzidos na ESF, sendo, portanto, os mais beneficiados por esses cursos.

Por fim, nas análises da infra-estrutura física, houve uma significativa diferença na avaliação dos dentistas. Esses possuem crenças mais positivas sobre o prédio, equipamentos e instrumentos das USFs. A partir desses resultados, pode-se inferir que a infra-estrutura do consultório do dentista é melhor do que o do médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem.

VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil não possui a cultura desenvolvida de avaliação sobre a qualidade dos serviços públicos oferecidos, especialmente os voltados para programas sociais na área de saúde. Estes são idealizados e operacionalizados, e muitas vezes seus resultados não são avaliados. Impera a distância entre os princípios que o regulamentam e aqueles que o gerenciam, e destes com o funcionamento cotidiano do programa junto à sociedade. Crescendo a necessidade de que os psicólogos sociais brasileiros demonstrem mais interesse em relacionar o conhecimento em avaliação de comportamento com avaliação de políticas públicas.

A Estratégia Saúde da Família é uma dessas ações governamentais que envolvem fontes de financiamento, grupos profissionais, usuários e opinião pública, e que necessita da constatação da sua efetiva contribuição na resolução de problemas sociais. Uma estratégia que está ativada no Brasil há 15 anos e que seguiu os modelos de assistência às famílias já existentes em Cuba, Canadá, Suécia, Inglaterra e outros países. Estruturado em princípios e organização funcional que em sua teoria são, se não ideais, bastante apreciáveis.

Verifica-se, entretanto, uma realidade na prática da atenção à saúde no Brasil muito adversa ao modelo teórico idealizado de acesso universal, integral, hierarquizado e em equidade. Problemas operacionais que distanciam o SUS teórico, do SUS operacional, aquele encontrado no dia-a-dia por seus profissionais e usuários.

Observou-se no presente estudo um “efeito cascata” nas mazelas da Saúde da Família em João Pessoa. Os profissionais não possuem vínculo empregatício, gerando rotatividade dos recursos humanos. Por conseguinte, há o reflexo da não capacitação dos

profissionais que atuam na ESF, provocando incompatibilidade entre o que é proposto no SUS teórico e o feito na realidade da atenção à saúde por seus profissionais que, muitas vezes, não possuem o perfil para trabalho em SUS. Comprometendo, portanto, a humanização. Junto a essa dificuldade de contratação de profissionais, surge a alta demanda de atendimentos clínicos, para uma equipe que “não dá conta do serviço”. Afetando, conseqüentemente, os trabalhos de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Reconhece-se, no entanto, que embora ainda tenha muito a melhorar no tocante às condições de trabalho dentro das ESFs, João Pessoa avançou bastante nesses últimos anos, quando observa-se os resultados de pesquisas anteriores e das visitas às USFs. Percebe-se um progresso na infra-estrutura física e na distribuição de materiais, créditos esses dados, em especial, às unidades unificadas, modelos que vêm sendo implantado desde 2008. Caminha-se, entretanto, a passos lentos; havendo ainda muitas unidades sem infra-estrutura mínima, em casas improvisadas, com farmácias vazias. Fatos estes que devem ser corrigidos para melhorar a prestação dos serviços de saúde à população

Nota-se que o problema está não apenas nos valores investidos, mas também da forma como esses recursos investidos são empregados. Deste modo, o problema compreende não só a quantidade, como também a qualidade do investimento nos recursos, principalmente no que se refere aos medicamentos. Portanto, após ter descoberto um modelo viável, através das unidades unificadas, faz-se necessário, agora, aplicá-los nas demais unidades, igualando a qualidade de infra-estrutura e de disponibilidade de recursos materiais em todo o município.

Os aspectos mais preocupantes da realidade em João Pessoa referem-se à eficiência no atendimento, no que diz respeito às capacitações profissionais e ao sistema de referência e contra-referência. Verificou-se que se faz necessário buscar estratégias de manutenção dos profissionais nas EqSF, diminuindo as rotatividades, através de incentivos financeiros e de vínculos empregatícios estáveis. Podendo, desta forma, investir em capacitações permanentes para profissionais que permanecerão nos cargos, e que revestirão esse conhecimento em melhoria de serviços à população, adequando as ações às reais diretrizes da Estratégia Saúde da Família.

Faz-se necessário, ainda, o respeito aos princípios da integralidade e da hierarquização. Tornando-se imprescindível a real integração entre os três níveis de assistência do SUS: primário, secundário e terciário. Devendo-se diminuir as burocracias no referenciamento e a desorganização na central de marcação. Incentivando, inclusive, o retorno do paciente, através da contra-referência.

Apesar de todos os entraves apontados neste trabalho, a ESF obteve uma avaliação positiva a partir das crenças de seus profissionais. Foi evidenciado seus potenciais, e as escolhas acertadas, para que estas sirvam de modelo para a ESF do município. Contudo, ressaltou-se os entraves que minimizam a eficácia da estratégia, como forma de destacar o que precisa ser mudado.

Apesar dos avanços com a Constituição de 1988, que definiu a saúde como direito humano básico, e com a criação do SUS, que possui princípios de Promoção de Saúde, tais como universalidade, integralidade e equidade, na busca de uma melhoria da qualidade de

vida da população; uma análise da realidade demonstra que o Brasil ainda se apresenta dividido por setores fragmentados em suas ações, desvinculando o social do econômico.

Contempla-se também a necessidade de combater o mito existente no Brasil de que os serviços públicos são destinados apenas à população pobre, que fazem uso de um serviço precário, por esse ser a única alternativa. É necessário que se busque uma real universalidade no atendimento nas ESFs. E que a equidade realmente leve saúde a quem mais precisa, porém com qualidade, com dignidade, dando condições adequadas aos seus prestadores de serviços. É condição *sine qua non* para um bom funcionamento do SUS a constância das pesquisas de avaliação. É preciso ouvir usuários e profissionais, para que se possa compreender, além do SUS teórico, a realidade de funcionamento e prestação de serviços dentro das USFs.

Muitos tentam modificar o modelo de saúde brasileiro, o criticam, e defendem a mudança das estruturas da ESF. 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, no trabalho das equipes de saúde e no atendimento aos usuários. Trata-se de mitigar as barreiras que existem entre os dois extremos da estratégia, aproximando a teoria e a prática. Trata-se de ter em mãos um modelo ideal, mas que necessita da operacionalização concreta de suas formulações, que devem sair da utopia e entrar na realidade do atendimento adequado às necessidades locais. Uma estratégia que necessita de constante avaliação junto aos seus usuários, que até então têm sido tratados como cobaias conformadas de um constante “é melhor do que nada”; e junto aos seus profissionais, dando voz àqueles que conhecem a realidade das condições de trabalho dentro das USFs.

Sabe-se também que muitas questões abordadas neste trabalho não se esgotaram nestas páginas; afinal a temática da saúde mostrou-se ampla e camuflada por ideais que não refletem sua realidade. Muitos pontos aqui levantados abrem espaço para uma discussão mais ampliada, outros abrem lacunas que clamam investigações em futuras pesquisas. Todavia, espera-se que os resultados apresentados possam contribuir academicamente com a literatura sobre o tema da saúde pública, e mais especificamente com a avaliação da ESF, além de servir para a expansão do debate científico que possa fomentar a operacionalização de políticas públicas destinadas a esta demanda, como por exemplo: a padronização das unidades unificadas, a priorização de profissionais concursados com perfil adequado para prestar assistência de qualidade para a população e o estímulo à capacitação da EqSF.

Por fim, espera-se que o presente trabalho seja utilizado como um mecanismo de *feedback*, aproximando os gestores do programa às necessidades dos seus usuários e às condições laborais de seus profissionais; os ideais preconizados e a realidade de funcionamento. Não pretende-se propor novas formas de funcionamento do Sistema Único de Saúde, mas, sim, identificar as falhas que impossibilitam o funcionamento da ESF em João Pessoa, tal como preconizada em suas diretrizes formais, para que a partir delas possam ser reorientadas as ações com o intuito de otimizar a prestação de serviços à população usuária.

IX. REFERÊNCIAS

Albuquerque, F. J. B. de. (1999). Apontamentos para uma Psicologia sócio-rural no Brasil. In: I Congresso Norte e Nordeste de Psicologia. Salvador. *Anais do I Congresso Norte-Nordeste de Psicologia* . Salvador v.1, p 12-17

Albuquerque, F. J. B. (2002). Social psychology and rural life in Brazil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 18, n. 1.

Alexandre, M. G. (2003). *A atuação dos conselheiros de saúde: estratégias e práticas*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

Almeida, C. M. (1989). *Os atalhos da mudança na saúde do Brasil. Serviços em nível local: 9 estudos de caso. Uma análise comparativa*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS.

Alvim, L. T. (1999). Federalismo, Descentralização e Política de Saúde. *Revista do Legislativo*. Belo Horizonte, BH.

Araújo, M. G. M. (1999). *Perfil de morbidade da população atendida nas unidades básicas de saúde do distrito sanitários em João Pessoa/Pb*. Monografia de especialização. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

Bahls, S. C. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Revista eletrônica de psicologia*. Recuperado em 18 de fevereiro de 2008, de http://www.utp.br/psico.utp.online/site4/terapia_cog.pdf.

Barreira, M. C. R. N. (2000). *Avaliação participativa de Programas Sociais*. São Paulo: Veras Editora.

Barreira, M. C. R. N. (2001). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: EDUC/IEE/FAPESP/Cortez.

Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10: p.561-571.

Beck, A. T. (1982). *Terapia cognitiva da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.

Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 1: p. 5-37.

Beck, A. T.; Emery, G.; & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Belloni, I.; Magalhães, H. & Sousa, L. C. (2003). *Metodologia de Avaliação em Políticas Públicas*. Coleção Questões da Nossa Época. V. 75. (3 ed). São Paulo, SP: Cortez.

Bem, D. J. (1973). *Convicções, atitudes e assuntos humanos*. São Paulo: Editora Pedagógica e universitária.

Bezerra, N. G. (2001). *Análise das relações saúde-doença segundo as determinações socio-econômicas e políticas*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

Boshetti, I. (2003) Implicações da reforma da previdência na seguridade social brasileira. *Psicologia Social*, Porto Alegre, v. 15, n. 1.

Bostein, R. (2002). Atenção Básica na Agenda de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3), p. 401-412.

Brasil (1923). *Lei Eloy Chaves*. Decreto N° 4.682. Rio de Janeiro . RJ.

Brasil (1967). *Decreto- Lei N° 225*. Brasília. DF.

Brasil (1988). *Constituição Federal de 1988*. Brasília, DF.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde (1996). *Resolução CNS 196/96*. Recuperado em 10 de outubro de 2007, de www.conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html.

Brasil, Ministério da Saúde (2000 ^A). *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Secretaria-executiva, Brasília: Ministério da Saúde, 44p.

Brasil, Ministério da Saúde (2000 ^B). *Emenda Constitucional n° 29, de 13 de setembro de 2000*. Brasília DF.

Brasil, Ministério da Saúde (2001 ^A). *Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de santa Fé de Bogotá, declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses e Declaração do México*. Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2001 ^B). *Guia prático do Programa Saúde da Família. A Saúde Bucal faz parte da Saúde da Família?* Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2001 ^C). *Gestão Municipal de Saúde. Textos Básicos*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2004 ^A). *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. (2004 ^B). *Proposta de Regulação da Formação do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília-DF.

Brasil, Ministério da Saúde. (2004 ^C). *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 ^A). *Diretrizes para implantação de complexos reguladores*. Serie A. Normas e Manuais Técnicos. Serie Pactos pela Vida; V. 6. Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção a Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2006 ^B). *Política Nacional de Atenção Básica*. Serie A. Normas e Manuais Técnicos. Serie Pactos pela Vida; V.4. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio a Descentralização. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2006 ^C). *Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2006 ^D). *Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004*. 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. (2007 ^A). *Programa Saúde da Família – PSF, 2004*. Recuperado em 15 de julho de 2007, de <http://dtr2001.saude.gov.br/psf/equipes/quantos.asp>.

Brasil, Ministério da Saúde. (2007 ^B). *Diretrizes para Programação Pactuada Integrada da Assistência a Saúde*. Serie B. Textos Básicos de Saúde. Serie Pactos pela Vida; V. 5. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2007 ^C). *Diretrizes Operacionais: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Serie A. Normas e Manuais Técnicos. Serie Pactos pela Vida; V.1. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio a Descentralização. Brasília – Ministério da Saúde.

Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2007 ^D). *Sistema Único de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Coleção Progestores, Volume 1*, 291p.

Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2003). *Senso 2002*. Recuperado em 08 de novembro de 2003, de <http://www.ibge.org>.

Brasil, Tribunal de Contas da União (1998). *Avaliação do Programa de Saúde da Família (PSF)*. Recuperado em 01 de outubro de 2008, de http://portal2.tcu.gov.br/portal/page/portal/TCU/comunidades/programas_governo/areas_atuacao/saude.

Calainho, D. B. (2005). Jesuítas e medicina no Brasil colonial. *Tempo*. Niterói, v. 10, n. 19.

Cambpbell, D. T. (1969). Reforms and experiments. *American Psychologist*, 4, p. 409-429.

Campos, C. V. A.; Malik, A. M. (2008). Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, abr.

Campos, G.W.S. (1997). Subjetividade e administração de Pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipe de saúde. In Merhy E.E. & Onocko, R. (Orgs.), *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, pp. 229-266.

Cano, I. (2004). *Introdução à Avaliação de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: FGV Editora.

Conill, E. M.(2004). Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 18, 2002.

Contrim, G. (1999). *História global, Brasil e geral*. São Paulo: Saraiva.

Capistrano filho, D. (1988). *Saúde para todos: desafio ao município*. Editora Hucitec: São Paulo.

Capozzolo, A.A.(2003). *No olho do furacão : trabalho medico e o Programa de Saude da Família*. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciencias Medicas. Campinas (SP), Brasil.

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.

Cheavegatti, D. (2008). *Trabalho e adoecimento na perspectiva dos agentes comunitários na coordenadoria de saúde dentro-oeste do município de São Paulo*. Dissertação de mestrado. Escola de enfermagem da universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Cohen, E. & Franco, R. (1998). *Avaliação de Projetos Sociais*. Editora Vozes: Petrópolis.

Coimbra, V. C. C. (2007). *Avaliação do cuidado em saúde mental na Estratégia Saúde da Família*. Tese de Doutorado. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto USP. Ribeirão Preto. SP. Brasil.

Cordioli, A.V. (2008). *Psicoterapias*. (3^a ed). São Paulo: Editora Artmed.

Costa, A.R.C; Melo, M.C; Oliveira, M.A & Dias, R.N. (2000^A). Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família em Sobradinho II. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 53:127-30.

Costa, M.B.S, Lima, C.B & Oliveira, CP. (2000^B) Atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado da Paraíba. *Revista Brasileira de Enfermagem*; 53:149-52.

Cozby, P.C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.

Dancey, C. P.; Reidy, J. (2006). *Estatística Sem Matemática para Psicologia: Usando SPSS para Windows*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed.

Degenszajn, R. R. (2006). Democratizar a Gestão das Políticas Sociais - um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In A.E. Mota. *Serviço Social e Saúde - formação e trabalho profissional*. (1ª ed.) São Paulo: Cortez Editora, p. p. 73-87.

Doctors of the world (2007). *Number of inhabitants per doctor*. Recuperado em 14 de agosto de 2008, de http://adsoftheworld.com/media/print/doctors_of_the_world.

Eisen, M.D.G. (1996). La atención primaria en Cuba: el equipo del médico de la familia y el policlínico. *Revista Cubana Salud Pública*, 22(2), p. 4-5.

Escorel, S. (1998). *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

Facchini, L. A. et al. (2006). Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3.

Faleiros, J. J. (2003). Profissionais para Reorientar o Modelo Assistencial. Quantos e Quais? *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.27, nº 1.

Feliciano, K. V. O. (2005). A relação entre o avaliador e o objeto avaliado. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, 5(1), p. 83-92.

Figueiredo, M. S (2003). *A des(proteção) social à velhice: avaliação a partir dos idosos asilados*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Finkelman, J. (2002). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. (2005). O trabalho de equipe no Programa Saúde da Família. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. março-abril; 13(2):262-8.

Foster, J.J.; Barkus,E.; Yavorsky,C. (2006). Understanding and using advanced statistics. USA: SAGE.

Franco, A. L. S.; Bastos, A. C.S.; Alves, V. S. (2005). A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 21, n. 1.

Frekete, M.C. (2000). Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. *Manuscrito não publicado*. Projeto GERUS.

Frias Junior, C. A. S. (1999) *A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação*. Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de janeiro, Brasil.

Furtado, J.P. (2001). Um Método Construtivista para a Avaliação em Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 6(1), p.165-181.

Garrafa, V.; Diniz, D.; Oselka, G. (1997). Saúde pública, bioética e equidade. In: *V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e V Congresso Paulista de Saúde Pública*. ABRASCO. Águas de Lindóia.

Gerschman, S. & Santos, M. A. B. (2006). O Sistema Único de Saúde como Desdobramento das Políticas de Saúde do Século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 21(61). São Paulo.

Gil, C. R. R. (2005). Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(2):490-498.

Gomes, E. Q. (2002). *A organização dos serviços públicos na rede básica de saúde em João Pessoa- Pb*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João pessoa, Paraíba, Brasil.

Gomes, M.A. de S.M. & Hartz, Z.M.A. (2001). Avaliação e gestão municipal de saúde. *Revista Saúde em Foco/Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*. (21), p. 7-19.

Gonzalez, A.R., Jodra, V.M. (2000) Quality perceived by two populations assigned to two centers of health of the province of Cuenca. Calidad percibida por dos poblaciones dos centros de salud. *Revista Espanhola de Salud Pública*.

Gouveia, R; Palma, J. J. (1999). SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. *Estudos avançados*. São Paulo, v. 13, n. 35.

Hartz, Z. M. A. (Org.) (1997). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Krüger, H. (1995). *Psicologia das Crenças: Perspectivas Teóricas*. Tese de concurso público para professor titular de Psicologia Social. Manuscrito não-publicado, Instituto de Psicologia da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

Krunker, H. (2004). Crenças compartilhadas, preconceitos e discriminações. In: *XXXIV Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia*, 2004, São Paulo.

Lima, N.T. (n.d.). *O Brasil e a organização pan-americana da saúde: uma história em três dimensões*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ

Lobo, T. (2001) Avaliação de processos e impactos em programas sociais – algumas questões para reflexão. In E.M. Rico (Org). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. (3ed.). São Paulo: Cortez.

Macêdo, A. C. D. (2004). *Evolução Histórica da Política de Saúde no Estado da Paraíba (1960 a 1990)*. João Pessoa: Idéia.

Maia,T.M. et al. (2005). A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. *Scientia Medica*, Porto Alegre: PUCRS, v. 15, n. 4.

Marcelino, M. Q. (2008). Avaliação do PSF em ambiente rural: proposta de uma metodologia quase-experimental de avaliação em uma abordagem cognitivo-comportamental. In *Simpósio de Doutorado em Psicologia Sócial*. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Martins. (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. (2007). *Avaliação do Programa Saúde da Família (PSF) em João Pessoa e Fortaleza a partir das crenças das usuárias dos PSFs, dos Centros de Referências e das Policlínicas*. Monografia de graduação. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Melo, C. F. (2009). *Avaliação do Programa Saúde da Família em duas capitais nordestinas do Brasil*. Artigo aceito para publicação na revista Psicologia Teoria e Pesquisa.

Mendes, E. V. (1996). O Sistema Único de Saúde um Processo Social em Construção. Texto parcialmente publicado, com autorização da editora. In E.V. Mendes. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: Hucitec. pp. 300.

Mendes, E.V. (1999). *Uma Agenda para a Saúde* (2ª ed.), São Paulo: Hucitec.

Mendes, E.V. (2004). O SUS que temos e o SUS que queremos. In Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS*, Brasília : CONASS, pp.78-113.

Minayo, M. C. S. (1991). Abordagem Antropológica para Avaliação de Políticas Públicas. *Revista Saúde Pública*, 25(3), p. 233-238.

Minayo, M.C.S. (2001). Sobre a complexidade da implementação do SUS. In: S.F. Silva. *Municipalização da saúde e poder local. Sujeitos, atores e políticas*. São Paulo: Hucutec.

Nascimento, C.M.B. (2005). *Precarização do trabalho do Agente Comunitário de Saúde: um estudo em municípios da região metropolitana do Recife*. Monografia de especialização. FIOCRUZ. Recife, Pernambuco, Brasil.

Nascimento, M. S.; Nascimento, M. A. A. (2005). Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2.

Negri, B. (2002). *A política de saúde no Brasil nos anos 90*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Nery, A.A. (2006). *Necessidades de saúde na estratégia Saúde da Família no município de Jequié- BA: em busca de uma tradução*. Tese de Doutorado. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto USP, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Neves, M.T.S (2008). *Programa Saúde da Família na zona rural da Paraíba: uma análise a partir das crenças dos não-usuários do programa*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Nogueira, M. A. (1999). A mudança difícil: notas sobre reforma do Estado e recursos humanos. *Revista Brasileira de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, p. 61-88.

Nogueira, V.M. R. (2000). *Ajuste estrutural, equidade e exclusão social sob o prisma do funcionamento à saúde no Brasil*. In: VII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2000, Brasília. O Serviço Social e a Questão Social. Brasília : Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, 2000. v. III. p. 17-25. Brasília- DF

Novaes, H.M.D. (2000). Avaliação de Programas, Serviços e Tecnologias em Saúde. *Revista Saúde Pública*, 34(5), p.547-559

Ogden J, Bavalia K, Bull M, et al. (2004) “I want more time with my doctor”: a quantitative study of time and the consultation. *Fam Pract*. 2004;21:479-83.

Oliveira, M.M. (2008 ^A). *Avaliação da aceitabilidade do usuário/família a Estratégia Saúde da Família*. Tese de Doutorado. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto USP, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Oliveira, S.F. (2008 ^B). Avaliação do PSF sob um prisma comportamental dos seus prestadores de serviços. *In Simpósio de Doutorado em Psicologia Sócial*. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

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.

OMS, Organización Mundial de La Salud (2003). *Informe sobre la salud en el mundo: forjemos el futuro*. Ginebra: OMS. Recuperado em 20 de fevereiro de 2007, de www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5450.pdf.

Ortiz Espinosa RM, Muñoz Juárez S, Martín Del Campo DL, et al. (2003). Consulta externa en instituciones de salud de Hidalgo, México, según la opinión de los usuarios. *Rev Panam Salud Pública*. 2003;13:229-38.

Oszlak, O.; O'Donnell, G. (1976) *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Buenos Aires: CEDES.

Pasquali, L. (1999). Histórico dos instrumentos psicológicos. In Pasquali (Org.), *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília, DF: IBAPP, pp.1-12.

Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e Educação*. Petrópolis: Vozes

Pereira, A. (1999). *Guia Prático de Utilização do SPSS - Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. Lisboa: Edições Silabo. 2ª edição corrigida.

Pereira, P.A.P (1994). *Concepções e propostas de políticas sociais em curso: tendências, perspectivas e consequências*. São Paulo: NEPROS/CEAM/UnB.

Pina (2006) *Uma Nota sobre a Teoria Cognitivo-Comportamental*. Recuperado em 12 de agosto de 2008, em <http://psicologizando.blogspot.com/2006/07/uma-nota-sobre-teoria-cognitivo.html>.

Polignano, M.V. (2001). História das políticas de saúde no Brasil. Uma Pequena Revisão. *Cadernos do Internato Rural – Textos de Apoio*. Recuperado em 20 de outubro de 2006, em <http://internatoruarl.medicina.ufmg.br/textos.htm>.

Rangé, B. (2001). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria*. São Paulo: Editora Artmed.

Retamal González A, Monge Jodra V. (2000). Calidad percibida por dos poblaciones adscritas a dos Centros de Salud de la provincia de Cuenca. *Rev Esp Salud Pública*. 2000;74:275-86.

Ribeiro, E. M.; Pires, D.; Blank, V.L.G (2004). A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):438-446

Rico, E. M. (Org.) (2006). *Avaliação de Políticas Públicas: uma questão em debate*. (4a.ed.) São Paulo: Cortez. v. 1.

Rigobello, J.L. (2006). *A utilização do sistema de informação da atenção básica- SIAB pelos profissionais médicos das equipes de saúde da família dos municípios da área de abrangência da direção regional de saúde XVIII*. Dissertação de mestrado. Faculdade de medicina de ribeirão preto USP. São Paulo, Brasil.

Rocha, S. F. (2005). *Gestão da municipalização da saúde em João pessoa: um progresso inacabado*. Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Rodrigues, A.; Assmar, E. M. L. & Jablonski, B. (1999). *Psicologia Social*. (20ª ed.). Petrópolis, RJ: Ed. Vozes.

Rokeach, M. (1981) *Crenças, Atitudes e Valores*. Rio de Janeiro: Ed. Interciência.

Rosa, W. A. G. e Labate, R. C. (2005). Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol.13, no.6, p.1027-1034.

Rouquayrol, M. Z. (2003). *Epidemiologia e Saúde*. 6^a. Ed.Rio de Janeiro: MEDSI.

Santos, L. A. C. (1985). O pensamento sanitaria na Primeira República: Uma ideologia de construção da nacionalidade. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, 28(2), p.193-210.

Scavassa, A.J; Bachilli, R.G. & Spiri, W.C. (2004). A identidade do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família – uma abordagem fenomenológica. *II Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos*. Bauru - SP

Seabra, D.C. (2006) *O agente comunitário de saúde na visão da equipe multiprofissional*. Dissertação de mestrado. Faculdade de medicina de Ribeirão Preto USP. São Paulo, Brasil.

Senna, M.C.M. (2002). Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(supl.), p. 203-211.

Silva, E. G. (1998). *Evolução das Políticas de saúde publica no Brasil, concepção e implantação só SUS e modelos de assistência à saúde em campina grade- Pb*. Dissertação de mestrado. Campina grande, Paraíba, Brasil.

Silva, L. M. V.; Formigli, V. L. A. (1994). Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 1.

Silva, M. J. N. (1997) *O programa de saúde da família- PSF e a participação popular: uma estratégia de viabilização do sistema único de saúde*. Monografia de especialização. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Soares, C.S.DA. (2008). *Terapia comunitaria na Estratégia Saúde da Família: implicações no modo de andar a vida dos usuarios*. Dissertação de Mestrado. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto USP. Ribeirão Preto. São Paulo, Brasil.

Souza, H.M. (2000). Programa de saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2000; 53:7-16.

Souza, R. A. & Carvalho, A. M. (2003). Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *Estudos psicológicos*. Natal, v. 8, n. 3.

Szwarcwald, C. L.; Mendonça, M. H. M. & Andrade, C. L. T. (2006) Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3.

Tabachnick, B. G.; Fidell, L. S. (1989). *Using multivariate statistics*. New York: HarperCollins Publishers.

Tanaka, O. Y. & Melo, C. (2000). Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7, p. 113-118.

Trad, L. A. B. & Bastos, A .C. S. (1998); O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Caderno de Saúde Pública*, vol.14, no.2, p.429-435.

Trad, L. A. B.; Bastos, A .C. S.; Santana, E. M. & Nunes, M. O. (2002). Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Revista Ciência Saúde Coletiva*, 7(3).

Tripodi, T.; Fellin, P. & Epstein, I. (1975). *Avaliação de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A.

Trad, L. A. B.; Bastos, A .C. S.; Santana, E. M. & Nunes, M. O. (2002). Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. *Revista Ciência Saúde Coletiva*, 7(3), p. 581-589.

Viana, A.L. & Dal Poz, M.R. (1998). A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 8(2), p. 11-47.

Viana, A.L. et al. (1998). Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil. *Relatório Final*. Instituto de Medicina Social Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

Viana, A.L. et al. (2006). Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3.

Wai, M.F.P. (2007). *O trabalho do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento*. Dissertação de Mestrado. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto USP, Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

Yunes, J. (1999) O SUS na lógica da descentralização. *Estudos avançados*. São Paulo, v. 13, n. 35.

ANEXOS

ANEXO A- Distritos Sanitários do município de João Pessoa e os bairros que os compõem

Distritos Sanitários	Bairros que compõem os Distritos Sanitários
Distrito Sanitário I	Cruz das Armas (1 a 11), Alto do Mateus (1 ao 6), Bairro das Indústrias (1 ao 3), Bairro dos Novaes (1 ao 6), Costa e Silva (1 ao 3), Gondim, Colinas do Sul, Esplanada (1 e 2), Gramame, Jardim Planato (1 e 2), Jardim CEPOL, Jardim Veneza (1 ao 5), Sítio Mumbaba, Funcionários I e II, Guaiúba e Ernani Sátero
Distrito Sanitário II	Grotão (1 ao 3), Pedra Branca (1 ao 2), Rangel (1 ao 7), Cristo Conjunto, Geisel (1 ao 4), Jaguaribe, Maria de Nazaré, Bom Samaritano, Bela Vista (1 e 2), João Paulo II, Presidente Médici, Funcionários III e IV, Riacho Doce, Malta, Nova República, Paulo Afonso, Jardim Tabaiana, Citex, Vale Verde, Homero Leal além da outra parte do bairro Ernani Sátiro que não é coberta pelo Distrito I
Distrito Sanitário III	Bancários, Mangabeira, Castelo Branco, Comunidade São Rafael, Cidade Verde (ou Mangabeira VIII), Valentina, Parque do Sol, Mon Senhor Magno (ou Mussumago) e José Américo
Distrito Sanitário IV	Mandacaru, Padre Zé, 13 de Maio, Ipês, Cordão Encarnado, Distrito Mecânico, Ilha do Bispo, Tambiá, Centro, Varadouro e Padre Zé
Distrito Sanitário V	Miramar, Torre, Altiplano, Bessa, Tambaú, Manaíra e São José (1 ao 4), Cabo Branco, Penha

ANEXO B – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 5ª Reunião Ordinária, realizada no dia 09/07/08, o projeto de pesquisa do (a) Professor (a) Cynthia de Freitas Melo, intitulado: “AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) EM JOÃO PESSOA A PARTIR DAS CRENÇAS DE SEUS PROFISSIONAIS”. Protocolo nº. 0298.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.



Eliene Marques D. de Souza
Coordenadora - CEP-CCS-UFPB

ANEXO C – Declarações de autorização da pesquisa pelos coordenadores dos 5 distritos sanitários



**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA DE SAÚDE
DISTRITO SANITÁRIO I**

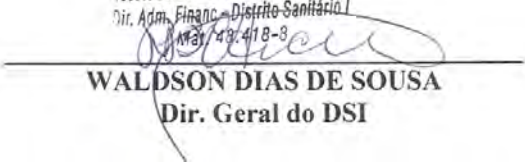
Às Unidades de Saúde da Família do Distrito Sanitário I

ENCAMINHAMENTO

Estamos encaminhando para as ESF a estudante, da UFPB, CYNTHIA DE FREITAS MELO, para realização de um trabalho de Pesquisa Intitulada “ **AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) EM JOÃO PESSOA A PARTIR DAS CRENÇAS DE SUAS PROFISSIONAIS** “.

João Pessoa, 16 de janeiro de 2009.

Josele Bezerra Cavalcante Arcoverde
Dir. Adm. Financ. Distrito Sanitário I
Nº 21 / 49 / 418-8


WALDSON DIAS DE SOUSA
Dir. Geral do DSI

Declaração


Como responsável pelo Distrito Sanitário II da cidade de João Pessoa- Pb (constituído pelos Unidades de Saúde da Família abaixo listados), autorizo a pesquisadora Cynthia de Freitas Melo, RG:99002213582 -SSP Ce, CPF- 010452503-76 a realizar a pesquisa intitulada “Avaliação do Programa Saúde da Família (PSF) em João Pessoa a partir das crenças de seus profissionais” com os profissionais das equipes de saúde dos unidades pertencentes a esse distrito sanitário.

RELAÇÃO DAS USF DO DISTRITO SANITÁRIO II
ENDEREÇO: Rua Olívia de Almeida Guerra, nº 50 - Cristo - CEP: 58.071-430
DIRETORA: FERNANDA LÚCIA DE SOUSA LEITE

CENTRO DE SAÚDE	ENDEREÇO	TELEFONE
U.S.F. Bola Vista I	R. Murilo Bianqua, s/n - Bola Vista	3218-9064
U.S.F. Bola Vista II	R. Fernando Cunha Lima, 100 - Bola Vista	3218-5241
U.S.F. Dom Samaritano	R. São Lucas, 222 - Jardim Samaritano	3218-9161
U.S.F. Citex	R. Abdias Genuíno de Lima, 817 - Funcionários II	3218-9207
U.S.F. Cristo Conjunto	R. Júlia Ribeiro, 336 - Cristo	3218-5240
U.S.F. Funcionários II (1ª Etapa)	R. Eugénia de Oliveira Lima, 50 - Funcionários II	3218-9230
U.S.F. Funcionários II (2ª Etapa)	R. Francisco Inácio Silva, s/n - Emami Sálio	3214-9146
U.S.F. Funcionários III	R. Terezinha Justo, s/n - Funcionários	3214-2500
U.S.F. Geisel I	R. Coronel Eduardo Prado, 60 - Geisel	3218-9168
U.S.F. Geisel II	R. Arnaldo Afonso B. Junior, 168 - Geisel	3218-9166
U.S.F. Geisel III	R. Manoel Cândido Bezerra, Lt 3261 / Q 71 - Geisel	3218-9419
U.S.F. Geisel IV	R. Eduardo Costa, s/n - Geisel	3218-6247
U.S.F. Grotão I	R. Severino Bento de Moraes, 13 - Grotão	3218-9167
U.S.F. Grotão II	R. Porto Alegre, 162 - Grotão	3218-9170
U.S.F. Grotão III	R. Nossa Senhora da Paz, 125 - Grotão	3214-2603
U.S.F. Jardim Itabaiana I	R. Maria de Lourdes, 270 - Jardim Itabaiana	3218-9297
U.S.F. Jardim Itabaiana II	R. Maria de Lourdes Marciano, 270 - Cristo	3218-5352
U.S.F. João Paulo II	R. Profª Mª Helena da Silva Rocha, 21 - Func. II	3218-9235
U.S.F. Maria de Nazaré	R. Desportista Adalberto Filho, 96 - Maria de Nazaré	3218-9204
U.S.F. Matinha	R. Carmelo Ruffo, 371 - Jaguaribe	3218-9938
U.S.F. Nova República	R. Wilson de Moura, s/n - Nova República / Geisel	3218-9165
U.S.F. Novo Horizonte	R. Francisco Lustosa Cabral, 231 - Cristo	3218-5183
U.S.F. Paulo Afonso	Av. Paulo Afonso, 571 - Jaguaribe	3218-9700
U.S.F. Pedra Branca	R. Eng. Sérgio Rúbens de Albuquerque, s/n - Cristo	3218-9299
U.S.F. Presidente Médici	R. Geraldo Miguel de Oliveira, 25 - Funcionários	3218-9240
U.S.F. Rangel I	R. Rangel Travassos, 84 - Rangel	3218-9118
U.S.F. Rangel II	R. São João, 530 - Rangel	3218-9269
U.S.F. Rangel III	R. José Soares, s/n - Rangel	3218-9307
U.S.F. Rangel IV	R. Rangel Travassos, 212 - Rangel	3218-9308
U.S.F. Rangel V	R. São Judas Tadeu, 566 - Rangel	3218-9309
U.S.F. Rangel VI	R. Bom Jesus, 920 - Rangel	3218-0906
U.S.F. Rangel VII	R. 2 de Fevereiro, s/n - Rangel	3214-2858
U.S.F. Rêche Doca	R. Raimundo Mazilio, 2530 - Cristo	3218-9164
U.S.F. Vale Verde	R. José Monteiro, 235 - Cristo	3218-5242

(Diretora do Distrito Sanitário II)

João Pessoa, 20 de maio de 2008

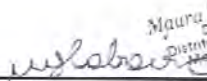

 Fernanda L. S. L. Morais
 Diretora Geral - DS II
 Mat. 44.608-4



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DISTRITO SANITÁRIO III

Encaminhamento

Estamos por meio deste, encaminhando a pesquisadora Cynthia de Freitas Melo, para a realização da pesquisa "Avaliação do Programa Saúde da Família (PSF) em João Pessoa a partir das crenças de seus profissionais". Trata-se de uma dissertação de Mestrado Em psicologia Social da UFPB.


Maura V.S. Silva
Diretora
Distrito Sanitário
III
DSIII

João Pessoa – PB, 12 de janeiro de 2009

Declaração

Como responsável pelo Distrito Sanitário IV da cidade de João Pessoa- Pb (constituído pelos Unidades de Saúde da Família abaixo listados), autorizo a pesquisadora Cynthia de Freitas Melo, RG:99002213582 -SSP Ce, CPF- 010452503-76 a realizar a pesquisa intitulada "Avaliação do Programa Saúde da Família (PSF) em João Pessoa a partir das crenças de seus profissionais" com os profissionais das equipes de saúde das unidades pertencentes a esse distrito sanitário.

RELAÇÃO DAS USF DO DISTRITO SANITÁRIO IV
ENDEREÇO: Av. Minas Gerais, nº 409 - Bairro dos Estados - CEP: 58.010-420
DIRETORA: IVONEIDE LUCENA PEREIRA

Centro de Saúde	Endereço	Telefone
USF Alto do Céu I	Rua Bento Machado, nº 13 - Alto do Céu	3214-7127
USF Alto do Céu II	Rua Padre Antônio Diogo Feijó, nº 178 - Alto do Céu	3214-7128
USF Alto do Céu III	Rua Professora Luiza Ramalho, nº 57 - Alto do Céu	3214-7129
USF Alto do Céu IV	Rua João de Brito Moura, nº 216 - Mandacaru	3211-6762
USF Alto do Céu V	Rua General Antero de Brito, nº 610 - Mandacaru	3214-7130
USF Mandacaru VI	Rua Nossa Senhora do Carmo, nº 232 - Mandacaru	3214-7132
USF Mandacaru VII	Rua Celarina Paiva, nº 620 - Mandacaru	3214-7133
USF Mandacaru VIII	Rua Iaiá Paiva, nº 335 - Mandacaru	3211-6765
USF Mandacaru IX	Rua Dom Manoel Paiva, nº 284 - Mandacaru	3211-6766
USF Cordão Encarnado I	Rua Martin Leitão, nº 249 - Cordão Encarnado	3218-9866
Cordão Encarnado II	Rua Trincadeiras, nº 775 - Centro	3218-9867
Distrito Mecânico I	Rua Projetada Quadra "S", S/N - Distrito Mecânico	3241-3094
Distrito Mecânico II	Rua Projetada Quadra "S", S/N - Distrito Mecânico	3241-3099
Ilha do Bispo I	Rua Apolônio Sales de Miranda, S/N - Ilha do Bispo	3241-7325
Ilha do Bispo II	Rua Apolônio Sales de Miranda, S/N - Ilha do Bispo	3218-7325
Ipês	Rua Geraldo Fagundes de Araújo, S/N - Ipês	3214-7139
Padre Zé I	Av: Tancredo Neves, nº 453 - Padre Zé	3214-7135
Padre Zé II	Rua Elcione Travassos, nº 49 - Padre Zé	3214-7136
Padre Zé III	Rua Raulito Lourenço dos Santos, nº 7 - Padre Zé	3214-7137
Roger I	Rua 19 de Março, S/N - Roger	3218-9840
Roger II	Rua 19 de Março, S/N - Roger	3218-9846
Roger III	Rua 19 de Março, S/N - Roger	3214-9702
13 de Maio	Rua Prof. Inácio Serrano de Andrade, nº 648 - 13 de Maio	3214-7138
Tambá	Rua Vicente Jardim, S/N - Tambá	3218-9874/3214-2888
Aradouro I	Rua General Osório, nº 280 - Térreo - Centro	3218-9800/3218-9709
Aradouro II	Rua General Osório, nº 280 - Térreo - Centro	3218-9800

Ronald P. A. et.

IVONEIDE PEREIRA LUCENA
Diretor do Distrito Sanitário IV
Mat. 48.421-1

(Diretor do Distrito Sanitário IV)
João Pessoa, 20 de maio de 2008

Declaração

Como responsável pelo Distrito Sanitário V da cidade de João Pessoa- Pb (constituído pelos Unidades de Saúde da Família abaixo listados), autorizo a pesquisadora Cynthia de Freitas Melo, RG:99002213582 -SSP Ce, CPF- 010452503-76 a realizar a pesquisa intitulada **“Avaliação do Programa Saúde da Família (PSF) em João Pessoa a partir das crenças de seus profissionais”** com os profissionais das equipes de saúde dos unidades pertencentes a esse distrito sanitário.

RELAÇÃO DAS USF DO DISTRITO SANITÁRIO V
ENDEREÇO: Rua Catulo da Paixão Cearense, nº 51 - Jardim Luna - CEP: 58.033-050
DIRETORA: CÉLIA MARIA PIRES DE SÁ

CENTRO DE SAÚDE	ENDEREÇO	TELEFONE
Altiplano I	Rua Emílio de Araújo Chaves, s/n - Altiplano	3252-1429
Altiplano II	Rua Emílio de Araújo Chaves, s/n - Altiplano	3252-1070
Bessa	Rua Mal. Hernes da Fonseca, 781 - Bessa	3218-8052
Cidade Recreio	Rua Projetada, Quadra 104, Lote 05 - Loteamento Cidade Recreio	3214-8302
Jardim Miramar I	Rua Macrina Barbosa, s/n - Jardim Miramar	3214-8907
Jardim Miramar II	Rua Hermano Paiva, 12 - Jardim Miramar	3214-7140
São José I	Rua Edmundo Filho, s/n - São José	3214-8905
São José II	Rua Fábio Silva de Lima (Rua do Moio 037) - São José	3214-8257
São José III	Rua Edmundo Filho, s/n - São José	3214-8900
São José IV	Rua Edmundo Filho, 311 - São José	3214-8904
Ponha	Rua Praça Oswaldo Pessoa, s/n - Praia da Ponha	3251-1224
Padre Hilckin Bandeira	Rua Severino Procópio - s/n - Torre	3214-7141
Torre I	Rua José Severino Massa Spinelli, 836 - Torre	3211-8071
Torre II	Rua Aragão e Melo, 325 - Torre	3211-6776

Célia Maria Pires de Sá Leite
Diretora do Distrito Sanitário V
(Diretora do Distrito Sanitário V)
João Pessoa, 20 de maio de 2008

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de aplicação (Declaração do mestrado, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Escala de Avaliação da ESF, Escala de Caracterização de Burnout, Escala de Clima Organizacional)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
(PSF) A PARTIR DAS CRENÇAS DE SEUS
PROFISSIONAIS**

NÚCLEO DE ESTUDOS EM DESENVOLVIMENTO RURAL E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS SOCIAIS (NEDRAPs)

<p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL</p> <p style="text-align: center;">DECLARAÇÃO</p> <p>Declaro para os devidos fins, que o Projeto de Pesquisa intitulado “Avaliação do Programa Saúde da Família (PSF) em João Pessoa a partir das crenças de seus profissionais” a ser desenvolvido por Cynthia de Freitas Melo e pelo pesquisador Dr. Francisco José Batista Albuquerque. Trata-se de um trabalho acadêmico, sem nenhum vínculo com qualquer órgão ou instituição governamental.</p> <hr/> <p>Professor do Mestrado em Psicologia da UFPB/ Responsável pela pesquisa João Pessoa, 20 de agosto de 2008.</p>	<p style="text-align: center;">TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</p> <p>Prezado Profissional da Equipe de Saúde,</p> <p>O Núcleo de Estudos sobre Desenvolvimento Rural e Avaliação de Programas Sociais - NEDRAPs vinculado ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba – UFPB está realizando pesquisa sobre o Programa Saúde da Família PSF com o objetivo de conhecer sua realidade e funcionamento a partir da perspectiva dos seus profissionais em efetivo exercício de suas funções.</p> <p>Este questionário foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores da UFPB a partir de estudos e de discussões feitas com profissionais de saúde.</p> <p>A pesquisa está sendo realizada em uma amostra aleatória de Unidades de Saúde da Família com o intuito de identificar as práticas e o funcionamento que acontecem no ambiente de trabalho, com vistas a subsidiar a implementação de políticas públicas, que favoreçam o incremento da melhoria das condições de trabalho e do atendimento ao usuário.</p> <p>Esta Unidade de Saúde da Família foi sorteada para fazer parte da amostra da pesquisa e o(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar deste estudo, respondendo a este questionário. As opiniões e informações prestadas serão analisadas na Universidade Federal da Paraíba de forma agregada e consolidada de maneira que estarão resguardadas a sua privacidade e a confidencialidade das informações, conforme Código de Ética em Pesquisa (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde).</p> <p>Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba. Caso o(a) senhor(a) concorde em responder a este questionário, por favor, leia com atenção os seguintes pontos: a) não é necessário colocar o seu nome no questionário, b) o (a) senhor(a) é livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza; c) o (a) senhor(a) pode deixar de participar da pesquisa e não precisa apresentar justificativas para isso.</p> <p>Se o(a) senhor(a) precisar de alguma informação adicional ou tenha dúvidas, estamos à disposição:</p> <p>Pesquisador responsável pela coleta dos dados: Prof. Dr. Francisco José Batista de Albuquerque; Cynthia de Freitas Melo Título do Projeto: Avaliação do Programa Saúde da Família Núcleo de Estudos sobre Desenvolvimento Rural e Avaliação de Programas Sociais - NEDRAPs Endereço: Sala 47 do CCHLA – UFPB Cidade Universitária – João Pessoa PB Telefones: (83) 32167675 e (83) 88751053</p>
--	---

PARTE 1- Marque a opção que melhor corresponde à avaliação que você faz do seu contexto de trabalho no Programa Saúde da Família (PSF)

1 Neste seu local de trabalho, os atendimentos são feitos em salas adequadas.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
2 Minha equipe se reúne para resolver questões de organização do trabalho.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
3 Os equipamentos (cadeira do dentista, balança) da USF (PSF) estão em boas condições de uso.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
4 Os instrumentos (estetoscópio, prancheta, termômetro) da USF (PSF) existem em quantidade suficiente.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
5 As condições do prédio da USF (PSF) em que trabalho são adequadas.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
6 A central de marcação para o encaminhamento dos pacientes é eficiente.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
7 Os equipamentos (cadeira do dentista, balança) da USF (PSF) existem em quantidade suficiente.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
8 Fui capacitado(a) pela Secretaria de Saúde para o trabalho que realizo no PSF.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
9 Consigo atender a todos que procuram a USF (PSF).	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
10 A equipe do PSF se reúne para discutir os casos dos pacientes.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
11 Os profissionais contratados para atuar no PSF são treinados para trabalhar com a comunidade.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
12 Existem vagas suficientes para o encaminhamento dos pacientes para médicos especialistas e exames.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
13 Os instrumentos (estetoscópio, prancheta, termômetro) que utilizo na USF (PSF) estão em boas condições de uso.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
14 A contra-referência (retorno ao PSF dos pacientes que foram encaminhados para atendimentos em níveis de saúde mais complexos) é satisfatória.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
15 A quantidade de fichas de atendimento é suficiente para a comunidade.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
16 A maior parte do trabalho no PSF se refere a atendimentos clínicos.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
17 A Secretaria de Saúde oferece cursos de capacitação para os profissionais do PSF	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
18 Acho o PSF igual ao posto de saúde.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
19 A referência para atendimentos em níveis de saúde mais complexos é satisfatória.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
20 O número de profissionais deste PSF é suficiente para atender todas as famílias sob minha responsabilidade.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
21 Poucas pessoas da minha equipe fizeram capacitação sobre o Programa Saúde da Família.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
22 Para mim, o atendimento curativo é mais importante do que o trabalho educativo.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
23 Tenho que atender um número muito grande de pessoas além da minha carga horária.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()

24. Marque a opção que corresponde a frequência com que FALTAM cada tipo de material:

1. Luvas	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
2 Gases	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
3. Máscaras	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
4. Amálgama para o dentista	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
5. Seringas descartáveis	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
6. Vacinas	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
7. Anestesia	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
8. Remédios	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
9. Camisinhas	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
10. Anticoncepcionais	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
11. Soro para emergência	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()

PARTE 2- Esta parte do questionário pretende conhecer como as pessoas se sentem em seu trabalho. A seguir, você encontrará várias frases que representam possíveis situações corriqueiras ou do cotidiano no trabalho.

Sua tarefa consiste em ler cada frase cuidadosamente e dizer se ela expressa ou não algo que ocorre com você no seu trabalho. Para responder, escolha o ponto da escala abaixo que melhor descreva a sua situação e escreva o número sobre a linha que aparece a esquerda de cada frase.

01) Eu me sinto frustrado com meu trabalho	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
02) Trato alguns pacientes com distanciamento	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
03) Eu me sinto cheio de energia para trabalhar	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
04) Meu trabalho me faz sentir como se estivesse "num beco sem saída"	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
05) Sinto-me emocionalmente vazio com meu trabalho	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
06) Trato alguns pacientes com indiferença, quase de forma mecânica	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
07) Trabalhar em parceria com os pacientes me estimula	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
08) Eu me sinto inútil no meu trabalho	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
09) Quando me levanto de manhã, sinto cansaço só de pensar que tenho que encarar mais um dia de trabalho	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
10) Acho que estou trabalhando demais no meu emprego	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
11) Sinto que alguns pacientes são "meus inimigos"	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
12) Acho que trato adequadamente os problemas dos pacientes	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()

13) Sinto-me desesperado com meu trabalho	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
14) Sinto que a carga emocional do meu trabalho é superior àquela que posso suportar	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
15) Meu trabalho afeta negativamente meu bem-estar psicológico	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
16) Meu trabalho me exige mais do que posso dar	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
18) Compreendo facilmente os sentimentos dos pacientes	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
19) Acho que meu trabalho parece sem sentido	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
20) Eu me sinto sugado pelo meu trabalho	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
21) Eu me sinto desgastado com meu trabalho	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
22) Sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
23) Acho que as coisas que realizo no meu trabalho valem a pena	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
24) Trato alguns pacientes com cinismo	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
25) Eu me sinto deprimido com meu trabalho	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
26) Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
27) Enfureço-me com alguns pacientes	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
28) Eu me sinto identificado com meu trabalho	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
29) Evito o relacionamento com a chefia	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
30) Sinto-me infeliz com meu trabalho	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
31) Meu trabalho afeta negativamente minha saúde física	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
32) Trato alguns pacientes com frieza	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
33) Eu me sinto desanimado com meu trabalho	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
34) Acho que realizo meu trabalho inadequadamente	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
35) Sinto-me esgotado ao final de um dia de trabalho	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
36) Fico de mau humor quando lido com alguns pacientes	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
37) Eu me sinto saturado com meu trabalho, doente, exausto	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
38) Sinto vontade de me isolar no ambiente de trabalho	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
39) Meu trabalho me faz sentir emocionalmente exausto	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
40) Perco a paciência com alguns pacientes	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()

41) Sinto que meu trabalho está me destruindo	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
42) Meu trabalho me faz sentir como se estivesse no limite das minhas possibilidades	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
43) Evito o trato com alguns pacientes	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
44) Eu me sinto desiludido com meu trabalho	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
45) Eu me sinto rejeitado por alguns pacientes	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
46) Evito o relacionamento com meus colegas de trabalho	Nunca ()	Raramente ()	Algumas vezes ()	Freqüentemente ()	Sempre ()

PARTE 3- Esta parte do questionário deve ser respondida de acordo com o que com que o(a) senhor(a) percebe no seu ambiente de trabalho. Responda cada item considerando a situação REAL do dia-a-dia na sua unidade.

Exemplo:

São desinteressantes as atividades realizadas no PSF	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	São interessantes as atividades realizadas no PSF
--	--	---

Interpretação:

No exemplo, o respondente colocou um X sobre o numero 6 da escala, o que significa que ele considera as atividade que realiza no PSF interessante.

Para marcar a escala, utilize o seguinte raciocínio. Quanto mais perto do nº 6 você marcar, significa que você concorda mais com a frase da direita.

Quanto mais perto do nº 1 você marcar, significa que você concorda mais com a frase da esquerda.

1.	Nenhum(a) profissional da minha USF sabe o que os demais estão fazendo.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	Todos(as) profissionais da minha USF sabem o que está sendo feito pelos(as) outros(as) profissionais.
2.	O(a) coordenadora(a) do meu Distrito Sanitário (DS) toma decisões importantes sem a opinião da equipe dos PSFs.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	O(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS) toma decisões importantes com a opinião da equipe dos PSFs
3.	Nenhum trabalho meu, mesmo de qualidade, é valorizado.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	Os bons trabalhos que executo são valorizados no meu local de trabalho.
4.	No meu local de trabalho os(as) profissionais não têm clareza quanto ao padrão de desempenho deles esperado.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	No meu local de trabalho os (as) profissionais sabem claramente o padrão de desempenho que deles é esperado.
5.	Na minha equipe ninguém se preocupa com a obtenção de resultados.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	É grande a preocupação com a obtenção de resultados na minha equipe.
6.	No meu local de trabalho há pessoas protegidas pelo(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS) e outras ignoradas.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	O(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS) dispensa tratamento igual a todos que estão sob sua liderança.
7.	Minha competência é ignorada pelo(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS).	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	O(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS) reconhece minha competência.
8.	Não é dada liberdade para expressão de sentimentos e pensamentos no meu local de trabalho.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	No meu local de trabalho é dada liberdade para expressão de sentimentos e pensamentos.
9.	As pessoas da minha equipe não assumem compromisso com os serviços, mesmo quando é solicitado pelo(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS).	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	Na minha equipe o compromisso com os serviços é assumido com disposição, sem precisar cobrança do(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS).
10.	Na minha Unidade as diretrizes do SUS não são conhecidas pelos funcionários.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	Na minha Unidade as diretrizes do SUS são conhecidos pelos funcionários.
11.	Na minha equipe é inadequada a divisão de tarefas, sobrecarregando mais algumas pessoas do que outras.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	É adequada a distribuição de tarefas na minha equipe, não havendo sobrecarga para ninguém.
12.	Não percebo clareza nas atitudes do(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS).	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	A clareza é uma constante nas atitudes do(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS).
13.	O reduzido número de profissionais constitui um problema no desenvolvimento das atividades na minha Unidade.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	O número de profissionais na minha Unidade é suficiente para o desenvolvimento das atividades.
14.	O sentimento de cooperação não é estimulado pelo(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS).	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	O sentimento de cooperação é estimulado pelo(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS).
15.	Não tenho orgulho de fazer parte desta USF.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	Sinto-me orgulhoso de trabalhar desta USF.
16.	A preocupação, na minha Unidade, continua sendo as tarefas do dia a dia, não importando a satisfação do paciente/usuário.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	Hoje, a preocupação na minha Unidade é proporcionar produtos e serviços que satisfaçam ao paciente/usuário.
17.	As solicitações do(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS) são muito confusas.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	O(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS) faz solicitações muito claras.
18.	Nunca sou elogiado pelos trabalhos de qualidade que realizo.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	Sempre recebo elogios pelos trabalhos de qualidade que realizo.

19.	No trabalho não me sinto estimulado nem motivado pelo(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS).	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	O(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS) me transmite entusiasmo e motivação para o trabalho.
20.	Sou tratado(a) com indiferença e desrespeito pelos meus colegas de Unidade.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	Sou tratado(a) com estima respeito pelos meu colegas de Unidade.
21.	O(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS) nunca está disposto a receber críticas relativas ao trabalho.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	O(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS) é receptivo a críticas relativas ao trabalho.
22.	Os treinamentos oferecidos não foram importantes para o meu aperfeiçoamento profissional.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	Os treinamentos foram muito importantes para o meu aperfeiçoamento profissional.
23.	Esta USF é o pior local para se trabalhar.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	Este USF é o melhor local para se trabalhar.
24.	O(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS) é mais preocupado com a punição de culpados do que com a solução dos problemas.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	É mais importante, para o(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS), solucionar os problemas do que punir culpados.
25.	Minhas atividades não me permitem aprender coisas novas.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	Realizando minha atividades consigo aprender coisas novas.
26.	O(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS) é insensível para os fatos que ocorrem com as pessoas	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	O(a) coordenador(a) do meu Distrito Sanitário (DS) tem sensibilidade e compreensão suficientes pra os fatos que ocorrem com as pessoas.
27.	Não são claros os direitos e deveres dos(as) profissionais na minha Unidade.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	Existe muita clareza, na minha Unidade, quanto aos direitos e deveres dos(as) profissionais.
28.	A relação número de atendimentos / jornada de trabalho compromete a qualidade dos trabalhos que realizo.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	A relação número de atendimentos /jornada de trabalho não compromete a qualidade dos trabalhos que realizo.
29.	Em conversas com amigos, nunca faço boas referências sobre o meu local de trabalho	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	Em conversas com amigos, sempre me refiro ao meu local de trabalho como uma grande organização para a qual é ótimo trabalhar.
30.	As pessoas no meu local de trabalho não têm clareza sobre atribuições do seu cargo na ESF.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	As atribuições são claramente definidas para todas as pessoas no meu local de trabalho.
31.	Na minha Unidade valoriza-se mais o cumprimento do horário do que a qualidade do trabalho executado.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	Na minha Unidade é mais importante a qualidade do trabalho executado o que o cumprimento do horário.
32.	De nada valerem, em meu benefício, o tempo e esforço dedicados ao PSF	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	Para mim, valerem muito o tempo e esforço dedicados ao PSF
33.	Não há preocupação alguma em se buscar uma melhor maneira de fazer os trabalhos em minha Unidade.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	Na minha Unidade é constante a preocupação em se buscar um melhor maneira de se fazer os trabalhos.
34.	Nunca tive oportunidade de participar de treinamento oferecido pelo PSF	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	Tenho participado de muitos treinamentos oferecidos pelo PSF
35.	As informações necessárias para o bom desempenho das tarefas não são repassadas a todos os funcionários	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	As informações necessárias para o bom desempenho das tarefas são sempre repassadas a todos os funcionários.
36.	O número de profissionais na minha Unidade é insuficiente para o desempenho das tarefas.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	Na minha Unidade, o número profissionais é adequado para o desempenho das tarefas
37.	O número de atendimentos sob a minha responsabilidade é excessivo face ao meu horário de trabalho.	[1] [2] [3] [4] [5] [6]	O número de atendimentos sob a minha responsabilidade é compatível com meu horário e trabalho.

QUESTIONÁRIO BIO-DEMOGRÁFICO

Marque uma alternativa, e preencha quando necessário.

1. Sexo: Feminino () Masculino ()
2. Idade: _____

3. Estado civil: casado/junto () solteiro () separado ()
4. Filhos: Sim () Não ()
5. Nível de escolaridade? Nível médio completo () Nível técnico () Nível superior ()
6. Qual sua profissão? ACS () Enfermeiro () Técnico de enfermagem () Médico () Dentista () Auxiliar de consultório dentário ()
7. Há quanto tempo atua em sua profissão? _____
8. Há quanto tempo atua na rede pública de saúde? _____
9. Há quanto tempo trabalha no PSF que está atualmente? _____
10. Qual seu vínculo empregatício? Concursado () Serviço prestado ()
11. Qual a sua carga de horário semanal de trabalho? _____
12. Quantos usuários atende (por dia) no PSF? _____
13. Possui outros locais de trabalho, além deste PSF? Sim () Não ()
14. Qual a sua remuneração mensal? _____
15. Quantas famílias são atendidas por esta unidade ? _____

APÊNDICE B – Estrutura das categorias da Escala de Avaliação da ESF (original, antes da validação)

ESTRUTURA DAS CATEGORIAS DA ESCALA DO PSF			
<i>CATEGORIAS</i>	<i>SUBCATEGORIAS</i>	<i>Nº DO ITEN NA ESCALA</i>	<i>Hipóteses medidas</i>
Condições de Atendimento no	1.1 - Infra-estrutura Física	1 5	H5
	1.2. Equipamentos e instrumentos	24	H6

PSF	MATERIAIS 1.3. Insumos 1.4 Vacinas 1.5 Remédios 1.6 Contraceptivos		H7 H8 H9 H10 e H11
Sistema de Referência e contra-referência		6 12 19 14	H12
Acessibilidade ao atendimento		20 23 29 15	H13 e H14
Trabalho em equipe interdisciplinar		10 2	H15 e H16
Compreensão da equipe a respeito do trabalho em PSF		18 22 26	H 17 a H18

Capacitação profissional		17 8 21 11	H19
---------------------------------	--	---------------------	------------

APÊNDICE C – Definição operacional das categorias originais

DEFINIÇÃO OPERACIONAL DAS CATEGORIAS		
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	DEFINIÇÕES OPERACIONAIS
Condições de Atendimento no PSF Correspondem às crenças que os profissionais têm em relação aos elementos essenciais que possibilitam que o PSF preste um atendimento de qualidade a comunidade, ligados à infra-	1.1 - Infra-estrutura Física 1.2.Equipamentos e instrumentos	Reflete as crenças que os profissionais do PSF têm sobre as condições de atendimento das Unidades de Saúde da Família no que se refere aos aspectos de infra-estrutura física e instalações, à manutenção de materiais permanentes (equipamentos).

<p>estrutura física, equipamentos, insumos, remédios e contraceptivos.</p>	<p>MATERIAIS</p> <p>1.3. Insumos</p> <p>1.4 Vacinas</p> <p>1.5 Remédios</p> <p>1.6 Contraceptivos</p>	<p>Reflete as crenças que os profissionais do PSF têm sobre as condições de atendimento das Unidades de Saúde da Família no que se refere à manutenção de materiais permanentes da USF (equipamentos) e dos instrumentos que estes manuseiam.</p> <p>Reflete as crenças que os profissionais do PSF têm sobre a disponibilidade de insumos para realização de seu trabalho.</p> <p>Reflete as crenças que os profissionais do PSF têm sobre a disponibilidade de vacinas na USF.</p> <p>Reflete as crenças que os profissionais do PSF têm sobre a disponibilidade de remédios para distribuir aos usuários.</p> <p>Reflete as crenças que os profissionais do PSF têm sobre a disponibilidade de contraceptivos para distribuir aos usuários.</p>
<p>Sistema de Referência e contra-referência Refere-se às crenças dos profissionais sobre a relação existente entre o PSF e o Centro de Referência, no que se refere ao encaminhamento no nível de média complexidade.</p>		<p>Reflete as crenças dos profissionais do PSF sobre a resolutividade do encaminhamento do PSF ao Centro de Referência.</p>

Acessibilidade ao atendimento Corresponde às crenças dos profissionais a cerca da sobrecarga de trabalho e da possibilidade de atender a toda a demanda		Reflete a crença dos profissionais no que diz respeito a sobrecarga de trabalho e ao atendimento a toda a demanda dos usuários.
Trabalho em equipe interdisciplinar Reflete às crenças dos profissionais sobre o trabalho em equipe interdisciplinar		Reflete as crenças que os profissionais tem sobre o trabalho em equipe interdisciplinar.
Compreensão da equipe a respeito do trabalho em PSF Reflete as crenças que os profissionais tem sobre os idéias do PSF, buscando apreender se este compreendem o programa.		Reflete as crenças que os profissionais tem sobre os idéias do PSF, buscando apreender se estes compreendem o programa, seu trabalho preventivo e diferenciam este do posto de saúde.
Capacitação profissional Reflete as crenças dos profissionais da Equipe de Saúde da Família sobre a existência, frequência e qualidade das capacitações profissionais e treinamentos oferecidos pelos gestores municipais de saúde.		Reflete as crenças dos profissionais da Equipe de Saúde da Família sobre a existência de capacitações para o trabalho no PSF.

APÊNDICE D – Escala de Avaliação da ESF pelos Profissionais (após validação)

Marque a opção que melhor corresponde à avaliação que você faz do seu contexto de trabalho na Estratégia Saúde da Família

1 Neste seu local de trabalho, os atendimentos são feitos em salas adequadas.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
2 Os equipamentos (cadeira do dentista, balança) da USF (PSF) estão em boas condições de uso.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
3 Os instrumentos (estetoscópio, prancheta, termômetro) da USF (PSF) existem em quantidade suficiente.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
4 As condições do prédio da USF (PSF) em que trabalho são adequadas.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
5 A central de marcação para o encaminhamento dos pacientes é eficiente.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
6 Os equipamentos (cadeira do dentista, balança) da USF (PSF) existem em quantidade suficiente.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()

7 Fui capacitado(a) pela Secretaria de Saúde para o trabalho que realizo no PSF.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
8 A equipe do PSF se reúne para discutir os casos dos pacientes.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
9 Os profissionais contratados para atuar no PSF são treinados para trabalhar com a comunidade.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
10 Existem vagas suficientes para o encaminhamento dos pacientes para médicos especialistas e exames.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
11 Os instrumentos (estetoscópio, prancheta, termômetro) que utilizo na USF (PSF) estão em boas condições de uso.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
12 A contra-referência (retorno ao PSF dos pacientes que foram encaminhados para atendimentos em níveis de saúde mais complexos) é satisfatória.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
13 A Secretaria de Saúde oferece cursos de capacitação para os profissionais do PSF	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
14 A referência para atendimentos em níveis de saúde mais complexos é satisfatória.	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()

15. Marque a opção que corresponde a frequência com que FALTAM cada tipo de material:

1. Luvas	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
2 Gases	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
3. Máscaras	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
4. Amálgama para o dentista	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
5. Seringas descartáveis	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
6. Vacinas	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
7. Anestesia	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
8. Remédios	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
9. Camisinhas	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()
10. Anticoncepcionais	Nunca ()	Raramente ()	Freqüentemente ()	Sempre ()

