



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

DOUTORADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AVALIAÇÃO DAS CRENÇAS DOS
PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM MUNICÍPIOS RURAIS PARAIBANOS

SUENNY FONSÊCA DE OLIVEIRA

João Pessoa-PB

Março/2010

SUENNY FONSÊCA DE OLIVEIRA

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AVALIAÇÃO DAS CRENÇAS DOS
PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM MUNICÍPIOS RURAIS PARAIBANOS

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em
Psicologia da Universidade Federal da Paraíba,
pela aluna Suenny Fonsêca de Oliveira como
requisito para obtenção do título de Doutora em
Psicologia Social.

João Pessoa/PB

Março/2010

O48e *Oliveira, Suenny Fonsêca de.*

Estratégia saúde da família: avaliação das crenças dos profissionais que atuam em municípios rurais paraibanos / Suenny Fonsêca de Oliveira. - - João Pessoa: UFPB, 2010.

234 f.: il.

Orientador : Francisco José Batista de Albuquerque.

Tese (Doutorado) – UFPB/CCHLA.

1.Psicologia social. 2.Programas sociais-Avaliação. 3.Profissionais da saúde.

UFPB/BC

CDU: 316.6(043)

**ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AVALIAÇÃO DAS CRENÇAS DOS
PROFISSIONAIS QUE ATUAM EM MUNICÍPIOS RURAIS PARAIBANOS**

Suenny Fonsêca de Oliveira

Tese aprovada em 15 de março de 2010

BANCA EXAMINADORA

Presidente da banca - Orientador
Prof. Dr. Francisco José Batista de Albuquerque
Universidade Federal da Paraíba

Relatora
Prof^a Dr^a Ana Alayde Werba Saldanha
Universidade Federal da Paraíba

Examinador Interno
Prof. Dr. Joseli Bastos da Costa
Universidade Federal da Paraíba

Examinador Externo
Prof. Dr. Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho
Universidade Federal de Alagoas

Examinador Externo
Prof^a Dr^a Luciana Mourão Cerqueira e Silva
Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO (Niterói/RJ)

A todos aqueles que acreditam na equidade do sistema de saúde público brasileiro e aos meus pais, que nunca permitiram que eu perdesse a esperança...

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser a fonte da minha vida.

Aos meus pais, por nunca me permitirem desanimar e serem, antes de tudo, minha âncora, meu apoio, meu refúgio.

Ao Prof. Francisco Albuquerque, meu orientador.

Aos amigos dessa longa jornada, em especial Maria Quitéria, Jorge Artur e Cynthia Melo.

Aos professores que participaram da minha formação, e mais especificamente os que compõem o corpo docente da graduação e pós-graduação da UFPB.

A minha coordenadora Rayne Borges e aos colegas de trabalho pelas ausências e distanciamento necessários e pela compreensão demonstrada nesses momentos.

Aos profissionais que participaram desta pesquisa, pois sem eles nada poderia fazer.

E a todos que irão ler este trabalho, o meu MUITO obrigado!

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) consiste numa política pública destinada à assistência básica de saúde provendo serviços de prevenção, educação e proteção à saúde da comunidade. Como toda política governamental, a ESF deve ser avaliada com o intuito de incrementar suas ações, bem como para identificar se a estratégia tem alcançado seus objetivos e surtido impactos positivos na população-alvo. Diversos autores alertam para a necessidade de se inserir nas avaliações os atores que estão direta e indiretamente ligados aos programas sociais (beneficiários, prestadores de serviço, gestores), pois as variações de suas percepções podem ter influência relevante na consecução e aceitação do programa, assumindo desta forma um caráter metodológico que não pode ser negligenciado. O presente estudo tem como foco principal é a equipe de saúde que constitui a ESF. Suas crenças sobre saúde preventiva, atitudes sobre a população, e os meios que dispõe para efetivar o seu trabalho, são variáveis fundamentais para embasar a estruturação de um programa que visa atender a população carente de modo preventivo. Neste sentido, o presente estudo objetivou avaliar a ESF a partir das crenças dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (EqSF) que trabalham em municípios do ambiente rural do Estado da Paraíba. A hipótese geral deste estudo é que a avaliação dos profissionais das EqSF acerca da ESF (variável conseqüente) será resultado das crenças dos profissionais acerca dos fatores do modelo teórico final que orienta a tese, bem como do perfil sócio-profissional dos trabalhadores da equipe da ESF, como o nível de escolaridade, a categoria profissional a que pertencem e a mesorregião em que a ESF em que trabalham está implementada (variáveis antecedentes). Para alcançar tais objetivos, foram realizadas três etapas subseqüentes: procedimentos de construção e validação do instrumento avaliativo (estudos 1 e 2 respectivamente) e avaliação da ESF (estudo 3). O estudo 1 visou construir a Escala de Avaliação da ESF EqSF com uma amostra não-probabilística, por quota, de 220 profissionais das seis categorias da ESF de seis municípios da Paraíba. Os dados da escala foram tratados através do pacote estatístico SPSS por meio do qual foram realizadas estatísticas descritivas e inferenciais que mostraram a emergência de cinco fatores que explicam conjuntamente 39,08% da variância total da escala e apresentam autovalores (*eigenvalues*) superiores a 1 e consistência interna (α) geral de 0,87, o que indica uma boa homogeneidade e consistência dos itens. A versão final da Escala de Avaliação da ESF pela EqSF foi aplicada a uma amostra não-probabilística, por quota, na qual foram escolhidos 10 municípios de cada mesorregião paraibana utilizando-se o critério de distribuição populacional (menos de 25mil habitantes), totalizando 40 municípios. Participaram dos demais estudos 812 profissionais de saúde das seis categorias que compõem a equipe da ESF (médicos, enfermeiro, dentistas, ACS, ACD e auxiliar de enfermagem). De modo geral, a amostra pesquisada mostrou-se suficiente para examinar as diferenças de crenças dos profissionais de saúde no tocante às variáveis sócio-profissionais apresentando os seguintes resultados principais: 1) os profissionais que atuam em municípios sertanejos da Paraíba avaliaram mais negativamente do que os profissionais da EqSF das demais mesorregiões quatro dos cinco fatores da ESF sob análise; 2) houve diferenças nas avaliações da ESF segundo a categoria profissional revelando crenças diferenciadas segundo a profissão e o fator da ESF analisado; 3) os profissionais da EqSF com nível de escolaridade médio/técnico avaliaram a acessibilidade ao atendimento (fator III), a compreensão da ESF (fator IV) e a capacitação profissional (fator V) de modo mais positivo do que os profissionais de nível superior. Os achados proporcionados pela tese revelam aspectos tanto positivos quanto negativos da estratégia que podem ser modelados no sentido de corrigir as rotas para otimizar as ações deste modelo assistencial em saúde nas localidades pesquisadas.

Palavras-chave: Avaliação de programas sociais, ESF, profissionais de saúde

ABSTRACT

The Family Health Strategy (ESF) consists in a public policy aimed at basic health care providing services of prevention, education and protection to the health of the community. Like any government policy, the ESF should be evaluated in order to enhance their actions and to identify whether the strategy has achieved its objectives and assorted positive impacts in the target population. Several authors warn to the need for introduce in the analysis the actors who are directly and indirectly related to social programs (beneficiaries, service providers, administrators), because the changes in their perceptions may have important influence on the achievement and acceptance of the program, assuming thus a methodological character that can not be disregarded. The present has as main focus the healthcare team that composes the ESF. Their beliefs about prevention health, attitudes about population and the means available to accomplish their work, are fundamental variables to base the structuring of a program that aims to serve the poor population in a preventive way. In this sense, the present study aimed to evaluate the ESF from the beliefs of professionals in the Family Health Team (EqSF) who work in municipalities in rural environment of the State of Paraíba. The general hypothesis of this study is that the assessment of EqSF professionals about ESF (consequent variable) will be the result of professionals' beliefs about the factors of the final theoretical model that guides the thesis, as much as of the socio-professional profile of the workers of ESF, such as education level, occupational category to which they belong and the mesoregion where the ESF in which they work is implemented (antecedent variables). To achieve these goals, there have been done three subsequent steps: construction and validation procedures of the evaluative instrument (studies 1 and 2 respectively) and evaluation of ESF (study 3). Study 1 aimed to build the Rating Scale of ESF by EqSF with a non-probability sample, by quota, of 220 professionals of the six categories of the ESF in six municipalities of Paraíba. The scale data were processed using the statistical package SPSS through which were performed descriptive and inferential statistics that showed the emergence of five factors, which explain jointly 39.08% of the total variance of the scale and have eigenvalues (*eigenvalues*) greater than 1 and general internal consistency (α) of 0.87, which indicates a good homogeneity and consistency of the items. The final version of the Rating Scale of the ESF by EqSF was applied to a non-probability sample, by quota, in which 10 municipalities were chosen from each mesoregion of Paraíba using the criterion of population distribution (less than 25 thousand people), totalizing 40 municipalities. Participated in the other studies 812 health professionals from the six categories that make up the ESF team (doctors, nurses, dentists, ACS, ACD and nursing assistants). In general, the sample studied was shown to be sufficient to examine the differences in beliefs of health professionals in regard to socio-professional variables presenting the following major results: 1) professionals who work in inlander municipalities of Paraíba evaluated more negatively than professionals of EqSF from the other mesoregions four of the five factors of the ESF under analysis, 2) there were differences in ratings of ESF according to the occupational category revealing differentiated beliefs according to the profession and the ESF factor analysis, 3) professionals of EqSF with medium/technical education level evaluated the accessibility of care (factor III), the understanding of the ESF (factor IV) and job qualifying (factor V) more positively than higher level professionals. The findings provided by the thesis reveal both positive and negative aspects of the strategy that can be shaped in order to correct the routes to optimize the actions of this health care model in the researched locations.

Keywords: Evaluation of social programs, ESF, health professionals

SUMÁRIO

RESUMO.....	vii
ABSTRACT.....	viii
LISTA DE TABELAS.....	xi
LISTA DE FIGURAS.....	xiii
LISTA DE SIGLAS.....	xiv
INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I – PANORAMA DA SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO: ANÁLISE EMPÍRICA.....	21
1.1 Apreciação de indicadores de saúde no Brasil	22
1.2 Análise comparativa do gasto público e financiamento do sistema sanitário.....	35
1.3 Modelo sanitário universal.....	44
1.4 Histórico da Estrutura de Saúde Pública no Brasil.....	46
1.5 Implementação da ESF no Brasil: análise crítica.....	51
1.6 Parâmetros da Estratégia Saúde da Família na Paraíba.....	60
CAPÍTULO II AVALIAÇÃO DA ESF A PARTIR DAS CRENÇAS: ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS.....	68
2.1 Considerações acerca da avaliação de programas sociais em saúde.....	72
2.2 Compreendendo as crenças dos profissionais de saúde.....	82
3 OBJETIVOS E HIPÓTESES.....	103
3.1 Objetivo Geral.....	103
3.2 Objetivos específicos.....	103
3.3 Hipóteses.....	103
4 MÉTODO.....	105
4.1 Delineamento.....	105
4.2 Etapas da pesquisa.....	106
4.2.1 Estudo 1: Construção e validação de uma medida psicométrica para avaliar a ESF.....	108
4.2.2 Estudo 2: Avaliação da ESF pela EqSF.....	121
5 RESULTADOS.....	124
5.1 Parâmetros teórico-metodológicos e qualidade psicométrica da escala.....	124
5.2 Padronização e análise descritiva dos itens.....	130
5.3 <i>Ranking</i> das cidades segundo a avaliação por tercil.....	135
5.4 Avaliação geral da ESF por mesorregião.....	143

5.5 Avaliação geral da ESF por categoria profissional e nível de escolaridade.....	146
6 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	151
6.1 Parâmetros psicométricos da Escala de Avaliação da ESF pela EqSF.....	151
6.2 Compreendendo as normas e as análises descritivas dos itens.....	151
6.3 Compreendendo a avaliação geral da ESF por mesorregião.....	157
6.4 Avaliação geral da ESF por categoria profissional e nível de escolaridade.....	160
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	168
8 REFERÊNCIAS.....	170
APÊNDICES.....	178
APÊNDICE A – Quadro de hipótese da tese.....	179
APÊNDICE B – Definição constitutiva das subcategorias da Avaliação do PSF pela ESF.....	182
APÊNDICE C – Avaliação da ESF por município pesquisado.....	183

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Comparação de indicadores de saúde entre países	31
Tabela 2. Comparação de indicadores de recursos destinados a saúde pelo Governo....	38
Tabela 3. Comparação do PIB destinados a saúde (pública e privada) pelo Governo...	40
Tabela 4. Comparação de gastos <i>per capita</i> com saúde pelo Governo.....	42
Tabela 5. Evolução do financiamento da saúde no Brasil segundo cinco indicadores..	58
Tabela 6. Composição do gasto público no Brasil por funções.....	59
Tabela 7. Evolução da cobertura de ESF na Paraíba.....	61
Tabela 8. Evolução da cobertura e investimento de recursos na estratégia ESF no Brasil.....	64
Tabela 9. Hipóteses centrais da tese.....	104
Tabela 10. Frequência dos profissionais da EqSF por categoria.....	108
Tabela 11. Índices de correlação entre os juízes e itens finais do instrumento-piloto...	114
Tabela 12. Número de itens por categoria e subcategorias.....	116
Tabela 13. Municípios estudados distribuídos por mesorregião.....	118
Tabela 14. Distribuição de frequência e percentual do perfil da amostra.....	118
Tabela 15. Distribuição de frequência de participantes por município da Paraíba.....	119
Tabela 16. Análise Fatorial Exploratória com método dos Componentes Principais....	124
Tabela 17. Mínimo, máximo, média e desvio padrão dos constructos estudados.....	132
Tabela 18. Avaliação por fator dos profissionais de saúde acerca da ESF segundo Tercis.....	135
Tabela 19. Avaliação dos municípios da mesorregião Zona da Mata segundo tercil.....	136
Tabela 20. Avaliação dos municípios da mesorregião Agreste segundo tercil.....	138
Tabela 21. Avaliação dos municípios da mesorregião Borborema segundo tercil.....	139

Tabela 22. Avaliação dos municípios da mesorregião Sertão segundo tercil.....	140
Tabela 23. Frequência dos municípios por avaliação da ESF em cada fator.....	142
Tabela 24. ANOVA da avaliação dos profissionais segundo mesorregiões paraibanas.	142
Tabela 25. Estatísticas descritivas da avaliação da EqSF por mesorregiões.....	144
Tabela 26. <i>Post Hoc</i> de <i>Sheffe</i> das mesorregiões pelos cinco fatores.....	145
Tabela 27. ANOVA da avaliação dos fatores segundo categorias profissionais.....	146
Tabela 28. Estatísticas descritivas da avaliação por categoria profissional.....	147
Tabela 29. <i>Post Hoc</i> de <i>Sheffe</i> das categorias profissionais pelos cinco fatores.....	149
Tabela 30. Test <i>t</i> da avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade.....	150
Tabela 31. Estatísticas descritivas da avaliação por nível de escolaridade.....	150

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Campos de estudo do NEDRAPs envolvendo a estratégia Saúde da Família	17
Figura 2. Modelo hipotético de Avaliação da ESF pela EqSF.....	110
Figura 3. Representação hierárquica da Avaliação da ESF pela EqSF adaptado das categorias de Oliveira (2006).....	111
Figura 4. Modelo teórico final da avaliação da EqSF sobre a ESF.....	129
Figura 5. Avaliação do fator I: transformação linear do escore bruto em escore normatizado.....	132
Figura 6. Avaliação do fator II: transformação linear do escore bruto em escore normatizado.....	133
Figura 7. Avaliação do fator III: transformação linear do escore bruto em escore normatizado.....	133
Figura 8. Avaliação do fator IV: transformação linear do escore bruto em escore normatizado.....	134
Figura 9. Avaliação do fator IV: transformação linear do escore bruto em escore normatizado.....	134
Figura 10 Mesorregiões da Paraíba e localização geográfica.....	135

LISTA DE SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

EqSF - Equipe de Saúde da Família

PSF - Programa Saúde da Família

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NEDRAPs - Núcleo de Estudos sobre Desenvolvimento Rural e Avaliação de Programas

Sociais

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

INTRODUÇÃO

O Programa Saúde da Família (PSF), como fora primeiramente denominado, foi definido como Estratégia Saúde da Família (ESF) pela portaria nº 648, de 28 de março de 2006, por meio da qual se estabeleceu o PSF como estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a atenção básica tendo como fundamento base possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando, deste modo, os princípios básicos do SUS (Brasil, 2006).

O termo programa foi substituído pelo vocábulo estratégia devido ao caráter de finitude que sugere a palavra programa. Como estratégia de reorganização da atenção primária da saúde no Brasil, o PSF não prevê um tempo para finalizar suas ações (Brasil, 2006). Por esta razão, será utilizada nessa tese a sigla ESF para se referir à estratégia de atenção à saúde sob análise. Todavia, justifica-se o uso do termo PSF em algumas partes desta tese (como por exemplo, no instrumento e em alguns estudos da área) devido o caráter temporal, pois no momento da coleta de dados ainda era utilizada aquela nomenclatura para se referir à política pública voltada à saúde da população.

No tocante à sua finalidade, a ESF orienta a atenção primária de saúde no Brasil, possuindo metas e ações para serem desenvolvidas em prol da melhoria das condições de vida da população, mediante atividades e ações de prevenção primária, secundária e terciária de indivíduos no âmbito da comunidade. Estas ações são efetuadas por uma equipe multidisciplinar básica, composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um dentista, um auxiliar ou técnico de consultório dentário e, pelo menos, seis agentes comunitários de saúde, que acompanham os pacientes em casa e nas unidades de saúde.

Os profissionais da ESF atuam frequentemente na prevenção e no tratamento de doenças como hipertensão e diabetes, além de promoverem ações de cidadania e educação em

saúde, especialmente com crianças, gestantes e idosos. Esta estratégia é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e consiste na atenção mais básica à comunidade; contudo, está ligado a outros serviços de saúde de mais alta complexidade de forma continuada envolvendo a participação da população e de outros setores da sociedade.

Esta tese aborda diversas facetas da Estratégia Saúde da Família (ESF), especificamente daqueles que funcionam em cidades rurais da Paraíba, considerando as crenças dos profissionais de saúde nela envolvidos em relação ao seu trabalho e às condições laborais disponibilizadas pelos gestores municipais de saúde.

A compreensão da situação de saúde dos habitantes da zona rural é de extremo interesse tanto para a Psicologia Social quanto para as políticas públicas em saúde na medida em que os comportamentos referentes à saúde são influenciados por variáveis sócio-culturais e cognitivo-perceptuais – crenças, valores, atitudes (Paine & Dorea, 2004). Por conseguinte, estudos que visem avaliar a ESF em ambiente rural seriam de grande relevância tanto para suprir a literatura na área da Avaliação de Programas quanto para aprofundar o conhecimento acerca da prestação de serviços básicos de saúde em municípios de menor porte no interior do Brasil.

Destarte, o presente estudo é parte integrante de uma série de pesquisas de caráter avaliativo que foram desenvolvidas pelo Núcleo de Estudos sobre Desenvolvimento Rural e Avaliação de Programas Sociais (NEDRAPs/UFPB), com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e do Ministério da Saúde, que visaram avaliar o sistema de saúde dos municípios rurais, e mais especificamente a Estratégia Saúde da Família (ESF), englobando trabalhos que buscam acessar as crenças dos diversos atores sociais envolvidos (gestores, conselheiros, profissionais de saúde, usuários e não-usuários) acerca dessa estratégia de atuação em saúde (ver figura 1).



Figura 1. Campos de estudo do NEDRAPs envolvendo a Estratégia Saúde da Família com destaque para a área desta tese

Para tal, objetiva-se identificar as crenças dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (EqSF) com o intuito de compreender, a partir delas, a realidade sanitária dos municípios rurais paraibanos no tocante a ESF. Os profissionais da ESF são responsáveis pela prestação dos serviços na “única fonte” destinada à atenção básica de saúde nestes municípios. Neste sentido, suas crenças são de extrema relevância, pois podem auxiliar na identificação dos entraves desta política pública, bem como na elaboração de planos de ação para incrementar as ações de saúde com o intuito de melhorar os serviços prestados à comunidade.

De modo geral, as crenças são as idéias e percepções de uma pessoa, consideradas por ela absolutas e verdadeiras, formadas a partir da visão que a pessoa tem de si e do mundo. Por conseguinte, é através das crenças que as pessoas interpretam todas as situações de suas

vidas. Rokeach (1981) afirma que todas as pessoas possuem diversas crenças que orientam julgamentos relativos aos eventos do mundo físico e social no qual estão inseridos. Seguindo esses pressupostos, pode-se dizer que as crenças dos profissionais de saúde podem orientar seus julgamentos sobre seu trabalho auxiliando-os a interpretar seu cotidiano laboral. Consequentemente, os ideais e as premissas que norteiam os programas, estratégias e serviços de saúde em que estes profissionais trabalham influenciariam suas crenças.

O autor afirma, ainda, que essas crenças incontáveis estão em um estado organizado em suas mentes, criando sistemas arquitetônicos cognitivos que possuem propriedades estruturais descritíveis e mensuráveis e que, por sua vez, possuem consequências comportamentais observáveis. Por conseguinte, as crenças dos profissionais de saúde acerca de seu trabalho podem ser concebidas como norteadoras de condutas e influenciadoras do atendimento à demanda de pacientes (público-alvo) dos serviços públicos de atenção primária à saúde.

Diante do exposto, as crenças da EqSF acerca da ESF são formas de compreensão de sua realidade laboral e podem desencadear reações comportamentais da equipe, comprometendo a qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade usuária desta estratégia de atuação. Logo, deve-se considerar a importância de conhecê-las, pois a partir das crenças dos profissionais da EqSF acerca da ESF poder-se-á planejar e aprimorar os treinamentos e as capacitações de seus trabalhadores abrangendo outros aspectos além dos técnicos, tendo em vista a melhoria no atendimento à comunidade assistida por esta estratégia.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo geral avaliar a ESF a partir das crenças de seus prestadores de serviços (profissionais da EqSF) que trabalham em diferentes municípios do ambiente rural do Estado da Paraíba com o intuito de compreender os fatores que influenciam o desempenho efetivo do trabalho destas equipes na ESF, possibilitando o êxito ou o fracasso desta estratégia de atenção à saúde.

Para galgar o objetivo em questão, esta tese propõe-se especificamente a: 1) construir e validar um instrumento de medida para avaliar a ESF a partir das crenças dos profissionais da equipe de trabalho desta estratégia; 2) avaliar a ESF em municípios de ambiente rural da Paraíba a partir das crenças dos profissionais das ESF; 3) comparar a avaliação dos profissionais da ESF segundo as mesorregiões paraibanas em que as equipes estão implementadas; 4) comparar a avaliação dos profissionais da ESF segundo a categoria profissional e nível de escolaridade desses trabalhadores.

Por conseguinte, o presente trabalho de doutorado consiste em uma investigação empírica que está dividida em duas partes: a primeira é onde se delimita a pesquisa e se contempla a fundamentação teórica, composta por dois capítulos.

O primeiro capítulo, **Panorama da saúde no Brasil e no mundo: análise empírica**, traz uma reflexão sobre o sistema de saúde brasileiro, compreendendo as motivações que levaram a adoção do modelo contemporâneo de assistência à saúde no país. Para tanto, essa análise é contextualizada e compreende uma comparação entre o Brasil e a América Latina, no que se refere ao sistema de seguridade social dos países dessa região, bem como às desigualdades sociais nos países latino-americanos, pois estas variáveis afetam (direta e indiretamente) os sistemas de saúde, bem como a prestação de serviços de assistência à saúde da população. Por fim, retoma-se o modelo atual de saúde brasileiro ancorado no Sistema Único de Saúde (SUS) e em sua estratégia de atuação de maior alcance em nível de atenção básica de saúde, a Estratégia Saúde da Família (ESF), para analisar criticamente os últimos 15 anos que correspondem à sua implantação e consolidação.

Avaliação da ESF a partir das crenças: aspectos teóricos e metodológicos, como é intitulado o segundo capítulo, aborda a questão da avaliação de programas como ferramenta essencial de gestão que pode auxiliar na descoberta dos entraves e pontos fortes das ações públicas fornecidas pelo Governo. Inicialmente, o capítulo conceitua a avaliação de políticas públicas e de programas sociais, fazendo reflexões acerca dos objetivos da avaliação

em saúde e do contexto histórico em que surgiu. Posteriormente, especificam-se os tipos de avaliações existentes com exemplos de estudos na área para facilitar a compreensão de cada modalidade avaliativa. Por fim, ressalta-se a relevância de avaliar esta estratégia a partir das crenças dos seus prestadores de serviço (profissionais de saúde), discutindo para tal, o conceito de crenças e suas implicações nas atitudes e comportamentos desses trabalhadores.

A segunda parte desta tese contempla tanto o objetivo geral quanto os objetivos específicos da pesquisa, com o intuito de orientar o leitor a compreender as pretensões da pesquisadora em relação ao objeto estudado. Em seguida, apresenta-se o método da pesquisa que engloba todos os procedimentos realizados, as tomadas de decisões no que se refere ao delineamento, às hipóteses, aos participantes, aos instrumentos, aos procedimentos e aos aspectos éticos, bem como às análises realizadas. A descrição pormenorizada destes tópicos auxilia na compreensão do tratamento dos dados, desde a sua coleta até sua análise, possibilitando que outros pesquisadores possam compreender os aspectos teórico-metodológicos norteadores da pesquisa ou ainda repliquem este estudo, caso tenham interesse.

A apresentação e discussão dos resultados, conclusões e considerações finais, últimos componentes desta tese, visam descrever o que foi encontrado na pesquisa, assim como fazer uma relação entre as hipóteses, os resultados e a literatura sobre avaliação da ESF com o intuito de alcançar os objetivos propostos.

Ademais, pretende-se com esta pesquisa avançar na compreensão da realidade concreta de um programa social deste porte na área da saúde, além de contribuir com a literatura brasileira sobre avaliação de programas e, mais especificamente, abordar a avaliação da ESF nas pequenas cidades do interior do país, apresentando dados provenientes de uma pesquisa empírica e que, quiçá, poderá servir de parâmetro para a análise das condições de saúde em municípios de outros estados com características semelhantes.

CAPÍTULO I PANORAMA DA SAÚDE NO BRASIL E NO MUNDO: ANÁLISE EMPÍRICA

Este capítulo pretende analisar o sistema de saúde brasileiro, compreendendo as motivações que levaram à reforma do sistema sanitário no país. Todavia, parece relevante não fazer uma análise descontextualizada, sendo prudente ampliar a visão de análise do nível micro para o nível macro, compreendendo os países da América do Sul e até mesmo a América Latina, já que os países dessas regiões possuem semelhanças culturais e socioeconômicas que podem ser significativas na compreensão da saúde de suas populações. Não obstante, parece relevante também comparar os indicadores do Brasil com o de alguns países norte-americanos e europeus com o intuito de situar as condições de saúde neste país no que se refere às condições sanitárias mundiais.

Neste sentido, o capítulo se inicia com uma comparação do Brasil com nove países, no tocante a um conjunto de cinco indicadores sanitários, pois, para compreender a situação sanitária brasileira é necessário analisar alguns indicadores sociais que mantêm relação direta com a qualidade de vida da população. Em seguida, é apresentada uma classificação dos países latino-americanos em relação às suas posições no *ranking* de sistemas de seguridade social, analisando os destaques nas prestações de serviços à população para cada país nas sub-regiões da América Central, da América do Sul e do Caribe. Posteriormente, as discussões centram-se especificamente nos sistemas de saúde dos países da América Latina, sendo exemplificados alguns sistemas e categorizados em função de seus gastos com a saúde.

Após a análise dos sistemas de saúde, segue uma reflexão acerca da relevância de inserir na discussão as desigualdades sociais nos países latino-americanos, pois estas afetam (direta e indiretamente) os sistemas de saúde de cada país. Neste momento faz-se uma apreciação geral da saúde na América Latina comparando os demais países ao Brasil. Por fim,

o capítulo termina com o exame do caso brasileiro desde a elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS) como determinação constitucional até a institucionalização do Programa Saúde da Família (ESF), posteriormente definidos como estratégia operacional da atenção básica. Este capítulo pretende também pontuar alguns entraves no sistema de saúde brasileiro, principalmente na prestação de serviços da atenção básica, bem como propor algumas possibilidades para melhoria da assistência à população.

1.1 Apreciação de indicadores de saúde do Brasil

A Estratégia Saúde da Família (ESF) está estruturada na lógica da atenção primária à saúde e se apresenta como uma estratégia para a construção de um novo modelo de atenção à saúde que aposta na indissociabilidade entre os trabalhos clínicos, a prevenção e a promoção da saúde. Tal como o SUS, ele incorpora em seus princípios e diretrizes a universalização do atendimento, a descentralização da gestão, a integralidade na atenção e a participação da comunidade nas decisões.

A proposta deste programa leva em consideração as variáveis sanitárias mas, não se limita aos aspectos biológicos delas, pois reconhece que o nível de saúde de uma comunidade está intimamente ligado ao seu nível de desenvolvimento socioeconômico-cultural. Como um dos deveres do Estado é promover boas condições de trabalho, alimentação, educação, moradia, lazer, e outras, que visam melhorar a qualidade de vida do seu povo e, conseqüentemente, a saúde, ele (o Estado) dispõe de instrumentos que desempenham a tarefa de mensurar o nível de saúde dos grupos sociais. Os instrumentos que medem a saúde de uma população são denominados de indicadores sanitários ou estatísticas de saúde que englobam, também, medidas indiretas por meio da análise de variáveis demográficas e socioeconômicas.

De maneira geral, os indicadores de saúde são usados para compreender a realidade de uma população, tanto do ponto de vista socioeconômico quanto em relação à

questão sanitária. Eles são importantes fontes de informação sobre o estado de saúde de uma dada localidade, bem como para o estabelecimento de ações de vigilância epidemiológica, e podem (devem) servir para que a gestão pública planeje ações com o intuito de garantir um bom nível de saúde à população.

Todavia, antes de aplicar qualquer medida de saúde a uma determinada coletividade, é necessário conhecê-la em função das suas necessidades mais urgentes. Em conformidade, estar ciente dos parâmetros sanitários torna-se prioritário para se planejar uma atuação e, posteriormente, reavaliar a situação de saúde da localidade em questão (Brasil, 2008). Isto implica que o conhecimento de indicadores de saúde pode ser utilizado numa avaliação de programas ou de ações de saúde, já que este saber permitiria detectar se as mudanças planejadas (e almejadas) foram alcançadas após a disponibilização do serviço avaliado.

Soares, Andrade e Campos (2001) compactuavam desta idéia quando afirmaram que um dos meios para se conhecer como se dá o processo saúde-doença na comunidade é elaborando um diagnóstico comunitário de saúde. Este tem por objetivo melhorar o nível de saúde da comunidade, através de dados sanitários sobre a população (estatísticas de doenças e de serviços públicos), com o intuito de avaliar e incrementar os planos de ação (programas de saúde), promovendo melhoria da saúde daquela comunidade. Por exemplo, pode-se selecionar e analisar um ou mais indicadores de saúde para avaliar se a Estratégia Saúde da Família está obtendo êxito na assistência à saúde de uma dada comunidade (cidade ou estado).

Além disso, os indicadores sanitários podem ser usados também para se comparar situações de saúde entre diversas localidades; por exemplo, comparar o número de famílias assistidas pela ESF e a cobertura da estratégia entre as cidades de um mesmo estado (os 223 municípios da Paraíba), ou ainda entre estados vizinhos (Paraíba e Rio Grande do Norte). Neste direcionamento, Vaughan e Morrow (1992) afirmam que a construção de indicadores

de saúde constitui-se como ferramenta de extrema relevância tanto para analisar a situação atual de saúde, como para fazer comparações e avaliar mudanças ao longo do tempo.

Neste sentido, este tópico se propõe a apresentar dados sócio-econômicos que influenciam as condições sanitárias de alguns países da América Latina, América do Norte e Europa para discutir como estes índices refletem na saúde da sua população.

O intuito desta apresentação é situar o Brasil nos parâmetros de países de referência em alguma área específica da saúde (tais como Cuba, Canadá, França e Espanha) para facilitar a compreensão das atuais configurações em que o sistema sanitário brasileiro se encontra. Ou seja, pretende-se observar os indicadores de saúde (diretos e indiretos) destas sociedades, analisando como eles podem estar associados à saúde coletiva. Esta análise pode facilitar a compreensão dos processos de elaboração de medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças de cada localidade estudada e situar o leitor na realidade de planejamento, administração e avaliação das ações de saúde em cada país.

Desta forma, a avaliação dos indicadores de saúde do Brasil comparativamente ao de países vizinhos (latino-americanos) e de diferentes regiões (norte-americanos e europeus) pode ser interessante para situar a realidade sanitária brasileira, bem como avaliar se o gerenciamento das estratégias de ação em saúde está indo em direção ao êxito. Para tal comparação foram selecionados os seguintes países: 1) Cuba, Uruguai, Argentina e México como representantes da América Latina; 2) Canadá e Estados Unidos compondo o quadro de países norte-americanos; e 3) Portugal, Espanha e França representando os países europeus. Cada país foi selecionado pela sua performance nos indicadores selecionados, bem como pelo seu desempenho no setor da saúde, sendo necessária uma breve explicação de cada situação sanitária.

Apesar dos diversos embargos políticos e das dificuldades econômicas enfrentadas, é sabido que Cuba possui um sistema de saúde pública extremamente desenvolvido, servindo de modelo para países de primeiro mundo. Baseada nos ideais

socialistas, a atenção primária voltada para a saúde da família teve início em 1960, contribuindo para a melhoria dos indicadores de saúde do país. Ochoa (2003) afirma que a campanha de alfabetização, que erradicou o analfabetismo do país, seguida da campanha pelo estímulo à continuidade da educação, também foram responsáveis pela melhoria de saúde da população, demonstrando a necessidade de ações integradas entre os diversos setores administrativos.

A Argentina e o Uruguai foram selecionados por serem países que, além de geograficamente muito próximos ao Brasil, possuem os mesmos problemas relacionados à saúde coletiva, todos influenciados pelas desigualdades sociais. A Argentina e o Uruguai, assim como o Brasil, por um lado ainda têm algumas doenças típicas de países em desenvolvimento, por exemplo, altos índices de mortalidade infantil, além de outras doenças típicas da pobreza, como as infecto-contagiosas e as relacionadas à má nutrição; e, por outro lado, têm que se preocupar com as enfermidades mais comuns nos países desenvolvidos, como as doenças cardiovasculares e os cânceres (Brasil, 2006).

O México, apesar de encontrar-se fisicamente mais distante do Brasil, possui as mesmas características anteriormente apresentadas pelo Uruguai e Argentina. Este país assemelha-se ao Brasil por também apresentar altos índices de desigualdades sociais em saúde, tal como observado em uma pesquisa que comparou diversas cidades latino-americanas, encontrando diferenças mais acentuadas no setor da saúde em São Paulo e na Cidade do México (Noronha & Andrade, 2005).

De modo geral, observa-se que os países latino-americanos foram selecionados pelas suas semelhanças sanitárias com o Brasil, tanto em relação aos problemas que enfrentam na saúde coletiva quanto os índices de desigualdades sociais apresentados, que acabam por influenciar a saúde naquelas populações.

Os países do bloco norte-americano (Estados Unidos e Canadá) e europeu (Portugal, França e Espanha) compõem a análise justamente para confrontar a realidade

apresentada acima com suas realidades sanitárias, bastante distintas das observadas nos países subdesenvolvidos. Ressalta-se aqui que os EUA, o Canadá, a França, a Espanha e Portugal são países que pertencem a uma organização internacional e intergovernamental: a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que agrupa os países mais industrializados da economia do mercado cujos membros estão comprometidos com os princípios da democracia representativa e da economia de livre mercado. No tocante à análise sanitária que será realizada, os princípios da democracia representativa refletem a adoção de uma cobertura universal nos sistemas nacionais de saúde por todos os países deste grupo (Piola, 2006).

Todavia, antes desta comparação, faz-se necessário abordar mais especificamente a questão dos indicadores de saúde para que se possa analisá-los de maneira mais consistente, compreendendo a dimensão dos dados apresentados.

É relevante saber que diversos tipos de indicadores podem ser utilizados (indicadores demográficos, epidemiológicos, político-sociais econômicos, entre outros) a fim de permitir uma descrição mais próxima da situação real do contexto avaliado. Podem-se citar os dados sobre a população (número de habitantes, idade, sexo, raça, etc.), os dados sócio-econômicos (renda, ocupação, classe social, tipo de trabalho, condições de moradia e alimentação), os dados ambientais (poluição, abastecimento de água, tratamento de esgoto, coleta e disposição do lixo), os dados sobre serviços de saúde (hospitais, ambulatórios, unidades de saúde, acesso aos serviços), os dados de morbidade (doenças que ocorrem na comunidade) e os eventos vitais (óbitos, nascimentos vivos e mortos, principalmente) (Brasil, 2008).

Os dados que formam os indicadores de saúde podem ser registrados de forma contínua; ou seja, sempre estão em processo de atualização no sistema (como no caso de óbitos, nascimentos, doenças de notificação obrigatória), de forma periódica, pontualmente em algum momento, de tempos em tempos (tal como o recenseamento da população, por

exemplo) ou podem, ainda, ser levantados de forma ocasional, como em pesquisas realizadas com fins específicos (por exemplo, um estudo para conhecer a prevalência da rubéola em uma comunidade, em um determinado momento) (Soares et al., 2001).

Ressalta-se que alguns desses dados são gerados de forma contínua a partir do próprio setor da saúde e compõem os sistemas de informação nacionais, administrados pelo Ministério da Saúde. De acordo com Carvalho (1997), há no Brasil cinco grandes bancos de dados nacionais que são continuamente alimentados: o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM); o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC); o Sistema de Informação sobre Agravos de Notificação (SINAN); o Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS) e o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS).

Soares et al. (2001) comentam ainda que, além dos cinco grandes sistemas de informação nacionais citados anteriormente, há outros que trabalham dados específicos e podem (ou não) ter abrangência nacional, entre os quais se destacam: o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o Sistema de Informação sobre Acidentes de Trabalho (SISCAT), o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI). Destes, o SIAB é o que captura informações da atenção básica de saúde e seus indicadores referem-se aos atendimentos efetuados pelo Programa Saúde da Família (foco de análise desta tese), sendo o banco de dados de maior interesse para este estudo.

De acordo com o relatório da Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa (Brasil, 2002), o SIAB destina-se à coleta de informações aplicadas ao planejamento, acompanhamento e avaliação das atividades dos agentes comunitários de saúde e das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nele estão contidos dados sobre o cadastro das famílias atendidas, incluindo dados demográficos, socioeconômicos, ambientais e culturais, além dos relativos à morbidade e à mortalidade. Os dados ali registrados referem-se a áreas específicas,

delimitadas segundo a capacidade de atendimento de cada Unidade de Saúde da Família (USF). Frequentemente, estes dados são coletados pelos agentes comunitários e demais profissionais da EqSF, sendo transferidos ao sistema pelas enfermeiras (coordenadoras técnicas das equipes) (Oliveira, 2006). Todavia, ele é restrito aos funcionários das esferas político-administrativas do setor da saúde e de difícil acesso.

Há evidências de que o volume de dados sobre nascimentos e óbitos, coletados pelo SIAB no interior da região Nordeste, supera os informados no SIM e no SINASC, indicando seu grande potencial para melhorar as estatísticas nacionais de saúde (Brasil, 2002). Por outro lado, há suspeitas de subnotificação e supernotificação de dados relativos a atendimentos de saúde pelo ESF em todo o país com o intuito de compatibilizá-los com a pactuação realizada entre municípios e estados, e estados e união, com o intuito de evitar a perda de recursos encaminhados ao programa.

Assim como no SIAB, as informações derivadas dos bancos de dados apresentam vantagens e limitações. Talvez a limitação mais importante seja o quanto elas refletem a saúde (ou ausência de saúde) da população que se deseja estudar. Um dos principais problemas dos indicadores de saúde é que eles não conseguem medir o nível de saúde de uma população, mas sim o nível de doenças e óbitos ocorridos entre as pessoas de uma dada localidade. Isto ocorre devido à amplitude da definição de saúde e, por conseguinte, da complexidade de se encontrar parâmetros para considerar uma pessoa totalmente saudável em todos os âmbitos definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (física, psíquica e socialmente saudável).

Outro obstáculo enfrentado pelos indicadores de saúde no Brasil é a falta de adequação dos registros. Segundo Soares et al. (2001), o termo “ponta de iceberg” é muito conhecido no âmbito da saúde para se referir à característica desses dados de representarem apenas uma parcela da população (a “ponta de iceberg”). Tome-se como exemplo os registros de nascimentos. Apesar da gratuidade deste documento, muitas pessoas ainda desconhecem

este direito, ficando à parte das estatísticas de saúde e de exercer sua plena cidadania. Este problema vem sendo minimizado através da realização de censos demográficos, mas poderia ser equacionado se estes registros fossem providenciados nas maternidades.

Entretanto, conforme Dallari (1987) “a inadequação dos indicadores sanitários, decorrentes de registros inadequados, é muito mais grave quando eles se baseiam em informações a respeito de doenças, uma vez que a maioria delas não é registrada” (p. 16). Mesmo antiga, a citação foi proposital para ilustrar como o problema da inadequação de registros e as informações de doenças e/ou óbitos continuam na atualidade contribuindo para diminuir o intervalo de confiança destes medidores.

Outro ponto de grande relevância ao se analisar a questão sanitária é a diversidade da situação sanitária em seus diferentes contextos, principalmente no que se refere ao Brasil e suas regiões. A diversidade extrema entre os níveis de qualidade de vida e de saúde dos brasileiros são influenciados pelo estágio de desenvolvimento econômico do ambiente onde estão inseridos.

Assim, qualquer diagnóstico no Brasil baseado exclusivamente em indicadores sanitários pode conter imprecisões. O diagnóstico local da situação sanitária é essencial para a garantia do direito à saúde, devido a questões culturais que podem camuflar os dados reais; como por exemplo, a subnotificação de óbitos ocasionado por HIV/AIDS, principalmente em indivíduos de nível socioeconômico elevado (Griep, 2004; Oliveira, Barreira, Santos & Latorre, 2004), que dificulta ainda mais o trabalho dos estatísticos da saúde que não consideram estes dados no diagnóstico local.

Observa-se, deste modo, que a elaboração de diagnósticos locais é necessária para superar as deficiências dos indicadores sanitários e; de uma maneira geral, ela é indispensável para que os indicadores de saúde nacionais possibilitem ao Brasil assegurar o direito à saúde dos seus cidadãos nos mais variados contextos socioeconômicos e culturais. Em concordância, Soares et al. (2001) recomendam outras formas de “medir” saúde, tais como as

entrevistas com lideranças comunitárias, a observação da realidade sanitária local, a desagregação dos indicadores em níveis geográficos menores; alertando para a necessidade de se buscar, simultaneamente, estas informações concomitantes às análises dos indicadores de saúde tradicionais.

Nesta perspectiva, a saúde deixa de ser concebida como uma preocupação meramente biológica, passando a ganhar significados econômicos e sociais. É importante ressaltar, ainda, que alguns dos indicadores de saúde refletem “médias” do que está acontecendo em uma população. Dessa forma, é indispensável considerar que um indicador “médio” pode estar, na realidade, camuflando importantes desigualdades no interior dessas populações. Logo, deve-se levar em consideração a fidedignidade dos dados que irão gerar informações sobre a realidade sanitária que se quer estudar. Ou seja, é preciso ter cuidado ao observar a qualidade dos dados de saúde e a cobertura do sistema de informação para que os indicadores deles derivados possam servir para comparar a situação de saúde entre diferentes locais em diferentes tempos, evitando-se conclusões equivocadas.

Os pesquisadores da área da saúde relatam grande dificuldade na escolha dos instrumentos que meçam apenas a saúde, ou melhor, a saúde como um todo; assim, para viabilizar o trabalho com este tipo de registro existem alguns indicadores diretos e outros indiretos da saúde. Os indicadores diretos são os que procuram informar especificamente sobre a condição de saúde dos indivíduos, sobre a ausência ou presença de doenças numa dada localidade. Os indiretos informam sobre as condições do ambiente ou dos serviços de saúde apresentados numa dada localidade. Ambos influenciam os níveis sanitários.

Observa-se que alguns indicadores mais gerais que procuram medir diretamente o nível de vida, tais como, a renda *per capita*, a distribuição da população urbana e rural, o nível de alfabetização, além daqueles que medem especificamente as condições de saúde: índices de mortalidade infantil, esperança de vida, cobertura da rede de abastecimento de água e esgoto, número de médicos por habitantes de uma população, entre outros; estão

significativamente interligados, podendo-se aceitar a premissa de que o nível de saúde de um município pode ser “explicado” pelas condições sócio-econômicas e políticas do mesmo.

Enfatiza-se que os indicadores indiretos de saúde estão significativamente relacionados às condições que o Estado deve prover para uma melhoria na qualidade de vida de toda a população. Diante do exposto, foram selecionados inicialmente quatro indicadores: um demográfico (esperança de vida ao nascer), um socioeconômico (Produto Interno Bruto - PIB *per capita*), um indicador de recursos (número de profissionais de saúde) e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que expressa situações multidimensionais do estado de saúde de uma população. Estes dados serão apresentados na Tabela 1 e explicitados a seguir.

Tabela 1. Comparação de indicadores de saúde entre países

País	Esperança de Vida (em anos) - 2009	PIB <i>per capita</i> (em dólar) - 2005	Nº de habitantes p/ médico - 2007	IDH 2006
Brasil	73,00	4,734,18	900	0,792
Cuba	77,08	2,863,68	170	0,817
Uruguai	75,93	4,797,24	270	0,840
Argentina	76,32	4,727,92	330	0,863
México	75,63	7,446,86	500	0,814
Canadá	80,34	34,484,35	470	0,949
EUA	78,00	41,889,59	390	0,944
Portugal	77,87	17,375,77	290	0,904
Espanha	79,78	25,914,47	300	0,928
França	80,59	34,935,52	300	0,938

Fonte: Estatísticas de saúde disponíveis em Nation Master (www.nationmaster.com) World Health Statistics 2009 (World Health Organization, 2009)

De acordo com a RIPSa (Brasil, 2008), a esperança de vida ao nascer corresponde ao “número médio de anos de vida esperados para um recém nascido, mantido o padrão de mortalidade existente, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado” (p.70). Ou seja, consiste na média de idade em anos de vida de um grupo de pessoas desde seu nascimento até sua morte.

Este dado pode expressar tanto a probabilidade de tempo de vida média da população, como representar uma medida sintética da mortalidade. A esperança de vida

mostra-se uma boa medida de qualidade de vida de um país, já que uma maior esperança de vida implicaria condições de vida que permitiriam maior sobrevivência. De acordo com a RIPSa (Brasil, 2008), este indicador sugere ainda uma melhoria nas condições de saúde de uma população.

Os dados de esperança de vida de uma população fazem parte dos indicadores demográficos e, no Brasil, são oriundos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e obtidos por meio de censos e estimativas (Brasil, 2008).

De acordo com as Estatísticas de Saúde Mundiais - *World Health Statistic* (WHO, 2009), pode-se observar na Tabela 1 que o Brasil possui uma média de 73 anos no que se refere à esperança de vida, o que representa a menor média de idade comparativamente aos demais países. Note que países vizinhos (Argentina e Uruguai) possuem uma expectativa de vida ligeiramente maior que a da população brasileira (aproximadamente 3 anos de vida a mais). Dentre o bloco de países europeus, a França lidera este indicador (80,59 anos), seguida pela Espanha (79,78 anos). O Canadá (80,34 anos) destaca-se na América do Norte. Essa diferença acentua-se ainda mais quando se compara a expectativa de vida brasileira com a europeia e norte-americana, evidenciando-se que a população brasileira vive, em média, 8 anos a menos que franceses e canadenses.

O Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* é um indicador socioeconômico bastante considerado nas análises da situação de saúde das populações. Segundo a RIPSa (Brasil, 2008), o PIB *per capita* refere-se ao “valor médio agregado por indivíduo, em moeda corrente e a preços de mercado, dos bens e serviços finais produzidos em determinado espaço geográfico, no ano considerado” (p. 88). Em suma, o PIB *per capita* significa a soma monetária dos bens e serviços produzidos pelo país dividido pela sua população total.

Este indicador serve para avaliar a produção por habitante, bem como o nível de produção econômica de um país relacionando-o com sua população, servindo de base para a

análise da situação social e para o planejamento de ações no sentido de avaliar políticas públicas.

Observa-se que o Brasil possui um PIB *per capita* de 4.734,18 dólares (aproximadamente R\$ 10.036,46). Seus vizinhos Uruguai e Argentina aproximam-se destes índices, apresentando PIB *per capita* de US\$4.797,24 e US\$4.727,92, respectivamente, assemelhando-se às condições do Brasil neste indicador. Os valores do PIB apresentados referem-se ao ano de 2005. Enquanto, Cuba apresentou o menor índice dos países analisados, com quase metade do valor do indicador brasileiro o que implica dizer que, no que se refere ao PIB *per capita*, Cuba é o país mais pobre seguido por Argentina, Brasil e Uruguai, respectivamente. Se comparado ao Brasil, o México apresenta quase o dobro do valor do PIB *per capita*. Dos demais países, os Estados Unidos apresenta o maior PIB *per capita*, com quase dez vezes mais que o Brasil.

Além dos indicadores socioeconômicos, também podem ser utilizados, para análise da saúde populacional, o número de profissionais de saúde por habitante, constituindo-se como um indicador de recursos. Para a RIPSa (Brasil, 2008), este indicador representa o número de profissionais de saúde por mil habitantes, segundo categoria profissional escolhida, em determinado espaço geográfico, no ano considerado.

Os dados apresentados na análise a seguir referem-se ao ano de 2007 e foram retirados do Strange Maps (2007). Na categoria profissional em que os países foram comparados (quantidade de médicos), Cuba destacou-se como líder mundial na relação pacientes por médico – o país apresentou um médico para 170 habitantes. Em oposição a Cuba, o Brasil apresenta uma quantidade de um médico para 900 habitantes. Portugal e Uruguai apresentam índices medianos (um médico para 290 e 270 habitantes, respectivamente), superando a Argentina, a Espanha e a França que se assemelham no tocante a este indicador (um médico para mais de 300 habitantes).

Estes resultados podem ser mais bem compreendidos a partir de uma análise da relação médico por paciente em Cuba (já que este possui o melhor desempenho neste indicador) e no Canadá que apresentou um desempenho mediano no que se refere à quantidade de profissionais. O Brasil possui um número aproximadamente cinco vezes menor de médicos por habitante se comparado a Cuba, e até duas vezes menor que o Canadá. Este pode ser um dos fatores responsáveis pelos resultados sanitários muito aquém dos relatados nestes países. Além disso, a desproporção quantitativa destes profissionais no sistema de assistência à saúde brasileiro pode sugerir maior sobrecarga de atendimento ao profissional, implicando em problemas de insatisfação da categoria e consequente baixa de qualidade do atendimento à população.

O IDH foi escolhido por ser um indicador utilizado para compreender a saúde da população de uma determinada localidade, pois ele é calculado a partir da articulação de três indicadores concretos: a educação, a longevidade e a renda *per capita*, consistindo em medidas de bem-estar objetivo e qualidade de vida. O IDH permite abstrair o nível socioeconômico da população residente em uma dada localidade, bem como fatores de risco, a exemplo dos índices de violência. Quanto mais próximo de um, melhor será o índice de desenvolvimento humano.

No tocante a este indicador, o Brasil apresentou o menor valor (IDH=0,79); todavia seu índice está muito próximo dos demais países da América Latina, todos apresentando taxas acima de 0,80, o que representa um nível bom para esta medida. Os demais países (norte-americanos e europeus) apresentaram escores acima de 0,90, o que indica um índice de desenvolvimento humano ótimo. A tabela com os valores de IDH foram extraídos do Relatório de Desenvolvimento Humanos de 2006, elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Watkins et al.; 2006).

Analizando os extremos, a distinta realidade sanitária entre o Brasil e o Canadá se apresenta claramente na comparação de seus índices de desenvolvimento humano (IDH) – o

Brasil com IDH de 0,79 e o Canadá com IDH igual a 0,95. Esta diferença pode ser explicada pela diferença no índice de expectativa de vida da população destes países. Tanto em termos de longevidade (saúde) quanto de outras taxas, tais como analfabetismo e mortalidade infantil, o Brasil não progrediu na mesma proporção que o Canadá.

De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano de 2001, encomendado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), os canadenses ocuparam, durante seis anos consecutivos, de 1994 a 2000, o primeiro lugar na saúde em geral, no nível geral de educação e no grau de satisfação das pessoas comuns, em face de um nível de vida considerado decente. Nos últimos seis anos, mesmo não ocupando mais o primeiro lugar – quarta colocação, atrás da Noruega (1ª colocada com IDH igual a 0,963), seguida respectivamente de Islândia (IDH = 0,956) e Austrália (IDH = 0,955) –, o Canadá continua ocupando posições de destaque no nível de saúde da população.

A análise destes indicadores fornece um resumo da saúde no Brasil comparada à realidade sanitária mundial. Não obstante, devem-se considerar também as políticas de saúde adotadas em cada realidade, pois, ao longo do tempo, abrangem aspectos fundamentais para a realização das ações locais e são reguladas pelas modalidades de sistemas de saúde de cada região. Neste sentido, a evolução no âmbito das políticas públicas de saúde tem acompanhado e/ou obedecido à política econômica de cada contexto sócio-histórico, devendo ser analisados mais profundamente, no tópico subsequente, os gastos em saúde e as formas de financiamento dos sistemas sanitários destas nações.

1.2 Análise comparativa do gasto público e financiamento do sistema sanitário

O financiamento da saúde é um componente crítico de sistemas da saúde e é uma das funções do Estado na Saúde, além da condução geral do sistema, regulação e prestação de serviços (Pialo, 2008).

Os dados sobre recursos destinados ao financiamento do setor da saúde são gerados das fontes que a Organização Mundial de Saúde vem coletando há mais de dez anos. Os índices mais detalhados e os mais consistentes sobre o financiamento da saúde são gerados das Contas Nacionais de Saúde (CNS) que coletam a informação da despesa dentro de uma estrutura reconhecida internacionalmente (WHO, 2009). As CNS fornecem uma grande quantidade de indicadores com base na informação da despesa coletada em instituições reconhecidas internacionalmente e fazem uma síntese dos fluxos do financiamento e das despesas registradas na operação de um sistema da saúde, das fontes de financiamento e das agências de fomento. Porém, nem todos os países têm um sistema de Contas Nacionais de Saúde atualizado e nestes casos os dados são obtidos através dos contatos técnicos no país ou originário de relatórios de avaliação pública. Assim, os valores faltosos são estimados usando várias técnicas da contabilidade dependendo dos dados disponíveis para cada país.

O Brasil se encaixa na categoria de países que não possuem um sistema de CNS o que dificulta o cálculo do gasto total do sistema sanitário brasileiro. Deste modo, muitos dos dados relativos ao financiamento da saúde no Brasil são estimativas de organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde (Piola, 2006). Apesar dos critérios utilizados para produzir estes dados, eles se constituem em estimativas e possuem fragilidades, tais como o desconhecimento do investimento das empresas com saúde, principalmente nos planos privados empresariais com saúde. De acordo Piola (2006), um sistema de CNS possibilitaria o registro de informações de fluxos financeiros, bem como facilitaria o cruzamento dos gastos financeiros com a produção no setor da saúde, melhorando a qualidade das informações econômica e financeira para o campo da saúde no país.

A análise comparativa do Brasil com outros países no tocante aos indicadores de saúde baseados nos recursos disponibilizados pelo Governo para incrementar a situação sanitária de uma localidade é de extrema importância e esclarece a disparidade do sistema sanitário entre as nações apreciadas. Ressalta-se, inicialmente, a seleção de três indicadores de

recursos baseados nos índices apresentados pelo relatório das Estatísticas Mundiais de Saúde 2009 (WHO, 2009), elaborado pela Organização Mundial de Saúde, são eles: gasto total, gasto público e gasto privado em saúde como porcentagem do PIB.

O gasto total em saúde (ou despesa total em saúde) como porcentagem do PIB refere-se aos recursos financeiros mobilizados pelo Governo somando-se as despesas com o sistema público e privado de saúde (WHO, 2009). Esta medida pode significar o percentual da riqueza nacional investido na área da saúde. Ao analisar este indicador é necessário atentar para o fato de que países que possuem PIB alto e que gastam percentual alto do seu PIB em saúde terão volumes maiores de recursos do que países mais pobres. Todavia, países pobres que utilizem alto percentual do seu PIB em saúde não irão, necessariamente, dispor de mais recursos para a saúde já que possuem menos recursos financeiros.

Na Tabela 2 pode-se observar que o Brasil apresenta um gasto público com saúde de 7,5% do seu PIB. Comprando-o com os países da América Latina é um percentual superior ao de Cuba (7,1%) e ao do México (6,2%), porém fica atrás de Argentina (10,1%) e Uruguai (8,2%) que investem um percentual superior de seu PIB em saúde. Os EUA investem uma maior porcentagem do seu PIB em saúde, o que corresponde a 15,3% do PIB, seguido da França 11,1% do PIB. Portugal e Canadá possuem um gasto com saúde similar abarcando 10% do seu PIB. A Espanha é o último país da Europa neste indicador (8,2% do PIB), com valor mais aproximado do Uruguai e dos demais países latino-americanos.

Tabela 2. Comparação de indicadores de recursos destinados a saúde pelo Governo

Região	País	Gasto total em saúde (% PIB)	Gasto público em saúde (% gastos totais em saúde)	Gasto privado com saúde (% gastos totais em saúde)
América Latina	Brasil	7,5%	47,9%	52,1%
	Cuba	7,1%	90,9%	9,1%
	Uruguai	8,2%	43,5%	56,5%
	Argentina	10,1%	45,5%	54,5%
	México	6,2%	44,2%	55,8%
América do Norte	Canadá	10,0%	70,4%	29,6%
	EUA	15,3%	45,8%	54,2%
Europa	Portugal	10,0%	70,5%	29,5%
	Espanha	8,1%	71,2%	28,8%
	França	11,1%	79,7%	20,3%

Fonte: World Health Statistics 2009 (World Health Organization, 2009)

Todavia, o gasto total em saúde pode ser analisado também a partir da perspectiva de investimentos na área pública ou privada. Para tanto, dois outros indicadores fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (Gasto público com saúde e Gasto privado com saúde como percentual dos gastos totais em saúde) são de extrema relevância para a compreensão do financiamento administrativo de ambos os setores (público e privado), permitindo compreender como os países investem seus recursos em saúde por setor.

O gasto público com saúde como percentual dos gastos totais em saúde é um indicador que representa o percentual de despesas públicas de saúde em relação às despesas totais de saúde, isto é, consiste na medida (em porcentagem) que representa a importância dos gastos do setor público com a saúde (WHO, 2009). Este indicador corresponde a soma das despesas para a manutenção, restauração e proteção da saúde fornecido pelo governo em suas diversas esferas (federal, estadual e municipal). De acordo com a Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa (Brasil, 2008), o gasto público com saúde corresponde às despesas com ações e serviços públicos de saúde que estão estabelecidas na quinta e sexta diretrizes da Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde. Este indicador é composto por despesas financeiras em duas vertentes: 1) gastos diretos (despesas correntes, investimentos, outras despesas de capital) efetuados em cada esfera de governo

(administração direta, autarquias e fundações); e 2) transferências negociadas de recursos a outras esferas de governo (estados e municípios) e a instituições privadas.

A Tabela 2 mostra que Cuba é o país que possui maior porcentagem de gasto público em saúde correspondendo a 90,9% das despesas totais em saúde. Esta alta porcentagem está relacionada ao regime socialista que está inserido nas políticas públicas de todas as áreas (a exemplo da saúde e da educação). Como citado anteriormente, o sistema de saúde cubano é um exemplo de sistema eficaz e resolutivo e este indicador pode ser um dos fatores que explicam seu êxito. Todavia, esta não é a realidade dos demais países latino-americanos cujos gastos públicos em saúde não chegam a metade dos gastos totais em saúde. Deles, o Brasil se sobressai ligeiramente com 47,9% dos gastos totais em saúde sendo destinado a despesas públicas, seguido de perto pela Argentina (45,5%), Uruguai (43,5%) e México (44,2%).

Os Estados Unidos apresentou uma porcentagem similar a dos países latino-americanos no que se refere ao gasto público com saúde correspondendo a 45,8% das despesas totais em saúde e apresentando grande disparidade em relação ao Canadá e aos países europeus.

Neste direcionamento, pode-se observar que nos demais membros da OCDE analisados (Canadá, França, Portugal e Espanha) a proporção público/privado no gasto total com saúde é superior a 70% do gasto total, com exceção dos EUA (Piola, 2006). Os Estados Unidos não condiz com estes parâmetros devido ao seu sistema bastante atípico e por não possuir um sistema nacional de saúde. Desta forma, os EUA assim como os países latino-americanos (com exceção de Cuba) apresentam baixa participação do gasto público no volume total, diferenciando a saúde nestes países da existente nos países desenvolvidos, tal como o grupo da OCDE.

Observa-se, em contrapartida, que o Uruguai apresenta o maior gasto privado em saúde apresentando 56,5% do volume total de gastos com saúde, seguido do México (55,8%),

da Argentina (54,5%), dos EUA (54,2%) e do Brasil (52,1%). O gasto privado com saúde como percentual dos gastos totais em saúde também é um indicador da OMS que considera os valores gastos com a saúde no setor privados como porcentagem dos gastos totais em saúde. Este indicador representa a soma das despesas para a saúde financiada por entidades governamentais, como os subsídios na compra de seguro de saúde comercial ou particular, as organizações não governamentais (ONGs), os gastos diretos das famílias, entre outros (Piola, 2006).

A partir destes indicadores fornecidos pelo WHO (2009), pode-se calcular os valores apresentados na Tabela 3 referentes ao gasto público e ao gasto privado em saúde como proporções do PIB.

Tabela 3. Comparação do PIB destinados a saúde (pública e privada) pelo Governo

Região	País	Gasto total com saúde (% PIB)	Gasto público com saúde (% PIB)	Gasto privado com saúde (% PIB)
América Latina	Brasil	7,5%	3,6%	3,9%
	Cuba	7,1%	6,5%	0,6%
	Uruguai	8,2%	3,5%	4,7%
	Argentina	10,1%	4,6%	5,5%
	México	6,2%	2,7%	3,5%
América do Norte	Canadá	10,0%	7,0%	3,0%
	EUA	15,3%	7,0%	8,3%
Europa	Portugal	10,0%	7,1%	2,9%
	Espanha	8,1%	5,9%	2,2%
	França	11,1%	8,8%	2,3%

Fonte: World Health Statistics 2009 (World Health Organization, 2009)

A porcentagem do gasto público com saúde refere-se às despesas públicas com saúde como porcentagem da despesa total do país; ou seja, mede o percentual do PIB correspondente ao gasto público com saúde (WHO, 2009). Segundo a RIPSa (Brasil, 2008) este indicador mede a dimensão do gasto público com saúde no valor total da economia nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) em cada unidade federativa, bem

como a participação relativa de cada esfera de governo no financiamento do Sistema Único de Saúde.

Como era de se esperar, a Tabela 3 mostra que Cuba possui o maior investimento público em saúde de todos os países da América Latina analisados, aproximadamente 6,5% do volume total gasto em saúde. Os maiores investimentos em saúde no que se refere à porcentagem do PIB foram observados na França (8,8%), Portugal (7,1%), EUA e Canadá (ambos com 7%). Nota-se ainda que o México apresentou o menor gasto público com saúde como percentual do PIB apresentando 2,7% do volume total. Logo acima dele está o Uruguai que investe 3,5% do seu PIB no setor público sanitário e o Brasil que gasta 3,6% do seu PIB com a saúde pública.

Estes dados indicam que o governo brasileiro possui baixo investimento no setor da saúde, corroborando Piola (2006) ao afirmar que o gasto público brasileiro em saúde ainda é bastante incipiente para um sistema sanitário que pretende prover atendimento universal e integral à população, propondo uma reflexão crítica acerca da utilização e eficiência dos recursos disponibilizados no país. Note na Tabela 3 que o Brasil é o terceiro colocado nos índices do gasto privado com saúde como percentual do PIB, apresentando 3,9% do volume total de investimentos em saúde, só perdendo para os Estados Unidos (8,3%) e para o Uruguai (4,7%). Por conseguinte, pode-se perceber uma inegável desproporção na relação privado/público nas contas do Brasil com um investimento maior no setor privado que atende menos pessoas do que no público que é destinado à maior parcela da população.

Não obstante, deve-se ainda levar em consideração o tamanho da população em uma análise deste tipo, pois os recursos disponíveis do PIB devem ser comparados a quantidade de pessoas que irão necessitar destes recursos (Piola, 2006). Neste sentido, uma relação exitosa entre indicadores de volume de recursos para a saúde seria aquela em que países com PIB elevado investissem uma porcentagem alta de seu PIB em saúde com uma

população menor para atender. Por outro lado, os piores índices seriam em países pobres com grande população e que investem percentual baixo do seu PIB destinado à saúde.

O Brasil possui a sexta maior população do mundo só suplantada pela China, Índia, Rússia, EUA e Indonésia; assim, ao considerar os gastos com saúde *per capita*, pode-se afirmar que, dos países com população igual ou superior ao Brasil, apenas os EUA gastam mais com saúde por habitante ressaltando-se que a renda *per capita* estadunidense é bastante superior à do Brasil. Por este motivo é necessário analisar também outros indicadores de saúde, tais como o gasto total em saúde *per capita*, o gasto público em saúde *per capita* e o gasto público total com saúde como percentual das despesas totais do Governo, para avaliar o gasto de um país como pode ser visto na Tabela 4.

Tabela 4. Comparação de gastos *per capita* com saúde pelo Governo

Região	País	Gasto total em saúde <i>per capita</i> *	Gasto público saúde <i>per capita</i> *	Gasto público total com saúde (% despesas do Governo)
América Latina	Brasil	765,00 \$	367,00 \$	7,2
	Cuba	363,00 \$	329,00 \$	10,8
	Uruguai	989,00 \$	430,00 \$	9,2
	Argentina	1.665,00 \$	758,00 \$	14,2
	México	756,00 \$	327,00 \$	11,0
América do Norte	Canadá	3.672,00 \$	2.585,00 \$	17,9
	EUA	6.714,00 \$	3.074,00 \$	19,1
Europa	Portugal	2.080,00 \$	1.494,00 \$	15,5
	Espanha	2.388,00 \$	1.732,00 \$	15,3
	França	3.544,00 \$	2.833,00 \$	16,7

Fonte: World Health Statistics 2009 (World Health Organization, 2009)

*Em dólares internacionais, ou seja, valores padronizados segundo paridade de poder de compra (PPP)

O gasto total em saúde *per capita* refere-se à despesa total da administração pública com a saúde, incluindo tanto o setor público quanto o privado, dividida pelo número da população total residente (WHO, 2009). Como se trata de indicadores monetários e cada país possui uma moeda corrente, os valores apresentados foram retirados da base de dados do World Health Statistics 2009, sendo relevante considerar que eles foram convertidos para dólares internacionais. O dólar internacional é uma unidade monetária comum que leva em

consideração diferenças na média anual relativa ao poder de compra. Isto é, as moedas de todos os países foram substituídas por valores padronizados segundo paridade de poder de compra (PPP) com o intuito de permitir comparações entre os países neste indicador.

Na análise deste indicador entre os países da América Latina, a Argentina se destaca apresentando o maior gasto total em saúde *per capita* (1.655 \$) 2,17 vezes maior que o Brasil (765 \$) que ocupou o terceiro lugar logo atrás do Uruguai (989 \$). O menor valor investido em saúde neste indicador foi verificado em Cuba (363 \$). No bloco dos países europeus, os valores superam 2 mil dólares, mas o montante mais alto investido foi encontrado nos países norte-americanos, especialmente nos Estados Unidos que se aproxima dos 7 mil dólares.

O gasto público em saúde *per capita* significa o valor da despesa gasta pelo Governo Federal com o setor público da saúde dividida pelo número da população total residente. De acordo com o IDB (2008), o gasto público com saúde por habitante refere-se à dimensão do gasto público total com saúde por habitante, sinalizando o montante médio de recursos públicos disponíveis por habitante em cada Unidade da Federação, segundo a esfera de governo, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Através deste indicador pode-se mensurar a participação absoluta de cada esfera de governo (União, Estado, Município) no financiamento do Sistema Único de Saúde.

Neste indicador, a Argentina também apresenta uma maior participação nos gastos públicos *per capita* apresentando valores de 758 dólares investidos em saúde por habitante, o dobro de investimento do Brasil (367 \$). No bloco dos países latino-americanos, o Uruguai ocupou novamente o segundo lugar (430 \$) neste indicador e Cuba também apresentou o menor valor investido em saúde *per capita* (329 \$). Os EUA lidera de novo os investimentos neste indicador, se comparado aos demais países, apresentando valores superiores a 3 mil dólares, seguido da França (2.833 \$) e do Canadá (2.585 \$).

Por fim, o último indicador da Tabela 4 é o gasto público total com saúde como percentual das despesas totais do Governo que reflete a porcentagem das despesas da administração pública que são direcionadas ao setor da saúde. O gasto público de um país é dividido por diversos setores, tais como seguridade social, educação, saúde, pagamento da dívida externa, entre outros; assim a porcentagem destinada à área da saúde corresponde ao indicador em questão. De acordo com o IDB (2008), este indicador corresponde ao percentual do gasto público federal total que corresponde a despesas com saúde, no ano considerado. “O gasto público federal é financiado com recursos de impostos e contribuições, receitas próprias, convênios com organismos internacionais e com o setor privado, operações de crédito e outros” (IDB, 2008, p. 271).

Neste indicador, o Brasil obteve o pior desempenho se comparado aos nove países analisados apresentando 7,2% da despesa total do Governo investidos em saúde. Todos os países latino-americanos apresentaram índices maiores que o Brasil, com destaque para a Argentina (14,2%). Os países da OCDE apresentaram índices superiores a 15% com maiores proporções de gasto em saúde apresentados pelos EUA (19,1%) e Canadá (17,9%) respectivamente. No bloco europeu, a França (16,7%) se destaca ligeiramente dos demais.

Piola (2008) afirma que a participação dos gastos públicos nos países que possuem sistemas de saúde com cobertura universal é, em média, de 6,5% do PIB, desta forma a participação do setor público no Brasil é igual a 3,6% do PIB, consistindo em baixo investimento, sendo relevante analisar os esforços do sistema sanitário brasileiro para tornar sua política de saúde mais equitativa para toda a população, promovendo a saúde para todos.

1.3 Modelo sanitário universal

Nos últimos 20 anos a América Latina tem experimentado um processo gradual de transformação em diversos setores da sociedade (educação, saúde e seguridade social). Especificamente no que tange à saúde (foco de análise nesse trabalho), os objetivos são os

mesmos de outras regiões: aumentar a eficiência dos serviços, minimizar o tempo de espera pelo atendimento e os custos com a saúde. Todavia, as circunstâncias que afetam a saúde nesses países são bastante complexas e paradoxais, pois a maioria da população carece de uma fonte permanente e regular de serviços destinados à atenção básica de saúde.

Dos modelos sanitários citados, o modelo universal é o mais recomendado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008), pois consiste em um sistema de saúde que atende todas as pessoas indiscriminadamente. Sistemas de saúde universais atendem às pessoas independente de sua capacidade de pagamento pelo atendimento em saúde, minimizando, desta forma, as desigualdades sociais em saúde.

A maior parte dos países desenvolvidos, inclusive aqueles que formam o grupo da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) adotaram sistemas de saúde universais para prestação de serviços em saúde e para atender sua população de forma equânime (Piola, 2006).

O modelo universal representado pelo Brasil possui uma diferença dos outros sistemas devido à composição das forças que impulsionaram a reforma sanitária. Campos e Belisário (2001) observam que, nos países latino-americanos, a tônica do processo de reforma no setor da saúde esteve calcada em propostas levadas a efeito pelos organismos internacionais de fomento, estando sempre presente a redução da presença do Estado à sua função reguladora, bem como a separação entre financiamento e provisão.

Para os autores, o caso brasileiro está distante desta tendência, pois guarda uma característica muito própria representando muito mais um movimento de dentro para fora que o oposto, distinto e divergente dos demais modelos de reforma em muitas características. Ressalta-se no movimento sanitário brasileiro a questão da ênfase na participação da coletividade na organização e implementação das políticas de saúde.

1.4 Histórico da estrutura de saúde pública no Brasil

Paralelamente aos eventos mundiais e influenciada pela necessidade de estruturação econômica do país, a década de 70 marcou o Brasil com o movimento pela reforma sanitária que, junto a outros setores da sociedade, lutavam pela democracia, principalmente no tocante à saúde pública e à saúde coletiva (Escorel, 1998). Segundo este autor, os defensores da reforma sanitária lutavam pelo estabelecimento da saúde como direito democrático de todo cidadão e suas propostas giravam em torno de quatro aspectos básicos: 1) a saúde é um direito universal e alienável do homem; 2) são as condições de caráter socioeconômico as que viabilizam a preservação da saúde; 3) as ações médicas detêm responsabilidade parcial, porém intransferível, na promoção de saúde; e 4) diante do caráter social deste direito, cabe à coletividade e ao Estado a sua implementação efetiva.

As principais conquistas do movimento sanitário brasileiro foram a aprovação pelo Senado da Constituição Federal do Brasil (vigente até o presente momento) que, em 1988, reconheceu a saúde como um direito de todos os cidadãos em seu artigo 6, bem como a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), um novo formato de modelo assistencial a saúde que buscou transformar as bases da prestação de serviços vigentes de saúde.

Todavia, a operacionalização das reformas legislativas é seguida de diversos momentos no processo de transição do modelo atual até a implantação da nova proposta. Assim, no primeiro momento, que abrange o estabelecimento destes direitos na Constituição de 1988 até meados de 1996, concretizou-se uma reforma mais ampla que introduzira modificações expressivas e significativas no funcionamento do sistema de saúde, de forma rápida e pontual. Esta reforma, chamada de “big-bang” por Viana e Dal Poz (1998), é percebida em função das profundas mudanças que o setor da saúde passou a vivenciar na estrutura organizacional dos serviços de saúde, pela formação de um sistema (regionalizado, hierarquizado e integrado) com base nos municípios (ênfase na descentralização dos serviços para os municípios); na forma de gestão, com a inclusão de vários participantes na política de

decisão (em vários níveis); no modo de funcionamento, com a incorporação da assistência médica individual pela rede pública; no perfil de financiamento, com a instituição de Fundos de Saúde nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), dentre outras.

Na segunda metade da década de 90 até o ano 2000, percebe-se um processo de reforma incremental do SUS que culminou em pequenos ajustes que foram tecidos sucessivamente após a reforma maior. A formulação da Norma Operacional Básica de 1996 – NOB/96 pelo Ministério da Saúde, a implementação acelerada de dois novos programas: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), os diversos sub-programas (atenção ao idoso, controle de hipertensão e diabetes; pré-natal, atenção à criança e à puérpera, entre outros) que compõem o programa maior (PSF), a emergência de novas modalidades de gerência nos hospitais públicos (cooperativas de profissionais de saúde, terceirização de unidades e as organizações sociais), podem representar algumas das reformas incrementais no SUS.

Neste sentido, o PSF surge como resultado de reformas incrementais e inspirado em experiências bem sucedidas na região nordeste do país que implicaram em resultados positivos nos indicadores de saúde trazendo contribuições importantes para a organização dos sistemas de saúde locais através da expressiva interiorização de profissionais (enfermeiros e agentes comunitários de saúde) e do estímulo à criação dos Conselhos Municipais de Saúde. Estas estratégias de enfrentamento exitosas buscaram melhorar o alarmante estado das condições de saúde sanitárias no Nordeste e resultaram em fortalecimento do SUS.

Ressalta-se também a influência de modelos sanitários de outros países que também obtiveram melhoria de indicadores de saúde devido à concentração dos esforços na prestação de serviços de assistência às famílias em nível primário (atenção básica). Para alguns autores (Eisen, 1996; Lobo, 2006), o Programa de Saúde da Família foi baseado no Programa Médico da Família, originado em Cuba, que foi estendido posteriormente ao Canadá e a outros países latino-americanos e europeus. Devido ao sucesso alcançado nos

países pioneiros, este programa foi estimulado pela ONU a ser implantado nos países da América Latina, principalmente a partir da I Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, sediada no Canadá, em 1986, na qual foi elaborada a Carta de Ottawa. Neste evento, a saúde foi conceituada como o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, sendo vista como uma importante dimensão da qualidade de vida que deveria ser estimulada e efetivada por meio de ações sanitárias nos países em desenvolvimento.

Por conseguinte, o Programa Saúde da Família foi normatizado através da Portaria nº 692 no início de 1994 trazendo em sua proposta o compromisso de prestar assistência universal, integral e resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, propondo um trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar e ênfase na promoção da saúde, no fortalecimento das ações intersetoriais e no estímulo à participação da comunidade. Todavia, sua implementação só se deu de forma efetiva a partir de 1998, com as definições de responsabilidade das esferas federal, estaduais e municipais no tocante ao fomento das verbas.

Atualmente, a principal barreira que tem complicado a efetivação da reforma sanitária brasileira de maneira efetiva é o financiamento do SUS que não consegue custear de forma adequada os investimentos em áreas prioritárias: equipamentos, materiais, insumos básicos; prejudicando o atendimento e o acesso da população a estes serviços. Isto ocasionou um processo de autoexclusão da população minimamente remunerada que, ao perceber melhores condições no setor privado (especificamente nas policlínicas de saúde que surgiram na última década oferecendo serviços resolutivos com baixo custo), deixaram de buscar os serviços de atenção básica financiados pelo Governo (Melo, 2007; Oliveira, 2006).

Isto não implica em “desafogamento” da busca por estes serviços já que as desigualdades sociais apontam para uma grande maioria em condições de miserabilidade e vulnerabilidade socioeconômica. Assim, apesar de propor a universalidade de atendimento, o sistema brasileiro de saúde convive com duas realidades: 1) a universalidade com a

descentralização do sistema público pelas esferas federal, estaduais e municipais; e 2) o alto índice de crescimento dos planos privados de saúde.

Se comparado aos outros países da América Latina, observa-se que o Brasil assim, como os demais, tem enfrentado problemas similares, tais como baixa cobertura, exclusão dos mais pobres, aumento de preços na contribuição, gestão incompetente, fragmentação institucional e baixa qualidade nos serviços de saúde. Cada região possui consequências específicas e adotou estratégias de enfrentamento com o intuito de superar as defasagens próprias de cada realidade. Apesar das dificuldades, uma análise geral dos sistemas de atenção à saúde dos países latino-americanos aponta para a adoção de uma perspectiva mais integradora e plural de assistência à saúde (Fleury, 2003).

Todavia, apesar dos direitos de assistência à saúde e do acesso a estes serviços serem para todo cidadão, eles não têm funcionado efetivamente, o que sugere uma tendência de que, num futuro próximo, esta estratificação do uso dos sistemas sanitários sejam determinadas pela capacidade de participação nos subsídios públicos, sendo os grupos sociais mais economicamente favorecidos e com maior poder de contribuição os melhores assistidos. Isto implica em um sistema influenciado pelas desigualdades sociais regionais.

Assim, ao apreciar especificamente a situação de saúde na América Latina, deve-se levar em consideração o fato desta região possuir os maiores índices de desigualdade econômica do mundo (BID, 1999). E, dentro desta região, o Brasil se destaca como o país que apresenta maior desigualdade de renda (Barros, Henriques & Mendonça, 2000). Estas desigualdades econômicas são acompanhadas por grandes disparidades sociais que contribuem para causar as enormes desigualdades no estado de saúde dessas populações.

Ao analisar os indicadores de saúde em países da região latino-americana, Dachs, Bambas e Casas (2005) observaram uma melhoria contínua, principalmente no que se refere à esperança de vida ao nascer, à mortalidade infantil, à incidência de doenças transmissíveis e à mortalidade na infância devido a doenças preveníveis por vacinação. Todavia, estes autores

argumentam que a melhoria do estado de saúde dessas populações poderia ter sido ainda maior se as desigualdades sociais e econômicas fossem menores.

Segundo os autores, os níveis de saúde de uma população tendem a associar-se aos ritmos de crescimento econômico e disponibilidade geral de recursos de um país (por exemplo, comparar um indicador de saúde como o coeficiente de mortalidade infantil com a renda per capita de um país). Desta forma, pode-se afirmar que países e grupos de população com maiores rendas, geralmente, têm melhores condições de saúde e de qualidade de vida, já que dispõem de mais recursos econômicos e tecnológicos para satisfazer suas necessidades materiais básicas.

Isto foi confirmado por uma pesquisa que comparou diversas cidades latino-americanas. Noronha e Andrade (2005) buscaram verificar se existiam desigualdades sociais em saúde nas cidades de Buenos Aires, São Paulo, Santiago, Havana, Cidade do México e Montevideú. Seus resultados sugeriram a presença de desigualdade social em saúde em todas as cidades, favorável aos grupos socioeconômicos privilegiados. Essa diferença foi menor em Havana, Buenos Aires e Montevideú e mais acentuada em São Paulo e na cidade do México. Deve-se considerar que os dados refletiram, em certa medida, as características socioeconômicas e demográficas dos países de cada cidade estudada, sendo que as cidades dos países que apresentam os piores indicadores sociais (elevada desigualdade de renda e baixo índice de desenvolvimento humano) tenderam a apresentar as maiores desigualdades em saúde.

Ao analisar as desigualdades no estado de saúde do Brasil, Dach (2002) responsabiliza em grande parte o nível material, de educação, as especificidades de cada área (por exemplo, é sabido que a região sul do país é mais rica que o nordeste brasileiro), sendo que a contribuição adicional de acesso e uso de serviços é pequena e não é estatisticamente significativa. Isto não implica em minimizar o reflexo das iniquidades de acesso, utilização de serviços e gastos com atenção à saúde na análise da prestação de serviços sanitários no país.

Assim, para uma análise mais específica do caso brasileiro, vê-se a necessidade de aprofundar-se na estratégia utilizada para operacionalizar a prestação de serviços da atenção básica de saúde: a Estratégia Saúde da Família, pois é por meio dela que a população é atendida em nível mais básico de atenção sanitária, logo, sua eficiência e desempenho afetam toda a rede sanitária municipal (em um nível micro de análise do fenômeno) e é determinante para a compreensão da realidade sanitária do país (em um nível macro de análise).

1.5 Implementação da ESF no Brasil: análise crítica

A Estratégia Saúde da Família (ESF) configurou-se como porta de entrada dos serviços de Atenção Básica à Saúde dos brasileiros e visou priorizar a prevenção e a promoção da saúde das pessoas, de forma integral e contínua, promovendo maior resolutividade nos níveis da atenção básica do sistema de saúde brasileiro. Inicialmente denominado Programa Saúde da Família (PSF), essa estratégia foi formulada como um programa dirigido a grupos da população relativamente excluídos do acesso aos serviços de saúde (Senna, 2002); mas, a partir de 1997 passou a ser definido como estratégia de reorientação da atenção primária à saúde, marco da operacionalização da prestação de serviços primários do modelo de atenção à saúde (Sistema Único de Saúde - SUS).

O atendimento da ESF é prestado na Unidade de Saúde da Família (USF) ou no domicílio, pelos profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família (EqSF) que é constituída por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, cinco ou seis agentes comunitários de saúde, além da Equipe de Saúde Bucal (ESB) composta pelo dentista e por um atendente de consultório dentário ou técnico de higiene bucal (Brasil, 2004). Atualmente, as EqSF trabalham com um território de abrangência definido e são responsáveis pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada a esta área, no máximo com 4.000 pessoas ou 1.000 famílias.

A expectativa do Ministério da Saúde é que, se funcionando adequadamente, as EqSF sejam capazes de resolver até 85% dos problemas de saúde da comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (Brasil, 2004). E como essas equipes atendem a uma determinada área, espera-se também que sejam criados vínculos de corresponsabilidade entre esses profissionais e a comunidade, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde daquele território.

A EqSF visa identificar riscos potenciais nas comunidades, através da vigilância epidemiológica, para controlar fatores que possam debilitar a saúde dos habitantes daquela comunidade. Como exemplo, pode-se citar o combate às endemias, que são doenças parasitárias ou transmitidas por vetor (lixo acumulado, poças de água) e que podem estar relacionadas à precariedade de urbanização e saneamento básico de uma localidade, comprometendo as condições de vida dos seus habitantes.

Entretanto, seu principal objetivo é desenvolver estratégias e ações de saúde nas comunidades, a fim de prevenir doenças, principalmente aquelas decorrentes de uma desestruturação sócioeconômica e cultural. A sua atuação se dá de forma a conhecer e monitorar a saúde de todos os moradores da área de sua responsabilidade, sem descuidar da reabilitação e do tratamento (mas não sendo o foco prioritário).

O trabalho da ESF requer ainda um comportamento diferenciado de seus usuários, implicando em busca ativa da USF, mesmo não estando doente, para que os profissionais da EqSF possam acompanhar sua saúde, além de prevenir doenças. Este novo perfil sugere que os cidadãos participem das atividades promocionais de saúde desenvolvidas nas USF, abandonando a concepção de busca de um atendimento médico curativo, quando a doença já está instalada.

A partir do exposto, diversas questões se apresentam: será que com um número tão grande de pessoas sob a responsabilidade da equipe, a ESF pode prestar um serviço de

saúde resolutivo e de qualidade para a população? Diante da versão brasileira da atenção à saúde da família, tão diversa da apresentada nos países-modelos em que esta proposta se originou, o atendimento é resolutivo? Será que as oficinas realizadas pelas Secretarias Municipais de Saúde, no momento da implantação da ESF, foram suficientes para sensibilizar e informar as pessoas sobre esta nova estratégia de atenção à saúde? A transição do modelo sanitário foi realizada de forma adequada para que a população acompanhasse e entendesse a nova proposta? Houve, por parte do Governo, investimentos adequados em todos os níveis de atenção à saúde que comportasse tanto o atendimento na atenção básica quanto o encaminhamento da grande demanda para níveis de maior complexidade?

Este trabalho não busca responder todas as questões postas, mas refletir sobre a forma como se deu o processo de implementação e estabelecimento deste “novo” modelo de atenção, que desde sua idealização e aprovação no Senado já debuta, e suas consequências sobre a qualidade dos serviços sanitários prestados à população que necessita do atendimento no nível básico. Este debate abarca a rápida expansão da ESF no Estado e os problemas para a otimização do seu funcionamento, evidenciando vários limites de ordem técnica, política e financeira, que necessitam ser investigados.

A década de 90 foi marcada pela implementação do SUS na esfera política brasileira na tentativa de adequar o sistema de saúde aos parâmetros definidos pela Constituição de 1988. Contudo, a adoção dos ideais do SUS de igualdade, integridade e resolutividade não refletiam a realidade sanitária da maioria dos municípios do país.

A implementação do SUS em todo o país foi efetivada por meio do cumprimento das diretrizes e dos documentos elaborados na esfera legislativa, constituindo-se como uma decisão hierarquizada da gestão federal que não levou em consideração as diferenças dos sistemas de saúde de cada estado. Os ideais da vigilância sanitária, da promoção de saúde, os princípios de equidade e justiça social, de municipalização, a ampliação da compreensão do processo saúde-doença e a necessidade de uma variedade de profissionais trabalhando

conjuntamente para dar conta desta complexidade, bem como a humanização do SUS e a ênfase na família contribuíram para a elaboração na esfera nacional do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994.

Um ponto importante que deve ser ressaltado, refere-se ao modo como este modelo assistencial sanitário foi implementado, de maneira pouco estruturada e substituindo o atendimento curativo pela prevenção via ESF. O Sistema de Atenção Básica de Saúde era formado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) responsáveis pelo atendimento e tratamento de caráter curativo. A partir de 1994, e mais efetivamente em 1998, foram inseridas as Unidades de Saúde da Família (USF) que trabalham a partir da educação em saúde com ênfase nos aspectos preventivos e promocionais. Estes dois serviços sanitários não são excludentes, pois possuem finalidades diferentes e, ao mesmo tempo, complementares; abordando aspectos específicos do processo saúde-doença. Enquanto as UBS focalizavam a reabilitação e o tratamento dos indivíduos que já estão enfermos através de uma medicina curativa, a ESF (localizado na USF) enfatiza a prevenção e a promoção de saúde das pessoas que estão saudáveis (ou em situação de vulnerabilidade), através da educação em saúde e da informação-interação com os indivíduos de uma dada localidade.

Com o estabelecimento do modelo de atenção básica no qual o PSF (agora ESF) se configura como porta de entrada do SUS, gradualmente nos últimos anos foram desativadas as UBS. É provável que o fechamento das UBS e sua substituição por USF tenha ocorrido a partir de 1998 devido às novas formas sistemáticas dos cálculos para os incentivos financeiros ao PSF. Esta política de repasse de verbas suscitou grande interesse por parte dos gestores para a implantação e ampliação deste programa, já que os municípios que possuísem maior cobertura do PSF para atendimento da população receberiam maiores verbas federais, resultando em grande expansão do programa por todo o país.

Desta forma, os gestores preferiram implantar novas USF ao invés de investir em UBS, já que estas últimas requerem mais verbas para contratação de recursos humanos, tanto

no que se refere à quantidade quanto à diversidade de categorias profissionais, além de verbas para materiais e equipamentos utilizados nas ações de saúde. Assim, o sistema municipal de saúde priorizou as USF em detrimento das UBS, limitando o serviço de atenção básica às unidades que não haviam sido transformadas em USF.

Devido ao fechamento das Unidades Básicas de Saúde ou sua transformação em Unidades de Saúde da Família (USF), as equipes dessa estratégia têm que prestar atendimento curativo à população que ficou desprovida deste serviço de saúde, tentando suprir as necessidades da população sem condições materiais e estruturais, abandonando o objetivo desta estratégia e comprometendo o atendimento a comunidade que utiliza a ESF.

Deve-se ressaltar, neste momento, a necessidade da existência concomitantemente dos dois modelos de atenção à saúde: o curativista e o promocional, de forma a complementar o sistema de saúde público municipal. O modelo curativista rege a lógica de atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS), comumente chamadas de Postos de Saúde, nas quais a assistência focaliza a reabilitação e o tratamento dos indivíduos enfermos através de uma medicina curativa. Além disso, é o tipo de assistência que deve ser prestada em níveis mais altos de complexidade da atenção à saúde, consistindo nas referências e nas hospitalizações. No modelo promocional, representado neste estudo pelas Unidades de Saúde da Família (USF), busca-se enfatizar a prevenção e a promoção da saúde dos indivíduos que estão saudáveis, mas estão em situação de vulnerabilidades (social, cultural e econômica), através da informação e interação com os indivíduos de uma dada localidade trabalhando a partir da educação em saúde, abrangendo a atenção básica de saúde.

Observa-se desta forma, que nenhum destes modelos deve ser excluído dos demais níveis de complexidade do setor de saúde, pois só através da disponibilização dos dois tipos de serviços de forma a contemplar satisfatoriamente tanto o tratamento curativo quanto o preventivo, além da articulação destes nos sistemas de saúde municipais, é que a população terá acesso a um sistema de saúde mais resolutivo. Contudo, cada modelo possui seu lugar e

sua utilidade, devendo estar adequados à sua função e reger seus espaços no sistema de saúde municipal.

A lógica do posto de saúde deve reger as ações dos profissionais e do sistema das Unidades Básicas de Saúde e dos serviços mais especializados, enquanto a orientação preventiva e promocional deve nortear a assistência dos profissionais que trabalham nas Unidades de Saúde da Família, requerendo, assim, uma ruptura do modelo hegemônico no tocante aos profissionais para a adoção de novos princípios no âmbito desta estratégia de atenção à saúde, culminando em um atendimento resolutivo e de qualidade para a população assistida.

Junte-se a isto a proporção médico *versus* usuários, incomparavelmente maior do que a do modelo original existente em Cuba, Canadá e outros países. Ao menos teoricamente, cada equipe é responsável por 4.000 pessoas ou 1.000 famílias; todavia esta não parece ser a realidade da maioria dos PSF atuantes nos municípios brasileiros. Se comparado a outras realidades, no Brasil cada equipe da ESF é responsável por um número aproximadamente oito vezes maior de pessoas que no Canadá e atende até 10 vezes mais famílias que em Cuba.

O sistema de saúde cubano apóia-se, principalmente, no médico da família e nas equipes das unidades de saúde, que atendem à comunidade, sendo a porta de entrada para o sistema de atenção primária à saúde. Eisen (1996) ressalta que, naquele país, a atenção primária à saúde está intimamente ligada à atenção médica especializada nos níveis secundários e terciários do sistema de saúde, e relata que o médico da família é responsável por cuidar da saúde de 120 famílias, por volta de 600 a 800 pessoas.

O sistema de saúde canadense é composto, principalmente, por médicos de assistência primária (como os médicos de clínica geral), que representam cerca de 51% de todos os médicos ativos no Canadá. Estes médicos constituem, geralmente, o contato inicial com o sistema de assistência médica convencional, controlando o acesso à maioria dos especialistas, dos profissionais afins, das admissões hospitalares e das análises de

diagnósticos, além do acesso à distribuição de medicamentos. De acordo com o Sistema de Cuidados de Saúde do Canadá (2001), havia, em 2001, uma média de 183 médicos clínicos gerais, 90 especialistas e 763 enfermeiras (os) para cada 100 mil habitantes. Isto representa, aproximadamente, um médico generalista para cada 547 pessoas e um enfermeiro para 131 pessoas. Estas proporções caíram nos dias atuais para um médico por 470 pessoas. Em Cuba, país original do sistema, essa proporção também é marcante, como visto na Tabela 1 a proporção é de um médico para cada 170 pessoas.

Baseado nas experiências de Cuba e Canadá, o Brasil adotou critérios de funcionamento semelhantes para a composição das Equipes de Saúde da Família (EqSF). Contudo, não levou em consideração a necessidade de adequações, no que se refere à distribuição quantitativa de profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento das pessoas. Este pode ser o fator responsável pelos resultados sanitários muito aquém dos relatados por outros países que adotaram esta estratégia.

Além destas diferenças acentuadas, deve-se considerar que a ESF no Brasil foi dirigida para uma população com grandes *déficits*, não apenas de saúde, mas também de infraestrutura educativa, sanitária e de moradia, conforme atestam os Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) das áreas atendidas. Esses fatores fizeram com que a implantação do novo modelo deixasse, de uma hora para outra, a população sem um sistema de referência adequado para atender as suas necessidades. Portanto, seria de bom alvitre que houvesse um processo de transição de um modelo para o outro, de modo a adequar os sistemas de saúde à realidade local.

Tal como afirma Senna (2002), um dos gargalos na operacionalização da ESF pode ser resultado de uma adaptação racionalizadora de um modelo de saúde com enfoque familiar, baseado em experiências internacionais. Este modelo surgiu como uma alternativa mais barata, frente às cobranças das agências financiadoras, sobretudo o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), que, por um lado, exigiam a melhoria dos índices

sanitários do país e, por outro, prescreviam uma diminuição dos gastos com a assistência à saúde.

Esta racionalização de gastos é visível na política de saúde do Brasil, ao se analisar a evolução do financiamento e do gasto em saúde no período de 2000 a 2006 (ver Tabela 5). O sistema de serviços de saúde brasileiro é financiado por recursos advindos de fontes públicas (impostos e contribuições sociais) e de fontes privadas (gasto direto das famílias e gasto das empresas). De acordo com Pialo (2008), os recursos públicos financiam todos os segmentos do sistema de saúde brasileiro em maior ou menor intensidade.

Tabela 5. Evolução do financiamento da saúde no Brasil segundo cinco indicadores

Brasil evolução de indicadores ao ano	Gasto total com saúde (% PIB)	Gasto público com saúde como % gastos totais em saúde	Gasto privado com saúde como % gastos totais em saúde	Gasto total em saúde <i>per capita</i>*	Gasto Público em saúde <i>per capita</i>*
2000	7,2%	40,0%	60,0%	572,00 \$	229,00 \$
2001	7,6%	40,5%	59,5%	615,00 \$	249,00 \$
2002	7,7%	41,9%	58,1%	639,00 \$	268,00 \$
2003	7,5%	41,3%	58,7%	641,00 \$	265,00 \$
2004	7,7%	43,3%	56,7%	707,00 \$	306,00 \$
2005	7,9%	44,1%	55,9%	755,00 \$	333,00 \$
2006	7,5%	47,9%	52,1%	765,00 \$	367,00 \$

Fonte: World Health Statistics, 2009.

*Em dólares internacionais, ou seja, valores padronizados segundo paridade de poder de compra (PPP)

O gasto total com saúde aumentou muito pouco entre 2000 e 2006, atingindo o máximo de contribuição do PIB ao setor da saúde em 2005 (7,9%) e diminuindo 0,4% no ano seguinte. Pode-se observar também que houve, neste período, um aumento dos gastos públicos com saúde de 40% em 2000 para 47,9% em 2006 e uma consequente diminuição do gasto privado em saúde de 60% em 2000 para 52,1% em 2006. Todavia, apesar de haver uma redução de 7,9% dos gastos relativos ao setor privado, esta distribuição ainda compromete a equidade no financiamento do sistema de saúde brasileiro de base universal.

Por outro lado, houve uma evolução progressiva no tocante aos indicadores gasto total em saúde *per capita* e gasto público em saúde *per capita*. A partir do ano de 2000, os

valores do gasto total em saúde *per capita* aumentaram 193 dólares e um crescimento de 138 dólares no gasto público em saúde *per capita* se comparado ao ano de 2006.

O financiamento é uma questão que afeta o SUS, desde sua criação. Observe na Tabela 6 que Seguridade Social e Trabalho correspondem à área de maior investimento do gasto público total do país (38,7%), compreendendo 16,7% das riquezas produzidas no Brasil. Em segundo lugar na composição do gasto público do Brasil vem a Dívida Externa (19,6 %) seguido do campo da Educação, Cultura e Desporto (11%) que destinam, respectivamente, 8,4% e 4,7% do PIB nacional. A Saúde manteve um percentual de 3,5% do PIB, referindo-se a 8,1% do gasto público total do Governo em 2005. Como visto acima, este valor aumentou 0,1% em 2006.

Tabela 6. Composição do gasto público no Brasil por funções (dados de 2005)

Grupo de funções	Gasto público total %	% PIB
Seguridade social e Trabalho	38,7	16,7
Serviço da dívida	19,6	8,4
Educação, Cultura e Desporto	11,0	4,7
Saúde	8,1	3,5
Defesa e Segurança	5,1	2,2
Serviços de Urbanismo e Saneamento	3,6	1,5

Fonte: Ministério da Fazenda (Afonso, 2006, citado por Piola, 2008).

Diante do exposto, Piola (2008) ressalta cinco grandes desafios para o SUS: 1) priorizar a promoção da saúde e realizar ações de saúde integradas com outros setores, como a Educação, por exemplo; 2) por um lado, manter a estabilidade no financiamento da saúde e, por outro, aumentar a eficiência no gasto mostrando produtividade e resolutividade no setor sanitário; 3) aumentar o grau de cobertura efetiva da população; e 4) reduzir as desigualdades na utilização e na alocação de recursos, principalmente no que se refere à relação público/privado nos gastos com saúde.

A racionalização de recursos em saúde também pode ser encontrada no âmbito dos recursos humanos disponibilizados para atender a população, principalmente ao se comparar a quantidade de pessoas e o número de famílias atendidas nos países onde esta estratégia obteve

êxito com a realidade aqui implantada. Isto sem considerar que a desigualdade social entre o Brasil e esses países implicaria em melhor distribuição proporcional entre as ESF e o número de usuários do sistema, o que levaria a menor quantidade de pessoas atendidas por equipe.

Entretanto, a realidade brasileira é bem diferente. A grande demanda por assistência à saúde faz com que população busque a ESF, a fim de suprir suas necessidades de atendimento. Frequentemente, as equipes dessa estratégia têm que atender um número maior que o preconizado pelo Ministério da Saúde; com isto, desestrutura-se a estratégia de prevenção e promoção à saúde, pois os profissionais das EqSF não conseguem atender todas as pessoas nem realizar os dois tipos de atendimento (curativo e preventivo). Esta análise corrobora as afirmações de Senna (2002) e Schimith e Lima (2003) que destacam, como característica da ESF, uma simplificação da atenção à saúde, na medida em que é uma estratégia de saúde de baixo custo, voltada para os pobres, demonstrando sua baixa efetividade.

1.6 Parâmetros da Estratégia Saúde da Família na Paraíba

A implantação desta estratégia priorizou as regiões mais pobres, tanto das cidades quanto do país (Senna, 2002); entre os mais carentes, encontram-se os habitantes de cidades rurais – municípios de pequeno porte que, frequentemente, comportam entre 10 e 20 mil habitantes para Sousa e Hamann (2009) e menos de 25 mil habitantes para Albuquerque (2001). Como o nordeste do Brasil é considerado por todos os indicadores sociais disponíveis a região mais carente dos serviços básicos de infra-estrutura, dentre estes a saúde, a implantação da ESF veio ao encontro de uma população carente de meios para cuidar de sua saúde.

Apenas doze estados brasileiros aderiram a essa iniciativa, destes cinco eram do Nordeste (Alagoas, Ceará, Paraíba, Pernambuco e Sergipe,). Neste cenário a Paraíba implantou, em 1994, cinco Equipes de Saúde da Família (EqSF) em Campina Grande, seu

segundo maior município, sendo este o pioneiro nesta estratégia de assistência sanitária no estado (Lima & Souza, 2001; Sousa & Hamann, 2009). Em 1997, seguindo uma tendência nacional, apoiado pelo Ministério da Saúde e em conformidade com os princípios da ESF, a Paraíba adotou em seu plano de ações e metas prioritárias a implantação da ESF. Assim, em 1998, com o projeto de expansão da ESF, o município de Esperança implantou duas EqSF. Nesse mesmo ano, em 1998, o Estado ampliou sua cobertura para 39 equipes, chegando a 69 no final de 1999 (Brasil, 2008). Ressalta-se que essas EqSF foram predominantemente implantadas em cidades com características rurais.

Outro ponto crucial na implantação das EqSF na Paraíba foi a intensificação dos trabalhos de consolidação da Coordenação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF), cuja evolução pode ser observada na Tabela 7, a partir do ano de 1998 até 2008.

Tabela 7. Evolução da cobertura da EqSF na Paraíba

ANO	Cobertura de municípios			Cobertura da População			Nº EqSF
	Total	Cidades c/ EqSF	% Cobertura	Total	Acompanhada por EqSF	% Cobertura	
1998	223	21	9,40	3.331.673	131.365	3,90	39
1999	223	36	16,10	3.331.673	235.857	7,10	69
2000	223	140	62,80	3.375.609	1.049.681	31,00	324
2001	223	199	89,20	3.468.594	2.043.650	59,00	649
2002	223	210	94,20	3.468.594	2.343.449	68,00	777
2003	223	214	96,00	3.494.893	2.861.511	82,00	965
2004	223	223	100,00	3.532.620	3.205.107	91,00	1.114
2005	223	223	100,00	3.532.620	3.206.856	91,00	1.144
2006	223	218	97,30	3.617.861	3.360.509	93,00	1.185
2007	223	222	99,60	3.645.190	3.420.641	93,80	1.195
2008	223	223	100,00	3.645.190	3.451.209	94,70	1.228

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. DATASUS, 2009.

Em 1998 foram implementados 39 EqSF em 21 municípios paraibanos, o que significava uma cobertura de 3,9% da população do Estado. No ano seguinte, em 1999, já existiam 69 EqSF em 36 cidades do estado, correspondendo a 7,1% da cobertura do Estado. No ano de 2000, foram registradas 324 EqSF atuando em 140 municípios, com uma cobertura

de 31% da população paraibana. Em 2001 estes números aumentaram para 649 EqSF atuando em 199 municípios, com uma cobertura de 59% das famílias do Estado. Esta talvez tenha sido a época de maior evolução, pois o número de equipes dobrou no estado se comparado ao ano anterior.

Nos três anos seguintes (2002, 2003 e 2004) houve aumento tanto no que se refere ao número de EqSF implantadas, quanto ao aumento da população assistida e da cobertura. Em 2004 o EqSF esteve presente nos 223 municípios paraibanos. Todavia, cinco deles perderam equipes no ano de 2006. Esta perda de cobertura em número de municípios pode ser entendida pelo não cumprimento da pactuação de indicadores de saúde nesses municípios.

Note que, em 2007, apenas um município não possuía EqSF na Paraíba. Isto sugere que os municípios que perderam os financiamentos para a ESF se mobilizaram na busca de cumprir com o pacto realizado entre municípios, estados e União. Por fim, os dados de 2007 mostram que a ESF esteve presente em 99,6 % municípios do Estado (222 cidades do total de 223) e foi operacionalizada por 1.1195 EqSF com cobertura populacional de 93,8% da população paraibana, o que equivale a 3.420.141 pessoas.

Os últimos dados acerca desses indicadores referem-se a dezembro de 2008 e apontam a presença de 1228 EqSF implantadas em todos os municípios paraibanos; ou seja, recuperou-se a unanimidade (100%) e as 223 cidades possuem a ESF. Estes dados remetem ainda para uma cobertura populacional de 3.451.209 habitantes, o que implica em uma cobertura de 94,7% da população total (Brasil, 2009), dando à Paraíba o título de 2º maior cobertura em EqSF do país, perdendo apenas para o Piauí com 96,6% de cobertura.

Todavia, a cobertura populacional apresentada pelo Governo reflete a disponibilidade de EqSF por número de pessoas segundo os parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde que responsabiliza cada equipe por 4.000 pessoas (Brasil, 2008). Este padrão numérico não reflete desta forma a efetiva cobertura de atendimento das EqSF à população paraibana, pois não retrata a dificuldade de acessibilidade ao atendimento nesta

estratégia. Isto implica dizer que, apesar da Paraíba estar de acordo com os parâmetros adotados pelo Governo no tocante à implantação numérica de EqSF para promover atendimento a população, a quantidade de equipes implantadas nos municípios não consegue suprir as necessidades de atendimento. Este fato pode ser corroborado por diversos estudos (Melo, 2009; Oliveira, 2006; Oliveira & Albuquerque, 2008; Ronzani, 2008) que mostram problemas de acessibilidade de atendimento a ESF que, por um lado, mostram a alta demanda de pacientes que, frequentemente, voltam para suas casas sem serem atendidos pelos profissionais da ESF, após enfrentarem filas para conseguir marcar a consulta; e por outro lado, reflete a sobrecarga de trabalho dos profissionais das EqSF devido ao grande número de atendimentos que eles precisam fazer por dia na tentativa de atender aos pacientes que os procuram. Uma análise mais específica acerca desse assunto será apresentada no segundo capítulo, ao se abordar a ESF de modo mais acurado.

Não obstante, é necessário ressaltar que na década de 90 estava em foco a municipalização e descentralização do setor da saúde no Brasil (Bostein, 2002), o que culminava com a transferência de responsabilidade da gestão da rede de serviços de saúde para os municípios, bem como sua prestação direta de serviços e programas ligados à saúde. Para possibilitar a maximização de implementações das EqSF pelo país, o Ministério da Saúde optou por disponibilizar incentivos financeiros para as secretarias estaduais e municipais de saúde. Para sumarizar o montante de recursos destinados a ESF, observe a última linha da Tabela 8, que se refere aos valores (em reais) disponibilizados pelo Governo Federal.

Tabela 8. Evolução da cobertura e investimento de recursos na estratégia ESF no Brasil

Indicador / Ano	2003	2004	2005	2006	2007
Total de ESF implantadas	19.000	21.300	24.600	26.729	27.324
Total de municípios	4.400	4.600	4.986	5.106	5.125
Cobertura populacional (Brasil)	35,70%	39%	44,40%	46,20%	46,60%
Investimento em R\$	1.662,80	2.191,04	2.679,27	3.248,50	4.064,00

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. DATASUS, 2009.

Observe que, ao se comparar os cinco últimos anos, a ESF se expandiu amplamente passando de 19.000 EqSF implantadas em 4.400 municípios, com uma cobertura populacional de 35,7% em 2003; para 27.324 EqSF implantadas em 5.125 municípios, com uma cobertura populacional de 46,6% em 2007 (Brasil, 2008).

Note ainda que em 2003, o Governo investiu R\$ 1.662,80 (um milhão, seiscentos e sessenta e dois mil e oitenta reais) na estratégia ESF enquanto que em 2007 foram investidos mais que o dobro deste montante, em torno de R\$ 4.064,00 (quatro milhões e sessenta e quatro mil reais). Isto demonstra, por um lado, um crescimento no investimento de recursos nesta estratégia e, por outro, que a forma sistemática de cálculos para os incentivos financeiros gerou um grande interesse por parte dos gestores municipais para a implantação e ampliação da estratégia ESF, resultando em grande expansão em todo o país, como pode ser observado na Tabela 8. No entanto, ao se avaliar a expansão da ESF no estado da Paraíba, Oliveira (2006) alerta que a forma como se deu a ampliação dessa estratégia trouxe consigo alguns problemas para a otimização do funcionamento dessa estratégia, evidenciando vários limites de ordem técnica, política e financeira, que necessitam ser investigados.

Ainda no tocante a ESF nesse Estado, de acordo com avaliação realizada em 2002 pelo Tribunal de Contas da União (TCU), a Paraíba se destacou de outros três estados avaliados apresentando melhores condições com a estrutura que implantou. Esta avaliação priorizou as cidades com mais de 100.000 habitantes (cidades tipicamente urbanas e populosas); todavia, neste estudo, pretende-se avaliar a ESF no que se refere às cidades com menos de 25.000 habitantes (caracteristicamente rurais) que, em geral, são consideradas como as mais deficitárias e propensas a gestões de má qualidade.

A escolha por estudar os municípios de ambiente rural parte do pressuposto de que o Brasil é composto em sua maioria por cidades com características rurais, 75% do total de municípios brasileiros (Henrique & Calvo, 2009), abrigando cerca de 18% de sua população, que corresponde a algo em torno de 34.000.000 (trinta e quatro milhões) de habitantes (Brasil,

2009). O estado da Paraíba é constituído por 223 municípios, sendo que destes, 203 possuem uma população menor de 25.000 habitantes, consistindo cidades tipicamente rurais. Desta forma, é de extrema relevância a verificação de como está sendo operacionalizada a ESF nestas cidades, pois segundo cálculos baseados nas informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estima-se que as cidades rurais abrangem 91,03% dos municípios paraibanos (Brasil, 2009).

No entanto, ao se analisar a população total do estado da Paraíba, nota-se que 1.713.093 (um milhão, setecentos e treze mil e noventa e três) pessoas residem em cidades com características rurais, o que corresponde a 46,99% da população paraibana. Apesar de comportarem menos da metade da população paraibana que está concentrada nas cidades urbanas; a exemplo de João Pessoa (com 674.762 habitantes), Campina Grande (371.060 habitantes) e Patos (97.276 habitantes) que correspondem as cidades mais populosas da Paraíba e juntas aglomeram um total de 1.143.098 (um milhão, cento e quarenta e três mil e noventa e oito) pessoas (o que representa 31,39% da população do estado); não se pode desprezar a significância dos municípios de menor porte. Portanto, um estudo envolvendo esta população é fundamental para verificar a eficácia desta estratégia nas cidades menores do estado, seu reflexo na saúde da população de cada município, como também os impactos epidemiológicos, comportamentais e sócio-culturais nas famílias assistidas.

Apesar de se tratar de uma política pública implantada efetivamente há pouco mais de 11 anos, pois sua execução só ocorreu no país de fato em 1998, as pesquisas avaliativas a respeito de sua efetividade ainda são incipientes, principalmente no que se refere ao ambiente rural. Aliado a isto, nota-se a ausência de uma cultura de avaliação de programas por parte dos gestores brasileiros, uma situação socioeconômica complexa, problemas na gestão de saúde, entre outros, fazendo com que a ESF se encontre em fase embrionária tanto no que se refere ao seu acompanhamento, quanto ao conhecimento dos indicadores de seu impacto na população assistida.

Se isto ocorre quando se considera o gestor em grau máximo, como na esfera federal, o que dizer daqueles que administram os pequenos municípios brasileiros, muitas vezes com baixo índice de escolaridade, e criados em um ambiente culturalmente isolado que dificulta o processo de aprendizagem por comparações com experiências bem sucedidas em outras cidades ou regiões.

O isolamento do gestor das pequenas cidades é incomensurável; frequentemente, eles (os gestores) encontram fortes resistências à implantação de novas tecnologias administrativas e à incorporação de programas com novas ênfases filosóficas que redundam em mudanças de hábitos como aqueles vinculados à rede de atuação curativa da saúde. A filosofia que preside a ESF é a de complementaridade com a rede local curativa em seus vários níveis (primário, secundário e terciário). No entanto, muitas vezes o que se observa é a mera substituição de um programa por outro, com graves danos para a saúde geral da população posto que, cria-se um ambiente no qual permanecem confusas as atribuições do município na prevenção e na assistência à saúde da família.

Não obstante, as políticas de saúde vêm, ao longo do tempo, abrangendo aspectos fundamentais para a realização de suas ações, que se encaradas com compromisso e responsabilidade pelos gestores de saúde, propiciarão uma melhor qualidade de vida ao cidadão. É neste cenário que se insere a avaliação de programas de saúde como forma de verificar se a política pública implantada (neste caso a ESF) está conseguindo atingir os objetivos para o qual foi elaborada. Por conseguinte, pesquisas de caráter avaliativo que visem investigar como está sendo prestado o serviço básico de saúde à comunidade, bem como os gargalos que interferem negativamente na prestação do serviço devem ser estimuladas. Para tanto, faz-se necessário compreender os aspectos teórico-metodológicos da avaliação de programas sociais buscando identificar qual a configuração (desenho) avaliativa mais adequada para operacionalizar o objeto de estudo em questão, para que este possa ser analisada em seus aspectos teóricos por meio da análise das variáveis influenciadoras do êxito

ou fracasso da Estratégia Saúde da Família (segundo as crenças dos profissionais da EqSF). Estas informações podem servir também como ferramenta auxiliar para as decisões da gestão pública municipal em saúde.

CAPÍTULO II AVALIAÇÃO DA ESF A PARTIR DAS CRENÇAS: ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS

Uma das áreas que está em desenvolvimento no Brasil e que pode ser útil na compreensão dos fatores complicadores e beneficiadores na operacionalização da ESF é a Avaliação de Programas. Ela está voltada para a avaliação de programas sociais instituídos numa sociedade pelas políticas públicas governamentais.

Cano (2004) define programa social como uma intervenção sistemática planejada com o objetivo de atingir uma mudança na realidade social. Campbel (1969) afirma que programas sociais são de fato experimentos planejados para atingir objetivos determinados ressaltando a necessidade de que os cientistas sociais se interessem por avaliar cada programa para determinar se os objetivos pretendidos foram alcançados.

É neste campo de abrangência que se compreende a avaliação de programas como uma técnica gerencial para o *feedback* sistemático de informações a serem utilizadas no aprimoramento de programas sociais. Para Tripodi, Fellin e Epstein (1975), autores clássicos deste tema, a avaliação de um programa social funciona como um dispositivo de retroalimentação de informação para os diretores e outros responsáveis pelo desenvolvimento contínuo destes programas.

Para Cohen e Franco (1998), a avaliação deve estar voltada para a maximização da eficácia dos programas e para a obtenção da eficiência na utilização dos recursos. Contudo, para que tal tenha resultados efetivos, devem-se estabelecer critérios pelos quais se seguirá a avaliação, bem como seus objetivos específicos (Frekete, 2000).

A avaliação de políticas e programas sociais é vista pelos especialistas como procedimentos estratégicos e indispensáveis para dar transparência às ações públicas, democratizar o Estado e a sociedade civil, conhecer as políticas e compreender o Estado em

ação, bem como melhorar as políticas e a ação do Estado, por meio de recomendações, sugerindo modificações, na implementação e nos resultados da política ou do programa avaliado (Melo, 2006).

De maneira geral, avaliar consiste em estabelecer um julgamento, atribuir um valor, uma medida de aprovação ou desaprovação de uma política pública ou de um programa social em particular. Não obstante, não existe possibilidade de avaliar uma política pública apenas de forma instrumental, técnica ou neutra. Neste direcionamento, Melo (2006) argumenta que a avaliação de políticas públicas está calcada em um conjunto de valores e noções sobre a realidade social (crenças) partilhados pelos membros de uma maioria de governo que os permite distinguir entre uma boa e uma má política.

As políticas públicas refletem necessariamente as ações do Estado e são operacionalizadas, na maioria das vezes, por meio dos programas sociais que podem refletir ou não as pressões e as demandas sociais. Neste sentido, a avaliação de programas insere-se como parte destas políticas em prol da melhoria no processo de tomada de decisão e, principalmente, na aferição de resultados e impactos destes programas. Assim, a avaliação adquire relevância tanto para o pesquisador, quanto para os beneficiários e para o Estado.

De acordo com Arretche (2006), a avaliação é, ao menos na teoria, uma das etapas de uma política pública, devendo se inserir no processo de implementação das políticas e programas com o intuito de reformulação, seja durante a implementação, seja posteriormente. Para esta autora, a produção e a divulgação de avaliações podem servir de base para que o eleitorado exerça seu papel democrático de controle das ações do governo. Assim, as avaliações podem contribuir para a participação efetiva da comunidade, o que implica no processo de construção de uma sociedade crítica que analisa as ações do Estado.

O objetivo primordial da avaliação de programas sociais é aprimorar sua capacidade de oferecer adequada atenção aos cidadãos. Neste sentido, ela é parte essencial da formulação e implementação dos programas sociais, contribuindo para seu aperfeiçoamento.

Pestana (2006) advoga que, como instrumento fundamental do processo de formulação e implementação da política pública, a avaliação fornece contribuições em duas direções: 1) no âmbito da realidade, pois o conhecimento do programa em desenvolvimento fornece elementos para melhorá-lo, indicando as alternativas para superar as dificuldades encontradas; e 2) no âmbito da prospecção, pois verifica se os objetivos do programa correspondem às necessidades e se são compatíveis com as exigências da realidade em um futuro próximo ou distante.

Por vezes, a avaliação de políticas públicas e de programas sociais pode ser confundida com pesquisas nesta área, pois existe muita afinidade entre estes campos (as técnicas de coleta e análise de dados, a organização e a utilização dos resultados). Faria (2006) ressalta a importância em distingui-las e, para tal, aborda três dimensões específicas da avaliação.

No que se refere aos aspectos metodológicos, a autora argumenta que a avaliação é uma atividade que coleta, ordena, analisa e compara dados de desempenho (resultados, impactos, alvos alcançados) com um conjunto de metas previamente estabelecidas (objetivos do programa). Ela ressalta ainda que quanto a sua finalidade, a avaliação responde a questões sobre eficácia e efetividade do programa sob análise, possuindo a tarefa de julgá-los e informar o que foi encontrado. Por fim, do ponto de vista do seu papel, a autora afirma que a avaliação detecta os pontos fracos (prováveis falhas) e pontos fortes (prováveis êxitos) do programa durante sua elaboração, permitindo posterior correção de rumos. Em suma, enquanto a avaliação concentra seus esforços para determinar o mérito de programas (avaliá-lo quanto ao seu sucesso ou fracasso), a pesquisa busca determinar a consistência científica do fenômeno estudado.

Não obstante, Faria (2006) ainda faz uma distinção entre pesquisas orientadas para a decisão e pesquisas orientadas para a conclusão. As pesquisas orientadas para decisão oferecem subsídios para os formuladores e implementadores de políticas e programas. Poderia

se dizer que este tipo de pesquisa caracteriza-se por ser uma pesquisa aplicada que, segundo Cozby (2003) consiste em pesquisas realizadas com o objetivo de examinar questões relativas a problemas práticos e suas potenciais soluções. Assim, pesquisas neste âmbito direcionam-se à avaliação de um programa social que subjaz uma tomada de decisão. Já as pesquisas orientadas para conclusão surgem do interesse teórico dos pesquisadores e intentam pôr à prova hipóteses que explicam os fenômenos estudados. Estas pesquisas possuem caráter básico, pois se interessam mais pela natureza do fenômeno estudado, bem como pela investigação das relações entre as variáveis que o compõem (como elas se comportam, como uma influencia a outra, qual o sentido, a direção e a força da relação). A presente tese se insere nesta última categoria, pois busca investigar as crenças dos profissionais da EqSF sobre a ESF analisando as variáveis presentes no cotidiano laboral destes trabalhadores.

Cozby (2003) afirma que a avaliação de programas insere-se no campo da pesquisa aplicada e caracteriza-se por ser um tipo de pesquisa que propõe e implanta programas para atingir algum efeito positivo sobre um grupo de indivíduos. Este autor também afirma que pesquisas de avaliação de programas avaliam reformas sociais e inovações introduzidas no governo, na educação, no sistema judiciário, na indústria, em instituições de saúde mental e na assistência à saúde, foco desta tese.

No campo da avaliação de uma determinada política pública, Arretche (2006) afirma que se deve distinguir entre avaliação política e análise de políticas públicas, pois cada uma destas abordagens avaliativas utiliza diferentes instrumentos, bem como formas distintas de operacionalizar a avaliação que pressupõem conclusões de diferentes naturezas.

Na avaliação política a análise busca explicar o critério (ou critérios) que embasam determinada política, ou seja, buscam entender as razões que a tornam preferível a qualquer outra. Ela se preocupa em explanar o caráter político do processo decisório que influenciou na adoção de uma determinada política, seus valores, as crenças subjacentes, suas características, sua filosofia política. Em suma, a avaliação política necessita da operacionalização concreta

da política ou da implementação de um programa social concreto para, a partir dele, examinar “os pressupostos e fundamentos políticos de um determinado curso de ação pública” (Arretche, 2006, p. 30).

Não obstante, a análise de políticas públicas consiste no exame da “engenharia institucional” e dos traços constitutivos do programa. Esta ponderação busca reconstituir as diversas características que a política pública pode assumir (possibilidades de desenho institucional, as formas de relação entre setor público e setor privado, formas de financiamento, modalidades de prestação de serviços, etc.) com o intuito de dar sentido às ações do Estado.

Apesar da análise de uma política pública poder atribuir a um determinado desenho institucional alguns resultados previsíveis, apenas a avaliação desta política poderá estabelecer uma relação de causalidade (ou mesmo uma correlação) entre um determinado programa e seus resultados. Logo, esta tese se debruça sobre a avaliação de políticas ou programas sociais, especificamente da Estratégia Saúde da Família, deixando para os sociólogos e cientistas sociais a tarefa da análise política.

2.1 Considerações acerca da avaliação de programas sociais em saúde

A literatura americana acerca da avaliação de políticas e programas educacionais é bastante vasta, apesar de ser recente no âmbito brasileiro, surgindo principalmente nos anos de 1980. Contudo, avaliações na área de saúde ainda são um desafio para a tradição avaliativa no Brasil, sendo necessário adaptar os tipos de avaliação encontrados para uma perspectiva de avaliação de programas no campo da saúde pública. Ao falar especificamente sobre a avaliação de programas em saúde, Novaes (2000) comenta que esta área passa por um processo de expansão e diversificação conceitual e metodológica, bem como por uma crescente demanda para se constituir como instrumento de apoio às decisões necessárias à dinâmica dos sistemas e serviços de saúde e na implementação das políticas de saúde.

As questões sanitárias no Brasil ocorrem em uma realidade complexa caracterizada pela grande extensão geográfica do território brasileiro, pela diversidade cultural, pelas desigualdades sócioeconômicas, de urbanização e de condições de saúde “agravadas pela ineficiência da estrutura pública de serviços” (Pestana, 2006, p. 62). Conclui-se, portanto, que o planejamento e a avaliação tornam-se fundamentais uma vez que as instituições públicas, de maneira geral, “não sabem precisamente onde estão, outras não sabem exatamente onde querem ou devem ir, e quase todas não sabem de que alternativas dispõem para sair de onde estão e chegar ao objeto pretendido” (Pestana, 2006, p. 62). Por conseguinte, pesquisas de caráter avaliativo são essenciais para a compreensão da realidade sanitária do país.

As avaliações de programas em saúde têm como foco de análise os programas sociais da área de saúde tomados como processos complexos de organização de práticas voltadas para objetivos específicos, sendo considerados programas tanto as propostas voltadas para a realização de um macro objetivo (Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS e Estratégia Saúde da Família – ESF, por exemplo), quanto à implantação de reformas de atenção a populações específicas (como a atenção domiciliar a idosos e a vacinação de crianças) e que envolvem instituições, serviços e profissionais diversos, como as atividades desenvolvidas em serviços de saúde, que têm por objetivo prestar um determinado tipo de atendimento para uma dada clientela. No entanto, estas pesquisas devem possuir um delineamento que considere a gama de variáveis interferentes e intervenientes que podem estar associadas ao programa para evitar conclusões errôneas acerca de sua eficácia e efetividade.

Em 2000, o Ministério da Saúde juntamente com as Secretarias de Saúde do Estado e dos Municípios realizaram uma Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF em 1.870 municípios nas 27 unidades federais. Os dados obtidos apontam para o predomínio da atuação das Equipes de Saúde da Família

(EqSF) na zona urbana, sendo a zona rural beneficiada com 37,1% da atuação. Entre todos os 27 estados brasileiros, apenas um utilizou o critério de população inferior a 15 mil habitantes para a implantação das ESF.

Todavia, a pesquisa relatada possui alguns vieses que poderiam ser controlados se fossem adotados métodos de abordagens mais rigorosos. Por exemplo, a avaliação do PSF (Brasil, 2000), tal como era denominada a ESF, constitui-se mais como um levantamento das condições de implantação e funcionamento dos PSF no país, caracterizando uma avaliação de implementação ou processo sem maiores informações acerca da eficácia do programa. Além disso, a metodologia adotada na pesquisa foi a técnica de Delphi que consiste em enviar questionários pelos correios para que sejam respondidos pelos gestores e devolvidos ao Ministério da Saúde, segundo Cozby (2003) o que aumenta o erro amostral devido a baixa taxa de retorno destes questionários comprometendo a fidedignidade dos resultados.

Ressalta-se que foi mantida a sigla PSF na citação de alguns estudos durante esta tese para manter o caráter político e temporal da época em que estas pesquisas foram realizadas.

Outro estudo que buscou avaliar o Programa Saúde da Família (PSF) foi realizado por Trad, Bastos, Santana e Nunes (2002). Os autores intentaram averiguar a satisfação do usuário do PSF em cinco municípios da Bahia encontrando uma visão bastante positiva na avaliação do PSF nos cinco municípios. Isto pode ser explicado pelo fato de que em todos os municípios estudados, seguindo uma tendência estadual e nacional, o PSF foi implantado nas áreas onde se concentram as populações mais pobres e com as piores condições de infraestrutura básica. Estes dados são corroborados por Senna (2002) que aponta para o impacto positivo do PSF em áreas de grande déficit de serviços básicos de saúde, principalmente na região Nordeste do país.

Em contrapartida, os profissionais da equipe de saúde da família levaram mais em consideração a lógica do atendimento e menos a da necessidade enfatizando o caráter

preventivo e educativo do trabalho em PSF. Mas, apesar das dificuldades encontradas (dificuldade de refrear a demanda espontânea nas áreas atendidas, sobrecarga excessiva de trabalho, o sistema de referência e contra-referência deficitário; além de problemas de infraestrutura, material e equipamentos) os profissionais da equipe expressaram sentimentos de satisfação com um trabalho pautado em ideais de justiça social.

Este estudo apontou para a importância dos profissionais de saúde conhecerem o contexto (comunidade) em que irão atuar, tendo acesso às percepções dos pacientes relativas à saúde (crenças, valores, atitudes). Deste modo, os profissionais de saúde poderiam desenvolver estratégias de modificação de comportamento dos usuários dos serviços da rede de atenção básica das localidades onde iriam atuar.

Assim, diante da diversidade de taxionomias de avaliação de programas presentes na literatura (ver Oliveira, 2006; Hartz, 2005; Hartz & Silva, 2008), buscou-se nesta tese associar desenhos avaliativos que mais se adequassem ao seu objeto de estudo (avaliação da ESF a partir das crenças da EqSF). Isto implica na utilização de dois tipos básicos de avaliação que orientam o trabalho em questão: a pesquisa avaliativa e a pesquisa participativa, a saber.

Na pesquisa de avaliação o objetivo principal é a produção de um conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica. De acordo com Novaes (2000), essas pesquisas geralmente são desenvolvidas sob a coordenação de instituições acadêmicas, por iniciativa própria ou a partir de solicitações de instâncias públicas com elevado poder sobre a implementação ou reorientação de macro políticas (Ministérios ou Secretarias Estaduais, Legislativo e outros órgãos), nos quais, torna-se necessária a distância dos avaliadores para garantir máxima objetividade à investigação.

Cano (2004) aborda esta questão do caráter externo ou interno da avaliação. As avaliações internas são desenvolvidas por pessoas ou equipes que pertencem ao programa. As avaliações externas são desenvolvidas por consultores ou instituições que não fazem parte do

programa e que são chamados especificamente para esta finalidade. Arretche (2006) e Lobo (2006) argumentam que como as avaliações são processos regulatórios de controle sobre as ações públicas, tanto no que se refere aos cidadãos regulando o governo quanto a autorregulação governamental acerca de suas próprias ações, espera-se que estas sejam realizadas por órgãos independentes.

As avaliações realizadas pelas equipes governamentais consistem em relatórios de acompanhamento nos quais se descrevem as ações desenvolvidas no curso de implementação do programa. Contudo, elas podem estar enviesadas, já que diversas questões levam os avaliadores internos a buscar evidenciar os pontos positivos do programa em detrimento dos aspectos negativos (a manutenção de seus empregos, o medo de revelar a incipiência dos resultados de um programa, entre outros). Assim, frequentemente as informações indesejáveis são camufladas e ainda que sejam utilizados bons instrumentos de pesquisa para o estudo, elas carecem de um verdadeiro caráter avaliativo, pois a veracidade das informações é questionável.

Isto posto, Arretche (2006) sugere que instituições independentes possuem melhores condições de realizar estudos avaliativos mais confiáveis, com base em critérios explícitos e externos que possam demonstrar a relação entre as políticas públicas implementadas, seus processos e resultados, com o intuito de orientar as ações do Estado para a melhoria da prestação de serviços do Governo à população.

Não obstante, as principais questões que orientam as pesquisas de avaliação dizem respeito à identificação de impactos obtidos pelas ações a serem avaliadas, sendo formuladas de maneira a encontrar relações de causalidade entre variáveis. A metodologia dominante neste tipo de pesquisa ainda é de natureza quantitativa, mas com crescente participação das formas qualitativas, ambas orientadas para a busca da objetividade e de uma possibilidade de generalização dos resultados observados.

Ressalta-se, contudo, que no tocante à metodologia utilizada, as situações avaliadas no campo da saúde irão exigir a adoção de múltiplas abordagens, para que não se perca a capacidade de explicação e compreensão da situação sanitária em que se encontra a localidade sob análise. Isto implica dizer que tanto perspectivas quantitativas como qualitativas serão pertinentes, a depender da pergunta avaliativa.

A informação resultante da avaliação deverá ser confrontada com os pressupostos iniciais (hipóteses) que orientam a pesquisa e o juízo formulado deverá ser coerente com estes pressupostos. Segundo Neves (2000), as pesquisas de avaliação são geralmente pontuais podendo ser eventualmente replicadas, temporal ou espacialmente, para efeito comparativo.

De modo geral, a pesquisa de avaliação em saúde desenvolve-se mais quando se deseja medir o impacto de um programa através dos resultados observados sobre condições específicas da população (mortalidade, morbidade, indicadores de qualidade de vida, entre outras), selecionados a partir de relações de causalidade identificadas entre condições de saúde e formas de intervenção. No entanto, outros tipos de impactos têm sido medidos pelas avaliações de programas, tais como o impacto de profundidade e o impacto de amplitude do programa. O impacto de profundidade representa o resultado do programa na vida de um beneficiário, enquanto o impacto de amplitude é o resultado que o programa causou na população-alvo.

A outra perspectiva teórico-metodológica norteadora desta tese é a avaliação participativa. Este tipo de avaliação contrapõe-se à visão atual da avaliação que está associada a auditorias ou ao controle externo de um programa. Carvalho (2006) argumenta que estas práticas de avaliação (auditorias) caracterizam-se por serem tecno-burocráticas voltadas à prestação de contas dos resultados dos programas às chefias de governo, à comunidade em geral e aos usuários, em particular. Numa outra perspectiva, a avaliação participativa adota uma concepção totalizante da avaliação que busca apreender a ação desde a sua formulação até seus impactos.

Este tipo de pesquisa consiste em inserir no processo de avaliação os agentes (prestadores de serviços) e beneficiários (usuários) envolvidos no programa permitindo-lhes refletir e socializar suas crenças, opiniões, valores, expectativas e representações acerca das ações e serviços que estão sendo prestados à comunidade. Envolver estes atores (usuários, funcionários, gestores, entre outros) no processo avaliativo tem sido considerado importante por diversos pesquisadores (Arretche, 2006; Carvalho, 2006; Contrandioupolus, 2000; Lobo, 2006), pois, a partir deles, pode-se apreender os múltiplos fatores, processos e resultados da ação pública avaliada. Ou seja, este tipo de avaliação “se compromete a dar vez e voz ao pluralismo social que estes interlocutores expressam” (Carvalho, 2006). Esta característica de participação dos envolvidos na ação garante à avaliação uma maior densidade.

O fundamental neste tipo de pesquisa, de acordo com Carvalho (2006), é avaliar a capacidade de respostas do programa às demandas dos grupos beneficiados, sendo fundamental a participação dos operadores e usuários do programa. Neste tipo de atividade o avaliador não se encontra na posição solitária de único agente valorativo, mas assume a postura de mediador de debates para que surjam os consensos ou dissensos acerca do serviço avaliado. Assim, ele permite (e até estimula) que aflorem as “verdades” acerca do programa na visão de diversos segmentos nele envolvidos para, a partir delas, detectar precocemente falhas ou estratégias inadequadas com o intuito de alterá-las objetivando a melhora da eficácia do programa.

Para a realização do debate reflexivo acerca do programa, diversas estratégias podem ser utilizadas, tais como, definição de indicadores, aplicação de questionários, realização de entrevistas, observação participante. Desta forma, não se perde a coerência nem se releva o rigor metodológico neste tipo de pesquisa. O que se almeja é se apropriar das visões de mundo das diversas classes implicadas nas ações públicas para contrapô-las e buscar compreender a melhor forma de ajudar no incremento das atuações do governo.

Alguns estudos avaliativos norteados pela perspectiva participativa vêm sendo desenvolvidos pelo Núcleo de Estudos em Desenvolvimento Rural e Avaliação de Programas Sociais da Universidade Federal da Paraíba desde 2004 (Martins, 2008; Melo, 2007; Melo, 2009, Neves, 2008, Oliveira, 2006).

Um exemplo de avaliação participativa foi um estudo realizado com os profissionais da Equipe de Saúde da Família (EqSF) e com os usuários da ESF para compreender como estes atores avaliavam a estratégia em suas múltiplas facetas (infra-estrutura de atendimento, organização da USF, política de recursos humanos, vínculo profissional-comunidade, capacitação profissional, sistema de referência e contra-referência, entre outras), tal como realizado por Oliveira (2006).

Neste estudo, a autora avaliou o PSF (como era denominado na época da realização da pesquisa) no município de João Pessoa, Paraíba, a partir das crenças de usuários e não-usuários daquele programa, bem como de profissionais da EqSF. Os resultados demonstraram que os usuários avaliavam positivamente o PSF no que se refere ao atendimento humano e diferente (prevenção e promoção da saúde) dos profissionais da EqSF, além da proximidade de casa e da distribuição de remédios gratuitamente. Em contrapartida, a pequena quantidade de profissionais (que implica em poucos atendimentos), o agendamento das consultas e a demora no encaminhamento para o médico especialista se constituem como aspectos negativos na avaliação dos usuários acerca do PSF.

Foi observado também que os profissionais da equipe avaliaram negativamente o PSF no tocante às condições de trabalho fornecidas pelos gestores, ao deficitário sistema de referência e contra-referência, à falta e/ou insuficiência de capacitações, a sobrecarga de trabalho e à falta de compreensão da população sobre o programa (Oliveira, 2006; Oliveira & Albuquerque, 2008). Não obstante, avaliavam positivamente o PSF principalmente no que se refere ao aumento do vínculo com a população e ao trabalho pautado em ideais de equidade e justiça social, que através de uma equipe multiprofissional desenvolvem estratégias

preventivas e promocionais. A autora afirma também que a observação da realidade sanitária das Unidades de Saúde da Família (USF) corroborou o discurso dos profissionais das ESF quanto às precárias condições de trabalho do PSF.

Oliveira (2006) ressaltou ainda que apesar de todos os entraves apontados na pesquisa, o PSF obteve um impacto positivo na saúde da população assistida, principalmente pelo fato desta estratégia de saúde ter sido implementada em áreas sem qualquer serviço voltado para a saúde da população. Contudo, ela alerta para a questão da eficácia do programa ser bastante minimizada pelo fato do PSF ser utilizado de maneira inadequada, tendo que suprir a deficiência da atenção básica de saúde municipal.

Um estudo atual realizado por Ronzani e Silva (2008) também versa na mesma direção dos estudos anteriormente citados: avaliar o Programa Saúde da Família segundo a percepção dos profissionais de saúde, gestores e usuários do programa. Os resultados mostraram que os profissionais da equipe de saúde demonstram insatisfação com a organização do PSF, que os gestores apontam para a educação, prevenção e assistência junto às famílias como os maiores benefícios do programa e que os usuários não veem o PSF como atendendo às suas necessidades. Os autores concluem, tal como Trad, Bastos, Nunes e Santana (2002), que os atores envolvidos na proposta do PSF (gestores, profissionais de saúde e beneficiários, neste caso) têm expectativas diferentes, o que pode afetar negativamente a efetividade do serviço.

A dissertação de Martins (2008) também segue neste mesmo delineamento de pesquisa. No intuito de acessar as crenças dos gestores municipais de saúde acerca do Sistema Único de Saúde (SUS) e de sua efetivação, a autora acessou as crenças de 21 gestores e 24 conselheiros municipais de cidades com características rurais da Paraíba. Apesar dos gestores entrevistados demonstrarem uma avaliação mais positiva do SUS que os conselheiros municipais; suas crenças referiam-se a uma assistência à saúde voltada para os pobres e que se limitava aos serviços de atenção básica. Estas crenças são incongruentes com os princípios

que regem o SUS e implica dizer que os gestores possuem crenças que não são condizentes com o que é preconizado pelo sistema de saúde brasileiro.

Desta forma, Martins (2008) sugeriu que as crenças dos gestores municipais de saúde entrevistados parecem contribuir para os entraves na operacionalização da saúde nas cidades de pequeno porte e, além disso, refletem na descontinuidade dos serviços de atenção à saúde nos quais não há articulação entre ESF e os demais níveis de assistência (média e alta complexidade). Para complicar a situação gerencial da saúde nestes municípios, a autora ainda encontrou que, nas cidades pesquisadas, a gestão do SUS está intimamente ligada a interesses pessoais e políticos de seus governantes em detrimento dos interesses e necessidades da população.

Diversos autores (Arretche, 2006; Carvalho, 2006; Contrandiopolus, 2000; Lobo, 2006) alertam para a necessidade de se inserir nas avaliações os atores que estão direta e indiretamente ligados aos programas sociais (beneficiários, prestadores de serviço, gestores), pois as variações de suas percepções podem ter influência relevante na consecução e aceitação do programa, assumindo desta forma um caráter metodológico que não pode ser negligenciado.

No caso desta tese, considerar os profissionais de saúde é de suma importância, pois suas crenças, seus valores e atitudes se constituem como formas de compreensão de sua realidade e podem desencadear reações comportamentais (positivas ou negativas) direcionadas à comunidade usuária, comprometendo a qualidade dos serviços de saúde.

Considera-se, neste momento, que a equipe que constitui a ESF é um dos pontos fortes que influenciam no êxito ou fracasso de uma estratégia deste naipe. Suas crenças sobre saúde preventiva, atitudes sobre a população, e os meios que dispõem para efetivar o seu trabalho, constitui-se de variáveis fundamentais para embasar a estruturação de uma estratégia que visa atender a população carente de modo preventivo.

2.2 Compreendendo as crenças dos profissionais de saúde da ESF

Como acredita-se que as atividades dos profissionais que trabalham na EqSF estão diretamente relacionadas às crenças pessoais da equipe e as suas atitudes frente à estratégia e ao atendimento da população na ESF são resultados de suas crenças, os estudos em avaliação da ESF devem buscar, hoje, entender como essas crenças interferem no processo de trabalho dessa estratégia, afetando o atendimento à comunidade e, conseqüentemente, seu desempenho no serviço de saúde em questão.

Desta forma, para entender o trabalho dessa equipe é preciso, portanto, conhecer seus prestadores de serviço e o que eles sabem sobre a forma de trabalho em ações de saúde providas por políticas públicas governamentais de orientação promocional e preventiva, o que pensam sobre suas práticas (crenças) e como este conhecimento e os processos de pensamento são aprendidos através da apreciação de modelos anteriores de atenção à saúde e de sua experiência de trabalho nestes programas.

Neste sentido, o estudo sobre as crenças da EqSF interessa, principalmente, às instituições governamentais de saúde responsáveis pela contratação destes profissionais para fornecer assistência sanitária à população, pois, a partir destas informações pode-se auxiliar no processo de seleção dos profissionais para compor a EqSF, bem como no desenvolvimento de estratégias de capacitação para o trabalho na ESF que influenciem positivamente os resultados sanitários da localidade de trabalho em que estes profissionais irão atuar.

Nota-se, por conseguinte, que a reflexão sobre a compreensão das crenças destes profissionais tem se tornado uma peça essencial na avaliação de programas em saúde uma vez que esta deve considerar as pressuposições e as crenças destes profissionais sobre a ESF. Todavia, tentar compreender como as crenças dos profissionais de saúde influenciam as ações de saúde no âmbito da atenção básica, bem como identificar as dificuldades inerentes à realidade de trabalho de um programa social calcado na prevenção e promoção de saúde não é

tarefas simples. Não obstante, é possível encontrar alguns caminhos pela via da Psicologia Social Cognitiva.

Tomando como referencial o componente cognitivo do Modelo Trifatorial de Atitudes proposto por Fishbein e Aizen (1975), a presente tese procurou enfocar, na concepção dos profissionais de saúde que trabalham na EqSF, as crenças referentes a este serviço de atenção básica com o intuito de compreender como estas crenças podem influenciar as atitudes e os comportamentos destes atores no atendimento e tratamento da população assistida pela ESF.

Consideradas como posicionamentos derivados de crenças e valores ligados a um fenômeno determinando propensões comportamentais com estas cognições valorizadas, as atitudes são consideradas importantes fontes de informações sobre o comportamento manifesto humano. No entanto, buscar-se-á enfocar, aqui, o componente cognitivo das atitudes que possibilita identificar as crenças dos profissionais de saúde que trabalham na ESF acerca desta estratégia sanitária.

O emprego deste referencial teórico se justifica pelo fato de viabilizar a evidência dos principais atributos relacionados à ESF enquanto fenômeno psicossocial, que poderiam identificar elementos formadores e determinantes das atitudes e comportamentos característicos dos profissionais da ESF, atingindo o principal objetivo da pesquisa: avaliar a Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir das crenças dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (EqSF) que trabalham em diferentes municípios do ambiente rural do Estado da Paraíba com o intuito de compreender os fatores que influenciam o desempenho efetivo do trabalho destas equipes, possibilitando o êxito ou o fracasso deste modelo de atenção à saúde.

Para tanto, serão explicitados conceitos da Psicologia Social Cognitiva que orientarão este trabalho, buscando-se compreender os processos cognitivos humanos relacionando-os a situação laboral dos profissionais de saúde no âmbito da ESF.

O processo pelo qual se busca conhecer a realidade ao nosso redor, adquirindo informações sobre esta realidade (pessoas, objetos, fatos), suas características, qualidades e atributos é denominado percepção. É próprio do processo perceptivo humano dar significado aos estímulos do mundo que nos cerca. Segundo Camino (1996), o significado é dado a partir da experiência direta com o mundo (análise fenomenal) onde se busca compreender os processos que permeiam a experiência perceptiva (análise causal); assim, parte-se do objeto real até chegar ao objeto percebido.

A partir da descoberta de Ross (1977) do Erro Fundamental de Atribuição – tendência do observador a sobestimar o papel dos fatores pessoais e subestimar o papel dos fatores ambientais na explicação dos acontecimentos (vieses no processo perceptivo) –, o estudo do homem passou do paradigma da percepção para o paradigma da cognição.

A cognição é definida como crenças, atitudes e valores que sejam conscientes (Festinger, 1957). Inicia-se com a percepção através da tentativa de organizar o fenômeno dos estímulos que nos rodeiam e constitui-se como qualquer conhecimento, opinião ou crença acerca do ambiente, de si mesmo ou do comportamento de outra pessoa.

Assim, desde a descoberta dos vieses cognitivos perceptuais a que o nosso sistema perceptivo é subordinado, observou-se que a realidade não é o que existe, é o que pensamos que existe (Myers, 1997). A forma como se pensa e interpreta a realidade orienta as crenças, atitudes e ações das pessoas frente aos eventos.

Neste sentido, ao observar sua realidade de trabalho na ESF, um profissional de saúde dessa equipe irá utilizar seu sistema perceptivo para formar, durante a experiência com o trabalho, novas idéias e associá-las àquelas que podem existir mediante informações anteriormente recebidas; por exemplo, conhecimentos sobre atenção básica, sobre princípios do SUS, sobre atendimento em saúde coletiva, dentre outros. No entanto, o sistema perceptivo deste profissional é influenciado por vieses que irão fazê-lo distorcer a realidade e interpretá-la a partir de um ponto de vista (o seu); ou seja, o que o profissional estará vendo deixa de ser

a representação da realidade laboral existente na ESF e passa a ser a *sua percepção* de realidade laboral. A realidade elaborada por este profissional irá nortear suas crenças, atitudes e ações no trabalho, sendo fundamental discorrer teoricamente sobre este tema para melhor compreensão de sua influência no trabalho deste profissional.

A atitude é um construto hipotético que representa um traço latente (indiretamente observável) expressando um posicionamento favorável ou desfavorável (caráter avaliativo) em relação a uma determinada coisa (pessoa, objeto, idéia, instituição) com a qual entramos em contato a partir do processo de socialização (Aronson, Wilson & Akert, 2003; Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2001).

Ela é decorrente de vários processos. Pode-se formar uma atitude por meio de aprendizagem (através de reforço, punição, modelagem, imitação); isto é, o profissional de saúde da ESF pode, durante sua formação no curso de graduação, apreender a atitude do seu professor da disciplina referente à Atenção Básica e ao SUS acerca do trabalho nos programas e ações governamentais de saúde. Ressalta-se aqui a importância dos afetos na aprendizagem e adoção de atitudes, pois há uma tendência em se adotar as atitudes das pessoas que nos são significativas. Então, é mais fácil este profissional adotar uma atitude positiva frente à ESF no caso de ele admirar e gostar do professor desta matéria.

Uma atitude também pode ser desenvolvida para atender certas funções ou objetivos. Por exemplo, se o profissional de saúde está desempregado e ficou interessado na vaga que surgiu na ESF do seu município ele pode desenvolver uma atitude positiva para com esta estratégia. As atitudes podem ainda ser uma consequência de características pessoais, como é o caso do profissional de saúde que tem orientação para trabalhar com saúde pública devido a sua personalidade extrovertida e orientação coletivista. Logo, este profissional tenderá a ter uma atitude positiva frente à ESF. Pode-se, ainda, formar atitudes devido a determinantes sociais (experiência negativa de atendimento em outras ações governamentais

na área de saúde, por exemplo, formando uma atitude negativa frente à ESF) ou processos cognitivos (conhecimentos e idéias acerca da ESF).

Zajonc (1968) sumariza a formação de atitudes em dois processos: um cognitivo, pois para haver atitudes frente ao objeto é necessário que haja uma crença relacionada a ele; e o outro afetivo, por meio da familiaridade com o objeto atitudinal, seja através da exposição (experiência com a ESF, por exemplo) ou por condicionamento clássico (aproximação da ESF e associação com estímulos neutros).

As atitudes permitem a obtenção de recompensas e evitam punições; protegem a autoestima das pessoas, evitando ansiedade e conflitos; ajudam as pessoas a ordenar e assimilar situações complexas, a refletir suas convicções e valores, além de estabelecer sua identidade social.

No tocante as funções das atitudes, elas também podem ser organizadas em três categorias, distinguindo-as em função motivacional, função cognitiva e função social. A função motivacional refere-se às razões para que os indivíduos professem uma atitude em relação a algum estímulo (objeto). Elas dividem-se em: a) motivos instrumentais, com fins adaptativos e/ou avaliativos (qual o custo-benefício de um profissional de saúde ter uma atitude positiva frente à ESF?); e b) motivos expressivos, com o intuito de transmitir valores (o profissional de saúde elabora uma atitude com o intuito de servir de modelo a alguém – ensinar noções de educação sanitária para uma comunidade, por exemplo).

A função cognitiva refere-se à forma como uma atitude irá influenciar o processamento das informações (Lima, 2000) e aborda os preceitos básicos do Princípio do Equilíbrio (Heider, 1958) e da Teoria da Dissonância Cognitiva (Festinger, 1957) com o intuito de demonstrar que as atitudes também podem se influenciadas pelas tendenciosidades cognitivas. Nesta perspectiva, para formação das atitudes, as pessoas buscam manter ou voltar ao equilíbrio, diminuindo o número de elementos dissonantes e aumentando o número de elementos consonantes da informação processada. Estes princípios podem ser compreendidos

observando o profissional da EqSF que poderá manter-se em estado cognitivo de equilíbrio se aglutinar informações consonantes sobre o seu trabalho na ESF, sejam estas informações positivas ou negativas. O importante, neste caso, é criar um todo coerente; isto é, o profissional, neste caso, irá aglomerar informações que lhe permita formar uma avaliação positiva ou negativa da estratégia, buscando uma avaliação geral, desprezando, em alguns casos, elementos que possam deixá-lo em conflito.

Por fim, a função social das atitudes refere-se a sua capacidade de formação de uma identidade social a partir do sentimento de pertença a um grupo e, por conseguinte, a possibilidade de diferenciação grupal (reconhecimento do endogrupo e distinção do exogrupo). Um profissional da EqSF poderá identificar-se com a categoria dos profissionais que trabalham em prol da saúde coletiva, sentindo-se pertencente a este grupo e, conseqüentemente, diferenciando-se dos profissionais que trabalham em instituições particulares especializadas.

Em sua essência, as atitudes caracterizam-se por serem direcionadas a um objeto social (pessoa, objeto, instituição), possuírem uma organização duradoura de crenças e cognições em geral, carga afetiva (positiva ou negativa) e predisposição à ação (comportamento). Devido a este caráter instigador à ação, alguns autores (Rodrigues, Assmar & Jablonski, 2001) defendem que, quando a situação propicia, as atitudes podem ser consideradas como boas preditoras de comportamento manifesto.

No Modelo Clássico Tridimensional (Allport, 1935; Rosenberg & Rovland, 1960, 1968 citados por Camino, 1996), as atitudes possuem três componentes: cognitivo, afetivo e comportamental. O componente cognitivo refere-se à idéia que se tem do objeto atitudinal, baseada em informações que se tem do objeto (crenças), o que possibilita inferir suas características. O componente afetivo implica em que a pessoa gosta ou não gosta deste objeto, possui caráter avaliativo (avaliação positiva ou negativa do objeto avaliativo). O comportamento, componente mais polêmico e discutido da atitude, possui caráter ativo, pois

engloba a predisposição para a ação. Por exemplo, se um profissional de saúde que trabalha na ESF conhece as diretrizes do SUS (possui crenças) e possui simpatia por sua ideologia (gosta da estratégia), parece plausível que ele se comprometa e desempenhe um bom trabalho neste serviço de atenção à saúde comunitária.

Contudo, deve-se ressaltar que alguns indícios (como o clássico estudo de La Pierre de 1958) têm demonstrado que as pessoas podem se comportar antagonicamente às suas atitudes e que elas (as atitudes) são muito amplas para predizerem comportamentos específicos. Neste direcionamento, Festinger (1957) e Heider (1958) afirmaram que os três componentes da atitude deveriam ser internamente consistentes, pois nem sempre os comportamentos são coerentes com os componentes cognitivos e afetivos das atitudes. Ou seja, o comportamento é resultante de múltiplas atitudes (Newcomb & cols., 1965) e pode ser determinado pelas normas sociais.

Retomando o exemplo anterior, mesmo com crenças e afetos positivos relacionados à ESF, um profissional de saúde que trabalhe nesta estratégia pode trabalhar de modo negligente ou descomprometido devido às precárias condições de trabalho existentes neste serviço, por acreditar que os políticos roubam o dinheiro destinado à estratégia ou ainda por acharem que qualquer prestação de serviço para pobre é de grande ajuda fazendo com que ele não se dedique suficientemente.

De modo geral, conhecer o que as pessoas pensam acerca de um determinado fato ou objeto é de extrema relevância para a compreensão de seus comportamentos. A análise das crenças é um passo para a compreensão dos argumentos justificadores das ações, pois elas (as crenças) podem gerar sua própria realidade. Neste sentido, o componente cognitivo das atitudes será enfatizado, pois se constitui como objetivo principal desta tese avaliar a Estratégia Saúde da Família a partir das crenças dos seus profissionais de saúde.

As crenças podem ser consideradas como um dos construtos básicos da Psicologia Social, consistindo as informações e/ou cognições de alguém sobre um objeto. Bem (1973)

define crença como conceito fundamental da Psicologia Cognitiva que trata de idéias e percepções de uma pessoa, consideradas por ela absolutas e verdadeiras. Elas são formadas a partir da visão que a pessoa tem de si e do mundo e é através delas que todas as situações da vida são interpretadas.

Para Bem (1973), as crenças de uma pessoa formam a compreensão que ela tem de si mesma e do seu meio, e fundamentam-se no pensar, sentir, comportar-se e interagir com os outros. Esse autor ressalta a importância dada ao entendimento das crenças sociais e atitudes como sendo necessárias à compreensão do funcionamento da dinâmica social.

As crenças podem ser concebidas também como representações cognitivas destinadas a um objeto em questão. Isto é, elas se referem ao modo como as pessoas avaliam ou compreendem os objetos presentes na realidade em que vivem; como é o caso dos profissionais da ESF. Eles possuem uma representação cognitiva do que seja a ESF, e a partir dela, bem como de suas experiências cotidianas de trabalho, elaboram sua avaliação sobre essa estratégia.

Esta idéia é corroborada por Krügher (2004) que afirma que as crenças influenciam o processo perceptivo dos eventos sociais, havendo um processo de seletividade ou interpretação sobre tais eventos. Logo, as crenças desempenham um papel importante no processo psicológico humano, pois organizam e orientam os eventos evitando a falta de sentido que a ausência de perspectiva em relação aos acontecimentos da vida (pessoal e coletiva) pode acarretar.

As crenças, como componente cognitivo das atitudes, têm ainda relevância na formação da identidade pessoal e social dos indivíduos, orientando a escolha dos seus grupos de pertença. Por meio das crenças são criadas autoimagens e identidades compatíveis com os ideais adotados (Krügher, 1995). Mais especificamente, o estudo das crenças pode auxiliar na compreensão de algumas condutas dos profissionais de saúde e no entendimento do papel que desempenham em sua prática profissional.

Em geral, as crenças podem ser descritivas ou avaliativas. As primeiras (crenças descritivas) servem apenas para que o indivíduo descreva sua opinião acerca do objeto de sua crença. As segundas (crenças avaliativas) são usadas para fazer avaliações a favor ou contra o objeto avaliado. As pessoas tendem a avaliar os eventos e situações a sua volta e, no caso do sistema público de saúde brasileiro, Neves (2008) ressalta que as pessoas também direcionam sua avaliação para os serviços sanitários – isto inclui as ações de atenção básica e, mais especificamente, a ESF. Desta forma, conhecer a avaliação dos profissionais de saúde que trabalham na ESF sobre esta estratégia da atenção básica é de suma importância, pois elas revelam suas crenças acerca desse programa. No caso desta tese, pretende-se acessar, dos profissionais de saúde das EqSF, suas crenças de caráter avaliativo, pois aspira-se obter uma avaliação acerca da ESF.

Segundo Krüger (1995), as crenças precisam de outras crenças que lhes forneçam suporte lógico, pois elas não subsistem por si mesmas. Esta proposição pode ser compreendida com o exemplo a seguir: quando um profissional da EqSF crê que essa estratégia é ineficiente, se ele tiver contato com algum profissional insatisfeito com as condições de trabalho da ESF (ou outro aspecto qualquer da estratégia), é muito provável que suas crenças negativas acerca da ESF sejam reforçadas e, conseqüentemente, seu comportamento no trabalho poderá demonstrar desmotivação ou falta de comprometimento com os ideais da ESF.

No que concerne às estruturas das crenças, Krüger (1995) advoga que elas não se apresentam isoladas, mas estão relacionadas a outras crenças pressupondo um sistema estruturado de crenças imbricadas em motivar ações e comportamentos sociais, o que por sua vez influencia os processos sociais. Além do caráter social das crenças, o autor também aponta sua perspectiva pessoal quando afirma que as crenças caracterizam-se pelo seu grau de aceitação, concordância ou adesão a uma determinada proposição sobre o objeto avaliado, que

direciona emoções e cognições, possuindo, neste sentido, um caráter psicológico vinculado a disposições cognitivas, afetivas e pessoais.

Para Bem (1973), as crenças podem ser derivadas de experiências diretas ou de crenças básicas (crenças *primitivas*) em geral derivadas de outras crenças básicas tidas como verdadeiras. As crenças primitivas subdividem-se em três categorias: crenças de ordem zero, crenças de primeira ordem e crenças primitivas baseadas na autoridade externa.

O primeiro subtipo de crenças, as crenças de ordem zero, são aquelas que não são percebidas, mas existem e influenciam a estrutura cognitiva do indivíduo, sendo percebidas apenas quando questionadas em alguma situação. O segundo subtipo de crenças definido pelo autor, as crenças de primeira ordem, referem-se às crenças conscientes, isto é, as pessoas que as têm sabem que as têm e imaginam alternativas para elas diante de diversas possibilidades de situações. O terceiro subtipo de crença, as crenças primitivas baseadas na autoridade externa, como o próprio nome diz, englobam as crenças que não dependem da experiência direta para se constituir, pois derivam de uma pessoa considerada como autoridade.

As crenças podem ainda ser classificadas: 1) com base na sua organização estrutural (estrutura vertical, horizontal ou central), sendo denominadas de *crenças de ordem superior*; e 2) com relação às avaliações favoráveis ou desfavoráveis ao objeto avaliado (por exemplo, gostar ou não gostar de algo), sendo nomeada de *crenças avaliativas*.

Conforme Rokeach (1981), as crenças não podem ser diretamente observadas, mas podem ser inferidas a partir do uso de artifícios psicológicos e da análise das falas, atitudes e comportamentos expressos pelos sujeitos. Desta forma, elas podem ser compreendidas como inferências feitas por um observador sobre os estados de expectativas básicos de alguém. Ressalta-se que este autor argumenta que as crenças remetem a formas de representação de mundo mais individualizadas, sem necessariamente haver consenso social para sua existência. Ele destaca ainda que as crenças não possuem prioridades equânimes para os indivíduos.

Este pensamento fundamenta o modelo de organização das crenças de Rockeach (1981), que afirma que elas estão distribuídas ao longo de uma dimensão periférico-central implicando em uma maior ou menor influência desta crença. Isto é, se uma determinada crença estiver funcionalmente ligada ou se comunicando com outras crenças, maiores serão as consequências e implicações que ela acarretará a outras crenças; logo, esta crença será mais central já que influencia um maior número de crenças. Por outro lado, uma crença mais periférica terá menor consequência e suas implicações sobre outras crenças serão mais brandas.

No tocante à caracterização das crenças, Peterman (1991) sugere a existência de três suposições: 1) as crenças formam um esquema como uma rede semântica; 2) as crenças contraditórias residem em diferentes domínios desta rede; e 3) algumas crenças são essenciais e, portanto, difíceis de mudar. Neste direcionamento, Rockeach (1968) já ressaltava que as crenças caracterizam-se por diferirem em intensidade e poder; por conseguinte, existem crenças mais centrais e, conseqüentemente, mais resistentes a mudanças, e crenças mais periféricas e mais fáceis de modificar.

No que tange a essa organização das crenças numa dimensão periférico-central, este autor elaborou uma classificação das crenças em cinco categorias na seguinte ordem: crenças Tipo A (crenças primitivas com 100% de consenso), crenças Tipo B (crenças primitivas com 0% de consenso), crenças tipo C (crenças de autoridade), crenças tipo D (crenças derivadas) e crenças tipo E (crenças inconsequentes).

Rockeach (1981) afirma que as crenças Tipo A são as mais centrais e, frequentemente, são aprendidas no encontro direto (experiência) com o objeto da crença. Elas são reforçadas devido a um consenso social unânime (100% de consenso) entre todas as referências de pessoas e grupos. Pode-se exemplificar este tipo de crença a partir de um profissional da EqSF que crê na eficácia do trabalho na perspectiva promocional da ESF a

partir dos resultados de seu trabalho em uma comunidade e da observação dos relatos de melhoria da saúde dos pacientes daquela localidade.

As crenças Tipo B também são aprendidas no encontro direto (experiência) com o objeto de crença, todavia não há relação de dependência de consenso social para sua manutenção (0% de consenso). Este caso se encaixa nas crenças dos profissionais da EqSF que trabalham na ESF e que acreditam que essa estratégia é destinada unicamente aos pobres. Para Nisbett e Ross (1980), as experiências influenciam os julgamentos (avaliações) finais das pessoas acerca de um objeto, formando crenças difíceis de serem mudadas. Esta idéia se adéqua as crenças Tipo A e B.

As crenças do Tipo C são crenças não-primitivas, pois não são aprendidas no encontro/experiência com o objeto, mas são resultados do que as autoridades podem e devem saber. Exemplo deste tipo de crença pode ser a transmissão de informações sobre o SUS por algum importante representante do Ministério da Saúde que são tidas como verdadeiras.

O Tipo D de crenças ocorre quando a pessoa aceita uma proposição por crer na credibilidade das crenças de uma autoridade. Seria o exemplo daquele profissional de saúde que, por admirar seu professor de Atenção Básica e SUS e vê-lo como uma autoridade, acredita nos ideais da ESF, mesmo sem ter trabalhado nesse serviço de atenção à saúde. Por fim, as crenças Tipo E são ditas inconsequentes, pois abarcam questões relacionadas a gostos e preferências. Remonta o exemplo já citado do profissional da ESF que gosta de trabalhar nesta estratégia por se identificar com o campo da saúde coletiva.

Ao analisar o sistema de crenças dos profissionais da EqSF a partir da perspectiva rockechiana poder-se-ia incluí-las predominantemente nas crenças do Tipo A e B já que os profissionais de saúde que trabalham na ESF possuem, pelo menos em tese, experiência com o objeto avaliado. Isto não quer dizer que existem apenas estas crenças. Desta forma, espera-se que sua avaliação dessa estratégia seja realizada a partir das crenças relacionadas ao seu trabalho cotidiano na ESF e demais fatores associados.

Outra questão que não pode ser ignorada em um estudo sobre as crenças é conhecer como elas são originadas (Kudriess, 2005). As crenças originam-se de fontes diversificadas, tais como, da nossa educação, através do exemplo de pessoas importantes em nossas vidas, por traumas passados, experiências repetidas, pela cultura onde vivemos e trabalhamos. Elas podem surgir ainda através dos processos de aculturação e construção social, da incorporação de idéias de outras pessoas ou de inferências de si mesmas, do ambiente e de circunstâncias (Nisbett & Ross, 1980).

A formação do profissional de saúde é uma das vias para se compreender algumas crenças e comportamentos destes trabalhadores, bem como o papel de tais crenças em sua atuação profissional (Ronzani, 2007). Os comportamentos e práticas em saúde apresentam um componente cognitivo importante, pois, para que o aluno de graduação ou mesmo o profissional de saúde se sintam pertencentes ao seu grupo, eles vão compartilhar crenças, sentimentos e comportamentos.

Alguns comportamentos partilhados entre os profissionais de saúde derivam de um processo de identificação dos alunos com determinados conteúdos de sua formação. Esta identificação permite a sensação de pertencimento a um grupo, pois as identidades são formadas em um processo de reconhecimento mútuo entre as pessoas que se organizam em um grupo social (ou adentram a um já existente). Este grupo possuirá uma história, tradições, normas, interesses e se diferenciará dos demais grupos pela ideologia e crenças constituintes. Pense em um grupo de alunos que se identificam com o conteúdo de Atenção Básica e SUS e formam um grupo de estudos para se aprofundar nos pressupostos norteadores da saúde coletiva no Brasil. Possivelmente, este grupo de alunos irá partilhar crenças que nortearão suas práticas profissionais.

No cenário educacional, os professores dos cursos de saúde assumem grande responsabilidade, não apenas no que tange aos processos de ensino-aprendizagem da disciplina ministrada, mas também na formação das crenças transmitidas aos seus alunos

acerca dos conteúdos ministrados. Diante do exposto, pode-se concluir que algumas crenças e comportamentos de profissionais de saúde podem ser resultado de crenças compartilhadas entre professores e alunos sendo identificadas como crenças de autoridade, que são aquelas formadas a partir da influência de pessoas de referência, como é o caso do professor.

“Assim, não somente o conteúdo formal das disciplinas é importante para a formação dos alunos, mas também os que pensam, de fato, os professores e como eles se comportam frente às práticas de saúde, ao lado de outros aspectos contextuais, são fundamentais para a formação do profissional de saúde” (Ronzani, 2007, p. 40).

Este fenômeno também pode originar crenças derivadas que se caracterizam por serem crenças ideológicas (oriundas de instituições religiosas e políticas) e derivadas de segunda ordem, que são o resultado do processo de identificação com a autoridade.

“Estas crenças derivadas formam o que geralmente se refere a uma ideologia institucionalizada e, junto com as identificações de pessoas ou grupos de referência sobre as quais tais ideologias estão baseadas, fornecem uma crença com um sentido de identidade de grupo” (Ronzani, 2007, p. 40).

Apesar dos formadores de crenças serem elementos de crucial relevância na elaboração de crenças sobre a profissão, deve-se ressaltar o papel da sociedade e dos ideais hegemônicos que abordam a especialização como caminho mais lucrativo para os profissionais de saúde, o que acaba por um lado incentivando o olhar mercadológico para saúde e, como consequência, levando os alunos a escolherem áreas de especialidade, ficando com a saúde coletiva apenas os que realmente têm vocação intrínseca ou que não conseguiram passar em suas residências (caracterizando o trabalho como um “ganha-pão” temporário).

Os padrões culturais de uma sociedade devem ser entendidos como colaboradores nas concepções sociais que envolvem o processo saúde-doença (Siqueira, Barbosa, Brasil, Oliveira & Andraus, 2006), devendo-se atentar para os aspectos macro da cultura que envolve o fenômeno sob análise. Em outras palavras, para se analisar um objeto em questão (dimensão

micro) e compreender as dinâmicas interacionais que ocorrem ao redor deste objeto, é mister analisar o contexto sociocultural no qual ele está inserido (dimensão macro).

Não obstante, a análise das crenças dos profissionais de saúde acerca da ESF não pode negligenciar o contexto ambiental e a valorização sociocultural predominante ao longo dos anos no campo da saúde. Deve-se atentar para a importância que a valorização de determinadas práticas e áreas da saúde em detrimento de outras pode acarretar, pois estes parâmetros poderão influenciar os profissionais de saúde sobre o que eles pensam sobre o seu trabalho.

A prática dos profissionais de saúde é caracterizada pelo modelo biomédico (flexneriano) que foi baseado em um paradigma fundamentalmente biológico que compreendia os fenômenos vitais de modo mecanicista (Scherer, Marino & Ramos, 2005). No Brasil, este modelo tem sido historicamente predominante no que se refere à assistência à saúde refletindo uma assistência médica curativa e individual, centrado na figura do médico, de caráter hospitalar, baseado na especialização profissional e na adoção de tecnologias. Sua lógica rege as ações dos profissionais de saúde que trabalham nos serviços mais especializados, foi (e ainda é) predominante para a formação dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, orienta a prática daqueles que estão atuando nos serviços de saúde, desde o mais baixo ao mais alto nível de complexidade. Por conseguinte, o processo de trabalho, a formação profissional e a cultura institucional continuam reforçando as práticas deste modelo.

O trabalho na ESF, orientado pelos princípios do SUS, visa ultrapassar os limites do modelo biomédico e abordar o fenômeno da saúde em sua expressão mais social, adequando-se a realidade sanitária brasileira na qual os problemas de saúde estão profundamente interligados a determinantes socioeconômicos e culturais. Logo, a assistência dos profissionais inseridos na atenção básica é permeada por ações preventivas e promocionais de saúde.

Os saberes e as práticas destes dois modelos (flexneriano e SUS) encontram-se em forte confronto no cotidiano dos serviços de saúde e podem ser percebidos especificamente nas relações entre os profissionais das equipes multiprofissionais de trabalho e no trato com os usuários dos serviços de atenção básica. Todavia, apesar de o Brasil ter um sistema de saúde baseado na eficácia da atenção básica, as políticas de saúde ainda preconizam a formação, o financiamento e a infraestrutura para ações de caráter especializado, baseadas na hegemonia do modelo flexneriano, ampliando ainda mais a confusão conceitual e a discussão acerca do distanciamento entre a teoria do sistema sanitário nacional e sua operacionalização.

Se o contexto sociocultural é fundamental para a compreensão das crenças, atitudes e comportamentos que os profissionais de saúde apresentam, a cultura organizacional e institucional dos setores da saúde também trazem repercussões para a atuação profissional destes trabalhadores. Vaitsman (2000) debruçou-se na análise da cultura de organizações públicas de saúde e afirmou que é possível identificar sua estrutura a partir da apreciação de suas subculturas, tais como, cultura política, cultura cívica, cultura organizacional e cultura profissional.

De modo geral, a cultura das organizações públicas é marcada pela forma como se estabeleceram as relações entre Estado e sociedade, bem como as relações entre as pessoas e o público (serviços, ações, programas, instituições). No caso específico da organização pública de saúde, a análise passa pelo processo de identidade coletiva, que associa além das características do público, dimensões que dizem respeito à saúde.

“Um dos elementos definidores dessa identidade é o fato das atividades dos membros da organização estarem voltadas para o enfrentamento de fenômenos de vida e morte, ou, falando de outro modo, para a produção de bens e/ou serviços para a promoção do bem-estar físico, mental e social de seus usuários/clientes. Diferentes tipos de organizações de saúde possuem lógicas específicas, mas todas elas compartilham algumas características semelhantes, como, por exemplo, a autonomia dos médicos e a centralidade de seu lugar na hierarquia organizacional” (Vaitsman, 2000, p.849).

Observa-se, desta forma, que esta identificação não acontece de forma generalizada, pois em uma organização pública de saúde há divisões internas que possibilitam um processo de diferenciação, seja entre categorias ou grupos profissionais, seja entre setores e departamentos com fins variados e diferentes tipos de atividades. Neste sentido, as competências, os conhecimentos, as práticas e os valores próprios das profissões e/ou ocupações ligadas à saúde e que convivem no mesmo local de trabalho, englobam uma multiplicidade de sistemas significantes e hierárquicos que funcionam concomitantemente, articulando-se ou não, estabelecendo uma gama de interações e vários tipos de conflitos. Estes fatores, bem como seu modo de organização, irão orientar os comportamentos (sua permanência e/ou mudança), afetando, deste modo, a atuação dos profissionais de saúde.

As crenças de uma pessoa também podem surgir a partir de inferências sobre si mesma. Indo ao encontro deste pressuposto, Bzuneck (2000) define a autoeficácia como uma crença, percepção ou expectativa de uma pessoa em julgar suas próprias capacidades objetivando atingir certo grau de performance. Desta forma, a autoeficácia constitui-se como variável psicológica distinta que vai além dos próprios conhecimentos específicos, das habilidades ou das experiências de realizações anteriores, e que também pode ser influenciadora do comportamento.

As expectativas de autoeficácia poderão determinar os comportamentos de alguém no que tange ao enfrentamento de situações difíceis, seu empenho e seus esforços na busca de enfrentar os obstáculos ou condições adversas, e a persistência em seus propósitos (Bzuneck, 2000). Ou seja, a autoeficácia irá determinar as convicções de que a pessoa tem capacidade de executar os comportamentos exigidos para atingir os resultados pretendidos, sem desistir no percurso. Portanto, para este autor, a motivação para um determinado comportamento, numa situação específica, dependerá do grau em que a pessoa revelar essa percepção positiva.

Em relação às crenças, Kudiess (2005) considera, primeiramente, a forma de pensar de um indivíduo, pois esta irá refletir suas atitudes e ações na prática cotidiana. Isto

sugere que o comportamento, inclusive no trabalho, dos profissionais da ESF é substancialmente influenciado, e até mesmo determinado, pelos seus processos de pensamento.

De modo geral, uma vez que as crenças individuais das pessoas afetam significativamente seu comportamento, a compreensão do sistema de saúde, sua problemática e complexidade de suas relações intersetoriais, interpessoais, de financiamento, dentre outras, requerem um estudo aprofundado das crenças dos profissionais de saúde, já que estas influenciarão os profissionais de saúde, bem como o padrão de atendimento da comunidade assistida pela ESF.

A teoria do conhecimento, ou epistemologia, também se declina sobre o estudo das crenças na tentativa de encontrar melhores formas de adquirir crenças e postular visões críticas sobre as concepções cognitivas tradicionais (Morton, 1997). Um ideal epistemológico muito simples e discutido neste âmbito é o de coerência. Esse pressuposto afirma que as pessoas buscam crenças coerentes que não apenas têm individualmente sentido, mas que se ligam num padrão com sentido, isto é, almejado tanto porque as crenças incoerentes têm tendência para incluir muitas crenças falsas, como também são difíceis de defender perante pessoas que as desafiem ou ataquem.

Assim, a coerência é um ideal almejado pelas pessoas que se esforçam para que suas crenças sejam o mais coerente possível. Isto pode levá-las a evitar e/ou negar informações que entrem em conflito com suas crenças. Este mecanismo, denominado Princípio da Congruência, aborda uma tendência das pessoas a escolher argumentos semelhantes aos seus, bem como a ter uma inclinação socialmente favorável a pessoas que apresentem formas de pensar compatíveis com as suas. Ele segue os mesmos preceitos do Princípio do Equilíbrio (Heider, 1958) e da Teoria da Dissonância Cognitiva (Festinger, 1957) já comentados anteriormente a partir da perspectiva da atitude quando se afirmou que as

peessoas tendem a manter ou buscar o equilíbrio por meio da minimização de elementos dissonantes a maximização dos elementos consonantes.

Ronzani (2007) comenta que o profissional de saúde ainda apresenta práticas e crenças incoerentes e até mesmo conflitantes com o trabalho na atenção básica de saúde, demonstrando que as mudanças nas políticas de saúde brasileiras não são condições suficientes para a mudança nas práticas dos trabalhadores da atenção primária. Este autor comenta ainda que:

“As políticas de saúde (...) são importantes para orientar os princípios de ação, mas, por si só, não conseguem realizar as mudanças que pretendem. Somente a partir do entendimento de tais fatores e da ênfase na mudança de crenças e atitudes em relação à prática em saúde é que se conseguirá ultrapassar a barreira formal das reformas curriculares” (Ronzani, 2007, p. 42).

Essa disposição paradoxal pode estar ligada a três fatores intimamente relacionados. O primeiro deles refere-se às contradições entre os princípios e as diretrizes das políticas públicas de saúde que normatizam a prestação de serviço, especialmente na atenção básica, e as precárias condições de trabalho e desvalorização do profissional que trabalha neste setor se comparado a outros níveis de complexidade. Isto leva ao segundo fator refletindo nas atitudes e crenças dos profissionais de saúde. Estas são dissonantes das práticas preventivas e promocionais que se esperam de profissionais que atuam na atenção básica. Frequentemente, os profissionais que estão trabalhando na ESF possuem maior identificação com as práticas especializadas de atendimento, vendo nesta estratégia uma situação temporária de trabalho – até se aposentar ou passar em uma residência (Ronzani, 2007). Por fim, observa-se o terceiro fator decorrente dos demais, que se constitui como um perfil profissional inadequado ao trabalho na atenção primária em prol da saúde coletiva (Nemes Filho, 2001), tanto por parte dos gestores quanto por parte dos profissionais de saúde.

Diante do exposto, pode-se afirmar que as crenças acerca da ESF podem interferir na percepção dos profissionais de saúde acerca da atenção primária à saúde, no modo em como devem ser atendidos os pacientes do SUS e, conseqüentemente, na sua concepção do trabalho na ESF. E mais, é plausível a premissa que afirma que o comportamento dos profissionais da EqSF pode ser resultante de suas crenças. Por conseguinte, conhecendo-se as crenças destes trabalhadores poder-se-ia identificar pontos fortes e fracos do programa e, posteriormente, calibrá-los na busca de uma melhor prestação de serviços de saúde à população.

Neste sentido, observa-se o caráter operacional da avaliação da ESF a partir das crenças da EqSF, pois consiste em uma ferramenta de gestão do sistema municipal de saúde das localidades pesquisadas. Não obstante, o universo acadêmico da Psicologia Social Cognitiva, disciplina que se debruça sobre os fenômenos psíquicos que influenciam o comportamento humano em um processo de interação (crenças, valores, atitudes) juntamente com a Psicometria, campo da Psicologia que se dedica à construção de medidas destes fenômenos mentais, podem auxiliar na aferição do que os atores sociais envolvidos nas políticas públicas de saúde (profissionais de saúde, comunidade, gestores) pensam sobre a estratégia sob análise.

Neste direcionamento, observa-se a necessidade de incrementar as ferramentas da avaliação para a obtenção de resultados confiáveis, uma avaliação da ESF baseada nas crenças de seus prestadores de serviço tem relevante valor para a compreensão da realidade pesquisada. Arretche (2006) justifica a necessidade de adequar os instrumentos de análise e avaliação para que não se confundam opções pessoais do pesquisador com resultados da pesquisa, alertando também para a vulnerabilidade quanto aos aspectos metodológicos de uma avaliação já que, em grande maioria, são utilizados delineamentos de pesquisa que não controlam as variáveis antecedentes, processuais e de resultado que interferem no

desempenho do programa avaliado, correndo-se o risco de os avaliadores estabelecerem correlações e inferências espúrias.

Neste sentido, o conhecimento sobre desenhos de pesquisa pode contribuir com técnicas de minimização das variáveis interferentes (estranhas ao estudo) que possam estar associadas ao programa confundindo a interpretação dos seus resultados sobre a qualidade de vida da comunidade beneficiada. Assim, a despeito das distinções realizadas por Faria (2006), observa-se que, aproximações entre o campo da avaliação e o da pesquisa pode ser de muita utilidade para a área da Avaliação de Programas. Suas similitudes na área metodológica e seus esforços na busca de encontrar resultados confiáveis podem contribuir grandemente para garantir uma avaliação exitosa, válida e precisa. Isto posto, os campos “Psi” anteriormente citados (Psicologia Social Cognitiva e Psicometria) podem contribuir com a elaboração de medidas psicométricas válidas e precisas garantindo a fidedignidade dos instrumentos utilizados na avaliação de um programa destinado à melhoria da saúde.

3 OBJETIVOS E HIPÓTESES

3.1 Objetivo geral

Avaliar a Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir das crenças dos profissionais da Equipe de Saúde da Família (EqSF) que trabalham em diferentes municípios do ambiente rural do Estado da Paraíba.

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Construir e validar um instrumento de medida para avaliar a Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir das crenças dos profissionais da equipe de trabalho desta estratégia;

3.2.2 Avaliar a ESF em municípios de ambiente rural da Paraíba a partir das crenças dos profissionais das ESF;

3.2.3 Comparar a avaliação dos profissionais da ESF segundo as mesorregiões paraibanas em que as equipes estão implementadas;

3.2.4 Comparar a avaliação dos profissionais da ESF segundo a categoria profissional e nível de escolaridade desses trabalhadores.

3.3 Hipóteses

As hipóteses de pesquisa são orientadas pelos objetivos específicos abordados no tópico anterior. Neste sentido, a hipótese que orienta o primeiro objetivo específico desta tese é de que o instrumento elaborado a partir das crenças dos profissionais para realizar a avaliação da ESF será válido e preciso, baseando-se nos parâmetros psicométricos indicados na literatura vigente na área de Psicometria.

O segundo, o terceiro e o quarto objetivos específicos referem-se à avaliação da ESF a partir das crenças dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF). Assim, a

hipótese geral desta tese é de que a avaliação dos profissionais das EqSF acerca da ESF (variável consequente) será resultado das crenças dos profissionais acerca dos fatores do modelo teórico final que orienta a tese, bem como do perfil socioprofissional dos trabalhadores da equipe da ESF, como o nível de escolaridade, a categoria profissional a que pertencem e a mesorregião em que a ESF em que trabalham está implementada (variáveis antecedentes).

Esta hipótese geral não poderá ser testada, apenas inferida a partir do teste de hipóteses mais específicas, tais como as que estão expressas na Tabela 9.

Tabela 9. Hipóteses centrais da tese

Variáveis Antecedentes	Hipóteses Avaliativas
Fator I	Os profissionais da EqSF avaliam negativamente as condições de trabalho.
Fator II	Os sistemas de referência e contrarreferência municipais serão avaliados negativamente pelos profissionais da ESF.
Fator III	A acessibilidade ao atendimento na ESF será avaliada negativamente pelos profissionais da EqSF.
Fator IV	A EqSF avaliará negativamente a compreensão dos usuários sobre a ESF.
Fator V	A EqSF avaliará a capacitação profissional de modo negativo.
Variáveis socioprofissionais	Os profissionais da EqSF que trabalham na mesorregião do sertão paraibano irão avaliar a ESF de modo mais negativo que os profissionais das demais regiões.
	A avaliação da ESF pela EqSF varia em função da categoria profissional, sendo o médico o profissional que avalia mais positivamente a ESF e o ACD o profissional da equipe que avalia a ESF mais negativamente.
	A avaliação da ESF pela EqSF varia em função do nível de escolaridade, sendo que os profissionais de nível médio e técnico (analisados conjuntamente) avaliam mais positivamente a ESF que os profissionais de nível superior (analisados conjuntamente).

O apêndice A desta tese apresenta um quadro contendo 47 hipóteses. Destas, 40 hipóteses são derivadas das 7 hipóteses centrais apresentadas na tabela 9, ambas criadas a partir do modelo teórico final adotado na presente tese.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento

Do ponto de vista da natureza, essa pesquisa se classifica tanto como básica quanto como aplicada. De acordo com Cozby (2003), a pesquisa básica visa responder questões fundamentais sobre a natureza do objeto de estudo, enfatizando os aspectos teóricos, característicos dos estudos acadêmicos que querem investigar as relações entre as variáveis. Já a pesquisa aplicada é realizada com o objetivo de examinar questões relativas a problemas práticos e suas potenciais soluções, tendo objetivos fundamentalmente pragmáticos. Conforme este autor, a pesquisa aplicada foca a geração de conhecimentos com a finalidade da aplicabilidade solucionando problemas específicos.

Desta forma, a presente pesquisa engloba ambos os aspectos, pois, por um lado, buscou identificar as crenças dos profissionais da ESF acerca dessa estratégia; e por outro, este estudo também pretende servir de base para decisões dos gestores municipais de saúde sobre a ESF.

Quanto ao tipo, esta pesquisa consiste numa pesquisa descritiva comparativa (Triviños, 1987). Para este autor os estudos descritivos visam conhecer a comunidade, seus traços característicos, entre outros dados para descrever com exatidão os fatos e fenômenos desta realidade, no caso as crenças dos profissionais da ESF sobre essa estratégia. Contudo, o estudo descritivo correlacional caracteriza-se por estabelecer relações entre as variáveis estudadas; neste caso, busca-se verificar a relação das crenças dos profissionais da ESF sobre a ESF com o perfil da amostra (categorias profissionais e nível de escolaridade dos trabalhadores).

4.2 Etapas da Pesquisa

No âmbito da administração pública, os programas sociais são avaliados com o intuito de promover planos informativos e executivos que servirão para a tomada de decisão acerca das ações públicas. Para realizar a avaliação de um programa social são selecionados atributos (variáveis) que constituirão o foco de análise a fim de verificar se as ações programáticas estão obtendo os efeitos planejados. É neste ponto que a mensuração torna-se crucial para a otimização da avaliação de um programa, pois caso os atributos selecionados não sejam mensurados corretamente, corre-se o risco de avaliar erroneamente um programa.

Em outras palavras, as interpretações e conclusões de uma avaliação de programa ou de serviços de saúde em que o atributo não foi precisamente mensurado pode levar a resultados (julgamentos) imprecisos. Desta forma, para assegurar a precisão das informações que se quer chegar, deve-se considerar a forma como foram medidas, bem como se essas medidas são válidas e precisas (Hair, Anderson, Tatham & Blacket, 2005). Neste sentido, a validade e a precisão da medida devem ser abordadas como parte crucial do trabalho do avaliador que pretende ter êxito em sua avaliação.

Deste modo, quanto mais eficientemente os pesquisadores conseguirem mensurar os aspectos tratados na avaliação de um determinado programa, mais adequadamente conseguirão descrever, prever, compreender e/ou explicar o fenômeno estudado. Algumas das ferramentas que podem ser utilizadas para mensurar os atributos de um programa são as escalas, os inventários e os testes psicométricos, pois eles se constituem em instrumentos eficazes para se conhecer o objeto de estudo, aferindo seus atributos. Logo, o desenvolvimento de instrumentos válidos e precisos, para situações e contextos específicos, são de fundamental importância para uma avaliação mais precisa de um programa social implementado.

Não obstante, este estudo pretendeu construir e validar uma medida para avaliar a Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir das crenças dos profissionais da equipe de trabalho

seguindo procedimentos calcados na teoria acerca dos instrumentos psicométricos. O instrumento elaborado pretendeu acessar a avaliação destes profissionais acerca da ESF, sendo esta avaliação baseada nas crenças acerca dos fatores que influenciam o desempenho efetivo do trabalho nessa estratégia.

Para tal, buscou-se seguir o modelo de construção de instrumento baseado nos três grandes pólos (teórico, empírico e analítico) elaborados por Pasquali (1999), bem como reunir evidências acerca dos seus parâmetros psicométricos, tais como validade de construto e consistência interna, com o intuito de avaliar a ESF de municípios rurais da Paraíba a partir das crenças dos profissionais que trabalham nessa estratégia.

Ao se tentar avaliar a Estratégia Saúde da Família (ESF), duas grandes áreas precisaram ser exploradas: a primeira refere-se ao objeto de avaliação, a estratégia de ação (ESF); e a segunda, remete-nos às teorias sobre avaliação de programas sociais. Estes temas compuseram respectivamente os capítulos anteriores dessa tese.

Ao entrar na complexa área da avaliação de programas sociais, e mais especificamente nos meandros do campo da saúde, deve-se ressaltar a importância da inserção dos profissionais que compõem a equipe de trabalho, pois eles conseguem vislumbrar os entraves nesse serviço, bem como prever possíveis soluções aos problemas que aparecem no cotidiano de trabalho devido a sua experiência com esta política pública implementada. Isto os torna os informantes mais competentes neste campo, pois podem enxergar pontos que os pesquisadores-avaliadores que observam a estratégia a partir do enfoque e aspectos teórico-metodológicos não conseguiriam perceber, já que não possuem experiência prática e cotidiana com o objeto avaliado. Este fato chama a atenção e aponta para possibilidade de desenvolver uma pesquisa avaliativa da ESF a partir da perspectiva dos prestadores de serviço que compõem a Equipe de Saúde da Família (EqSF).

Diante do exposto e pretendendo dar conta dos três objetivos específicos da tese, optou-se por subdividi-la em: procedimentos de construção e validação do instrumento avaliativo (estudos 1) e avaliação da ESF (estudo 2), a saber.

4.2.1 Etapa 1: Construção e validação de uma medida psicométrica para avaliar a ESF

Amostra

Os municípios participantes do estudo piloto são considerados referência na Paraíba no tocante ao seu desempenho na ESF (tanto bom quanto ruim) e foram indicados por dois médicos epidemiologistas que trabalhavam na Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba (júri de especialistas) no momento da pesquisa. O júri de especialistas é um critério comumente utilizado para tomada de decisões referente à metodologia da pesquisa no momento do pré-teste do instrumento (SPSS, 1998).

Foram apontados seis municípios que se enquadravam em dois grupos: três deles eram considerados referência positiva e os outros três (grupo de contraste) foram identificados como sendo municípios com baixo desempenho no que se refere ao PSF.

Nestes municípios foi selecionada uma amostra não-probabilística, por quota, de 220 profissionais das seis categorias pertencentes à equipe mínima de saúde que trabalhavam na ESF, tal como pode ser observado na Tabela 10.

Tabela 10. Frequência dos profissionais da EqSF por categoria

Categoria Profissional	N	%
Médico	15	6,8
Dentista	15	6,8
Enfermeira	28	12,7
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	113	51,4
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)	23	10,5
Auxiliar de enfermagem	26	11,8
Total	220	100,0

Este tipo de amostragem apesar de não garantir a representação estatística da população estudada, é muito utilizado em estudos teóricos que buscam compreender a relação entre as variáveis (Campbel & Stanley, 1979; Cozby, 2003), servindo-se, deste modo, à finalidade do primeiro estudo.

Instrumentos

O instrumento utilizado foi a Escala de Avaliação da ESF pela EqSF, além de um questionário biodemográfico, construídos especificamente para esta tese.

Como não há uma teoria que respalde a avaliação da ESF a partir das crenças da EqSF, foi necessário buscar toda evidência empírica relatada na literatura que pudesse servir de base para a elaboração de uma miniteoria que respaldasse e orientasse as etapas de construção e validação do instrumento que se pretendia construir. Além da literatura, outra fonte de idéias para construção da miniteoria é a entrevista (Pasquali, 1999).

Neste sentido, para se construir a Escala de Avaliação da ESF pela EqSF buscou-se as fontes de ideias dos 185 itens iniciais tanto na literatura existente sobre crenças dos profissionais da ESF. Para se ter maior evidência empírica acerca do fenômeno estudado recorreu-se também à análise de entrevistas realizadas por Oliveira (2006) que, em sua dissertação, entrevistou um grupo semelhante à amostra desta tese, ou seja, profissionais que trabalham na ESF.

As questões biodemográficas foram inseridas na escala para melhor caracterização da amostra no tocante ao perfil dos participantes; para tanto foi questionado o sexo, a idade, o nível de escolaridade, a profissão, o tipo de vínculo empregatício, o salário, entre outras questões de relevância para o estudo.

Procedimentos teóricos para construção do instrumento

Inicialmente foi consultada uma bibliografia referente à Equipe de Saúde da Família (EqSF) e aos fatores que influenciariam o desempenho efetivo do trabalho na ESF, no intuito de identificar quais crenças estes profissionais possuíam acerca da estratégia e como elas poderiam interferir em suas atitudes e comportamentos laborais.

Ao revisar a literatura pesquisada, recorreu-se às categorias encontradas no estudo de Oliveira (2006). A autora buscou em sua pesquisa identificar os fatores que influenciavam o desempenho efetivo do trabalho no PSF (como era denominada a ESF na época) encontrando três fatores: 1) Elementos do Atendimento no PSF; 2) Aspectos Psicossociais do trabalho no PSF e 3) Fatores Administrativos complementares ao PSF. Esta multidimensionalidade pode implicar em atitudes (posicionamentos) diferentes em relação a cada uma dessas dimensões.

A partir destes fatores, foi elaborada uma miniteoria sobre a Avaliação da ESF pelos trabalhadores da EqSF. O modelo hipotético elaborado nesta tese para sustentar a Avaliação da ESF por sua equipe de trabalho pressupõe que a avaliação desta estratégia é formada pelas crenças positivas e negativas dos seus prestadores de serviço acerca do trabalho na ESF. Assim, a relação entre as crenças da equipe que sustentam a avaliação da ESF está graficamente expressa na Figura 2.



Figura 2. Modelo hipotético de Avaliação da ESF pela EqSF

A Escala de Avaliação da ESF pela EqSF foi construída seguindo os procedimentos de elaboração de instrumentos psicométricos descritos por autores conceituados na área (Anastasi & Urbina, 2004; Günther, 2001; Pasqualli, 1999, 2003). Para tanto, é relevante a observação dos atributos determinantes da avaliação, selecionados pela pesquisadora e referentes às categorias encontradas no estudo de Oliveira (2006), que estão graficamente representados na Figura 3.

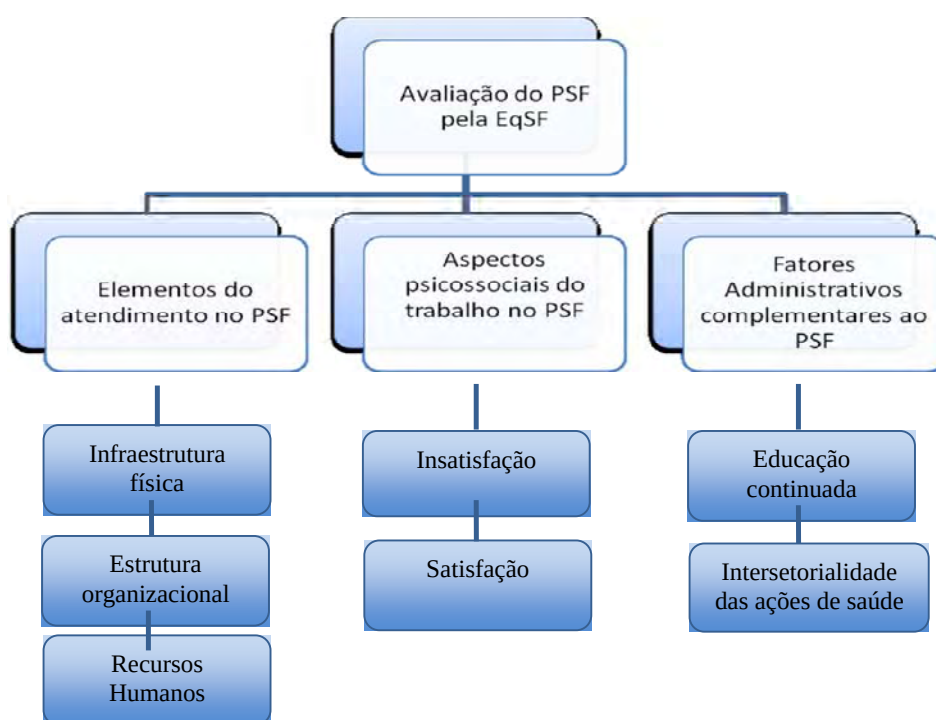


Figura 3. Representação hierárquica da Avaliação da ESF pela EqSF adaptado das categorias de Oliveira (2006)

As dimensões identificadas no estudo de Oliveira (2006) referem-se aos atributos da ESF que melhor representaram teoricamente o construto estudado (Avaliação da ESF pela EqSF) e embasaram o modelo teórico inicial da tese. Seguem-se as respectivas definições constitutivas dos três fatores componentes da miniteoria inicial da Avaliação da ESF. Ressalta-se que as definições das subcategorias de cada fator estão sumarizadas no apêndice B desta tese.

1) **Elementos do Atendimento no PSF:** correspondem aos elementos essenciais que possibilitam que o PSF preste um atendimento de qualidade à comunidade (local de atendimento, rotina de atendimento e profissionais de saúde) e que são de responsabilidade dos gestores municipais de saúde. Esta categoria é composta pelas subcategorias: *Infraestrutura Física, Estrutura Organizacional e Recursos Humanos*.

2) **Aspectos Psicossociais do trabalho no PSF:** referem-se aos fatores psicossociais que permeiam o trabalho no PSF afetando (positivamente ou negativamente) os profissionais da ESF, subdivide-se nas subcategorias *Insatisfação e Satisfação*.

3) **Fatores Administrativos complementares ao PSF:** referem-se aos elementos que não fazem parte diretamente do atendimento do PSF, mas que se constituem como apoio administrativo para complementar as ações do PSF potencializando suas ações. Compõem esta categoria as subcategorias *Educação continuada e Intersetorialidade das ações de saúde*.

A partir desses três fatores e de suas definições constitutivas, foram elaborados 256 itens iniciais pertencentes a cada categoria e subcategoria que compuseram a escala. Para tal, foram utilizadas as recomendações de diversos autores (Cozby, 2003; Gil, 2006; Günther, 2003; Pasquali, 1999) que dedicaram capítulos de livros e obras completas para abordar questões de formatação de um questionário e elaboração de itens para instrumentos.

Seguindo as orientações do manual do SPSS (1998) acerca do pré-teste do instrumento, foi realizada uma avaliação dos 256 itens iniciais da Escala de Avaliação da ESF pela EqSF por sete alunos do curso de Psicologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) que participam do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) no Núcleo de Estudos em Desenvolvimento Rural e Avaliação de Programas Sociais (NEDRAPS) para verificar a adequação teórica aos objetivos pretendidos (validade de conteúdo). Desta forma, o número foi reduzido para 218 itens que passaram pela análise de juízes na qual cinco estudantes da pós-graduação de Psicologia Social (3 doutorandos e 2 mestrandos) definiram, de acordo com os conceitos propostos para cada categoria, os itens

mais adequados para compor uma avaliação dos profissionais da EqSF sobre a ESF, verificando também se os itens mediam o que se propunham medir (validade de construto).

Foi escolhida a formatação mais adequada dos itens, de maneira a encontrar um tipo único de escala para comportar todos os itens. Houve a necessidade de nova adaptação da semântica dos itens para que todos pudessem ser respondidos segundo o grau de concordância em uma escala dicotômica (SIM ou NÃO). A escala dicotômica foi utilizada para evitar que os respondentes se concentrassem no meio da escala, pois como o intuito era avaliativo, necessitava-se de um posicionamento (mesmo que forçado).

Após estas etapas restaram 185 itens que foram submetidos à avaliação de cinco profissionais de saúde (um médico, dois enfermeiros e dois dentistas) que trabalhavam na ESF há mais de dois anos. Foi solicitado que estes profissionais avaliassem os itens da escala para verificar a adequação semântica (validação semântica), ou seja, julgar se o instrumento é claro e sem dificuldades de compreensão. Além disso, como especialistas na área, eles poderiam validar os itens, apontar incompatibilidades com a realidade de trabalho na ESF, dar sugestões, soluções e apontar dificuldades que os respondentes poderiam ter.

Como os itens ainda estavam em grande quantidade, foi necessário retirar alguns para compor o instrumento final do estudo-piloto; assim, a concordância de 80% entre os juízes (os cinco profissionais da ESF) em relação à pertença dos itens a cada uma das três dimensões hipotetizadas teoricamente foi o último critério de avaliação utilizado nesta fase, tal como orientado por autores da área (Anderson, Tatham & Black, 2005; Flick, 2004; Hair, Pasquali, 1999, 2003). Ou seja, buscou-se um índice de correlação $r \geq 0,80$ entre o júri de especialistas (os cinco profissionais que trabalhavam na ESF) para admitir cada item em um dos três fatores apresentados anteriormente. A Tabela 11 mostra o índice de correlação (r) alcançado pelos itens restantes.

Tabela 11. Índices de correlação entre os juízes e itens finais do instrumento-piloto

ITENS POR CATEGORIA		r (%)
Elementos do Atendimento no PSF		N=57
1. A central de marcação de consultas de encaminhamento vive congestionada.		100
2. A central de marcação para o encaminhamento dos pacientes é eficiente.		100
3. A central de marcação para o encaminhamento não atende a demanda de pacientes.		100
9. A comunidade necessita de mais uma equipe de PSF		80
16. A equipe do PSF se reúne para discutir os casos dos pacientes.		80
17. A estrutura física da unidade do PSF é adequada para os atendimentos em saúde.		80
20. A maior parte do trabalho no PSF refere-se a atendimentos clínicos.		80
21. A marcação de consulta para um médico especialista é demorada.		100
22. A população chega a esperar até 3 horas ou mais em filas para ser atendida na USF (PSF).		100
25. A quantidade de fichas de atendimento é suficiente para a comunidade.		80
26. A referência para atendimentos em níveis de saúde mais complexos é satisfatória.		80
27. A referência para os especialistas só funciona se eu tiver alguém conhecido lá.		80
33. Após o encaminhamento do PSF para um médico especialista, as pessoas precisam esperar muito tempo até serem atendidas.		80
37. As instalações da USF (PSF) são adequadas para o atendimento em saúde.		100
42. As pessoas da comunidade recebem remédios na USF (PSF) sempre que vão buscar.		100
47. As pessoas têm que acordar de madrugada para garantir o atendimento no PSF.		100
53. Do lado de fora da sala dá para ouvir o que a médica conversa com os pacientes.		80
54. É comum os equipamentos da USF (PSF) estarem quebrados.		80
62. Existem poucas vagas para o encaminhamento dos pacientes.		80
64. Faço palestras sobre temas de saúde geral.		100
65. Faço visitas domiciliares às pessoas que estão doentes.		100
66. Faltam camisinhas na USF (PSF) para serem distribuídas com a comunidade.		80
77. Já deixei de atender pacientes que buscaram a USF (PSF) por falta de material		80
86. Minha equipe elaborou um projeto de assistência à comunidade.		100
87. Minha equipe se reúne toda semana para resolver questões de organização do trabalho.		100
88. Muitas pessoas ficam sem atendimento diariamente no PSF.		80
91. Na unidade do PSF não faltam preservativos para serem distribuídos com a comunidade.		100
92. Na USF (PSF) em que trabalho tem recepcionista.		100
93. Na USF (PSF) em que trabalho tem vigilante.		100
94. Na USF (PSF) em que trabalho não tenho problema com os equipamentos.		100
98. Não há entrosamento entre os profissionais da ESF.		80
99. Não há uma quantidade de especialistas suficientes para atender os encaminhamentos.		80
100. Não tenho retorno dos pacientes que encaminho para o especialista.		80
101. Não tenho tempo para realizar atividades preventivas.		80
103. No PSF em que trabalho há uma auxiliar de serviços gerais que mantém a unidade limpa.		100
105. O atendimento da comunidade é prejudicado pela falta de equipamentos.		100
106. O atendimento dos pacientes é prejudicado pela falta de materiais.		100
109. O horário de funcionamento da USF (PSF) é suficiente para atender a todos.		80
ITENS POR CATEGORIA		r (%)
113. O PSF em que trabalho é limpo.		80
120. O PSF realiza atividades preventivas com grupos (como os de hipertensos, diabéticos, gestantes).		100
123. Os agentes comunitários de saúde recepcionam as pessoas na USF (PSF).		100
124. Os atendimentos são feitos em salas adequadas.		100
125. Os atendimentos são feitos em salas climatizadas.		100
126. Os centros de referência atendem eficientemente os pacientes encaminhados.		80
127. Os centros de referência não apresentam as condições necessárias para o atendimento aos pacientes.		80
128. Os equipamentos da USF (PSF) apresentam falhas.		80
132. Os instrumentos que utilizo na USF (PSF) são adequados para os atendimentos.		80
133. Os materiais de trabalho (tais como luvas e gases) não chegam até o fim do mês.		80
137. Os remédios são suficientes para o atendimento da comunidade.		100
141. Participo de atividades educativas junto à comunidade.		80
147. Quando meus pacientes retornam do especialista, trazem um relatório dos procedimentos realizados.		100
169. Só atendo a comunidade na unidade do PSF.		100
172. Há anticoncepcional suficiente no PSF, todos os meses, para distribuir para a comunidade.		100

180. Todas as pessoas que buscam a USF (PSF) conseguem ser atendidas.	80
181. Todos da equipe do PSF trabalham em conjunto.	80
184. Visito as escolas da comunidade para fazer atividades preventivo-educativas	100
185. Vou à casa das pessoas que não podem ir até a USF (PSF).	100
Aspectos Psicossociais do Trabalho em PSF	N=58
4. A comunidade cobra muito dos profissionais do PSF.	80
6. A comunidade é relutante às estratégias de trabalho.	
11. A comunidade reclama de sua insatisfação com o sistema de saúde com os profissionais do PSF.	80
12. A comunidade sabe como funciona o PSF.	80
14. A equipe de profissionais do PSF em que trabalho não está completa.	80
18. A idéia do PSF é muito boa.	80
19. A instabilidade do vínculo empregatício com o PSF me deixa inseguro.	100
23. A população não vê a prevenção sem remédio como atenção à saúde.	80
29. A Secretaria de Saúde só exige números de atendimentos sem atentar para a qualidade do serviço.	100
32. Algumas pessoas da comunidade dizem que o PSF não serve para nada.	100
38. As pessoas acham que quando não atendemos é má vontade da ESF.	100
40. As pessoas cobram muito da gente para resolver todos os seus problemas de saúde.	80
48. As responsabilidades que assumi no PSF não estão de acordo com o que recebo.	100
49. As responsabilidades que assumi no PSF não estão de acordo com o meu salário.	100
50. Às vezes sinto-me incapaz de exercer minha profissão em função das condições da USF (PSF).	80
56. É gratificante trabalhar no PSF.	100
57. É muito bom ter um contato direto com a comunidade.	100
58. Estou satisfeito com as condições da USF (PSF) em que trabalho.	80
69. Fico feliz por estar trabalhando com saúde junto à comunidade.	100
70. Fico gratificada quando consigo terminar um tratamento por completo em um paciente.	100
ITENS POR CATEGORIA	r (%)
75. Gosto de trabalhar no PSF.	100
79. Já me senti humilhado pelos usuários do PSF.	100
84. Meus pacientes sentem-se seguros para contarem seus problemas	100
90. Na consulta, muitas vezes as pessoas falam sobre seus assuntos particulares.	80
95. Não consigo dar conta do serviço porque é muito diversificado.	80
96. Não gosto de trabalhar com pobre.	100
104. Noto que meus pacientes sentem-se à vontade para tirar suas dúvidas comigo.	100
116. O PSF foi bem aceito pela comunidade.	80
122. O vínculo que a comunidade estabelece com a ESF facilita o trabalho no PSF.	100
130. Os gestores do PSF não respeitam meus direitos trabalhistas.	100
138. Os usuários compreendem a diferença entre o PSF e um posto de saúde.	80
139. Para a comunidade, o trabalho educativo é menos importante do que o atendimento curativo.	80
142. Pegar remédio é um dos motivos principais de vinda ao PSF.	100
143. Percebo que as pessoas da comunidade gostam do meu trabalho.	100
144. Percebo que meus pacientes não têm vergonha de fazer perguntas sobre saúde para mim.	100
146. Preferiria trabalhar no atendimento clínico (apenas na unidade).	80
149. São muitas famílias sobre a responsabilidade de uma única equipe de PSF.	100
153. Sinto que a comunidade confia em meu trabalho.	100
154. Sinto que a relação com a comunidade facilita a adesão ao tratamento.	80
155. Sinto-me valorizado profissionalmente pela gestão do PSF devido à qualidade do vínculo empregatício.	100
156. Sinto-me bem, devido ao vínculo que consegui estabelecer com a comunidade.	100
157. Sinto-me desconfortável ao realizar atividades preventivo-educativas com a comunidade.	100
158. Sinto-me desrespeitado como profissional devido à falta de condições de trabalho.	100
159. Sinto-me desrespeitado pelos pacientes.	100
160. Sinto-me desvalorizado profissionalmente devido minhas condições de trabalho.	100
161. Sinto-me estimulado com o trabalho no PSF.	100
162. Sinto-me frustrado por não conseguir atender todos que procuram a USF (PSF).	80
163. Sinto-me insatisfeito com a instabilidade do vínculo empregatício com o PSF.	100
164. Sinto-me satisfeito com minha carga de trabalho no PSF.	100
165. Sinto-me satisfeito de trabalhar em um programa com ideais de justiça social.	100
166. Sinto-me satisfeito de trabalhar em um programa que busca levar saúde para todos.	100
167. Sinto-me seguro (a) em trabalhar com pessoas das quais conheço a história de vida.	100

168. Sinto-me útil ajudando a comunidade.	100
171. Sou muito cobrado pela comunidade para estar mais tempo no PSF.	80
174. Tenho me sentido frequentemente cansado no meu trabalho.	100
176. Tenho que atender um número muito grande de pessoas além da minha carga horária.	80
177. Tenho todos os direitos trabalhistas como funcionário do PSF.	100
178. Tenho uma aproximação muito grande com a comunidade.	100
ITENS POR CATEGORIA	r (%)
Fatores Administrativos Complementares ao PSF	N=13
28. A Secretaria de Saúde oferece, frequentemente, cursos de capacitação para os profissionais do PSF.	100
59. Eu vim trabalhar no PSF sem nenhuma preparação específica.	100
71. Fiz o curso introdutório do PSF.	100
72. Frequentemente, a Secretaria de Saúde oferece cursos de capacitações para os profissionais do PSF.	100
74. Fui capacitado pela Secretaria de Saúde para o trabalho que realizo no PSF.	100
80. Já participei de cursos de capacitação para os profissionais do PSF oferecidos pela Secretaria de Saúde.	80
108. O esgoto escorrendo na rua dificulta o trabalho da equipe do PSF.	80
115. O PSF está isolado das ações de outros setores da Secretaria de Saúde.	80
117. O PSF não consegue funcionar sem a ajuda de outros setores.	80
119. O PSF precisa trabalhar junto a outros órgãos da Secretaria de Saúde.	80
136. Os profissionais contratados para atuar no PSF são treinados para trabalhar com a comunidade.	80
145. Poucas pessoas da minha equipe fizeram capacitação sobre o Programa Saúde da Família.	100
170. Só recebi treinamento para trabalhar no PSF quando já estava atuando no programa.	100
Número total de itens	N=128

De acordo com o critério explicitado, 128 itens restantes foram distribuídos pelas três dimensões, sendo 58 itens pertencentes à dimensão Elementos do Atendimento no PSF, 57 compondo a dimensão Aspectos Psicossociais do trabalho no PSF e 13 itens englobando a dimensão Fatores Administrativos complementares ao PSF. A Tabela 12 aponta a quantidade de itens que compuseram cada categoria e subcategoria do instrumento-piloto.

Tabela 12. Número de itens por categoria e subcategorias

CATEGORIAS	N	SUBCATEGORIAS	N
I. Elementos do Atendimento no PSF	58	1.1. Infraestrutura Física	19
		1.2. Estrutura Organizacional	29
		1.3. Recursos Humanos	10
II. Aspectos Psicossociais do trabalho no PSF		2.1. Insatisfação	25
		2.2. Satisfação	32
III. Fatores Administrativos complementares ao PSF		3.1. Educação continuada	9
		3.2. Intersetorialidade das ações de saúde	3
Total de Ítems	128		

Em seguida, os itens foram sorteados para compor a escala de maneira a tornar sua distribuição aleatória. A escala final foi submetida a uma aplicação-piloto, em 220 profissionais que trabalhavam na ESF de seis municípios da Paraíba para verificação da dimensionalidade do construto.

Procedimentos analíticos

Os dados das escalas foram tratados através do pacote estatístico SPSS. Inicialmente, foi realizada uma análise preliminar exploratória dos dados para verificar se havia erros no banco dados provenientes de digitação. Também foram realizadas estatísticas descritivas (frequência, porcentagem, média, desvio padrão) tanto para fornecer informações acerca da amostra, quanto para observar o critério de saturação de cada um dos 128 itens do instrumento piloto e verificar se eles possuíam variabilidade.

Para tanto, foi solicitada a extração das frequências de cada item e excluídos aqueles que possuíam valor igual ou superior a 80% de concordância entre os respondentes. Em dados dicotômicos, itens que possuem este grau de concordância não medem nada a não ser a unanimidade das respostas. Este procedimento converge com a orientação do manual do SPSS (1998) que sugere selecionar respondentes com diferentes pontos de vista ou atitudes, em importantes medidas do estudo. Desta forma, foram retirados 56 itens e a escala final foi reduzida para 72 itens. Foi verificada a adequação dos 72 itens restantes por meio de uma análise fatorial conceitual na qual, baseada na teoria e modelo propostos, um grupo de juízes pode determinar se os itens eram adequados aos fatores.

Validação da Escala de Avaliação da ESF pela EqSF

Amostra

A amostra foi composta de 812 profissionais que trabalhavam em Equipes de Saúde da Família (ESF) de 40 municípios com características rurais dos Estados da Paraíba.

Foi selecionada uma amostragem não-probabilística, por quota, na qual foram escolhidos 10 municípios de cada mesorregião paraibana utilizando os critérios de distribuição geográfica regional (Zona da Mata, Agreste, Borborema e Sertão) e populacional (menos de 25.000 habitantes) totalizando 40 municípios, tal como observado na Tabela 13.

Tabela 13. Municípios estudados distribuídos por mesorregião

Mesorregião	n
Zona da Mata	10
Agreste	10
Borborema	10
Sertão Paraibano	10
Total	40

As quotas referiam-se às seis categorias profissionais que constituíam as equipes da ESF. Em cada município foram entrevistados os profissionais das EqSF de pelo menos quatro Unidades de Saúde da Família (USF), excetuando-se os municípios que tinham menos de quatro equipes implementadas.

Dos profissionais das EqSF entrevistados, a maioria (79,7 %) é do sexo feminino, com idade média de 34 anos (mínimo = 19 e máximo = 69; desvio padrão = 9) e recebem em média três salários mínimos por mês (mínimo = 1 e máximo = 15; desvio padrão = 3,27). Os dados biodemográficos são apresentados em detalhes na Tabela 14.

Tabela 14. Distribuição de frequência e percentual do perfil da amostra

Sexo	Frequência	Percentual
Masculino	139	17,1
Feminino	647	79,7
Não respondeu	26	3,2
Total	812	100,0
Faixa etária	Frequência	Percentual
19 a 30 anos de idade	307	37,8
31 a 40 anos de idade	278	34,2
41 a 50 anos de idade	123	15,1
51 a 69 anos de idade	46	5,7
Não respondeu	58	7,1
Total	812	100,0

A Tabela 15 apresenta a distribuição dos participantes pelos municípios paraibanos. Pode-se verificar que existe uma frequência menor de participantes em alguns municípios. Esta maior resistência por parte dos respondentes em alguns municípios foi julgada pelos entrevistadores como temor dos funcionários de serem prejudicados futuramente pelos políticos locais. De todo modo, este fato não inviabilizou a pesquisa, gerou mais trabalho e maior habilidade dos entrevistadores, mas os resultados alcançados são suficientes para os objetivos que foram propostos.

Tabela 15. Distribuição de frequência de participantes por município da Paraíba

Municípios	Frequência	Municípios	Frequência	Municípios	Frequência
Rio Tinto	49	Juripiranga	24	Imaculada	14
Esperança	36	Juazeirinho	23	Jacaraú	13
Lucena	34	São Mamede	22	Caaporã	13
Mamanguape	34	Barra de Santana	20	Solânea	13
Belém	34	Teixeira	18	Emas	12
Pedras de Fogo	33	Catolé do Rocha	18	Pocinhos	9
Pombal	31	Pirpirituba	17	Ingá	8
São Bento	29	Areia	17	Cabaceiras	8
Itabaiana	28	Itapororoca	16	Riacho dos Cavalos	8
Sumé	28	Pilar	16	Junco do Seridó	7
Monteiro	28	Alagoinhas	16	Bananeiras	6
Piancó	28	Itaporanga	16	São José do Sabugi	5
Boqueirão	26	Santa Luzia	15		
Alhandra	25	Brejo do Cruz	15		

Procedimentos e aspectos éticos

Foi efetuado um levantamento junto à Secretaria de Saúde da Paraíba para obter informações sobre a quantidade de EqSF implantadas em cada município selecionado. A partir das informações obtidas foram identificadas e contatadas a Secretaria Municipal de Saúde e/ou Coordenação Municipal da ESF para solicitar a colaboração na participação deste estudo e para viabilizar o acesso às equipes em funcionamento nos municípios. Para tanto, a pesquisadora entregou uma carta de apresentação na qual se explicitava o objetivo e a relevância da pesquisa.

Uma vez sendo admitidos como pesquisadores pela Secretaria de Saúde do Município, foram realizadas visitas de observação para conhecer a estrutura e o funcionamento das USF e, com o auxílio da enfermeira, os pesquisadores foram apresentados aos demais profissionais da EqSF que solicitaram a colaboração destes na pesquisa. As entrevistas com os membros das equipes foram realizadas de forma individual nas USF, nos intervalos dos atendimentos, onde os participantes receberam a informação de que se tratava de um estudo científico e tiveram garantia do anonimato de sua identidade e do sigilo dos dados.

Em seguida, foi solicitado aos profissionais da ESF que assinassem um Termo de Consentimento Livre Esclarecido, cujo modelo foi elaborado de acordo com a “Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” (Brasil, 1996). Este documento explicitava a solicitação aos profissionais da ESF a participarem do estudo, por via escrita (assinada), informando ainda, que este consentimento garante 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.

A aplicação das escalas seguiu um procedimento padrão em que os aplicadores foram previamente treinados e orientados para intervir o mínimo possível nas respostas dadas pelos participantes, minimizando assim a possibilidade de viés de resposta.

Análise de dados

Os dados foram tabulados e analisados através do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), em sua versão 16.0. Utilizou-se das estatísticas descritivas (medidas de tendência central e dispersão, distribuição de frequência e percentual), principalmente para caracterizar a amostra estudada.

Para verificar a validade de construto, procedeu-se à análise fatorial com o objetivo de verificar a dimensionalidade do instrumento de medida. Além disso, os dados foram submetidos à análise da técnica *Alfa de Cronbach* para verificar a precisão da medida

que permite verificar a coerência que cada item tem com os demais itens do instrumento (Pasquali, 2003).

4.2.2 Estudo 2: Avaliação da ESF pela EqSF

Amostra

Participaram desta etapa 40 municípios do ambiente rural da Paraíba. Todos os municípios participantes da etapa anterior compuseram a amostra, mesmo os que possuíam pequeno número de respondentes.

Instrumento

A avaliação da ESF foi realizada com os 38 itens restantes da escala final, isto é, foram utilizados os 38 itens da Escala de Avaliação da ESF pela EqSF. Os índices psicométricos gerais e por fator da escala (*Alpha de Cronbach, eigenvalues*), assim como o dos itens (cargas fatoriais) serão descritos no tópico dos resultados desta tese.

Análises de dados

Inicialmente, foi realizada uma padronização dos dados para realização de estatísticas multivariadas. Assim, a Análise de Variância (ANOVA) foi feita para verificar se havia diferenças entre a avaliação dos profissionais da ESF segundo as quatro mesorregiões paraibanas em que trabalhavam (Zona da Mata, Agreste, Borborema e Sertão Paraibano). As diferenças significativas foram descritas por meio da média e do desvio padrão de cada mesorregião pesquisada para mostrar como os profissionais que trabalhavam nestes municípios avaliavam as dimensões analisadas da ESF. Posteriormente, o teste *Post Hoc* de *Scheffe* foi usado para identificar entre quais grupos havia diferenças estatísticas significativas, pois comparou a avaliação de todas as mesorregiões paraibanas e forneceu a diferença das médias entre cada par (por exemplo, Sertão e Borborema, Sertão e Zona da Mata, Sertão e Agreste).

Realizou-se ainda uma segunda ANOVA com o intuito de verificar diferenças na avaliação dos profissionais de cada município no tocante aos fatores da Escala de Avaliação da ESF, segundo as seis categorias profissionais (médico, enfermeiro, dentista, ACD, ACS e auxiliar de enfermagem). Havendo diferenças significativas encontradas, foram descritas as estatísticas descritivas (tais como média e desvio padrão de cada categoria profissional) para mostrar como cada profissão avalia as dimensões analisadas da ESF. Em seguida, o teste *Post Hoc* de *Scheffe* foi usado para identificar entre quais grupos havia diferenças estatísticas significativas, pois comparou a avaliação de todas as categorias profissionais e forneceu a diferença das médias entre cada par (por exemplo, médico e dentista, médico e enfermeiro, médico e ACS, médico e ACD, médico e auxiliar de enfermagem).

Após a realização da ANOVA, optou-se também por agrupar os profissionais em dois níveis de escolaridade: 1) nível superior composto pelos médicos, enfermeiros e dentista; e 2) nível médio/técnico formado pelos ACD, ACS e auxiliares de enfermagem. A partir da criação destes agrupamentos foi realizado um *test t* de *Student* para amostras independentes para demonstrar se havia diferenças na avaliação da ESF segundo o nível de escolaridade dos profissionais (nível superior e médio/técnico). Havendo diferenças, analisou-se a magnitude da diferença por meio de estatísticas descritivas (média e desvio padrão) com o intuito de compreender qual dos grupos avalia mais negativamente cada dimensão da ESF (os profissionais de nível superior ou os profissionais de nível médio/técnico?) e qual avalia mais positivamente cada fator.

É relevante realizar análises em cada município estudado, pois a política de descentralização do SUS, que permite uma gestão autônoma no tocante à operacionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), sugere que em cada cidade pesquisada pode existir uma ESF diferenciada das demais. Desta forma, a mesma sequência de análises foi realizada para cada um dos 40 municípios pesquisados e seus resultados estão expressos no apêndice C, mas não foram inseridos no corpo da tese devido às particularidades de cada cidade.

5 RESULTADOS

5.1 Parâmetros teórico-metodológicos e qualidade psicométrica da escala

Considerou-se, inicialmente, a adequação de se efetuar uma análise fatorial com o conjunto de 72 itens da Escala de Avaliação da ESF pela EqSF, o que foi plenamente corroborado pelo KMO = 0,83 e pelo Teste de Esfericidade de Bartlett, $\chi^2 = 16357,69$, $p < 0,001$.

Empregou-se a análise fatorial com método de estimação dos Componentes Principais (*Principal Components - PC*), rotação *Varimax*, para extrair a estrutura dimensional do construto estudado, optando-se por manter nos fatores somente itens com cargas fatoriais acima de 0,40 e que não tivessem carga superior a 0,30 em mais de um fator.

A partir do cumprimento deste critério foi gerada uma solução estatística de cinco fatores com *eigenvalues* superiores a 1 e que explicaram, conjuntamente, 39,089% da variância total da Avaliação da ESF pela EqSF. Diante dos dados encontrados, o questionário final foi composto por 38 itens. Os resultados destas análises com os itens que compõem o instrumento final e suas cargas fatoriais estão dispostos na Tabela 16.

Tabela 16. Análise Fatorial Exploratória com método dos Componentes Principais (PC)

ITENS	COMPONENTES				
	I	II	III	IV	V
48 Os atendimentos são feitos em salas adequadas.	-0,67				
66 O atendimento da comunidade é prejudicado pela falta de equipamentos.	0,67				
55 Estou satisfeito com as condições da USF (PSF) em que trabalho.	-0,63				
51 A estrutura física da unidade do PSF é adequada para os atendimentos em saúde.	-0,63				
49 Os equipamentos da USF (PSF) apresentam falhas.	0,62				
53 O atendimento dos pacientes é prejudicado pela falta de materiais.	0,62				
27 É comum os equipamentos da USF (PSF) estarem quebrados.	0,61				
68 Às vezes, sinto-me incapaz de exercer minha profissão em função das condições da USF (PSF).	0,59				
59 Os instrumentos que utilizo na USF (PSF) são adequados para os atendimentos.	-0,56				
61 Sinto-me desrespeitado como profissional devido à falta de condições	0,52				

de trabalho.					
58 Sinto-me desvalorizado profissionalmente devido minhas condições de trabalho.	0,49				
37 Os atendimentos são feitos em salas climatizadas.	-0,47				
69 A central de marcação de consultas de encaminhamento vive congestionada.	0,64				
67 A central de marcação para o encaminhamento dos pacientes é eficiente.	-0,64				
71 Após o encaminhamento do PSF para um médico especialista, as pessoas precisam esperar muito tempo até serem atendidas.	0,58				
52 Existem poucas vagas para o encaminhamento dos pacientes.	0,56				
60 A central de marcação para o encaminhamento não atende a demanda de pacientes.	0,55				
32 A referência para atendimentos em níveis de saúde mais complexos é satisfatória.	-0,54				
5 A marcação de consulta para um médico especialista é demorada.	0,52				
35 Os centros de referência atendem eficientemente os pacientes encaminhados.	-0,49				
29 Não há uma quantidade de especialistas suficientes para atender os encaminhamentos.	0,45				
25 São muitas famílias sobre a responsabilidade de uma única equipe de PSF.	0,60				
26 Tenho que atender um número muito grande de pessoas além da minha carga horária.	0,58				
72 A comunidade necessita de mais uma equipe de PSF.	0,56				
30 Sinto-me frustrado por não conseguir atender todos que procuram a USF (PSF).	0,46				
24 A quantidade de fichas de atendimento é suficiente para a comunidade.	-0,45				
47 A equipe do PSF se reúne para discutir os casos dos pacientes.	0,57				
65 Minha equipe se reúne toda semana para resolver questões de organização do trabalho.	0,53				
70 Minha equipe elaborou um projeto de assistência à comunidade.	0,51				
1 Os usuários compreendem a diferença entre o PSF e um posto de saúde.	0,51				
57 Para a comunidade, o trabalho educativo é menos importante do que o atendimento curativo.	-0,51				
46 A maior parte do trabalho no PSF se refere a atendimentos clínicos.	-0,50				
54 Pegar remédio é um dos motivos principais de vinda ao PSF.	-0,50				
2 A comunidade sabe como funciona o PSF.	0,45				
7 Frequentemente, a Secretaria de Saúde oferece cursos de capacitações para os profissionais do PSF.	0,76				
33 Fui capacitado pela Secretaria de Saúde para o trabalho que realizo no PSF.	0,57				
14 Poucas pessoas da minha equipe fizeram capacitação sobre o Programa Saúde da Família.	-0,52				
8 Os profissionais contratados para atuar no PSF são treinados para trabalhar com a comunidade.	0,47				
Eigenvalues	4,67	3,20	2,51	2,45	2,39
Variância explicada	11,98	8,22	6,43	6,29	6,14
Número de itens	12	9	5	8	4

Conjuntamente, os cinco componentes explicam 39,089% da variância total e apresentam autovalores (*eigenvalues*) de 4,67, 3,20, 2,51, 2,45 e 2,39, respectivamente. Os autovalores mostram a proporção da variância que cada fator é capaz de reter, ou seja, correspondendo a quantidade da variância explicada por um componente. Cada fator que tem um *autovalor* acima de 1 é mantido. A decisão sobre o número de fatores a serem extraídos cabe ao pesquisador e se fundamenta tanto em critérios estatísticos quanto teóricos (Dancy & Reidy, 2006).

O critério estatístico adotado nesta análise foi o de Guttman-Kaiser (GK) que se fundamenta na consideração que um fator precisa explicar pelo menos a quantidade de variância que é explicada por uma única variável. O critério teórico fundamentou-se na definição constitutiva previamente estabelecida para leitura dos fatores. Este último foi estabelecido a partir da coerência entre os itens (conteúdo semântico) que compuseram cada fator e as definições constitutivas aplicadas aos fatores, o que possibilitou a interpretação e a leitura de cada fator, tal como pode ser observado na descrição a seguir.

O fator I denominado de **Condições de trabalho na ESF** reuniu 12 itens com saturação mínima de -0,47 (“Os atendimentos são feitos em salas climatizadas”) e máxima de -0,67 (“Os atendimentos são feitos em salas adequadas”). Este fator apresentou *eigenvalue* de 4,67 que explica 11,98% da variância, com índice de consistência interna (*Alfa de Cronbach*) de 0,86. Os itens que compõem este fator refletem o estado das Unidades de Saúde da Família (USF) no que se refere aos aspectos de infraestrutura física e de instalações e à manutenção de materiais permanentes (instrumentos e equipamentos) disponibilizados pelos gestores municipais de saúde para a otimização do trabalho da EqSF. Seus itens também mostram que estas condições permeiam o atendimento à comunidade assistida pela equipe da ESF afetando (positiva ou negativamente) seus profissionais, podendo gerar satisfação e/ou insatisfação no labor destes trabalhadores.

O componente II nomeado de **Sistema de referência e contra-referência** concentrou 9 itens com saturação entre 0,45 (“Não há uma quantidade de especialistas suficientes para atender os encaminhamentos”) a 0,64 (“A central de marcação de consultas de encaminhamento vive congestionada”). Seu *eigenvalue* foi igual a 3,20 explicando 8,22% da variância total da escala, com índice de consistência interna (*Alfa de Cronbach*) de 0,76. Este componente refere-se aos aspectos organizacionais das Unidades de Saúde da Família que abrangem 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 continuidade do atendimento da comunidade, referenciando os pacientes do nível mais básico para os níveis mais especializados de atenção à saúde.

A terceira dimensão que emergiu da análise dos itens, engloba as crenças dos profissionais no que se refere à **Acessibilidade ao atendimento na ESF** e possui cinco itens. Este fator possui *eigenvalue* de 2,51, explica 6,43% da variância e apresenta índice de consistência interna (*Alfa de Cronbach*) de 0,59 e refere-se aos aspectos organizacionais das Unidades de Saúde da Família que abrangem o acesso da comunidade a ESF, bem como aos aspectos psicossociais do profissional para garantir o atendimento à comunidade que busca este serviço. Constitui-se em um componente negativo do trabalho apontado pelos profissionais da EqSF a sobrecarga dos profissionais das equipes.

Apesar deste fator apresentar um *Alfa* abaixo dos padrões desejáveis ($\alpha = 0,59$), este fator foi mantido em função de sua importância teórica, bem como pelos valores das cargas fatoriais que apresentaram saturação mínima de -0,45 (“A quantidade de fichas de atendimento é suficiente para a comunidade”) e máxima de 0,60 (“São muitas famílias sobre a responsabilidade de uma única equipe de PSF”).

O quarto fator, **Compreensão da ESF**, é composto por 8 itens que saturaram entre 0,45 (“A comunidade sabe como funciona o PSF”) e 0,57 (“A equipe do PSF se reúne para discutir os casos dos pacientes”). Apresentou com *eigenvalue* de 2,45; explicação de 6,29%

da variância e índices de consistência interna (*Alfa de Cronbach*) de 0,65. Este componente é formado por itens que refletem, por um lado, as crenças dos profissionais da EqSF acerca de como a comunidade compreende a ESF (suas formas de entendimento e utilização deste serviço); e por outro, como a própria equipe compreende essa estratégia de atenção à saúde, englobando as práticas dos profissionais da EqSF, bem como sua integração para a garantia do atendimento à comunidade assistida por este serviço.

Por fim, o quinto e último componente chamado de **Capacitação profissional** possui 4 itens com cargas fatoriais entre 0,47 (“Os profissionais contratados para atuar no PSF são treinados para trabalhar com a comunidade”) e 0,76 (“Frequentemente a Secretaria de Saúde oferece cursos de capacitações para os profissionais do PSF”). Seu *eigenvalue* é de 2,39, explicando 6,14% da variância total, com índice de consistência interna (*Alfa de Cronbach*) de 0,68. Este fator engloba um elemento que dá suporte e orienta as ações dos profissionais da EqSF, constituindo-se como a base dessa estratégia, pois alicerça seus ideais e potencializa suas ações. Neste sentido, os itens deste fator refletem as crenças dos profissionais da equipe sobre a existência, frequência e qualidade das capacitações profissionais e treinamentos oferecidos pelos gestores municipais de saúde aos profissionais da EqSF, antes de começarem a trabalhar na ESF e durante o exercício de sua profissão.

Após a submissão dos dados à análise da técnica *Alfa de Cronbach* (α) para verificar a precisão da medida e verificar a coerência que cada item tem com os demais itens do instrumento (Pasquali, 2003), os resultados apontaram índices de consistência interna satisfatórios em cada fator, sendo os melhores índices apontados nos fatores 1 ($\alpha = 0,86$) e 2 ($\alpha = 0,76$). O conjunto de itens da escala apresentou *Alfa de Cronbach* geral igual a 0,87, 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 por Gulliksen (1950) e Martinez (1995).

Todavia, considerando-se os resultados obtidos e observando a adequação conceitual, as análises estatísticas não confirmaram o modelo original que era composto por três fatores, pois três subcategorias constituintes do modelo emergiram na solução estatística como categorias, decidindo-se, desta forma, reorganizar a solução conceitual em detrimento da solução estatística. Neste sentido, o modelo teórico final adotado para sustentar a tese ficou composto por cinco categorias como mostra a figura 4.



Figura 4. Modelo teórico final da avaliação da EqSF sobre a ESF

Pode-se afirmar ainda que o instrumento apresenta adequação psicométrica e pode ser empregado em futuras avaliações de programas que visem conhecer as crenças dos profissionais que trabalham em ações públicas como a ESF, especificamente, no Nordeste.

Todavia, o resultado mais palpável da verificação da validade de construto e da precisão deste instrumento foi a versão final da Escala de Avaliação da ESF pela EqSF que poderá ser utilizada para a avaliação desta estratégia com seus prestadores de serviço. Esta

escala é prática, de fácil aplicação e manuseio e possui, ainda, baixo custo pois, sua técnica “lápiz e papel” requer apenas pesquisadores treinados para esta função.

Em potencial, a aplicação deste instrumento em avaliações de programas pode nortear políticas públicas e tomadas de decisões no âmbito da administração da Estratégia Saúde da Família (ESF). Poder-se-á desenvolver estratégias para incrementar a ESF, identificar possíveis falhas e corrigi-las, identificar os pontos positivos que devem ser estimulados no atendimento a comunidades mais vulneráveis sócio-economicamente, como é o caso das atendidas pela ESF, além de possibilitar conhecer a estrutura organizacional do atendimento a essa demanda com o intuito de melhorar o atendimento a essas pessoas.

5.2 Padronização e análise descritiva dos itens

Levando-se em conta as respostas dos 812 participantes que fizeram parte da validação e precisão da Escala de Avaliação da Estratégia Saúde da Família (EAESF), buscou-se elaborar normas para o desenvolvimento de critério para a interpretação dos resultados obtidos. Para tanto estabeleceu-se normas intragrupo, em que o critério de referência dos escores é o grupo ou a população para a qual o teste foi construído. Neste sentido, o escore do sujeito toma sentido em relação aos escores de todos os sujeitos da população. Como não são conhecidos os escores da população, as normas foram estabelecidas sobre a amostra estudada, utilizando-se a técnica baseada no posto percentílico (Pasquali, 1999, 2003).

Para interpretar as respostas dadas pelos participantes, elaborou-se um escore total para cada fator que corresponde ao somatório dos itens que os compõem. Por exemplo, para o fator **Condições de trabalho na ESF**, que é composto no total por 12 itens, do tipo “Os atendimentos são feitos em salas adequadas” e “Estou satisfeito com as condições da USF (ESF) em que trabalho”; aqueles participantes que concordaram com a afirmação, responderam “sim” que foi computado com o valor 1 e aqueles que não concordam,

responderam “não” que foi computado com o valor 0. Desta forma, o escore mínimo para este fator é de 0 e o escore máximo é de 12 (somatório total dos itens deste fator).

Em outras palavras, para uma avaliação extremamente positiva, o profissional deveria responder “sim” para as doze afirmações (itens) que compõem o fator em questão, demonstrando que concorda com todos os itens e obtendo um escore de 12 pontos (valor máximo), enquanto que para uma avaliação extremamente negativa, deveriam responder “não” para os doze itens que compõem esse fator demonstrando que discorda de todos os itens e obtendo um escore de 0 pontos (valor mínimo).

Ressalta-se que para computar o somatório dos itens não foi levado em consideração às cargas fatoriais dos itens componentes de cada fator, pois seus pesos variaram entre 0,45 e 0,76 (com itens nos sentidos positivo e negativo), o que mostra uma variabilidade razoável. Isto posto, optou-se por considerar a homogeneidade dos itens e tratá-los como se seus pesos e sua importância no fator fossem iguais. Desta forma, assume-se que a Análise Fatorial foi realizada para seleção dos itens que melhor representassem as dimensões do modelo teórico elaborado para explicar a Avaliação da ESF a partir das crenças de sua equipe de trabalhadores.

Para possibilitar uma melhor interpretação dos dados, optou-se por padronizar os escores de cada fator analisado, compatibilizando-os em uma única escala de resposta. A comparação entre os fatores era bastante difícil, já que cada um possui uma pontuação total dependente do número de itens que compõe sua dimensão, tal como explicado anteriormente. Por exemplo, o fator I é composto de 12 itens que totaliza 12 pontos enquanto o fator II é composto por 9 itens totalizando 9 pontos. As estatísticas descritivas de cada fator, tais como a pontuação mínima e máxima nos itens por fator, média e desvio padrão, estão apresentadas na Tabela 17.

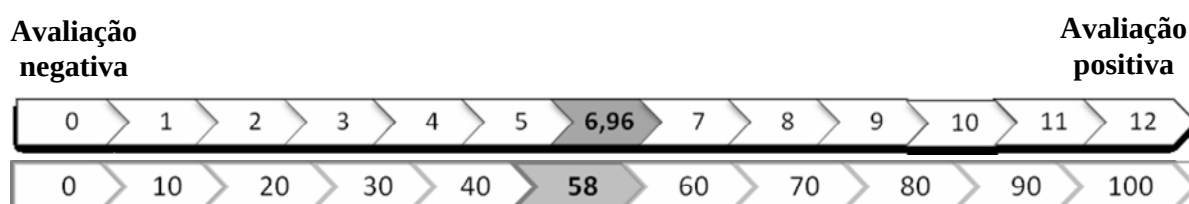
Tabela 17. Mínimo, máximo, média e desvio padrão dos constructos estudados

Constructos	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Condições de trabalho na ESF	0	12	6,96	3,64
Sistema de referência e contrarreferência	0	9	2,97	2,39
Acessibilidade ao atendimento na ESF	0	5	2,37	1,49
Compreensão da ESF	0	8	3,52	2,00
Capacitação profissional	0	5	2,62	1,61

Se os profissionais pontuam uma média de 6,96 pontos no fator I, posso inferir que é uma porcentagem superior a 50% da avaliação, o que significa uma avaliação mediana. Mas, como comparar a avaliação do fator I à avaliação do fator II se eles possuem escalas diferentes?

Neste sentido, com o intuito de unificar as escalas, os escores de todos os fatores foram submetidos a uma transformação linear por meio da aplicação da regra de três simples e convertidos para uma escala de 0 a 100 pontos, que permite calcular um escore de cada fator de forma padronizada, além de possibilitar comparações mais acuradas entre os fatores. A partir desse procedimento, foi descrito a avaliação de cada fator, tal como pode ser observado a seguir.

O fator I, Condições de trabalho na ESF, possui um total de 12 itens e apresentou uma média de resposta de 6,96 pontos na avaliação dos profissionais da EqSF. Considerando que uma pontuação total de 12 pontos neste fator indica uma avaliação positiva de 100% dos profissionais, uma pontuação de 6,96 neste fator significa uma avaliação mediana de 58% dos trabalhadores da EqSF, tal como pode ser observado na figura 5.

**Figura 5.** Avaliação do fator I: transformação linear do escore bruto em escore normalizado

Procedeu-se do mesmo modo nos demais fatores. Assim, o fator II, Sistema de Referência e Contra-referência, possui um total de 9 itens e apresentou uma média de resposta de 2,97 pontos na avaliação dos profissionais da EqSF. A transformação linear dos escores deste apresentou uma avaliação negativa pelos trabalhadores da EqSF, que consideraram 33% satisfatório o sistema de referenciamento da ESF para os demais níveis de complexidade, como pode ser observado na figura 6.

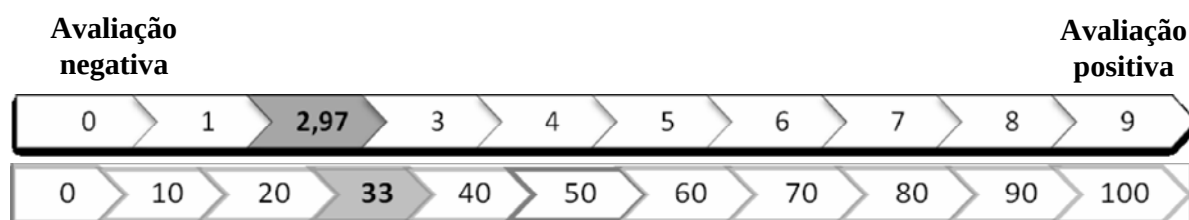


Figura 6. Avaliação do fator II: transformação linear do escore bruto em escore padronizado

Como pode ser observado na figura 7, a transformação linear do escore bruto (2,37) do fator III, Acessibilidade ao atendimento na ESF, que possui 5 itens, sugeriu que 47,4% dos profissionais a EqSF possuem uma avaliação mediana deste fator.

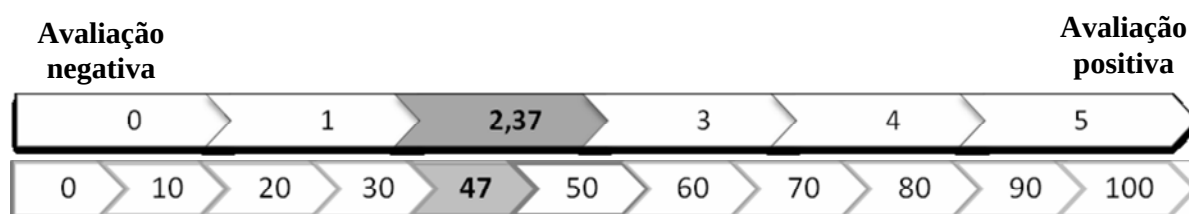


Figura 7. Avaliação do fator III: transformação linear do escore bruto em escore padronizado

No tocante ao fator IV, Compreensão da ESF, pode-se constatar na figura 8 que o escore médio bruto de 3,52, após normatização representou um escore de 44 pontos em uma escala centígrada, indicando uma avaliação mediana neste fator.

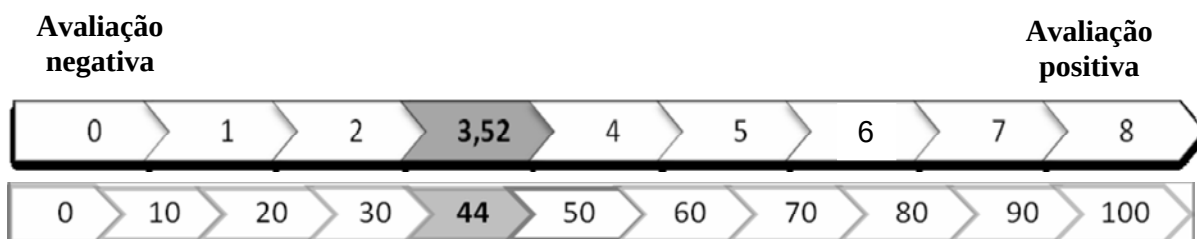


Figura 8. Avaliação do fator IV: transformação linear do escore bruto em escore padronizado

Por fim, o último fator, Capacitação Profissional, que apresentou escore médio bruto de 2,62 pontos demonstrou uma avaliação mediana dos profissionais da EqSF com escore padronizado de 52,4 pontos, como pode ser visto na figura 9.

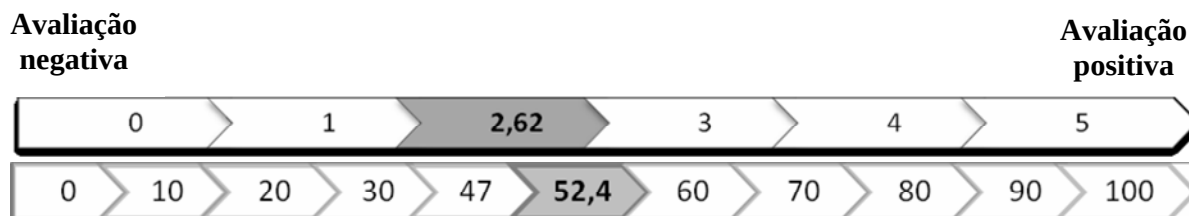


Figura 9. Avaliação do fator IV: transformação linear do escore bruto em escore padronizado

As normas elaboradas para esta tese fazem referência aos fatores da Escala de Avaliação da ESF (EAESF), sendo considerado um somatório dos itens de cada fator. Considerando os escores brutos, foi realizada uma transformação linear simples (regra de três) que produziu escores de uma escala de 0 a 100, tal como explicitado e ilustrado anteriormente. Os itens transformados foram utilizados para estabelecerem-se tercís (criando-se três grupos iguais, no qual cada grupo representa 33,33% das avaliações da amostra) com o intuito de, a partir destes valores, estabelecer critérios de avaliação dos profissionais acerca dos cinco fatores do modelo teórico sobre a Avaliação da ESF pela EqSF. Os resultados da criação de tercís para embasar as avaliações da ESF, segundo critério interno, podem ser observados na Tabela 18.

Tabela 18. Avaliação por fator dos profissionais de saúde acerca da ESF segundo Tercis

Tercis por fator	1º tercil (Avaliação negativa)	2º tercil (Avaliação mediana)	3º tercil (Avaliação positiva)
Fator I	$x \leq 16,66$	$16,67 \leq x \leq 49,99$	$x \geq 50,00$
Fator II	$x \leq 55,55$	$55,56 \leq x \leq 77,76$	$x \geq 77,77$
Fator III	$x \leq 40,00$	$40,01 \leq x \leq 59,99$	$x \geq 60,00$
Fator IV	$x \leq 37,50$	$37,51 \leq x \leq 62,49$	$x \geq 62,50$
Fator V	$x \leq 50,00$	$50,01 \leq x \leq 74,99$	$x \geq 75,00$

Deste modo, para cada fator foi extraído um valor específico que corresponde a uma avaliação negativa dos profissionais sobre a ESF (1º tercil), a uma avaliação mediana (2º tercil) e a uma avaliação positiva (3º tercil). Ressalta-se novamente que estes valores foram calculados em função da avaliação de todos os participantes do estudo.

5.3 *Ranking* das cidades segundo a avaliação por tercil

A partir dos tercis elaborados em função da avaliação da ESF do grupo de 812 profissionais de saúde, os municípios foram avaliados de acordo com o escore apresentado para cada um dos 5 fatores, implicando em uma avaliação negativa, mediana ou positiva em cada dimensão da ESF analisada.

Optou-se ainda por aglomerar os 40 municípios pesquisados segundo as mesorregiões da Paraíba em que se enquadram (Zona da Mata, Agreste, Borborema, Sertão Paraibano), proporcionando inicialmente uma avaliação regional conforme apresentado na figura 10.

**Figura 10.** Mesorregiões da Paraíba e localização geográfica

Assim, a Tabela 19 mostra as médias de avaliação dos dez municípios da mesorregião Zona da Mata Paraibana, onde se pode observar que 60% dos municípios (N = 6) avaliam medianamente as condições de trabalho (fator I), enquanto os outros 40% (N = 4) avaliam positivamente esse fator.

Tabela 19. Avaliação dos municípios da mesorregião Zona da Mata segundo tercil

Municípios	Fatores	Média	Desvio padrão	Avaliação da EqSF	Municípios	Fatores	Média	Desvio padrão	Avaliação da EqSF
Lucena (1)	Fator I	22,957	20,594	Mediana	Alhandra (6)	Fator I	52,561	30,543	Positiva
	Fator II	52,954	26,080	Negativa		Fator II	78,195	19,859	Positiva
	Fator III	28,260	27,408	Negativa		Fator III	70,840	21,764	Positiva
	Fator IV	55,964	24,136	Mediana		Fator IV	53,543	25,206	Mediana
	Fator V	66,696	29,921	Mediana		Fator V	65,000	36,084	Mediana
Rio Tinto (2)	Fator I	33,188	29,355	Mediana	Caaporã (7)	Fator I	26,656	16,324	Mediana
	Fator II	50,359	27,190	Negativa		Fator II	57,000	24,041	Negativa
	Fator III	45,125	27,356	Mediana		Fator III	56,183	37,982	Mediana
	Fator IV	52,998	23,162	Mediana		Fator IV	44,046	22,393	Mediana
	Fator V	75,694	21,573	Positiva		Fator V	32,914	26,339	Negativa
Mamanguape (3)	Fator I	50,195	28,385	Positiva	Pedras de Fogo (8)	Fator I	29,972	20,312	Mediana
	Fator II	69,241	23,961	Mediana		Fator II	65,380	25,002	Mediana
	Fator III	60,316	25,459	Positiva		Fator III	46,939	30,164	Mediana
	Fator IV	47,734	23,965	Mediana		Fator IV	58,456	21,690	Mediana
	Fator V	65,075	23,389	Mediana		Fator V	82,141	17,183	Positiva
Jacaraú (4)	Fator I	60,331	21,596	Positiva	Pilar (9)	Fator I	40,977	23,330	Mediana
	Fator II	75,311	15,973	Mediana		Fator II	67,953	24,915	Mediana
	Fator III	68,868	28,286	Positiva		Fator III	43,910	21,954	Mediana
	Fator IV	26,262	26,726	Negativa		Fator IV	58,689	20,679	Mediana
	Fator V	36,930	31,358	Negativa		Fator V	58,763	35,002	Mediana
Itapororoca (5)	Fator I	38,365	28,180	Mediana	Juripiranga (10)	Fator I	60,993	29,071	Positiva
	Fator II	76,176	21,858	Mediana		Fator II	73,045	23,292	Mediana
	Fator III	53,754	23,551	Mediana		Fator III	51,314	30,457	Mediana
	Fator IV	42,902	20,442	Mediana		Fator IV	33,985	23,709	Negativa
	Fator V	54,171	33,235	Mediana		Fator V	53,701	27,032	Mediana

O sistema de referência e contrarreferência (fator II) foi avaliado medianamente por 60% dessas cidades (N = 6) e negativamente por 30% (N=3) dos municípios. Ressalta-se que 10% dos municípios (N = 1) avaliaram positivamente e a mesma porcentagem avaliou negativamente esta dimensão.

A acessibilidade de atendimento da ESF (fator III) foi avaliado medianamente por 60% dos municípios (N = 6) e avaliado positivamente por 30% dos municípios (N = 3). Os 10% restantes (N = 1) avaliaram negativamente esta dimensão. A dimensão compreensão da ESF (fator IV) foi avaliado medianamente por 80% dessas cidades (N = 8) e negativamente por 20% dos municípios restantes (N = 2).

Para finalizar a avaliação dos municípios da mesorregião da zona da mata paraibana, constata-se na tabela 19 que 60% dos municípios (N = 6) avaliam medianamente a capacitação profissional (fator V). Pode-se observar ainda que 20% das cidades (N = 2) avaliam negativamente esta dimensão e a mesma proporção (20% dos municípios, N = 2) avaliam-na positivamente.

A Tabela 20 aponta as médias e avaliações dos municípios do Agreste.

Observe que 80% das cidades (N = 8) avaliam medianamente as condições de trabalho (fator I) e 20% delas (N = 2) avaliam positivamente a ESF.

Quanto ao sistema de referência e contrarreferência (fator II) é avaliado medianamente por 70% dos municípios do agreste paraibano (N = 7), enquanto duas cidades (20%, N = 2) avaliam essa dimensão de modo positivo. Percebe-se ainda que 10% deles (N = 1) avaliam negativamente esta dimensão.

O quesito acessibilidade no atendimento da ESF (fator III) é avaliado medianamente por 60% dos municípios do Brejo paraibano (N = 6), enquanto três cidades (30%, N = 3) avaliam essa dimensão de modo positivo. Ressalta-se que 10% dos municípios dessa mesorregião (N = 1) avaliam negativamente este fator.

A compreensão da ESF (fator IV) também é avaliada medianamente por 80% das cidades (N = 8), enquanto 20% dessas cidades (N = 2) avaliam negativamente este fator.

Tabela 20. Avaliação dos municípios da mesorregião Agreste segundo tercil

Municípios	Fatores	Média	Desvio padrão	Avaliação da EqSF	Municípios	Fatores	Média	Desvio padrão	Avaliação da EqSF
Belém (11)	Fator I	37,457	23,245	Mediana	Alagoinha (16)	Fator I	49,372	32,115	Mediana
	Fator II	61,170	23,511	Mediana		Fator II	79,567	21,942	Positiva
	Fator III	44,083	23,987	Mediana		Fator III	58,754	17,013	Mediana
	Fator IV	61,339	19,114	Mediana		Fator IV	47,097	20,720	Mediana
	Fator V	66,261	20,353	Mediana		Fator V	37,906	28,588	Negativa
Solânea (12)	Fator I	60,718	31,501	Positiva	Esperança (17)	Fator I	31,438	21,982	Mediana
	Fator II	69,326	29,255	Mediana		Fator II	66,263	19,717	Mediana
	Fator III	69,124	26,869	Positiva		Fator III	40,321	24,916	Mediana
	Fator IV	48,560	23,957	Mediana		Fator IV	55,915	23,924	Mediana
	Fator V	43,559	27,251	Negativa		Fator V	52,435	27,518	Mediana
Bananeiras (13)	Fator I	26,388	14,353	Mediana	Ingá (18)	Fator I	17,708	10,386	Mediana
	Fator II	50,000	34,960	Negativa		Fator II	66,666	33,596	Mediana
	Fator III	60,000	40,000	Positiva		Fator III	47,500	23,754	Mediana
	Fator IV	35,416	33,927	Negativa		Fator IV	46,235	23,444	Mediana
	Fator V	41,473	24,122	Negativa		Fator V	81,250	25,877	Positiva
Pirpirituba (14)	Fator I	35,883	25,36838	Mediana	Itabaiana (19)	Fator I	32,071	28,585	Mediana
	Fator II	73,379	25,48905	Mediana		Fator II	49,876	28,073	Mediana
	Fator III	52,992	25,40958	Mediana		Fator III	43,372	22,056	Mediana
	Fator IV	53,542	28,06019	Mediana		Fator IV	50,074	24,215	Mediana
	Fator V	50,545	25,28762	Mediana		Fator V	72,321	32,871	Mediana
Areia (15)	Fator I	69,944	33,88509	Positiva	Pocinhos (20)	Fator I	31,977	26,480	Mediana
	Fator II	86,089	19,646	Positiva		Fator II	74,577	23,487	Mediana
	Fator III	86,109	11,062	Positiva		Fator III	33,333	34,641	Negativa
	Fator IV	19,021	16,290	Negativa		Fator IV	59,683	22,139	Mediana
	Fator V	16,176	15,158	Negativa		Fator V	44,871	31,490	Negativa

Por fim, a capacitação profissional (fator V) é avaliada de modo negativo pelos profissionais de 50% dos municípios pesquisados dessa mesorregião, medianamente por 40% das cidades (N = 4), enquanto 10% delas (N = 1) avaliam positivamente este fator.

As médias e a avaliação dos profissionais que trabalham nos municípios da mesorregião Borborema estão expressas na Tabela 21. Pode-se constatar que 60% dos municípios da Borborema (N = 6) possuem profissionais que atuam na ESF avaliando medianamente tanto as condições de trabalho dessa estratégia (fator I) quanto à acessibilidade ao atendimento da ESF (fator III). Percebe-se ainda que 30% deles (N = 3) avaliam positivamente e 10% (N = 1) avaliam negativamente estas dimensões.

O sistema de referência e contrarreferência (fator II) é avaliado medianamente por 70% dos municípios do Agreste paraibano (N = 7), enquanto 20% das cidades (N = 2) avaliam essa dimensão de modo positivo. Percebe-se ainda que 10% deles (N = 1) avaliam negativamente esta dimensão.

A Tabela 21 mostra ainda que 50% dos municípios dessa mesorregião (N = 5) avaliam negativamente a dimensão compreensão da ESF (fator IV) e que 40% deles (N = 4) avaliam medianamente esse fator. O restante das cidades avalia a compreensão da ESF de maneira positiva (10% das cidades, N = 1).

Tabela 21. Avaliação dos municípios da mesorregião Borborema segundo tercil

Municípios	Fatores	Média	Desvio padrão	Avaliação da EqSF	Municípios	Fatores	Média	Desvio padrão	Avaliação da EqSF
Juazeirinho (21)	Fator I	51,400	25,111	Positiva	Cabaceira (26)	Fator I	6,250	11,572	Negativa
	Fator II	82,608	18,835	Positiva		Fator II	54,166	29,954	Mediana
	Fator III	75,766	22,649	Positiva		Fator III	58,663	17,206	Mediana
	Fator IV	48,537	13,920	Mediana		Fator IV	28,125	18,600	Negativa
	Fator V	44,847	28,462	Negativa		Fator V	68,750	11,572	Mediana
Junco do Seridó (22)	Fator I	29,763	18,174	Mediana	Boqueirão (27)	Fator I	49,244	39,950	Mediana
	Fator II	51,748	32,038	Negativa		Fator II	67,932	29,589	Mediana
	Fator III	29,015	25,935	Negativa		Fator III	49,588	33,267	Mediana
	Fator IV	66,275	14,376	Positiva		Fator IV	34,210	26,852	Negativa
	Fator V	62,325	37,502	Mediana		Fator V	40,049	32,903	Negativa
Santa Luzia (23)	Fator I	52,183	23,264	Positiva	Barra de Santana (28)	Fator I	32,406	37,443	Mediana
	Fator II	57,822	21,930	Mediana		Fator II	64,283	32,527	Mediana
	Fator III	45,031	24,380	Mediana		Fator III	41,773	27,963	Mediana
	Fator IV	47,365	22,472	Mediana		Fator IV	34,278	16,123	Negativa
	Fator V	49,170	36,12101	Negativa		Fator V	20,691	30,206	Negativa
São Mamede (24)	Fator I	43,359	20,738	Mediana	Sumé (29)	Fator I	45,933	26,194	Mediana
	Fator II	68,385	18,429	Mediana		Fator II	76,873	25,291	Mediana
	Fator III	48,306	19,251	Mediana		Fator III	60,714	30,052	Positiva
	Fator IV	59,542	24,397	Mediana		Fator IV	19,288	14,904	Negativa
	Fator V	84,158	20,206	Positiva		Fator V	56,303	30,610	Mediana
São José do Sabugi (25)	Fator I	48,333	14,907	Mediana	Monteiro (30)	Fator I	56,972	31,646	Positiva
	Fator II	84,444	14,907	Positiva		Fator II	73,265	25,124	Mediana
	Fator III	48,000	10,954	Mediana		Fator III	69,739	29,811	Positiva
	Fator IV	15,000	16,298	Negativa		Fator IV	40,147	24,600	Mediana
	Fator V	35,000	33,541	Negativa		Fator V	48,932	35,838	Negativa

A capacitação profissional (fator V) também foi avaliada negativamente por 60% dos municípios (N = 6), enquanto 30% das cidades (N = 3) avaliam medianamente. As demais cidades (10%, N = 1) avaliam a compreensão da ESF de maneira positiva.

A Tabela 22 exprime a avaliação dos municípios da mesorregião Sertão na qual pode-se constatar que 70% dos municípios sertanejos (N = 7) possuem profissionais que atuam na ESF avaliando medianamente as condições de trabalho dessa estratégia (fator I) e 30% deles avaliando negativamente este fator.

Tabela 22. Avaliação dos municípios da mesorregião Sertão segundo tercil

Municípios	Fatores	Média	Desvio padrão	Avaliação da EqSF	Municípios	Fatores	Média	Desvio padrão	Avaliação da EqSF
Teixeira (31)	Fator I	46,768	25,383	Mediana	Catolé do Rocha (36)	Fator I	20,339	22,620	Mediana
	Fator II	65,512	28,664	Mediana		Fator II	51,167	29,693	Negativa
	Fator III	38,627	28,246	Negativa		Fator III	53,256	24,506	Mediana
	Fator IV	43,965	22,268	Mediana		Fator IV	45,634	19,509	Mediana
	Fator V	49,450	29,303	Negativa		Fator V	60,431	26,955	Mediana
Imaculada (32)	Fator I	43,332	23,477	Mediana	Emas (37)	Fator I	3,865	5,469	Negativa
	Fator II	71,355	26,097	Mediana		Fator II	78,963	18,731	Positiva
	Fator III	37,968	29,288	Negativa		Fator III	36,382	30,735	Negativa
	Fator IV	38,392	26,613	Mediana		Fator IV	78,125	13,191	Positiva
	Fator V	38,504	29,124	Negativa		Fator V	72,916	24,905	Mediana
Pombal (33)	Fator I	14,790	14,909	Negativa	Piancó (38)	Fator I	22,744	20,788	Mediana
	Fator II	50,925	22,094	Negativa		Fator II	44,593	24,821	Negativa
	Fator III	66,815	21,248	Positiva		Fator III	37,623	23,600	Negativa
	Fator IV	44,249	19,555	Mediana		Fator IV	40,094	24,679	Mediana
	Fator V	56,106	35,744	Mediana		Fator V	60,672	30,527	Mediana
São Bento (34)	Fator I	21,348	27,473	Mediana	Itaporanga (39)	Fator I	49,720	22,028	Mediana
	Fator II	61,735	33,154	Mediana		Fator II	71,263	22,561	Mediana
	Fator III	30,842	22,816	Negativa		Fator III	58,406	24,440	Mediana
	Fator IV	45,689	22,229	Mediana		Fator IV	25,236	17,451	Negativa
	Fator V	46,940	32,344	Negativa		Fator V	26,895	34,988	Negativa
Brejo do Cruz (35)	Fator I	24,056	17,346	Negativa	Riacho dos Cavalos (40)	Fator I	34,375	40,931	Mediana
	Fator II	78,236	24,908	Positiva		Fator II	89,806	10,609	Positiva
	Fator III	43,213	24,946	Mediana		Fator III	56,803	15,704	Mediana
	Fator IV	21,996	20,502	Negativa		Fator IV	25,000	16,366	Negativa
	Fator V	34,836	32,102	Negativa		Fator V	37,500	23,145	Negativa

O sistema de referência e contrarreferência (fator II) possui uma avaliação mediana de 40% dos municípios (N = 4), uma porcentagem de 30% dos municípios (N=3) das cidades do sertão paraibano apresentam avaliação tanto negativa quanto positiva.

Observou-se ainda na Tabela 22 que a acessibilidade ao atendimento na ESF (fator III) foi avaliada negativamente por 50% dos municípios dessa mesorregião (N = 5) e que 40% deles (N = 4) avaliam medianamente esse fator. O 10% restante das cidades (N = 1) avalia a acessibilidade ao atendimento na ESF de maneira positiva.

Quanto a compreensão da ESF (fator IV) pode-se constatar que 60% dos profissionais que atuam na ESF de municípios sertanejos (N = 6) avaliam medianamente essa dimensão. Percebe-se ainda que 30% deles (N = 3) avaliam negativamente e 10% (N = 1) avaliam positivamente a compreensão da ESF.

Para finalizar, a capacitação profissional (fator V) foi avaliada de modo mais negativo por 60% dos profissionais dos municípios sertanejos, apontando também uma avaliação mediana por 40% dessas cidades (N = 4). Ressalta-se que nenhum município sertanejo apresentou avaliação positiva deste fator.

Não obstante, a partir da análise das avaliações dos cinco fatores da ESF sob exame pelos profissionais da EqSF dos municípios pesquisados, aglomerados por mesorregião paraibana, pode-se constatar na Tabela 23 que, de modo geral, a capacitação profissional (fator V) apresentou as avaliações mais negativas dos profissionais de saúde; enquanto as condições de trabalho, a compreensão da ESF, o sistema de referência e contrarreferência e a acessibilidade ao atendimento (fatores I, IV, II e III, em ordem) são avaliados de modo mediano.

Tabela 23. Frequência dos municípios por avaliação da ESF em cada fator

Fatores	Avaliação negativa		Avaliação mediana		Avaliação positiva		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Fator I	4	10,00	27	67,50	9	22,50	40	100
Fator II	8	20,00	24	60,00	8	20,00	40	100
Fator III	8	20,00	22	55,00	10	25,00	40	100
Fator IV	12	30,00	26	65,00	2	5,00	40	100
Fator V	19	47,50	17	42,50	4	10,00	40	100

5.4 Avaliação geral da ESF por mesorregião

A Análise de Variância (ANOVA) foi realizada para verificar se havia diferenças entre a avaliação dos 812 profissionais da ESF segundo as quatro mesorregiões paraibanas em que trabalhavam (Zona da Mata, Agreste, Borborema e Sertão Paraibano). Os resultados da ANOVA para a amostra total apontou diferenças significativas na avaliação da ESF segundo as quatro mesorregiões do sertão da Paraíba em todos os fatores, como pode ser visto na Tabela 24.

Tabela 24. ANOVA da avaliação dos profissionais segundo mesorregiões paraibanas

Fatores		Soma dos Quadrados	Gl	Quadrados Médios	F	p
Fator 1	Entre os grupos	35945,263	3	11981,754	14,841	0,000
	Dentro dos grupos	652320,857	808	807,328		
	Total	688266,120	811			
Fator 2	Entre os grupos	6814,826	3	2271,609	3,193	0,023
	Dentro dos grupos	574839,611	808	711,435		
	Total	581654,437	811			
Fator 3	Entre os grupos	9261,992	3	3087,331	3,821	0,010
	Dentro dos grupos	652904,347	808	808,050		
	Total	662166,338	811			
Fator 4	Entre os grupos	18584,980	3	6194,993	10,258	0,000
	Dentro dos grupos	487946,907	808	603,895		
	Total	506531,887	811			
Fator 5	Entre os grupos	31385,770	3	10461,923	10,356	0,000
	Dentro dos grupos	816282,895	808	1010,251		
	Total	847668,666	811			

As diferenças significativas foram descritas na Tabela 25 por meio da média e do desvio padrão de cada mesorregião pesquisada para mostrar como os profissionais que trabalhavam nestes municípios avaliavam cada dimensão analisada da ESF.

Tabela 25. Estatísticas descritivas da avaliação da EqSF por mesorregiões

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
Fator 1	Zona da Mata	257	40,003	28,444
	Agreste	184	39,508	28,915
	Borborema	182	45,213	30,604
	Sertão	189	26,491	25,543
	Total	812	37,913	29,132
Fator 2	Zona da Mata	257	64,256	25,881
	Agreste	184	66,585	26,313
	Borborema	182	70,029	26,280
	Sertão	189	61,887	28,401
	Total	812	65,526	26,780
Fator 3	Zona da Mata	257	50,438	29,603
	Agreste	184	51,132	27,431
	Borborema	182	55,883	29,119
	Sertão	189	45,917	27,033
	Total	812	50,763	28,574
Fator 4	Zona da Mata	257	49,593	24,594
	Agreste	184	50,209	25,195
	Borborema	182	39,230	24,344
	Sertão	189	41,486	24,152
	Total	812	45,523	24,991
Fator 5	Zona da Mata	257	64,314	29,776
	Agreste	184	53,126	30,669
	Borborema	182	50,459	34,470
	Sertão	189	49,969	32,786
	Total	812	55,334	32,329

Nota-se que os profissionais que trabalham nos municípios da mesorregião Borborema avaliam mais positivamente as condições de trabalho (fator I), o sistema de referência e contrarreferência (fator II) e a acessibilidade ao atendimento na ESF (fator III) do

que os profissionais da EqSF das demais mesorregiões, enquanto os profissionais que trabalham nas cidades do Sertão paraibano avaliam mais negativamente estes fatores. No que se refere à compreensão da ESF (fator IV) a EqSF dos municípios do Agreste seguidos de perto da Zona da Mata avaliam mais positivamente esta dimensão, em oposição aos profissionais das cidades da Borborema. A dimensão capacitação profissional (fator V) apresentam maiores médias entre os profissionais dos municípios da Zona da Mata enquanto os profissionais das cidades do Sertão e da Borborema possuem as menores médias em capacitação nesta estratégia. Note que o sertão avaliou quatro, dos cinco fatores de modo mais negativo.

Confira na Tabela 26 que o teste *Post Hoc* de *Scheffe* identificou entre quais grupos havia diferenças estatísticas significativas, pois comparou a avaliação de todas as mesorregiões paraibanas e forneceu a diferença das médias entre cada par.

Tabela 26. *Post Hoc* de *Sheffe* das mesorregiões pelos cinco fatores

Fatores	Mesorregião (I)	Mesorregião (J)	Diferença de médias (I-J)	Margem de Erro	P	Intervalo de Confiança de 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Fator 1	Sertão	Zona da Mata	-13,511*	2,722	0,000	-21,138	-5,884
		Agreste	-13,017*	2,942	0,000	-21,260	-4,773
		Borborema	-18,721*	2,951	0,000	-26,988	-10,455
Fator 2	Sertão	Borborema	-8,143*	2,770	0,035	-15,903	-0,383
Fator 3	Sertão	Borborema	-9,966*	2,952	0,010	-18,236	-1,696
Fator 4	Borborema	Zona da Mata	-10,362*	2,380	0,000	-17,032	-3,693
		Agreste	-10,978*	2,569	0,000	-18,175	-3,782
		Sertão	-8,107*	2,355	0,008	-14,703	-1,510
Fator 5	Zona da Mata	Agreste	-8,723*	2,545	0,009	-15,853	-1,593
		Borborema	11,187*	3,069	0,004	2,588	19,786
		Sertão	13,855*	3,079	0,000	5,229	22,481
			14,344*	3,045	0,000	5,812	22,876

* A diferença de média é significativa para $p \leq 0,05$.

Os profissionais da mesorregião Sertão apresentaram diferenças de avaliação das condições de trabalho na ESF (fator I) quando comparados aos profissionais das demais mesorregiões (Zona da Mata, Agreste e Borborema).

Também foram encontradas diferenças nas avaliações do sistema de referência e contrarreferência (fator II) e da acessibilidade ao atendimento na ESF (fator III) entre Sertão e Borborema. No tocante à compreensão da ESF (fator IV), os profissionais da Borborema e do Sertão mostraram diferenças nas avaliações se comparados aos profissionais da Zona da Mata e do Agreste. Por fim, a avaliação da capacitação profissional (fator V) dos trabalhadores de municípios da Zona da Mata se diferenciou da avaliação dos profissionais das demais mesorregiões (Agreste, Borborema e Sertão).

5.5 Avaliação geral da ESF por categoria profissional e nível de escolaridade

A Tabela 27 aponta diferenças significativas na ANOVA em todos os fatores.

Tabela 27. ANOVA da avaliação dos fatores segundo categorias profissionais

Fatores		Soma dos Quadrados	Gl	Quadrados Médios	F	P
Fator 1	Entre os grupos	25971,573	5	5194,315	6,279	0,000
	Dentro dos grupos	641916,445	776	827,212		
	Total	667888,018	781			
Fator 2	Entre os grupos	16845,597	5	3369,119	4,788	0,000
	Dentro dos grupos	546053,457	776	703,677		
	Total	562899,053	781			
Fator 3	Entre os grupos	27698,590	5	5539,718	6,937	0,000
	Dentro dos grupos	619667,965	776	798,541		
	Total	647366,555	781			
Fator 4	Entre os grupos	35675,553	5	7135,111	12,117	0,000
	Dentro dos grupos	456962,522	776	588,869		
	Total	492638,075	781			
Fator 5	Entre os grupos	73785,215	5	14757,043	15,512	0,000
	Dentro dos grupos	738219,080	776	951,313		
	Total	812004,295	781			

A Tabela 28 mostra como cada profissão avalia as dimensões analisadas da ESF.

Tabela 28. Estatísticas descritivas da avaliação por categoria profissional

	Categorias profissionais	N	Média	Desvio padrão
FATOR 1	Médico	53	48,198	35,832
	Dentista	68	39,234	30,536
	Enfermeiro	121	33,978	30,230
	ACS	339	42,298	28,091
	ACD ou téc. em hig. bucal	72	29,931	26,413
	Auxiliar ou téc. enfermagem	129	30,400	26,034
	Total	782	38,043	29,243
FATOR 2	Médico	53	73,409	28,240
	Dentista	68	64,459	28,376
	Enfermeiro	121	66,112	30,767
	ACS	339	68,963	22,937
	ACD ou téc. em hig. bucal	72	57,377	30,495
	Auxiliar ou téc. enfermagem	129	59,485	26,981
	Total	782	65,801	26,846
FATOR 3	Médico	53	46,925	31,652
	Dentista	68	48,555	29,544
	Enfermeiro	121	39,511	27,874
	ACS	339	56,379	26,901
	ACD ou téc. em hig. bucal	72	52,406	29,695
	Auxiliar ou téc. enfermagem	129	49,028	29,131
	Total	782	50,870	28,790
FATOR 4	Médico	53	32,922	25,926
	Dentista	68	30,675	25,070
	Enfermeiro	121	44,301	24,488
	ACS	339	51,075	24,210
	ACD ou téc. em hig. bucal	72	40,572	26,602
	Auxiliar ou téc. enfermagem	129	45,376	21,572
	Total	782	45,116	25,115
FATOR 5	Médico	53	49,651	30,837
	Dentista	68	34,714	30,672
	Enfermeiro	121	44,770	31,677
	ACS	339	63,507	29,813
	ACD ou téc. em hig. bucal	72	47,383	34,352
	Auxiliar ou téc. enfermagem	129	59,751	30,760
	Total	782	55,061	32,244

Os dados mostram que os médicos avaliam mais positivamente as condições de trabalho (fator I) e o sistema de referência e contrarreferência (fator II) do que os demais

profissionais, enquanto os ACD ou técnicos em higiene bucal e os auxiliares de enfermagem avaliam mais negativamente este fator.

Observa-se ainda que os ACS avaliam melhor a acessibilidade ao atendimento na ESF (fator III), enquanto os enfermeiros representam a categoria profissional que pior avaliam esta dimensão da ESF.

No que se refere à compreensão da ESF (fator IV) e à capacitação profissional (fator V), os ACS demonstraram avaliar mais positivamente estas dimensões, em oposição aos dentistas que possuíram as menores médias de compreensão e de capacitação nesta estratégia.

O teste *Post Hoc* de *Scheffe* buscou identificar entre quais grupos havia diferenças estatísticas significativas, pois comparou a avaliação de todas as categorias profissionais e forneceu a diferença das médias entre cada par (por exemplo, médico e dentista, médico e enfermeiro, médico e ACS, médico e ACD, médico e auxiliar de enfermagem).

Como pode ser conferido na Tabela 29, o teste *Post Hoc* de *Scheffe* apontou diferenças significativas entre os pares de diversas categorias profissionais. Os médicos apresentaram diferenças de avaliação das condições de trabalho na ESF (fator I) quando comparados aos ACD e auxiliares de enfermagem. Os ACS também se diferenciaram de auxiliares de enfermagem na avaliação deste fator. Foram encontradas também diferenças nas avaliações do sistema de referência e contrarreferência (fator II) entre médicos e ACD. Os ACS também mostraram possuir avaliações diferentes de ACD e auxiliares de enfermagem neste fator. Os enfermeiros e os ACS demonstraram avaliar de forma diferente o fator III (acessibilidade ao atendimento na ESF).

Tabela 29. *Post Hoc de Sheffe* das categorias profissionais pelos cinco fatores

Fatores	Profissão (I)	Profissão (J)	Diferença de médias (I-J)	Margem de Erro	p	Intervalo de Confiança de 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Fator 1	Médico	ACD	18,266*	5,205	0,032	0,901	35,631
		Aux.enfermagem	17,797*	4,692	0,014	2,143	33,451
	ACS	Aux.enfermagem	11,897*	2,975	0,007	1,972	21,822
Fator 2	Médico	ACD	16,031*	4,801	0,050	0,016	32,047
	ACS	ACD	11,586*	3,442	0,046	0,103	23,069
		Aux.enfermagem	9,477*	2,744	0,037	0,323	18,631
Fator 3	Enfermeiro	ACS	-16,868*	2,992	0,000	-26,851	-6,885
Fator 4	Médico	ACS	-18,153*	3,584	0,000	-30,110	-6,196
	Dentista	Enfermeiro	-13,626*	3,677	0,018	-25,895	-1,357
		ACS	-20,400*	3,224	0,000	-31,156	-9,643
		Aux.enfermagem	-14,700*	3,636	0,006	-26,831	-2,569
Fator 5	Dentista	ACS	-28,793*	4,098	0,000	-42,464	-15,121
		Aux.enfermagem	-25,037*	4,622	0,000	-40,456	-9,618
	Enfermeiro	ACS	-18,737*	3,266	0,000	-29,633	-7,841
		Aux.enfermagem	-14,981*	3,90341	0,012	-28,003	-1,960
	ACS	ACD	16,124*	4,00236	0,007	2,772	29,475

* A diferença de média é significativa para $p \leq 0,05$.

No tocante à compreensão da ESF (fator IV), os médicos mostraram diferenças nas avaliações se comparados aos ACS. Os dentistas também apresentaram avaliações diferentes dos enfermeiros, ACS e auxiliares de enfermagem neste fator.

Por fim, a avaliação da capacitação profissional (fator V) dos dentistas se diferenciou das categorias profissionais ACS e auxiliares de enfermagem. Os enfermeiros também apresentaram diferenças significativas de avaliações quando comparados aos ACS e auxiliares de enfermagem. Os ACS também se diferenciaram dos ACD na avaliação deste fator.

O teste *t Student* também apontou diferenças significativas nos fatores III, IV e V entre a avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade, tal como pode ser visto na Tabela 30. No fator III a diferença foi de 10 pontos, valor próximo à diferença encontrada no fator IV (aproximadamente 11 pontos). Já no fator V, a diferença foi maior, aproximadamente 18 pontos.

Tabela 30. Test *t* da avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade

Fatores		Teste de Levine		Test <i>t</i> para igualdade de médias						
		F	P	T	Gl	p (2-tailed)	Diferença de Médias	Desvio padrão	Intervalo de Confiança de 95%	
									Mínimo	Máximo
Fator 3	Igualdade variância assumida	1,146	0,285	-4,595	792	0,000	-10,026	2,182	-14,309	-5,743
	Igualdade variância não assumida			-4,501	436,012	0,000	-10,026	2,227	-14,405	-5,648
Fator 4	Igualdade variância assumida	0,251	0,616	-5,713	792	0,000	-10,851	1,899	-14,579	-7,123
	Igualdade variância não assumida			-5,583	433,741	0,000	-10,851	1,943	-14,671	-7,031
Fator 5	Igualdade variância assumida	0,106	0,744	-7,396	792	0,000	-17,831	2,410	-22,563	-13,098
	Igualdade variância não assumida			-5,583	450,609	0,000	-17,831	2,425	-22,598	-13,064

Estas diferenças de avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade sugerem que os profissionais de nível superior avaliam o fator III (acessibilidade ao atendimento da ESF), o fator IV (compreensão da ESF) e o fator V (capacitação profissional) mais negativamente do que os profissionais de nível médio/técnico, como mostra a Tabela 31.

Tabela 31. Estatísticas descritivas da avaliação por nível de escolaridade

Nível de escolaridade dos profissionais de saúde por fator		N	Média	Desvio Padrão
Fator 3	Nível superior	241	43,8575	29,310
	Nível médio/técnico	553	53,8842	27,805
Fator 4	Nível superior	241	37,8273	25,615
	Nível médio/técnico	553	48,6785	24,155
Fator 5	Nível superior	241	42,8807	31,574
	Nível médio/técnico	553	60,7118	31,084

6 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

6.1 Parâmetros psicométricos da Escala de Avaliação da ESF pela EqSF

O instrumento construído para esta tese, a Escala de Avaliação da ESF pela EqSF, possui índices de validade e precisão que estão em acordo com a literatura na área da Psicometria. No entanto, deve-se ressaltar a especificidade desses índices, pois as crenças dos profissionais que trabalham na ESF acessadas por meio dessa escala referem-se a uma região específica do país (municípios rurais de um estado nordestino), com realidades sanitárias diversificadas e bastante singulares do restante do país. Neste sentido, em outras localidades, sugere-se a replicação deste estudo, passo a passo, com o intuito de ajustar o instrumento para que reflita as crenças dos profissionais da região a ser investigada.

Além disso, conforme recomendado por Arretche (2006), a informação produzida por uma avaliação baseada num instrumento construído especificamente para tal finalidade poderia minimizar os vieses de julgamento, bem como facilitar e precisar a interpretação das informações almejadas. Não obstante, deve-se incentivar a realização de avaliações cujo enfoque priorizado seja sua tradução em medidas que possam ser utilizadas para identificar os pontos fortes e fracos do programa sob análise visando sua melhoria, com técnicas de baixo custo (lápiz e papel), aplicabilidade em curto prazo e de fácil implementação, tal como a realizada nesta tese.

6.2 Compreendendo as normas e as análises descritivas dos itens

De modo geral, a padronização e uniformização dos testes se referem, respectivamente, à necessidade de uniformizar os procedimentos de uso e de interpretação de um teste válido e preciso, envolvendo desde as precauções a serem tomadas na aplicação do instrumento até os parâmetros ou critérios para interpretar os resultados obtidos (Anastasi & Urbina, 2000; Pasquali, 1999). Logo, uma medida padronizada implica em uniformidade do

processo de avaliação do teste, pois se existe intenção de comparar os resultados obtidos por diferentes indivíduos, as condições de aplicação devem ser iguais para todos. Além da uniformidade na aplicação dos testes, deve-se atentar também para a normatização do teste que implica em uniformizar os critérios de interpretação dos escores dos testes. Por conseguinte, o processo de normatização realizado nesta tese pretendeu auxiliar na compreensão dos resultados da escala. Após a normatização, pode-se compreender as análises descritivas dos fatores e como procedeu-se a avaliação dos profissionais da EqSF a respeito de cada dimensão.

O fator I, Condições de trabalho na ESF, foi avaliado medianamente pelos profissionais da ESF. Este dado não corrobora a maior parte das pesquisas na área (Trad Bastos, Santana & Nunes, 2002; Oliveira, 2006; Rocha et al, 2008; Rozani & Silva, 2008) que identificaram reclamações dos profissionais da equipe acerca das precárias condições laborais nessa estratégia.

A falta de investimento nas condições de trabalho na ESF é incoerente com o discurso oficial sobre as diretrizes do SUS. Borges, Tamayo e Alves Filho (2005) relatam que a percepção dos profissionais de saúde sobre seu trabalho reflete a contradição no cenário do SUS em que, na teoria, existe “um arrojado conjunto de princípios traçados em sua concepção e uma ideologia de enaltecimento dos propósitos sociais do trabalho, enquanto vivencia uma prática marcada pelo baixo investimento de recursos” (p.180).

Do mesmo modo, Ronzani (2007) faz uma reflexão a respeito do paradoxo entre os princípios e as diretrizes das políticas públicas de saúde que orientam a prestação de serviço, especialmente na atenção básica, e as precárias condições de trabalho e desvalorização dos profissionais que trabalham neste setor se comparado aos trabalhadores dos outros níveis de complexidade.

Todavia, a avaliação mediana das condições de trabalho na ESF apresentada pela EqSF encontrada nesta tese pode possuir dois significados. Por um lado, pode representar

uma real melhoria na infraestrutura física, material e de equipamentos, como sugere Melo (2009), implicando em uma maior conscientização da gestão em suprir as condições necessárias ao atendimento básico da comunidade. Por outro lado, pode ser resultante de crenças deturpadas da própria ESF sobre o sistema de saúde público, ou seja, uma tendência a ver a saúde pública como uma prática destinada à população carente, como se esta não fosse merecedora de uma estrutura melhor, como afirmam Dimenstein e Traverso-Yépez (2005). Neste caso, a excelência não seria necessária, pois para aqueles que não têm acesso algum a serviços de saúde, o mínimo de assistência é vista como suficiente.

A avaliação negativa do fator II, Sistema de referência e contrarreferência, corrobora pesquisas anteriores com profissionais de saúde que trabalham no nordeste brasileiro em João Pessoa, na Paraíba (Melo, 2009; Oliveira, 2006), em municípios do Rio Grande do Norte (Rocha et al, 2008) e da Bahia (Trad et al, 2002), além de outras regiões do país (Ronzani & Silva, 2008). Estas pesquisas confirmam as reflexões de diversos autores (Martins, 2008; Oliveira & Albuquerque, 2008, Senna, 2002; Sousa & Herman, 2009) acerca da dificuldade de integração da ESF aos demais níveis de complexidade do sistema de saúde municipal.

Não basta apenas estruturar uma atenção básica de qualidade, pois os níveis de atenção à saúde são integrados, sugerindo uma relação de interdependência entre encaminhamentos de um nível de atendimento menor para um maior. O trabalho na ESF depende não só dos encaminhamentos para os médicos especialistas, mas também dos retornos dos pacientes destes médicos para acompanhamento mais eficiente da situação de saúde da comunidade. Desta forma, a avaliação negativa deste fator demonstra a fragilidade dos sistemas de referência e contrarreferência, constituindo-se como problemática da integração da ESF com o restante do sistema de saúde municipal.

O fator III, Acessibilidade ao atendimento na ESF, foi avaliada medianamente pela EqSF; no entanto, esta dimensão foi avaliada negativamente em outras pesquisas e

constitui-se em um fator de descontentamento entre os profissionais da equipe dessa estratégia (Melo, 2009, Oliveira & Albuquerque, 2008; Oliveira, 2006; Ronzani & Silva, 2008).

A presença de uma equipe mínima não é suficiente para atender à demanda da população assistida pela EqSF e como geralmente este programa está implementado em áreas periféricas, onde as famílias ficam à margem dos serviços de saúde, a demanda espontânea tende a ser alta. Esta precariedade de serviços de atenção básica faz com que as pessoas utilizem a ESF como um posto de saúde, já que ele constitui a única referência de atenção à saúde que a população possui na comunidade. Logo, em virtude de realizarem atividades preventivas, além dos atendimentos clínicos, a equipe não consegue assistir a grande quantidade de atendimentos requeridos pela população.

Uma das consequências da falta de acesso aos serviços da rede de atenção primária reflete-se no agendamento das consultas na medida em que obriga os usuários a acordarem de madrugada para marcar um atendimento com os profissionais da ESF. A manutenção das filas em horários desumanos para a garantia de acesso ao atendimento já vem sendo relatada desde a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD (Brasil, 2000) e alertado mais recentemente por Schimith e Lima (2004). Resultados semelhantes foram encontrados no Rio Grande do Norte na cidade de Natal por Dimenstein e Santos (2005) que avaliaram a satisfação das usuárias do serviço de atenção básica em Natal e em diversos municípios do Estado em pesquisa mais recente (Rocha et al, 2008). Ao avaliar a satisfação dos usuários do PSF em João Pessoa, na Paraíba, Oliveira (2006) também encontrou resultados semelhantes.

Não obstante, uma avaliação mediana da acessibilidade ao atendimento da ESF (fator III) pode sugerir uma melhoria neste cenário, ou refletir a mesma tendência citada no fator anterior de que o mínimo de assistência para quem não tinha nada já é suficiente.

A análise descritiva do fator IV mostrou que a Compreensão da ESF foi avaliada medianamente pela EqSF. A estratégia de trabalho dessa estratégia requer um comportamento

diferenciado tanto de seus usuários, quanto de seus prestadores de serviço. Para os beneficiários do programa exige-se pró-atividade e autocuidado, o que implica em busca ativa da USF, mesmo não estando doente. Este novo perfil sugere que os cidadãos participem das atividades promocionais de saúde desenvolvidas na ESF, abandonando a concepção de procurar apenas o atendimento médico curativo, quando a doença já está instalada. No que se refere à equipe de saúde, os profissionais devem priorizar atividades ligadas à educação e prevenção à saúde, bem como estabelecimento de vínculo com a comunidade de quem se responsabiliza (Brasil, 2004).

Todavia, as pesquisas têm demonstrado que não houve compreensão da ESF por parte dos usuários (Oliveira, 2006; Ronzani & Silva, 2008; Trad, Bastos, Nunes & Santana, 2002), e que a lógica deles se diferencia da dos profissionais de saúde dessa estratégia. A compreensão moderada apresentada nesta tese por parte da Equipe de Saúde da Família pode ser explicada, em parte, pela falta de perfil de saúde pública dos profissionais contratados para atuar no programa, frequentemente recém-formados em busca de experiência e dinheiro ou profissionais em fim de carreira, próximos a se aposentar ou já aposentados, tal como aponta Ronzani (2007); ou ainda pela falta de capacitação dos profissionais no momento de entrada no programa, que por não receber treinamento acerca dos ideais e dos pressupostos básicos do programa, acabam por ter capacidade técnica mais limitada ou inabilidade interpessoal para lidar com saúde pública (Oliveira, 2006).

Por fim, a avaliação mediana da Capacitação profissional, quinto e último fator, apresentada pela EqSF nesta tese, está intimamente ligada à mediana compreensão da ESF apontada na análise anterior. A compreensão dos ideais e da forma de trabalho desta estratégia é facilitada pelas capacitações e treinamentos que devem ser fornecidos pelos gestores aos profissionais no início de suas atividades laborais nessa estratégia. Deve-se, portanto, capacitar os profissionais de saúde assim que entram na ESF para que eles possam trabalhar segundo as premissas ideológicas elaboradas para esta estratégia e investir na informação à

comunidade sobre os objetivos da ESF, possibilitando uma melhor organização das atividades disponibilizadas por este serviço de saúde.

Não obstante, uma avaliação moderada pode sugerir que os gestores municipais de saúde estão investindo paulatinamente em capacitações das equipes da ESF em busca de melhorar o atendimento da comunidade. Esse tipo de acontecimento, no qual as capacitações e os cursos introdutórios foram oferecidos após longo tempo de prática profissional na ESF, foi relatado por Oliveira (2006) e Ronzani e Silva (2008).

Pode-se afirmar que, após a análise geral dos dados, os profissionais de saúde da família dos municípios pesquisados avaliam negativamente apenas o sistema de referência e contrarreferência (fator II). Estes resultados apontam para a necessidade urgente de investir nos sistemas de referência e contrarreferência destas cidades tornando-os eficazes e condizentes com as necessidades dos usuários de encaminhamento para níveis mais complexos de atendimento. Os dados ainda apontam para uma avaliação mediana das condições de trabalho, da acessibilidade ao atendimento, da compreensão da ESF e das capacitações profissionais da equipe de saúde desta estratégia. Isto sugere que não se deve descuidar destes fatores, mas investir em melhorias que possam otimizar ainda mais estes aspectos aumentando, desta forma, a satisfação dos profissionais com seu trabalho, o que pode refletir na melhoria do atendimento à comunidade.

Diante do exposto, para que a rede básica de saúde possa ser mais resolutiva, sugere-se, por um lado, a implementação de novas EqSF nos municípios com condições estruturais e organizacionais de atendimento à população. Isto significa, primeiramente, que deve haver uma diminuição do número de pessoas e/ou famílias sob a responsabilidade de cada equipe para garantir um atendimento de melhor qualidade. Recomenda-se, ainda, a integração dos serviços de atenção primária aos serviços de atenção especializada, de preferência que eles estejam implantados nas mesmas localidades (bairro, distrito sanitário) servindo como referência para atendimentos de natureza curativa para garantir tanto a

continuidade do atendimento da população como maior eficiência. Desta forma, a ESF poderá trabalhar como posto de apoio e se constituir, tal como preconizado, uma estratégia de prevenção e promoção da saúde.

Por outro lado, e não menos importante, os gestores municipais de saúde devem estar atentos ao perfil dos profissionais que eles querem contratar para trabalharem nesta estratégia de saúde. Muitos autores abordam a ESF como um lugar de transitoriedade para os profissionais de saúde, principalmente para os médicos (Ronzani, 2004; Oliveira, 2006) que, muitas vezes, por não se identificarem com o trabalho em saúde coletiva, comprometem a prestação de serviço à comunidade. Além disso, por terem o perfil profissional não adequado para lidar com problemas sanitários de natureza socioeconômica e, por consequência, não estarem preocupados em desenvolver habilidades de autocuidado e responsabilização por suas doenças na comunidade mediante estratégias de educação em saúde, irão necessitar de capacitação para trabalhar com a demanda. Logo, se os profissionais não têm intenção de continuar na ESF, o governo estará consumindo recursos financeiros e tempo de forma insensata destinando treinamentos mais frequentes a profissionais com elevado índice de rotatividade.

6.3 Compreendendo a avaliação geral da ESF por mesorregião

A partir dos tercis, foi criado um ranking das avaliações por municípios aglomerados em suas respectivas mesorregiões. Esta avaliação da ESF feita pelos profissionais das EqSF dos municípios pesquisados mostrou que a capacitação profissional (fator V), seguido da compreensão da ESF (fator IV), apresentaram avaliações mais negativas que os outros fatores.

A capacitação profissional foi avaliada negativamente por 60% dos municípios situados nas mesorregiões da Borborema e do Sertão paraibano, por 50% das cidades do Agreste e 20% da Zona da Mata. Estes dados mostram que há uma deficiência de capacitação

profissional nestas regiões muito superior a das cidades próximas à capital, o que sugere certo descaso dos gestores municipais de saúde com a educação continuada e a preparação dos trabalhadores da ESF à medida que esta estratégia vai se interiorizando no Estado.

A compreensão da ESF, segundo fator avaliado de modo mais negativo pelos profissionais de saúde, e que está intimamente ligado às capacitações, apresentou avaliação negativa por 50% dos municípios situados na mesorregião Borborema, 30% das cidades sertanejas e 20% do Agreste e Zona da Mata, o que confirma a mesma tendência da análise anterior. Ou seja, a compreensão da ESF é mais deficitária nos municípios mais distantes dos centros urbanos (Borborema e Sertão, respectivamente).

Por outro lado, a acessibilidade ao atendimento, as condições de trabalho e o sistema de referência e contrarreferência (fatores III, I e II, respectivamente) possuem avaliações mais positivas, segundo uma análise global. A acessibilidade ao atendimento foi avaliado de modo positivo por 30% dos profissionais da EqSF dos municípios da Zona da Mata, Agreste e Borborema. No entanto, não se pode desprezar o fato deste fator ter sido avaliado de modo negativo por 50% dos profissionais que atuam na ESF dos municípios sertanejos.

As condições de trabalho também receberam avaliação positiva de 40% dos profissionais da EqSF dos municípios da Zona da Mata, 20% das cidades do Agreste e 30% da Borborema. Todavia, os profissionais da ESF dos municípios sertanejos continuaram avaliando este fator de modo mais negativo em 30% das cidades. Por fim, o sistema de referência e contrarreferência foi avaliado de modo positivo por 20% dos municípios do Agreste e da Borborema e por 10% da Zona da Mata. No Sertão, o percentual de avaliação do sistema de referência e contrarreferência ficou dicotomizado: 30% dos profissionais avaliaram de modo negativo e 30% avaliaram positivamente esta dimensão.

Pode-se constatar que, de modo geral, a avaliação da EqSF que trabalha nas cidades situadas no Sertão paraibano apresenta os maiores indicadores de insatisfação,

apresentando mais avaliações negativas dos fatores da ESF sob análise do que as demais mesorregiões. Este dado corrobora a premissa anterior de que quanto mais longe da capital, pior será a prestação de serviços de saúde à comunidade. Não obstante, pode-se constatar que os maiores índices de avaliação foram dos profissionais das EqSF que trabalham nas mesorregiões da Zona da Mata e Agreste paraibano. É relevante lembrar que as duas principais metrópoles urbanas da Paraíba, João Pessoa e Campina Grande, estão respectivamente situadas nestas mesorregiões.

Estes dados podem ser explicados pela política de financiamento da melhoria da infraestrutura dos serviços, da capacitação dos recursos humanos e da avaliação do PSF, realizada pelo Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), como um requisito obrigatório em municípios acima de 100 mil habitantes (Brasil, 2006; Cavalcante, Samico, Frias & Vidal, 2006; Facchini et al, 2006). Isto é, como não há financiamento para capacitação profissional nos municípios de menor porte – leia-se municípios mais distantes das metrópoles urbanas (no caso desta tese Sertão e Borborema), os gestores destes municípios concentram seus recursos para outras fontes.

Ressalte-se que os recursos transferidos pela esfera federal do Governo à ESF são insuficientes para manter as EqSF em funcionamento, fazendo com que as cidades rurais e interioranas utilizem recursos próprios adicionais para financiar os requisitos mínimos para a otimização das ações no âmbito da saúde coletiva (Sousa & Hamann, 2009). Isto implica em melhoria da parte estrutural da ESF (condições de trabalho e acessibilidade ao atendimento na ESF – fatores I e III, respectivamente), mas tem como consequência uma deficiência em educação permanente (capacitação profissional – fator V) e, por conseguinte, menor compreensão da ESF (fator IV) pelos profissionais e população.

O sistema de referência e contrarreferência também é influenciado pelas desigualdades no financiamento do SUS observados entre os níveis de complexidade do SUS – básica, média e alta (Bosdtein et al, 2009). Os dados indicam que, nas localidades mais

distantes dos centros urbanos, há maior dificuldade de integração do sistema de saúde municipal, refletindo que o referenciamento aos demais níveis de complexidade de atendimento (sistema de referência e contrarreferência – fator II) possuiu as menores taxas de avaliação positivas. Pode-se concluir que, tal como afirmam Teixeira (2003) e Bodstein e colaboradores (2009), a ESF nos pequenos municípios constitui-se mais como uma estrutura de organização e estruturação da assistência à saúde mediante a situação anterior de falta de assistência básica à saúde nestes territórios.

Em consonância com a análise descritiva por mesorregião proporcionada pelos tercis, a ANOVA por mesorregião também apresentou dados neste direcionamento e as estatísticas descritivas apontaram que o Sertão apresentou médias avaliativas menores em quase todos os fatores (I, II, III e V). Por fim, o *Post Hoc* de *Sheffe* das mesorregiões pelos cinco fatores demonstrou que as maiores diferenças de médias entre as regiões se davam entre o sertão e as demais mesorregiões (Zona da Mata, Agreste e Borborema). O conjunto destes resultados converge para a confirmação da sexta hipótese desta tese.

6.4 Avaliação geral da ESF por categoria profissional e nível de escolaridade

A ANOVA por categoria profissional demonstrou que os profissionais da EqSF avaliam as dimensões da ESF de modo diferenciado. O teste *Post Hoc* de *Scheffe* confirmou algumas das diferenças apresentadas pelas estatísticas descritivas, apontando mais especificamente quais categorias profissionais se diferenciaram entre si segundo a avaliação por fator da ESF.

É relevante constatar, no entanto, que as crenças apresentadas pelos profissionais da ESF são influenciadas, em grande parte, por suas experiências nesta estratégia, influenciando os julgamentos (avaliações) finais destes trabalhadores sobre a ESF. Esta ideia já havia sido abordada por diversos autores (Bem, 1973; Krügher, 2004; Nisbett & Ross 1980;

Ronzani, 2004), formando em sua maioria crenças difíceis de serem mudadas, tais como as crenças Tipo A e B da tipologia de Rockeach (1981).

As análises descritivas possibilitadas pela ANOVA e confirmadas pelo *Post Hoc* de *Scheffe* demonstraram as condições de trabalho na ESF (fator I) e o sistema de referência e contrarreferência (fator II) foram avaliados mais positivamente pelos médicos e mais negativamente pelos ACD ou técnicos em higiene bucal.

A avaliação positiva destes fatores pelos médicos pode estar ligada ao fato de estes constituírem a categoria profissional com maior rotatividade na ESF devido à pequena identificação com o trabalho em promoção de saúde, evidenciando uma dificuldade em lidar com aspectos sócio culturais e do estabelecimento de vínculos com a dinâmica familiar da comunidade (Rocha & Trad, 2005; Ronzani, 2004). Em sua pesquisa, este autor encontrou que, muitas vezes, os médicos se inserem na ESF devido à oportunidade de trabalho diante da dificuldade de inserção profissional em outras áreas de atuação, sendo a ESF para eles “um lugar de passagem”, enquanto não adentram a uma residência ou não encontram “nada melhor” (Ronzani, 2004, p.193).

A apreciação deste caso segundo a perspectiva rockeachiana encaixa-se nas crenças Tipo B, pois apesar do encontro direto (experiência) com a ESF, não há consenso social para sua manutenção (0% de consenso). Esta falta de consenso pode advir da não identificação com a ESF, consequência da formação do profissional de saúde calcada no modelo flexneriano (biomédico), tal como alerta Ronzani (2007).

As crenças apresentadas pelos médicos levam a crer também na existência de crenças inconsequentes (tipo E), pois elas estão relacionadas a gostos e preferências destes profissionais, fazendo com que a inadequação das condições de trabalho e a ineficiência do sistema de referência e contrarreferência não sejam levadas em consideração por esta categoria. Este fato pode apontar para o pouco compromisso destes profissionais com os ideais dessa estratégia e, por conseguinte, ao pensamento citado anteriormente por Dimenstein

e Travessos (2006) de que qualquer tipo de prestação de atendimento para a população pobre já é suficiente.

No tocante à avaliação negativa do ACD nos fatores I e II, observa-se uma semelhança aos dados encontrados pelo estudo de Oliveira (2006), realizado em João Pessoa, Paraíba, no qual os profissionais que constituem a Equipe de Saúde Bucal (ESB), ACD e dentista, citaram dificuldades enfrentadas para a prestação de atendimento básico, bem como os problemas de referenciamento para os Serviços de Especialidades Odontológicas (SEO). Os ACD, como auxiliares dos dentistas, percebem que esta é a área da ESF mais afetada pela falta de condições estruturais e materiais de trabalho.

Em outro estudo realizado por Melo (2009), também em João Pessoa, a autora afirma que os dentistas são os profissionais que apresentaram avaliação mais negativa das condições de trabalho no tocante à infraestrutura física e aos recursos materiais (componentes do fator I nesta tese), o que implica que a ESB enfrenta dificuldades de condições de trabalho. Ressalta-se que nesta tese os dentistas ficaram na terceira posição como categoria profissional que pior avaliou ambas dimensões da ESF.

Diante do exposto, pode-se classificar as crenças dos ACD como crenças do Tipo A, segundo a classificação de Rockeach (1981), pois são aprendidas no encontro direto (experiência) com o objeto da crença e constituem-se como crenças mais centrais, fazendo com que este profissional da EqSF perceba a inadequação das condições de trabalho e as consequências que a falta de infraestrutura traz para a saúde da comunidade, tais como limitação de atendimentos, e avaliem a ESF de modo mais negativo que os demais profissionais.

O *Post Hoc* de *Scheffe* também apresentou diferenças na avaliação do fator I (condições de trabalho na ESF) entre as categorias profissionais ACS e auxiliares de enfermagem. No fator II (sistema de referência e contra referência) diferenças de avaliação foram encontradas entre as categorias ACS e ACD, e ACS e auxiliares de enfermagem.

Como as diferenças surgidas entre estes profissionais apontam na direção de que o ACS avalia mais positivamente que os auxiliares de enfermagem e do que o ACD, pode-se sugerir que o fato destes profissionais (auxiliares de enfermagem e ACD) possuírem nível técnico e, pelo menos em tese, um maior conhecimento na área da saúde, tendo feito cursos que abordam em suas disciplinas a perspectiva da saúde preventiva e das políticas públicas que norteiam estas ações, conseqüentemente, eles irão possuir uma avaliação mais crítica da prestação de serviços à comunidade. Por outro lado, o conhecimento adquirido no nível médio de educação que é exigido para ser ACS não garante a este profissional conhecimentos mais específicos acerca da saúde pública no Brasil, sendo estes adquiridos na sua prática profissional e nos cursos realizados muitas vezes após extenso período de atuação na ESF influenciando suas crenças avaliativas.

Pode-se constatar, desta forma, que as crenças de ambos os profissionais, tanto o ACS quanto os ACD e os auxiliares de enfermagem, também são do Tipo A, pois são originadas a partir de suas experiências com a ESF. Todavia, a variável educação/ formação, já citados por Ronzani (2007) e Kudiess (2005) como uma das origens das crenças dos profissionais de saúde, influenciou as crenças de modo mais positivo do ACS, fazendo com que ele creia na eficácia do trabalho da ESF tanto a partir dos resultados de sua atuação na localidade em que a estratégia foi implementada como pela observação dos relatos de melhoria da saúde dos pacientes daquela comunidade, enquanto o ACD e os auxiliares de enfermagem sejam mais rigorosos em suas avaliações.

As análises descritivas possibilitadas pela ANOVA e confirmadas pelo *Post Hoc* de *Scheffe* mostrou também que a acessibilidade ao atendimento na ESF (fator III) foi mais bem avaliada pelos ACS e pior avaliada pelos enfermeiros.

Os ACS, profissionais que fazem o trabalho de territorialização, agendamento e marcação de consulta com a comunidade visitando os domicílios, percebem este tipo de atividade como facilitadora do acesso da comunidade às ações de saúde promovidas pela

estratégia (Ferraz & Aerts, 2005). No entanto, pelo fato de estarem responsáveis pela coordenação da ESF e ocuparem cargos administrativos que lhes exige o cumprimento de atividades técnico-burocráticas (Oliveira, 2006), tais como as pactuações do município com o Estado, os enfermeiros não avaliam a acessibilidade de modo positivo.

O que se percebe aqui são pontos de vista diferenciados em relação à acessibilidade: por um lado observa-se esta dimensão pela via da prática cotidiana atual se comparada ao antigo modelo de atendimento (crenças dos ACS); por outro, as exigências político-administrativas em função das pactuações realizadas na esfera municipal, a qual exige produtividade (crenças dos enfermeiros). E apesar de ambos os profissionais possuírem crenças do tipo A, baseadas na experiência direta com a ESF, a variável educação/ formação (Ronzani, 2007; Kudiess, 2005) foi novamente o critério diferenciador das avaliações destes profissionais de saúde.

Percebe-se que a diferença entre a avaliação destes profissionais perpassa a relação anterior de nível médio (ACS) e técnico (ACD e auxiliares de enfermagem) e constitui-se em diferenças de avaliações entre nível médio (ACS) e superior (enfermeiro). Assim, enquanto o ACS avalia mais positivamente a acessibilidade ao atendimento na ESF (fator III) baseada em sua experiência e/ou em conhecimentos adquiridos em cursos de capacitação promovidos após sua inserção no trabalho, os enfermeiros possuem uma avaliação mais rigorosa desta dimensão, pois sua formação acadêmica é voltada prioritariamente para a promoção da saúde e seus conhecimentos adquiridos na faculdade abordam especificamente os ideais do SUS que norteiam a prestação de serviço na ESF (Nascimento & Nascimento, 2005).

A compreensão da ESF (fator IV) e a capacitação profissional (fator V) foram avaliadas de modo mais positivo pelos ACS e de modo mais negativo pelos dentistas. Estas diferenças foram encontradas nas análises descritivas da ANOVA e confirmadas pelo *Post*

Hoc de Scheffe. A pesquisa de Melo (2009) encontrou resultados semelhantes para o fator V (capacitação profissional).

Como citado anteriormente, a compreensão da ESF está intimamente ligada aos conhecimentos adquiridos na formação profissional acadêmica dos cursos de saúde (no caso dos profissionais de nível superior) e na educação permanente que inclui as capacitações profissionais realizadas, seja em nível de especialização ou de treinamentos oferecidos pela gestão desta estratégia. O trabalho desenvolvido pelos polos de capacitação da ESF vem buscando prestar melhor assistência à população mediante o investimento nos recursos humanos prestadores de serviços de saúde. Assim, do ponto de vista da prestação de capacitação, deveria existir uma quantidade suficiente de treinamentos para habilitar os profissionais de todas as categorias que compõem a ESF.

Todavia, além da variável educação/formação e do nível de escolaridade já citada na diferença entre ACS e enfermeiro, outros fatores podem estar por trás das avaliações diferenciadas destas categorias (ACS e dentista). Por um lado, o trabalho na ESF tem sido visto pela população geral, principalmente os residentes das localidades em que a ESF tem sido implementada, como um novo campo para sua atuação profissional (Ferraz & Aerts, 2005), causando interesse e motivação para a participação nestas atividades. Junte-se a isto a determinação legal que cria a categoria profissional Agente Comunitário de Saúde, exigindo uma preocupação com a compreensão da ESF e participação de cursos que abordam esta temática, anterior à entrada nesta estratégia já que sua atuação está sendo efetivada mediante concurso público municipal. Além disso, após a efetiva aprovação, têm sido realizados cursos de capacitação tanto para aprofundar os conhecimentos dos novos ACS sobre os ideais que preconizam esta estratégia, como para orientar suas práticas.

Por outro lado, assim como os médicos, os dentistas possuem dificuldades para articular sua atuação com as propostas de trabalho preventivo e promocional (Araújo & Deminstein, 2006), e têm seguido a mesma tendência de especialização e trabalhos clínicos

dos médicos – como citado anteriormente. Esta falta de identificação com a ESF é muito bem descrita por Araújo e Deminstein (2006) em um estudo sobre o perfil de atuação de cirurgiões-dentistas inseridos na Estratégia de Saúde da Família de municípios do Rio Grande do Norte. As autoras constataram que a atuação destes profissionais é efetivamente curativista, realizando um trabalho baseado, predominantemente, na realização de atividades de dentística básica, periodontia básica, cirurgia simples e atividades preventivas e educativas, embora realizadas de maneira tradicional (palestras e aplicação de flúor).

O *Post Hoc* de *Scheffe* também apresentou diferenças no fator IV (compreensão da ESF) entre os médicos e os ACS, entre os dentistas e os enfermeiros, e entre os ACS e os auxiliares de enfermagem. No que se refere à capacitação profissional (fator V) o *Post Hoc* de *Scheffe* também apontou diferenças entre as categorias profissionais dentistas e auxiliares de enfermagem. Os enfermeiros apresentaram avaliações diferentes dos ACS e dos auxiliares de enfermagem, e os ACS se diferenciaram dos ACD nesta dimensão. A maior parte das diferenças apresentadas acima já foi discutida anteriormente e podem ser reflexo do nível de escolaridade dos profissionais, excetuando-se a diferença de avaliação na compreensão da ESF (fator IV) entre dentistas e enfermeiros que parece ser reflexo tanto da entrada posterior do dentista nessa estratégia, quanto das dificuldades de mudança de perfil de atuação profissional.

Por fim, o teste *t Student* demonstrou que os profissionais com nível de escolaridade superior avaliam a acessibilidade ao atendimento (fator III), a compreensão da ESF (fator IV) e a capacitação profissional (fator V) de modo mais negativo do que os profissionais de nível médio/técnico. A pesquisa de Melo (2009) também encontrou diferenças na avaliação da capacitação profissional (fator V) segundo o nível de escolaridade dos profissionais, apresentando escores mais baixos (avaliação negativa) pelos profissionais de nível superior.

As diferenças apresentadas nas análises anteriores já sugeriam que o nível de escolaridade é um critério de severidade no julgamento, implicando em um grau mais elevado de exigência tanto no que se refere ao acesso à prestação dos serviços de saúde à comunidade quanto à educação permanente dos trabalhadores desta estratégia. Os resultados do teste *t* de *Student* só confirmaram esta suposição que foi expressa em forma de hipótese no capítulo metodológico desta tese.

A formação acadêmica mínima no âmbito da saúde no Brasil, das diretrizes do Sistema Único de Saúde e dos modelos assistenciais em saúde, das quais dispõem os profissionais de nível superior que trabalham na ESF (médico, dentista e enfermeiro), possibilitam-nos ter maior senso crítico. Mesmo não se identificando com os ideais da saúde pública e coletiva, estes profissionais possuem saberes teórico-metodológicos acerca das orientações promocionais e preventivistas que têm regido o sistema de saúde brasileiro. Desta forma, conclui-se que sua bagagem acadêmica promove uma diferenciação nos seus sistemas de crenças se comparado aos profissionais de nível médio-técnico que só entrarão em contato com estes conteúdos em cursos de formação técnica de modo mais superficial (no caso dos ACD e auxiliares de enfermagem), nas capacitações após a entrada na ESF ou ao estudar para adentrar nessa estratégia por meio de concurso (especialmente no caso dos ACS).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A parte teórica desta tese teve, em um primeiro momento (primeiro capítulo) o intuito de comprar a saúde brasileira com outros países, por meio da análise de indicadores de saúde, bem como abordar criticamente a implantação da Estratégia Saúde da Família no Brasil e na Paraíba. Apesar dos esforços realizados para uma melhor caracterização deste tema, é importante ressaltar o problema da inadequação dos indicadores, bem como da subnotificação e da supernotificação dos dados nos sistemas de informação, especialmente no Brasil, o que pode levar a análises tendenciosas e/ou parciais para a compreensão da realidade que se pretende considerar.

A segunda parte da fundamentação teórica (segundo capítulo) se propôs a apresentar os principais conceitos teórico-metodológicos que embasam a teoria da Avaliação de Programas, relacionando-as aos principais construtos da Psicologia Social, com o intuito de apresentar a proposta desta tese: avaliar a Estratégia Saúde da Família a partir das crenças dos profissionais de saúde que atuam em equipes do ambiente rural paraibano.

De modo geral, a amostra pesquisada mostrou-se suficiente para examinar as diferenças de crenças dos profissionais de saúde no tocante às variáveis sócioprofissionais, permitindo comparações das crenças da EqSF em função das mesorregiões da Paraíba em que atuam, às categorias profissionais a que pertencem e ao nível de escolaridade que possuem.

Retomando os objetivos propostos na pesquisa, pode-se observar que todos eles foram alcançados, como a construção e validação da Escala de Avaliação da ESF pela EqSF. Esta etapa da pesquisa foi concluída possibilitando a consecução do primeiro objetivo da tese, pois o instrumento possuiu índices adequados segundo os parâmetros da Psicometria, excetuando-se o fator III (acessibilidade ao atendimento da ESF) que, apesar do baixo *Alpha de Cronbach*, foi mantido devido a sua importância teórica e aos valores suficientes das cargas fatoriais dos itens que o compõem.

Foi possível avaliar a ESF dos municípios rurais paraibanos a partir dos profissionais de saúde que compõem a equipe de trabalho desta estratégia, segundo objetivo específico. A análise descritiva demonstrou uma avaliação dos trabalhadores da equipe da ESF predominantemente negativa no que se refere ao sistema de referência e contrarreferência e uma avaliação mediana das condições de trabalho, da acessibilidade ao atendimento na ESF, da compreensão da ESF e das capacitações profissionais.

O objetivo específico 3 também foi alcançado, quando se realizou uma avaliação da ESF pela mesorregião em que as EqSF trabalhavam. Observou-se que, de modo geral, os profissionais que atuam em municípios sertanejos da Paraíba avaliaram mais negativamente do que os profissionais da EqSF das demais mesorregiões quatro dos cinco fatores da ESF sob análise.

O quarto e último objetivo específico também foi alcançado. A comparação da avaliação dos profissionais da ESF segundo a categoria profissional mostrou que as profissões avaliam diferentemente as dimensões da ESF. Neste sentido, os médicos possuem uma avaliação mais positiva das condições de trabalho e do sistema de referência e contrarreferência (fator I e II), respectivamente, enquanto os ACD e auxiliares de enfermagem avaliam mais negativamente estes fatores. A acessibilidade ao atendimento da ESF (fator III) possui uma avaliação positiva dos ACS e negativa dos enfermeiros. Por fim, a compreensão da ESF (fator IV) e à capacitação profissional (fator V) foram avaliadas mais positivamente pelos ACS e mais negativamente pelos dentistas.

O nível de escolaridade desses trabalhadores revelou-se como variável determinante nas avaliações da ESF. Foram encontradas diferenças de avaliações entre os profissionais, sendo que os trabalhadores com nível de escolaridade médio/técnico avaliaram a acessibilidade ao atendimento (fator III), a compreensão da ESF (fator IV) e a capacitação profissional (fator V) de modo mais positivo do que os profissionais de nível superior.

No tocante as cinco hipóteses da tese sobre os fatores da ESF, apenas a hipótese 2 acerca da avaliação negativa do sistema de referência e contrarreferência pela EqSF foi confirmada. As hipóteses a respeito dos demais fatores foram refutadas, pois a apreciação geral das condições de trabalho, da acessibilidade ao atendimento, da compreensão e da capacitação da ESF demonstrou uma avaliação mediana pelos profissionais da equipe desta estratégia.

As três hipóteses que abordavam as variáveis sócioprofissionais da EqSF foram confirmadas. Os profissionais da EqSF que trabalham na mesorregião do Sertão paraibano avaliaram a ESF de modo mais negativo que os profissionais das demais regiões, confirmando a hipótese 6. A hipótese 7 foi confirmada parcialmente, pois os médicos avaliaram mais positivamente os fatores I (condições de trabalho) e II (sistema de referência e contrarreferência) e os ACD avaliaram estas dimensões de modo mais negativo que os demais profissionais que trabalham na ESF. Como já comentado, a hipótese 8 também foi confirmada ao se constatar que a avaliação da ESF pela EqSF varia em função do nível de escolaridade, sendo os profissionais de nível superior avaliadores mais críticos e apresentando escores mais negativos ao avaliarem as dimensões da ESF do que os profissionais de nível médio e técnico.

A confirmação parcial e não corroboração de algumas hipóteses de pesquisa pode evidenciar um problema de medição, talvez a grande limitação deste estudo. A opção por uma escala dicotômica parece não ter sido a melhor escolha para mensurar as crenças dos profissionais da Equipe de Saúde da Família. Os dados dicotômicos necessitaram de uma diversidade de procedimentos de transformações e padronizações para que as análises estatísticas pudessem ser realizadas de forma adequada. Desta forma, uma escala intervalar do tipo *likert* com opções de resposta variando entre concordo totalmente e discordo totalmente parece hoje mais adequada para acessar a variabilidade de respostas dos profissionais de saúde em relação às realidades diversificadas da ESF nas mesorregiões paraibanas.

Espera-se que, mesmo com esta limitação, esta tese possa contribuir para institucionalização da avaliação da Estratégia Saúde da Família na medida em que a construção de um instrumento avaliativo das diferentes dimensões da ESF possibilita a replicação da metodologia e a revisão contínua dos resultados da avaliação. Neste sentido, estudos deste naipe favorecem processos avaliativos de natureza interna (auto-avaliação) e externa que subsidiem a gestão nas tomadas de decisão.

Os achados proporcionados pela tese revelam aspectos tanto positivos quanto negativos da estratégia que podem ser modelados no sentido de corrigir as rotas para otimizar as ações deste modelo assistencial em saúde.

Por fim, é necessário estimular outros pesquisadores e cientistas sociais a realizarem novas investigações que estimem com mais precisão os impactos da ESF inserindo os atores envolvidos neste processo e, mais especificamente, levando-se em conta a especificidade das situações sanitárias locais de modo a subsidiar a adequação, o redirecionamento, a reformulação de políticas públicas, planos de ação, estratégias de atuação em programas e processos inovadores que viabilizem os sistemas de saúde regionais para uma atuação mais autônoma, efetiva e equânime.

8 REFERÊNCIAS

- Albuquerque, F. J. B. (2001). Aproximación Metodologica desde la Psicología Social a la Investigación en Zonas Rurales. *Revista Española de Estudios Agrosociales y Pesqueros* (Madri, Espanha), 1075 (191): 225-233.
- Allport, G.W. (1935). Handbook of social psychology. Addison-Wesley Reading MA.
- Anastasi, A & Urbina, L. (2000). *Testagem psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Araújo, Y. P. & Dimenstein, M. (2006) Estrutura e organização do trabalho do cirurgião-dentista no PSF de municípios do Rio Grande do Norte. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1): 219-227.
- Aronson, E.; Wilson, T.D. & Akert, R.M. *Psicologia Social*. Rio de janeiro: LTC Editora, 2003.
- Arretche, M.T.S. (2006). Tendências no estudo sobre avaliação. In: Rico (org.), *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Editora Cortez, p. 29-40.
- Banco InterAmericano de Desenvolvimento – BID (1999). *Economic and social progress in LatinAmerica, 1998/1999*. Washington, D.C.: IADB.
- Barros, R.P.; Henriques, R. & Mendonça, R. (2000). Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*., 15, 42: 123-142.
- Bem, D.J. (1973). *Convicções, atitudes e assuntos humanos*. São Paulo: EPU.
- Bodstein, R. *et al.* (2009). Quinze anos de uma agenda em construção: diálogos sobre o PSF no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1): 1336-1345.
- Bodstein, R. (2002). Atenção Básica na Agenda de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3):401-412.
- Borges, L.O.; Tamayo, A. & Alves Filho, A. (2005). Significado do trabalho entre os profissionais de saúde. In L.O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. (pp. 143-198). São Paulo:Casa do Psicólogo.
- Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2009). *Senso 2002*. Recuperado em: 04 de novembro de 2009, do endereço da página da WEB: <http://www.ibge.org.br>
- Brasil. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSA (2008). *Indicadores e dados básicos para a saúde – 2007 (IDB-2007)*. Brasília, DF. Recuperado em: 12 de agosto de 2008, do endereço da página da WEB: <http://www.datasus.gov.br/idb>
- Brasil, Ministério da Saúde (2006). *Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006*. Recuperado em: 21 de outubro de 2006, do endereço da página da WEB: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/Pacto_de_Gestao/portarias/GM-648.html

- Brasil, Ministério da Saúde (2006). Entrevista com o Ministro da Saúde da Argentina. *Revista Brasil, Saúde*; 118. Recuperado em: 04 de novembro de 2008, do endereço da página da WEB: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_fevereiro_2006.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde. (2004). *Programa Saúde da Família*. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/psf/equipes/quantos.asp> acessado em 16/07/2004.
- Brasil, Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSA (2002). *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS/OMS.
- Brasil, Ministério da Saúde (2000). *Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde. (1996). *Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS 01/96): gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão*. Recuperado em 05 de setembro de 2003: <http://www.saude.gov.br>
- Bunge, M. (1973). *La investigación científica*. Barcelona: Ariel.
- Bzuneck, J.A. (2000). As crenças de auto-eficácia de professores. Em In: Fermino F.Sisto; Gislene de C. Oliveira & Lucila D.T. Fini (Org.) (2000). *Leituras de Psicologia para Formação de Professores*. Petrópolis: Editora Vozes, p. 115-134.
- Campbell, D.T. & Stanley, J.C. (1979). *Delineamentos experimentais e quase-experimentais de pesquisa*. São Paulo: EPU.
- Campbell, D.T. (1969). Reforms and experiments. *American Psychologist*, 4: 409-429.
- Camino, L. (Org.) (1996). *Conhecimento do outro e a construção da realidade social: uma análise da percepção social*. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB.
- Campos, F.E. & Belisário, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 2001, 9: 133-142.
- Cano, I. (2004). *Introdução à Avaliação de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: FGV Editora.
- Carvalho, D.M. (1997). Grandes sistemas nacionais de informação em saúde: revisão e discussão da situação atual. *Informe Epidemiológico do SUS*, VI(4): 7-46.
- Carvalho, M.C.B. (2006). Avaliação participativa: uma escolha metodológica. In: Rico (org.), *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Editora Cortez, p. 87-94.
- Cavalcante, M.G.S.; Samico, I.; Frias, P.G. & Vidal, S.A. (2006). Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. *Revista Brasileira Saúde Matern... Infant...*, Recife, 6 (4): 437-445.
- Cohen, E. & Franco, R. (1998). *Avaliação de Projetos Sociais*. Editora Vozes: Petrópolis.

- Contandriopolus, A.P. (1998). Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? *Cadernos de Saúde Pública* 14(1), 199-204.
- Contandriopoulos, A.P.; Poullier, J.P. & Contandriopoulos, D. (2000). À la recherche d'une troisième voie: les systèmes de santé au XXI e siècle. In M.P. Pomey & J.P. Poullier (Orgs.) *Santé Publique*. (pp. 637-667). Paris: Elipses.
- Cozby, P.C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Dachs, J.N.D. (2002). Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7, 4: 641-657.
- Dachs, J.N.W.; Bambas, A. & Casas, J.A. (2005). Determinantes sociais e econômicos de desigualdades em saúde na América Latina e no Brasil. *Impulso: Revista de Ciências Sociais e Humanas*, 18: 333-354.
- Dallari, S. G. (1987). *A saúde do brasileiro*. (Projeto passo à frente, Coleção Polêmica). São Paulo: Moderna.
- Dancy, C.P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para Psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- Dimenstein, M. & Santos, Y.F. (2005). Avaliação em serviços de saúde: o que pensam usuáries da rede básica de Natal. In L.O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. (p. 69-90). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dimenstein, M. & Traverso-Yépez, M. (2005). Saúde pública: antecedentes históricos, campo de serviços e práticas no município de Natal/RN. In L.O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. (pp. 47-67). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- 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.; Piccini, R.X.; Tomasi, E.; Thumé, E.; Silveira, D.S.; Siqueira, F.V. & Rodrigues, M.A. (2006). Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3): 669-681.
- Faria, R.M. (2006). Avaliação de programas sociais: evoluções e tendências. In: Rico (org.), *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Editora Cortez, p. 41-50.
- Ferraz, L. & Aerts, D.R.G.C. (2005). O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(2): 347-355.
- Festinger, L. (1957). *Teoria da Dissonância Cognitiva*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Fishbein, M. & Aizen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Addison-Wesley Reading, MA.
- Fleury, Sonia. (2003). Universal, dual ou plural? Modelos y dilemas da atención de la salud em America Latina: Chile, Brasil y Colombia. In: Molina, Carlos Gerardo & Del Arco, José Núñez (Org.); *Servicios de salud en America Latina y Asia*. Inter-American Development Bank.
- Flick, U. *Uma Introdução a Pesquisa Qualitativa*. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- Frekete, M.C. (2000). Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. *Manuscrito não publicado*. Projeto GERUS.
- Griep, R.(2004). Subnotificação das doenças de notificação compulsória. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(1), 123-124.
- Günter, H (2004). *Como elaborar um relato de pesquisa* (Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, Nº 2). Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental.
- Günter, H (2003). *Como elaborar um questionário* (Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, Nº 1). Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental.
- Gulliksen, H. (1950). *Theory of mental test*. New York: John Wiley.
- Hair, J.F; Anderson, R.E; Tatham, R.L. & Black, W.C. (2005). *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Hartz, Z.M.A. & Silva, L.M.V. (Orgs.). (2006). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Hartz, Z.M.A (Orgs.). (2008). *Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- Health Canada (2001). *O Sistema de Cuidados de Saúde do Canadá*. Recuperado em 25 de abril de 2007 na página da WEB: <http://www.undp.org/hdr2001>
- Heider, F. (1958). *Psicologia das Relações Interpessoais*. São Paulo: Pioneira.
- Henrique, F. & Calvo, M.C.M. (2009). Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1): 1359-1365.
- Katz, D. & Stotland, E. (1959). A preliminary statement to a theory of attitude structure and change. In: Katz, D.; Stotland, E. & Koch, S. (Org.). *Psychology: A study of a science*. McGraw-Hill: New York.
- Krügher H. Cognição, estereótipos e preconceitos sociais. In: Lima MEO, Pereira ME, (orgs). *Estereótipos, preconceitos e discriminação. Perspectivas teóricas e metodológicas*. Salvador: EDUFBA; 2004. p. 7-25.
- Krüger H. (1995). *Psicologia das Crenças: Perspectivas Teóricas*. Tese de Doutorado. Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

- Kudiess, E. (2005). As crenças e os sistemas de crenças do professor de Inglês sobre o ensino e a aprendizagem da língua estrangeira no sul do Brasil: sistemas, origens e mudanças. *Linguagem & Ensino*, 8(2):39-96.
- Lima, V.V. (2005). Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde & Educação*, 9(17):369-79.
- Lima, M.C.G.L. & Souza, M.B.L. (2001). Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família-PSF na Paraíba. Em: Sociedade Brasileira de Serviço Social (Org.), *Anais do X Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*. Rio de Janeiro.
- Lobo T. (2006). Avaliação de processos e impactos em programas sociais: algumas questões para reflexão. In: Rico (org.), *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Editora Cortez, p. 75-84.
- Martinez, A.R. (1995). *Psicometria: teoria de los tests psicológicos y educativos*. Madrid: Editorial Sintesis.
- Martins, C.R. (2008). *Sistema Único de Saúde: uma análise das crenças dos seus representantes em municípios rurais da Paraíba*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.
- Medici, André Cezar. (2002). A desregulação das obras sociais: mais um episódio da reforma da saúde na Argentina... o que virá depois? *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48(3): 268-74.
- Melo, C.F. (2009). Avaliação da Estratégia Saúde da Família a partir das crenças de seus profissionais. *Dissertação (Mestrado)*. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.
- Melo, C.F. (2009). *Avaliação da Estratégia Saúde da Família a partir das crenças de seus profissionais*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
- Melo, C.F. (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* (Graduação em Psicologia). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.
- Melo, M.A. (2006). As sete vidas da agenda pública brasileira. In: Rico (org.), *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Editora Cortez, p. 11-28.
- Morton, A. (1997) As crenças e as suas qualidades. In: *A Guide Through the Theory of Knowledge*, Blackwell.
- Myers, D. (1997). *Psicologia Social*. Madri: McGraw–Hill.
- 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 & (eis a questao) Saúde Coletiva*, 10(2): 333-345.

- 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 (Mestrado)*. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.
- Nisbett, R. & Ross, L. (1980). *Human Inference: Strategies and Shortcomings of Social Judgement*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Noronha, K.V.M.S. & Andrade, M.V. (2005). Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina, *Revista Panamericana Salud Publica*, 17(5/6): 410-417.
- Novaes, H.MD. (2000). Avaliação de Programas, Serviços e Tecnologias em Saúde. *Revista Saúde Pública*, 34(5), 547-559.
- Ochoa, F.R.R. (2003). Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 2003, 19 (1): 56-61.
- Oliveira, M.T.C.; Barreira, D.; Santos, L.C.O.; Latorre, M.R.D. (2004). *A subnotificação de casos de Aids em municípios brasileiros: uma aplicação do método de captura-recaptura*. Boletim Epidemiológico Aids/DST.
- Oliveira, S.F. & Albuquerque, F.J.B. (2008). Programa de Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicologia & Sociedade*; 20(2): 76-86.
- 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 (Mestrado)*, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil.
- Paine, P. & Dorea, J.G. (2004). Modelo de Promoção de Saúde. Em IN: Marília Ferreira Dela Coleta (org.), *Modelos para Pesquisa e Modificação de Comportamentos de Saúde*. Taubaté: Cabral Editora e Livraria Universitária.
- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos Psicológicos: Manual Prático de Elaboração*. Brasília: LabPAM/IBAPP.
- Pasquali, L. (2003) *Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e Educação*. Petrópolis: Vozes.
- Pestana, M.I.G.S. (2006). Avaliação educacional: o sistema nacional de avaliação da educação básica. In: Rico (org.), *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Editora Cortez, p. 53-64.
- Peterman, F.P. (1991). An experienced teacher's emerging constructivist beliefs about teaching and learning. *Paper presented at the annual Meeting of the American Educational Research Association*, Chicago.
- Piola, S.F. (2008). Financiamento do Sistema de Saúde: bases conceituais e contextualização do tema. *IV Jornada da ABRES*. Salvador, Bahia.

- Piola, S. F. (2006). Tendências do financiamento da Saúde. *Debates em Saúde Getúlio Vargas*, 2:12-14.
- Rocha, A.A.R.M. & Trad, L.A.B. (2005). A trajetória profissional de cinco médicos do Programa saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. *Interface – Comunicação Saúde e Educação*, 9(17): 303-316.
- Rocha, P.M.; Uchoa, A.C.; Rocha, N.S.P.D; Souza, E.C.F.; Rocha, M.L. & Pinheiro, T.X.A. (2008). Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad... Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(Sup 1): S69-S78.
- Rodrigues, A.; Assmar, E.M.L. & Jablonski, B. *Psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.
- Rokeach, M. (1981). *Crenças, Atitudes e Valores*. Rio de Janeiro: Interciência.
- Ronzani, T.M. & Ribeiro, M.S. (2004). Práticas e crenças do médico de família. *Revista Brasileira de Educação Médica*, (28): 190-197.
- Ronzani, T.M. A Reforma Curricular nos Cursos de Saúde: qual o papel das crenças? *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2007, 31(1):38-43.
- Ronzani, T.M. & Silva, C.M. (2008). O Programa Saúde da Família segundo os profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(1): 23-34.
- Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distorsions in the attribution process. Em L. Berkowitz (Org.), *Advances in experimental Social Psychology* (p.174-221). New York: Academic Press.
- Scherer, M.D.A.; Marino, S.R.A. & Ramos, F.R.S. (2005). Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias khunianas. *Interface – Comunicação Saúde e Educação*, 9(16), 53-66.
- Schimith, M.D. & Lima, M.A.D.S. (2004). Acolhimento e Vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*, 20(6): 1487-1494.
- 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.): 203-211.
- Siqueira, K.M.; Barbosa, M.A.; Brasil, V.V.; Oliveira, L.M.C. & Andraus, L.M.S. (2006). Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. *Texto Contexto Enferm*, 15(1): 68-73.
- Soares, D.A; Andrade, S.M. & Campos, J.J.B. (2001) Epidemiologia e indicadores de saúde. In: S.M. Andrade; D.A.S.; L. Cordon Jr. (Org.). *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina; Rio de Janeiro: EDUEL; ABRASCO, p. 183-210.
- Sousa, M.F.& Hamann, E.M. (2009). Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1): 1325-1335.

- Statistical Package for the Social Sciences – SPSS (1998). Pretesting. In SPSS (Org.), *Survey research using SPSS*. Chicago, IL: SPSS.
- Strange Maps.(2007). *Doctors of the world*. Recuperado em: 10 de agosto de 2008, do endereço da página da WEB: <http://strangemaps.wordpress.com/2007/10/17/185-the-doctorspatients-map-of-the-world/>
- Teixeira, C.F. (2003). A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. Brasil. *Saúde em debate*; 27(65): 257-277.
- 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*, Rio de Janeiro, 7(3): 581-589.
- Tribunal de Contas da União (2004). *Avaliação do Programa de Saúde da Família - PSF - 2002*. Brasília: Tribunal de Contas da União. Recuperado em: 07 de março de 2004, do endereço da página da WEB: <http://www.tcu.gov.br>
- Tripodi, T.; Fellin, P. & Epstein, I. (1975). *Avaliação de Programas Sociais*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A.
- Triviños, A.N.S (1987). *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Vaitsman, J. (2000). Cultura de organizações públicas de saúde: notas sobre a construção de um objeto. *Caderno de Saúde Pública*, 16(3):847-850.
- Vaughan, J.P. & Morrow, R.H. (1992). *Epidemiologia para os municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários*. São Paulo: Hucitec.
- 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*, 8 (2), 11-47.
- Watkins K, Carvajal L, Coppard D, Fuentes R, Ghosh A, Giamberardini C, & cols.. (2006). *Human Development Report 2006*. New York: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.
- World Bank (2002). *World Development Indicators 2002*. Washington, DC.
- World Health Organization – WHO (2009). *Estatísticas mundiais de saúde 2009*. Recuperado em: 08 de novembro de 2009, do endereço da página da WEB: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf

APÊNDICES

APÊNDICE A - Quadro de hipóteses da tese

Hipóteses referentes ao fator I – Condições de trabalho na ESF		
Hipóteses centrais	Hipóteses derivadas	Itens
H1: Os profissionais da EqSF avaliam negativamente as condições de trabalho da ESF.	H1. A EqSF está insatisfeita com as condições de trabalho da USF (ESF) em que trabalham. H2. A EqSF avalia a estrutura física da unidade da ESF como inadequada para os atendimentos em saúde. H3. A EqSF avalia as salas como inadequadas para os atendimentos realizados. H4. A EqSF afirma que é comum os equipamentos apresentarem falhas. H5. A EqSF pensa que o atendimento à comunidade é prejudicado pela falta de equipamentos. H6. A EqSF pensa que o atendimento à comunidade é prejudicado pela falta de materiais. H7. A EqSF avalia os instrumentos como inadequados para o atendimento.	55, 58, 61, 68 37, 48, 51 27, 49, 53, 59, 66
Hipóteses referentes ao fator II – Sistema de referência e contrarreferência		
Hipóteses centrais	Hipóteses derivadas	Itens
H8. Os sistemas de referência e contrarreferência municipais serão avaliados negativamente pelos profissionais da EqSF.	H9. A EqSF avalia negativamente a quantidade de vagas para o atendimento da comunidade nos especialistas. H10. A EqSF avalia negativamente a quantidade de especialistas para atender os encaminhamentos. H11. Os profissionais da EqSF avaliam como insatisfatória com a referência para atendimentos em níveis mais complexos. H12. Os profissionais da EqSF avaliam como ineficientes os atendimentos dos centros de referência.	29, 32, 35, 52
H13 Os profissionais da EqSF avaliam a central de marcação de consulta como ineficiente.	H 14. Os profissionais da EqSF percebem o congestionamento da central de marcação de consulta. H 15. A EqSF avalia negativamente a central de marcação de consulta no que se refere à demanda de atendimento. H 16. Os profissionais da EqSF avaliam como demorada a marcação de consulta para os especialistas. H 17. Os profissionais da EqSF avaliam como demorado o atendimento do especialista após marcada a consulta.	5, 60, 67, 69, 71
Hipóteses referentes ao fator III – Acessibilidade ao atendimento na ESF		
Hipóteses centrais	Hipóteses derivadas	Itens
H 18. A acessibilidade ao atendimento na ESF será avaliada negativamente pelos profissionais da EqSF	H 19. A EqSF sente-se sobrecarregada com a quantidade de famílias sobre suas responsabilidades. H 20. A EqSF sente-se sobrecarregada com a quantidade de atendimentos. H 21. A EqSF pensa que é necessária mais uma equipe da ESF na comunidade. H 22. A EqSF sente-se frustrada por não conseguir atender todos que buscam atendimento na USF	24, 25, 26, 30, 72

	(ESF). H 23. A EqSF avalia como insuficiente a quantidade de fichas disponibilizadas para o atendimento à comunidade.	
Hipóteses referentes ao fator IV – Compreensão da ESF		
Hipóteses centrais	Hipóteses derivadas	Itens
H 24. A EqSF crê que os usuários da ESF não conhecem a estratégia.	H 25. A EqSF crê que os usuários da ESF não diferenciam este programa de um posto de saúde. H 26. A EqSF avalia que os usuários priorizam o atendimento curativo ao preventivo. H 27. Os profissionais da EqSF crêem que os usuários vão a USF prioritariamente em busca de remédios. H 28. Os profissionais da EqSF crêem que os usuários não conhecem o funcionamento da ESF.	1, 2, 54,57
H29. A EqSF crê que os profissionais da ESF trabalham de acordo com os ideais da estratégia.	H 30. Os profissionais da EqSF afirmam que as equipes de ESF se reúnem para discutir casos clínicos. H 31. Os profissionais da EqSF afirmam que as equipes de ESF se reúnem para organizar o trabalho na unidade. H 32. Os profissionais da EqSF afirmam que as equipes de ESF construíram projetos de assistência à comunidade em conjunto. H 33. A EqSF avalia que os profissionais priorizam na ESF o atendimento curativo (clínico).	46, 47, 65, 70,
Hipóteses referentes ao fator V – Capacitação Profissional		
Hipóteses centrais	Hipóteses derivadas	Itens
H 34. A EqSF avaliará a capacitação profissional dada aos profissionais da ESF de modo negativo.	H 35. Os profissionais da EqSF afirmam que as Secretarias de Saúde não ofereceram cursos de capacitação para o trabalho na ESF. H 36. Os profissionais da EqSF não foram capacitados para o trabalho que realizam na ESF. H 37. Os profissionais da EqSF avaliam que poucos de seus companheiros de trabalho foram capacitados para trabalhar na ESF. H 38. A EqSF avaliam que os profissionais da ESF não foram treinados para trabalharem com a comunidade.	7, 8, 14, 15, 33
Hipóteses referentes às variáveis sócio-profissionais		
Hipóteses centrais	Hipóteses derivadas	Itens

H 39: A avaliação da ESF pela EqSF varia em função do nível de escolaridade. H 41: A avaliação da ESF pela EqSF varia em função da categoria profissional. H46: A avaliação da ESF pela EqSF varia em função da mesorregião em que trabalham.	H 40: Os profissionais da EqSF com nível técnico (ACD, ACS e técnico de enfermagem) em geral irão avaliar a ESF mais positivamente que os profissionais da EqSF com nível superior (dentistas, enfermeiros, médicos). H42: Dos profissionais de nível superior da ESF, os médicos avaliarão a ESF mais positivamente que os demais profissionais de nível superior. H43: Dos profissionais de nível superior da ESF, os dentistas avaliarão a ESF mais negativamente que os demais profissionais de nível superior. H44: Dos profissionais da EqSF com de nível técnico, os ACS avaliarão a ESF mais positivamente que os demais profissionais de nível técnico. H45: Dos profissionais da EqSF com nível técnico, os ACD avaliarão a ESF mais negativamente que os demais profissionais de nível técnico. H47: Os profissionais da EqSF que trabalham na mesorregião do Sertão paraibano irão avaliar a ESF de modo mais negativo que os profissionais das demais mesorregiões.	Itens que compõem o questionário biodemográfico em geral.
--	--	--

APÊNDICE B – Definição constitutiva das subcategorias da Avaliação do PSF pela ESF

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	DEFINIÇÕES CONSTITUTIVAS
Elementos do atendimento no PSF	Infraestrutura Física	Reflete as condições de trabalho das Unidades de Saúde da Família no que se refere aos aspectos de infraestrutura física e instalações, à manutenção de materiais permanentes (instrumentos e equipamentos) e de consumo (remédios e insumos), disponibilizados pelos gestores municipais de saúde para a otimização do trabalho da ESF.
	Estrutura Organizacional	Refere-se aos aspectos organizacionais das Unidades de Saúde da Família que abrangem o acesso da comunidade ao serviço, os tipos de trabalho realizados (curativo <i>versus</i> preventivo/promocional) e os encaminhamentos para outros níveis de complexidade.
	Recursos Humanos	Engloba as categorias componentes do PSF (profissionais de saúde <i>versus</i> equipe de apoio), bem como sua integração para a garantia do atendimento à comunidade assistida por este serviço.
Aspectos Psicossociais do trabalho no PSF	Insatisfação	Englobam as dimensões negativas do trabalho apontadas pelos profissionais do PSF que geram insatisfação, tais como: sobrecarga ??, condições inadequadas de trabalho, vínculo empregatício e o desconhecimento da comunidade sobre o PSF.
	Satisfação	Abordam as dimensões positivas que permeiam o atendimento à comunidade assistida pelo PSF e suas repercussões na satisfação da ESF, tais como: os ideais de justiça social, a aceitação da estratégia pela comunidade e o vínculo ESF-comunidade.
Fatores administrativos complementares ao PSF	Educação continuada	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.
	Intersetorialidade das ações de saúde	Reflete as crenças dos profissionais da ESF sobre a necessidade de que as ações de saúde sejam interligadas às ações de outras Secretarias da Prefeitura (por ex.: Educação, Saneamento Básico, Assistência Social) para minimizar os problemas sanitários de uma determinada localidade assistida pelo PSF.

Fonte: Adaptado de Oliveira (2006).

APÊNDICE C – Avaliação da ESF por município pesquisado

As análises por cidade apresentaram um perfil da avaliação dos profissionais da EqSF no que se refere às estratégias de atenção básica adotadas por cada município pesquisado, como pode ser observado nos subtópicos a seguir referentes a cada um dos 40 municípios.

Cidade 1

Os resultados da ANOVA para a cidade 1 (Lucena) apontaram diferenças significativas na avaliação das categorias profissionais no fator 3 (Acessibilidade e atendimento na ESF) e no fator 4 (compreensão da ESF), tal como aponta a tabela 22.

Tabela 22. Comparação entre a avaliação dos profissionais segundo categorias profissionais

Fatores		Soma dos Quadrados	gl	Quadrados Médios	F	<i>p</i>
Fator 3	Entre os grupos	7980,959	5	1596,192	2,659	0,043
	Dentro dos grupos	16808,903	28	600,318		
	Total	24789,863	33			
Fator 4	Entre os grupos	7937,548	5	1587,510	3,938	0,008
	Dentro dos grupos	11286,989	28	403,107		
	Total	19224,537	33			

A tabela 23 mostra que os ACS seguidos dos ACD avaliam melhor a acessibilidade ao atendimento na ESF (fator 3). Por outro lado, o médico e o enfermeiro apresentam as piores médias no que se refere a este fator. No que se refere à compreensão da ESF (fator 4), o auxiliares de enfermagem seguidos de perto pelos enfermeiros avaliam mais positivamente, em oposição aos médicos que possuíram a menor média de compreensão desta estratégia.

Tabela 23. Comparação entre as médias da avaliação nos Fatores 3 e 4

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
FATOR 3	Médico	3	6,6667	11,54701
	Dentista	3	13,3333	23,09401
	Enfermeiro	5	8,0000	17,88854
	ACS	14	42,8571	25,84825
	ACD ou téc. em hig. Bucal	4	40,0000	36,51484
	Auxiliar ou téc. Enfermagem	5	20,1729	19,42843
	Total	34	28,2607	27,40817
FATOR 4	Médico	3	14,9614	19,86513
	Dentista	3	50,0000	33,07189
	Enfermeiro	5	70,0000	11,18034
	ACS	14	55,8846	21,02845
	ACD ou téc. em hig. Bucal	4	50,8855	17,76616
	Auxiliar ou téc. Enfermagem	5	74,3971	16,69424
	Total	34	55,9646	24,13632

Todavia, o Teste *Post Hoc* de *Scheffe* não apontou as diferenças por grupo; logo, não se pode verificar qual categoria profissional difere da outra. Isto pode ter ocorrido devido a pequena quantidade de sujeitos em algumas categorias profissionais.

O *test t* de *Student* para amostras independentes ($t = -3,77$; $p = 0,01$) demonstrou uma diferença de 28, 33 pontos na avaliação dos profissionais de nível superior e médio/técnico apenas no fator 3. Como aponta a tabela 24, essa diferença estatística entre a avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade mostrou-se significativa.

Tabela 24. Test *t* comparando a avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade

Fator 3	Teste de Levine		Test <i>t</i> para igualdade de médias						
	F	<i>p</i>	<i>t</i>	gl	<i>p</i> (2-tailed)	Diferença de Médias	Desvio padrão	Intervalo de Confiança de 95%	
								Mínimo	Máximo
Igualdade variância assumida	4,46	0,043	-3,18	32	0,003	-28,33	8,88	-46,44	-10,23
Igualdade variância não assumida			-3,77	29,93	0,001	-28,33	7,50	-43,66	-13,00

A tabela 25 mostra que as médias dos profissionais de nível superior são bem menores do que as médias dos profissionais de nível médio/técnico, sugerindo que os profissionais de nível superior avaliam o fator 3 mais negativamente. Essa diferença de avaliação entre os profissionais de nível superior e médio/técnico, além de alta, também é significativa.

Tabela 25. Comparação entre as médias da avaliação no Fator 3

Nível de escolaridade dos profissionais de saúde	N	Média	Desvio Padrão
Nível superior	11	9,0909	16,40399
Nível médio/técnico	23	37,4289	27,07178

Cidade 2

Em um primeiro momento, não foi possível realizar a ANOVA na cidade 2 (Rio Tinto), pois na categoria profissional dentista só havia um sujeito. Desta forma, optou-se por retirar o sujeito e realizar uma nova ANOVA com as demais categorias. A solução estatística emergente apresentou diferenças significativas entre as categorias profissionais no fator 2, conforme mostra a tabela 26.

Tabela 26. Comparação entre a avaliação dos profissionais segundo categorias profissionais

Fatores	Soma dos Quadrados	Gl	Quadrados Médios	F	Sig.
Fator 2	Entre os grupos	4	1725,691	2,614	0,048
	Dentro dos grupos	43	660,166		
	Total	47			

Ao analisar a magnitude das diferenças por categorias profissionais, nota-se na tabela 27 que os enfermeiros avaliam mais positivamente o sistema de referência e contrarreferência (fator 2), seguido pelos ACS. No outro extremo, os auxiliares de enfermagem são os profissionais da equipe que avaliam mais negativamente este fator.

Tabela 27. Comparação entre as médias da avaliação no Fator 2

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
FATOR 2	Médico	2	29,1667	41,24790
	Enfermeiro	6	40,7467	35,81202
	ACS	33	37,5792	29,03040
	ACD ou téc. em hig. bucal	3	15,6493	20,32034
	Auxiliar ou téc. enfermagem	4	8,3333	6,80414
	Total	48	33,8168	29,33061

Apesar das diferenças observadas por categoria profissional, não se pode verificar qual categoria profissional difere da outra, pois o Teste *Post Hoc* de *Scheffe* não apontou as diferenças por grupo. Da mesma forma, o teste *t de Student* também não apresentou diferenças estatísticas nas avaliações dos profissionais por nível de escolaridade.

Cidade 3

Na cidade 3 (Mamanguape) ANOVA mostrou diferenças significativas entre a avaliação dos profissionais apenas no fator 2, tal como pode ser visto na tabela 28.

Tabela 28. Comparação entre a avaliação dos profissionais segundo categorias profissionais

Fatores		Soma dos Quadrados	Gl	Quadrados Médios	F	<i>p</i>
Fator 2	Entre os grupos	6741,751	5	1348,350	3,093	0,024
	Dentro dos grupos	12204,795	28	435,886		
	Total	18946,546	33			

Ao analisar as médias das avaliações da ESF por categorias profissionais nota-se, na tabela 29, que os médicos avaliam como extremamente positivo o sistema de referência e contrarreferência (fator 2), seguido mais distante pelos auxiliares de enfermagem. Os dentistas são os profissionais da equipe da ESF que avaliam mais negativamente esse fator no município 3.

Tabela 29. Comparação entre as médias da avaliação no Fator 2

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
FATOR 2	Médico	2	100,000	0,000
	Dentista	2	22,222	0,000
	Enfermeiro	3	70,370	42,065
	ACS	21	71,029	19,006
	ACD ou téc. em hig. Bucal	2	57,111	17,913
	Auxiliar de enfermagem	4	73,200	19,318
	Total	34	69,2413	23,96117

O Teste *Post Hoc* de *Scheffe* apontou uma diferença muito alta (77,778 pontos) entre as avaliações do sistema de referência e contrarreferência entre médicos e dentistas, como pode ser visto na tabela 30. As comparações das médias das demais categorias profissionais não foram significativas.

Tabela 31. Comparação entre a avaliação dos dentistas e médicos segundo o Fator 2

Profissão (I)	Profissão (J)	Diferença de médias (I-J)	Margem de erro	<i>p</i>	Intervalo de confiança de 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Médico	Dentista	77,778*	20,877	0,037	3,110	152,445

* A diferença de média é significativa para $p \leq 0,005$.

Para verificar se existiam diferenças significativas nas avaliações dos profissionais por nível de escolaridade, foi realizado o *test t de Student* cujas análises não mostraram diferenças significativas.

Cidade 4

A ANOVA apontou diferenças entre as avaliações dos profissionais da EqSF da cidade 4 (Jacaraú) nos fatores 1, 3 e 5, tal como mostra a tabela 32.

Tabela 32. Comparação entre a avaliação dos profissionais segundo categorias profissionais

Fatores		Soma dos Quadrados	Gl	Quadrados Médios	F	<i>p</i>
Fator 1	Entre os grupos	2262,990	3	754,330	5,753	0,034
	Dentro dos grupos	786,696	6	131,116		
	Total	3049,686	9			
Fator 3	Entre os grupos	7613,000	3	2537,667	9,221	0,012
	Dentro dos grupos	1651,189	6	275,198		
	Total	9264,189	9			
Fator 5	Entre os grupos	7275,090	3	2425,030	5,460	0,038
	Dentro dos grupos	2664,756	6	444,126		
	Total	9939,846	9			

As estatísticas descritivas da tabela 33 mostram a magnitude das diferenças por categoria profissional. Note que os ACD seguidos dos dentistas possuem uma avaliação mais positiva das condições de trabalho na ESF (no fator 1), enquanto os auxiliares de enfermagem possuem a avaliação mais negativa desse fator.

No tocante ao fator 3 (Sistema de referência e contrarreferência) aparece uma questão bastante interessante: enquanto o ACD pontua o máximo (100 pontos) nesse fator, seguido do dentista (90 pontos), apresentando avaliações extremamente e bastante positivas respectivamente, o enfermeiro pontua muito baixo (20 pontos) demonstrando uma avaliação bastante negativa no que se refere a esse fator.

A estrutura da avaliação dos profissionais modifica-se quando se analisam as médias dos profissionais no fator 5 (Capacitação profissional): os auxiliares de enfermagem apresentam a avaliação mais positiva do que os demais profissionais, enquanto os dentistas (0 pontos) e enfermeiros (20,60 pontos) avaliam mais negativamente esse fator.

Tabela 34. Comparação entre as médias da avaliação nos Fatores 1, 3 e 5

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
FATOR 1	Dentista	2	72,333	8,014
	Enfermeiro	2	50,000	11,785
	ACD ou téc. em hig. bucal	2	83,044	18,917
	Auxiliar ou téc. enfermagem	4	46,798	8,673
	Total	10	59,794	18,407
FATOR 3	Dentista	2	90,000	14,142
	Enfermeiro	2	20,000	28,284
	ACD ou téc. em hig. bucal	2	100,000	0,000
	Auxiliar ou téc. enfermagem	4	72,327	14,733
	Total	10	70,930	32,083
FATOR 5	Dentista	2	0,000	0,000
	Enfermeiro	2	20,637	29,186
	ACD ou téc. em hig. bucal	2	43,137	9,704
	Auxiliar ou téc. enfermagem	4	68,750	23,935
	Total	10	40,255	33,232

Todavia, o Teste *Post Hoc* de *Scheffe* só apontou diferenças significativas na avaliação entre enfermeiro e dentista (diferença de 70 pontos) e entre enfermeiro e ACD (diferença de 80 pontos) no fator 3, como pode ser conferido na tabela 35.

Tabela 35. Comparação das médias das avaliações por pares de profissionais no Fator 3

Fator 3	Profissão (I)	Profissão (J)	Diferença de médias (I-J)	Margem de erro	p	Intervalo de Confiança de 95%	
						Limite inferior	Limite superior
	Enfermeiro	Dentista	-70,000*	16,589	0,032	-132,669	-7,331
		ACD	-80,000*	16,589	0,017	-142,669	-17,331

* A diferença de média é significativa para $p \leq 0,005$.

O teste t de *Student* demonstrou uma diferença significativa de aproximadamente 50 pontos no que se refere à avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade apenas no fator 5, como mostra a tabela 36.

Tabela 36. Teste t comparando a avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade na cidade 4

Fator 5	Teste de Levine		Teste t para igualdade de médias						
	F	p	t	Gl	p (2-tailed)	Diferença de médias	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95%	
								Mínimo	Máximo
Igualdade variância assumida	0,138	0,720	-3,472	8	0,008	-49,893	14,371	-83,033	-16,754
Igualdade variância não assumida			-3,563	7,139	0,009	-49,893	14,002	-82,873	-16,914

Tabela 37. Comparação entre as médias da avaliação no Fator 5 segundo nível de escolaridade na cidade 4

Nível de escolaridade dos profissionais de saúde	N	Média	Desvio padrão
Nível superior	4	10,3188	20,63769
Nível médio/técnico	6	60,2126	23,18434

Essa diferença alta e significativa já corroborada pelo teste t indica que os profissionais de nível superior avaliam o fator 5 muito mais negativamente do que os profissionais de nível médio/técnico, tal como aponta a tabela 37.

Cidade 5

A tabela 38 mostra que a ANOVA da cidade 5 (Itapororoca) identificou diferenças entre as categorias profissionais nos fatores 4 e 5.

Tabela 38. Comparação entre a avaliação dos profissionais segundo categorias profissionais

Fatores		Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	p
Fator 4	Entre os grupos	3269,417	3	1089,806	5,578	0,016
	Dentro dos grupos	1953,790	10	195,379		
	Total	5223,207	13			
Fator 5	Entre os grupos	7626,877	3	2542,292	3,833	0,046
	Dentro dos grupos	6633,002	10	663,300		
	Total	14259,879	13			

Os auxiliares de enfermagem são os profissionais da EqSF que avaliam mais positivamente a compreensão da ESF (fator 4), enquanto os dentistas avaliam mais negativamente esse fator. No que se refere à dimensão capacitação profissional (fator 5), os ACS são os profissionais que avaliam mais positivamente esse fator enquanto os dentistas e os enfermeiros o avaliam mais negativamente. Ressalta-se que os dentistas e enfermeiros possuem avaliações semelhantes no que se refere a esse fator. Esses resultados podem ser observados na tabela 39.

Tabela 39. Comparação entre as médias da avaliação nos Fatores 4 e 5

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
FATOR 4	Dentista	2	14,366	20,317
	Enfermeiro	2	37,500	0,000
	ACS	8	49,401	14,456
	Aux. de enfermagem	2	68,750	8,838
	Total	14	45,460	20,044
FATOR 5	Dentista	2	25,0000	35,355
	Enfermeiro	2	25,0000	0,000
	ACS	8	75,6827	19,162
	Aux. de enfermagem	2	37,5000	53,033
	Total	14	55,7473	33,119

O Teste *Post Hoc* de *Scheffe* apontou uma diferença significativa superior a 54 pontos de avaliação entre os dentistas e os auxiliares de enfermagem no fator 4, tal como aponta a tabela 40.

Tabela 41. Comparação das médias das avaliações por pares de profissionais no Fator 4

Fator 4	Profissão (I)	Profissão (J)	Diferença de médias (I-J)	Margem de Erro	<i>p</i>	Intervalo de confiança de 95%	
						Limite inferior	Limite superior
	Dentista	Aux. de enfermagem	-54,383*	13,977	0,022	-101,004	-7,761

* A diferença de média é significativa para $p \leq 0,005$.

O teste t de *Student* demonstrou uma diferença significativa ligeiramente superior a 23 pontos no fator 4 e uma diferença significativa de aproximadamente 38 pontos no fator 5 no que se refere à avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade apenas, como mostra a tabela 42.

Tabela 42. Test *t* comparando a avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade

Fatores		Teste de Levine		Test <i>t</i> para igualdade de médias						
		F	<i>p</i>	<i>t</i>	gl	<i>p</i> (2-tailed)	Diferença de Médias	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95%	
									Mínimo	Máximo
Fator 4	Igualdade variância assumida	0,193	0,667	-2,152	13	0,051	-23,631	10,982	-47,356	0,094
	Igualdade variância não assumida			-2,231	5,746	0,069	-23,631	10,591	-49,828	2,566
Fator 5	Igualdade variância assumida	1,207	0,292	-2,145	13	0,051	-37,885	17,662	-76,041	0,271
	Igualdade variância não assumida			-2,673	8,868	0,026	-37,885	14,175	-70,025	-5,744

Essas diferenças apontadas entre as avaliações dos profissionais de nível superior avaliam os fatores 4 e 5 mais negativamente do que os profissionais de nível médio/técnico, tal como aponta a tabela 43.

Tabela 43. Comparação entre as médias da avaliação nos Fatores 4 e 5

Nível de escolaridade dos profissionais de saúde por fator		N	Média	Desvio padrão
Fator 4	Nível superior	4	25,933	17,77597
	Nível médio/técnico	11	49,5647	19,10794
Fator 5	Nível superior	4	25,0000	20,41241
	Nível médio/técnico	11	62,8852	32,62754

Cidade 6

A tabela 44 mostra que a ANOVA da cidade 6 (Alhandra) identificou diferenças entre as categorias profissionais nos fatores 4 e 5.

Tabela 44. Comparação entre a avaliação dos profissionais segundo categorias profissionais

Fatores		Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	<i>p</i>
Fator 4	Entre os grupos	9240,368	5	1848,074	5,303	0,004
	Dentro dos grupos	5924,300	17	348,488		
	Total	15164,668	22			
Fator 5	Entre os grupos	20793,705	5	4158,741	6,979	0,001
	Dentro dos grupos	10130,208	17	595,895		
	Total	30923,913	22			

Os ACS são os profissionais da EqSF que avaliam mais positivamente tanto a dimensão compreensão da ESF (fator 4) quanto a dimensão capacitação profissional (fator 5). No fator 4, os dentistas avaliam mais negativamente a compreensão da ESF, enquanto no fator 5 são os ACD que avaliam mais negativamente a capacitação profissional, como pode ser visto na tabela 45.

Tabela 45. Comparação entre as médias da avaliação nos Fatores 4 e 5

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
FATOR 4	Médico	2	31,2500	26,51650
	Dentista	3	29,1667	7,21688
	Enfermeiro	3	54,1667	28,86751
	ACS	8	78,5126	17,63088
	ACD	3	33,3333	7,21688
	Aux. de enfermagem	4	45,5960	19,75043
	Total	23	53,1733	26,25458
FATOR 5	Médico	2	50,0000	70,71068
	Dentista	3	25,0000	,00000
	Enfermeiro	3	66,6667	14,43376
	ACS	8	96,8750	8,83883
	ACD	3	16,6667	14,43376
	Aux. de enfermagem	4	75,0000	35,35534
	Total	23	65,2174	37,49176

O Teste *Post Hoc* de *Scheffe* apontou uma diferença significativa de aproximadamente 54 pontos no fator 4 e de aproximadamente 72 pontos no fator 5 entre as avaliações dos dentistas e dos ACS, tal como aponta a tabela 23. Os ACD e os ACS também apresentaram uma diferença significativa e muito alta (80 pontos) na avaliação do fator 5, como mostra a tabela 46.

Tabela 46. Comparação das médias das avaliações por pares de profissionais no Fator 4 e 5

Fatores	Profissão (I)	Profissão (J)	Diferença de médias (I-J)	Margem de erro	P	Intervalo de Confiança de 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Fator 4	Dentista	ACS	-49,346*	12,638	0,038	-96,718	-1,974
Fator 5	Dentista	ACS	-71,875*	16,526	0,017	-133,821	-9,929
	ACD	ACS	-80,208*	16,526	0,007	-142,154	18,262

* A diferença de média é significativa para $p \leq 0,005$.

O teste t de *Student* demonstrou uma diferença significativa ligeiramente superior a 21 pontos no fator 4 no que se refere à avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade apenas, como mostra a tabela 47.

Tabela 47. Test t comparando a avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade

Fatores		Teste de Levine		Test t para igualdade de médias						
		F	p	t	gl	p (2-tailed)	Diferença de Médias	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95%	
									Mínimo	Máximo
Fator 4	Igualdade variância assumida	2,005	0,170	-2,107	23	0,046	-21,295	10,107	-42,203	-,3876
	Igualdade variância não assumida			-2,155	14,597	0,048	-21,295	9,883	-42,411	-,1796

As diferenças apontadas no tocante ao nível de escolaridade demonstra que os profissionais de nível superior avaliam o fator 4 de modo mais negativo do que os profissionais de nível médio/técnico, tal como aponta a tabela 48.

Cidade 7

A ANOVA não pode ser realizada inicialmente para a cidade 7 (Caaporã), pois na categoria profissional médico só existia um respondente. Após a retirada deste sujeito, a análise de variância identificou diferenças entre as categorias profissionais nos fatores 1 e 5, tal como apresenta a tabela 49.

Tabela 49. Comparação entre a avaliação dos profissionais segundo categorias profissionais

Fatores		Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	P
Fator 1	Entre os grupos	2050,688	4	512,672	4,580	0,039
	Dentro dos grupos	783,635	7	111,948		
	Total	2834,323	11			
Fator 5	Entre os grupos	5796,073	4	1449,018	4,584	0,039
	Dentro dos grupos	2212,847	7	316,121		
	Total	8008,920	11			

Tal como mostra a tabela 50, os ACDs e dentistas são os profissionais da EqSF que avaliam mais positivamente a dimensão condições de trabalho na ESF (fator 1), enquanto os auxiliares de enfermagem, seguidos dos enfermeiros, avaliam mais negativamente essa dimensão. No fator 5, o padrão avaliativo se inverte, pois na dimensão capacitação profissional os auxiliares de enfermagem, seguidos dos enfermeiros, avaliam mais positivamente essa dimensão enquanto os ACD a avaliam de forma bastante negativa.

Tabela 50. Comparação entre as médias da avaliação nos Fatores 4 e 5

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
FATOR 1	Dentista	2	40,3976	1,79470
	Enfermeiro	3	13,8889	9,62250
	ACS	3	35,3353	13,05020
	ACD	2	43,1139	9,73846
	Aux. de enfermagem	2	11,7513	12,64023
	Total	12	28,1832	16,05197
FATOR 5	Dentista	2	5,6379	7,97318
	Enfermeiro	3	50,0000	25,00000
	ACS	3	33,3333	14,43376
	ACD	2	0,0000	,00000
	Aux. de enfermagem	2	58,3053	21,96835
	Total	12	31,4905	26,98302

Apesar da diferença relatada na tabela acima, o Teste *Post Hoc* de *Scheffe* não apontou uma diferença de médias significativa entre as avaliações dos profissionais. O teste t de *Student* também não demonstrou diferenças significativas no que concerne à avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade.

Cidade 8

A tabela 51 mostra que a ANOVA da cidade 8 (Pedras de Fogo) identificou diferenças entre as categorias profissionais nos fatores 4 e 5.

Tabela 51. Comparação entre a avaliação dos profissionais segundo categorias profissionais

Fatores	Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	P
Fator 4	Entre os grupos	5	1033,611	2,823	,035
	Dentro dos grupos	27	366,174		
	Total	32			
Fator 5	Entre os grupos	5	719,898	3,323	,018
	Dentro dos grupos	27	216,632		
	Total	32			

A tabela 52 mostra que, de todos os profissionais da EqSF, os ACS e os ACD são os que avaliam mais positivamente a dimensão compreensão da ESF (fator 4); já os dentistas avaliam mais negativamente esse fator. Na dimensão capacitação profissional (fator 5), os ACD também são aqueles que avaliam mais positivamente seguido dos médicos, enquanto os auxiliares de enfermagem avaliam esse fator mais negativamente.

Tabela 52. Comparação entre as médias da avaliação nos Fatores 4 e 5

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
FATOR 4	Médico	2	43,750	26,516
	Dentista	3	25,000	12,500
	Enfermeiro	4	59,375	11,967
	ACS	16	66,661	16,571
	ACD	5	62,500	31,868
	Aux. de enfermagem	3	49,988	11,399
	Total	33	58,456	21,690
FATOR 5	Médico	2	87,500	17,677
	Dentista	3	66,666	28,867
	Enfermeiro	4	75,000	20,412
	ACS	16	91,663	12,637
	ACD	5	75,000	0,000
	Aux. de enfermagem	3	64,686	10,590
	Total	33	82,141	17,183

O Teste *Post Hoc* de *Scheffe* não mostrou diferenças significativas entre as médias dos profissionais da EqSF para identificar quais categorias profissionais se diferenciam.

A tabela 53 demonstrou, através do teste *t* de *Student*, uma diferença significativa, ligeiramente superior a 19 pontos no fator 4 no que se refere à avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade.

Tabela 53. Test *t* comparando a avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade

Fator 4	Teste de Levine		Test <i>t</i> para igualdade de médias						
	F	<i>p</i>	<i>t</i>	gl	<i>p</i> (2-tailed)	Diferença de Médias	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95%	
								Mínimo	Máximo
Igualdade variância assumida	0,223	0,640	-2,442	31	0,020	-19,266	7,888	-35,353	-3,178
Igualdade variância não assumida			-2,393	13,876	0,031	-19,266	8,050	-36,546	-1,985

As diferenças apontadas no tocante ao nível de escolaridade demonstra que os profissionais de nível superior avaliam o fator 4 de modo mais negativo do que os profissionais de nível médio/técnico, tal como aponta a tabela 54.

Tabela 54. Comparação entre as médias da avaliação nos Fatores 4

Nível de escolaridade dos profissionais de saúde por fator		N	Média	Desvio Padrão
Fator 4	Nível superior	9	44,4444	20,83333
	Nível médio/técnico	24	63,7106	19,94880

Cidade 9

Para realizar a ANOVA da cidade 9 (Pilar) foi necessário eliminar 2 respondentes: 1 médico e 1 ACD, pois eles não constituem a avaliação de um grupo, mas de indivíduos. A tabela 55 mostra que a nova ANOVA realizada após este procedimento identificou diferenças entre as categorias profissionais nos fatores 2, 4 e 5.

Tabela 55. Comparação entre a avaliação dos profissionais segundo categorias profissionais

Fatores		Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	P
Fator 2	Entre os grupos	4550,762	3	1516,921	6,448	0,016
	Dentro dos grupos	1882,080	8	235,260		
	Total	6432,842	11			
Fator 4	Entre os grupos	4110,972	3	1370,324	7,523	0,010
	Dentro dos grupos	1457,271	8	182,159		
	Total	5568,243	11			
Fator 5	Entre os grupos	9876,833	3	3292,278	7,874	0,009
	Dentro dos grupos	3345,014	8	418,127		
	Total	13221,847	11			

Os enfermeiros e dentistas apresentam as maiores médias dos profissionais da EqSF na dimensão sistema de referência e contrarreferência da ESF (fator 2), implicando em avaliações mais positivas; por outro lado, os auxiliares de enfermagem avaliam mais

negativamente esse fator, como pode ser observado na tabela 33. No fator 4 (compreensão da ESF) e 5 (capacitação profissional) os ACS avaliam mais positivamente que os demais, enquanto os enfermeiros apontam uma avaliação mais negativa da EqSF nesses fatores. Por fim, ressalta-se também que os dentistas apresentaram uma avaliação mais negativa do que os enfermeiros no que se refere à capacitação profissional, como pode ser observado na tabela 56.

Tabela 56. Comparação entre as médias da avaliação nos Fatores 2, 4 e 5

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
FATOR 2	Dentista	2	91,8704	4,21655
	Enfermeiro	3	96,2963	6,41500
	ACS	4	72,2222	23,12962
	Aux. de enfermagem	3	45,6158	9,40897
	Total	12	74,8638	24,18272
FATOR 4	Dentista	2	50,0000	,00000
	Enfermeiro	3	37,5000	12,50000
	ACS	4	84,3750	18,75000
	Aux. de enfermagem	3	57,6618	6,71132
	Total	12	60,2488	22,49898
FATOR 5	Dentista	2	12,5000	17,67767
	Enfermeiro	3	25,0000	25,00000
	ACS	4	81,2500	23,93568
	Aux. de enfermagem	3	71,7400	5,64641
	Total	12	53,3517	34,66967

O Teste *Post Hoc* de *Scheffe* apontou uma gama de diferenças significativas entre as categorias profissionais. No fator 2 (sistema de referência e contrarreferência) o teste mostrou uma diferença ligeiramente superior a 50 pontos na avaliação entre enfermeiro e auxiliar de enfermagem. No fator 4, (compreensão do PSF) surgiram diferenças de aproximadamente 47 pontos entre a avaliação dos enfermeiros e dos ACS. Por fim, no fator 5,

os ACS apresentaram diferenças de avaliação com os dentistas (68,75 pontos) e com os enfermeiros (56,25 pontos), tal como aponta a tabela 57.

Tabela 57. Comparação das médias das avaliações por pares de profissionais no Fator 2, 4 e 5

Fatores	Profissão (I)	Profissão (J)	Diferença de médias (I-J)	Margem de erro	p	Intervalo de confiança de 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Fator 2	Enfermeiro	Aux. enfermagem	50,680*	12,523	0,024	6,940	94,421
Fator 4	Enfermeiro	ACS	-46,875*	10,308	0,013	-82,877	-10,872
Fator 5	ACS	Dentista	68,750*	17,708	0,030	6,900	130,599
		Enfermeiro	56,250*	15,617	0,043	1,703	110,796

* A diferença de média é significativa para $p \leq 0,005$.

O teste t de *Student* demonstrou diferenças significativas nos fatores 2 (35 pontos), 4 (23,90 pontos) e 5 (40,68 pontos) no tocante ao nível de escolaridade dos profissionais, como pode ser constatado na tabela 58.

Tabela 58. Test t comparando a avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade

Fatores		Teste de Levine		Test t para igualdade de médias						
		F	p	t	gl	p (2-tailed)	Diferença de Médias	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95%	
									Mínimo	Máximo
Fator 2	Igualdade variância assumida	1,907	0,189	3,710	14	0,002	35,086	9,456	14,804	55,369
	Igualdade variância não assumida			4,215	13,989	0,001	35,086	8,323	17,232	52,940
Fator 4	Igualdade variância assumida	2,239	0,157	-2,650	14	0,019	-23,903	9,020	-43,250	-4,557
	Igualdade variância não assumida			-3,096	13,841	0,008	-23,903	7,721	-40,481	-7,325
Fator 5	Igualdade variância assumida	1,406	0,255	-2,673	14	0,018	-40,688	15,223	-73,342	-8,034
	Igualdade variância não assumida			-2,379	7,443	0,047	-40,688	17,106	-80,655	-,721

A tabela 59 mostra as estatísticas descritivas (média e desvio padrão) retratando que os profissionais de nível médio/técnico avaliam os fatores 4 e 5 de modo mais positivo do que os profissionais de nível superior. Todavia, o fator 2 é avaliado mais positivamente pelos profissionais de nível superior do que pelos profissionais de nível médio/técnico.

Tabela 59. Comparação entre as médias da avaliação nos Fatores 2, 4 e 5

Nível de escolaridade dos profissionais de saúde por fator		N	Média	Desvio padrão
Fator 2	Nível superior	6	89,8827	12,41268
	Nível médio/técnico	10	54,7958	20,88188
Fator 4	Nível superior	6	43,7500	10,45825
	Nível médio/técnico	10	67,6538	20,34353
Fator 5	Nível superior	6	33,3333	37,63863
	Nível médio/técnico	10	74,0220	23,77226

Cidade 10

Na cidade 10 (Juripiranga) não foram identificadas diferenças entre as categorias profissionais segundo a Análise de Variância (ANOVA). Todavia o teste t de *Student* apresentou diferenças entre a avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade, tal como aponta a tabela 60.

Tabela 60. Teste t comparando a avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade

Fator 3	Teste de Levine		Teste t para igualdade de médias						
	F	p	t	gl	p (2-tailed)	Diferença de médias	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95%	
								Mínimo	Máximo
Igualdade variância assumida	0,715	0,407	-2,235	22	0,036	-31,583	14,130	-60,888	-2,278
Igualdade variância não assumida			-1,919	5,345	0,109	-31,583	16,455	-73,077	9,909

Ao analisar a magnitude dessa diferença, pode ser observado na tabela 38 que os profissionais de nível superior avaliam o fator 3 de modo mais negativo do que os profissionais de nível médio/técnico, tal como aponta a tabela 61.

Tabela 61. Comparação entre as médias da avaliação no Fator 3

Nível de escolaridade dos profissionais de saúde por fator		N	Média	Desvio padrão
Fator 3	Nível superior	5	26,3110	34,17665
	Nível médio/técnico	19	57,8947	26,57880

Cidade 11

A tabela 62 mostra os resultados da ANOVA da cidade11 (Belém) que apontou diferenças significativas entre as categorias profissionais no que se refere ao sistema de referência e contrarreferência (fator 2).

Tabela 62. Comparação entre a avaliação dos profissionais segundo categorias profissionais

Fatores		Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	p
Fator 2	Entre os grupos	6345,754	5	1269,151	2,987	0,028
	Dentro dos grupos	11896,208	28	424,865		
	Total	18241,962	33			

Na tabela 63 pode-se perceber que os médicos apresentaram uma avaliação mais positiva no fator 2 do que os demais profissionais, seguido pelos ACS, enquanto os auxiliares de enfermagem possuem uma avaliação mais negativa do sistema de referência e contrarreferência.

Tabela 63. Comparação entre as médias da avaliação nos Fatores 2

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
FATOR 2	Médico	2	72,2222	39,28371
	Dentista	2	48,4913	5,72319
	Enfermeiro	4	63,8889	21,03299
	ACS	21	67,9640	18,95044
	ACD	3	37,0370	27,96235
	Aux. de enfermagem	2	22,2222	15,71348
	Total	34	61,1701	23,51142

O Teste *Post Hoc* de *Scheffe* não identificou diferenças significativas entre as médias dos profissionais da ESF agrupados por categoria. No entanto, o teste *t* de *Student* demonstrou uma diferença significativa de 14 pontos no fator 4 e de 17 pontos no fator 5 no tocante à avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade, como mostra a tabela 64.

Tabela 64. Test *t* comparando a avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade

Fatores		Teste de Levine		Test <i>t</i> para igualdade de médias						
		F	<i>p</i>	<i>t</i>	gl	<i>p</i> (2-tailed)	Diferença de Médias	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95%	
									Mínimo	Máximo
Fator 4	Igualdade variância assumida	1,575	0,219	-2,005	32	0,054	-14,828	7,397	-29,896	0,239
	Igualdade variância não assumida			-1,741	9,695	0,113	-14,828	8,519	-33,891	4,234
Fator 5	Igualdade variância assumida	,147	0,704	-2,207	32	0,035	-17,178	7,785	-33,036	-1,320
	Igualdade variância não assumida			-2,084	10,739	0,062	-17,178	8,244	-35,378	1,022

A tabela 65 mostra diferenças no tocante ao nível de escolaridade demonstrando que os profissionais de nível superior avaliam tanto o fator 4 quanto o fator 5 mais negativamente do que os profissionais de nível médio/técnico.

Tabela 65. Comparação entre as médias da avaliação nos Fatores 4 e 5

Nível de escolaridade dos profissionais de saúde por fator		N	Média	Desvio Padrão
Fator 4	Nível superior	8	50,000	22,160
	Nível médio/técnico	26	64,828	17,058
Fator 5	Nível superior	8	53,125	20,863
	Nível médio/técnico	26	70,303	18,781

Cidade 12

A ANOVA da cidade 12 (Alhandra) não pode ser realizada, pois só existiam mais de 2 respondentes em dois grupos, portanto foi realizado um teste t *Student* que identificou diferenças entre as categorias profissionais enfermeiros e ACS apenas no fator 1, como pode ser observado na tabela 66.

Tabela 66. Test t comparando a avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade

Fator 1	Teste de Levine		Test t para igualdade de médias						
	F	p	t	Gl	p (2-tailed)	Diferença de Médias	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95%	
								Mínimo	Máximo
Igualdade variância assumida	2,809	0,155	-5,093	5	0,004	-67,266	13,207	-101,218	2,809
Igualdade variância não assumida			-8,522	4,000	0,001	-67,266	7,893	-89,181	

A diferença apontada na avaliação dos enfermeiros e dos ACS demonstra que os enfermeiros avaliam o fator 1 mais negativamente que os ACS, tal como aponta a tabela 67.

Tabela 67. Comparação entre as médias da avaliação no Fator 1

Nível de escolaridade dos profissionais de saúde por fator		N	Média	Desvio Padrão
Fator 1	Enfermeiro	2	8,333	0,000
	ACS	5	75,600	17,649

Observe que as análises apresentadas também podem representar uma análise baseada no nível de escolaridade já que os enfermeiros representam os profissionais de nível superior e os ACS representam os profissionais de nível médio/técnico. Todavia, incluindo os três sujeitos anteriormente retirado das análises, pois eles estavam sozinhos como representantes de suas categorias, o teste *t* não apresentou diferenças significativas de avaliação no tocante ao nível de escolaridade dos profissionais.

Cidade 13

A ANOVA da cidade 13 (Bananeiras) não mostrou diferenças entre as categorias profissionais. O teste *t Student* não mostrou diferenças significativas na avaliação dos profissionais segundo seu nível de escolaridade. Isto pode ter acontecido devido ao número reduzido de profissionais (apenas 6) que responderam o instrumento.

Cidade 14

Para realização da ANOVA na cidade 14 (Pirpirituba), foi necessário retirar a categoria profissional médico, pois só havia um sujeito não se constituindo em um grupo. A tabela 68 mostra a nova análise que encontrou diferenças entre as categorias profissionais no fator 1.

Tabela 68. Comparação entre a avaliação dos profissionais segundo categorias profissionais

Fatores		Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	<i>p</i>
Fator 1	Entre os grupos	4870,954	3	1623,651	5,248	0,020
	Dentro dos grupos	3094,118	10	309,412		
	Total	7965,073	13			

Como pode ser constatado na tabela 69, os enfermeiros são os profissionais da EqSF que avaliam mais positivamente as condições de trabalho da ESF (fator 1), enquanto os enfermeiros avaliam mais negativamente essa dimensão.

Tabela 69. Comparação entre as médias da avaliação no Fator 1

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
FATOR 1	Dentista	2	71,939	16,113
	Enfermeiro	2	18,166	21,448
	ACS	6	49,663	20,593
	Aux. de enfermagem	4	21,839	9,201
	Total	14	40,396	24,752

O Teste *Post Hoc* de *Scheffe* não apontou diferenças significativas entre as avaliações dos grupos de profissionais da ESF. O teste t de *Student* também não demonstrou diferenças significativas no que se refere à avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade.

Cidade 15

Na cidade 15 (Areia), nas categorias profissionais dentista, ACD e auxiliar de enfermagem só tinham um sujeito; portanto, como ficaram apenas duas categorias profissionais (enfermeiros e ACS), foi realizado um teste t *Student* que não apresentou diferenças significativas entre essas categorias profissionais.

No entanto, incluindo os sujeitos retirados da análise anterior e realizando um teste t *Student* para diferenciar as avaliações dos profissionais segundo o nível de escolaridade, encontrou-se diferenças significativas nos fatores 2 e 3, como pode ser conferido na tabela 70.

Tabela 70. Test *t* comparando a avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade

Fatores		Teste de Levine		Test <i>t</i> para igualdade de médias						
		F	<i>p</i>	<i>t</i>	gl	<i>p</i> (2-tailed)	Diferença de Médias	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95%	
									Mínimo	Máximo
Fator 2	Igualdade variância assumida	7,214	0,018	1,265	14	0,227	14,771	11,677	-10,274	39,817
	Igualdade variância não assumida			2,705	12,000	0,019	14,771	5,461	2,871	26,671
Fator 3	Igualdade variância assumida	5,038	0,041	-1,112	14	0,285	-7,989	7,187	-23,404	7,425
	Igualdade variância não assumida			-2,377	12,000	0,035	-7,989	3,361	-15,313	-0,665

A diferença de avaliação dos profissionais é de aproximadamente 15 pontos no fator 2 e de 8 pontos no fator 3 no tocante ao nível de escolaridade, o que demonstra que os profissionais de nível superior avaliam o sistema de referência e contrarreferência (fator 2) de modo mais positivo e a acessibilidade ao atendimento (fator 3) de modo mais negativo do que os profissionais de nível médio/técnico, tal como aponta a tabela 71.

Tabela 71. Comparação entre as médias da avaliação nos Fatores 2 e 3

Nível de escolaridade dos profissionais de saúde por fator		N	Média	Desvio Padrão
Fator 2	Nível superior	3	100,000	0,000
	Nível médio/técnico	13	85,228	19,692
Fator 3	Nível superior	3	80,000	0,000
	Nível médio/técnico	13	87,989	12,120

Cidade 16

A ANOVA da cidade 16 (Alagoinhas) apresentou diferenças significativas entre as categorias profissionais nos fatores 1 e 2, tal como aponta a tabela 72.

Tabela 72. Comparação entre a avaliação dos profissionais segundo categorias profissionais

Fatores		Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	p
Fator 1	Entre os grupos	7406,518	3	2468,839	3,742	0,049
	Dentro dos grupos	6597,126	10	659,713		
	Total	14003,644	13			
Fator 2	Entre os grupos	4629,593	3	1543,198	6,006	0,013
	Dentro dos grupos	2569,589	10	256,959		
	Total	7199,181	13			

Na tabela 73 observe que os médicos são os profissionais da EqSF que avaliam mais positivamente as dimensões condições de trabalho da ESF (fator 1) e sistema de referência e contrarreferência (fator 2). Os auxiliares de enfermagem avaliam mais negativamente tanto o fator 1 quanto o fator 2.

Tabela 73. Comparação entre as médias da avaliação nos Fatores 1 e 2

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
FATOR 1	Médico	3	86,1111	4,81125
	Enfermeiro	2	54,1667	5,89256
	ACS	7	33,3333	30,80705
	Aux. de enfermagem	2	20,2690	28,66467
	Total	14	45,7527	32,82078
FATOR 2	Médico	3	91,1762	7,93150
	Enfermeiro	2	83,3333	23,57023
	ACS	7	86,8587	10,54311
	Aux. de enfermagem	2	35,8222	34,94671
	Total	14	79,9893	23,53260

Tal como aponta a tabela 74, o Teste *Post Hoc* de *Scheffe* apontou uma diferença significativa no fator 2, ligeiramente superior a 55 pontos, entre as avaliações dos auxiliares de enfermagem e dos médicos, e de 50 pontos entre auxiliares de enfermagem e ACS.

Tabela 74. Comparação das médias das avaliações por pares de profissionais no Fator 2

Fator 1	Profissão (I)	Profissão (J)	Diferença de médias (I-J)	Margem de erro	p	Intervalo de confiança de 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Fator 2	Auxiliar de enfermagem	Médico	-55,354*	14,633	0,026	-104,161	-6,546
		ACS	-51,036*	12,852	0,020	-93,904	-8,168

* A diferença de média é significativa para $p \leq 0,005$.

O teste t de Student demonstrou uma diferença significativa ligeiramente superior a 21 pontos no fator 4 no que se refere apenas à avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade, como mostra a tabela 75.

Tabela 75. Test t comparando a avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade

Fatores		Teste de Levine		Test t para igualdade de médias						
		F	p	t	gl	p (2-tailed)	Diferença de Médias	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95%	
									Mínimo	Máximo
Fator 1	Igualdade variância assumida	2,205	0,163	2,963	12	0,012	42,903	14,479	11,354	2,205
	Igualdade variância não assumida			3,397	11,696	0,005	42,903	12,628	15,309	

A diferenças de aproximadamente 43 pontos demonstrada pelo *test t* no tocante ao nível de escolaridade demonstra que os profissionais de nível superior avaliam o fator 1 de modo mais positivo do que os profissionais de nível médio/técnico, tal como aponta a tabela 76.

Tabela 76. Comparação entre as médias da avaliação no Fator 1

Nível de escolaridade dos profissionais de saúde por fator		N	Média	Desvio Padrão
Fator 1	Nível superior	5	73,333	18,066
	Nível médio/técnico	9	30,430	29,115

Cidade 17

Na cidade 17 (Esperança), a ANOVA não demonstrou diferenças significativas de avaliação da ESF entre as categorias profissionais, assim como o teste *t* de *Student* não encontrou diferenças significativas no que se refere à avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade.

Cidade 18

Assim como na cidade anterior, a ANOVA da cidade 18 (Ingá) não demonstrou diferenças significativas de avaliação da ESF entre as categorias profissionais e o teste *t* de *Student* e também não encontrou diferenças significativas no tocante à avaliação dos profissionais de acordo com o nível de escolaridade.

Cidade 19

A ANOVA da cidade 19 (Itabaiana) não apresentou diferenças significativas entre as categorias profissionais. Todavia, no que se refere à avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade, a tabela 77 apresenta os resultados do teste *t* de *Student* que encontrou uma diferença significativa de aproximadamente 24 pontos no fator 2 e de 26,71 pontos no fator 4.

Tabela 77. Test *t* comparando a avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade

Fatores		Teste de Levine		Test <i>t</i> para igualdade de médias						
		F	<i>p</i>	<i>t</i>	Gl	<i>p</i> (2-tailed)	Diferença de médias	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95%	
									Mínimo	Máximo
Fator 2	Igualdade variância assumida	0,160	0,693	2,249	26	0,033	23,824	10,591	2,052	45,595
	Igualdade variância não assumida			2,115						
Fator 4	Igualdade variância assumida	1,085	0,307	-3,143	26	0,004	-26,718	8,500	-44,191	-9,245
	Igualdade variância não assumida			-2,952						

A diferenças demonstradas pelo *test t* no tocante ao nível de escolaridade demonstra que os profissionais de nível superior avaliam o fator 2 de modo mais positivo do que os profissionais de nível médio/técnico, tal como aponta a tabela 78. No fator 4, a situação se inverte, pois os profissionais de nível médio/técnico avaliam mais positivamente este fator do que os profissionais de nível superior.

Tabela 78. Comparação entre as médias da avaliação no Fator 1

Nível de escolaridade dos profissionais de saúde por fator		N	Média	Desvio Padrão
Fator 2	Nível superior	9	66,042	29,190
	Nível médio/técnico	19	42,218	24,717
Fator 4	Nível superior	9	31,944	23,477
	Nível médio/técnico	19	58,662	19,809

Cidade 20 (Pocinhos)

Só foi possível realizar a ANOVA da cidade 20 (Pocinhos) quando foram eliminadas as categorias profissionais médico e ACD, pois só possuíam um representante cada. Mesmo após a eliminação destes participantes, a ANOVA não encontrou diferenças significativas entre as avaliações por categoria profissional.

Após incluir novamente os profissionais (médico e ACD) para calcular o *test t* e verificar se haveriam diferenças significativas de avaliação relacionadas ao nível de escolaridade dos profissionais, as análises também não mostraram dados significativos.

Cidade 21 (Juazeirinho)

Após a eliminação da categoria profissional médico por só existir um respondente, a ANOVA da cidade 21 (Juazeirinho) apresentou diferenças significativas entre as categorias profissionais no fator 1, tal como aponta a tabela 79.

Tabela 79. Comparação entre a avaliação dos profissionais segundo categorias profissionais

Fatores		Soma dos Quadrados	gl	Quadrados Médios	F	<i>p</i>
Fator 1	Entre os grupos	2735,160	2	1367,580	4,451	0,028
	Dentro dos grupos	5223,130	17	307,243		
	Total	7958,290	19			

A tabela 80 mostra que os ACS são os profissionais da EqSF que avaliam mais positivamente as condições de trabalho da ESF (fator 1), enquanto os enfermeiros avaliam mais negativamente esse fator.

Tabela 80. Comparação entre as médias da avaliação no Fator 1

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
Fator 1	Enfermeiro	2	29,1667	29,46278
	ACS	15	63,9201	17,25831
	Aux. de enfermagem	3	44,4444	9,62250
	Total	20	57,5234	20,46601

O teste t de *Student* demonstrou uma diferença significativa de 37,53 pontos no fator 1 no que se refere à avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade, como mostra a tabela 81.

Tabela 81. Test t comparando a avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade

Fator 1	Teste de Levine		Test t para igualdade de médias						
	F	p	t	gl	p (2-tailed)	Diferença de médias	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95%	
								Mínimo	Máximo
Igualdade variância assumida	0,098	0,757	-2,813	20	0,011	-37,537	13,346	-65,376	-9,697
Igualdade variância não assumida			-2,398	2,435	0,116	-37,537	15,650	-94,562	19,487

Essa diferença encontrada pelo *test t* no tocante ao nível de escolaridade demonstra que os profissionais de nível superior avaliam o fator 1 de modo mais negativo do que os profissionais de nível médio/técnico, tal como aponta a tabela 82.

Tabela 82. Comparação entre as médias da avaliação no Fator 1

Nível de escolaridade dos profissionais de saúde por fator		N	Média	Desvio padrão
Fator 1	Nível superior	3	20,382	25,797
	Nível médio/técnico	19	57,919	20,947

Cidade 22

Na cidade 22 (Junco do Seridó) não puderam ser realizadas nem a ANOVA nem o *test t de Student*, pois participaram do estudo apenas 4 profissionais da categoria ACS, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem, o que implica em apenas 1 grupo, não podendo ser comparado.

Cidade 23 (Santa Luzia)

A ANOVA da cidade 23 (Santa Luzia) só pode ser realizada após a exclusão de três categorias profissionais: médico, dentista e auxiliar de enfermagem por só existirem um respondente em cada. A nova ANOVA apresentou diferenças significativas entre as demais categorias profissionais no fator 5, tal como aponta a tabela 83.

Tabela 83. Comparação entre a avaliação dos profissionais segundo categorias profissionais

Fatores		Soma dos quadrados	Gl	Quadrados médios	F	p
Fator 5	Entre os grupos	8359,375	2	4179,688	6,782	0,016
	Dentro dos grupos	5546,875	9	616,319		
	Total	13906,250	11			

A tabela 84 mostra que os ACS são os profissionais da EqSF que avaliam mais positivamente a dimensão capacitação profissional (fator 5), enquanto os ACD avaliam mais negativamente esse fator.

Tabela 84. Comparação entre as médias da avaliação no Fator 5

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
Fator 5	Enfermeiro	2	50,000	0,000
	ACS	8	71,875	28,149
	ACD	2	0,000	0,000
	Total	12	56,250	35,555

O Teste *Post Hoc* de *Scheffe* apontou uma diferença alta (71,875 pontos) entre as avaliações dos ACS e dos ACD no que se refere à capacitação profissional (fator 5), como pode ser visto na tabela 85.

Tabela 85. Comparação das médias das avaliações por pares de profissionais no Fator 5

Fator	Profissão (I)	Profissão (J)	Diferença de médias (I-J)		p	Intervalo de confiança de 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Fator 5	ACS	ACD	71,875*	19,626	0,016	14,610	129,139

* A diferença de média é significativa para $p \leq 0,005$.

O teste t de *Student* demonstrou uma diferença significativa de 24,42 pontos no fator 5 no que se refere à avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade apenas, como mostra a tabela 86.

Tabela 86. Test t comparando a avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade

Fator 5	Teste de Levine		Test t para igualdade de médias						
	F	P	t	gl	p (2-tailed)	Diferença de Médias	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95%	
								Mínimo	Máximo
Igualdade variância assumida	0,603	0,451	2,137	13	0,052	24,428	11,431	-0,267	49,123
Igualdade variância não assumida			2,734	9,516	0,022	24,428	8,936	4,379	44,476

A tabela 87 mostra que a diferença encontrada pelo *test t* no tocante ao nível de escolaridade demonstra que os profissionais de nível superior avaliam a capacitação profissional (fator 5) de modo mais positivo do que os profissionais de nível médio/técnico.

Tabela 87. Comparação entre as médias da avaliação no Fator 5

Nível de escolaridade dos profissionais de saúde por fator		N	Média	Desvio Padrão
Fator 2	Nível superior	4	75,736	12,455
	Nível médio/técnico	11	51,308	21,254

Cidade 24 (São Mamede)

A ANOVA da cidade 24 (São Mamede) encontrou diferenças significativas entre as demais categorias profissionais no fator 1, tal como aponta a tabela 88.

Tabela 88. Comparação entre a avaliação dos profissionais segundo categorias profissionais

Fatores		Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	p
Fator 1	Entre os grupos	3070,970	2	1535,485	4,895	0,019
	Dentro dos grupos	5960,463	19	313,709		
	Total	9031,433	21			

A tabela 89 mostra que os enfermeiros são os profissionais da EqSF que avaliam mais positivamente a dimensão condições de trabalho (fator 1), enquanto os auxiliares de enfermagem avaliam mais negativamente esse fator.

Tabela 89. Comparação entre as médias da avaliação no Fator 1

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
Fator 1	Enfermeiro	2	79,166	29,462
	ACS	18	40,958	16,768
	Aux. de enfermagem	2	29,166	17,677
	Total	22	43,359	20,738

O Teste *Post Hoc* de *Scheffe* apontou uma diferença ligeiramente superior a 38 pontos entre as avaliações dos enfermeiros e ACS e de 50 pontos entre enfermeiros e

auxiliares de enfermagem dos ACD no que se refere às condições de trabalho na ESF, como pode ser visto na tabela 90.

Tabela 90. Comparação das médias das avaliações por pares de profissionais no Fator 5

Fator	Profissão (I)	Profissão (J)	Diferença de médias (I-J)		P	Intervalo de confiança de 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Fator 5	Enfermeiro	ACS	38,208*	13,201	0,031	3,171	73,245
		Aux. enfermagem	50,000*	17,711	0,036	2,992	97,007

* A diferença de média é significativa para $p \leq 0,005$.

O teste t de *Student* demonstrou uma diferença significativa de 39,38 pontos no fator 1 no que se refere à avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade apenas, como mostra a tabela 91. Pode-se observar também que no fator 2 aparece uma diferença de 28,66 pontos entre as avaliações dos profissionais da EqSF segundo o nível de escolaridade.

Tabela 91. Test t comparando a avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade

Fatores		Teste de Levine		Test t para igualdade de médias						
		F	p	t	gl	p (2-tailed)	Diferença de Médias	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95%	
									Mínimo	Máximo
Fator 1	Igualdade variância assumida	1,230	0,281	3,014	20	0,007	39,387	13,068	12,126	66,648
	Igualdade variância não assumida			1,861	1,066	0,302	39,387	21,168	-193,354	272,129
Fator 2	Igualdade variância assumida	1,192	0,288	2,302	20	0,032	28,665	12,452	2,690	54,640
	Igualdade variância não assumida			4,248	2,151	0,045	28,665	6,748	1,503	55,827

A tabela 92 mostra que a diferença encontrada pelo *test t* no tocante ao nível de escolaridade demonstra que os profissionais de nível superior avaliam mais positivamente do que os profissionais de nível médio/técnico tanto o fator 1 quanto o fator 2.

Tabela 92. Comparação entre as médias da avaliação nos Fatores 1 e 2

Nível de escolaridade dos profissionais de saúde por fator		N	Média	Desvio padrão
Fator 1	Nível superior	2	79,1667	29,46278
	Nível médio/técnico	20	39,7791	16,76883
Fator 2	Nível superior	2	94,4444	7,85674
	Nível médio/técnico	20	65,7792	17,13231

Cidade 25

Na cidade 25 (São José do Sabugi) a ANOVA não pode ser realizada, pois só havia um profissional de cada categoria, excetuando-se a categoria ACS que não teve respondente. O teste *t Student* não encontrou diferenças significativas entre a avaliação dos profissionais de acordo com o nível de escolaridade.

Cidade 26

Em Cabaceiras (cidade 26), responderam ao instrumento 8 profissionais, sendo 2 ACS, 2 auxiliares de enfermagem e um das categorias médico, enfermeiro, dentista e ACD, o que impossibilitou a realização da ANOVA. Então, optou-se inicialmente por realizar um teste *t* de *Student* para verificar se haveria diferenças entre os ACS e os auxiliares de enfermagem, porém os resultados não demonstraram diferenças significativas entre estas categorias profissionais. Todavia, ainda foi realizado um teste *t* para verificar se havia diferenças na avaliação segundo o nível de escolaridade dos profissionais. No entanto, as análises também não encontraram nenhuma diferença significativa entre as avaliações dos profissionais de nível superior e de nível técnico.

Cidade 27

Após excluir a categoria médico por existir apenas um respondente, a ANOVA da cidade 27 (Boqueirão) encontrou diferenças significativas no fator 3, como mostra a tabela 93.

Tabela 93. Comparação entre a avaliação dos profissionais segundo categorias profissionais

Fatores		Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	p
Fator 3	Entre os grupos	9750,346	4	2437,586	2,875	0,050
	Dentro dos grupos	16956,281	20	847,814		
	Total	26706,627	24			

As análises mostram que os ACS são os profissionais da EqSF que avaliam mais positivamente a dimensão acessibilidade de atendimento na ESF (fator 3), enquanto os auxiliares de enfermagem avaliam mais negativamente esse fator, como mostra a tabela 94.

Tabela 94. Comparação entre as médias da avaliação no Fator 3

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
Fator 3	Dentista	5	52,000	30,331
	Enfermeiro	5	25,862	29,409
	ACS	8	67,500	21,213
	ACD	4	60,000	43,204
	Aux. de enfermagem	3	13,333	23,094
	Total	25	48,372	33,358

O Teste *Post Hoc* de *Scheffe* não encontrou diferenças significativas entre as avaliações dos pares de profissionais. O teste t de *Student* também não encontrou diferenças significativas no que se refere à avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade.

Cidade 28

A ANOVA da cidade 28 (Barra de Santana) não apontou diferenças significativas entre as avaliações segundo categoria profissional. O teste *t Student* também não apresentou diferenças nas avaliações de acordo com o nível de escolaridade dos profissionais da EqSF.

Cidade 29

A cidade 29 (Sumé) apontou diferenças significativas na avaliação por categoria profissional nos fatores 2 (sistema de referência e contrarreferência) e 3 (acessibilidade ao atendimento na ESF), tal como aponta os resultados da ANOVA na tabela 95.

Tabela 95. Comparação entre a avaliação dos profissionais segundo categorias profissionais

Fatores		Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	<i>p</i>
Fator 2	Entre os grupos	13621,037	4	3405,259	21,460	0,000
	Dentro dos grupos	3649,625	23	158,679		
	Total	17270,662	27			
Fator 3	Entre os grupos	10907,283	4	2726,821	4,653	0,007
	Dentro dos grupos	13478,431	23	586,019		
	Total	24385,714	27			

A tabela 96 mostra que os auxiliares de enfermagem seguidos dos ACS avaliam melhor o sistema de referência e contrarreferência, enquanto os ACD são os profissionais da EqSF que avaliam mais negativamente este fator. Pode-se notar, ainda, que a acessibilidade ao atendimento na ESF (fator 3) é melhor avaliada pelo grupo de ACS e pior avaliada pelos dentistas.

Tabela 96. Comparação entre as médias da avaliação nos Fatores 2 e 3

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
FATOR 2	Dentista	2	16,666	23,570
	Enfermeiro	3	73,041	5,733
	ACS	17	85,621	6,531
	ACD ou téc. em hig. Bucal	2	33,333	47,140
	Auxiliar ou téc. enfermagem	4	94,444	6,415
	Total	28	76,873	25,291
FATOR 3	Dentista	2	10,000	14,142
	Enfermeiro	3	33,333	30,550
	ACS	17	74,117	20,934
	ACD ou téc. em hig. Bucal	2	60,000	56,568
	Auxiliar ou téc. enfermagem	4	50,000	20,000
	Total	28	60,714	30,053

O Teste *Post Hoc* de *Scheffe* encontrou muitas diferenças por grupo. Na tabela 97 pode-se observar que no fator 2 os dentistas e os ACD mostraram avaliar a ESF de maneira diferente de enfermeiros, ACS e auxiliares de enfermagem. No fator 3, os dentistas se diferenciaram quanto a sua avaliação dos ACS.

Tabela 97. Comparação das médias das avaliações por pares de profissionais no Fator 2 e 3

Fatores	Profissão (I)	Profissão (J)	Diferença de médias (I-J)	Margem de erro	P	Intervalo de confiança de 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Fator 2	Dentista	Enfermeiro	-56,374*	11,499	0,002	-94,827	-17,920
		ACS	-68,954*	9,416	0,000	-100,443	-37,465
		Aux. enfermagem	-77,777*	10,909	0,000	-114,257	-41,297
	ACD	Enfermeiro	-39,707*	11,499	0,040	-78,160	-1,254
		ACS	-52,287*	9,416	0,000	-83,776	-20,798
		Aux. enfermagem	-61,111*	10,909	0,000	-97,591	-24,631
Fator 3	Dentista	ACS	-64,117*	18,096	0,034	-124,631	-3,603

* A diferença de média é significativa para $p \leq 0,005$.

O teste t *Student* também apontou diferenças significativas nos fatores 2 e 3 entre a avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade, tal como pode ser visto na tabela 98.

Tabela 98. Test t comparando a avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade

Fatores		Teste de Levine		Test t para igualdade de médias						
		F	p	t	gl	p (2-tailed)	Diferença de Médias	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95%	
									Mínimo	Máximo
Fator 2	Igualdade variância assumida	4,161	0,052	-2,907	26	0,007	-32,117	11,047	-54,827	-9,408
	Igualdade variância não assumida			-2,079	4,632	0,097	-32,117	15,451	-72,805	8,570
Fator 3	Igualdade variância assumida	0,000	0,990	-3,631	26	0,001	-44,695	12,309	-69,998	-19,392
	Igualdade variância não assumida			-3,505	5,678	0,014	-44,695	12,751	-76,331	-13,060

A tabela 99 mostra que a diferença encontrada pelo *test t* no tocante ao nível de escolaridade demonstra que os profissionais de nível médio/técnico avaliam mais positivamente do que os profissionais de nível superior tanto o fator 2 quanto o fator 3.

Tabela 99. Comparação entre as médias da avaliação nos Fatores 1 e 2

Nível de escolaridade dos profissionais de saúde por fator		N	Média	Desvio Padrão
Fator 2	Nível superior	5	50,491	33,297
	Nível médio/técnico	23	82,608	19,770
Fator 3	Nível superior	5	24,000	26,076
	Nível médio/técnico	23	68,695	24,735

Cidade 30

A ANOVA da cidade 30 (Monteiro) apresentou diferenças significativas na avaliação da dimensão compreensão da ESF (fator 4) segundo a categoria profissional, tal como aponta a tabela 100.

Tabela 100. Comparação entre a avaliação dos profissionais segundo categorias profissionais

Fatores		Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	P
Fator 4	Entre os grupos	7020,915	5	1404,183	3,315	0,022
	Dentro dos grupos	9318,655	22	423,575		
	Total	16339,570	27			

A tabela 101 mostra que os ACS são os profissionais da EqSF que avaliam mais positivamente a dimensão compreensão da ESF (fator 4), enquanto os dentistas avaliam mais negativamente esse fator.

Tabela 101. Comparação entre as médias da avaliação no Fator 5

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
Fator 5	Médico	2	31,250	8,838
	Dentista	3	12,500	12,500
	Enfermeiro	4	23,721	10,521
	ACS	10	58,154	16,172
	ACD	3	31,531	37,741
	Aux. de enfermagem	6	42,183	26,050
	Total	28	40,147	24,600

O Teste *Post Hoc* de *Scheffe* não apontou diferenças significativas entre as avaliações dos profissionais por pares de categoria. No entanto, o teste t de *Student* demonstrou diferenças de médias significativas (27, 28 e 29 pontos) nos fatores 1, 2 e 4, respectivamente, no que se refere à avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade, como mostra a tabela 102.

Tabela 102. *Test t* comparando a avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade

Fatores		Teste de Levine		Test <i>t</i> para igualdade de médias						
		F	<i>p</i>	<i>T</i>	gl	<i>p</i> (2-tailed)	Diferença de Médias	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95%	
									Mínimo	Máximo
Fator 1	Igualdade variância assumida	0,008	0,930	2,500	26	0,019	29,295	11,716	5,211	53,379
	Igualdade variância não assumida			2,415	14,521	0,029	29,295	12,130	3,364	55,226
Fator 2	Igualdade variância assumida	7,115	0,013	3,196	26	0,004	28,057	8,778	10,013	46,102
	Igualdade variância não assumida			4,221	25,465	0,000	28,057	6,646	14,381	41,734
Fator 4	Igualdade variância assumida	4,366	0,047	-3,161	26	0,004	-27,253	8,621	-44,976	-9,531
	Igualdade variância não assumida			-3,959	25,837	0,001	-27,253	6,884	-41,410	-13,097

A tabela 103 mostra que a diferença encontrada pelo *test t* no tocante ao nível de escolaridade demonstra que os profissionais de nível superior avaliam as condições de trabalho na ESF (fator 1) e o sistema de referência e contrarreferência (fator 2) de modo mais positivo do que os profissionais de nível médio/técnico. No fator 4, a estrutura de avaliação se modifica, pois os profissionais de nível médio/técnico avaliam mais positivamente a compreensão da ESF do que os profissionais de nível superior.

Tabela 103. Comparação entre as médias da avaliação no Fator 1, 2 e 4

Nível de escolaridade dos profissionais de saúde por fator		N	Média	Desvio Padrão
Fator 1	Nível superior	9	76,851	30,838
	Nível médio/técnico	19	47,556	28,077
Fator 2	Nível superior	9	92,304	9,784
	Nível médio/técnico	19	64,246	25,243
Fator 4	Nível superior	9	21,653	12,121
	Nível médio/técnico	19	48,907	24,299

Cidade 31

Participaram do estudo 17 profissionais da EqSF na cidade 31 (Teixeira), sendo 1 médico, 1 dentista, 4 enfermeiros, 4 ACD, 2 ACD e 5 auxiliares de enfermagem. No entanto, a ANOVA foi realizada após a retirada das categorias profissionais médico e dentistas que só possuíam um respondente em cada. As análises não demonstraram diferenças significativas entre as categorias profissionais.

Posteriormente, foi realizado um teste t para verificar se havia diferenças na avaliação segundo o nível de escolaridade dos profissionais. No entanto, as análises também não encontraram nenhuma diferença significativa entre as avaliações dos profissionais de nível superior e de nível médio/técnico.

Cidade 32

Na cidade 32 (Imaculada), 14 profissionais da EqSF responderam o questionário, sendo 3 médicos, 2 dentista, 3 enfermeiros, 3 ACD e 3 auxiliares de enfermagem. Todavia, a ANOVA não encontrou diferenças significativas entre as categorias profissionais e o teste *t Student* não demonstrou diferenças significativas entre as avaliações dos profissionais de nível superior e de nível médio/técnico.

Cidade 33

Em um primeiro momento não foi possível realizar a ANOVA na cidade 33 (Pombal), pois na categoria profissional médico só havia um sujeito. Desta forma, optou-se por retirar o sujeito e realizar uma nova ANOVA com as demais categorias. A solução estatística emergente apresentou diferenças significativas entre as categorias profissionais no fator 2, conforme mostra a tabela 104.

Tabela 104. Comparação entre a avaliação dos profissionais segundo categorias profissionais

Fatores		Soma dos quadrados	Gl	Quadrados médios	F	Sig.
Fator 2	Entre os grupos	4553,937	4	1138,484	3,080	0,034
	Dentro dos grupos	9239,730	25	369,589		
	Total	13793,667	29			

Ao analisar a magnitude das diferenças por categorias profissionais nota-se, na tabela 105, que os ACS avaliam mais positivamente o sistema de referência e contrarreferência (fator 2) do que os outros profissionais da equipe, enquanto os enfermeiros são os que avaliam mais negativamente este fator.

Tabela 105. Comparação entre as médias da avaliação no Fator 2

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
FATOR 2	Dentista	3	43,2054	13,91385
	Enfermeiro	4	23,9428	16,08587
	ACS	14	61,1164	18,91302
	ACD ou téc. em hig. bucal	2	54,0469	2,13356
	Auxiliar ou téc. enfermagem	7	52,4792	23,88022
	Total	30	51,8822	21,80926

O Teste *Post Hoc* de *Scheffe* apontou diferenças de avaliações especificamente entre as categorias profissionais dentista e enfermeiro, como pode ser observado na tabela 106.

Tabela 106. Comparação das médias das avaliações por pares de profissionais no Fator 2

Fatores	Profissão (I)	Profissão (J)	Diferença de médias (I-J)	Margem de erro	p	Intervalo de confiança de 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Fator 2	Dentista	Enfermeiro	-37,173*	10,899	0,042	-73,379	-0,967

* A diferença de média é significativa para $p \leq 0,005$.

O teste t *Student* também apontou diferenças significativas nos fatores 1 e 2 entre a avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade, tal como pode ser visto na tabela 107.

Tabela 107. Test t comparando a avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade

Fatores		Teste de Levine		Test t para igualdade de médias						
		F	p	t	gl	p (2-tailed)	Diferença de Médias	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95%	
									Mínimo	Máximo
Fator 1	Igualdade variância assumida	6,368	0,017	-2,132	29	0,042	-12,339	5,787	-24,176	-0,503
	Igualdade variância não assumida			-2,782	22,416	0,011	-12,339	4,435	-21,529	-3,150
Fator 2	Igualdade variância assumida	0,819	0,373	-3,473	29	0,002	-26,921	7,751	-42,775	-11,067
	Igualdade variância não assumida			-3,792	14,530	0,002	-26,921	7,099	-42,096	-11,746

A tabela 108 mostra que a diferença encontrada pelo test t no tocante ao nível de escolaridade demonstra que os profissionais de nível médio/técnico avaliam tanto o fator 1 quanto o fator 2 mais positivamente do que os profissionais de nível superior.

Tabela 108. Comparação entre as médias da avaliação nos Fatores 1 e 2

Nível de escolaridade dos profissionais de saúde por fator		N	Média	Desvio padrão
Fator 1	Nível superior	8	5,635	8,631
	Nível médio/técnico	23	17,975	15,438
Fator 2	Nível superior	8	30,951	16,416
	Nível médio/técnico	23	57,872	19,605

Cidade 34

Antes de realizar a ANOVA na cidade 34 (São Bento), excluiu-se a categoria profissional médico, pois só havia um sujeito. A solução estatística emergente não apontou diferenças significativas entre as categorias profissionais. Posteriormente, foi realizado um teste t que também não encontrou nenhuma diferença significativa entre as avaliações dos profissionais de nível superior e de nível médio/técnico.

Cidade 35

Na cidade 35 (Brejo do Cruz) só havia um respondente da categoria profissional que, por isso, foi retirado para a realização da ANOVA. As análises demonstraram diferenças significativas entre as categorias profissionais nos fatores 1 e 3, como pode ser observado na tabela 109.

Tabela 109. Comparação entre a avaliação dos profissionais segundo categorias profissionais

Fatores		Soma dos quadrados	Gl	Quadrados médios	F	Sig.
Fator	Entre os grupos	1827,561	3	609,187	5,410	0,018
	Dentro dos grupos	1126,118	10	112,612		
	Total	2953,679	13			
Fator 3	Entre os grupos	5708,628	3	1902,876	7,043	0,008
	Dentro dos grupos	2701,753	10	270,175		
	Total	8410,381	13			

A tabela 110 mostra que os ACD avaliam mais positivamente as condições de trabalho da ESF (fator 1) e os auxiliares de enfermagem avaliam de forma mais positiva a acessibilidade no atendimento da ESF (fator 3) do que os outros profissionais da equipe, enquanto os enfermeiros são os que avaliam mais negativamente ambos os fatores.

Tabela 110. Comparação entre as médias da avaliação no Fator 1 e 3

Categorias profissionais		N	Média	Desvio padrão
FATOR 1	Dentista	4	21,814	11,422
	Enfermeiro	3	5,555	9,622
	ACD ou téc. em hig. bucal	3	40,196	15,861
	Auxiliar ou téc. enfermagem	4	19,501	3,930
	Total	14	21,608	15,073
FATOR 3	Dentista	4	45,000	10,000
	Enfermeiro	3	6,666	11,547
	ACD ou téc. em hig. bucal	3	66,666	11,547
	Auxiliar ou téc. enfermagem	4	47,048	24,956
	Total	14	42,014	25,435

O Teste *Post Hoc* de *Scheffe* apontou diferenças de avaliações especificamente entre as categorias profissionais enfermeiro e ACD em ambos os fatores, como pode ser observado na tabela 111.

Tabela 111. Comparação das médias das avaliações por pares de profissionais no Fator 2

Fatores	Profissão (I)	Profissão (J)	Diferença de médias (I-J)	Margem de erro	P	Intervalo de confiança de 95%	
						Limite inferior	Limite superior
Fator 2	Enfermeiro	ACD	-34,641*	8,664	0,019	-63,540	-5,741
Fator 3	Enfermeiro	ACD	-60,000*	13,420	0,009	-104,763	-15,236

* A diferença de média é significativa para $p \leq 0,005$.

O teste *t Student* não apontou diferenças significativas entre a avaliação dos profissionais segundo o nível de escolaridade.

Cidade 36

Na cidade 36 (Catolé do Rocha), 16 profissionais da EqSF responderam o questionário, sendo 2 médicos, 4 enfermeiros, 4 ACS, 2 ACD e 4 auxiliares de enfermagem. Todavia, a ANOVA não encontrou diferenças significativas entre as categorias profissionais e o teste *t Student* também não demonstrou diferenças significativas entre as avaliações dos profissionais de nível superior e de nível médio/técnico.

Cidade 37

Na cidade 37 (Emas), 12 profissionais da EqSF participaram do estudo, sendo 1 médico, 1 dentista, 1 enfermeiro, 7 ACS, 1 ACD e 1 auxiliar de enfermagem. Desta forma, não se pôde realizar a ANOVA, pois só existia um grupo (o ACS) e as demais categorias só tinham um respondente cada.

A tabela 112 mostra que o teste *t Student* demonstrou diferenças significativas entre as avaliações dos profissionais segundo o nível de escolaridade no fator 1 (condições de trabalho da ESF).

Tabela 112. Teste *t* comparando a avaliação dos profissionais segundo nível de escolaridade

Fator 1	Teste de Levine		Teste <i>t</i> para igualdade de médias						
	F	<i>p</i>	<i>t</i>	gl	<i>p</i> (2-tailed)	Diferença de Médias	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95%	
								Mínimo	Máximo
Igualdade variância assumida	6,809	0,026	-1,490	10	0,167	-5,153	3,459	-12,862	2,555
Igualdade variância não assumida			-2,665	8,000	0,029	-5,153	1,934	-9,613	-0,693

A tabela 113 mostra que a diferença encontrada pelo teste *t* no tocante ao nível de escolaridade demonstra que os profissionais de nível médio/técnico avaliam o fator 1 mais positivamente do que os profissionais de nível superior.

Tabela 113. Comparação entre as médias da avaliação no Fator 1

Nível de escolaridade dos profissionais de saúde por fator		N	Média	Desvio padrão
Fator 1	Nível superior	3	0,000	0,000
	Nível médio/técnico	9	5,153	5,802

Cidade 38

Antes de realizar a ANOVA na cidade 38 (Piancó) foram retiradas as categorias profissionais médico, dentista e ACD, pois só havia um respondente por categoria. A ANOVA não apontou diferenças significativas entre as categorias profissionais. Posteriormente, foi realizado um teste *t* que também não apontou nenhuma diferença significativa entre as avaliações dos profissionais segundo o nível de escolaridade.

Cidade 39 (Itaporanga)

Na cidade 39 (Itaporanga), 15 profissionais da EqSF responderam o questionário, sendo 2 dentistas, 2 enfermeiros, 7 ACS, 2 ACD e 2 auxiliares de enfermagem. Todavia, a ANOVA não encontrou diferenças significativas entre as categorias profissionais e o teste *t Student* também não demonstrou diferenças significativas entre as avaliações dos profissionais de nível superior e de nível médio/técnico.

Cidade 40 (Riacho dos Cavalos)

A ANOVA da cidade 40 (Riacho dos Cavalos) só foi realizada após a exclusão da categoria médico e ACD, pois só havia um respondente em cada. Como só restaram duas categorias profissionais (enfermeiros e auxiliares de enfermagem), foi realizado um teste *t Student* para verificar diferenças entre elas, mas as análises não encontraram dados significativos. Por fim, um teste *t Student* foi realizado para verificar diferenças entre as avaliações segundo o nível de escolaridade dos profissionais. Todavia, as análises também não demonstraram diferenças significativas entre as avaliações dos profissionais de nível superior e de nível médio/técnico.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.