

## Avaliação da Estratégia Saúde da Família em Natal a partir das crenças dos seus usuários

Evaluation of Family Health Strategy in Natal from the beliefs of its users

Evaluación de la Estrategia Salud de la Familia en Natal de las creencias de usuarios

*Cynthia de Freitas Melo<sup>1</sup>; João Carlos Alchieri<sup>2</sup>; Bárbara Jéssyca Magalhães<sup>3</sup>; João Lins de Araújo Neto<sup>4</sup>*

### Como citar este artigo:

Melo CF; Alchieri JC; Magalhães BJ; et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família em Natal a partir das crenças dos seus usuários. Rev Fund Care Online. 2017 jul/set; 9(3):620-626. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.620-626>

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the Family Health Strategy in Natal/Rio Grande do Norte, through the beliefs of its members, to verify the successes and barriers of the strategy, to provide feedback to their managers and community and to obtain an effective health service. **Methods:** Exploratory and descriptive research of qualitative nature, where there were five focus groups, one in each Sanitary District (DS), 26 users of the Family Health Strategy. **Results:** We identified a positive assessment of the location and identification of the Family Health Units (USF). Stood out, however, problems in several areas: physical infrastructure, material resources, human resources, accessibility of services, preventive care, referral system, understanding of the community on the ESE, districting, link between community and professional and Municipal Health Council. **Conclusion:** These factors contribute to the search for particular services.

**Descriptors:** Family Health Strategy, Program Evaluation, Public Opinion.

<sup>1</sup> Doutora em Psicologia. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza. Coordenadora do Laboratório de Estudos e Práticas em Psicologia e Saúde (LEPP-Saúde).

<sup>2</sup> Doutor em Psicologia. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

<sup>3</sup> Graduanda de Psicologia da Universidade de Fortaleza. Bolsista Funcap.

<sup>4</sup> Médico cardiologista pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a Estratégia Saúde da Família em Natal/Rio Grande do Norte, através das crenças de seus usuários, para verificar os acertos e entraves da estratégia, para fornecer *feedback* aos seus gestores e comunidade e para obtenção de um serviço de saúde eficaz. **Métodos:** Pesquisa exploratória e descritiva, de cunho qualitativo, onde foram realizados cinco grupos focais, um em cada Distrito Sanitário (DS), totalizando 26 usuários da Estratégia Saúde da Família. **Resultados:** Identificou-se uma avaliação positiva da localização e identificação das Unidades de Saúde da Família (USF). Destacaram-se, entretanto, problemas em diversos setores: infraestrutura física, recursos materiais, recursos humanos, acessibilidade aos serviços, atendimento preventivo, sistema de referência, compreensão da comunidade sobre a ESF, distritalização, vínculo entre comunidade e profissionais e Conselho Municipal de Saúde. **Conclusão:** Esses fatores contribuem para a busca por serviços particulares.

**Descritores:** Estratégia Saúde da Família, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde, Opinião Pública.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la Estrategia Salud de la Familia en Natal/Rio Grande do Norte, a través de las creencias de sus miembros, para verificar los éxitos y las barreras de la estrategia, para proporcionar retroalimentación a sus directivos y comunidad y para obtener un servicio de salud eficaz. **Métodos:** Estudio exploratorio y descriptivo de naturaleza cualitativa, donde había cinco grupos de enfoque, uno en cada Distrito Sanitario (DS), un total de 26 usuarios de la Estrategia Salud de la Familia. **Resultados:** Se identificó un balance positivo de la localización e identificación de las Unidades de Salud de la Familia (USF). Se destacó, sin embargo, los problemas en varias áreas: infraestructura física, recursos materiales, recursos humanos, accesibilidad de los servicios, la atención preventiva, sistema de referencia, la comprensión de la comunidad sobre el FSE, de distritos, enlace entre la comunidad y profesional y Consejo Municipal de Salud. **Conclusión:** Estos factores contribuyen a la búsqueda de servicios particulares.

**Descriptor:** Estrategia de Salud Familiar, Evaluación de Programas y Proyectos de Salud, Opinión Pública.

## INTRODUÇÃO

Criada em 1994 a partir do então Programa Saúde da Família (PSF), a Estratégia Saúde da Família foi legitimada através da portaria 648/06 como ação estruturante de reorientação e reorganização da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS), tida como a principal porta de entrada de acesso ao sistema. Segue os princípios doutrinários (universalidade, integralidade e equidade) e organizativos (descentralização, hierarquização/regionalização e participação popular) do SUS.<sup>1-3</sup> Logo, deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que seja garantida a atenção integral aos indivíduos e famílias, além de asseguradas a referência e contra referência para os serviços de maior complexidade, sempre que o estado do usuário exigir.<sup>4</sup> De igual forma, deve trabalhar com um território de abrangência definido, sendo responsável pelo acompanhamento de 600 a 1.000 famílias por Equipe de Saúde da Família (ESF), não ultrapassando o máximo de 4.500 pessoas.<sup>4-5</sup>

Entretanto, estes critérios não são sempre respeitados, havendo uma maior proporção de pessoas a serem atendidas por uma única Unidade de Saúde da Família (USF). Aliado às precárias condições de saúde e de infraestrutura, a qualidade do serviço prestado à população tende assim a ser insatisfatória, pois uma demanda que vai além da capacidade de atendimento gera um serviço de baixa qualidade e inatingível ou pouco eficaz.<sup>6-7</sup> Origina-se, assim, uma crise que se inicia na Atenção Básica e repercute por todo o SUS, amplamente divulgados na mídia e comunidade acadêmica, em todos os seus níveis de execução: 1) na sua formulação e gestão;<sup>8-11</sup> 2) perpassam pela operacionalização dos serviços dos profissionais;<sup>8,11-4</sup> 3) e na etapa final do processo, nos serviços de saúde oferecidos a seus usuários.<sup>2,8,11,15-6</sup>

Verifica-se, portanto, que, apesar de surgirem a partir da demanda da população como instrumentos de mudança na realidade social, os programas são criados e implantados por tentativa e erro, e a população, que paga pelos serviços, acompanha uma prática cotidiana que se diferencia, e se distancia, de suas formulações teóricas e legislativas. Neste cenário, a avaliação de políticas, programas e projetos sociais funciona como uma ferramenta fundamental, para auxiliar, através de *feedback*, as decisões dos gestores, no tocante à implementação, ao processo e aos resultados alcançados pelos programas governamentais e às informações sistemáticas que podem ser utilizadas nos seus aprimoramentos.<sup>17</sup>

Os psicólogos brasileiros têm pouco interesse em relacionar o conhecimento em avaliação de comportamento com avaliação de políticas públicas, embora sejam conhecedores de conteúdos sobre relações intergrupais, crenças coletivas, atitudes, comportamentos individuais e grupais, psicometria, entre outras ferramentas fundamentais para esse tipo de tarefa.<sup>18</sup> Assim, tendo esse referencial teórico como pano de fundo, utilizou-se a teoria das crenças da Psicologia Social, compreendendo-se que os usuários possuem crenças sobre a ESF, assertivas que são adquiridas no contato direto com objeto de crença, no seu cotidiano de atendimento dentro das Unidades de Saúde da Família (USF).<sup>19-20</sup> E que, embora se tratem de variáveis intervenientes, podem ser inferidas e integrar hipóteses empíricas, pois são acessíveis à mensuração ainda que de forma indireta.<sup>21</sup>

Diante do exposto, o presente estudo objetivou avaliar a Estratégia Saúde da Família em Natal/Rio Grande do Norte, através das crenças de seus usuários, para verificação dos acertos e entraves da estratégia, para poder fornecer *feedback* aos seus gestores e comunidade, para obtenção de um serviço de saúde eficaz, eficiente e efetivo.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de cunho qualitativo, onde foram realizados cinco grupos focais, um em cada Distrito Sanitário (Sul-DS, Leste-DL, Oeste-DO, Norte 1-DN1 e Norte 2-DN2), compostos por 4 a 7 pessoas, num total de 26 usuários da Estratégia Saúde da Família, entre homens e mulheres, jovens adultos e idosos, codificados pela letra inicial do Distrito Sanitário e por uma numeração (ex: DS, P1 – Distrito Sul, Pessoa 1).

Para condução dos grupos focais, utilizou-se um roteiro de entrevista aberto dividido em cinco categorias de análise: 1) acessibilidade; 2) eficiência do atendimento; 3) integração do sistema; e 4) questões subjetivas. Estes foram realizados em locais dentro dos Distritos Sanitários (escolas públicas, lanchonetes, varanda), com sujeitos que foram convidados a partir de abordagens nas ruas, nas mediações das Unidades de Saúde da Família. Contempla-se ainda que os grupos foram mediados por uma pesquisadora, contando com uma auxiliar que se responsabilizou pela filmagem, respeitando os aspectos éticos exigidos pela resolução nº 466/12 para pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do CEP/HUOL/RN, sob o protocolo de nº 440/2010. Por fim, ressalta-se que as entrevistas foram transcritas com fidedignidades e os dados foram refinados por uma Análise de Conteúdo, segundo modelo Bardin.<sup>22</sup>

## RESULTADOS

A partir dos grupos focais, conseguiu-se descortinar os aspectos relevantes para avaliação da ESF. Através das “conversas” amistosas, deixou-se que os sujeitos discorressem livremente sobre as questões norteadoras propostas, pois o controle das impressões é reduzido com a confiança que eles passam a ter no pesquisador, mitigando, lentamente, o sigilo dos seus pensamentos e declarando suas sensações cada vez mais internas. Contemplou-se também a memória dos sujeitos, como fonte fundamental para o trabalho de reconstrução da realidade e das experiências vividas. Estas se materializavam através da fala dos sujeitos, pois há emergência do subjetivo, onde atores narram o vivido.<sup>23</sup>

Seguindo essa proposta, no contato com os grupos de usuários, foi possível apreender 1.111 Unidades de Contexto Elementar (UCEs), divididas em 19 núcleos temáticos: 1) infraestrutura física da USF; 2) recursos materiais da USF; 3) localização e identificação da USF; 4) recursos humanos da ESF; 5) acessibilidade aos serviços da ESF; 6) atendimento preventivo; 7) sistema de referência; 8) compreensão da comunidade sobre a ESF; 9) população alvo da ESF; 10) distritalização da ESF; 11) vínculo EqSF-comunidade; 12) Conselho Municipal de Saúde (CMS); 13) necessidade de recursos financeiros para continuar tratamento; 14) consciência de seu papel de contribuinte; 15) responsáveis pelas dificuldades da ESF; 16) evolução da ESF; 17) importância da ESF; 18) uso dos serviços particulares de saúde; e 19) distinção entre teoria e prática, descritos a seguir.

## Infraestrutura física da USF

Nesta primeira classe temática, emergiram 55 Unidades de Conteúdo Elementar (UCE), que refletem as crenças dos usuários sobre as Unidades de Saúde da Família (USF) no que se refere aos aspectos de infraestrutura física, instalações e à manutenção de materiais permanentes (instrumentos e equipamentos), disponibilizados pelos gestores municipais de saúde para a otimização do atendimento na ESF. Estes foram divididos em duas subclasses: 1.1 avaliação negativa ( $f = 31$ ; 57,41%) “A sala de vacina foi fechada, porque a saúde veio e fechou, interditou, porque estava com mofo” (P3, DL); e 1.2 avaliação positiva ( $f = 24$ ; 43,59%) “Sofre a infraestrutura do posto não tem o que reclamar não” (P4, DO), destacando-se a predominância dos problemas.

## Recursos materiais da USF

Nesta classe emergiram as crenças que os usuários da ESF têm sobre a disponibilidade de insumos para realização de seu trabalho; vacinas para o trabalho de imunização; e remédios e contraceptivos para distribuir aos usuários. Apresenta 89 UCEs, que se dividem em quatro subclasses: 2.1 remédios (com 45 UCEs; sendo 40; 88,89% com avaliações negativas) “Remédio é muito difícil” (P4, DO); 2.2 insumos (com 32 UCEs, sendo 30 negativas - 93,75%) “Material que não tem” (P1, DN1); 2.3 instrumentos e equipamentos (com todas as 6 UCEs negativas) “Os aparelhos do dentista estão quebrados” (P5, DN1); e 2.4 avaliação geral dos recursos materiais (com todas as 6 UCEs negativas) “Não tem condições o suficiente para atender uma pessoa que precisa” (P1, DN2).

## Localização e identificação da USF

Constituída por 39 UCEs que se dividem em duas subclasses: 3.1 avaliação negativa ( $f = 14$ ; 35,90%) “Faz mais de 2 anos que não tem nomeação [do prédio]” (P6, DN2); e 3.2 avaliação positiva ( $f = 25$ ; 64,10%) “É fácil localizar; É o primeiro prédio do conjunto, na entrada do conjunto” (P6, DN2), destacando-se a predominância das avaliações positivas. Reflete as crenças que os usuários da ESF têm sobre a distância e o acesso físico à USF e sobre a identificação de sua fachada, para facilitar o acesso às pessoas que não a conhecem.

## Recursos humanos da ESF

Comporta as crenças que os usuários da ESF têm sobre os profissionais que atuam na ESF, no que concerne à qualidade do atendimento, quantidade de profissionais, frequência desses na USF, avaliação sobre os ACSs, destacando-se ainda as queixas dos participantes sobre a curta permanência desses servidores, alertando-se também sobre as especulações para causas de mau atendimento desses, pontuando, por fim, as queixas sobre a inexistência de substitutos para os momentos de afastamento desses profissionais, seja por férias ou licença. Formada por 224 UCEs que se dividem em sete subclasses: 4.1 qualidade do atendimento (com 88 UCE, predominando as avaliações negativas,  $f = 60$ ; 68,18%) “A

médica parece que tem nojo dos pacientes porque ela não olha para ninguém” (P4, DO); 4.2 quantidade de profissionais (com 46 UCEs, imperando as crítica,  $f = 39$ ; 84,78%) “Agora médico é muito pouco” (P5, DN1); 4.3 frequência dos profissionais (com 20 UCEs, prevalecendo as queixas,  $f = 12$ ; 60%) “Às vezes quando é marcado eles faltam” (P6, DN2); 4.4 avaliação sobre os ACSs (com 25 UCEs, sobressaltando-se as avaliações negativas,  $f = 16$ ; 64%) “A agente de saúde não existe mais na comunidade” (P6, DN2); 4.5 permanência dos profissionais (com 16 UCEs, igualmente distribuídas entre avaliações positivas e negativas) “As enfermeiras são permanentes porque são aqui do bairro, mas o médico, geralmente quando sai uma leva nova da universidade, aí eles mandam” (P4, DS); 4.6 causa para atendimento ruim dos profissionais (com 18 UCEs que pontuam a falta de capacitação dos médicos e a falta de interesse gerada pelos salários insatisfatórios) “Não é todo médico que é capacitado mesmo” (P5, DN2); e 4.7 queixa sobre a inexistência de substituição de profissionais ausentes, com 11 UCEs “Se ele tiver de férias, aí não vem outro não” (P4, DS).

### **Acessibilidade aos serviços da ESF**

Representa as crenças que os usuários da ESF possuem a acessibilidade aos serviços oferecidos pela ESF, no que se refere aos horários de atendimento e quantidade de fichas. Constituída por 210 UCEs que se dividem em duas subclasses: 5.1 avaliação negativa (com 204 UCEs) “Tem que chegar 3hs da manhã. Aí entrega 50 fichas para a semana todinha” (P5, DN1), “Paga. Manda alguma amiga descer ou vai pagar para alguém vir retirar a ficha (P5, DN1), “Porque às vezes a gente chega lá de 10 horas para atender alguma coisa e não está atendendo mais” (P2, DO); e 5.2 avaliação positiva (com 06 UCEs) “Foi rápido” (P2, DS), destacando-se a predominância das avaliações negativas (99,03%).

### **Atendimento preventivo**

Destacam-se nessa categoria as crenças dos usuários sobre a existência do trabalho preventivo, preconizado pelo MS como umas das atividades principais da estratégia, através de trabalhos de grupos de discussões, palestras, visitas escolares e domiciliares. Contempla 49 UCEs, que se dividem em duas subclasses: 6.1 avaliação negativa dos trabalhos preventivos ( $f = 30$ ; 61,22%) “Agora grupo de discussão com funcionário mesmo, tem não. Tem não” (P4, DS); e 6.2 avaliação positiva dos trabalhos preventivos ( $f = 19$ ; 38,88%) “Vieram estagiárias, pessoas que ainda não se formaram, vieram explicar, sobre exame, como é feito, esse tipo de coisa” (P5, DN1).

### **Sistema de referência**

Abrange os encaminhamentos para outros níveis de complexidade. São crenças que tratam da qualidade da integração da USF com o restante dos serviços municipais de saúde que deve garantir a continuação do atendimento da

comunidade, referenciando os usuários do nível mais básico para os níveis mais especializados de atenção à saúde. Uma classe composta por 82 UCEs, divididas em duas subclasses: 7.1 referência (com 79 UCEs, sendo 70 com avaliações negativas “Minha sogra morreu e até hoje tem uma ultrassom dela lá para marcar” (P4, DO); e 7.2 contra referência, onde apenas narram-se a existência de retorno, sem avaliá-lo (apenas 3 UCEs) “A gente sempre mostra mais de um exame, para enfermeira” (P5, DN1).

### **Compreensão da comunidade sobre a ESF**

Reflete as crenças que os participantes apresentam sobre a compreensão da comunidade sobre as diretrizes e funcionamento da Estratégia Saúde da Família, bem como da existência de informações dadas a eles pela Equipe de Saúde da Família. Formada por 22 UCEs, divididas em subclasses: 8.1 ausência de conhecimento-informação (16; 72,72% UCEs) “Os serviços que são oferecidos pelo SUS ninguém sabe, ninguém sabe dizer” (P4, DS); e 8.2 avaliação positiva do acesso à informação (6; 27,28% UCEs) “Eu creio que sim [que a comunidade conhece o funcionamento da ESF]” (P2, DO), destacando-se a predominância da avaliação negativa.

### **População alvo da ESF**

Reflete a crença sobre a população a qual os serviços da ESF estão destinados, pois apesar de saber-se que seu uso é universal, independente de sexo, religião, classe socioeconômica, este é utilizado predominantemente pelos segmentos marginalizados. Faz-se presente 21 UCEs, distribuídas em três subclasses: 9.1 classe baixa (13 UCEs) “Porque o SUS é o Sistema Único de Saúde para cobrir a população de menos, baixa renda” (P6, DN2); 9.2 classe média (2 UCEs) “Pros médios” (P6, DN1); e 9.3 ninguém (6 UCEs) “Nem rico, nem pobre, nem classe média A, C ou B. Para ninguém” (P6, DN2). Destacando-se a confirmação da predominância da crença de que a ESF se destina a pobres ( $f = 13$ ; 61,90%).

### **Distritalização da ESF**

A presente classe temática remete-se ao princípio organizativo de distritalização, através da qual a cidade deve ser dividida em Distritos Sanitários, com unidades que atuam em regiões específicas, na qual cada Equipe de Saúde da Família é responsável pelas famílias pré-determinadas, pertencentes a sua zona de abrangência. São 41 UCEs que dividem-se em duas subclasses: 10.1 compreensão sobre a distritalização, que aborda as crenças de como esta funciona “É por área: área verde, área azul, amarela” (P2, DO); e 10.2 aspecto negativa da distritalização, que aborda os prejuízos advindos desta “Quer dizer eu não posso escolher a médica que eu quero ser atendida” (P2, DL), destacando a inexistência de pontuação de fatores positivos.

## Vínculo EqSF-comunidade

Aborda as crenças que os usuários apresentam sobre o vínculo que os usuários que utilizam as Unidades de Saúde da Família possuem com os profissionais que prestam atendimentos nelas, destacando-se 39 categorias, que compreendem duas subcategorias: 11.1 conhecimento sobre os profissionais (com 20 UCEs, sendo que 12 são de desconhecimento sobre a equipe) “A gente não sabe quem são os profissionais médicos desse posto” (P6, DN2); e 11.2 confiança nos profissionais (com 19 UCEs, sendo que 11 são de confiança sobre a equipe) “No geral, eu confio no trabalho do médico” (P5, DN1).

## Conselho Municipal de Saúde (CMS)

Essa classe temática é representada por 42 UCE que destacam as crenças dos usuários sobre três subclasses: 12.1 conhecimento sobre o CMS (com 22 UCEs, sendo que 18 sobre desconhecimento sobre o CMS) “Eu nunca ouvi falar desse negócio de conselho” (P2, DN1); 12.2 Participação no CMS (com 4 UCEs, apenas 1 relato de participação) “Eu já participei de 2 reuniões aqui” (P3, DL); e 12.3 Motivos para fracasso do CMS (com 16 UCEs), contemplando-se como principal fator a acomodação da população.

## Necessidade de recursos financeiros para continuar tratamento

Contempla as crenças dos usuários sobre as condições financeiras da população de continuar o tratamento iniciado na ESF, sobre possíveis gastos necessários, como transporte, remédios, exames, que nem sempre são cobertos com eficiência pelo SUS. São 27 UCEs que se dividem em duas opiniões: 13.1 usuários possuem condições financeiras de continuar tratamento (13 UCEs) “Quando eu vou que tem, mas quando não, eu compro” (P4, DN2); e 13.2 usuários não possuem condições financeiras de continuar tratamento (14 UCEs) “Ela não tomou o remédio, porque ela passou o remédio para comprar e eu não pude comprar” (P2, DO).

## Consciência de seu papel de contribuinte

Esta classe temática apresenta 9 UCEs que emergiram das crenças dos usuários sobre a consciência de seu papel de direito sobre os serviços públicos de saúde, como algo pago pelos seus impostos, e não como um favor oferecido pelos governantes “E a gente não precisa pedir favor né? Porque a gente paga impostos é pra isso mesmo. Pra ser atendido. E ser bem atendido” (P3, DL).

## Responsáveis pelas dificuldades da ESF

Surgiram ainda 20 UCEs que constituem uma classe temática que contém as crenças dos usuários sobre os responsáveis pelos problemas da estratégia, com três alvos: 15.1 poder local (10 UCEs) “Para os governantes, eles acham que esse posto está funcionando. Você não acha que é maquiado não. A população é que não tem atendimento. Mas ele vem

verba sim” (P6, DN2); 15.2 poder federal (01 UCEs) “Já vem lá de cima, dos governantes” (P3, DL); e 15.3 população (09 UCEs) “Por isso que eu tô dizendo a culpa disso tudo é a gente” (P6, DN1).

## Evolução da ESF

Reflete as crenças dos usuários sobre a evolução da Estratégia Saúde da Família. São 32 UCEs que se dividem em três subclasses: 16.1 evolução (06 UCEs) “O posto ajeitou” (P6, DN1); 16.2 regresso (08 UCEs) “Eu acho que tá piorando” (P5, DN1); 16.3 desejo de mudança (08 UCEs) “A gente só deseja melhoras” (P2, DN2).

## Importância da ESF

É composta por 53 UCEs que refletem as crenças dos usuários sobre o uso e importância da ESF para a comunidade. Distribui-se em duas subclasses: 17.1 importante (16 UCEs) “É importante porque a gente precisa né?” (P2, DO); e 17.2 não importante (com maior número de registros: 37 UCEs) “Se fosse um prédio para dar, que os moradores de rua fosse morar lá, era melhor para mim” (P6, DN2).

## Uso dos serviços particulares de saúde

A classe é composta por 48 UCEs que emergiram pela narrativa de experiências dos usuários sobre o apelo ao uso dos serviços privados de saúde, como substituição aos serviços de difícil acesso do SUS. São três subclasses: 18.1 O uso dos serviços privados (16 UCEs) “Paguei 65 reais numa consulta particular” (P6, DN1); 18.2 Comparações entre serviços públicos e particulares (13 UCEs com preferências igualmente distribuídas) “Você sabe que vai fazer, porque você tá pagando. No estado você não recebe ele né?” (P6, DN1), “E mesmo assim pagando é a mesma coisa. Tem que depender de tudo isso” (P1, DS0); e 18.3 Virações financeiras para uso de serviços particulares (19 UCEs) “A gente às vezes tem que parar de comprar alguma comida, alguma coisa que necessita para as crianças para manter um plano de saúde” (P6, DN2).

## Distinção entre teoria e prática

Esta última classe temática é composta por 9 UCEs que apresentam as crenças dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre a distinção existente entre as diretrizes teóricas de seu funcionamento, tal como preconizado pelo Ministério da Saúde na legislação, e a realidade prática no cotidiano de suas ações: “Só que o Brasil não cumpre as suas leis [...] Porque ali é uma fachada. Ali não existe” (P6, DN2).

## DISCUSSÃO

O propósito primordial da Estratégia Saúde da Família é funcionar como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, permitindo e facilitando suas principais diretrizes: o acesso universal à saúde, independente de sexo, raça, religião ou nível socioeconômico; e a integralidade, que através da integração de todos os níveis do sistema proporcionam um atendimento integral à saúde aos seus usuários, vendo-os em totalidade.<sup>1</sup> Para que tudo funcione como rege a constituição, através das leis e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, faz-se necessário que na operacionalização dos serviços de saúde prestados à população seja respeitado o padrão de qualidade mínimo exigido, nas condições materiais (infraestrutura do prédio, materiais, equipamentos), nos recursos humanos (com quantidade e qualidade nos seus profissionais), na acessibilidade (física, financeira, organizacional) e na integralidade do sistema (tanto na referência, como na contra referência).

Os dados encontrados no presente estudo mostram na Estratégia Saúde da Família em Natal uma realidade adversa dos ideais preconizados. Entre os aspectos mal avaliados, o primeiro a destacar-se é infraestrutura física do prédio, criticada em 57,41% das UCEs desta primeira classe temática, e recursos materiais, com 92,13%. Foram apontados problemas estruturais, como mofo, infiltração, culminando em fechamento de prédios pela Vigilância Sanitária; sendo detectado inclusive problemas organizacionais, como o excesso de reformas em algumas unidades que se encontram constantemente fechadas e, conseqüentemente, sem atendimento. Destacando-se, ainda a falta de remédios, insumos, vacinas (classe temática 2), contrapondo-se ao que as diretrizes propõem para as Unidades de Saúde da Família.<sup>1</sup>

Já a localização, acesso físico e identificação do prédio (classe temática 3) foram bem avaliados em 64,10% das UCEs, pois em geral este é visível e próximo à residência dos seus usuários, atendendo a diretriz que afirma que este deve estar a uma distância de 15 minutos a pé.<sup>1</sup> Seus profissionais também foram mal avaliados (classe 4), com índices de reprovação superiores a 60% nos diferentes quesitos: quantidade, qualidade do atendimento, frequência. Problemas esses que contribuem para a os altos índices de avaliação negativa (99,03%) sobre a acessibilidade (classe 5), dificultada, em especial pela grande quantidade de usuários e pouca quantidade de fichas, confirmando o principal problema do SUS: alta demanda de usuários,<sup>6</sup> que além de gerar atendimentos rápidos e de baixa qualidade, sufoca a equipe de Saúde da Família em atendimentos curativos, marginalizando o que deveria ser seu principal foco: a promoção de saúde e prevenção de doenças,<sup>2</sup> classificada como inexistente na maioria das falas dos usuários de Natal (classe 6; 61,22%). Concluindo-se com um referenciamento para níveis mais complexos de atendimento que também não funciona (classe 7; 88,61%).

Destaca-se ainda que, conforme já mencionado na literatura,<sup>2,14</sup> a comunidade não compreende o funcionamento da ESF (classe 8) e afirma não ter acesso às explicações sobre seu formato de trabalho, horários e serviços disponíveis (72,72%), observando-se ainda que a distritalização (classe 10), apesar de compreendida, é mal avaliada. Identificando-se também, na classe 9, a persistência da crença brasileira de que os serviços públicos de saúde foram feitos para pobres.<sup>2,14</sup>

Observou-se ainda que a comunidade, apesar de consciente de seu papel de contribuinte, e pagante dos serviços do SUS (classe temática 14;  $f = 9$ ), não se faz presente nas Unidades de Saúde da Família, tanto nos serviços, uma vez que predominou a fala sobre a inexistência de vínculo com os profissionais (classe 11), como também na fiscalização, sobressaindo-se a não participação da comunidade nos Conselhos Municipais de Saúde (classe 12), sendo este um dos principais problemas pontuados pela literatura de avaliação de programas.<sup>17</sup>

Como conseqüência dos diversos problemas existentes na realidade operacional da ESF, a população tem necessitado usar de recursos financeiros próprios para acesso à saúde (classe 13), que por lei é gratuito.<sup>1</sup> Confirmando-se a tendência crescente no Brasil da busca da população pelos serviços particulares (classe 18). Agora disponíveis não apenas para a classe média e alta, mas também para a população mais carente, através dos serviços de baixo custo oferecidos pelas policlínicas privadas.<sup>2</sup> Desta forma, diminuindo a importância da estratégia para a população (classe 17) que, antes às margens dos serviços de saúde, apreciavam a ESF, mesmo insatisfeita com seus serviços, hoje já não a valorizam tanto ( $f = 37$ ; 66,07%), uma vez que possuem outras alternativas.

Com tantos e problemas e descrenças, a Estratégia Saúde da Família em Natal tem se destacado pelo desejo de mudança em seus usuários (classe 16), que reconhecem que seus problemas devem-se predominantemente a causas de gestão local (50%) e de omissão da fiscalização da população (45%), livrando a culpa do governo federal (classe 15), que distante da operacionalização da estratégia, são desinformados sobre a distinção entre as diretrizes legais da estratégia da realidade cotidiana da operacionalização de suas ações (classe 19), conforme apresentado em diversas pesquisas de avaliação da ESF.<sup>2,6,14</sup>

## CONCLUSÃO

O Brasil não possui a cultura desenvolvida de avaliação de programas sociais e sobre a qualidade dos serviços públicos oferecidos, especialmente os voltados para a área de saúde. Estes são idealizados e implementados, sem que na maioria das vezes seus resultados sejam avaliados. Impera a distância entre os princípios que o regulamentam e aqueles que o gerenciam, e destes com o funcionamento cotidiano do programa junto à sociedade. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma dessas ações governamentais que envolvem fontes de financiamento, grupos profissionais e opinião pública, e que necessita da constatação de sua efetiva contribuição na

resolução de problemas sociais. Carecendo de que os psicólogos brasileiros, como detentores de ferramentas capazes de auxiliar estes procedimentos avaliativos, se interessem por esse tipo de tarefa.

Os usuários apontam diversas falhas na operacionalização da ESF em Natal, que dificultam o acesso universal à saúde, impondo muitas vezes a necessidade de recursos financeiros para a continuidade do atendimento em saúde pelo SUS (tendo que comprar insumos para procedimentos, remédios, ou pagar por exames na falta de referenciamento). Conseqüentemente, cresce a busca pelo setor privado de saúde, que se adapta, cada vez mais, a demanda das classes de baixa renda. População que seguindo um conformismo do “é melhor que nada”, marginalizados no acesso à saúde, eram satisfeitos com a ESF, apesar de apontarem suas falhas. Mas que agora, mais conscientes de seu papel de pagantes e das possibilidades do acesso ao privado, torna-se mais exigente com a qualidade e eficácia dos serviços. Contemplando-se a ainda necessidade de conscientização da comunidade sobre seu papel de fiscalizador de um sistema que em teoria é ideal, mas que necessita ter uma operacionalização condizente com suas diretrizes.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Secretaria-executiva, Brasília: Ministério da Saúde, 2000; 44p.
2. Albuquerque FJB, Melo CF. *Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil*. *Psicol teor pesqui*. 2010; v. 26, p. 323-330.
3. Polignano MV. História das políticas de saúde no Brasil. Uma Pequena Revisão. *Cadernos do Internato Rural – Textos de Apoio, 2001*. Recuperado em 20 de outubro de 2010. Disponível em: <<http://internatoruarl.medicina.ufmg.br/textos.htm>>.
4. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. *Série Pactos pela Saúde*. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, 2006; Volume 4, 63.
5. Ministério da Saúde. *Guia prático do Programa Saúde da Família. A Saúde Bucal faz parte da Saúde da Família?* Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
6. Albuquerque FJB, Melo CF, Souza Filho FE, Araújo Neto JL. Avaliação da estratégia saúde da família a partir das crenças dos profissionais. Artigo aceito para publicação na revista *Estudpsicol* (Campinas), 2011.
7. Oliveira HM, Gonçalves MJF, Pires ROM. Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. *Cad saúde pública*, 2011;27(1), 35-45. doi: 10.1590/S0102-311X2011000100004.
8. Melo CF. *Avaliação da Estratégia Saúde da Familiar na capital potiguar*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2013.
9. Melo CF, Alchieri JC, Araújo Neto JL. Assessment of the Family Health Strategy through the beliefs of its managers. *Revenferm UFPE online*, 2012a; 6 (2), 274-278. doi: 10.5205/reuol.2052-14823-1-LE.0602201204.
10. Melo CF, Alchieri JC, Araújo Neto JL. Sistema Único de Saúde: uma avaliação realizada em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *PsicoUSF*, 2012b; 17 (1), 63-72. doi: 10.1590/S1413-82712012000100008.
11. Serapioni M, Silva MG. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. *Ciênc saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2012; 16(11), 4315-4326.
12. Botler J, Camacho LAB, Cruz MM (2012). Avaliação das unidades de coleta do Programa de Triagem Neonatal no Estado do Rio de Janeiro. *Revbras saúde materninfant*, 12(4), 425-435. doi: 10.1590/S1519-38292012000400009.
13. Melo CF, Alchieri JC, Araújo Neto JL (2013). Evaluation of the technical and professional profile of managers of the Brazilian Unified Health System (SUS). *Revenferm UFPE onLine*, 7 (7), 4670-4680, 2013. doi: 10.5205/01012007.
14. Oliveira SF, Albuquerque FJ (2008). Programa de Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos seus prestadores de serviço. *Psicol soc*, 20 (2), 237 – 246. doi: 10.1590/S0102-71822008000200011.
15. Melo CF, Araújo Neto JL, Lopes MCA (2011). Assessment of delivery assistance in the Unique Health System from the beliefs of puerperal women. *Revenferm UFPE online*, 5 (6), 1426-1431. doi: 10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0506201117.
16. Ministério da Saúde [MS]. (2004). *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Brasília: Autor. Acesso em 01 de fevereiro de 2014; Recuperado de: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/04\\_0053\\_M1.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/pdf/04_0053_M1.pdf)>.
17. Belloni I, Magalhães H, Sousa LC (2003). *Metodologia de Avaliação em Políticas Públicas*. Coleção Questões da Nossa Época. V. 75. (3ed). São Paulo, SP: Cortez.
18. Albuquerque FJB (1999). Apontamentos para uma Psicologia sócio-rural no Brasil. In: I Congresso Norte e Nordeste de Psicologia. Salvador. *Anais do I Congresso Norte- Nordeste de Psicologia*, Salvador v.1, p 12-17.
19. Cordiol AV (2008). *Psicoterapias*. (3ª ed). São Paulo: Editora Artmed.
20. Rokeach M (1981) *Crenças, Atitudes e Valores*. Rio de Janeiro: Ed. Interciência.
21. Krunger H. (2004). Crenças compartilhadas, preconceitos e discriminações. In: XXXIV Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia, São Paulo.
22. Bardin L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
23. Minayo MCS (2008). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (9ª Ed) SP: Hucitec.

Recebido em: 16/05/2016

Revisões requeridas: 25/05/2016

Aprovado em: 19/09/2016

Publicado em: 10/07/2017

**Autor responsável pela correspondência:**

Cynthia de Freitas Melo  
Universidade de Fortaleza  
Avenida Washington Soares, 1321, Bloco N  
Sala nº 13, Edson Queiroz  
Fortaleza/CE, Brasil  
(85) 3477-3219  
E-mail: cf.melo@yahoo.com.br  
CEP: 60811-341