



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE HUMANIDADES - CAMPUS III
DEPARTAMENTO DE GEOGRAFIA
CURSO DE LICENCIATURA PLENA EM GEOGRAFIA

LINHA DE PESQUISA
Geografia e Análise da Pesquisa

PERFIL POPULACIONAL E DOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE –
USF CAIC –GUARABIRA-PARAIBA

LUZITÂNIA DA SILVA LIMA

GUARABIRA- PB
2012

LUZITÂNIA DA SILVA LIMA

**PERFIL POPULACIONAL E DOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE
SAÚDE –USF CAIC –GUARABIRA-PARAIBA**

Monografia apresentada ao Curso de Geografia do Centro de Humanidades “Osmar de Aquino” Campus III, Guarabira, Paraíba, em cumprimento aos requisitos necessários para obtenção do grau de Licenciado em Geografia, à Universidade Estadual da Paraíba - UEPB.

Orientador: Prof. Dr. Jose Jakson Amâncio Alves

GUARABIRA - PB
2012

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA SETORIAL DE

L732p

Lima, Luzitânia da Silva

Perfil populacional e dos serviços na atenção básica de saúde USF CAIC- Guarabira – PB / Luzitânia da Silva Lima. – Guarabira: UEPB, 2012.

36.:il.;Color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Geografia) – Universidade Estadual da Paraíba.

Orientação Prof. Dr. José Jakson Amancio Alves.

1. Saúde da Família 2. Atendimento Humanizado 3. População – Perfil I. Título

CDD.22.ed. 613

LUZITÂNIA DA SILVA LIMA

**PERFIL POPULACIONAL E DOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO
BÁSICA DE SAÚDE –USF CAIC –GUARABIRA-PARAIBA**

BANCA EXAMINADORA

Jose Jakson Amancio Alves

Prof. Dr. Jose Jakson Amancio Alves
Dpto. de Geografia, Campus III – CH – UEPB
Orientador

Rafael Fernandes da Silva

Prof. Ms. Rafael Fernandes da Silva
Dpto. de Geografia, Campus III – CH – UEPB
Membro da Banca Examinadora

Tânia Maria Santos Cavalcante Ribeiro

Esp. Tânia Maria Santos Cavalcante Ribeiro
Dpto. de Geografia, Campus III – CH – UEPB
Membro da Banca Examinadora

Aprovada em 30 de Novembro de 2012.

GUARABIRA- PB
2012

Ao, Deus, Santo, forte e imortal, Dedicar.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus, fonte inesgotável de sabedoria, a UEPB, onde encontrei um ambiente acolhedor, aos professores, especialmente ao Prof. Dr. Jose Jakson Amancio Alves, meu orientador que com muita presteza colaborou nesta monografia.

Aos meus colegas de Classe, especialmente aos meus amigos Severino, Nielma, e Jakeline com quem convivi e durante todo o curso estiveram junto comigo em equipe firme e unida realizando trabalhos acadêmicos e foram eles que contribuíram em todos os momentos no sucesso das atividades de classe e, sobretudo um grande apoio para mim nas atividades onde eu tinha maior dificuldade.

Aos meus pais Maria das Dores e João Batista que sempre acreditaram em mim, apesar das circunstâncias mantiveram a fé firme e inabalável.

Aos meus filhos Yasodara, Sidarta, Sayonara que cotidianamente me conduziram até a Universidade, sempre disponível me trazendo em seu transporte, suas motinhas turbinadas.

Finalmente um agradecimento todo especial a Maria mãe de Jesus o porto seguro de minha vida aqui na Terra.

Sem sonhos a vida não tem brilho.
Sem metas os sonhos não têm alicerces.
Sem prioridades os sonhos não se tornam reais.
Sonhe, trace metas, estabeleça prioridades e
Corra riscos para executar seus sonhos.
Melhor é errar por tentar do que errar por omitir.

Augusto Cury

043 - GEOGRAFIA

Título: PERFIL POPULACIONAL DOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE – USF CAIC –GUARABIRA- PARAIBA

Linha de pesquisa: Geografia e Análise da Pesquisa

Autora: Luzitânia da Silva lima

Orientador: Prof. Dr. Jose Jakson Amâncio Alves

Examinadores: Prof. Ms. Rafael Fernandes da Silva

Esp. Tânia Maria Santos Cavalcante Ribeiro

RESUMO

Este estudo trata-se de analisar o perfil da população e dos serviços da atenção básica da unidade saúde da família e tornar transparente através do diagnóstico feito com os usuários da área de abrangência os serviços oferecidos. A preocupação da estratégia da saúde é de uma prática de assistência diferente da tradicional, pois sua atenção está voltada para a saúde centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social e como uma das linhas de atuação é dá ênfase no enfoque da promoção da saúde facilitado pelo vínculo estabelecido entre equipe e as famílias. Ouvir os usuários que são os protagonistas da estratégia saúde da família, como também, foi a oportunidade de inseri-los nesse processo de reflexão, avaliação onde tiveram oportunidade de expressar suas ideias, fazendo uma autoanálise dos serviços oferecidos, dos profissionais envolvidos, da infraestrutura disponível e do trabalho avaliando se ele é humanizado ou não. Foram respondidos cem questionários por pessoas que moram dentro da área de abrangência, procurando saber do desempenho dos profissionais, acolhimento, qualidade dos serviços oferecidos e sobre a infraestrutura e organização da unidade saúde da família do CAIC. A evidência desse estudo é o perfil do usuário que usufrui do trabalho da equipe e o objetivo é que a população assistida tenha um atendimento humanizado, porque fazem parte de uma unidade, onde ele fez o cadastro da sua família e que deve contar com uma equipe que o conhece pelo nome e que exista sempre esse elo estabelecido.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde, Família, Humanizado, Usuário.

043 - GEOGRAFIA

**Titulo: PERFIL POPULACIONAL DOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
– USF CAIC –GUARABIRA- PARAÍBA**

Linha de pesquisa: Geografia e Análise da Pesquisa

Autora: Luzitânia da Silva lima

Orientador: Prof. Dr. Jose Jakson Amâncio Alves

Examinadores: Prof. Ms. Rafael Fernandes da Silva

Esp. Tânia Maria Santos Cavalcante Ribeiro

ABSTRACT

This study deals with an analysis the population and primary care services in family health unit. And made transparent through the diagnosis made with the users of the area covered services offered. The concern of the strategy is a health care practice differs from traditional, because its attention is focused on family health, perceived and understood from their physical and social environment and as one of the lines of action emphasizes is focus on health promotion facilitated by bond established between staff and families. Listening to users who are the protagonists of the family health strategy on the health of the family unit was the opportunity to insert them in this process of reflection, evaluation, where they had an opportunity to express their ideas, doing a self-analysis of services provided by professionals involved, the available infrastructure and job evaluating whether it is humane or not. One hundred questionnaires were answered by people who live within the catchment area, seeking to know the performance of professional care, quality of services, and the infrastructure and organization of the unit's family health CAIC. The evidence from this study is the profile of the user who enjoys team work and goal is that the population has assisted a humanized, because they are part of a unit, where he made the registration of your family and should have a team that know him by name and there is always that he established.

KEYWORDS: Health, Family, Humanized, User.

LISTAS

LISTA DE FOTOGRAFIAS

Foto 1: Unidade Saúde da Família – CAIC	Pág. 17
---	-------------------

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família	14
---	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Usuários dos centros de saúde da família, segundo sexo.	21
Gráfico 02: Usuários dos centros de saúde da família, segundo faixa etária.	22
Gráfico 03: Usuários dos centros de saúde da família, segundo estado conjugal.	22
Gráfico 04: Usuários dos centros de saúde da família, segundo ocupação.	23
Gráfico 05: Usuários dos centros de saúde da família, em função da escolaridade.	23
Gráfico 06: Serviços mais procurados	24
Gráfico 07: Tempo de espera para atendimento nos centros de saúde	25
Gráfico 08: Opinião sobre o tempo de espera	25
Gráfico 09: Satisfação no atendimento	26
Gráfico 10: Preparo dos profissionais	26
Gráfico 11: Satisfação do modo de organização do serviço	27
Gráfico 12: Responsabilidade pela qualidade do serviço	27
Gráfico 13: Consideram mais importante no serviço	28
Gráfico 14: Conhecimento do trabalho da coordenação	28
Gráfico 15: Avaliação do trabalho da coordenação	29
Gráfico 16: Facilidade de contato com a coordenação	29
Gráfico 17: Acompanhamento da equipe saúde da família	30
Gráfico 18: Avaliação da infraestrutura dos centros de saúde da família	30
Gráfico 19: Avaliação da qualidade dos serviços dos centros de saúde da família	31
Gráfico 20: Meios de informações disponíveis	31
Gráfico 21: Cuidado humanizado dos funcionários	32
Gráfico 22: Cuidado humanizado dos profissionais de saúde	32
Gráfico 23: Tipo de discriminação no serviço	33

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Divisão das 12 regiões de saúde no Estado da Paraíba	15
Quadro 2: Distribuição das UBS na área urbana de Guarabira PB	16

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. REVISÃO LITERÁRIA.....	12
3. MATÉRIAS E MÉTODOS.....	15
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO.....	17
3.2 TIPO DE ESTUDO.....	19
3.3 PROCEDIMENTO DA COLETA DE DADOS.....	19
4.RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	21
4.1 CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS DO PSF NORDESTE II, GUARABIRA – PB.....	21
4.2 DEMANDAS E QUALIDADES DOS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM FUNÇÃO DA VISÃO DOS USUÁRIOS.....	24
4.3 INFORMAÇÕES SOBRE GESTÃO NOS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA A VISÃO DOS USUÁRIOS.....	28
4.4 CUIDADO HUMANIZADOS NOS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SEGUNDO A VISÃO DOS USUÁRIOS.....	32
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERENCIAS.....	35

ANEXOS

1. INTRODUÇÃO

Até uns trinta anos atrás, a idéia de saúde estava associada á ausência de doenças. Depois começou a se perceber que as doenças estavam associadas aos hábitos de vida, aos ambientes em que as pessoas viviam e a comportamentos e respostas dos indivíduos a situações do dia a dia. A idéia de saúde passou a ser, portanto, entendida como resultado de um conjunto de fatores que têm a ver com seu trabalho, que têm a ver com sua renda, que têm a ver com seu nível de educação, e assim por diante.

Por outro, a assistência á saúde da população estava limitada á condição de trabalho. Quem tinha emprego registrado na carteira profissional possuía assistência médica através das caixas da previdência, ou então pagava médicos particulares, e em casos de internação também pagava pelo serviço. Para quem não tinha emprego registrado ou não podia pagar um médico, o jeito era recorrer ás Santas Casas de Misericórdia ou aos postos de saúde municipais que viviam sempre lotados.

Para equilibrar essas desigualdades, começou a surgir um movimento de Reforma Sanitária no Brasil inspirado em experiências de outros países e nas discussões que aconteceram na Conferência de Alma - Ata. Esse movimento defendia que todos deveriam ter amplo acesso aos serviços de Saúde, independentemente de sua condição social, e que a saúde deveria fazer parte da política nacional de desenvolvimento e não ser vista apenas pelo lado da previdência social. A partir de 1985, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde e criada a Comissão Nacional de Saúde e criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, com a tarefa de formular as bases para um sistema de saúde brasileiro.

Alguns dos integrantes dessa comissão fizeram parte da Assembléia Nacional Constituinte conjunto de parlamentares que escreveu a Constituição Federal de 1988. Dessa forma, essa nova maneira de entender saúde está incluída na Constituição Federal, no artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem á redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário ás ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

Para promover esse acesso universal e igualitário, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), conforme indicação no artigo da Constituição Federal:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direito único em cada esfera governo;
- II. Atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

Para atender as necessidades de Saúde das pessoas, e organizar o sistema de Saúde, surgiu em 1994 o programa de Saúde da família (PSF). Atualmente denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (DAB, 2007).

Na estratégia de Saúde da família, o acolhimento, a compreensão, a solidariedade deve fazer parte de toda a equipe.

O objetivo desse trabalho foi de realizar um perfil dos usuários da Unidade de Saúde do CAIC, com a finalidade de conhecer o perfil e, sobretudo dar oportunidade dos usuários opinarem sobre os serviços, contribuindo no atendimento as necessidades da população no bairro do Nordeste II, para humanização dos serviços de saúde, a partir das seguintes etapas: (i) coletar informações dos usuários sobre o trabalho realizado pela equipe de estratégia da saúde; (ii) pesquisar sobre as características dos usuários; (iii) demandas e qualidade do serviço da unidade; e (iv) analisar o desempenho das atividades, o acolhimento e cuidados humanizados dos funcionários segundo a visão da clientela atendida na unidade.

2. REVISÃO LITERÁRIA

Para realização desse trabalho estabeleceu-se uma correlação entre a ciência geográfica e a saúde para se tomar conhecimento da realidade vivenciada por a população nos determinados espaços onde estão presentes as Unidades Básicas de Saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS). Tomando como pressuposto a regionalização da saúde, ou seja, a descentralização da gestão desse sistema, onde o município tem autonomia de gerir o seu território, definindo como responsabilidade a incorporação, execução e o controle das ações básicas de saúde (RODRIGUEZ NETO, 2003).

MARQUES; SILVA (2010) Salienta que essa descentralização se caracteriza, sobretudo, pelos processos de regionalização da saúde que se define como um sistema apoiado na estratégia de fortalecimento da capacidade resolutiva e articuladora das referências entre os municípios de forma que a população dessa área geográfica tenha suas necessidades atendidas.

Um conjunto de leis e portarias foi instituído para determinar as regras e os mecanismos desse processo em todo o território nacional, com destaque para A Constituição Federal de 1988; Leis Orgânicas da Saúde N. 8.080 E N. 8.142 De 1990; Normas Operacionais Básicas de 1993 e de 1996; Norma Operacional de Assistência a Saúde (01/2001 E 01/2002) e Pacto Pela Saúde 2006 (VIANA, et.al, 2008).

Através das Normas Operacional Básica de 1996 (NOB 96), aprofunda o caráter inovador do PSF e se inicia um processo redistributivo por meio das transferências per capita e por programas como a fixação do Piso de Atenção Básica (PAB) e variáveis incentivos para a adoção do Programa Saúde da Família (VIANA; et. al, 2008).

Em 1991 começou a ser implantado no Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia Saúde da Família, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e três anos depois, em 1994, formaram-se as primeiras equipes do Programa Saúde da Família. Tais programas foram definidos como a porta de entrada da Atenção Primária à Saúde APS. (BRASIL, 2008).

Esses programas estão vinculados diretamente à ação das políticas públicas no combate e tentativa de promoção a saúde, sendo eles em seu conjunto ou integrando, extremamente importantes para levar a atenção básica à saúde à população menos favorecida financeiramente.

Capacidade para participar da promoção da saúde, na sua área de abrangência, através do desenvolvimento de trabalho educativo, do estímulo à participação comunitária e de trabalho educativo, do estímulo à participação comunitária e do trabalho intersetorial, com o objeto da qualidade de vida (BRASIL, 1999, p. 16).

O PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação das comunidades e se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe (OLIVEIRA; MARCON, 2007).

A organização de uma equipe de saúde da família – ESF, constituído por médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, torna-se então o principal instrumento para a consolidação do programa de saúde da família, por trabalhar com a família, em uma área e ter acesso ao modo de vida dessa população.

O Agente Comunitário de Saúde – ACS tem um importante papel nesses planos, pois, este possui uma espécie de elo entre a população e o sistema de saúde, sendo que este profissional possui um conhecimento das necessidades de saúde daquela população em que ele atua, sem contar que a maioria do ACS são moradores da comunidade ou bairro onde trabalham, assim partilhando os mesmos costumes e linguagens dentro de um contexto histórico-cultural.

Sobre o trabalho do agente de Saúde:

A expectativa de atuação, as competências historicamente, a ideia que apoia a inserção do agente comunitário de saúde envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas, nomenclaturas e racionalidades aparecem em várias partes do mundo, ou seja, a ideia essencial de elo entre a comunidade e o sistema de saúde. Mais recentemente, no PSF, eles foram incluídos em equipes de trabalho que contam com um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem, com proposta de atuação para a unidade básica, o domicílio e a comunidade (SILVA; DALMASO, 2002, p.77).

Este programa, considerado uma tática de transformação de modelo da assistência à saúde, tem como ideia central a criação de vínculos e de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, dentro de um espaço geograficamente delimitado. Essa inversão só é possível por meio da mudança do objeto da atenção à saúde, deslocando-se do individual para o coletivo e da mudança de atuação e organização geral dos serviços, com a reorganização da prática assistencial dos profissionais em novas bases e critérios.

Por isso, o programa de Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Três são os pilares da Saúde das Famílias: (i) A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde; (ii) A estratégia de Saúde da Família é um projeto dinamizador do SUS, condicionada pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil; (iii) A Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS.

Por fim, é importante salientar (Figura 1), que a expansão e a qualificação da atenção básica, organizadas pela estratégia Saúde da Família, compõem parte do conjunto de prioridades políticas apresentadas pelo Ministério da Saúde e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade.

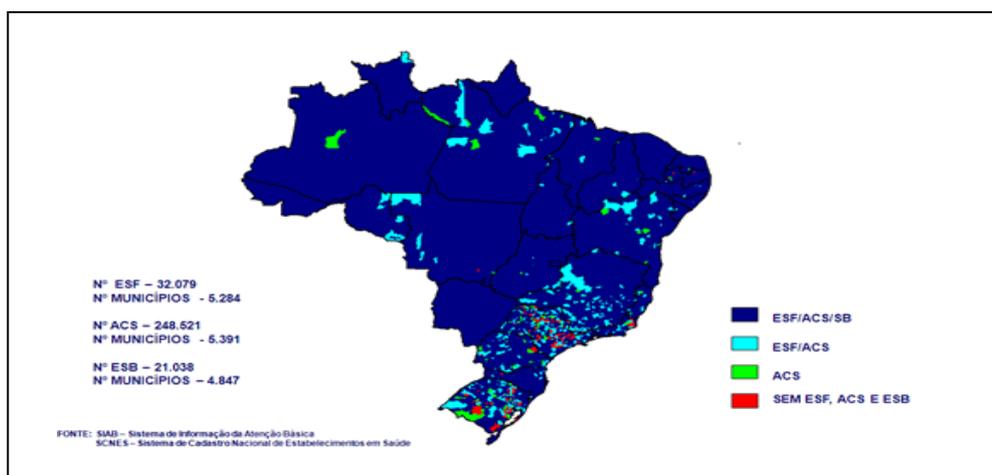


Figura 1 - Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, BRASIL - AGOSTO 2011. Fonte: <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho será desenvolvido através de uma pesquisa de campo. Será um estudo exploratório, descritivo, analítico e avaliativo sobre a qualidade dos serviços do Agente Comunitário de Saúde no Bairro Nordeste II no Município de Guarabira que buscara analisar as características dos usuários, bem como a qualidade dos centros de saúde, a gestão e os cuidados humanizados.

O Município de Guarabira é parte integrante do processo de municipalização e regionalização da saúde na Paraíba, uma vez que por possuir uma posição privilegiada na mesorregião do Agreste Paraibano o município se tornou um centro regional de destaque e atualmente polariza 24 municípios que compõem a microrregião de Guarabira e a coloca como sede da 2ª gerencia regional de saúde na Paraíba o que garante que o município apresente uma dinamicidade nos serviços de saúde. (MARQUES; SILVA, 2010).

A Secretária Estadual de Saúde da Paraíba incorpora uma divisão geoadministrativa do estado subdividindo em 12 gerencias regionais de Saúde com uma capacidade funcional instalada, hábil em articular o processo gerencial das ações técnico-administrativas da saúde.

1ª	João Pessoa	7ª	Piancó
2ª	Guarabira	8ª	Catolé do Rocha
3ª	Campina Grande	9ª	Cajazeiras
4ª	Cuité	10ª	Souza
5ª	Monteiro	11ª	Princesa Isabel
6ª	Patos	12ª	Itabaiana

Quadro 1: Divisão das 12 regiões de saúde no estado da Paraíba
Fonte: (MARQUES; SILVA, 2010).

Para MARQUES; SILVA (2010), o Plano de diretor de regionalização (PDR) foi elaborado para definir estas gerências a partir de sua facilidade de acesso meio de transporte, necessidades de serviços ofertados dentre outros.

Seguindo esse padrão de regionalização o Município de Guarabira abriga a 2ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba, sendo constituída pelos Municípios de Alagoinha, Araçagi, Araruna, Bananeiras, Belém, Borborema, Casserengue, Campo de Santana, Cacimba de Dentro, Caiçara, Cuitegi, Dona Inês, Duas Estradas, Lagoa de Dentro, Logradouro, Mulungu, Pilões, Pilõezinho, Riachão, serraria, Serra da Raiz, Sertãozinho e Solânea.

O Município de Guarabira possui uma população de 55.326 habitantes, uma área territorial de 165,743 km² e uma densidade demográfica de 333,81 hab/km², desse total 48.960 reside na área urbana e 6.366 reside na área rural. Nesse município a incidência de pobreza é de 53,95% da população absoluta (IBGE, 2010).

Com relação aos estabelecimentos de saúde no município de Guarabira possui 18 estabelecimentos privados, 0 estabelecimentos federais, 3 estabelecimentos estaduais, e 37 estabelecimentos municipais (IBGE, 2010).

Nesse município os serviços de atenção básica na comunidade estão sob-responsabilidade do Programa de Saúde na Família (PSF), e segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde de Guarabira-PB, esse município apresenta 15 unidades na sua área urbana especializadas no território em função da necessidade da população.

Com base no Quadro 1 podemos perceber a distribuição dessas unidades na área urbana do Município de Guarabira-PB.

Localização por Bairros	População Total	Números de Famílias
Bairro das Nações	2.133	734
Primavera	3.660	1.018
Nordeste I	2.869	945
Nordeste II	2.941	896
Nordeste III	2.763	809
Clovis Bezerra	2.802	807
Alto da Boa Vista	2.189	754
Osmar de Aquino	1.670	437
Mutirão	2.970	848
Rosário	2.167	726
São José	2.365	744
Santa Terezinha	4.088	1.277
Juá	3.439	1.137
Cordeiro	3.049	961
Bairro Novo	1.710	439

Fonte: (MARQUES; SILVA, 2010).

3.1 Caracterização da área de estudo

O estudo será realizado em uma Unidade de Saúde da Família no Bairro Nordeste II PSF do CAIC localizado no município de Guarabira - PB.



Foto 1: Unidade saúde da família-CAIC
Fonte: Autora, 2012.

Os bairros do nordeste I,II,III juntos correspondem a aproximadamente 8.573 moradores segundo dados da secretaria de saúde, e juntos tornam-se maior, que algumas cidades da Paraíba. No bairro do Nordeste estão localizadas as maiores escolas como o Colégio Polivalente e o Instituto Federal da Paraíba (IFPB). Possui um comércio considerável onde tudo se encontra. Os meios de subsistência da população são agricultura, prefeitura e estado. A pecuária supre o consumo local. O bairro limita-se ao Leste com Araçagi (sede do CAIC), ao Norte na direção do Memorial Frei Damião, ao Oeste na direção da UEPB, ao Sul na direção do distrito industrial.

Geograficamente os bairros são divididos a partir da serraria de Hildebrando Matias: A direita nordeste II e a esquerda Nordeste I

O ponto turístico do bairro é a festa do Padroeiro São Pedro e São Paulo que acontece no mês de junho com a participação de pessoas de outras cidades e com atrações do meio artístico

cultural nordestino e artista da terra. Os moradores do bairro e visitantes neste festejo saboreiam deliciosas comidas típicas da época junina.

Na área de lazer o destaque do bairro é a praça do encontro que serve para que os moradores usufruam de um espaço livre urbano com uma área grande que a população dela se serve. É tradicionalmente um local de recreação, que serve de palco para encontros românticos acompanhado de um belo cenário exuberante repleto de árvores que ornamenta a praça.

A principal comunicação do bairro é feita especialmente pela rádio comunidade geral FM.104,9 MTZ, que é uma emissora de caráter comunitário que tem como finalidade da oportunidade a divulgação dos pensamentos.

Na administração Municipal do prefeito Jáder Soares Pimentel (1993/1997) deu inicio a construção do CAIC, moderno prédio para a educação do bairro do nordeste. O terreno foi doado pelo empresário João Rafael de Aguiar e em seguida concedido ao poder público municipal a regime de comodato e foi inaugurado em 1996, recebeu o nome João Farias Pimentel Filho e possui uma área de 4.640m² e está localizado á Rua Jose Américo s/n ,e inserido entre os bairros do Nordeste I,II e bairro das Nações. E é nas dependências do CAIC, está a unidade Saúde da Família.

O relevo do CAIC onde está situado em um terreno que não é Plano, avista-se do local o ponto mais alto do município de Guarabira que é a Serra da Jurema, que fica localizada ao Norte do Município na divisa de Pirpirituba com 300m de altitude. Onde está situado o memorial Frei Damião, principal ponto Turístico do Município de Guarabira.

Há treze anos a Unidade de Saúde da família presta serviço a uma população de 1.100 famílias aproximadamente com atendimento realizado por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar, uma dentista, e seis agentes comunitários de Saúde que compõe a equipe, e conta também com o apoio do NASF (Núcleo de apoio as famílias) que é uma equipe composta por psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, fonodióloga que atendem na unidade da saúde a população.

Existe um cronograma de atendimento para melhor organização do atendimento da população de acordo com a função que cada profissional exerce. Os serviços oferecidos a população são: consultas, atendimento odontológicos, acompanhamento do pré-natal, planejamento familiar, acompanhamento das crianças de 0-12 anos (CD), acompanhamentos aos hipertensos, diabéticos, realização de exames citológicos visitas aos acamados, as puérperas,

agendamento de consultas, acompanhamento das crianças até cinco anos com a pesagem e campanhas são realizadas pela equipe (prevenção do câncer de mama, vacinação), e busca ativa realizado pelos ACS em prevenção das doenças como hanseníase e tuberculose. Como Também visita as escolas levando saúde bucal com realização de palestras e aplicação de flúor. São realizadas palestras com as gestantes periodicamente abordando temas sobre gravidez, e todas as informações que uma grávida deve saber sobre sua gestação e cuidados que teve ter com o seu filho.

3.2 Tipo de estudo

O presente trabalho constitui uma pesquisa de campo sobre o perfil populacional e dos serviços na atenção básica de Saúde do CAIC, onde foram aplicados cem (100) questionários sobre o atendimento, suas características pessoais, a infraestrutura do estabelecimento, o desempenho da equipe e o serviço humanizado. O Público alvo será a população assistida pela unidade e que reside na área de abrangência, foram ouvidas um total de Cem pessoas. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e analítica.

3.3 Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados através da realização de entrevistas individuais aos Usuários da Unidade de Saúde do CAIC, situado no bairro do Nordeste II no Município de Guarabira - PB, onde foram aplicados questionários com a finalidade de conhecer o perfil e, sobretudo dar oportunidade dos usuários opinarem sobre os serviços, prestados a população.

Foram realizado vários trabalhos de campo exploratório que se desenvolveu através das seguintes etapas:

- I. coletar informações dos usuários sobre o trabalho realizado pela equipe de estratégia da saúde;
- II. pesquisar sobre as características dos usuários;
- III. demandas e qualidade do serviço da unidade;
- IV. analisar o desempenho das atividades, o acolhimento e cuidados humanizados dos funcionários segundo a visão da clientela atendida na unidade.

Salientamos que trabalho trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, do tipo pesquisa de campo, onde, a pesquisa de campo é um tipo de estudo que possui um grupo alvo definido para realização do estudo e consiste no estudo profundo e exaustivo de um objeto, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, sendo inserido na linha da Geografia e Análise da Pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nesta seção, apresentamos o perfil dos usuários do PSF no bairro do Nordeste II, o que possibilita a elaboração de um perfil da população que recorre aos serviços de saúde nesta unidade, complementada por uma análise dos serviços prestados, na perspectiva dos usuários do PSF do CAIC, bairro do Nordeste, Guarabira – PB.

A disposição dos dados quantitativos, em gráficos, está organizada associando-se a quatro (4) dimensões investigadas, na seguinte ordem:

- I - Características dos usuários nos centros de saúde da família;
- II - Demandas e qualidade dos centros de saúde da família em função da visão dos usuários;
- III - Informações sobre gestão nos centros de saúde da família segundo a visão dos usuários; e
- IV - Cuidado humanizado nos centros de saúde da família, segundo a visão dos usuários.

4.1 Características dos usuários do PSF Nordeste II

Dos 100 usuários entrevistados a maioria (85,0%) é do sexo feminino e 15,0% são do sexo masculino (Figura 1).

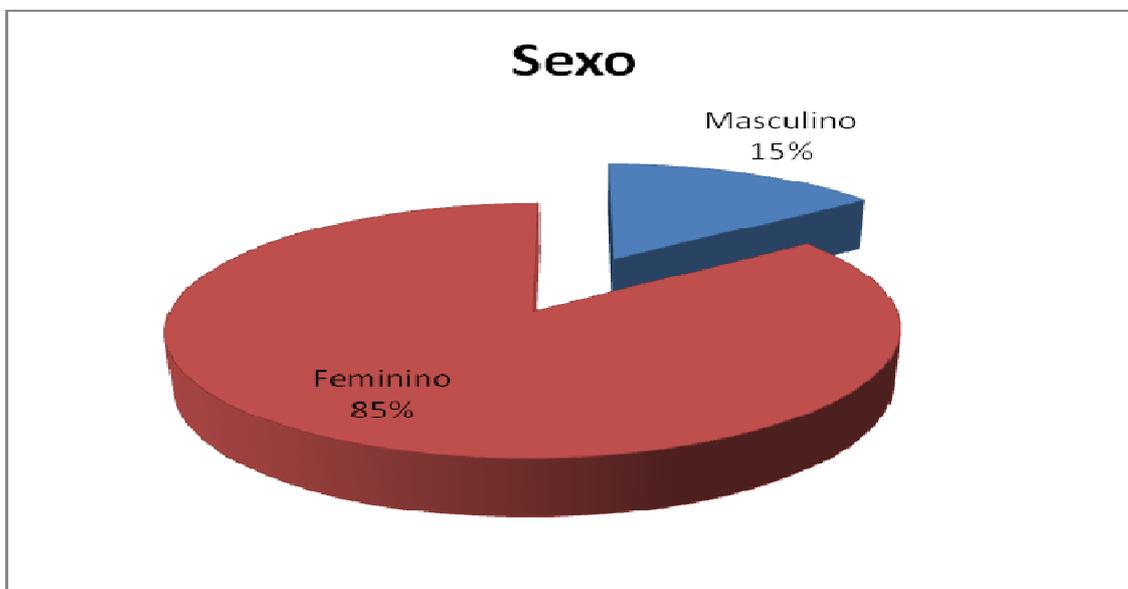


Figura 1 - Percentual dos usuários dos centros de saúde da família, segundo o sexo.
Fonte: Pesquisa in locu.

Na análise da Figura 2, constatou-se que 22,0% dos usuários concentraram-se na faixa etária de 30 a 39 anos, seguida de 20,0% que estavam entre 40 a 49 anos, e 13,0% entre 49 a 59 anos. Com isso pode-se observar que o predomínio de atendimento é maior na faixa etária adulta.

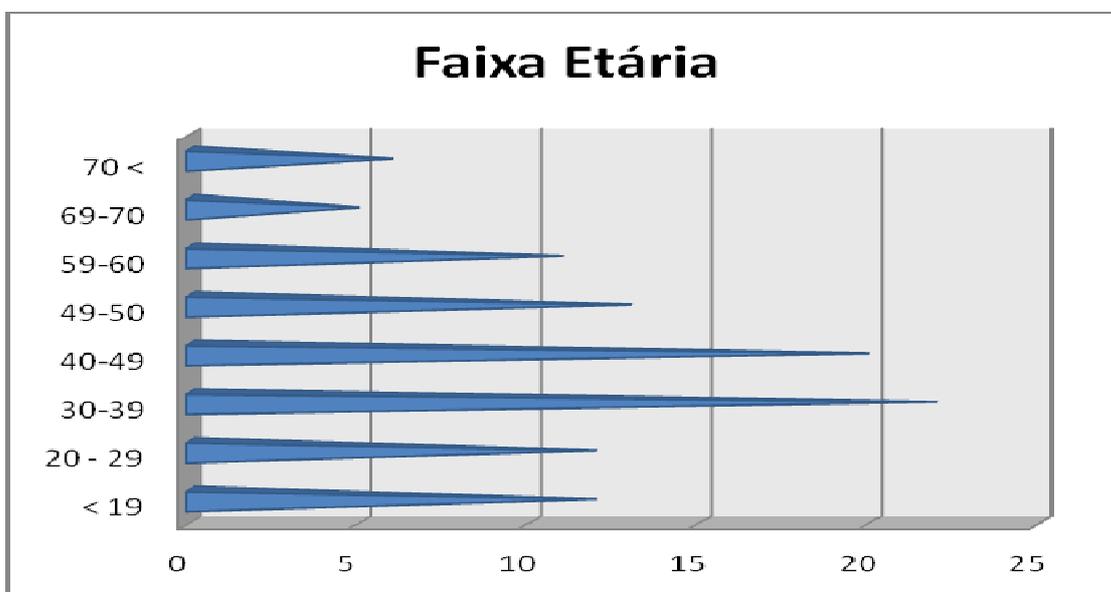


Figura 2: Percentual dos usuários dos centros de saúde da família, segundo faixa etária.
Fonte: Pesquisa in locu.

Pela análise da Figura 3, quanto ao estado conjugal, à maioria, 57,0%, encontra-se casada (o), seguido de solteiros, 27,0% e união estável, com 6,0%.



Figura 3 - Percentual dos usuários dos centros de saúde da família, segundo estado conjugal.
Fonte: Pesquisa in locu.

Com a análise da Figura 4, relativo à ocupação, 42,0% dos usuários são donas de casa; outras ocupações não caracterizadas no questionário, com 35,0%, destacam-se ainda as seguintes atividades: aposentados (14,0%), estudante (4,0%) e costureira (3,0%).

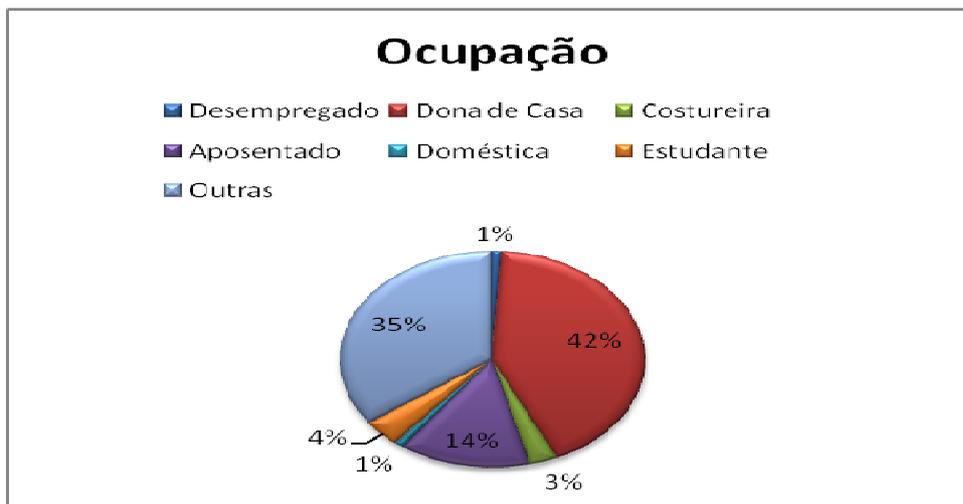


Figura 4 - Percentual dos usuários dos centros de saúde da família, segundo ocupação.
Fonte: Pesquisa in locu.

Por fim, a análise da Figura 5, enfatizando à escolaridade, a maior categoria de usuários, foi encontrada no ensino fundamental incompleto, 40,0%, seguido de 19,0% com o ensino médio e 17,0% com o fundamental completo. Apenas 6,0% dos usuários completaram o ensino superior.

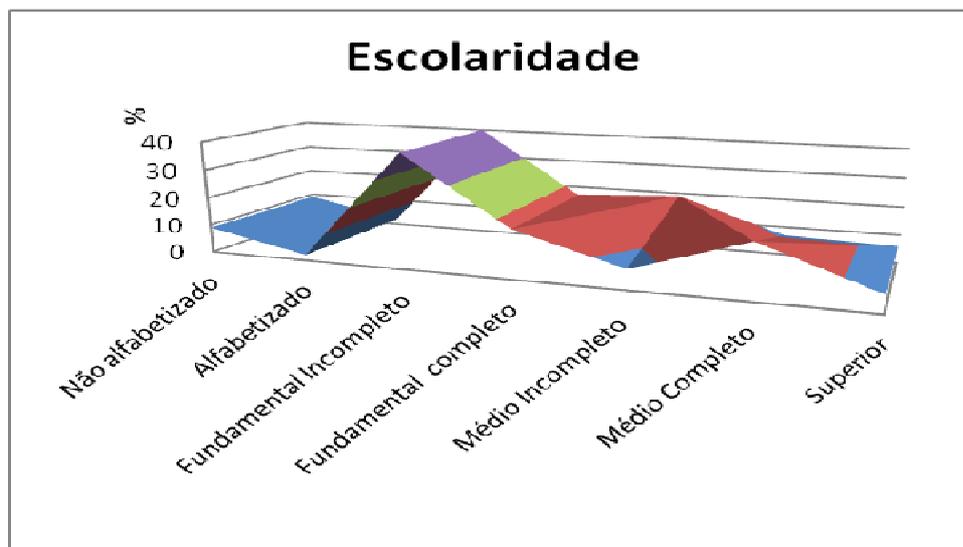


Figura 5 - Percentual dos usuários dos centros de saúde da família, em função da escolaridade.
Fonte: Pesquisa in locu.

Na análise das características dos usuários do PSF Nordeste II, percebe-se que pelo fato de predominar usuários do sexo feminino, numa faixa etária entre 30 – 39 anos, tem-se um alto

índice de casados (as), com sua maioria ocupacional de dona de casa. Por fim, é preciso esclarecer, que o bairro do Nordeste II é uma região povoada por pessoas, geralmente oriundas da Zona Rural de Guarabira, e trata-se de uma região de periferia dentro da organização do espaço urbano, reflete na maior parte dos usuários entrevistadas sendo mulheres, na fase adulta, retratando por isso, uma baixa escolaridade e limitações orçamentárias desses usuários.

4.2 Demandas e qualidade dos centros de saúde da família em função da visão dos usuários

A análise segundo os três serviços mais procurados pelos usuários mostra o seguinte comportamento: procura por atendimento médicos (32%), enfermeira (21%) sala de curativo (17%). A Figura 6 mostra uma variação na distribuição dos três serviços em relação ao centro de saúde investigado. Podemos esclarecer ainda que o item outros se refere a opções por serviços que atingiram até 9,0%.



Figura 6: Percentual dos usuários do centro de saúde da família, em função dos serviços mais procurados.

Fonte: Pesquisa in locu.

A proporção dos usuários que usam os serviços é alta, embora tenha ocorrido considerável percentual no atendimento médico. As maiores proporções observadas foram: Atendimento médico (62%), dentista (15%) Marcação de consultas (6%), e o item outros correspondem a (15%).



Figura 7: Médias e desvio-padrão do tempo de espera para atendimento dos usuários nos centros de saúde da família.

Fonte: Pesquisa in locu.

O estudo mostra que a opinião do usuário em relação ao tempo de espera apresenta uma contradição de acordo com a média de tempo de espera no centro de saúde. (45%) dos entrevistados consideraram que demorou mais de 30 minutos para ser atendido, (44%) esperaram de 20-30 minutos e (11%) de 10-20 minutos.

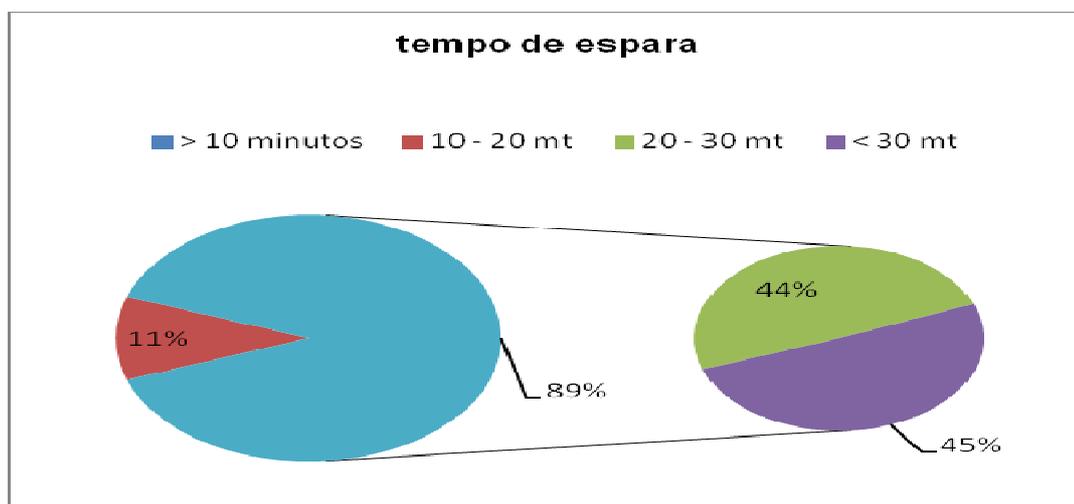


Figura 8: Percentual dos usuários dos centros de saúde da família, segundo opinião sobre o tempo de espera.

Fonte: Pesquisa in locu.

O estudo mostra que referente ao item satisfação no atendimento (61%) declararam que o atendimento demorou pouco, (15%) acharam que demorou muito e para (13%) não demorou.



Figura 9: Percentual dos usuários dos centros de saúde da família quanto à satisfação no atendimento. Fonte: Pesquisa in locu.

Segundo os usuários, a preparação dos profissionais de saúde no centro de saúde da família apresentou que (70%) dos entrevistados declararam que os profissionais estão preparados, (28%) muito preparados, (2%) pouco preparados.



Figura 10: Opinião dos usuários do centro de saúde da família em relação ao preparo dos profissionais. Fonte: Pesquisa in locu.

No que diz respeito à satisfação dos usuários em relação à organização dos centros de saúde da família, pode-se observar que (71%) estão satisfeito (23%) se declararam muito satisfeito e (7%) estão Insatisfeitos.



Figura 11: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família quanto à satisfação do modo de organização do serviço.
Fonte: Pesquisa in locu.

Verificou-se, na Figura 12, que o centro de saúde da família apresentou (38%) secretária de saúde, (31%) profissionais de saúde, (25%) funcionários, e 6% para o itens outros.

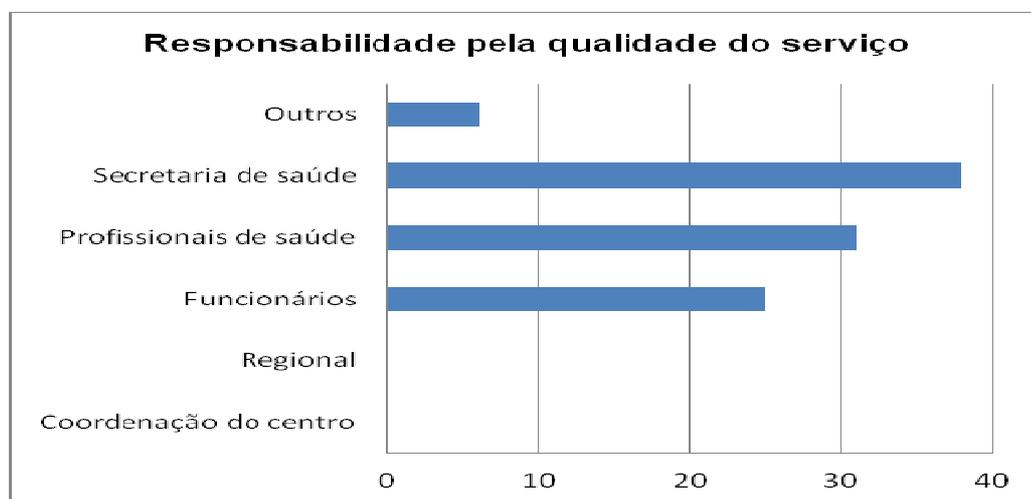


Figura 12: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família quanto à responsabilidade pela qualidade do serviço.
Fonte: Pesquisa in locu.

No que se refere à opinião dos usuários na figura 13 com relação ao que consideram mais importante no serviço, verificou-se que os usuários do centro de saúde da família (39%) atender

bem, (19%) sentir competência por parte do profissional, (16%) Sentir-se bem aceito e respeitado.



Figura 13: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família quanto ao que consideram mais importante no serviço.

4.3 Informações sobre gestão nos centros de saúde da família segundo à visão dos usuários

Verifica-se na Figura 14 que, no centro de saúde, os usuários conhecem as tarefas rotineiras dos coordenadores das respectivas unidades. (65%) conhecem o trabalho da coordenação e (35%) não conhecem.

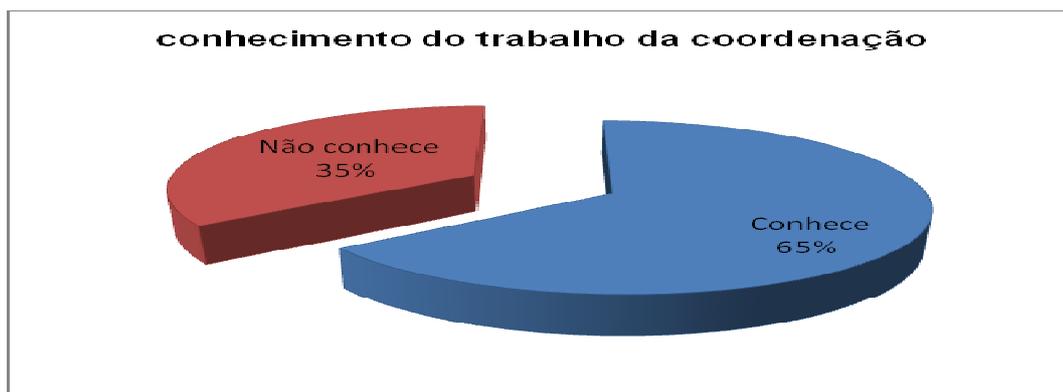


Figura 14: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família em relação ao conhecimento do trabalho da coordenação.
Fonte: Pesquisa in locu.

Diante do resultado anterior quanto ao desconhecimento do usuário em relação ao trabalho dos coordenadores (Figura 15), verificamos que os usuários atribuíram (48%) muito bom (32%) Bom e (13%) achou regular.

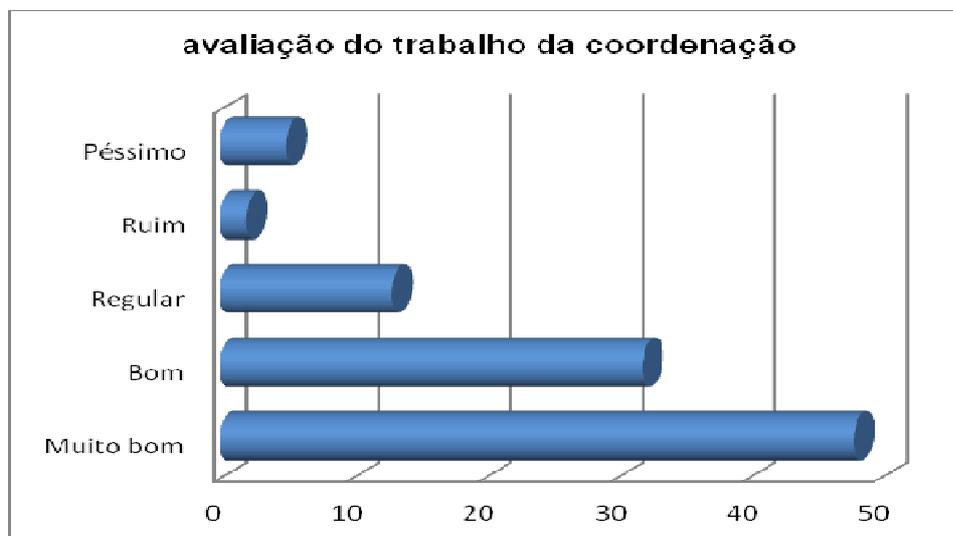


Figura 15: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família em relação à avaliação do trabalho da coordenação.

Por outro lado, os usuários reconhecem ter dificuldade para entrar em contato com a coordenação dos centros de saúde (Figura 16). Em todas as unidades, o número de respostas que apontam ter facilidade é significativo, (79%) e (21%) afirmaram não ter facilidade no contato com a coordenação.

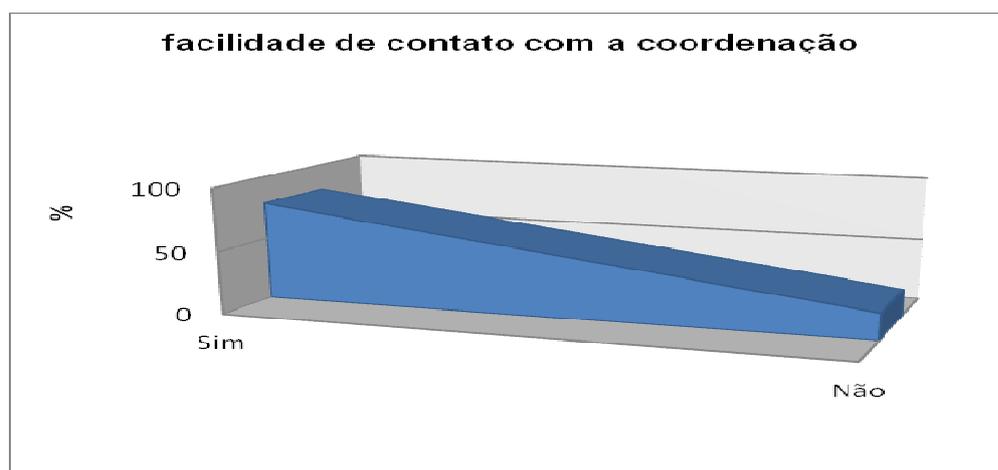


Figura 16: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família quanto à facilidade de contato com a coordenação.

Fonte: Pesquisa in locu.

No que se refere às visitas das equipes saúde da família aos domicílios dos usuários (Figura 17), verificou-se neste estudo a indicação de (96%) são acompanhadas e se mostraram satisfeitas, e (4%) não são acompanhadas e não estão satisfeitas.

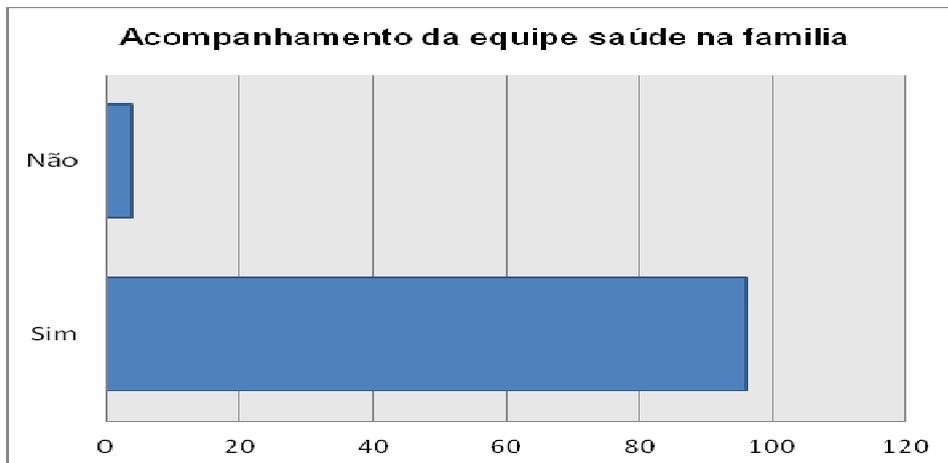


Figura 17: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família quanto ao acompanhamento da equipe saúde da família.

Fonte: Pesquisa in locu.

Os indicadores de infraestrutura (Figura 18) definidos neste estudo foram os seguintes: segurança, aparência da unidade, espaço para recreação, sinalização de salas e consultórios, privacidade do consultório, silêncio, equipamentos em funcionamento, conforto do ambiente e limpeza dos ambientes. O que se tem como opinião dos usuários é (43%) declarou a privacidade do consultório, (17%) limpeza dos espaços, (12%) aparência das unidades o item outros equivale a (3%).

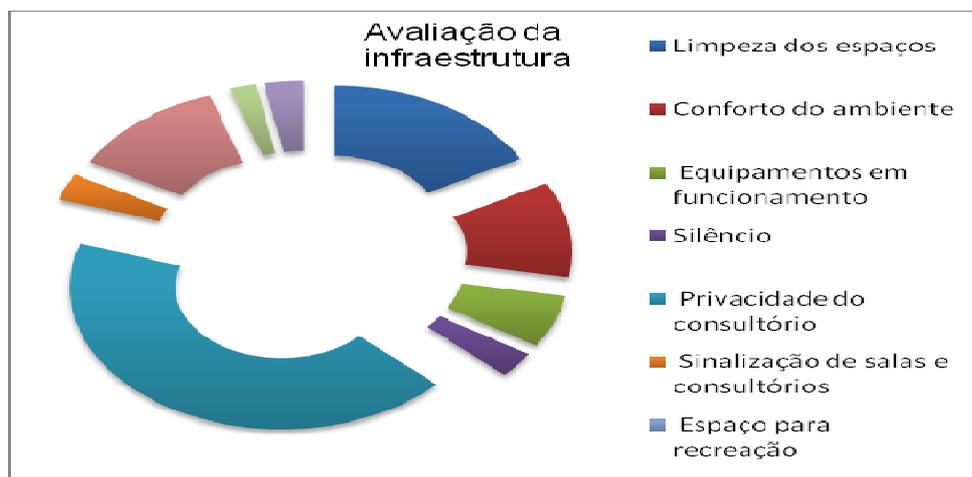


Figura 18: Avaliação da infraestrutura dos centros de saúde da família segundo os usuários.

Fonte: Pesquisa in locu.

Na Figura 19, foram analisados os indicadores de qualidade dos serviços como visitas das equipes do PSF, encaminhamento de exames, organização da fila, recebimento de medicamentos, atendimento dos profissionais de saúde, atendimento dos funcionários e marcação de consulta. O

item atendimento dos profissionais (25%), todos os serviços (16%), marcação de consultas (15%).

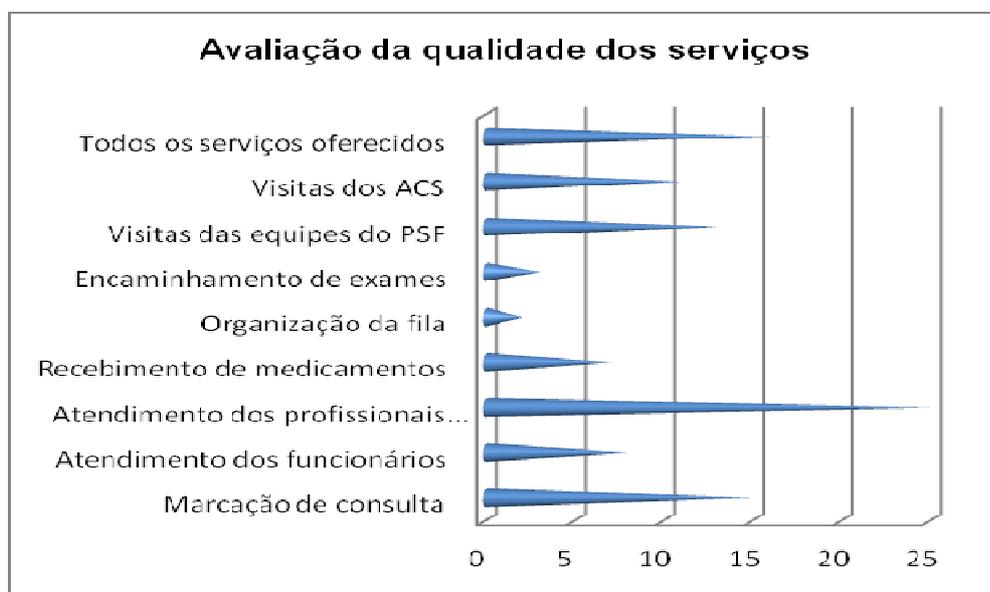


Figura 19: Avaliação da infraestrutura dos centros de saúde da família segundo os usuários.
Fonte: Pesquisa in locu.

Por sua vez, os meios de informação disponíveis (Figura 20) mais usados pelos usuários são: contato direto ao balcão (47%), (37%) ACS e (14%) reuniões.

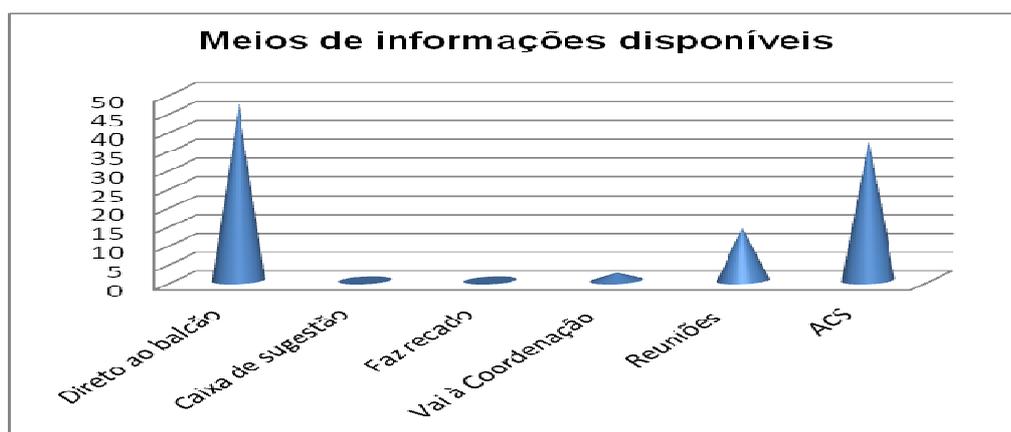


Figura 20: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família sobre os meios de informações disponíveis.
Fonte: Pesquisa in locu.

4.4 Cuidado humanizado nos centros de saúde da família, segundo à visão dos usuários

A Figura 21 apresenta a opinião dos usuários sobre o cuidado humanizado. Os resultados encontrados reforçam a noção de que o cuidado humanizado está ligado a respeito e educação (52%), atenção (25%), repasse de informações (12%).



Figura 21: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família sobre cuidado humanizado dos funcionários.
Fonte: Pesquisa in locu.

A Figura 22 apresenta a opinião dos usuários sobre o cuidado humanizado em relação aos profissionais de saúde. Neste caso, os resultados encontrados reforçam a ideia de que o cuidado está respeito e educação (56%) e a atenção (24%) e repasse de informação (9%) dos profissionais de saúde.



Figura 22: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família sobre o cuidado humanizado dos profissionais de saúde.
Fonte: Pesquisa in locu.

Na Figura 23 temos a opinião dos usuários sobre o tipo de discriminação no serviço de saúde. Em quase todos os CSFs, (97%) foi indicada não ocorrer nenhum tipo de discriminação, (2%) deficiência física e (1%) enfermidade.



Figura 23: Opinião dos usuários dos centros de saúde da família sobre o tipo de discriminação no serviço.

Fonte: Pesquisa in locu.

Entendemos que essa análise da pesquisa, proporciona um diagnóstico situacional, onde é possível observar que o PSF do CAIC – bairro do Nordeste II em Guarabira oferece bem os serviços de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde, possibilitou, também, a visualização da realidade de trabalho no PSF, da necessidade da população e do perfil da comunidade. Além de permitir um futuro planejamento de ações em saúde para o bairro.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Humanização da saúde chamado acolhimento é uma estratégia que pode ter efeitos significativos em um trabalho responsável dos trabalhadores em construir com os usuários a resposta possível as suas dores, angústias, problemas e aflições de forma tal que não apenas se produzam consultas e atendimentos, mas que o processo de consultar e atender venha a produzir conhecimentos e autonomia em todos os usuários.

Também, ao concluir a análise da pesquisa situacional da Unidade de Saúde da Família, PSF do CAIC – bairro do Nordeste II, em Guarabira, pôde perceber acima de quaisquer problemas ou dificuldades encontradas, o esforço dos profissionais em oferecer um serviço de saúde com humanização.

Enquanto profissionais, ACS, teve a oportunidade de conhecer melhor o ambiente de trabalho ao qual estamos inseridos e até repensar em estratégias de melhoria em nossa unidade e atendimento.

Porém, Ainda falta muito para que as diretrizes e preceitos do PSF, sejam de fato realidade.

Algumas conclusões de ordem geral com base na análise dos dados quantitativos podem ser obtidas: (i) a satisfação do usuário está diretamente ligada praticamente ao atendimento médico; (ii) o cuidado humanizado e satisfação do usuário estão vinculada ao acolhimento dos funcionários e dos profissionais de saúde; (iii) a opinião do usuário quanto à qualidade dos serviços e do trabalho dos servidores é muito importante para intensificar o processo de humanização nos centros de saúde da família; (iv) valorização das práticas comunitárias em saúde e fortalecimento do PSF se colocam como aliados na efetivação e humanização dos serviços.

Ao final deste trabalho recomendamos estabelecer vínculos outras profissionais e clientela, implica mudanças na porta de entrada da população aos serviços com introdução de mudanças na recepção dos usuários e na programação de prestação de serviços, que , por outro lado, é uma estratégia positiva de humanização nos PSF.

5. REFERÊNCIAS

ALVES, Cícero Ronieri; ARAUJO, Deise Coitinho. **POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA – PNAISC**. UEPB, Campina Grande, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: os desafios para aprimorar a porta de entrada do SUS para os brasileiros**. **Jornal do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde**, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília-DF, 2000, 110p.

BRASIL, Ministério da saúde. **Saúde da família: Uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasil. Ministério de Saúde, 1997, 36p.

BRASIL. Congresso Nacional. **Constituição de república Federativa do Brasil, 1988**. São Paulo: Revista dos tribunais, 1968.

CONASENS (Conselho Nacional de Secretários Municipal de Saúde) CONASENS: **Garantindo saúde nos municípios**. Ministério de Saúde, 2009.

DAB. <http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#saudedafamilia>. 2007.

FILHO, Antonio pereira Cardoso da Silva; PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **O AGENTE DE SAÚDE COMO TRANSFORMADOR DA PAISAGEM URBANA: O CASO DE CAMPINA GRANDE-PB**. IN: Simpósio Nacional de Geografia Humana XII, BH. Anais, Belo Horizonte, 2011.

FILHO, Antonio pereira Cardoso da Silva; PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **Conhecimento Geográfico do Agente de Saúde da ESF e VAS a partir da percepção de técnicas e pesquisadores das ciências sociais e da saúde**. IN: Encontro Paraibano de Geografia 4º., 2010, Campina Grande. Anais CD-ROM.

Ministério da saúde, Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. **Relatório de Situação**. Paraíba. Brasília – DF 2009

MARQUES, Ana Carla dos Santos; SILVA, Aldo Aloísio Dantas da. **O Uso do Território pelos Serviços públicos de Saúde no Município de Guarabira/PB**. IN: Encontro Paraibano de Geografia 4º., 2010, Campina Grande. Anais CD-ROM.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. **Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família**: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. Rev. esc. enferm. USP vol.41 no.1 São Paulo Mar. 2007.

PDR - plano Diretor de Regionalização da Paraíba. Governo do Estado da Paraíba. 2001

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra. **CONHECIMENTO GEOGRÁFICO DO AGENTE DE SAÚDE: COMPETÊNCIAS E PRÁTICAS SOCIAIS DE PROMOÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE NA CIDADE DO RECIFE - PE**, Presidente Prudente, 2008.

Disponível em:
http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bpp/33004129042P3/2008/pereira_mpb_dr_pr_ud.pdf Acesso em: 20/10/2012

Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília (DF) A ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS. Jan/fev; 57 (1): 19-25, 2004.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. **Saúde: romessas e limites da constituição**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. **Programa Saúde Da Família No Brasil**: Um Enfoque Sobre Seus Pressupostos Básicos, Operacionalização E Vantagens. São Paulo, 2001.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf> Acesso em 15/ 10/2012.

SILVA, Luiza Carla Lima da. Revisão Integrativa das evidências Científica em avaliação dos programas de saúde no Brasil, 2000 a 2011. 16 f. Monografia (Bacharel e licenciatura em enfermagem), Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. O agente Comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Revista Interface. Comunic, Saúde, Educ, v6, n10, p.75-96, fev 2002. Disponível em: <http://www.registro.unesp.br/museu/basededados/arquivos/00000186.pdf> Acesso em: 20 /10/ 2012

VIANA; et. al. **NOVAS PERSPECTIVAS PARA A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE**. Revista São Paulo em Perspectiva, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Em<<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 20/10/2012.

ANEXOS

INSTRUMENTO DA PESQUISA – I

PERFIL POPULACIONAL E DOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE

1. CARACTERÍSTICAS DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1.1 Segundo o sexo.

() Feminino

() Masculino

1.2 Segundo faixa etária.

() <19

() 20 a 29 anos,

() 30 a 39 anos,

() 40 a 49 anos.

() 49 a 50

() 59 a 60

() 69 a 70 e

() 70 <

1.3 Quanto ao estado conjugal

() Casada

() Não casados

() Separados

() União estável

() Mãe solteira

() Pai solteiro

1.4 Segundo ocupação.

() Desempregado

() Dona de casa

() Costureira

() Aposentado

() Doméstica

() Outras: _____

1.5 Em função da escolaridade.

() Não alfabetizado

() Alfabetizado

() Fundamental incompleto

() Fundamental completo

() Médio incompleto

() Médio completo

() Superior

() Outros: _____

2. DEMANDAS E QUALIDADE DOS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM FUNÇÃO DA VISÃO DOS USUÁRIOS:

2.1 Em função dos serviços mais procurados.

- () Atendimento médico, sala de preparo e farmácia.
- () Atendimento médico, dentista e farmácia.
- () Atendimento médico e farmácia
- () Atendimento médico, farmácia e outros.
- () Atendimento médico e dentista
- () Só atendimento médico
- () Outros: _____

2.2 De acordo com o serviço procurado no dia.

- () Atendimento médico
- () Dentista
- () Sala de preparo
- () Farmácia
- () Marcação de consultas
- () Outros: _____

2.2 Opiniões sobre o tempo de espera.

- () < 10 mt.
- () 10 – 20 mt.
- () 20 – 30 mt.
- () 30 – 40 mt.

2.3 Quanto à satisfação no atendimento.

- () Demorou muito
- () Demorou
- () Demorou pouco
- () Não demorou

2.4 Em relação ao preparo dos profissionais.

- () Muito preparados
- () Preparados
- () Pouco preparados
- () Não são preparados.

2.5 Quanto à satisfação do modo de organização do serviço.

- () Muito satisfeito
- () Satisfeito
- () Insatisfeito
- () Muito insatisfeito

2.6 Quanto à responsabilidade pela qualidade do serviço.

- Coordenação do centro
- Regional
- Funcionários
- Profissionais de saúde
- Secretaria de saúde
- Outros: _____

2.7 Quanto ao que consideram mais importante no serviço.

- Ser ouvido pelo profissional e falar o que quiser
- Compreender as orientações dadas
- Sentir competência por parte do profissional
- Ser bem acolhido pelo funcionário
- Sentir-se bem aceito e respeitado
- Atender bem
- Outros: _____

3. INFORMAÇÕES SOBRE GESTÃO NOS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO A VISÃO DOS USUÁRIOS:

3.1 Em relação ao conhecimento do trabalho da coordenação.

- Conhece
- Não conhece

3.2 Em relação à avaliação do trabalho da coordenação.

- Muito bom
- Bom
- Regular
- Ruim
- Péssimo

3.3 Quanto à facilidade de contato com a coordenação.

- Sim
- Não

3.4 Quanto ao acompanhamento da equipe saúde da família.

- Sim
- Não

3.5 Quanto à avaliação da infraestrutura.

- Limpeza dos espaços
- Conforto do ambiente
- Equipamentos em funcionamento
- Silêncio
- Privacidade do consultório
- Sinalização de salas e consultórios
- Espaço para recreação
- Aparência da Unidade

() Segurança

() Outros

() Bom

() Regular

() Insuficiente

3.6 Quanto à avaliação da qualidade dos serviços oferecidos.

() Marcação de consulta

() Atendimento dos funcionários

() Atendimento dos profissionais de saúde

() Recebimento de medicamentos

() Organização da fila

() Encaminhamento de exames

() Visitas das equipes do PSF

() Visitas dos ACS

() Todos os serviços oferecidos

() Bom

() Regular

() Insuficiente

3.7 Sobre os meios de informações disponíveis.

() Direto ao balcão

() Caixa de sugestão

() Faz recado

() Vai à Coordenação

() Reuniões

4. CUIDADO HUMANIZADO NOS CENTROS DE SAÚDE DA FAMÍLIA, SEGUNDO A VISÃO DOS USUÁRIOS:

4.1 Sobre cuidado humanizado dos funcionários.

() Respeito e educação

() Atenção

() Rapidez

() Interesse

() Repasse de informação

() Muito satisfeito

() Satisfeito

() Insatisfeito

() Muito insatisfeito

4.2 Sobre o cuidado humanizado dos profissionais de saúde.

() Respeito e educação

- () Atenção
- () Rapidez
- () Interesse
- () Repasse de informação

- () Muito satisfeito
- () Satisfeito
- () Insatisfeito
- () Muito insatisfeito

4.3 Sobre o tipo de discriminação no serviço.

- () Cor/etnia
- () Orientação sexual
- () Deficiência física
- () Abuso de autoridade
- () Enfermidade
- () Nenhum