



**Universidade Estadual da Paraíba**  
**Centro de Ciências Sociais Aplicadas**  
**Departamento de Administração e Economia**  
**Curso de Administração**

**Pedro Guilherme de Oliveira Neto**

**ORIENTADORA: PROFESSORA: Dr<sup>a</sup>. Gêuda Anazile da Costa Gonçalves.**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Universidade Estadual da  
Paraíba – UEPB, como um dos pré-  
requisitos para obtenção do título de  
Bacharel em Administração.**

**CAMPINA GRANDE - PB**

**2012**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO E ECONOMIA**  
**CURSO DE ADMINISTRAÇÃO**

**Pedro Guilherme de Oliveira Neto**

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO ÀS CONTRIBUIÇÕES DO P.S.F. NAS  
COMUNIDADES SÃO FRANCISCO E BELO JARDIM: UM ESTUDO DE CASO NO  
MUNICÍPIO DE ESPERANÇA/PB.**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2012**

O48p

Oliveira Neto, Pedro Guilherme.

A percepção dos usuários quanto às contribuições do P.S.F. nas comunidades São Francisco e Belo Jardim: um estudo de caso no Município de Esperança – PB [manuscrito] / Pedro Guilherme de Oliveira Neto. 2012.

22f.; il.color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração ) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2012.

“Orientação: Profa. Dra. Gêuda Anazile da Costa Gonçalves, Departamento de Administração e Economia”.

1. Programa Saúde da Família. 2. Comunidade São Francisco e Belo Jardim 3. Saúde Pública. I. Título.

21. ed. CDD 362

Pedro Guilherme de Oliveira Neto

**A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO ÀS CONTRIBUIÇÕES DO P.S.F. NAS  
COMUNIDADES SÃO FRANCISCO E BELO JARDIM: UM ESTUDO DE CASO NO  
MUNICÍPIO DE ESPERANÇA/PB.**

**Trabalho de Conclusão de Curso**

**APROVADO EM 13 de Junho de 2012.**

NOTA: 10,0 (Dez).

**BANCA EXAMINADORA**

Gêuda Anazile da C. Gonçalves (10,0)

**Profª. Drª. Gêuda Anazile da Costa Gonçalves / UEPB**  
**Orientadora**

Waleska Silveira Lira (10,0)

**Profª. Drª. Waleska Silveira Lira / UEPB**  
**Examinadora**

Kaline Di Pace Nunes (10,0)

**Profª. Msª. Kaline Di Pace Nunes / UEPB**  
**Examinadora**

1. <b>INTRODUÇÃO</b> .....	4
2. <b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	5
2.1. Gestão Pública.....	5
2.1. Gestão Pública em Saúde.....	7
2.2. Programa Saúde da Família (P.S.F.).....	7
2.2.1. Estratégia da Saúde da Família (E.S.F.).....	9
3. <b>METODOLOGIA</b> .....	9
4. <b>ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	10
4.1. Perfil do Usuário.....	10
4.2. O Conhecimento e a Importância do P.S.F.....	11
4.3. A Situação Física e Profissional do P.S.F.....	12
4.4. A Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipe de Saúde da Família.....	14
4.5. A Qualidade e as Contribuições do P.S.F.....	15
5. <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	17
6. <b>REFERÊNCIAS</b> .....	18

# **A PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS QUANTO ÀS CONTRIBUIÇÕES DO P.S.F. NAS COMUNIDADES SÃO FRANCISCO E BELO JARDIM: UM ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE ESPERANÇA/PB.**

Pedro Guilherme de Oliveira Neto

## **RESUMO**

Este artigo tem como objetivo identificar as contribuições que o PSF vem trazendo para as comunidades São Francisco e Belo Jardim na percepção dos assistidos. Para isso utilizou-se um questionário estruturado, adaptado do elaborado pelo Ministério da Saúde, utilizando a escala de *Likert*, essa pesquisa foi conduzida por meio de levantamento e análise de dados proveniente de um questionário aonde foi perguntado sobre quais são as contribuições que o PSF na comunidade São Francisco e Belo Jardim traz de acordo com os assistidos. Os resultados mostraram que a população das comunidades em questão estão satisfeitas e reconhecem as contribuições trazidas pelo Programa Saúde da Família, apesar de algumas deficiências encontradas. Conclui-se, que o PSF no município de Esperança não somente tem uma efetiva presença, mas também há eficiência em relação as atividades propostas por tal programa.

**Palavras-chave:** Programa Saúde da Família. Comunidades São Francisco e Belo Jardim. Ministério da Saúde.

## **ABSTRACT**

This article aims to identify the contributions that PSF is bringing to communities and São Francisco Belo Jardim in the perception of those assisted. For this we used a structured questionnaire adapted from prepared by the Ministry of Health, using a Likert scale, this research was conducted by surveying and analyzing data from a survey where they asked about what are the contributions that the PSF's São Francisco community and bring Belo Jardim according to the retiree. The results showed that the population of the communities concerned are satisfied and recognize the contributions made by the Family Health Program, despite some deficiencies found. We conclude that the PSF in the hope not only has an effective presence, but there are also efficiency in relation to the activities proposed for such a program.

**Keywords:** Family Health Program. São Francisco Communities and Belo Jardim. Ministry of Health.

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo Oliveira e Borges (2008), a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, recomendou a criação de um sistema único de saúde, que pudesse dinamizar os serviços de saúde prestados em âmbito nacional, através da universalização do atendimento, integralidade de ações e participação popular. Questão, posteriormente, posta pelo art. 196 da Constituição Federal de 1988:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

De acordo com o Ministério da Saúde, em 1990, cria-se o SUS (Sistema Único de Saúde), com o objetivo de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população brasileira, tornando obrigatório o atendimento a todo e qualquer cidadão. Algumas políticas públicas foram formuladas, a exemplo do PSF (Programa de Saúde da Família) que objetiva reestabelecer os laços de confiança e proximidade entre os profissionais da saúde e os assistidos em suas próprias comunidades.

Através do PSF surgiu também a necessidade de estratégias para que a atenção familiar básica fosse alcançada, tendo em vista que esse é o objetivo principal do programa. A necessidade de uma equipe mínima de profissionais, a equipe de Saúde da Família.

Há alguns estudos que comprovam a eficácia e os desafios encontrados na implantação desse programa, dentre eles pode-se citar Oliveira e Borges (2008) que considera que:

Na avaliação da contribuição do Programa de Saúde da Família com relação a esses diversos itens, as respostas dos usuários envolvidos com essa política na Unidade Mista de Felipe Camarão foram extremamente favoráveis.

Segundo dados do IBGE (2008) 96,2% dos municípios brasileiros contam com a assistência do P.S.F. e 94,1% representa o percentual de Equipe de Saúde da Família (E.S.F.) nos municípios, na região Nordeste 99,9% dos municípios são contemplados pelos P.S.F., já com E.S.F. o percentual é de 99,1% de todos os municípios nessa região. No Estado da Paraíba os 223 municípios existentes, conta com pelo menos 01 (uma) U.B.S. (Unidade Básica de Saúde), o mesmo ocorre com a E.S.F., comprovando assim a cobertura em todo estado. O município de Esperança está localizado no Agreste paraibano, conta com 31.095

habitantes, segundo dados do I.B.G.E. - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), possui 11 U.B.S.'s, sendo 07 na zona urbana e 04 na zona rural, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (2011). Além de 07 unidades âncoras, que são equipes de saúde que se deslocam para áreas distantes ou de difícil acesso que não possuem uma unidade básica de saúde, fazendo atendimentos semanais. Ocorrendo, portanto a cobertura de toda a extensão territorial do município.

A inexistência de estudos que busquem verificar a satisfação dos assistidos pelo P.S.F. no município de Esperança/PB, justifica a realização dessa pesquisa, que tem como objetivo identificar as contribuições que o P.S.F. vem trazendo para as comunidades São Francisco e Belo Jardim na percepção dos assistidos. A U.B.S. da Comunidade São Francisco está localizado no Bairro Nova Esperança, o mesmo tem cadastrado 3.427 pessoas, divididas em 1.067 famílias no Sistema de Informação da Atenção Básica (S.I.A.B.). A U.B.S. da comunidade Belo Jardim está localizado no Bairro que tem o mesmo nome, que por sua vez possui 3.573 pessoas divididas em 982 famílias cadastradas no S.I.A.B. A questão norteadora do presente estudo é: Qual é a percepção dos assistidos pelo P.S.F. das Comunidades São Francisco e Belo Jardim quanto aos benefícios trazidos pelo programa?

Este artigo científico encontra-se estruturado da seguinte forma: Introdução, onde se contextualiza o problema, apresenta-se o objetivo e justifica-se a realização da pesquisa. Fundamentação Teórica, neste item faz-se uma breve incursão na teoria que trata de gestão pública, focando as voltadas para a área de saúde, destacando a evolução do S.U.S. e do P.S.F. Em seguida, apresenta-se a metodologia para a realização da pesquisa base deste estudo, e, por fim, tem-se a análise dos dados e as considerações finais.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 GESTÃO PÚBLICA**

“Gestão Pública” esse termo indica a utilização de novas práticas na administração do setor público, algumas importadas do setor privado, outras recuperadas das teorias administrativas, outras desenvolvidas nas últimas décadas. Já segundo Santos (2006): “Gestão pública refere-se às funções de gerência pública dos negócios do governo”.

Segundo Ferreira (2008), no Brasil, a Administração Pública passou por três modelos

diferentes que por fim deram subsídios para a construção da definição da nova gestão pública, esses que embasaram o desenvolvimento da Administração Pública no Brasil: Administração Pública Patrimonialista (anterior à Revolução de 30); Administração Pública Burocrática (criação do Departamento de Administração do Serviço Público –DASP , em 1938) e Administração Pública Gerencial (com enfoque no cidadão, nos resultados e na descentralização dos serviços).

A definição da nova gestão pública foi sendo construída a partir da evolução dos modelos de Administração Pública no Brasil e no mundo. Di Giacomo (2005) traz a tona o conceito da Nova Gestão Pública que surge a partir das experiências bem sucedidas do Canadá, Reino Unido, Nova Zelândia, Austrália e Estados Unidos na busca de tornar mais eficiente e eficaz o atendimento aos cidadãos. Mais conhecida como *New Public Management* (NPM), esta nova filosofia de gestão pública foi decisiva no sentido de tornar mais transparente as atribuições e responsabilidades dos gestores públicos.

Tratando da evolução da Gestão Pública, Wolynech (2005) destaca mais uma alternativa:

O Novo Modelo, denominado ‘GRP – Government Resource Planning’ ou Sistema Integrado de Gestão Pública tem como foco o gestor público, o elemento chave para a mudança. O GRP fornece ao gestor público um Painel de Controle, fortemente baseado em fatos e dados, permitindo tomar decisões com respostas rápidas e eficazes, mesmo com recursos humanos e financeiros escassos. (WOLYNEC, 2005, p.2).

Ainda segundo Wolynech (2005), o objetivo da Nova Gestão Pública é contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelos órgãos públicos, o GPR pressupõe mudanças no processo de gestão: a revisão e automação de processos, estratégias de redimensionamento, realocação, capacitação e valorização do serviço público, redução de custos e otimização da arrecadação.

Segundo Ferreira (2008), os anos 90, foi considerado um ótimo período para a comunicação da Administração Pública com a investida do governo em inovações tecnológicas que facilitam o acesso às redes informatizadas na esfera pública, permitindo o processo de interação do cidadão com os vários órgãos prestadores de serviços públicos. Essa participação do setor público envolve os sistemas de Co-gestão, Autogestão, Planejamento Participativo, Orçamento Participativo, Comunidades virtuais e os Instrumentos de Consulta Constitucional.

A maioria desses instrumentos de participação no setor público está posto na Constituição Federal de 1988, confirmando a importância de a comunidade participar do processo de construção de uma gestão pública em saúde melhor, e descentralizada. Essa participação da comunidade é descrita, no inciso III do art. 198, como uma das diretrizes das ações e serviços públicos de saúde.

## 2.2 GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE

Segundo Buss (2000) a concepção de Promoção da Saúde baseada em uma perspectiva que permita enfrentar os determinantes sociais da saúde em sua amplitude ocorre por meio da: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, articulação intersetorial do poder público, com mobilização para a participação da população, e uma nova institucionalidade social.

No Brasil a responsabilidade da gestão pública em saúde, é subdividida entre as esferas Federal, Estadual e Municipal todas são co-financiadores do sistema de atenção básica.

O Sistema Único de Saúde (S.U.S.) tem como princípios básicos: a universalização, a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade, esses são incorporados ao Programa Saúde da Família (P.S.F.) que desenvolve suas atividades através da Unidade Básica de Saúde (U.B.S.) e no atendimento domiciliar.

Segundo Rocha (2003), o S.U.S. passa por uma reorganização que tem valorizado e ampliado os espaços democráticos nas instituições de saúde, com a instalação de conselhos e conferências que possibilitam a participação dos usuários. Mostrando assim que a gestão pública da saúde segue a tendência de democratizar o estilo de governar, dando um espaço maior para a sociedade, como também superando obstáculos considerados, por muitos, intransponíveis. Nesse contexto de reorganização do SUS, o Ministério da Saúde decide implantar as ações de Atenção Básica que se subdividem em Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo essa, uma forma de descentralizar e definir estratégias específicas para assegurar os princípios fundamentais do SUS.

## 2.3 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (P.S.F.)

O Programa Saúde da Família (P.S.F.) foi criado no ano de 1991 pelo Ministério da Saúde, segundo a portaria de nº 2488/GM de 21 de Outubro de 2011, onde o Ministério da Saúde aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (P.S.F.) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (P.A.C.S.).

O Programa Saúde da Família é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geograficamente delimitada, e atua com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde das comunidades. Esse processo de acompanhamento estabelece, para as equipes de saúde da família, a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do S.U.S. (Brasil, 2006).

Esse modelo veio para quebrar o paradigma e a distância que historicamente foi construída entre a sociedade e o atendimento médico-hospitalar, oferecendo um atendimento mais humanizado e possibilitando também a prevenção de saúde, através de visitas domiciliares, campanhas de vacinação, entre outras ações que são realizadas não apenas no ambiente da Unidade Básica de Saúde (U.B.S.), mas também na residência dos moradores.

Segundo Da Ros (2006) no artigo: A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde, o PSF tende a trabalhar a lógica da promoção da saúde, visando à integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade, para o alcance desse trabalho, é necessária a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade e a perspectiva de promoção de ações intersetoriais.

O Ministério da Saúde define que o Programa Saúde da Família envolve o trabalho de equipes de saúde, não apenas nas atividades realizadas nos P.S.F.'s:

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. (Departamento de Atenção Básica, 2010).

A Estratégia da Saúde da Família foi criada para dar sustentação e efetividade ao Programa Saúde da Família, visando atingir os objetivos propostos pelo mesmo.

### **2.3.1. Estratégia da Saúde da Família (ESF).**

Segundo Carneiro Júnior (2010), uma das principais características da Estratégia da Saúde da Família (E.S.F.), conferido a ela singularidade e potência como modalidade tecnoassistencial em atenção básica, é a organização do processo de trabalho para a garantia do acesso aos serviços de saúde nas comunidades assistidas pela E.S.F.

A E.S.F. é responsável por toda parte de planejamento e coordenação dos projetos e ações implantadas pelo Programa Saúde da Família, tornando assim um projeto dinamizador do S.U.S., condicionado pela evolução histórica e organização do sistema de saúde no Brasil.

Segundo Araújo e Rocha (2006), no artigo: Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família:

Para que a Estratégia de Saúde da Família desencadeie um processo de construção de novas práticas, considera-se imprescindível que os trabalhadores, envolvidos nessa estratégia, articulem uma nova dimensão no desenvolvimento do trabalho em equipe. Faz-se necessária a incorporação não apenas de novos conhecimentos, mas mudança na cultura e no compromisso com a gestão pública, que garanta uma prática pautada nos princípios da promoção da saúde.

Sendo assim pode-se afirmar que a E.S.F. é um desafio a ser enfrentado por todos, tendo em a mudança de atitudes, a adoção de novos hábitos e a reestruturação da relação dos profissionais da saúde com os assistidos. O que tende a impactar diretamente a qualidade das políticas públicas, em especial, as voltadas para a assistência à saúde do povo brasileiro.

## **3 METODOLOGIA**

A pesquisa abordou os assistidos pelo Programa Saúde da Família das comunidades São Francisco e Belo Jardim na cidade de Esperança/PB, com o intuito de identificar a percepção dos mesmos quanto aos benefícios trazidos pelo P.S.F. para aquelas comunidades.

O método utilizado foi pesquisa descritiva, que de acordo com Gil (2011, p.27-28), visa descrever as características de determinada população, esse tipo de pesquisa propõe estudar o nível de atendimentos dos órgãos públicos de uma comunidade, adotou-se também um estudo de caso que de acordo com Yin (2005) é caracterizado pelo maior foco na compreensão e na comparação qualitativa dos fenômenos. O estudo de caso proporciona uma maior abrangência dos resultados, não se limitando às informações de uma só organização.

O universo deste estudo é composto por 2.049 famílias residentes e domiciliadas nas comunidades estudadas (Secretaria Municipal de Saúde) para realização da presente pesquisa foi estabelecida uma amostra por acessibilidade, que segundo Gil (2011) é um tipo de amostragem que é destituída de rigor estatístico e que permite ao pesquisador selecionar os elementos que tem acesso admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo. Esse tipo de amostragem aplica-se em estudos exploratórios, onde não é requerido um elevado nível de precisão. Tendo, portanto, sido pesquisadas 50 famílias, sendo 25 da comunidade São Francisco e 25 da comunidade de Belo Jardim. As variáveis estudadas foram: Perfil do assistido; Conhecimento e Importância do P.S.F.; Situação Física e Profissional do P.S.F.; Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e Equipe de Saúde da Família; Qualidade e Contribuições do P.S.F. O Instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário estruturado, adaptado do elaborado pelo Ministério da Saúde, contendo 23 (vinte e três) questões fechadas, e utilizando a escala de *Likert*. Esta escala atribui pontos a diferentes categorias de respostas, criando um limite que varia de 1 a 5, sendo 1 o peso de maior discordância e 5 o peso de maior concordância. Os dados coletados da aplicação dos questionários durante o mês de Abril foram tratados através da estatística descritiva, distribuição em percentis e frequências para serem apresentados através de gráficos.

## 4 ANÁLISE DE DADOS

### 4.1 PERFIL DO USUÁRIO

De acordo com os dados analisados, verificou-se que a maioria dos respondentes, 76%, é do sexo feminino, o que indica a maior utilização dos serviços de saúde por parte das mulheres. Quanto ao estado civil, 62% dos pesquisados é casado, o que favorece o entendimento da relação das famílias com as U.B.S.'s em questão.

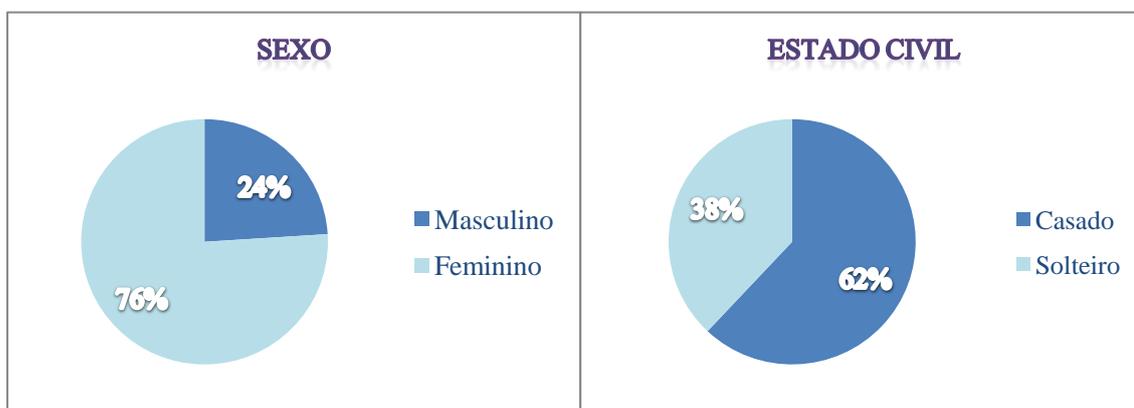


Gráfico 1 – Sexo/Estado Civil.

Fonte: Pesquisa Direta, Abril/2012.

A maioria dos respondentes encontram-se na faixa etária acima de 40 anos, seguidos por 40% situados entre 18 a 30 anos, o que demonstra a necessidade de intensificar a promoção à saúde junto aos 10% que encontram-se entre 31 e 40 anos. Em relação ao nível de escolaridade a maioria (56%) tem o ensino secundário, seguidos por 26% com nível superior e 18% com ensino médio. A baixa escolaridade dos respondentes tende a impactar, negativamente, a relação desses com o P.S.F. já que esse prioriza o tratamento preventivo.

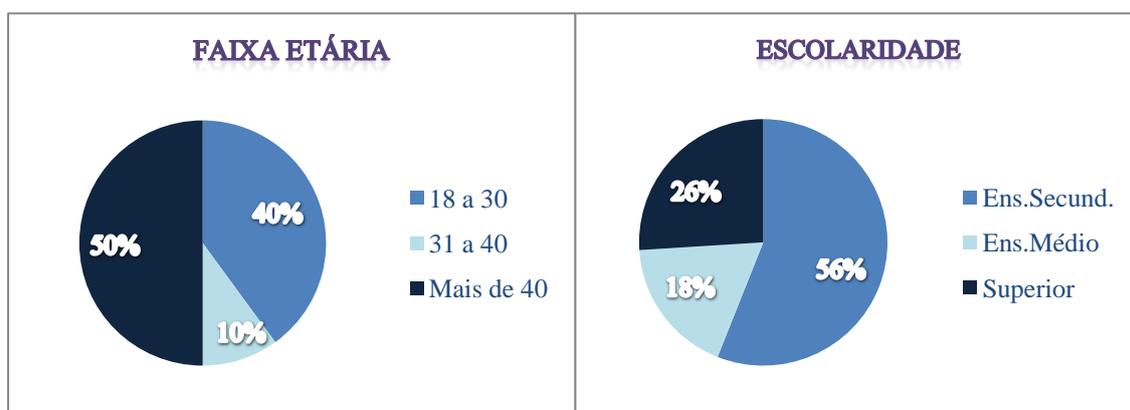


Gráfico 2 – Faixa Etária/ Escolaridade.

Fonte: Pesquisa Direta, Abril/2012.

#### 4.2 O CONHECIMENTO E IMPORTÂNCIA DO PSF

A referida variável é composta pelas questões:

1. Tenho conhecimento sobre o Programa Saúde da Família (P.S.F.);
2. O P.S.F. é importante para toda a população;
3. O P.S.F. só é importante para as famílias carentes;
4. O P.S.F. promove ações de prevenção básicas de saúde;
5. Sempre tenho interesse de conhecer o que o P.S.F. oferece;
6. Não tenho interesse de conhecer o P.S.F. porque não preciso dos serviços.

De acordo com os dados analisados, 86% disseram que conheciam o Programa Saúde da Família, como também 92% concordaram que o P.S.F. é importante para toda a população não apenas para as famílias carentes. O que corrobora com Rocha (2003), que enfatiza a importância do referido programa para a população como um todo. Em relação às ações de prevenção básica de saúde, 98% dos respondentes afirmaram que o P.S.F. da sua comunidade

promove ações de prevenção básicas de saúde, cumprindo assim as diretrizes que a portaria de nº 2488/GM dispõe para o programa. Sobre o interesse em conhecer o que o P.S.F. oferece houve um maior equilíbrio entre os pesquisados, 68% concordaram que tinham interesse em conhecer o que o programa oferece, 2% afirmaram que não tinham opinião formada, enquanto 30% discordaram mostrando assim pouco interesse quanto a maiores informações sobre os serviços de saúde prestados pelas unidades em questão.

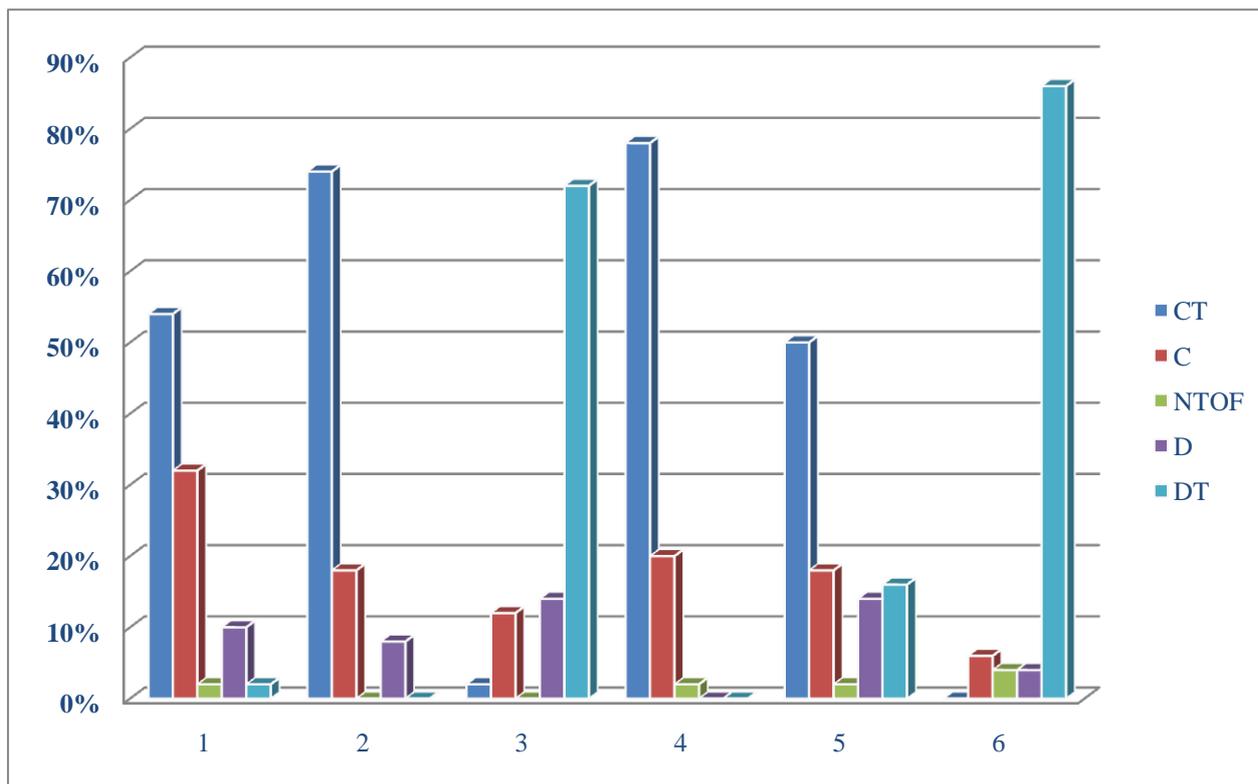


Gráfico 3 – O conhecimento e importância do P.S.F.

Fonte: Pesquisa Direta, Abril/2012.

#### 4.3 A SITUAÇÃO FÍSICA E PROFISSIONAL DO PSF

A referida variável é composta pelas questões:

7. O P.S.F. tem um atendimento humanizado com multi profissionais que atendem a população;
8. O sucesso do programa depende dos profissionais envolvidos;
9. O sucesso do programa depende da vontade política;
10. A Unidade Básica de Saúde (U.B.S.) está adequada para atendimento de pessoas com deficiências, analfabetos e idosos;
11. Considero importante a criação de uma unidade específica para tratamento de saúde bucal.

Segundo os dados obtidos na pesquisa, 84% dos respondentes concordaram que nas U.B.S.'s em questão o atendimento é humanizado e que a equipe é composta por profissionais que atuam nas diversas áreas. Quando perguntados sobre os responsáveis pelo sucesso do programa, 94% dos respondentes disseram que depende dos profissionais envolvidos, o que reforça a importância da equipe para o êxito do P.S.F. A maioria, representada por 68% também afirmou que o sucesso do programa depende da vontade política, indicando que apesar do pouco grau de instrução os respondentes detêm consciência política e sabem o quanto é importante o comprometimento do gestor público com a implementação de políticas públicas, neste recorte, as de saúde descritas na Constituição Federal/88, como também na portaria de nº 2488/GM.

Quando questionados sobre a adequação da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde para o atendimento de pessoas portadores de necessidades especiais, analfabetos e idosos, 64% dos respondentes afirmaram que as duas U.B.S.'s estão adequadas para atender tais pessoas, entretanto, um percentual representativo da amostra estudada, 28%, discordaram, o que indica insatisfação quanto ao aspecto abordado. Quando perguntados sobre a importância da criação de uma unidade específica para tratamento de saúde bucal, 86% dos pesquisados afirmaram considerar importante a criação o que demonstra a necessidade de maior cobertura por parte dos profissionais responsáveis pela saúde bucal ligados as U.B.S.'s.

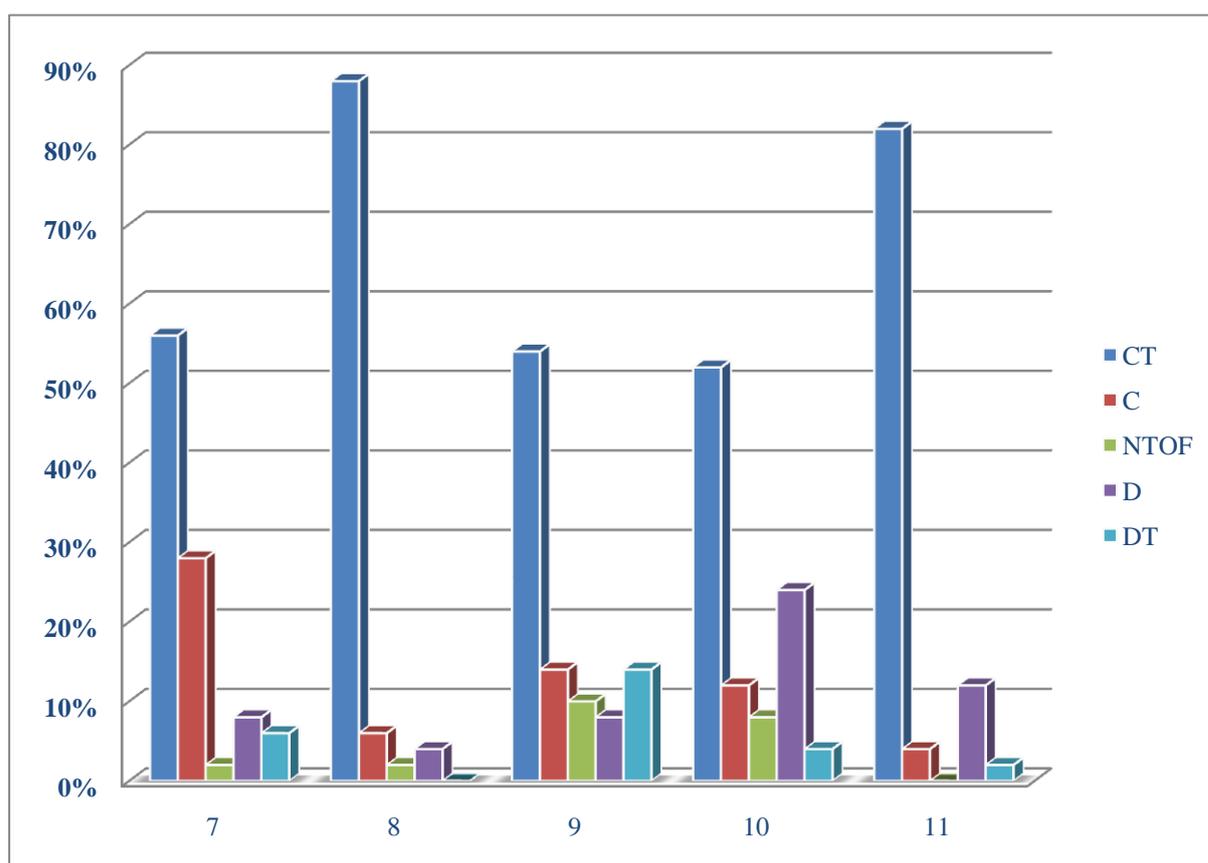


Gráfico 4 - A situação física e profissional do PSF.

Fonte: Pesquisa Direta, Abril/2012.

#### 4.4 ATUAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A referida variável é composta pelas questões:

12. Os Agentes Comunitários de Saúde (A.C.S.) visitam mensalmente, no mínimo, uma vez a sua casa;
13. Quando uma pessoa da sua casa ficou doente e impossibilitada de ir ao P.S.F., o médico e/ou enfermeiro foram a sua casa;
14. Quando necessário o A.C.S. agendou consulta pra você;
15. Você precisa enfrentar fila para ser atendido no U.B.S.;
16. Quando alguém da família precisou ser atendido no hospital a equipe de saúde da família fizeram o encaminhamento para realização dos exames e tratamentos;
17. Quando o A.C.S. visita sua casa ele pergunta sobre as condições de saúde de todos.

Quanto à atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, 88% dos respondentes afirmaram receberem visitas mensais dos A.C.S.'s, comprovando a presença efetiva destes profissionais na vida das famílias das comunidades pesquisadas. Sobre a agenda de consultas, 86% concordaram que quando necessário os A.C.S.'s agendam as consultas, facilitando assim o acesso saúde preventiva. A maioria, representada por 80% dos respondentes afirmaram que quando da visita domiciliar os A.C.S.'s indagam sobre a saúde de todos os membros da família e, 64% concordaram que quando consideram necessário, os A.C.S.'s fazem o encaminhamento para realização de exames e/ou tratamentos, trazendo a tona a descentralização dos serviços de saúde, nesse caso a marcação e encaminhamento de exames e tratamentos.

Sobre a necessidade do médico e/ou enfermeiro irem até o domicílio, devido a impossibilidade de algum membro da família, as respostas tiveram um equilíbrio maior, tendo um destaque para a opção N.T.O.F. (Não tenho opinião formada) representada por um percentual de 34%, quando eles diziam que nunca precisaram, mas também os demais ficaram divididos em 46% concordaram, dizendo que sim, quando necessário o médico e/ou enfermeiro vieram até sua casa, e 20% discordaram.

Um quesito que chamou a atenção, pelo fato de ter havido uma disparidade nas respostas, foi o de se é preciso enfrentar fila na U.B.S., pois 72% concordaram que precisam

enfrentar filas para serem atendidos, e apenas 24% discordaram totalmente, o que evidencia um problema que acompanha todos os serviços públicos como também a pequena quantidade de profissionais dispostos nos U.B.S., o que não é um problema da cidade de Esperança, já que o próprio Ministério da Saúde é que define a quantidade de profissionais. Deixando um questionamento sobre as diretrizes que essa entidade definiu para o P.S.F., será que a quantidade de profissionais para as U.B.S.'s são suficientes para as comunidades?

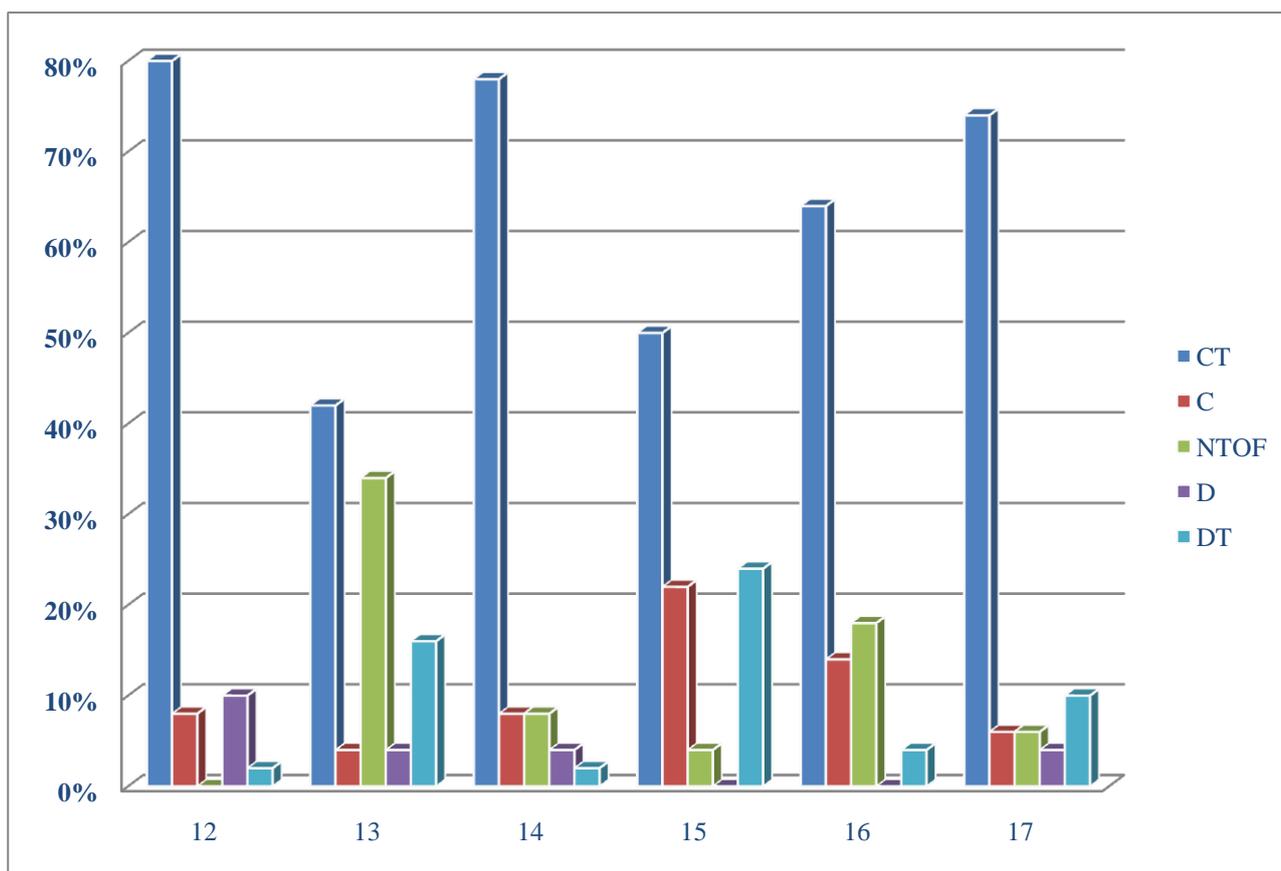


Gráfico 5 - Atuação dos agentes comunitários de saúde e da equipe de saúde da família.

Fonte: Pesquisa Direta, Abril/2012.

#### 4.5 A QUALIDADE E AS CONTRIBUIÇÕES DO P.S.F.

A referida variável é composta pelas questões:

18. Você está satisfeito (a) com a qualidade do atendimento da U.B.S. da sua comunidade;
19. Você reconhece as contribuições que o P.S.F. trás para sua comunidade;
20. O P.S.F. contribui para melhorar a saúde da sua família;
21. O P.S.F. contribui para mudança nos hábitos de higiene, limpeza e alimentação das pessoas da vizinhança;
22. O P.S.F. contribui na prevenção de doenças em crianças;

### 23. O P.S.F. contribui para melhorar a saúde da sua vizinhança.

Sobre a qualidade e as contribuições do P.S.F., em geral, a população se mostrou muito satisfeita. No entanto, vale destacar que 36% dos pesquisados discordaram da contribuição do P.S.F. para a mudança nos hábitos de higiene, limpeza e alimentação das pessoas da vizinhança, fato que pode está ligado ao pequeno número de campanhas de conscientização realizadas. Quando questionados sobre a qualidade do atendimento da U.B.S., 72% dos respondentes indicaram satisfação ao optar pelas alternativas concordo e concordo totalmente, entretanto é importante frisar que 24% discordaram e 4% preferiram não se posicionar. Em se tratando das contribuições que o P.S.F. traz para as comunidades, 98% dos pesquisados concordaram, o que reforça o entendimento dos estudiosos quanto à importância do P.S.F. para as comunidades locais. A mesma porcentagem, 98%, de concordantes, é detectada quando se questiona a contribuição do P.S.F. para a prevenção de doenças em crianças, o que demonstra a coerência entre a missão do P.S.F. e a prática nas comunidades pesquisadas.

Quando questionados sobre a contribuição do P.S.F. para melhorar a saúde da família e da vizinhança, 92% e 94%, respectivamente, concordaram o que indica a eficácia dos programas nas comunidades em questão.

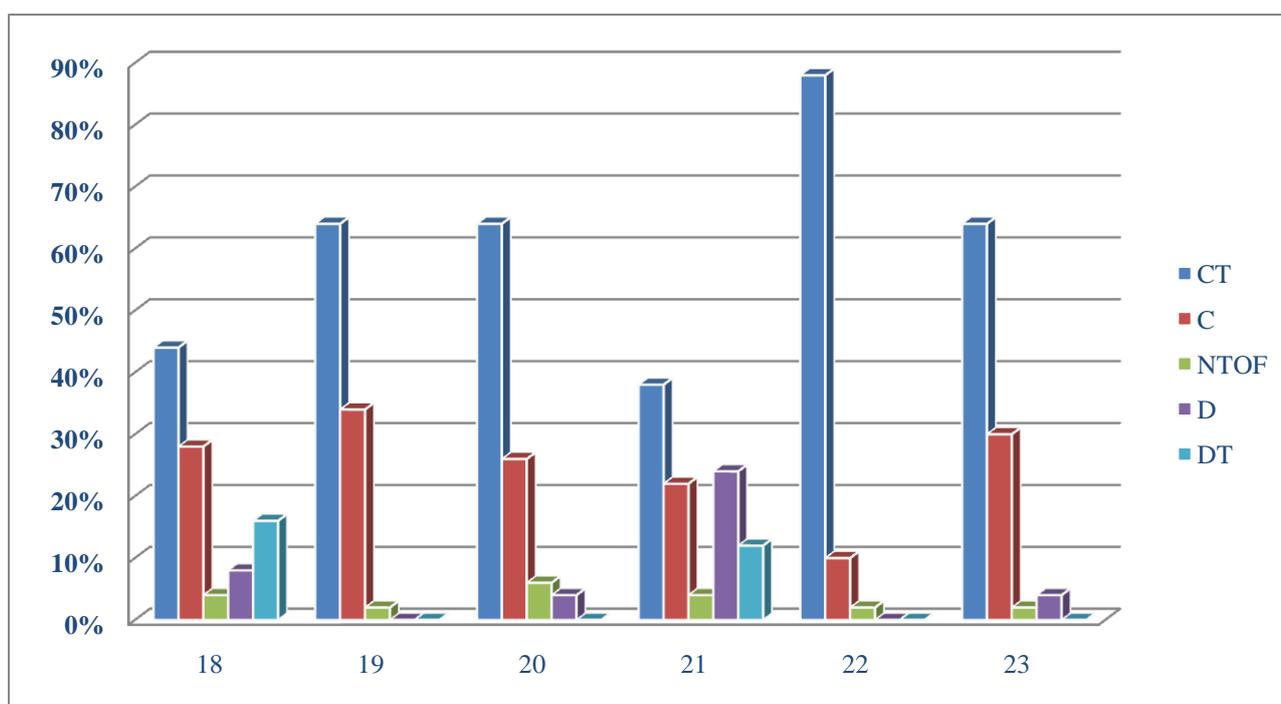


Gráfico 6 – A qualidade e as contribuições do P.S.F.

Fonte: Pesquisa Direta, Abril/2012.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Saúde da Família (P.S.F.) representou um grande avanço na saúde pública brasileira, melhorando e modificando o SUS. Trouxe a tona conceitos que estavam se perdendo no tempo, como a universalização do atendimento, as ações de prevenção de saúde, o acompanhamento das famílias, entre outros.

O P.S.F. é fruto da Política Nacional de Atenção Básica, redigida pelo Ministério da Saúde, que tem por principal finalidade a reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (U.B.S.) como também em unidades âncoras. Essas equipes são responsáveis por determinado número de famílias, localizadas em áreas geograficamente estratégicas e atuam através de ações de promoção a saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde das comunidades.

Na perspectiva da inexistência de estudos que identifiquem as contribuições do programa para o município de Esperança, esse artigo propôs identificar quais são as contribuições que esse P.S.F. traz, tendo como amostra as comunidades Belo Jardim e São Francisco, abordando famílias das duas comunidades através de questionário adaptado do Ministério da Saúde.

Com base na análise dos dados, pode-se observar que as comunidades do Belo Jardim e São Francisco, reconhecem as contribuições que o programa tem trazido para a população. Com destaque para as ações em prevenção de saúde das crianças, melhoria na saúde das famílias e da vizinhança, acompanhamento dos agentes comunitários de saúde, prevenção básica de saúde e a importância do programa para os moradores. Vale destacar pontos negativos detectados pelos pesquisados, como: filas para atendimento, baixa qualidade no atendimento e inexistência de estrutura física adequada para o cidadão com necessidades especiais nas U.B.S.'s.

Os respondentes, apesar da baixa escolaridade, demonstram envolvimento com as questões públicas ao relacionarem o sucesso do P.S.F. tanto a vontade política dos gestores quanto ao comprometimento dos profissionais de saúde envolvidos no processo.

A partir dos dados analisados, conclui-se que o P.S.F. nas comunidades objeto deste estudo está contribuindo para a melhoria das condições locais, no que se refere às ações de

prevenção básicas de saúde, o acompanhamento mensal dos A.C.S.'s, para melhoria da saúde da família e vizinhança, entre outras contribuições que já foram citadas.

Apesar de possuir deficiências quanto a serviços específicos, a exemplo, do atendimento odontológico, quando 86% afirmaram que acham necessária a criação de uma unidade específica para tratamento de saúde bucal, tendo em vista o número reduzido de pessoas atendidas naquelas unidades.

Concluindo este estudo, observa-se que o P.S.F. é de grande importância para as comunidades em questão e que os assistidos identificam as contribuições que o programa trouxe para as comunidades, como, por exemplo, as ações de prevenção de saúde em crianças, os encaminhamentos feitos pelas equipes de saúde da família, quando necessário, para realização de exames e tratamentos no Hospital Municipal, mas também as limitações do programa, a pouca preocupação quanto à mudança de hábitos de higiene, limpeza e alimentação, que são pontos-chaves para prevenção de saúde, a qualidade do atendimento nas U.B.S.'s, e o pequeno número de atendimento realizado pelos dentistas, como também as filas para o atendimento. Trazendo à tona os desafios que o próprio S.U.S. ao longo do tempo vem enfrentando para conseguir oferecer uma saúde mais humanizada e universalizada. Desafio estes que poderão ser estudados e analisados por trabalhos posteriores, que dirimirão as dúvidas que ainda ficaram nesse artigo, será que a quantidade de atendimentos oferecidos pelos U.B.S.'s são suficientes a demanda que atendem? É necessária uma maior qualificação e controle na qualidade do atendimento oferecido pelo programa?

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família.** Ciênc. saúde coletiva, 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/>>, acesso em: 18 de maio de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 16 de maio de 2012.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** Ciênc. Saúde coletiva. 2000.

CARNEIRO JÚNIOR, J.N.; HEROLD DE JESUS, C. **A estratégia saúde da família para a equidade de acesso dirigida à população em situação de rua em grandes centros urbanos.** Saúde Soc., São Paulo, 2010.

Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 67/2010, pelo Decreto nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2011.

DA ROS, Marco Aurélio (ORG.). A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Saúde e Sociedade** v.16, n.1, p.57-68, jan-abr 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n1/06.pdf>>, acesso em: 17 de maio de 2012.

DI GIACOMO, Waldemar Álvaro. **O New Public Management no Canadá e a gestão pública contemporânea.** Interfaces Brasil/Canadá, Rio Grande, n. 5, 2005.

FERREIRA, Michelle Karena de Brunnis. **As novas configurações da gestão pública:** comunicação, conhecimento e pessoas. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.faac.unesp.br/publicacoes/anais-comunicacao/>>. Acesso em: 20 de maio de 2012.

GIL, Antonio Carlos - **Como elaborar projetos de pesquisa** / Antonio Carlos Gil. – 5. ed. – São Paulo: Atlas, 2010.

Ministério da Saúde (Br). Programa Saúde da Família. Secretaria de Políticas Públicas – Departamento de Atenção Básica. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2012.

OLIVEIRA, A.K.P.; BORGES, D. F. **Programa de saúde da família:** uma avaliação de efetividade com base na percepção de usuários. Revista de Administração Pública, FGV, Rio de Janeiro, 2007.

PORTARIA Nº 648/GM DE 28 DE MARÇO DE 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>, acesso em: dia 15 de maio de 2012.

ROCHA, Miriam Tereza Vali Sole. **O gestor municipal de saúde e o programa de saúde da família: estudos de casos.** Mato Grosso, 2003. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/Miriam\\_MONOGRAFIA.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/Miriam_MONOGRAFIA.pdf)>. Acesso em: 19 de maio de 2012.

SANTOS, Clezio Saldanha. **Introdução à gestão pública.** Editora Saraiva. São Paulo, 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Prefeitura Municipal de Esperança, 2012.

WOLYNEC, E. **O novo conceito de gestão pública.** <<http://www.techne.com.br>>. Acesso em: 18 de maio de 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.