



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE ENSINO MÉDIO E TÉCNICO DE EDUCAÇÃO A
DISTÂNCIA – PROEAD
CURSO DE BACHARELADO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA**

JOHN EDUARDO GOMES DE ARAUJO

**ANALISE DO CONHECIMENTO DA COMUNIDADE DE CORONEL EZEQUIEL –
RN, QUANTO AOS PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA DO GOVERNO
FEDERAL, EM PARTICULAR O PSF**

**CAMPINA GRANDE - PB
2014**

JOHN EDUARDO GOMES DE ARAUJO

**ANALISE DO CONHECIMENTO DA COMUNIDADE DE CORONEL EZEQUIEL –
RN, QUANTO AOS PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA DO GOVERNO
FEDERAL, EM PARTICULAR O PSF**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
apresentado ao Curso de Administração
Pública, modalidade de ensino a distância, da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito à obtenção do título de Bacharel em
Administração Pública. Linha de Formação
Específica (LFE) I - Gestão Pública de Saúde,
semestre 2014.2.

Orientadora: Profa. Ma Glauciara Pereira Barbosa.

**CAMPINA GRANDE - PB
2014**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A663a Araujo, John Eduardo Gomes de
Análise do conhecimento da comunidade de Coronel Ezequiel-RN, quanto aos Programas de Saúde Pública do Governo Federal, em Particular o PSF [manuscrito] / John Eduardo Gomes de Araujo. - 2014.
32 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Administração Pública EAD) - Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Ensino Médio, Técnico e Educação à Distância, 2014.

"Orientação: Prof^a. Glauciara Pereira Barbosa, Secretária de Educação à Distância".

1. Saúde Pública. 2. Política Pública. 3. Programa de Saúde da Família 4. Qualidade em Serviço. I. Título.

21. ed. CDD 362.1

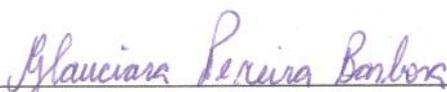
JOHN EDUARDO GOMES DE ARAUJO

**ANALISE DO CONHECIMENTO DA COMUNIDADE DE CORONEL EZEQUIEL –
RN, QUANTO AOS PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA DO GOVERNO
FEDERAL, EM PARTICULAR O PSF**

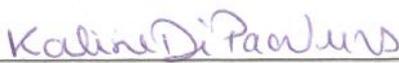
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
apresentado ao Curso de Administração
Pública, modalidade de ensino a distância, da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito à obtenção do título de Bacharel em
Administração Pública. Linha de Formação
Específica (LFE) I - Gestão Pública de Saúde,
semestre 2014.2.

Aprovada em: 06/12/2014.

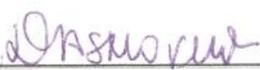
BANCA EXAMINADORA



Profa. Ma Glauciara Pereira Barbosa (Orientadora)



Profa. Ma. Kaline Di Pace Nunes
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Ma Danielle Harleneda Silva Moreno
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A minha querida mãe, e a minha esposa, pela
dedicação, companheirismo e amizade, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

A Deus primeiramente, toda a honra e toda a glória.

A minha esposa e filhos pela compreensão por minha ausência nas reuniões familiares.

A minha mãe pela dedicação aos filhos, em especial a mim, apostando sempre na nossa educação.

A minha tutora Elza Farias, pelo excelente acompanhamento e assessoramento no decorrer do curso, sempre empenhada em solucionar nossas pendências.

As coordenadora do curso de Administração Pública, Jacqueline Echeverría e Kaline Di Pace, por seu empenho.

À professora Glauciara P. Barbosa por toda orientação, direcionamento e dedicação ao longo dessa orientação.

Aos professores do Curso de Graduação da UEPB, que contribuíram ao longo de trinta meses, por meio das disciplinas e debates, para o desenvolvimento desta pesquisa e de todo o curso.

Aos funcionários da UEPB, em particular ao Emerson, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade e apoio.

“A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. (LEI 8.080/90, artigo 2º).

SUMÁRIO

| | | |
|----------|--|----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 09 |
| 2 | OBJETIVOS | 12 |
| 2.1 | Objetivo Geral..... | 12 |
| 2.2 | Objetivos Especificos..... | 12 |
| 3 | REVISÃO DE LITERATURA | 12 |
| 3.1 | Saúde Pública..... | 14 |
| 3.2 | SUS - Gestão Pública em Saúde e o SUS..... | 14 |
| 3.3 | PSF – Programa de Saúde da Família..... | 16 |
| 3.4 | O PSF no município de Coronel Ezequiel- RN..... | 19 |
| 4 | METODOLOGIA | 21 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 22 |
| 5.1 | Nível de conhecimento da ESF, por parte dos usuários locais..... | 22 |
| 5.2 | Nível de escolaridade dos usuários do PSF..... | 23 |
| 5.3 | Nível de conhecimento dos serviços ofertados pelo PSF..... | 23 |
| 5.4 | O PSF e sua importância para a população de Coronel Ezequiel – RN..... | 24 |
| 5.5 | PSF – Avaliação da estrutura física e de equipamentos..... | 25 |
| 5.6 | O sucesso do programa depende dos profissionais envolvidos..... | 26 |
| 5.7 | Equipamentos básicos ao funcionamento de uma unidade PSF..... | 27 |
| 5.8 | O sucesso do programa também depende da vontade política..... | 28 |
| 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 28 |
| | REFERÊNCIAS | 31 |

ANALISE DO CONHECIMENTO DA COMUNIDADE DE CORONEL EZEQUIEL – RN, QUANTO AOS PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA DO GOVERNO FEDERAL, EM PARTICULAR O PSF

ARAUJO, John Eduardo Gomes¹

BARBOSA, Glauciara Pereria²

RESUMO

Aborda-se a visão dos usuários dos PSFs do município de Cel. Ezequiel – RN, sobre fatores que influenciam diretamente na qualidade do atendimento nas unidades, bem como na qualidade de vida da população, relativos ao grau de conhecimento do programa PSF por parte da população. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada. A análise dos dados foi através de frequência absoluta e relativa, com elaboração de gráficos. A competência profissional e a vontade política são fatores determinantes no sucesso do programa. A má estruturação do PSF, bem como o baixo nível de escolaridade, atrelada ao baixo nível de conhecimento do programa PSF por parte dos usuários do serviço, foram dificuldades encontradas. A necessidade da valorização dos profissionais, com capacitação e salários mais justos, são fatores determinantes na oferta de qualidade do serviço e na satisfação e realização pessoal dos profissionais envolvidos, aumentando a satisfação do usuário e impactando diretamente no IDH do município.

PALAVRAS-CHAVE: PSF. SAUDE. POLITICAS PUBLICAS. QUALIDADE.

1 INTRODUÇÃO

A crise do sistema de saúde no Brasil está presente no cotidiano do brasileiro e é fruto da falta de políticas públicas eficientes, bem como decorrentes de outros problemas sociais e econômicos que o país atravessa, tais como, má distribuição de renda, índices ainda muito baixos em educação, sendo facilmente constatada através de fatos que são amplamente divulgados pela mídia e pela sociedade brasileira. Não é difícil nos depararmos com manchetes, como: filas frequentes de pacientes nos serviços de saúde; falta de leitos hospitalares para atender a demanda da população; escassez de recursos financeiros, materiais e humanos para manter os serviços de saúde operando com eficácia e eficiência; atraso no

¹ Graduando do curso de Administração Pública da UEPB; Gerente da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos – Coronel Ezequiel – RN; Email: John_ect@hotmail.com

² Possui graduação em Licenciatura em Letras pela UFPB (2001) e Mestrado em Linguagem, Interação e Ensino pela UFCG (2006). Tem experiência na área de Letras, Administração, Ciências Contábeis, Design de Moda e Enfermagem, com ênfase em Língua Portuguesa, Literatura, Filosofia, Metodologia e Arte.

repassa dos pagamentos do Ministério da Saúde para os serviços conveniados; baixos valores pagos pelo SUS aos diversos procedimentos médicos-hospitalares; aumento de incidência e o ressurgimento de diversas doenças transmissíveis. Do ponto de vista funcional, Adami (1993) salienta aspectos levantados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) quanto à necessidade dos serviços serem oportunos, contínuos, atenderem à demanda real e serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis hierárquicos do sistema. Diversos fatores são considerados obstáculos à utilização dos serviços, tais como: custo, localização, forma de organização, demora para obtenção do atendimento (ADAMI, 1993, p.82). Dessa forma, podemos avaliar o caos que se encontra a saúde pública do Brasil. É importante frisar que assim como nós somos frutos do nosso passado e da nossa história, o setor saúde também sofreu as influências de todo o contexto político-social pelo qual o Brasil passou ao longo do tempo.

A constituinte de 1988, no capítulo VIII, da Ordem social e na seção II referente à Saúde consagrou com o art. 196 da Lei Magna (Brasil, 2005, p.175):

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

Tal preceito é complementado pela Lei 8.080/90, em seu artigo 2º:

“A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Nessa ótica, surge em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF). Ele vem se caracterizando como uma das estratégias adotadas pelos Estados como modelo para a garantia de oferta das ações e serviços na atenção básica em saúde, hoje sob responsabilidade dos municípios. A esse respeito afirma Souza (2000, p.25):

O PSF assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada.

O programa busca o reconhecimento e valorização dos profissionais por parte do Ministério da Saúde, o qual irá valorizar a formação dos trabalhadores como um componente para o processo de qualificação da força de trabalho no sentido de contribuir decisivamente para a efetivação da política nacional de saúde. Essa concepção da formação busca caracterizar a necessidade de elevação da escolaridade e dos perfis de desempenho profissional para possibilitar o aumento da autonomia intelectual dos trabalhadores, domínio

do conhecimento técnico-científico, capacidade de gerenciar tempo e espaço de trabalho, de exercitar a criatividade, de interagir com os usuários dos serviços, de ter consciência da qualidade e das implicações éticas de seu trabalho.

O PSF é uma das muitas ações tomadas pelo governo federal, no intuito de diminuir essas disparidades sociais tão gritantes na área da saúde, as quais estão intrinsecamente ligadas a qualidade de vida do brasileiro, e que afetam diretamente o IDH do país. Conforme Fracolli; Bertolozzi (2001, p.96), o processo saúde-doença compõe momentos referentes à vida das pessoas, que, por sua vez, está intrinsecamente ligada ao potencial que elas têm ao acesso às necessidades para viver a vida, seja a moradia, a alimentação, a educação, a saúde, o lazer etc. Mas será que o povo brasileiro está ciente de seus direitos e deveres nessa área? Sabemos que só podemos reivindicar nossos direitos se o conhecermos, e se tivermos consciência também de nossos deveres.

Hoje, não adianta ter uma grande oferta de serviços se não houver a satisfação plena do usuário. O usuário do serviço público de saúde é, na verdade, o marco de referência para atestar a real qualidade do serviço público prestado. Afinal, nessa era de globalização e conhecimento, o grande diferencial do setor público é a qualidade no atendimento, o qual está condicionado ao êxito na prestação do serviço, e a forma de fazê-lo é que irá diferenciar o bom do mau atendimento, pois de posse do conhecimento do Programa PSF, o usuário se torna um termômetro que indicará o grau de satisfação com o referido programa.

O presente artigo mostra o resultado da investigação sobre o nível de conhecimento da população de Coronel Ezequiel – RN a respeito do programa PSF, apontando elementos, mecanismos ou processos que despertem virtudes e ressignifique o trabalho coletivo, e nesse âmbito aponta especificamente as fragilidades e potencialidades inerentes a prestação de serviços por parte dos PSFs, bem como sua utilização pela população local, identificando as lacunas e potencialidades dos mesmos no âmbito do município de Cel. Ezequiel - RN, realizando um diagnóstico estrutural e organizacional, frente à gestão pública e a comunidade local. Jaques Harovitz (1993, p.48) já confirma que: “só o usuário é juiz da qualidade do serviço. Portanto, sua opinião é primordial.” E ainda do mesmo autor “é o usuário quem determina o nível de excelência de um serviço, e ele sempre quer mais”. Se o usuário quer mais, é porque aumentou o seu nível de necessidade e expectativa. Portanto, os usuários ficam satisfeitos ou não, conforme a contemplação de suas expectativas. Tais ações, irão impactar o sistema de saúde local, e por conseguinte toda a população assistida, provocando melhorias das políticas públicas, da oferta de serviços e da qualidade de vida da população.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar o nível de conhecimento dos usuários do PSF (Programa de Saúde da Família) da população de Coronel Ezequiel - RN, apontando elementos, mecanismos ou processos que despertem virtudes e resignifique o trabalho coletivo, impactando diretamente o sistema de saúde local, e por conseguinte toda a população assistida, provocando melhorias das políticas de saúde pública, da oferta de serviços e da qualidade de vida da população.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar a estrutura organizacional dos PSF do Município de Cel. Ezequiel - RN;
- Analisar as fragilidades e potencialidades inerentes a prestação de serviços por parte do PSF, bem como sua utilização pela população do município de Cel. Ezequiel – RN;
- Identificar as lacunas e potencialidades do PSF do município de Cel. Ezequiel - RN, frente à gestão pública.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 SAÚDE PÚBLICA

Dentre as áreas de interesse do Estado brasileiro, definidas em sua Constituição, temos o direito à saúde como um direito social. Pela Carta Magna, a saúde é um direito de todos e dever do Estado; a Carta indica que a saúde ultrapassa o entendimento comum de simples ausência de doença, impondo ao Estado o dever de por meio de políticas sociais e econômicas não apenas a reduzir do risco de doenças, mas também a recuperação, proteção e promoção de saúde. Dessa maneira, o legislador trata saúde como algo de definição complexa, infraconstitucionalmente definida na lei 8.080/90, que mostra mais detalhadamente o que seria esta "saúde", que implica um direito ao bem-estar eco-biopsicossocial do indivíduo. A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946).

A saúde é um valor da comunidade e não apenas do indivíduo. É um direito fundamental da pessoa humana, que deve ser assegurado sem distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconômica. A saúde é, portanto, um valor coletivo, um bem de todos, devendo cada um gozá-la individualmente, sem prejuízo de outrem e, solidariamente, com todos.

Num processo evolutivo, o século XIX enfatizou o caráter mecanicista da doença. Sob o predomínio da máquina, a sociedade industrial procurou explicar a doença como sendo o defeito na linha de montagem que exigia reparo especializado. Exatamente nesse momento, os trabalhos de Pasteur e Koch provam a teoria sobre a etiologia específica das doenças e fornecem, então, a causa que explica o defeito na linha de montagem humana. O ambiente social do fim do século passado e primeira metade do século XX, auge da Revolução Industrial, propiciaram o debate entre as correntes que buscaram conceituar a saúde. A intervenção de fatores políticos foi, contudo, aparentemente o marco final de tal debate. Uma das mais citadas definições de Saúde Pública foi apresentada por Edward Amory (1877–1957), nos EUA, 1920:

A arte e a ciência de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental mediante o esforço organizado da comunidade. Abrangendo o saneamento do meio, o controle das infecções, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de [enfermagem] para o diagnóstico precoce e pronto tratamento das doenças e o desenvolvimento de uma estrutura social que assegure a cada indivíduo na sociedade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde.

No Brasil, o estudo da Saúde Pública passa por uma série de nomes e instituições como Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, o Instituto Manguinhos ou Vital Brasil, o Instituto Butantã, Adolfo Lutz e o instituto que leva o seu nome. Instituições que se mantêm até hoje como ilhas de competência do poder público na construção de um sistema de saúde de natureza pública e equitativo, no Brasil, o SUS - Sistema Único de Saúde, capaz de dar conta das ações de saúde tanto no âmbito da atenção primária e da promoção da saúde como nas ações curativas e necessárias à reabilitação (níveis secundário e terciário da atenção em saúde).

A partir da Lei n.º 8.142, ficou estabelecida uma periodicidade de quatro anos para a realização das Conferências de Saúde, que deveriam contar, necessariamente, com a participação dos movimentos sociais organizados, das entidades ligadas à área da Saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços de saúde, dessa forma a próxima Conferência Nacional de Saúde acontecerá em 2015.

Todos os cidadãos têm direito a saúde, como assegura a Lei Magna Federal de 1988:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

Art. 196. 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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A Lei Federal Nº 8.080/90 afirma em seu Art. 2. que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Veja-se, assim que o direito à saúde não é um direito subjetivo público, o qual faz parte do patrimônio jurídico da cada cidadão brasileiro, mas sim é um dever objetivo do Estado o qual deve implementar políticas públicas para o setor, assegurando a todos o acesso universal e igualitário.

3.2 SUS – GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE E O SUS

Como podemos ver, existe uma longa caminhada nessa evolução da Saúde Pública do Brasil, em que, segundo a Constituição Federal, a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, e o SUS é o maior dos passos para garantir o direito a saúde, sobre isso afirma a Constituição que as ações e serviços públicos de saúde são responsabilidade do sistema único de Saúde (SUS).

Nos dias atuais, temos a necessidade de repensar a saúde coletiva aproveitando-se da história e da tradição da saúde pública, buscando entendê-la tanto como um campo científico quanto como um movimento ideológico em aberto, conforme sugeriram Naomar Almeida Filho e Jairnilson S. Paim (uma "nova saúde pública" ou campo ... Ciênc. saúde coletiva, 1999, vol.4, no.2, p.221-242.). Nessa linha de pensamento, busca-se contribuir decisivamente para a renovação constante e necessária do Sistema Único de Saúde (SUS) e enriquecer a compreensão sobre os determinantes do processo saúde e doença. Mas também reconhecer que o modo como vem ocorrendo sua institucionalização tem bloqueado a reconstrução crítica de seus próprios saberes e práticas, tão essenciais a sua eficácia, provocando uma crise de identidade manifesta em sua fragmentação e diluição enquanto campo científico. Mas o que é o SUS?

O SUS é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração direta ou indireta e das Fundações mantidas pelo poder público e complementarmente pela iniciativa privada (LEI FEDERAL 8.080/90).

Para se iniciar a discussão, é possível partir de uma definição conceitual dada por Cipriano Vasconcelos e Dário Pasche (2006), os quais apontam que:

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde, e aglutina o conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços aos usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim. (VASCONCELOS e PASCHE, 2006, p. 531).

A respeito do SUS – Sistema Único de Saúde, a Constituição discorre que:

Art. 198. 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:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.

Apesar do SUS ter sido instituído pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de setembro de 1990 através da Lei 8.080. Essa lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento. Algumas dessas concepções serão expostas a seguir.

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar. Foram definidos como princípios doutrinários do SUS: UNIVERSALIDADE, EQUIDADE, INTEGRALIDADE, HIERARQUIZAÇÃO, PARTICIPAÇÃO, DESENCENTRALIZAÇÃO POLÍTICA ADMINISTRATIVA.

O SUS atenta para às diferenças e desigualdades existentes com relação às necessidades e ao acesso dos grupos populacionais aos serviços de saúde, ao afirmar que:

[...] todo cidadão é igual perante o SUS e será atendido conforme suas necessidades
[...] os serviços de saúde devem saber quais são as diferenças dos grupos da população e trabalhar para cada necessidade de, oferecendo mais a quem mais precisa, diminuindo as desigualdades existentes [...] (ALMEIDA, et al. 2001, p.35)

Outra diretriz muito importante ao SUS e que, certamente, está ligada também a uma mesma raiz democrática pertinente ao sistema é a participação comunitária e a criação dos conselhos. A participação comunitária foi assegurada por lei (8.142/1990), o que valoriza a ideia de democracia participativa. Nesse mesmo sentido da valorização do SUS como um patrimônio e responsabilidade de todos, foram criados em 2006 três pactos: o Pacto pela vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. Do ponto de vista da concepção das políticas para saúde, todos devem ser considerados. Eis, portanto, um grande desafio para os gestores: democratizar o acesso à informação, bem como a aplicação dos recursos, tornando o programa transparente e participativo. Assim, o SUS procura ter ações contínuas no sentido da promoção, da proteção, da cura e da reabilitação. Como apontam Vasconcelos e Pasche (2006, p. 535), “esse princípio orientou a expansão e qualificação das ações e serviços do SUS que ofertam desde um elenco ampliado de imunizações até os serviços de reabilitação física e mental, além das ações de promoção da saúde de caráter nacional intersetorial.” Da mesma forma, a equidade “como princípio complementar ao da igualdade significa tratar as diferenças em busca da igualdade” (ELIAS, 2008, p. 14). A instituição do SUS produziu resultados imediatos. O mais importante foi o fim da separação que havia no sistema público de saúde brasileiro entre os incluídos e os não incluídos economicamente. Dessa forma, o SUS rompeu com a trajetória de formação do Estado brasileiro assentada na centralização e com uma concepção de cidadania que vinculava os direitos sociais à inserção no mercado de trabalho, a cidadania regulada (SANTOS, 1979). Assim como a criação do SUS resultou de um processo social de longa maturação, esse sistema de saúde continua reformando-se, continuamente, até os dias atuais.

Segundo Rocha (2003), o SUS 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.

3.3 PSF – PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

E nessa ótica de constante renovação, o PSF surge no Brasil como programa da atenção primária, posteriormente torna-se uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, por esse motivo passou de PSF para ESF, que constitui o primeiro nível da assistência, em consonância com os princípios do SUS. A ESF está vinculada as redes de serviços, garantindo atenção integral aos indivíduos e às famílias. Com o passar dos anos, percebe-se a necessidade da busca por novos padrões de assistência médica e de prestação de serviço em saúde pública, que venham superar o modelo hegemônico centrado em práticas curativas, e que venham de encontro as reais necessidades do cidadão, padrões estes que visão principalmente a prevenção, e o tratamento do individuo como um todo, buscando também, conhecer a sua realidade in loco. Portanto, o PSF se apresenta como uma nova forma de trabalhar a saúde, agindo preventivamente, não esperando a população chegar para ser atendida, introduzindo uma nova visão no processo de intervenção em saúde, a partir de um novo modelo de atenção, tendo a família como centro do cuidado e não somente o indivíduo doente, afirma Rosa e Labate (2005, p.89).

Nesse contexto, o PSF busca exatamente a desburocratização do sistema e o acesso a população ao programa como um todo.

Segundo Luís Fernando Rolim Sampaio e Pedro Gilberto Alves de Lima, relatando sobre a história do PSF:

Formulado pelo Ministério da Saúde em 1994 como um programa vinculado à Fundação Nacional de Saúde, o PSF tem ampliado as suas possibilidades de se tornar uma proposta exitosa, em especial pela capacidade criativa dos municípios, ganhando contornos que extrapolam o conceito habitual de "programa". Dessa forma, apesar de conter diretrizes normativas, com objetivos e operações claramente definidos, sua implantação, quando adequada, traz resultados que extrapolam o nível da atenção primária e repercutem sobre a dinâmica e o funcionamento do sistema de saúde como um todo.

A reforma da atenção primária é uma realidade em todo o mundo. De modo geral, todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento social ou econômico, vêm discutindo mudanças no setor saúde a partir da re-estruturação e/ou investimento na atenção básica. No Brasil, a origem do PSF remonta criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Nessa ótica, em 1994 criou-se o Programa Saúde da Família ou PSF, o qual completa este ano 20 anos de existência, como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção

básica. O ESF é tido como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais neste nível de assistência, promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação. Traz, até os dias atuais, muitos e complexos desafios a serem superados para consolidar-se enquanto tal. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a estratégia de saúde da família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas.

Atualmente, o PSF é definido com Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. O PSF é uma estratégia de reorganização da atenção primária e não prevê um tempo para finalizar esta reorganização. No Brasil a origem do PSF remonta criação do PACS em 1991, como parte do processo de reforma do setor da saúde, desde a Constituição, com intenção de aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde e incrementar as ações de prevenção e promoção da saúde. Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o PSF como política nacional de atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo, contrapondo o modelo tradicional de assistência primária baseada em profissionais médicos especialistas focais. E em 28 de março de 2006, o governo emitiu a Portaria N° 648, na qual ficava estabelecido que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, que tem como um dos seus fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS.

Em 2011, a portaria GM N°2.488/2011 revogou a portaria GM N° 648/2006 e demais disposições em contrário ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O Conselho Federal de Medicina que não era favorável à formação de médicos generalistas, agora diante de uma nova realidade constatada pelo trabalho dos PSFs nas comunidades, ao longo desses 20 anos, percebe a necessidade do perfil desse profissional e passa a incentivar a formação de especialidades; os sindicatos médicos, contrários a qualquer tipo de contratação que não seja pela forma de trabalho assalariado; os Conselhos e Associação Brasileira de Enfermagem, que impõe às atividades dos agentes as mesmas restrições antes impostas às do atendente de enfermagem; a Pastoral da Saúde – as comunidades eclesiais desenvolviam programas de agentes comunitários e se opuseram ao

cadastramento das famílias pelas unidades de saúde do programa; e alguns gestores estaduais (VIANA; DAL POZ, 1998). Mas entendemos que, hoje, a principal barreira encontrada pelos PSFs tanto na sua implantação como na sua manutenção, é a BUROCRACIA e a falta de conhecimento do Programa por parte do poder executivo Municipal atrelada ao modelo político coronelista, bem como a falta de conhecimento do programa por parte da população, que ao invés de colocar profissionais adequados e qualificados a cada cargo majoritário do poder executivo, como por exemplo a Secretaria Municipal de Saúde, usa a desastrosa ferramenta da indicação política, negligenciando na maioria das vezes a necessidade técnica para ocupação desses cargos, trazendo sérios prejuízos a prestação de serviço público no município.

Vale salientar que em relação ao mecanismo de financiamento, o convênio firmado entre MS, Estados e Municípios, obedece aos seguintes fatores: interesse da comunidade, necessidades locais de saúde, oferta de serviços, estudo da demanda, existência de apoio diagnóstico terapêutico e disposição da administração municipal. Para a assinatura do convênio exige-se que o Conselho Municipal de Saúde esteja em funcionamento, assim como o Fundo Municipal de Saúde. Entretanto, é opinião destes autores que o mecanismo convencional é bastante limitado, burocrático e pouco flexível, e se choca com os propósitos descentralizantes do próprio sistema de saúde, dificultando também a implantação do PSF(VIANA; DAL POZ, 1998).

3.4 O PSF NO MUNICÍPIO DE CORONEL EZEQUIEL – DA IMPLANTAÇÃO AOS DIAS ATUAIS

O município de Coronel Ezequiel fica localizado na microrregião da Borborema potiguar no RN, com 5.409 habitantes segundo dados do IBGE, sendo sua grande maioria concentrada na zona rural. A comunidade estudada se caracteriza pela presença de grupos populacionais de risco social. O somatório de pobreza e falta de oportunidades, estreitamente relacionadas entre si, resulta em uma comunidade caracterizada pela segregação social e urbana, falta de coesão, alta taxa de desemprego, falta de serviços públicos essenciais, com pouco acesso e baixa qualidade de políticas de educação, saúde e saneamento, além da proliferação das drogas e da violência. A pobreza é um comparativo conceitual e sua qualidade relativa aos outros gira em torno da desigualdade social. Consideramos que essa pobreza seja resultante, em parte, de políticas públicas que provocam privações materiais e exclusões sociais. Oferecendo-lhes mais saúde, haverá oportunidade do exercício da cidadania, participação e interação com a sociedade civil e o poder público.

Desse modo, os cidadãos podem vir a transformar a estrutura econômica, social e cultural de suas comunidades e ganhar em qualidade de vida. A atenção primária passa a servir como porta de entrada para o sistema de saúde e deve resolver uma gama de necessidades que sobrepõe a esfera da intervenção curativa individual. É o que chamamos necessidades básicas de saúde.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, a ESF foi implantada no município de Coronel Ezequiel-RN no ano 2000, atingindo uma cobertura de 80%. Posteriormente, no ano de 2004, aderiu ao programa de saúde bucal. Atualmente, a ESF é composta por uma equipe mínima formada por médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, agentes comunitárias de saúde e auxiliar de saúde bucal.

O PSF foi implantado no município obedecendo as normas e diretrizes do ESF, abrangendo os critérios que caracterizam as equipes de saúde da família:

1. Uma equipe de profissionais de saúde da família pode ser responsável, no âmbito de abrangência de uma unidade de saúde da família, por uma área onde resida, no máximo, 1.000 (mil) famílias ou 4.500 (quatro mil e quinhentas) pessoas;

2. Recomenda-se que uma equipe de profissionais de saúde da família deva ser composta minimamente pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de um agente para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas);

3. Para efeito de incorporação dos incentivos financeiros do Ministério da Saúde, as equipes deverão atender aos seguintes parâmetros mínimos de composição:

- 3.1 Médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de 01 ACS para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas) ou

- 3.2 Médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem.

Desde a sua implantação, os problemas são os mesmos que se perpetuam até os dias atuais: valorização da equipe e alta rotatividade de profissionais, unidade não é equipada adequadamente, falta material hospitalar e odontológico.

Ao final do ano de 2013, a equipe recebeu do PROGRAMA MAIS MÉDICO, um clínico geral cubano, o que deveria ser um reforço a unidade, digo deveria, pois não aconteceu, haja visto que com a chegada do novo médico, cujo salário é pago diretamente pela união via empresa tercerizada, levou a demissão do antigo médico, cujo salário era pago pelos cofre públicos do município, via verba destinada a ESF.

Em meio a toda essa problemática, fica evidente que a qualidade da prestação do serviço fica prejudicada. Diante disso, faz-se latente a necessidade da população ser detentora

de seus direitos e deveres no que diz respeito ao funcionamento do PSF, pois somente de posse do conhecimento é que poderá reivindicá-lo, mas essa é mais uma grande barreira ao bom funcionamento do programa, tornando-se objeto de estudo e pesquisa no presente artigo. Tendo a ciência de que o conhecimento provoca mudanças nas pessoas, transformando-os em agentes transformadores do meio em que estão inseridos.

4 METODOLOGIA

Segundo Antonio Carlos Gil, (2002), a pesquisa realizada pode ser classificada, quanto aos seus fins como descritiva e exploratória. O modelo descritivo foi usado para que pudéssemos descrever o nível de conhecimento dos usuários de saúde no PSF, no município de Coronel Ezequiel - RN, e exploratória com o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses.

Quanto aos meios, como documental, por se valer de informações publicadas sobre os serviços de saúde; bibliográfica, para permitir elaboração de referencial teórico.

Para o desenvolvimento deste estudo, também foi utilizada a metodologia qualitativa, por favorecer o conhecimento de crenças e valores do indivíduo, permitindo compreender o significado das ações e das relações humanas (Minayo, 1992).

Para a coleta de dados, houve o contato inicial com os profissionais do PSF (Médicos e Enfermeiros), os quais aprovaram a metodologia proposta para a coleta de dados, possibilitando a execução da parte prática.

A amostra foi composta de 100 usuários do PSF do município de Coronel Ezequiel – RN, os quais configuram o universo pesquisado. Os Agentes da Administração Pública de Saúde foram informados sobre o objetivo desta pesquisa, os quais concordaram plenamente assinando a declaração de consentimento, segundo a resolução 196/96 do Comitê de Ética para pesquisas envolvendo seres humanos.

A coleta foi realizada durante a primeira quinzena de julho de 2012 através do uso de questionário aplicado aos usuários do PSF no município de Coronel Ezequiel - RN.

O uso do referido questionário visou à obtenção de uma avaliação dos usuários sobre o Programa da Saúde da Família no município de Coronel Ezequiel - RN, e as ações desempenhadas.

As técnicas de pesquisa foram: entrevista semi-estruturada com 100 usuários do PSF para avaliação do Programa Saúde da Família no município de Coronel Ezequiel - RN. As variáveis utilizadas foram com base no autores citados.

A análise dos dados foi através de frequência absoluta e relativa, para tanto utilizou-se o Excel para elaboração dos gráficos

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O formulário de pesquisa é composto de 24 itens, os quais buscam traçar o perfil do usuário do PSF, seu grau de conhecimento e, por conseguinte, a qualidade do serviço prestado dos resultados obtidos, haja visto que trata-se de medicina preventiva. Traremos a seguir uma compilação dos dados obtidos em entrevista a um universo de 100 usuários do PSF no município de Coronel Ezequiel – RN.

5.1 NÍVEL DE CONHECIMENTO DA ESF, POR PARTE DOS USUÁRIOS LOCAIS

A adoção do Programa Saúde da Família (PSF) foi uma estratégia bem-sucedida e revolucionou o Sistema Único de Saúde (SUS), e trouxe impactos diretos na prestação de saúde no município de Coronel Ezequiel – RN, mas, para que ele seja mais efetivo, precisa vencer um grande desafio: a falta de conhecimento sobre ESF pela classe média e baixa.

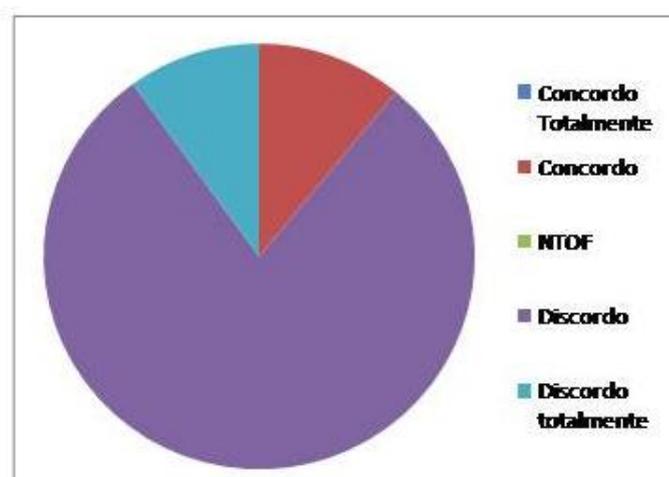


Gráfico 1: Conhecimento sobre o PSF

Observa-se que esse foi um problema encontrado nos anos iniciais da sua implantação, sendo que essa realidade não mudou, pois a grande maioria ainda desconhece a ESF/PSF; mesmo com a rede de propagandas do governo, o mesmo se confunde com o SUS, UPAS, e outros programas de Saúde, o que se coloca como um grande entrave ao desenvolvimento do programa, impactando diretamente na qualidade de vida dos usuários, e na prestação do

serviço, como mostrou o gráfico 1. Um dos motivos que se mostrou bem latentes foi exatamente o baixo nível de escolaridade dos usuários, como veremos logo abaixo.

5.2 NÍVEL DE ESCOLARIDADE DOS USUÁRIOS DO PSF

O grau de escolaridade é um elemento fundamental a ser considerado tanto na análise dos determinantes da saúde como na abordagem da população para o desenvolvimento de práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Diversas condições de atenção à saúde são influenciadas diretamente pelo nível de escolaridade dos chefes de família, particularmente as condições de atenção à saúde das crianças. O baixo nível de escolaridade pode afetar negativamente a formulação de conceitos de autocuidado em saúde, a noção de conservação ambiental e a percepção da necessidade de atuação do indivíduo como cidadão em contextos sanitários coletivos. (BRASIL, 2004a)

Dessa forma, os dados do gráfico 2 mostram que ainda existe uma grande parcela de usuários com nível secundário; e o baixo nível de escolaridade influencia diretamente no grau de conhecimento do Programa, e na qualidade dos resultados alcançados, por se tratar de PREVENÇÃO.



Gráfico 2: Formação acadêmica dos usuários do PSF

5.3 NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS SERVIÇOS OFERTADOS PELO PSF

Como ficou constatado no gráfico 1 que uma grande maioria desconhece o ESF/PSF, isso impacta diretamente no conhecimento dos serviços ofertados pela ESF/PSF. Muitos veem o PSF apenas como um programa, a exemplo do Bolosa Família, ou como um programa que coloca o médico em sua residência. Dessa forma, essa falta de conhecimento dos serviços, dificulta o desenvolvimento dos trabalhos por parte dos profissionais, e em muitos casos, o paciente e/ou família assistida deixa de usufruir de uma gama de serviços que a ESF abrange, e que pode beneficiá-lo e muito, como o acesso a exames preventivos, medicamentos, entre

outros. E dentro de uma realidade de desmotivação e desvalorização dos profissionais envolvidos, por parte dos gestores, com falta de incentivo financeiro e de equipamentos adequados e necessários, não raras as vezes, não levam a informação ao paciente e a comunidade local.

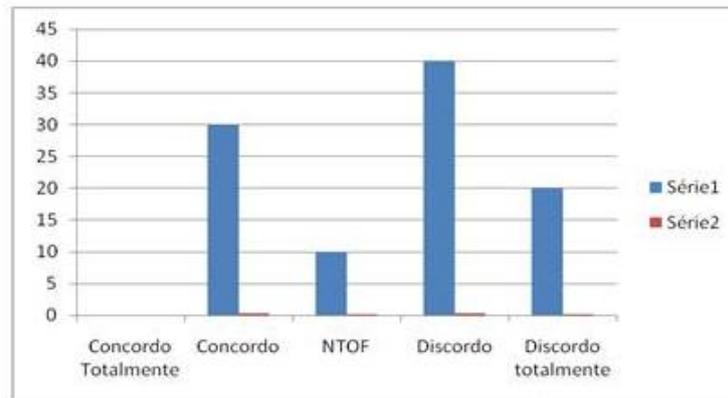


Gráfico 3: conhecimento sobre os serviços prestados pelo PSF

Nesse contexto, o gráfico 3 apontou mais uma vez a falta de conhecimento sobre os serviços prestados pelo PSF. Sabemos que uma pessoa bem informada, poderá se tornar um agente transformador do meio em que esta inserida, podendo reivindicar seus direitos com propriedade.

5.4 O PSF E SUA IMPORTÂNCIA PARA A POPULAÇÃO DE CORONEL EZEQUIEL - RN

80% da população concordaram que o PSF 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.

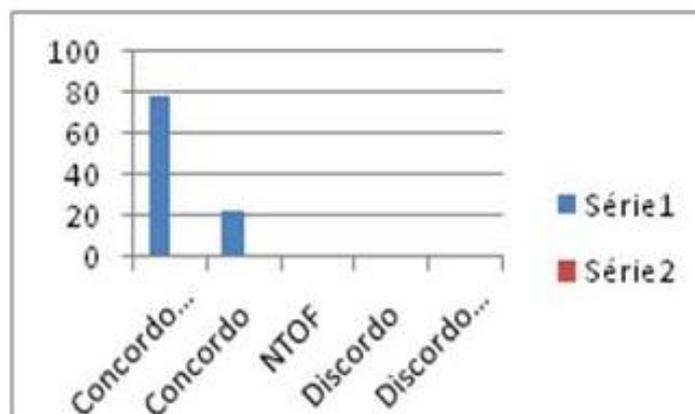


Gráfico 4: importância do Programa Saúde da Família

O consenso da maioria no que diz respeito a importância do Programa Saúde da Família é reflexo da ampliação do atendimento médico, bem como do perfil do programa, haja visto que aproxima a medicina regenerativa, da população mais carente e desassistida, criando um vínculo entre o profissional de saúde e a família amparada, vínculo este que vem sendo prejudicado pela alta rotatividade profissional dentro do PSF. Esse processo mais humanizado de atendimento médico, que visa o paciente como um todo, levando em consideração também o ambiente que o cerca, o habitat que está inserido, muito embora esse serviço seja prestado de forma precária.

5.5 PSF – AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA FÍSICA E DE EQUIPAMENTOS

São necessários maiores investimentos na aquisição de materiais e recursos físicos nos serviços de saúde, pois a maioria deles encontra-se sucateada e em desuso.

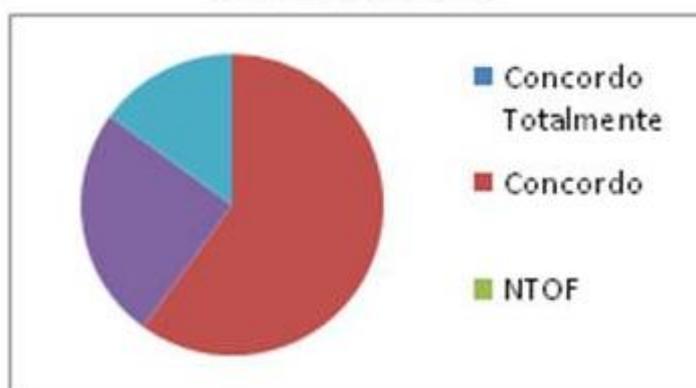


Gráfico 5: sobre a estrutura física e equipamentos

Observa-se, a partir desses resultados, a relevância da qualidade do atendimento aos usuários como constructo determinante do seu nível de satisfação, evidenciando a necessidade de o serviço qualificar, cada vez mais, o processo de atendimento ao paciente, enfatizando aspectos tais como agilidade, responsividade e cortesia. Em estudo de avaliação da qualidade de serviços de saúde (SANTOS, 1995), foi observado que, entre as reclamações dos usuários, aparece com frequência o "não ter conseguido tudo o que precisavam". Entre os itens citados, destacam-se a falta da atenção curativa e a dificuldade em conseguir medicamentos. De um modo geral, ficou evidente a deficiência do serviço quanto aos recursos físicos e humanos, carências essas que ganham destaque quando se considera que é um município de pequeno porte, onde a distância dos grandes centros se torna um agravante considerável.

5.6 – O SUCESSO DO PROGRAMA DEPENDE DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS

A oferta dos serviços do PSF advém de uma equipe multiprofissional mínima, ou seja, a Equipe Saúde da Família, que assume a responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada, desenvolvendo ações de promoção e de prevenção da saúde, tratamento e reabilitação dos agravos (BRASIL, 2001a). Sampaio e Pedro Gilberto (2002) afirmam que para finalizar é importante que se ressalte a questão do acompanhamento e avaliação das equipes, da atenção básica e do sistema de saúde.

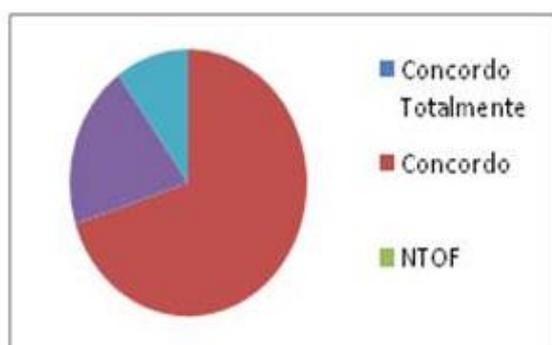


Gráfico 6: O sucesso do programa e seus profissionais

Como mostra o gráfico 6, o sucesso do programa depende dos profissionais envolvidos durante o processo. O gestor, desde o início da implantação, deve estar atento ao registro e acompanhamento dos sistemas de informação pois serão deles os dados gerados para avaliação da situação de saúde e do desempenho dos serviços. Nesse sentido ressaltamos a importância da Educação Permanente da equipe: processo de aprendizagem que tem como objetivo o desenvolvimento constante de recursos humanos e a adaptação dos mesmos às condições de trabalho e agravos encontrados nos serviços. Esse conceito é mais amplo do que o de “Educação Continuada”, uma vez que trabalha com conteúdos relacionados à necessidade real do trabalhador, voltando-se para a melhoria do processo de trabalho.

Vale ressaltar que o ponto essencial do sucesso do programa é o vínculo criado entre o profissional da equipe e a família, construído com base na confiança no profissional de saúde e que reflete diretamente nos resultados e na qualidade do serviço. No entanto, esse vínculo vem sendo prejudicado face a alta rotatividade dos profissionais que compoem a equipe, principalmente nas mudanças de gestores do poder executivo.

5.7 EQUIPAMENTOS BASICOS AO FUNCIONAMENTO DE UMA UNIDADE PSF

A produção das informações para o planejamento e a gestão, para o controle, avaliação e regulação do sistema só será possível na medida em que os bancos de dados sejam fidedignos, bem como pela qualidade do serviço prestado pelos profissionais envolvidos.

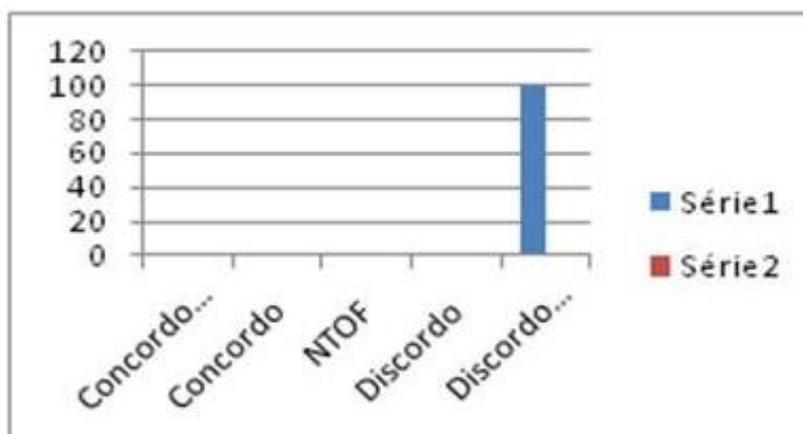


Gráfico 7: a unidade de saúde e o a informatização

Nesse contexto, foi constatado também o baixo nível de investimento nos PSFs, o que impacta diretamente na qualidade do serviço prestado (Gráfico 7). Apesar disso, assegura a Lei Magna Federal de 1988: Art. 196 que 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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

5.8 O SUCESSO DO PROGRAMA TAMBÉM DEPENDE DA VONTADE POLITICA

Mas, também é consenso de que a vontade política também é um dos fatores que influenciam diretamente no sucesso do programa. Dessa forma, vale salientar que a competência quanto à responsabilidade do poder Público é comum à União, Estados, Distrito Federal e dos Municípios e que estes deverão “cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência”, conforme o artigo 23, inciso II da CF. Desta forma, todos os entes da Federação, cada qual no seu âmbito administrativo, têm o dever de zelar pela adequada assistência à saúde aos cidadãos brasileiros.

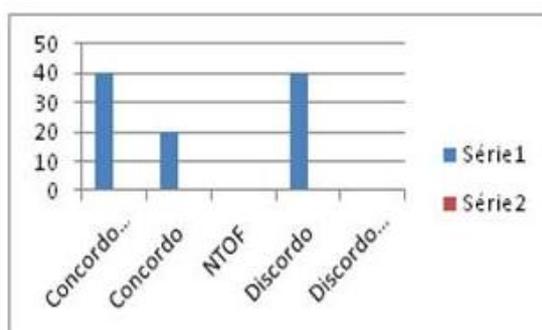


Gráfico 8: o programa e a vontade política

Quando questionados sobre esse aspectos, a maioria, representada por mais de 40%, afirmou que o sucesso do programa depende da vontade política, indicando que apesar do pouco grau de instrução os respondentes detém 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.

Cabendo ao cidadão conhecer seus direitos e deveres, para poder reivindicá-los junto aos poderes públicos, se tornando assim um agente transformador dentro do sistema de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa Saúde da Família (PSF) 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 PSF 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.

Prevalece, o consenso do baixo grau de conhecimento do PSF por parte da comunidade de Coronel Ezequiel – RN, o que impacta diretamente no IDH do município e por conseguinte na qualidade de vida de sua população. O SUS foi regulado pela Lei Federal

8.080 de setembro de 1990. O art. 2º, *caput*, desta lei, prevê que: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. A universalidade de acesso às ações e políticas do SUS está prevista no art. 7º, I, da mesma lei. Por outro lado, o artigo 6º da Constituição Federal de 1988 menciona, de modo expresso, que o direito à saúde é um direito social, assim como o direito à educação, sendo um dever do Estado a sua implementação. Dessa forma, entendemos que a falta de políticas públicas eficientes no sentido de promover a conscientização da população no que diz respeito a seus direitos e deveres em relação aos Programas de Saúde Pública do Governo Federal, em particular os PSFs do município de Cel. Ezequiel – RN, e dessa forma promover a sua universalização.

Com igual importância, é necessário uma maior implementação dos recursos financeiros, possibilitando um melhor aparelhamento do PSF, bem como melhorias nos salários dos profissionais envolvidos no programa. Esse princípio estaria fundamentado na percepção de que uma sociedade, na qual a partilha dos bens materiais é injusta e desproporcional, seria injusto exigir pagamento por parte dos mais pobres em relação aos serviços de saúde. Segundo o princípio do resgate, a saúde e a manutenção da vida humana são os bens mais importantes de uma comunidade, razão pela qual todos os recursos financeiros possíveis devem ser aplicados para salvar uma vida, por menores que seja as chances de sobrevivência e por maiores que sejam os custos envolvidos.

Dessa forma, entendemos que a população precisa estar envolvida no processo de gestão do PSF, uma vez participativa, irá possibilitar uma conscientização, e a formação de agentes transformadores do meio ao qual estão inseridos, passando de simples usuários leigos, a usuários conscientes de seus direitos e deveres. Para isso, a formação de Conselhos e Fóruns que iram discutir as problemáticas existentes contribuindo efetivamente para o êxito do programa. A participação da população é imprescindível para o sucesso do programa e impacto junto a qualidade de vida da população. A educação no que diz respeito ao conhecimento dos programas de saúde, em particular o PSF, deve partir da base, ou seja, das séries iniciais, sendo assim inseridos no cotidiano das escolas, promovendo cidadãos conscientes que por sua vez iram influenciar diretamente em sua cadeia familiar, pois a educação é contagiante, e nunca existirá instrumento melhor e maior de conscientização de indivíduos e transformação de sociedades, se tornando assim um dos pilares da humanidade e da sociedade moderna.

**ANALYSIS OF KNOWLEDGE COMMUNITY OF COLONEL EZEKIEL - RN, AS
TO PUBLIC HEALTH PROGRAMS OF THE FEDERAL GOVERNMENT IN
PARTICULAR THE PSF**

ABSTRACT

Discusses the vision of the users of the city of PSFs Cel. Ezequiel - RN on factors that directly influence the quality of care units, and the quality of life, on the degree of knowledge of the PSF program by the population. Data were collected through semi-structured interview. The analysis of data was through absolute and relative frequency, with graphing. The professional competence and political will are key factors in the success of the program. Poor structuring of PSFs were encountered, and the low educational level, linked to the low level of knowledge of the PSF program for users of the service. The need for enhancement of professionals with training and fairer wages, are key factors in providing quality service and satisfaction and fulfillment of the professionals involved, increasing user satisfaction and directly impacting on the HDI in the city.

KEYWORDS: PSF. HEALTH. PUBLIC POLICY, QUALITY.

REFERÊNCIAS

- ADAMI, N. P., 1993. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Revista Paulista de Enfermagem**, 12:82-86.
- ALMEIDA FILHO, Naomar; PAIM, Jairnilson S. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cadernos Médicos Sociales*, n. 75, p. 5-30, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia prático do Programa Saúde da Família. Brasília, DF, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Manual introdutório das equipes de saúde da família. Salvador: Polo de capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família; v.2, 2001 a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2004 – uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- ELIAS, Norbert (2008) [1970]), Introdução à Sociologia, Lisboa: Edições 70.
- FRACOLLI, L.A.; BERTOLOZZI, M.R. A abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo: manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Editora Atlas S.A., 2002. cap. 4, p.41-56.
- HAROVITZ, Jacques. Qualidade de Serviços: a batalha pela conquista do cliente. São Paulo, Nobel, 1993, p. 48.
- KOCH, R. Die Aetiologie und die Bekämpfung der Tuberkulose. Leipzig, Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1912 Makron Books, 1992.
- MINAYO, M .C. de S.; MINAYO, C. G. Díficeis e possíveis relações entre os métodos quantitativos e qualitativos nos estudos dos problemas de saúde. Rio de Janeiro: Ensp, 1992.
- PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In:CAMPOS [et al] (orgs). Tratado de saúde coletiva. 2 ed. São Paulo: Hucitec; Rio e Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
- PASTEUR, L. Etudes sur la bière. Paris, Gauthier-Villars, 1876. São Paulo, Nobel, 1993.
- ROCHA, Miriam Tereza Vali Sole. O gestor municipal de saúde e o programa de saúde da família: estudos de caso. Mato Grosso. 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/Miriam_MONOGRAFIA.pdf. acesso em 20 de junho de 2013.

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de Assistência. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 13, n.6, p.89, Nov./dez 2005

SANTOS, M.P. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 48, n. 2, p. 109-19, 1995

SAMPAIO, Luis Fernando Rolim; LIMA, Pedro Gilberto Alves - Apoio ao Programa de Saúde da Família. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Prefeitura Municipal de Coronel Ezequiel – RN, 2014.

SOUSA, M.F. de. A enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 53, p. 25-30 dez. 2000. Número especial.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (orgs). Tratado e Saúde Coletiva. 2ª ed. São Paulo: Editora Hicitec – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 531-562.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Ver. Saúde coletiva, Rio de Janeiro: physis, 1998. V.8, n.2, p. 11-48.

WINSLOW C.-E. A. The untilled fields of public health Science. 1920;51(1306):23-33