



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

FRANCISCO DAS CHAGAS BEZERRA DA LUZ

**VISÃO DOS USUÁRIOS A RESPEITO DO ATENDIMENTO NA SALA DE ESPERA
DO PSF (PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA) UBS BELMIRO GUEDES.**

FRANCISCO DAS CHAGAS BEZERRA DA LUZ

VISÃO DOS USUÁRIOS A RESPEITO DO ATENDIMENTO NA SALA DE ESPERA DO PSF (PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA) UBS BELMIRO GUEDES.

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 da Saúde, semestre 2014.2.

Orientador: Prof. Dra. Mônica de Lourdes Neves Santana.

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.

L979v Luz, Francisco das Chagas Bezerra da.
Visão dos usuários a respeito do atendimento na sala de espera do PSF (Programa de Saúde da Família) UBS Belmiro Guedes [manuscrito] : / Francisco das Chagas Bezerra da Luz. - 2014.
24 p.

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: Profa. Dra. Mônica de Lourdes Neves Santana, Secretária de Educação à Distância".

1. Programa de Saúde da Família (PSF). 2. Usuários. 3. Qualidade dos serviços. I. Título.

21. ed. CDD 361

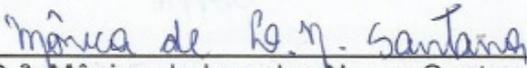
FRANCISCO DAS CHAGAS BEZERRA DA LUZ

VISÃO DOS USUÁRIOS A RESPEITO DO ATENDIMENTO NA SALA DE ESPERA DO PSF (PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA) UBS BELMIRO GUEDES.

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 da Saúde semestre 2014.2.

Aprovada em: 06/12/2014

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dr^a. Mônica de Lourdes Neves Santana (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Dr^a. Jacqueline Echeverria Barrancos
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Profa. Ma. Maria José Cordeiro de Lima
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

A minha esposa e filhos, pela dedicação,
companheirismo e amizade, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

À Jacqueline Echeverria coordenadora do curso de Especialização, por seu empenho.

À professora Mônica Santana pelas leituras sugeridas ao longo dessa orientação e pela dedicação.

Ao meu pai Francisco Bezerra da luz, a minha mãe Geralda Leonizia Bezerra, aos meus filhos Anny Caroline Silva Bezerra, Cauã Silva Bezerra e esposa Clidismar Carla Silva Carlos, pela compreensão por minha ausência nas reuniões familiares.

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

Aos tutores e funcionários da UEPB, Descartes Almeida Fontes, pela presteza e atendimento quando nos foi necessário.

Aos colegas de classe pelos momentos de amizade e apoio.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
2 FUDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
2.1 Programas de Saúde da Família.....	10
2.2 Programa de Saúde da Família e a participação da comunidade	11
3 METODOLOGIA	15
4 DISCUSSÕES DOS RESULTADOS	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERÊNCIAS.....	24

VISÃO DOS USUÁRIOS A RESPEITO DO ATENDIMENTO NA SALA DE ESPERA DO PSF (PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA) UBS BELMIRO GUEDES.

LUZ, Francisco das Chagas Bezerra¹
SANTANA, Mônica de Lourdes Neves²

RESUMO

O objetivo desse trabalho é analisar o desempenho do PSF, na perspectiva dos usuários, captando o nível de compreensão e satisfação da comunidade, destacando a qualidade dos serviços oferecidos e o desempenho profissional da equipe, comparando-o com a assistência prestada pelos antigos postos de saúde. Utilizamos métodos qualitativos, com entrevistas realizadas com os usuários do programa, além da observação participante. Analisamos a visão da comunidade em relação ao Programa a partir das dimensões: cognitivas, relacional, organizacional e profissional. Detectamos que parte da comunidade ressalta mudanças no atendimento, como visitas domiciliares, atividades dos agentes de saúde e localização da Unidade próxima à comunidade. Mesmo reconhecendo alguns avanços, esses usuários apontam, entre outros aspectos, insuficiência nas estruturas físicas das Unidades, a falta de medicamentos, a necessidade de formar parcerias entre moradores e profissionais para reivindicações que contribuam para a melhora do Programa.

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família (PSF); usuários; qualidade dos serviços.

¹Aluno concluinte do curso de Bacharelado em Administração Pública pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB/EAD. E-mail: nandinhapbp@hotmail.com

² Professora orientadora Doutora em Linguística Aplicada pela Universidade Federal da Paraíba – UEPB. E-mail: m@detroz.com

1 INTRODUÇÃO

O crescente processo de urbanização nas cidades trouxe uma série de problemas de ordem social, deixando setores da população nelas residentes relegados à extrema pobreza e exclusão. É nesta parcela que se incluem a comunidade escolhida como “cenário” de nosso estudo. Atualmente é crescente o conhecimento da população em relação ao atendimento em Saúde Pública principalmente quando se aborda a qualidade de serviços de saúde básica.

A falta de emprego, de atividades culturais, de formação profissional, faz com que homens, mulheres, crianças e adolescentes se envolvam em situações de risco, como: o uso excessivo de bebidas alcoólicas, drogas, prostituição e criminalidade. Um grande número de adolescentes grávidas é explícito nessas comunidades.

Sabe-se que as diversas micro áreas cobertas pelo PSF na cidade de Patos são bastante diferenciadas e apresentam consideráveis disparidades sociais, econômicas e culturais, exigindo nesses casos abordagens particularizadas dessas realidades.

O papel dos participantes age de forma consciente e serve de impacto direto na melhoria da relação entre ele e o serviço. Assim, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento.

A estratégia para aproximação dos entrevistados foi manter o contato através dos Agentes Comunitários de Saúde em suas visitas diárias à comunidade, com o propósito de que o relacionamento com os moradores fosse feito da forma mais natural possível, isto é, procurando não alterar a rotina das pessoas e nem pressioná-las a obter as entrevistas.

O critério utilizado para a seleção das famílias ou de membros das famílias a serem entrevistadas foi o de diversificar o máximo possível o número de famílias existentes por micro-regiões - critério utilizado pelas Equipes da Saúde da Família - em função do número de Agentes Comunitários de Saúde.

Por se tratar de uma pesquisa onde foram utilizadas técnicas qualitativas, na tentativa de assegurarmos o nível de profundidade das questões, analisamos

constantemente os conteúdos das entrevistas. A escolha dos números dos entrevistados na comunidade foi feita sem a preocupação de precisar a quantidade, obedecendo principalmente à representatividade e à disponibilidade de um ou mais membros das famílias.

Diante do exposto, propõe-se avaliar as ações de saúde prestadas pela equipe multiprofissional da Unidade Básica de Saúde (UBS) BELMIRO GUEDES do bairro “SANTO ANTONIO” em PATOS-PB, bem como verificar sua interação com a comunidade, considerando, porém, os limites inerentes ao estudo, que se baseia na percepção do usuário, cujo olhar deve ser complementar ao do técnico.

O atendimento na sala de espera do PSF é essencial, pois é ali que os usuários irão obter informações, produtos e a confiança necessária para que se possa incidir efetivamente sobre o seu estado de saúde como um todo. Tem-se observado inúmeros problemas nos serviços básicos de saúde com relação ao atendimento na sala de espera. Há serviços com áreas físicas tão pequenas que não dispõem de uma sala de espera, outros em que, mesmo contando com um bom local para espera, não encontraram fórmulas para extinguir as filas. Outros ainda em que, pela grande demanda reprimida, existe comercialização de lugar na fila de espera.

Às vezes as condições materiais são boas e busca-se praticar um bom atendimento, mas inexistente qualificação adequada dos funcionários da recepção ou, pelo contrário, monta-se um bom serviço de recepção, triagem e pré-consulta que culmina com um mau atendimento no momento da consulta, na qual se estabelecem relações frias, desumanizadas e até de desinteresse.

O objetivo desse trabalho foi verificar junto às famílias dessa comunidade o grau de satisfação em relação ao atendimento dispensado pelas equipes de Saúde da Família, comparando-o com a assistência prestada anteriormente pelas diversas instituições de saúde disponíveis nessa comunidade.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Programas de Saúde da Família

A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito: reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

Diante dos ótimos resultados já alcançados, o Ministério da Saúde está estimulando a ampliação do número de equipes de Saúde da Família no Brasil. E, para isso, é fundamental a mobilização das comunidades e dos prefeitos, pois só por intermédio deles as portas dos municípios se abrirão para a saúde entrar.

Com o Programa de Saúde da Família, há uma lógica chamada propositiva e uma responsabilização e vínculo bem determinados. São criadas equipes que serão responsáveis, cada uma, por cerca de quatro mil pessoas. Na prática, os agentes de saúde cadastram as famílias. Além de nome, idade, condições de moradia, escolaridade, profissão, identificam o histórico de saúde dos

integrantes, apontando a existência de enfermidades, como tuberculose, hanseníase, malária, hipertensão, diabetes, desnutrição, entre outras.

As consultas necessárias são marcadas pelo agente, que, muitas vezes, acompanha a pessoa até o centro de saúde. Também controla a medicação dos doentes crônicos, dão orientações sobre dengue, leptospirose, higiene básica e outros cuidados com a saúde. A visita domiciliar de médicos, enfermeiros e auxiliares são realizadas somente em situações especiais identificadas pelos agentes, como idosos em situação de abandono, com dificuldade motora, acamados e com feridas.

O grande avanço ocorrido foi à incorporação na equipe de PSF de um dentista e um técnico odontólogo. O Ministério da Saúde repassa aos municípios um piso fixo de R\$ 10,00 por pessoa atendida pelo PSF. Além disso, há também um piso variável, definido por faixas referentes ao percentual da população coberta pelo PSF. Todos os estados brasileiros, em maior ou menor proporção, já conhecem o novo modelo de assistência à saúde da população. Mais de 3,5 mil municípios brasileiros têm equipes atuantes de Programa de Saúde da Família (PSF). Ao todo, são 14.770 equipes com, pelo menos, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e dois a seis agentes de saúde. Cada equipe é responsável pela saúde de mil famílias. A nova ordem, com o modelo PSF, é a promoção da saúde e não mais o atendimento às pessoas doentes. Os frutos serão colhidos em breve

2.2 O Programa de Saúde da Família e a participação da comunidade

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 no Brasil como estratégia para organizar os serviços de saúde a partir da atenção básica, procurando pôr em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir de uma concepção de trabalho que se notabiliza pela proposta do estabelecimento de inter-relações entre os vários setores responsáveis pela assistência à saúde, o PSF propõe uma ação mais ampliada nesses setores que se inicia na Unidade Básica e vai até os níveis de maior complexidade na rede de serviços.

Esse programa apoia-se numa visão de organização do trabalho em que a descentralização é um dos pilares centrais e tem permeado a discussão sobre política de saúde no Brasil, principalmente a partir dos anos 1990. Nesse período, as

demandas sociais suscitaram uma maior interferência do Estado nas questões sociais e a descentralização dos serviços de saúde tem sido um dos caminhos utilizados para o atendimento dessas demandas.

O debate em torno da descentralização apresenta divergências quanto a sua eficácia na democratização dos serviços públicos de saúde e na construção de uma imagem positiva desses serviços perante a sociedade.

Uma das visões é que a descentralização por meio do PSF faz parte de uma política de contenção do Estado brasileiro nos gastos com a saúde, contrariando, desta maneira, a “universalização inclusiva” proposta pelo SUS. Nesse sentido, assim como o PSF, esses Programas que objetivam o aprimoramento ou a recuperação de princípios que norteiam o SUS são vistos como formas de atuação eminentemente focalista.

Embora haja um reconhecimento de que o PSF tem significado uma tentativa de consolidação do Sistema Único de Saúde, ou seja, uma maneira de se contrapor à predominância do modelo assistencial de caráter privatista predominante, hoje no Brasil tem-se enfatizado que a implementação de políticas sociais universais tornou-se cada vez mais distantes com as reformas do Estado implementadas nos anos 1990.

Sobre a organização e forma de trabalho da equipe, embora o trabalho esteja direcionado para práticas multiprofissionais, nada garante nas estratégias do PSF que haverá ruptura com a dinâmica médico centrada, do modelo hegemônico atual.

Quanto à gestão do PSF, o primeiro problema apresentado na sua organização diz respeito ao alto grau de normatividade na sua implantação. O formato da equipe, as funções de cada profissional, a estrutura, o cadastro das famílias, o levantamento dos problemas de saúde existentes no território e os diversos modos de fazer o programa são regulamentados centralmente pelo Ministério da Saúde. Estas normas deverão ser seguidas rigorosamente pelos municípios, sob pena daqueles que não se enquadrarem nas orientações ministeriais, ficando fora do sistema de financiamento das equipes de PSF.

Outra questão muito sentida, principalmente a partir de relatos de pequenos municípios, diz respeito aos custos/financiamento do programa. O PSF trabalha com a ideia de que altos salários garantem bons atendimentos, viabilizando

o trabalho diferenciado do médico e permitindo a sua "interiorização". Sem desconsiderar a importância de remuneração satisfatória dos profissionais de saúde, é um equívoco pensar que isto por si só, garante um atendimento acolhedor, com compromisso dos profissionais na resolução dos problemas de saúde dos usuários.

O modo de assistir as pessoas está mais ligado a uma determinada concepção de trabalho em saúde, a construção de uma nova subjetividade em cada profissional e usuário. Vincula-se inclusive a determinação de uma relação nova, que foge ao padrão tradicional em que um é sujeito no processo e o outro o objeto sobre o qual há uma intervenção para a melhora da sua saúde. A nova relação tem que se dar entre sujeitos, através da qual tanto o profissional quanto o usuário podem ser produtores de saúde.

Em relação à escolha da família como espaço estratégico de atuação, também são necessários alguns comentários. É positivo apontar o foco de atenção de uma equipe de saúde, para um "indivíduo em relação", em oposição ao "indivíduo biológico". Nem sempre este é o espaço de relação predominante, ou mesmo o lugar de síntese das determinações do modo de andar a vida das pessoas em foco.

Apesar das contradições entre as percepções biológicas do processo saúde e doença, por parte dos profissionais e usuários, e a humanização das práticas em saúde desenvolvidas pelo programa, os avanços na relação entre esses atores parecem dar sinais positivos para todos. Mais uma vez, confirma-se a correspondência entre aquilo que se oferece e o que se demanda, agora de uma maneira talvez mais totalizante.

Na união da prática clínica com a prática sanitária, por meio da ênfase da saúde nos aspectos de promoção e prevenção, pelos quais são enaltecidos e transformados em falas e práticas, que buscam o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e que se traduz em qualidade de vida. Nada mais representativo desse reconhecimento do que a incorporação de membros da comunidade na decisão das prioridades em saúde no seu bairro, ou até mesmo sua participação direta na prestação do cuidado, como é o caso dos agentes comunitários (KLOETZEL, et al. 1998).

Nesse sentido, acredita-se que a reflexão sobre as reais vantagens e desvantagens do tema seja uma contribuição e oportunidade para todos aqueles que se interessam pelo assunto PSF, ou que dele se utilizam, na medida em que se pretende humanizar as relações na área da saúde pública.

Nesse cenário podemos salientar que o *acesso e acolhimento* remetem à discussão de modelos assistenciais, que dizem respeito à produção de serviços de saúde, a partir dos saberes da área, assim como de projetos políticos de construção dos grupos sociais envolvidos. É um conceito que transita entre o técnico e o político, já que concretiza as diretrizes da política sanitária com certo saber técnico.

O atendimento ainda é o vigente nos serviços primários de saúde no Brasil, baseado na queixa-conduta e não na atenção integral ao indivíduo, muito menos nas ações em defesa da vida coletiva. É necessário incorporar o atendimento clínico individual, agregando recursos humanos capazes de fazer vigilância sanitária e epidemiológica. Para tal, acesso, acolhimento, vínculo e resolutividade são eixos centrais do modelo tecno-assistencial em defesa da vida.

O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços, que extrapola a dimensão geográfica, abrangendo também o aspecto econômico, relativo aos gastos diretos ou indiretos do usuário com o serviço, o aspecto cultural envolvendo normas e técnicas adequadas aos hábitos da população e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população.

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 (FRENK, 1985, apud ADAMI, 1993).

O acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários (MERHY et al., 1994). O encontro entre esses sujeitos se dá num espaço interceptor no qual se produz uma relação de escuta e responsabilização, a partir do que se constituem vínculos e compromissos que norteiam os projetos de intervenção. Esse espaço permite que o trabalhador use de sua principal tecnologia, o saber, tratando o usuário como sujeito portador e criador de direitos. O objetivo da intervenção seria o controle do sofrimento ou a produção de saúde (MERHY, 1997).

Constitui-se em tecnologia para a reorganização dos serviços, com vistas à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento

(FRANCO, et al., 1999). Matumoto (1998, P. 17) apresenta o acesso aos serviços como “uma primeira etapa a ser vencida pelo usuário quando parte em busca da satisfação de uma necessidade de saúde”. A partir das relações que se estabelecem no atendimento, surge o acolhimento relacionado à utilização dos recursos disponíveis para a solução dos problemas dos usuários. Com base nos autores citados, entende-se por acesso a distância da unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo, tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para a obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgências e emergências, respostas obtidas para demandas individuais e coletivas, possibilidade de agendamento prévio.

Por acolhimento entende-se a postura do trabalhador de colocar-se no lugar do usuário para sentir quais são suas necessidades e, na medida do possível, atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema que seja capaz de responder àquelas demandas.

3 METODOLOGIA

O estudo tem abordagem qualitativa, buscando a manifestação de um problema nas atividades, nos procedimentos e nas interações do dia-a-dia. Foi realizado no período de 02 de maio a 02 de junho de 2014, na unidade de pequeno porte, Belmiro Guedes (PSF) (Bairro Santo Antônio) que faz parte da rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Patos-PB (SMS).

Foram utilizadas, como técnicas de coleta de dados, entrevistas semiestruturadas. Para delimitar a suficiência dos dados utilizou-se o critério de saturação. As entrevistas, em número de dezessete, foram realizadas no serviço de saúde, preferencialmente logo após o término do atendimento, com base em Kloetzel et al. (1998), que demonstraram semelhança entre respostas obtidas no domicílio e as obtidas logo após a consulta.

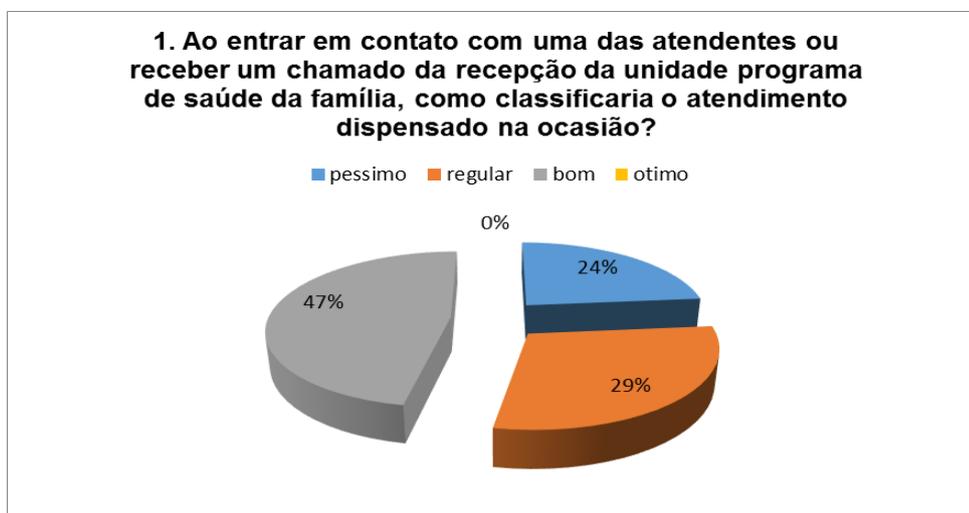
Verificou-se que a coleta de dados feita no serviço não impediu o usuário de criticá-lo. Apesar de os indivíduos entrevistados terem obtido atendimento, foram capazes de levantar dificuldades de acesso vivenciadas no serviço. A observação participante foi utilizada como técnica complementar, para captar informações sobre

o contexto do serviço, forma de organização e funcionamento. Foram observadas as diversas salas de espera da unidade de saúde, as salas de procedimentos, os guichês de recepção e farmácia e atendimentos em grupo.

Obteve-se aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da SMS, com a concordância da gerência do distrito sanitário e da gerência do serviço. O grupo de informantes foi constituído a partir do desejo de participar do estudo, mediante consentimento livre e esclarecido, elaborado segundo Goldim (1997), respeitando-se os princípios éticos para pesquisa envolvendo seres humanos. Para tratamento do material, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo do tipo análise temática.

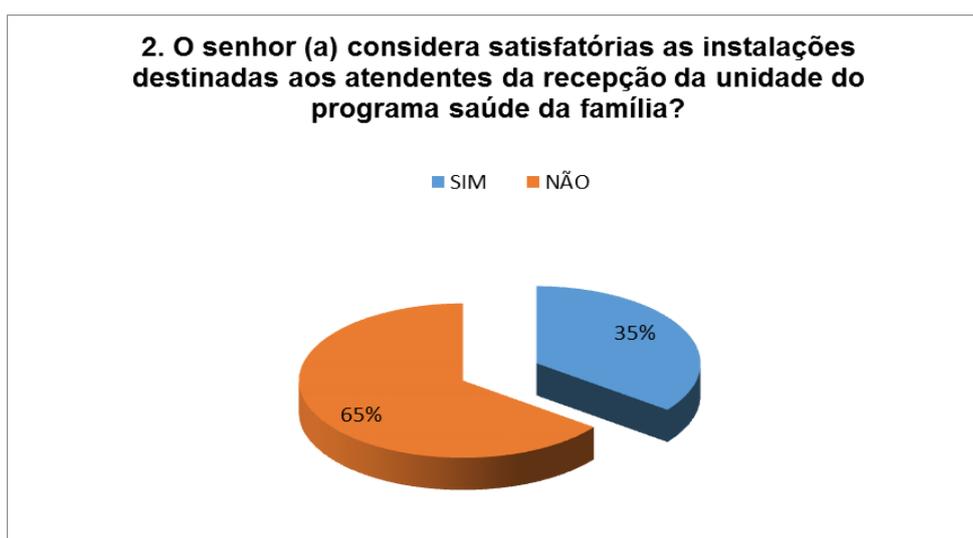
4 DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

GRÁFICO 01



De acordo com o gráfico 01 observou-se que a maioria dos entrevistados disseram ter um bom atendimento ou seja, 47% classificarão o atendimento como bom, demonstrando o bom acolhimento por parte dos profissionais atendedoras.

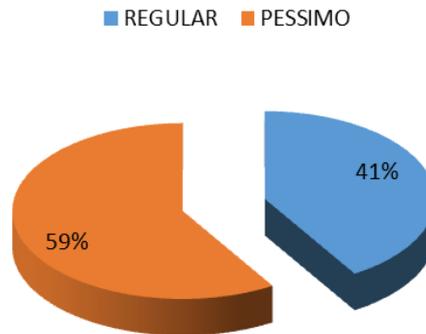
GRÁFICO 02



Analisando o gráfico 02, foi observado que 65% dos entrevistados, consideram as instalações dos atendedoras da recepção inadequadas ou insatisfatórias a unidade de saúde, contradizendo como o bom acolhimento por parte dos profissionais.

GRÁFICO 03

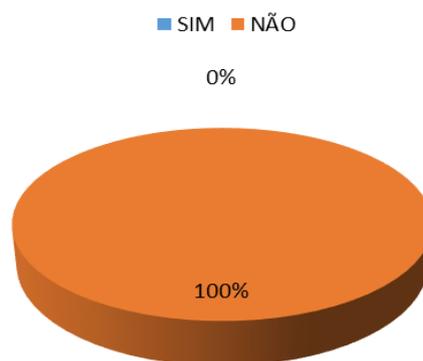
3. Queira indicar sua avaliação quanto ao desempenho do balcão de atendimento ao público do programa saúde da família



De acordo com os números apresentados no gráfico 03, observou-se que a avaliação dos entrevistados quanto ao desempenho dos profissionais no atendimento ao público é pessimo, gerando grande insatisfação.

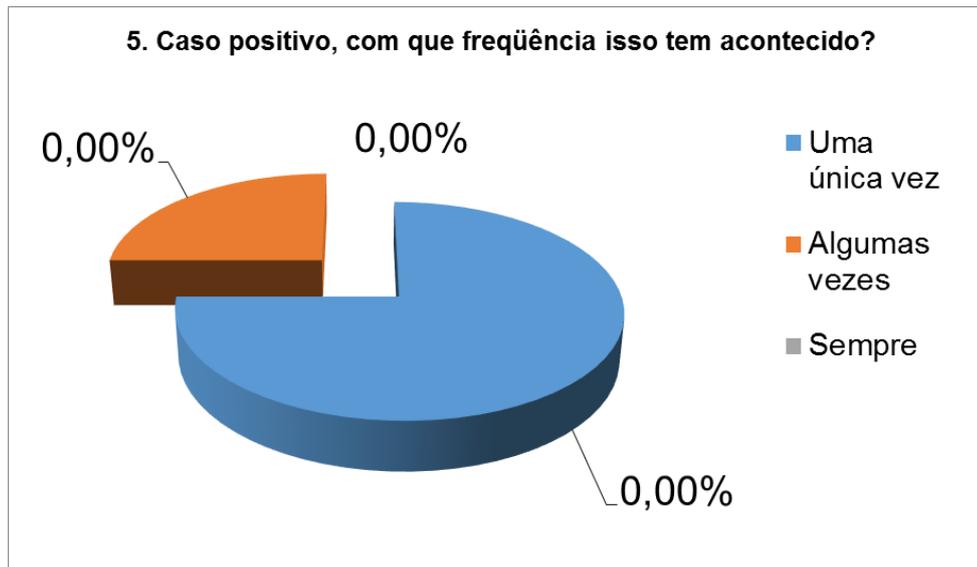
GRÁFICO 04

4. Alguma vez já foi recepcionado e encaminhado por equívoco pela Recepção do PSF?



De acordo com os entrevistados no gráfico 04 nenhum deles foi encaminhado por equívoco à qualquer sala da unidade de saúde, demonstrando com assim o comprometimento dos profissionais do atendimento na recepção da unidade.

GRÁFICO 05

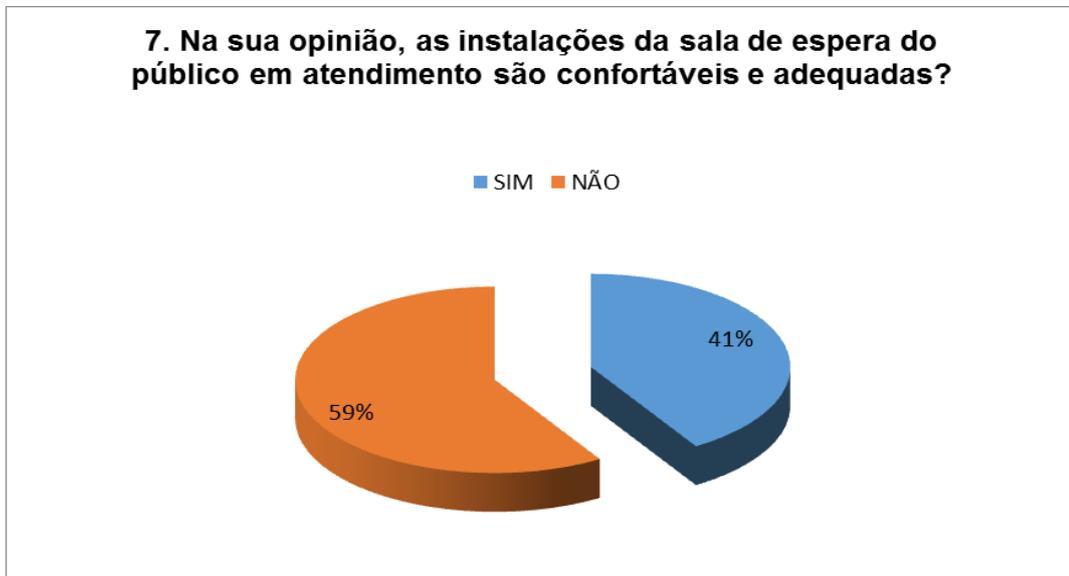


Não houve respostas.

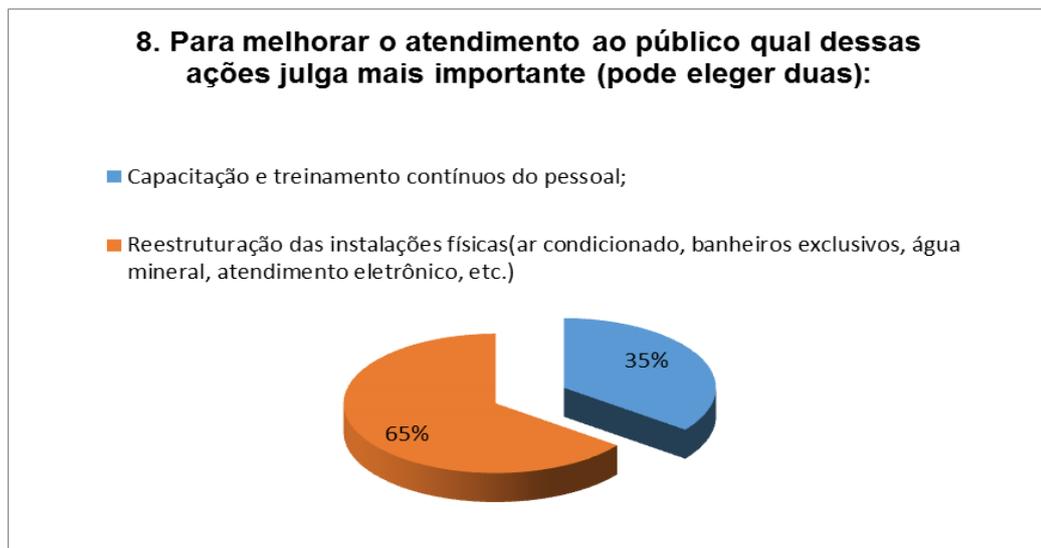
GRÁFICO 06



De acordo com o gráfico 06, observou-se que 88% dos entrevistados responderam que as instalações da recepção não estão adequadas as normas da ABNT, quanto ao acolhimento das pessoas com deficiências e, ou idosos.

GRÁFICO 07

De acordo com o gráfico 07, verificou-se que 59% dos usuários da referida unidade, consideram como não confortáveis, ou inadequadas as instalações de atendimento ao público da unidade de saúde.

GRÁFICO 08

De acordo com o resultado apresentado no gráfico 08, observamos que 65% dos entrevistados elegeram como ações de melhorias na unidade, a reestruturação das instalações físicas.

QUADRO 01

PERGUNTAS OBJETIVAS	SIM	NÃO
Você acha que na sala de espera deve fazer programas educativos para os usuários?	15	02
Você acha que a sala de espera dos PSF deveriam ter brinquedos para as crianças?	12	05
Você gostaria que fosse instalado musica na sala de espera?	07	10
Você demora muito tempo na sala de espera para ser atendido?	12	05
Você gostaria de ter acesso a livros durante a espera do atendimento?	11	06
Você gostaria de assistir vídeo e televisão na sala de espera?	12	05
Você gostaria que fosse implantado caixa de sugestões na sala de espera para que possa ouvir as necessidades dos usuários?	14	03

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que, de modo geral, o PSF é valorizado pela população e vem conquistando avanços significativos na atenção básica, assim como tem colaborado para a reorganização do sistema de saúde no Brasil.

Destaca-se, entre os avanços, uma maior facilidade da população mais excluída da sociedade no acesso aos serviços públicos de saúde existentes no município, através das Unidades de Saúde da Família. O fato dessas Unidades se localizarem nos bairros favorece o estabelecimento de vínculos com os profissionais do PSF, além da possibilidade de realização de visitas domiciliares, quando necessárias.

Em função da fragilidade dos processos organizativos e dos mecanismos de participação e de representatividade entre essas populações que vivem em situação de exclusão social, percebe-se certo alheamento na compreensão do significado da estratégia saúde da família, bem como dificuldades e até impossibilidades de participação de suas diretrizes.

Outro aspecto importante a destacar no PSF são as suas limitações pela própria delimitação de sua competência na promoção da saúde. São muitas as demandas entre as populações mais carentes no âmbito das políticas sociais responsáveis pela saúde, o que torna impossível supri-las somente com assistência em saúde.

Entre os moradores da comunidade analisada acima, constatou-se que as opiniões não divergem muito quanto à compreensão e à satisfação do programa. A grande maioria aponta aspectos positivos na assistência, tais como: as visitas domiciliares, atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a localização da Unidade de saúde da família perto de casa.

Constata-se também que essas comunidades não têm mecanismos para se organizarem de forma que possam viabilizar o encaminhamento de suas reivindicações. Não existem, por exemplo, associações através das quais os moradores discutam os seus problemas de uma forma mais sistematizada e organizada. Existe também a dificuldade de aproximação da equipe para esse fim, embora se tenha encontrado disposição por parte dos profissionais para tal. Uma das formas poderia ser a criação de um conselho local de saúde, o qual poderia

contribuir para melhorar a relação com a Equipe. Esse talvez possa ser um caminho que possibilitasse um maior envolvimento entre a comunidade e a Equipe de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.
- FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. & MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde**: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 1999.
- GOLDIM, J. R. **Manual de Iniciação à Pesquisa em Saúde**. Porto Alegre: Dacasa. 1997.
- KLOETZEL, K; BERTONI, AM; IRAZOQUI, MC; CAMPOS, VPG; SANTOS RN. **Controle de qualidade em atenção primária à saúde**. A satisfação do usuário. Cad Saúde Pública 1998; Disponível em: <http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/viewFile/>. Acesso: em 15 de out. de 2014.
- LÜDKE, M. & ANDRÉ, M. **Pesquisa em Educação**: Abordagens Qualitativas. São Paulo: E.P.U, 1986.
- MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S. & CECÍLIO, L. C. O. (org.) **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.
- POLIT, D. F. & HUNGLER, B. P. **Nursing Research**: Principles and Methods. 6th Ed. Philadelphia: Lippincott, 1999.