

Sys: 431371  
GS 2004/069

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO (EA)  
UNIJIÚ – UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO  
RIO GRANDE DO SUL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE EQUIPES GESTORAS DE SISTEMAS E  
SERVIÇOS DE SAÚDE**

**Risane Friederichs Copetti**

**SATISFAÇÃO DA POPULAÇÃO EM RELAÇÃO À  
IMPLANTAÇÃO DO PSF NO MUNICÍPIO DE CAIBATÉ**

Monografia do Curso de Especialização de  
Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de  
Saúde UFRGS – Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul  
Escola de Administração (E A)  
– UNIJIÚ Universidade Regional do  
Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul  
(Coordenação Local).

**Orientador: Marcelo Jacques Fonseca**

**Ijuí, RS, 2004**

## AGRADECIMENTOS

A todos que me auxiliaram na realização deste trabalho em especial aos amigos da Secretaria Municipal da Saúde, Delcio, Cleini, Patrícia, Ivanês, Solange, Janda, Noema e aos profissionais que compõe as duas equipes do Programa de Saúde da Família.

Aos usuários do sistema de saúde, bem como aos Agentes Comunitários de Saúde do município de Caibaté-RS, sem os quais não seria possível a realização deste estudo.

Aos professores pelas lições de vida que souberam me transmitir em todos os encontros que aconteceram.

A Deus, pela inspiração presente em todos os momentos.

Aos colegas que souberam me transmitir confiança, certeza e positividade no decorrer do período em que estivemos convivendo no curso.

E, ao meu marido Julio César e aos filhos Vinícios, Vivian e Vânia, pelo estímulo e apoio de que necessitei para seguir em frente nesta importante etapa de minha vida, onde me propus a reciclar meu saber profissional.

Enfim, a todos aqueles que de uma forma ou outra tornaram viável a concretização deste estudo.

*Não pararemos nunca de explorar  
E o fim de toda nossa exploração  
Será retornar ao lugar de onde começamos  
E conhecer o lugar pela primeira vez.*

*T.S.Eliot*

## RESUMO

O presente estudo consiste em uma avaliação descritiva/quantitativa de satisfação de usuários em relação à implantação do Programa de Saúde da Família/PSF do município de Caibaté/RS. O primeiro momento do estudo, fase exploratória qualitativa, foi realizado com a equipe de saúde da família e Agentes Comunitários de Saúde, o qual permitiu construir um instrumento de pesquisa adequado, possibilitando identificar as variáveis e os problemas-chaves. O segundo momento do estudo, foi utilizado o grupo de foco, “usuários” do SUS de diferentes micro-áreas, o qual permitiu avaliar a satisfação das mesmas em relação à implantação do PSF nas dimensões relacional, organizacional e profissional. No terceiro momento foi aplicado a pesquisa quantitativa pelos Agentes Comunitários de Saúde aos usuários do programa de saúde da família distribuído nas 12 micro-áreas em 3% da população do município constituído em 152 instrumentos. Foi utilizado o método de amostra não probabilística, por conveniência por abordagem dos respondentes do sistema de saúde junto as micro-áreas de cobertura dos PSFs. Segundo Malhotra (2001) a Amostragem por conveniência é “uma técnica de amostragem não probabilística que procura obter uma amostra de elementos convenientes. A seleção das unidades amostrais é deixada a cargo do entrevistador”. Para mensurarmos a satisfação do usuário, foi utilizado uma escala de cinco pontos que vai de 1 – Totalmente Insatisfeito, 2 – Insatisfeito, 3 – Neutro, 4 – Satisfeito, 5 – Totalmente Satisfeito, conforme citado por Bateson e Hoffmann (2001, p. 323) mencionam ainda que as medidas de satisfação dos usuários são obtidas por medidas diretas e indiretas. Medidas indiretas de satisfação dos usuários incluem rastrear e monitorar as reclamações de usuários. Empresas que se baseiam em medidas indiretas de satisfação dos usuários estão adotando uma abordagem passiva para determinar se as percepções dos usuários estão atendendo ou excedendo suas expectativas. Convém ressaltar que a pesquisa proporcionou-nos avaliar a satisfação da população em relação ao desempenho das equipes do PSF, dos serviços prestados, e da organização dos serviços, bem como da implantação dos programas e ações no sistema municipal de saúde de Caibaté.

## SUMÁRIO

### LISTA DE GRÁFICOS

### LISTA DE TABELAS

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA .....</b>	<b>10</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>12</b>
<b>4 REVISÃO TEÓRICA PRELIMINAR .....</b>	<b>13</b>
4.1 CONCEITOS DE MARKETING E MARKETING SOCIAL .....	13
4.2 COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR DE SERVIÇOS.....	14
4.3 APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	17
<b>4.3.1 Objetivos da estratégia do programa da saúde da família .....</b>	<b>17</b>
<b>4.3.2 Diretrizes de operacionalização das unidades de saúde da família.....</b>	<b>18</b>
<b>4.3.3 Atribuições das equipes .....</b>	<b>19</b>
4.4 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SUS.....	20
<b>4.4.1 Conceitos .....</b>	<b>20</b>
<b>4.4.2 Normas de Implementação do SUS.....</b>	<b>21</b>
<b>4.4.3 Conformações teóricas em relação à família.....</b>	<b>23</b>
<b>5 OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
5.1 GERAL .....	26
5.2 ESPECÍFICOS .....	26

<b>6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E OPERACIONAIS .....</b>	<b>27</b>
6.1 TIPO DE ESTUDO .....	27
6.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	30
6.3 PERÍODO DA COLETA DE DADOS .....	30
6.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	31
6.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS .....	31
<b>7 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....</b>	<b>32</b>
7.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS E RESULTADOS DA PESQUISA.....	32
7.2 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS USUÁRIOS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	33
<b>8 CONCLUSÃO .....</b>	<b>50</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO.....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO B – FORMULÁRIO DE PESQUISA.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO C - ATENDIMENTO PRESTADO PELA EQUIPE PSF .....</b>	<b>57</b>
<b>GLOSSÁRIO.....</b>	<b>58</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Percentual de satisfação dos usuários em relação ao desempenho da equipe de saúde da família.....	37
Gráfico 2	Percentual de satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados pela equipe de saúde da família.....	40
Gráfico 3	Percentual de satisfação dos usuários em relação à organização dos serviços do sistema municipal de saúde.....	42
Gráfico 4	Percentual de satisfação da população em relação aos programas implantados no município.....	45

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos usuários do programa saúde família, por faixa etária.....	33
Tabela 2	Distribuição dos usuários, por estado civil.....	33
Tabela 3	Distribuição dos usuários segundo a escolaridade.....	34
Tabela 4	Distribuição dos usuários segundo a procedência.....	34
Tabela 5	Distribuição dos usuários segundo a ocupação profissional.....	35
Tabela 6	Distribuição dos usuários segundo a renda familiar.....	35
Tabela 7	Percentual de satisfação da população usuária em relação ao desempenho da equipe de saúde da família .....	36
Tabela 8	Percentual de satisfação dos usuários em relação aos serviços prestados pela equipe de saúde da família.....	39
Tabela 9	Percentual de satisfação dos usuários em relação à organização dos serviços do programa de saúde da família.....	41
Tabela 10	Percentual de satisfação dos usuários em relação aos programas implantados no município.....	44



## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de pesquisa tem por finalidade avaliar as ações e as estratégias adotadas na implantação do Programa de Saúde da Família no município de Caibaté. Considerando que o programa é uma estratégia que o Ministério da Saúde escolheu para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde, a partir da atenção básica. Sendo que a unidade básica de saúde da família é a porta de entrada e o primeiro contato do cidadão com os serviços de saúde, e também organiza a referência e contra referência para os demais níveis do sistema de saúde.

O objetivo da administração municipal ao propor a mudança do sistema previa corrigir distorções que vinham afetando o bom andamento do sistema municipal de saúde. Para o autor "Ximenes Sérgio", 2000, o termo Usuário tem por definição no contexto das organizações públicas, quem faz uso de um serviço prestado ao público ou ainda quem usa ou desfruta algo habitualmente, sendo chamado de usuário. Acrescido a isto, no sistema público de saúde, o usuário é cidadão com direitos de cidadania garantidos na Constituição da República, na qual está previsto, que o mesmo terá acesso gratuito nos serviços de saúde.

A II Conferência Municipal de Saúde realizada em 2001, propôs e aprovou a implantação do PSF, pois entendeu ser um mecanismo que substituiria as práticas convencionais por uma atuação centrada nos princípios da vigilância à saúde.

Após um ano de implantação, sentimos a necessidade de avaliar como a população percebe este modelo adotado. Se o mesmo está tendo o alcance desejado em relação às ações básicas implantadas? E o que mudou com o PSF e que benefícios trouxe?

Os dados coletados através da pesquisa de campo, possibilitarão avaliar a satisfação do usuário fortalecendo o controle social no âmbito do SUS e o incentivo à participação comunitária pressupondo ao mesmo uma concepção do sistema de saúde com competência para avaliar e intervir modificando o próprio sistema.

## 2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

O município de Caibaté, apresentou o processo para implantação do Programa de Saúde da Família, à Secretaria Estadual da Saúde em março de 2003. O principal motivo que levou a Prefeitura Municipal à implantação do programa, foram os inúmeros problemas de ordem estrutural, econômica, e recursos humanos, que vinham se avolumando de forma que o sistema de saúde existente estava sem qualidade e com pouca resolutividade e havia insatisfação da população em relação ao sistema de atendimento. Na Unidade Básica de Saúde central as pessoas vinham pela madrugada em busca de uma ficha para atendimento médico, também não havia cumprimento de horário por parte dos médicos e sim um compromisso com um número pré determinado de atendimentos, a baixa remuneração dos médicos e demais funcionários da saúde era o fator determinante da situação.

Também no hospital local não havia cobertura pelo SUS ao atendimento de urgência/emergência pois os médicos negavam-se a atender pelo valor do sistema público. Além disso a entidade filantrópica passava por problemas financeiros, tornando-se inviável manter-se da forma como estava estruturada. As AIHs eram insuficientes para atender a população, pois em certos momentos eram usadas sem necessidade.

Em relação aos medicamentos a sua maioria era adquirida nas farmácias locais com preços elevados e baixa cobertura das necessidades. A equipe de saúde estava desintegrada, e voltada ainda a um atendimento antigo com baixa produtividade e motivação. Por isso em março de 2003 com finalidade de melhorar o atendimento e o acesso da população às ações básicas de saúde adotou-se o programa de Saúde da Família, estratégia com o objetivo de alterar o modelo anterior, corrigindo distorções, com um número maior de profissionais e duas unidades de PSF e PACS, com cobertura de 100% da área de abrangência do município.

A reforma do sistema de saúde através da estratégia do Programa de Saúde da Família para o município teve por objetivo melhorar a qualidade das ações de saúde, entendida em seu sentido amplo, não se restringindo aos aspectos médicos da assistência médica, mas no sistema como um todo. A qualidade das ações de saúde se define a partir de uma forte participação do usuário do serviço. Deve-se dar importância à qualidade ética com relação aos

conceitos que regulam as relações entre o pessoal da saúde e a população. Precisa-se enfatizar que o valor que a população atribui à qualidade das ações de saúde pode ser diferente do conceito que a equipe de saúde tem do seu próprio trabalho e dos resultados que este produz.

No entanto, foi preciso entender que para mudar um processo era necessário envolver pessoas, organizações e sistemas sociais; conhecer a razão de mudar e as forças desestabilizadoras do atual 'status quo'; conhecer o que se quer mudar, quando e onde se quer chegar ; organizar e gerenciar o processo de mudança no qual a autoridade responsável também precisa mudar, permitindo assim que o processo aconteça.

Após um ano de trabalho, sentimos a necessidade de saber qual é a opinião da população diante da implantação do PSF, e em relação aos serviços de saúde aos quais os mesmos têm acesso? Como os usuários têm percebido as mudanças e se as mesmas tem atendido suas necessidades?

Em relação à organização dos serviços prestados como a população avalia o tratamento dado às mesmas pelos profissionais que atendem os serviços; horários de funcionamento das unidades, organização, acesso às consultas, acesso à medicação?

Abordar a satisfação dos usuários implica em trazer um julgamento sobre as características dos serviços e, portanto, sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva do usuário fornece informação essencial para completar e equilibrar a qualidade do serviço.

Donabedian (1980) e Pascoe (1983), consideram que a satisfação dos usuários pode ser vista pela reação que tem diante do contexto, do processo, e do resultado global de sua experiência relativa a um serviço. Pascoe (1983) enfatiza ainda que essa avaliação se baseia em padrões subjetivos, implicando, portanto, atividades psicológicas (no campo perceptual) de ordem cognitiva e afetiva, engajadas em um processo comparativo entre a experiência vivida e critérios subjetivos do usuário.

A proposta de trabalho ora apresentado visa buscar subsídios para podermos constatar o grau de satisfação dos usuários com relação à prestação dos serviços de saúde municipais, para que a partir destes possamos gerar indicadores que possibilitem avaliar a Estratégia do programa de Saúde da Família.

### 3 JUSTIFICATIVA

O referido trabalho é necessário para podermos avaliar as ações e as estratégias adotadas na implantação do programa de saúde da família no município de Caibaté, saber ainda como a população percebe este modelo adotado, se o mesmo está tendo o alcance desejado em relação às ações básicas implantadas, o que mudou, os benefícios que trouxe?

O trabalho em saúde é complexo, principalmente pelo fato dele ser um serviço para pessoas oferecido por pessoas, cujo produto se esgota no momento em que é fornecido. Consiste em manter e recuperar algo muito complexo, inter-relacionado e dependente, como é a saúde da população. (MOTA, p. 37).

Conforme o item acima, conclui-se que o trabalho na área da saúde é muito complexo, cada pessoa é única e seu problema ou situação também requer individualização, ela é excepcional. Porém, o elevado número de pacientes, a repetição das tarefas e sua rigidez levam à alienação do servidor público de saúde, que muitas vezes não atribui a devida importância à atividade que exerce, a qual requer equidade, qualidade, isto é, eficácia e eficiência para que o usuário saia satisfeito com o atendimento.

A estratégia do Programa de Saúde da Família, para o município veio para reorganizar o sistema, deixando de lado a rede básica tradicional, para uma cobertura universal com dimensões técnica, política e administrativa inovadoras. Possibilita ainda integração e organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.

Ao tomar conhecimento da satisfação da população em relação à implantação do PSF no município será possível interagir de maneira mais eficiente através da utilização de modelos teóricos e práticos que venham ao encontro da real necessidade desta população, uma vez que os resultados obtidos serão analisados e discutidos com as equipes de saúde da família, levando à melhoria da qualidade de atendimento.

## 4 REVISÃO TEÓRICA PRELIMINAR

### 4.1 CONCEITOS DE MARKETING E MARKETING SOCIAL

O marketing tem suas origens no fato de que o homem é uma criatura com necessidades e desejos. Necessidades e desejos criam um estado de desconforto nas pessoas, que se resolve através da aquisição de objetos que satisfaçam a essas necessidades e desejos.

Kotler (1996, p. 42) conceitua marketing como:

Uma orientação da administração baseada no entendimento de que a tarefa primordial da organização é determinar as necessidades, desejos e valores de um mercado visado e adaptar a organização para promover as satisfações desejadas de forma mais efetiva e eficiente que seus concorrentes.

Segundo Burger King o conceito de marketing vem sendo expresso de muitas maneiras:

Atender às necessidades de forma rentável  
 Encontrar desejos e satisfazê-los  
 Amar o cliente, não o produto  
 Faça ao gosto do cliente. (apud KOTLER, p. 34).

Kotler afirma que

a tarefa mais importante da empresa é determinar quais são as necessidades, desejos e valores de um conjunto de clientes escolhidos e adaptar toda a empresa para proporcionar a satisfação dos desejos. O conceito societal de marketing diz que a tarefa primordial da empresa é gerar a satisfação do cliente e o bem estar do consumidor e do público a longo prazo, como solução para satisfazer aos objetivos e às responsabilidades da organização. (1996, p. 46).

Concordo com Kotler que o conceito societal de marketing difere do simples conceito de marketing acrescentando o detalhe de bem estar do consumidor e do público a longo prazo. Exige uma mudança nas perspectivas da organização, a fim de incluir mais participações de marketing e resultado a longo prazo. A responsabilidade do marketing societal exige a inclusão de quatro considerações nas tomadas de decisões: desejos dos consumidores, interesses dos consumidores, exigências da empresa e bem estar social.

O conceito de marketing social segundo Kotler (1996, p. 288)

é o projeto, a implementação e o controle de programas que procuram aumentar a aceitação de uma idéia ou prática social num grupo-alvo. Utiliza conceitos de segmentação de mercado, de pesquisa de consumidores, de configuração de idéias, de comunicações, de facilitação de incentivos e a teoria da troca, a fim de maximizar a reação do grupo-alvo.

O marketing social visa um estágio mais avançado no processo de comunicação, a mensagem é passada adiante e discutida em ambientes familiares, a fim de aumentar sua capacidade de retenção, penetração e de conseqüências na ação.

O marketing social visa produzir um plano ótimo para proporcionar uma mudança social desejada. O fato de o plano ser ótimo, no entanto, não garantirá que a mudança – alvo seja atingida. Dependerá de quão fácil ou difícil seja a mudança social alvo.

Kotler (1994) apresenta quatro tipos de mudanças sociais, são respectivamente; a mudança cognitiva, a mudança de ação, a mudança de comportamento, e a mudança de valor.

A eficácia do marketing social variará com o tipo de mudança social que se procura. A mudança cognitiva talvez seja a mais suscetível ao marketing social. O marketing social também poderá ser eficaz quanto a mudança de ação- isto é, um ato específico. A mudança do comportamento - como a modificação de hábitos é mais difícil de alcançada. Da mesma forma acontece a mudança de valor, ou seja, esforços para modificar a orientação de valor de um mercado-alvo.

O marketing é definido como um processo gerencial envolvendo as atividades de análise, planejamento, implementação e controle. O marketing também pode ser visualizado como um processo social em que as necessidades materiais de uma sociedade são identificadas, expandidas e servidas por um conjunto de instituições.

O marketing social parece representar um mecanismo de união, ligando o conhecimento do comportamento humano, por parte dos cientistas do comportamento, à implementação social útil daquilo que o conhecimento permite. Oferece uma estrutura útil para o planejamento social eficaz, numa época em que os problemas sociais tornaram-se mais relevantes e críticos.

#### 4.2 COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR DE SERVIÇOS

O conceito de marketing afirma que a meta de uma organização é satisfazer seus clientes e públicos. Embora tenhamos constatado que muitas instituições tenham adotado este

conceito, é surpreendente como muitos falham, por não adotarem o sistema de avaliação sistemática, com o objetivo de medir a satisfação do usuário do sistema.

Os serviços permeiam todos os aspectos de nossas vidas, nos permitem organizar nosso tempo, assim como nosso dinheiro. Usamos alguns serviços para gerar um aumento de tempo à nossa disposição para comprar outros serviços. Muitos destes serviços sempre estiveram presentes de alguma maneira, mas sua complexidade e diversidade aumentaram tremendamente durante o último século. Ao contrário da crença popular foram serviços, e não bens manufaturados, que impulsionam o moderno crescimento econômico. O crescimento econômico, por sua vez, estimulou o crescimento da indústria de serviços já que o aumento de prosperidade significa que empresas, instituições e indivíduos tornaram-se cada vez mais desejosos de trocar dinheiro por tempo e de comprar serviços em vez de gastar tempo realizando atividades por conta própria. A nova tecnologia provocou mudanças consideráveis na natureza de muitos serviços existentes e na criação de novos serviços.

É extremamente difícil definir um produto puro ou um serviço puro. Um produto puro implica que o consumidor obtenha benefícios somente do produto, sem nenhum valor agregado pelo serviço; da mesma forma, um serviço puro assume que não há elemento produto no serviço que o consumidor recebe.

Com certeza a linha entre produtos e serviços pode ser traçada em diferentes lugares por diferentes empresas. Segundo James L. Schorr, fornece sua própria definição:

Colocando a questão de maneira simples, um produto é algo que o consumidor compra e leva embora com ele ou consome, ou, de outra maneira, usa. Se não é físico, se não é algo que se pode levar embora ou consumir, então chamamos de serviço. (JAMES L. SCHIRR, apud HOFFMAN e BATESON, 2001, p. 34).

Sobre satisfação do consumidor, Kotler (1994, p. 164) considera:

Uma organização deve procurar medir diretamente a satisfação do consumidor. Três são as configurações possíveis, cada uma com implicações políticas bem diferentes. A organização poderá achar todos grandemente satisfeitos e, neste caso, deverá continuar a fazer as coisas que está fazendo. Ou poderá descobrir que todos estão muito insatisfeito e, neste caso deverá investigar as áreas e as causas específicas de insatisfação, apressando-se em remediá-las. Ou ainda, a organização poderá verificar que alguns clientes estão bastante satisfeitos, alguns poucos satisfeitos e o restante insatisfeito e, neste caso, poderá perder certos clientes, a não ser que descubra que fatores estão causando a insatisfação, procurando saná-la.

Kotler (1994) considera o conceito de satisfação difícil de ser definido e ser posto em prática. Relaciona-se com a “felicidade”, a “euforia”, a “alegria”, a “ambiência” e, no entanto se identifica com qualquer uma dessas coisas. O dicionário Webster define satisfação como

“a realização completa de uma necessidade ou desejo”. Esta definição talvez seja um tanto quanto forte, uma vez que a realização completa é raramente atingida.

Concluindo, a organização perceptiva precisa saber como medir os quatro atributos do mercado que escolheu servir: suas necessidades, percepções, preferências e satisfação.

As três técnicas mais comuns de medição são o questionário direto, os testes de projeção e os exercícios de simulação.

A satisfação do consumidor pode ser mensurada utilizando-se qualquer um dos quatro modos: pela reação não solicitada do consumidor, pelo método da observação, pela satisfação diretamente relatada ou pela insatisfação derivada.

Observa-se que no contexto das organizações públicas há uma limitação na abordagem, por se tratar diretamente com a vida das pessoas, não pode ser dirigida pela lógica da acumulação lucrativa.

Considero que, a satisfação do usuário, é um dos elementos fundamentais da qualidade dos serviços, e apresenta alguns problemas, pois, sua identificação não é precisa e as relações que se estabelece são difusas, não se enquadrando necessariamente numa relação comercial do tipo cliente – consumidor. Por tanto para que alguém seja cliente de alguém ou de outra organização são necessários dois requisitos básicos. Segundo os autores, Gurgel Jr. e Vieira (2002), o primeiro diz respeito ao elemento escolha, sobre o que lhe é oferecido, significa que numa cadeia produtiva onde o trabalho de uma pessoa em uma organização depende necessariamente do trabalho do outro numa organização, este não tem escolha a fazer. O segundo requisito refere-se ao tipo de contrato entre o indivíduo e quem vai lhe oferecer o produto ou serviço. Tal contrato deve ter fundamento comercial.

Por tanto em uma organização pública o conceito de cliente perde validade, não se aplica, uma vez que o contrato que fundamenta a relação nestes casos é do tipo “contrato social”, fundamentado no direito e na cidadania, em que o fato de um serviço ou produto ser pago através de impostos, não significa necessariamente que o contrato seja de natureza mercantil.

Concluindo, o cidadão usuário do Sistema Único de Saúde, é cidadão com direitos de cidadania garantidos na Constituição da República.



#### 4.3 APRESENTAÇÃO DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

*“A Saúde da Família é a estratégia que o Ministério da Saúde escolheu para reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde a partir da atenção básica”.*

Esta estratégia foi iniciada em julho de 1991, com a implantação do Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde –PNACS, visando de forma geral “melhorar a capacidade da população de cuidar de sua saúde transmitindo-lhe informações e conhecimentos, além de proporcionar a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde locais.” (MS 1992 P2).

Em 1992 o Ministério da Saúde lançou também de forma articulada com o Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde, o Programa Nacional de Saúde da Família – PSF, sendo que o mesmo elegeu a família como núcleo social alvo em território definido e agrega, ainda, os princípios da responsabilidade social, interdisciplinaridade e intersetorialidade, além da vigilância da saúde.

Em conformidade com o Ministério da Saúde uma unidade de Saúde da Família se destina a “realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da Saúde características do nível primário de atenção.” (MS, 1997, p.11).

##### **4.3.1 Objetivos da estratégia do programa da saúde da família**

Segundo o Ministério da Saúde, no documento “Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial “ (Brasília –1997), os objetivos da implantação do Programa de Saúde da Família são:

- a) Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita.
- b) Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta.
- c) Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.

d) Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.

e) Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais.

f) Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social de saúde.

g) Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida .

h) Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

#### **4.3.2 Diretrizes de operacionalização das unidades de saúde da família**

As unidades básicas de Saúde da Família seguem algumas diretrizes formuladas para serem operacionalizadas de acordo com as realidades de cada território (locais, municipais, regionais), e caracterizam-se como porta de entrada do sistema local de saúde, com uma atenção voltada nos princípios da vigilância à saúde, através da:

a) **Adscrição da clientela** – Cada unidade é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população residente (adscrita) ao território de abrangência .Uma equipe é responsável por uma área onde residem entre 600 a 1.000 famílias, com um limite máximo de 4.500 habitantes.

b) **Cadastramento** – Através de visitas domiciliares os ACS e equipe de saúde realizarão o cadastramento das famílias pertencente a sua área territorial , já estabelecido pela adscrição.

c) **Equipe multiprofissional** – A equipe deve ser composta, no mínimo ,por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Outros profissionais poderão fazer parte da equipe de apoio (psicólogo, assistente social, fisioterapeuta ) poderão ser incorporados formando equipe de apoio.

d) **Integralidade e hierarquização**- A unidade de Saúde da Família faz parte do nível básico de ações e serviços do sistema local de assistência. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que seja garantida a atenção integral aos indivíduos e as famílias,

devendo ser assegurada a referência e contra- referência para os níveis superiores de complexidade.

#### 4.3.3 Atribuições das equipes

As equipes deverão atuar de forma dinâmica e ser capacitadas para poder atuar de forma integrada buscando avaliar permanentemente através dos indicadores de saúde bem como dos demais dados disponíveis através do SIAB, SIFAB. As equipes de saúde da família deverão estar aptas para:

- a) Identificar a realidade epidemiológica e sócio -demográfica das famílias adscritas.
- b) Reconhecer os problemas de saúde prevalentes e identificar os riscos aos quais a população está exposta.
- c) Planejar, elaborando um plano para o enfrentamento dos fatores desencadeantes do processo saúde doença, buscando a participação da comunidade.
- d) Atender a demanda programada ou espontânea.
- e) Utilizar corretamente o sistema de referência e contra- referência .
- f) Promover educação à saúde e melhorar o auto cuidado dos indivíduos.
- g) Incentivar ações intersetoriais para enfrentar os problemas identificados.

Andrade, Bareto e Fonseca (2004) sobre as Estratégias da Saúde da Família, referem-se no texto abaixo que o mesmo é fruto de consensos já operados pelos atuais formuladores da área da saúde coletiva no Brasil e destacam que: A ESF são estruturantes do SUS e, como modelo de organização da atenção primária, resultante da sua evolução histórica, tem como princípios doutrinários a universalidade, a integralidade e a equidade.

A ESF também mantém coerência com os princípios organizativos do SUS: Acessibilidade, resolutividade, regionalização, descentralização, hierarquização de participação popular é o componente do Sistema responsável pela atenção primária à saúde da população, com potencial de resolutividade de 90% das demandas à Unidade Saúde da Família e com uma capacidade racionalizadora sobre a demanda originária de seu território para média e alta complexidade.

A ESF prioriza em suas bases teóricas a promoção a Saúde, o que não significa desprezar a clínica, visto que integralidade da atenção é um dos seus princípios norteadores,

além do que todas as ações de saúde (promoção, prevenção, cura e reabilitação) estão embutidos no conceito amplo de promoção.

A ESF tem o coletivo como seu foco de atenção entendendo que os indivíduos estão inseridos em uma família que, por sua vez, está inserida em um grupo populacional, e que o processo saúde doença é determinado socialmente. Como consequência, só uma abordagem coletiva poderá efetivamente provocar o impacto profundo e duradouro nesse processo. Isso não significa que a abordagem deve ser desprezada.

A ESF sendo, historicamente muito recente não constitui um modelo acabado. Pelo contrário, está em pleno processo de aprofundamento de suas bases conceituais e criação de uma nova práxis entre os trabalhadores integrantes das equipes. Tal construção ocorre concomitantemente com o seu crescimento quantitativo. É preciso lembrar ainda que este crescimento está sendo estimulado por uma grande aceitação popular haja vista sua aprovação em centenas de conferências municipais de saúde realizadas em todo país nos últimos anos e na XI Conferência Nacional de Saúde.

#### 4.4 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO SUS

##### 4.4.1 Conceitos

A Organização Mundial da Saúde, a partir de 1949, conceituou Saúde como sendo um “completo estado de bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença”. A partir da década de 1950, entretanto houve a priorização excessiva da medicalização do processo saúde/doença, em detrimento da prevenção e do conceito ampliado de saúde.

Em 1978, a Conferência de Alma Ata (na antiga União Soviética) estabeleceu as estratégias da atenção primária à saúde, objetivando alcançar a “Saúde para todos no ano de 2000”. E conceituou saúde, que não significava ausência de doença ou enfermidade mas estado de completo bem estar físico, mental e social.

Podemos ver que Medeiros (1993) Alma Ata tem um importante significado tanto para o campo dos direitos humanos quanto dos direitos civis.

O documento veio dar conteúdo e forma a processos jurídicos que estavam intimamente ligados à área dos direitos humanos. A Alma Ata seria suficiente para reclamar o

direito à saúde como um direito humano que é ‘inviolável, inalienável, irrenunciável, indivisível, e universal,’ e que os cuidados primários são para todos.

Em 1986, no Canadá, a I Conferência Internacional de Promoção de Saúde, na carta de Ottawa, enfatizou a importância e o impacto das dimensões socio-econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde.

A carta de Ottawa define a Promoção da Saúde como “O processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”.

A partir da Agenda 21, em 1992, ao conceito de promoção à saúde une-se o de vida saudável, entendida em sua tríplice dimensão: Saúde alicerçada na qualidade de vida; Intersetorialidade e Participação Popular.

A proposta em Defesa da Vida estava fundamentada nos princípios: gestão democrática, saúde como direito de cidadania e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva.

Neste contexto, o governo brasileiro elege a família como o núcleo social alvo em um território definido e agrega ainda os princípios da responsabilidade social, interdisciplinaridade e intersetorialidade além da vigilância em saúde.

#### **4.4.2 Normas de Implementação do SUS**

Concordo com Andrade, Bareto e Fonseca, quando analisam que a Reforma Sanitária e a implementação do SUS no Brasil nas três últimas décadas, “observou-se como foi extremamente significativo a transformação urbanística, Sanitária e de Criação do arcabouço Jurídico institucional ocorrida no Brasil no Século XX”.

O processo de redemocratização no Brasil trouxe operacionalidade e conquistas importantes nos campos jurídico e normativo. Houve movimento de vários atores sociais que ao longo do período produziu novos saberes e práticas. Estes fatos foram relevantes para construir a reforma sanitária.

Reafirmo o que colocam Martins Junior, Bareto e Andrade em relação ao processo da reforma sanitária observaram que:

Na década de 70, enquanto o processo político no Brasil, foi marcado pelo autoritarismo nas universidades foram produzidas teses que posteriormente serviram

de subsidio para a produção e sistematização, na década de 80 de uma crítica ao modelo assistencial médico, privatista fragmentado que aqui - é denominado de modelo hegemônico. Nessas críticas o meio acadêmico está aliado ao braço civil do movimento Sanitário- Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES).

O acúmulo crítico da década de 70 aliado ao processo de redemocratização do país, possibilitou a construção de uma mediação que viabilizou firmar o SUS no Plano Jurídico – normativo do Brasil na Constituinte de 1988. O Movimento Sanitário estruturado entre estas duas décadas passa ser preponderante nestas conquistas. A sua produção discursiva favoreceu a construção de um grande virada Nacional, viabilizando sua ação mediadora.

Na década de 90, viabilizou-se uma larga produção normativa infra constitucional, favorecida pelo surgimento de novos atores sociais, como os secretários municipais de Saúde, organizados a partir do Com. Nacional de Sec. Mun. De Saúde (CONASEMS) os Secretários Estaduais de Saúde, organizados a partir do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e os Conselheiros Municipais de Saúde (CMS) ( p. 89).

A estratégia da Saúde da Família a partir da análise do nascimento do SUS no Brasil na década de 90, evoluiu a partir de fatos políticos, produções discursivas e referencias paradigmáticas que marcaram esta época.

Nesta década ainda o governo federal edita a LOS- Lei Orgânica da Saúde, composta de duas Leis Complementares Lei 8.080/90 e 8.142/90. A Lei 8.080/90 disciplina a descentralização política administrativa do SUS, enfatizando seus aspectos de gestão e financiamento, regulamentando as condições para promoção, proteção, recuperação e funcionamento do SUS. A Lei 8.142/90 regulamenta a participação da comunidade, bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros.

Estas leis favoreceram as mudanças essenciais do modelo de atenção à Saúde do Brasil , bem como regulamentaram o Sistema Único de Saúde, agregando todos os serviços estatais, das Esferas Federal, Estadual e Municipal e os serviços privados (desde que contratados ou conveniados).

As normas operacionais básicas editadas em 1991,1993 e 1996 e a NOAS na versão 2001 e 2002-Portarias Ministeriais e vieram a fim de instruir e regular a nova organização do sistema, cujos conteúdos abrangem:

definição das formas de transferência e recursos interinstancias de governo; definição das modalidades de pagamento dos serviços de saúde; instrução do processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica; definição dos tipos de assistência (básica, de média e alta complexidade) na oferta e definição do modelo de atenção, que articula ações de promoção, prevenção, cura e recuperação (LECOVITZ 2001).

Vale ressaltar que a NOB 96 que define as modalidades de habilitação para os municípios; Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal; e duas para o Estado: (Gestão do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual e define o pagamento através do piso de Atenção Básica, através de uma parte variável e outra fixa e ainda estabelece incentivo financeiro para o programa de saúde da família e para o programa dos ACS.

Observei que somente a partir das NOB que os municípios tiveram incentivos financeiros automáticas e de forma contínua e regular a partir da per capita habitante ano.

Este modelo permite aos municípios organizarem e se habilitarem para desenvolverem as ações e necessidades existentes.

#### **4.4.3 Conformações teóricas em relação à família**

Como um serviço de saúde pode se manter adequado? Um dos primeiros passos a se tomar é buscar o entendimento da realidade, conhecer profundamente o território, sua população adstrita e as inter-relações. Após haver este entendimento, poderão ser identificadas as necessidades e problemas, originando posteriormente um projeto de ação baseado nas evidências levantadas. O plano deve ser adequado englobando qualidade, resolutividade e satisfação do usuário.

Mudar foi a temática, como? Através de uma nova proposta, estratégia do PSF com visitas à reorganização das ações e serviços de Saúde. A lógica foi inverter o modelo anterior “hospitalocêntrico” para ações básicas de promoção e prevenção à saúde.

Para entendermos o significado de “Saúde da Família” é importante buscarmos compreender as conformações teóricas que norteiam o termo “família” segundo Calderon e Guimarães (1994, p. 27):

Famílias com base em uniões livres, sem casamento civil e religioso; famílias monoparentais com chefia feminina, decorrentes de diversas situações; divórcio, separação e/ou abandono do componente masculino; mães/adolescentes solteiras que assumem seus filhos; mulheres que decidem ter filhos, dentro do que é conhecido como a “produção independente”, ou seja, sem o casamento e o convívio com o pai da criança; famílias formadas por casais homossexuais, entre os quais há os que, além de morarem juntos, assumem os cuidados e/ou a guarda de um filho de relacionamento anterior, sobrinho/parente ou uma criança em estado de abandono; famílias formadas por pessoas convivendo no mesmo espaço, sem vínculos de aliança ou consangüinidade, mas com ligações afetivas de mútua dependência e responsabilidade.

A Constituição Federal de 1988, no art. 226 considera a família como base da sociedade e tem especial proteção do estado. Reconhece como entidade familiar a União estável entre o homem e a mulher, independente da existência de casamento, bem como a comunidade formada por um dos pais e seus descendentes (famílias monoparentais), e lhe assegura proteção do Estado. Da mesma forma, afirma que é dever da família, da sociedade e do Estado, conjuntamente, assegurar os direitos das crianças e adolescentes, com absoluta prioridade, bem como o dever de amparar as pessoas idosas.

L. ° A/LOAS –Lei N.º 8.742, de dezembro de 1993. ALOAS, além de colocar o núcleo familiar como primeiro objetivo da Assistência Social, reafirma a centralidade da família no desenvolvimento de suas ações. É necessário, portanto, que o princípio norteador seja o de fortalecer a unidade familiar, aceitando e reconhecendo os novos arranjos familiares, sem ficar preso à referência da família nuclear ideal e aos jargões acerca da família ‘desestruturada’, ‘desorganizada’.

Segundo Antonio Carlos Gomes da Costa, “as novas tendências em política social reconhecem que a família e a comunidade exercem papel fundamental na melhoria das condições de bem estar e de dignidade da população como um todo e, particularmente, seus segmentos mais vulneráveis” ( apud p. 76).

Para o MPAS/SAS(1997, p. 8, apud p. 76) entendem família:

Um sistema aberto, cujas partes são interdependentes e devem ser consideradas na sua globalidade. No sentido mais restrito podemos classificá-la como um grupo autônomo de pessoas, não necessariamente de sexos opostos, vinculados através da luta pela sobrevivência estreita. Desse modo, pessoas, com grau de parentesco ou não, compõem um sistema familiar.

Sendo a família merecedora de especial proteção, não cabe a ela resolver isoladamente o conjunto de responsabilidades e papéis que lhe são atribuídos. O Estado e a sociedade civil são interessados cabendo, além do enfrentamento da pobreza, do acesso a bens e serviços básicos, a construção de sistemas de apoio ou de fortalecimento das redes sociais existentes.

A equipe de saúde da família deverá buscar entender a família em seu espaço social, rico em interações e conflitos. Os instrumentos do campo da promoção da saúde, como as idéias de construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar, envolvem além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas próprias relações familiares, bem como em outras redes sociais existentes na comunidade, como vizinhos, colegas de trabalho grupos de auto ajuda entre outros.



Os profissionais de saúde devem entender a dinâmica familiar, de acordo com as características que são próprias de cada uma, atuando de forma que os conflitos sejam resolvidos ,pois estes afetam a saúde dos mesmos.

O MS coloca que os integrantes da equipe de saúde da família devem compreender a família de forma integral e sistêmica, com espaço de desenvolvimento individual e em grupo, dinâmico e passível de crises, identificar a relação da família com a comunidade e ainda identificar processos de violência no meio familiar e aborda-los de forma integral, organizada, com participação das diferentes disciplinas e setores e de acordo com os preceitos legais e éticos existentes.

## 5 OBJETIVOS

### 5.1 GERAL

Verificar a satisfação da população em relação a implantação do PSF no município de Caibaté.

### 5.2 ESPECÍFICOS

a) Verificar o grau de satisfação do usuário em relação ao desempenho da equipe municipal de saúde.

b) Estabelecer com os cidadãos os aspectos positivos e negativos que o PSF trouxe as suas vidas.

c) Confrontar o ponto de vista dos usuários em relação aos serviços realizados pelos profissionais de saúde.

d) Avaliar a satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família nas dimensões relacional, organizacional e profissional.

## 6 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E OPERACIONAIS

### 6.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo consiste em uma avaliação Exploratória qualitativa de satisfação do usuário do Sistema Único de Saúde/SUS nas áreas do Programa de Saúde da Família/PSF situadas em 12 (doze) micro-áreas do município de Caibaté/RS.

#### ETAPA Exploratória/Qualitativa

Esta etapa da pesquisa irá servir basicamente para levantar informações que permitam construir um questionário consistente que atenda aos objetivos.

A pesquisa Exploratória tem como principal objetivo o fornecimento de critérios sobre a situação-problema enfrentada pelo pesquisador e sua compreensão; é significativa em qualquer situação da qual o pesquisador não disponha de entendimento suficiente para prosseguir como projeto de pesquisa; é caracterizada por flexibilidade e versatilidade, porque não são empregados procedimentos formais de pesquisa, raramente envolve questionários estruturados, grandes amostras por probabilidade, estão abertas para novas idéias e dados; o foco da investigação pode mudar constantemente, à medida que são descobertos novos dados; a criatividade e o engenho tem um papel importante do pesquisador não são os únicos determinantes de uma boa pesquisa exploratória. Ela pode se beneficiar de outros métodos, tais como: entrevistas com especialistas pesquisas, análise de dados secundários, pesquisa qualitativa.

O pesquisador qualitativo sai a campo não estruturado justamente para captar as perspectivas e interpretações das pessoas. Neste caso, a reflexão teórica ocorre quase no final da coleta de dados.

Em segundo os estudos de avaliação de satisfação de usuários utilizam em geral escalas e questionários composto de subitens que tratam de uma gama de questões incluindo estrutura, funcionamento e avaliação do serviço pelo usuário. Tem-se limitado, porém a

mensuração do nível de satisfação pelo serviço prestado sem um esforço de contextualização cultural (MALHOTRA, 2001, apud ATKINSON, 1993, WILLIAMS, 1994).

Quando a experiência do usuário no Sistema de Saúde se reduz a uma pergunta dinâmica relacionada à satisfação e insatisfação, deixam de ser contempladas considerações sobre crenças, os modos de vida, as concepções do processo saúde-doença dos usuários do Sistema de Saúde, aspectos que claramente influenciam os modos de utilização dos serviços pelos usuários.

A pesquisa Exploratória será realizada a partir de duas técnicas:

a) Coleta de dados secundários:

Os dados secundários foram coletados através de entrevistas e reuniões com as Agentes Comunitárias de Saúde e Equipe Programa da Saúde da Família e com usuários do Sistema Único de Saúde, nas áreas abrangidas pelo programa de Saúde da Família. Os dados fornecidos irão ajudar a identificar e definir melhor o problema; desenvolver uma abordagem do problema; formular uma concepção de pesquisa adequada, identificando as variáveis chaves.

Sobre grupo de foco, Malhotra (2001, p.150) considera:

O grupo de foco é uma entrevista realizada por um moderador treinado, de uma forma não estruturada e natural com um pequeno grupo respondente. O moderador lidera a discussão. O objetivo principal do grupo de foco é obter uma missão aprofundada ouvindo um grupo de pessoas do mercado alvo falar sobre problemas de interesse para o pesquisador.

O valor da técnica esta nos resultados inesperados que em geral se obtém de um grupo de discussão livre.

Os grupos de foco constituem o processo mais importante de pesquisa qualitativa. São tão populares que muitas pessoas que fazem pesquisa de marketing consideram esta técnica um sinônimo de pesquisa qualitativa.

O estudo foi realizado a partir de grupo focais e, de forma complementar, com entrevistas com usuários do Sistema. Foram grupos formados, principalmente por mulheres usuárias do SUS de diferentes micro-áreas e equipe do programa de saúde da família com características sócio-demográficas e epidemiológicas diferentes.

Destacamos como objetivo da pesquisa: 1) avaliar a satisfação de usuários do PSF nas dimensões relacional, organizacional e profissional; 2) Confrontar o ponto de vista dos usuários em relação aos serviços realizados pelos profissionais de saúde.

Foram utilizadas técnicas de análise para interpretação dos dados adotando as categorias baseadas nas dimensões propostas por Prevost:

Necessidades: carências referidas, demandas associadas com saúde;

Cognitiva: percepção sobre o programa, idéia central;

Relacional: respeito e consideração; escuta; compreensão; acolhida; gentileza pelos profissionais da equipe.

Organizacional: tempo de espera (por horário disponível e já no local de atendimento, Horário de abertura e funcionamento; horários dos profissionais; localização dos serviços , acesso a informação).

Profissional: tempo dispensado informações suficientes e claras; implicação da busca de soluções, qualidade ou competência, eficácia dos serviços; disponibilidade.

O Resultado da discussão com os grupos de mulheres com que trabalhamos identificamos que as mesmas têm um conhecimento amplo do cotidiano, pois são responsáveis pelas atividades do lar ou seja são os “Agentes de Saúde” no contexto doméstico, e sabem identificar com clareza os indicadores de qualidade de vida.

A dimensão cognitiva: o que pensam sobre o PSF.

Em relação à perspectiva profissional consideramos o ponto de vista dos profissionais que atuam nas equipes do PSF, ressalta-se, de início, que eles falam mais da lógica do atendimento e menos da necessidade. As falas são enfocando o caráter preventivo e educativo de trabalho. Expressam um sentimento de satisfação notável com um trabalho pautado em ideais, empenho e motivação, que lhes permite o confronto com a realidade concreta e abertura a experimentações através de novas linguagens.

Em relação à dimensão cognitiva, os profissionais têm consciência da dificuldade da população entender as regras de funcionamento do PSF e reconhecem que as oficinas realizadas na implantação do PSF não são suficientes para sensibilizar e informar as pessoas sobre o programa.

Os usuários não entendem porque se fecha uma tarde na semana para a reunião de equipe e que este espaço é importante para poder agilizar o trabalho da semana em relação às visitas domiciliares e demais ações que são executadas .

Quanto ao aspecto relacional, ao mesmo tempo em que reconhecem uma boa acolhida por parte da comunidade, defrontam-se, por vezes, com a resistência de grupos que reagem às estratégias de educação desenvolvidas pelos mesmos. Essa resistência revela, na maioria das vezes, o nível de tensão no qual essas pessoas vivem, tensão resultante de uma realidade social de extrema precariedade. Ao lado disso está o fato de que os profissionais de saúde munidos de um saber sobre saúde reconhecido como único e legítimo, pode ser visto numa

posição de superioridade em relação aqueles que não tiveram oportunidade de estudar e obter conhecimento.

Com relação ao aspecto organizacional, as equipes comentam avanços e dificuldades que se refletem nas falas dos usuários. O fato de o PSF, atender uma clientela adstrita a uma área determinada é vista pelas equipes como extremamente positiva, pois além de facilitar a criação do vínculo com a comunidade atendida, permite maior conhecimento da realidade com a qual se trabalha.

b) Etapa descritiva/ quantitativa

Segundo Malhotra (2001) pesquisa descritiva é definida como um tipo de pesquisa conclusiva que tem como principal objetivo a descrição de algo normalmente característico ou funções de mercado. A pesquisa descritiva é marcada por um enunciado claro do problema, hipóteses específicas e necessidades detalhadas de informações.

A pesquisa servirá basicamente para aplicar questionários baseados na primeira etapa da amostra realizada.

## 6.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população se constituiu de usuários responsáveis pelas famílias cadastradas do programa de Saúde da Família no município de Caibaté.

Segundo registros do SIAB a população do município de Caibaté é de 5.164 habitantes e de 1657 famílias.

Serão entrevistadas 152 pessoas representando 3% do total da população do município. Foi utilizado o método de amostra não probabilística por conveniência, por abordagem dos respondentes do sistema de saúde junto as unidades de atendimento do PSFs bem como as unidades do interior, procurando atingir usuários de todas as micro áreas.

## 6.3 PERÍODO DA COLETA DE DADOS

Os dados da população foram colhidos no período de 12 de julho a 15 de agosto de 2004. A coleta de dados foi realizada diariamente pelos Agentes Comunitários de Saúde e

pela responsável pelo projeto no horário de expediente, junto aos grupos e nas visitas domiciliares.

#### 6.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento composto por dados de identificação pessoal e de itens que fazem parte das questões organizacionais, relacional e profissional que serão avaliados pelos usuário, tendo em vista a importância de avaliar o grau de satisfação dos mesmos em relação à implantação do PSF no município de Caibaté. O questionário é composto de 30 questões de assinalar.

Os instrumentos foram identificados com número específico de cada pessoa participante de forma que haja preservação do nome do instrumento.

#### 6.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Os participantes serão escolhidos seguindo os critérios:

a) Ser usuário do serviço de Saúde do município cadastrado no SIAB e ser o responsável (Pai ou Mãe) pela família cadastrada. Em seguida ser realizado contato com o pessoal esclarecendo sobre o trabalho e aplicando a referida pesquisa.

## 7 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados serão apresentados através de tabela de quadros e gráficos.

De posse dos dados estatísticos que forem obtidos será buscado referencial teórico para analisar o que foi encontrado.

### 7.1 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS E RESULTADOS DA PESQUISA

O Trabalho de coleta de dados, realizado através de uma pesquisa de campo com os cidadãos usuários do Sistema Municipal de Saúde tem a finalidade de buscar subsídios para avaliar o grau de satisfação dos mesmos com relação à prestação dos serviços oferecidos pela equipe de Saúde da Família e suas expectativas em relação à qualidade dos serviços nas dimensões relacional, organizacional e profissional. A referida pesquisa foi aplicada pelos Agentes Comunitários de Saúde em suas respectivas áreas de atuação, considerando 3% dos 5.164 hab. do município, segundo dados fonte SIAB junho/2004. Foram aplicados 152 questionários considerando 100% da cobertura do PACS/PSF da área do município, os dados coletados estão sintetizados conforme tabelas a seguir descritas.



## 7.2 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DOS USUÁRIOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Tabela 1 - Distribuição dos usuários do Programa de Saúde da Família, que participam da pesquisa segundo a faixa etária.

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>N.º</b>	<b>PERCENTUAL (%)</b>
15 a 19 anos	04	2,63%
20 a 39 anos	72	47,37%
40 a 59 anos	61	40,13%
Mais de 60 anos	15	9,87%
Total	152	100%

Fonte: dados conforme pesquisa

Conforme a tabela 1 a amostra é composta por 152 sujeitos (usuários) do sistema de saúde da família, sendo que a sua maioria é do sexo feminino atingindo percentual de 71,12%. No que diz respeito a faixa etária verificou-se que a maior participação foi de usuários de 20 a 59 anos atingindo o percentual de 87,50%, faixa esta onde as pessoas encontram-se em plena fase de maturidade e exercendo totalmente suas atividades laborais.

Tabela 2 - Distribuição dos usuários, segundo o estado civil.

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N.º</b>	<b>PERCENTUAL (%)</b>
Solteiro	26	17,11%
Casado	109	71,70%
Divorciado	02	1,32%
Separado	4	2,63%
Viúvo	11	7,24%
TOTAL	152	100%

Fonte: dados conforme pesquisa

Na tabela 2 detectou-se o estado civil dos entrevistados que participaram da pesquisa. Salientou-se os casados em sua maioria, com um percentual de 71,78% e em segundo lugar tivemos os solteiros com um percentual de 17,11%. Divorciados e separados tiveram um percentual de 3,95%, pouco significativo comparando com as demais situações. Referente a estes dados, demonstrou-se que apesar das mudanças sociais ocorridas nos últimos anos, em conformidade com Tedesco et al (1998) ainda há necessidade da cooperação dos dois sexos

na organização familiar. Também convém citar que, Kaloustian & Ferrari nos colocam a família presente com seu espaço na sociedade.

Tabela 3 - Distribuição dos usuários segundo a escolaridade

<b>ESCOLARIDADE</b>	<b>N.º</b>	<b>PERCENTUAL( %)</b>
Analfabeto	6	3,95%
Fundamental incompleto	82	53,95%
Fundamental completo	15	9,87%
Médio completo	24	15,79%
Médio Incompleto	11	7,23%
Superior incompleto	06	3,95%
Superior Completo	08	5,26%
Total	152	100%

Fonte: dados conforme pesquisa

Conforme descreve a tabela 3, verifica-se que habilitação escolar em geral é baixa, considerando que a maioria dos entrevistados possui o ensino fundamental incompleto atingindo o percentual de 53,95% e ainda tivemos um percentual de 3,95% dos que nem sequer chegaram aos bancos escolares (analfabetos). Tivemos ainda um índice de 15,79% dos usuários que haviam concluído o ensino médio completo e por último, 5,26% com o nível superior. O alto percentual de 53,95 % dos entrevistados com o ensino fundamental incompleto é preocupante, haja vista que, em conformidade com Bressan (2003), a educação seleciona o indivíduo nas relações sociais e, ainda, o processo educacional pode levar às desigualdades sociais, que por sua vez são respaldadas pela qualificação e competência profissional que provém da educação que se obteve. Certamente estes dados têm impacto direto na qualidade de vida da população com reflexos diretos na saúde.

Tabela 4 - Distribuição dos usuários segundo a procedência

<b>PROCEDENCIA</b>	<b>N.º</b>	<b>PERCENTUAL(%)</b>
Caibaté	97	63,82 %
Outros Municípios	55	36,18 %
Total	152	100%

Fonte: dados conforme pesquisa

Pela tabela 4 podemos detectar que 63,82% dos usuários do Programa de Saúde da família procediam do município e somente 36,18% eram procedentes de outros municípios. Diante desses resultados, e segundo Ellias (1997), é possível verificar que o comportamento das pessoas entrevistadas está em conformidade com a população de países menos desenvolvidos onde percebe-se o ser humano como detentor de hábitos estreitamente ligados à cidade natal.

Tabela 5 - Distribuição dos usuários segundo ocupação profissional.

<b>RENDA FAMILIAR</b>	<b>N.º</b>	<b>PERCENTUAL (%)</b>
Agricultor	78	51,32%
Assalariados com Carteira	14	9,21%
Assalariados sem Carteira	15	9,87%
Benefício P. Continuado	0	0,00
Autônomo com previdência	3	1,97%
Autônomo sem previdência	23	15,13%
Aposentado	19	12,50%
<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>

Fonte: dados conforme pesquisa.

Na tabela 5 pudemos observar que o grupo de maior destaque são os agricultores com 51,32%, isto é natural, considerando que o município é essencialmente agrícola, e sobrevive basicamente da renda oriunda do meio rural. Também observamos com elevado índice os autônomos sem previdência (15,13%) e assalariados sem carteira (9,87%) o que é preocupante, tendo em vista que este não tem condições contratuais e previdenciários.

Tabela 6 - Distribuição dos usuários segundo a renda familiar

<b>RENDA FAMILIAR</b>	<b>N.º</b>	<b>PERCENTUAL (%)</b>
< 1 Salário mínimo	39	25,65%
De 1 a 3 salários mínimos	98	64,47%
De 4 a 5 salários mínimos	10	6,57%
Mais de 5 salários mínimos	5	3,31%
<b>Total</b>	<b>152</b>	<b>100%</b>

Fonte: dados conforme pesquisa

Na tabela 6 o grupo com maior destaque foi os com a renda de 1 a 3 salários mínimos que atingiu o percentual de 64,47% e ainda tivemos em segundo lugar com o percentual de 25,65 os que recebem < de um salário mínimo. Percebe-se apenas 3,31% com mais de cinco salários mínimos. Nos últimos anos no município e região aconteceram inúmeras frustrações de safras, tendo em vista os fatores climáticos que não colaboraram nas épocas necessárias, ( plantio /colheita), tais fatores refletiram-se negativamente na renda do trabalhador rural, diminuindo o padrão de vida dos mesmos.

Bressan (2003) acrescenta que tanto a pouca escolaridade, a baixa renda familiar e as atuais políticas do governo somam-se para dificultar as possibilidades de desenvolvimento agrícola, muito embora a prática agrícola tenha sofrido sensível melhora nos últimos anos.

Tabela 7 – Percentual de satisfação da população usuária em relação ao desempenho da equipe de saúde da família

<b>Atendimento prestado pela Equipe de Saúde da Família</b>										
1. Médico	1,32%	1,32%	1,97%	19,74%	75,66%	2	2	3	30	115
2. ACS - Agente Comunitário de Saúde	0,00%	0,66%	0,66%	9,21%	89,47%	0	1	1	14	136
3. Odontólogo	2,63%	2,63%	28,29%	13,16%	53,29%	4	4	43	20	81
4. Auxiliar de Serviços Odontológicos	0,00%	1,97%	32,89%	19,74%	45,39%	0	3	50	30	69
5. Auxiliar de Enfermagem	0,00%	3,95%	3,29%	19,74%	73,03%	0	6	5	30	111
6. Enfermeira	0,66%	0,00%	5,26%	17,11%	76,97%	1	0	8	26	117
7. Demais Profissionais	0,00%	1,32%	17,76%	24,34%	56,58%	0	2	27	37	86

Fonte: Dados conforme pesquisa

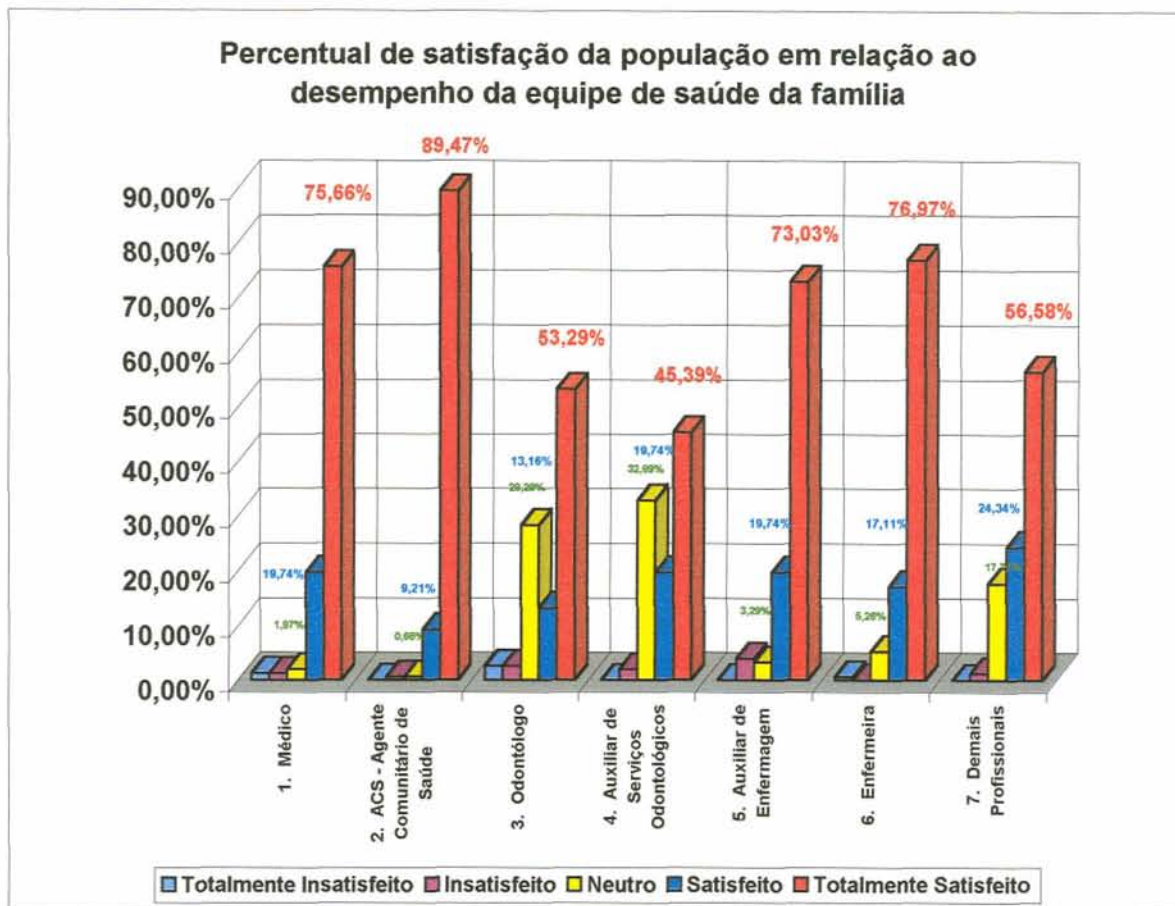


Gráfico 1: Satisfação do usuário em relação ao desempenho da Equipe de Saúde da Família.

Fonte: dados conforme pesquisa.

Podemos constatar pelos percentuais apresentados no gráfico acima que os profissionais que mais se destacaram foram os Agentes Comunitários de Saúde num percentual de 89,47% de usuários totalmente satisfeitos com o desempenho dos mesmos, seguido do desempenho do profissional enfermeiro (76,97%) Em relação ao desempenho dos médicos foi atingido o percentual de ( 75,66%) respectivamente. de usuários totalmente satisfeitos. O percentual de totalmente insatisfeito foi pouco significativo 2,63% com o odontólogo, 1,32% com o médico e 0,66 % com o enfermeiro. Em relação ao desempenho do auxiliar de enfermagem obtivemos o percentual de total satisfação 73,03%. Já o auxiliar de serviços odontológicos atingiu o percentual de satisfação total de 45,39%, considerado baixo o conceito comparado com os demais profissionais, mas se formos somar os resultados dos satisfeitos e dos totalmente satisfeitos teremos um percentual de satisfação de 65,13%.

Nota-se que os Agentes Comunitários de Saúde/ACS, são identificados, como o “elo de ligação” ou mediador entre o usuário e o sistema de saúde. São valorizados, pois estão diretamente ligados à comunidade e tornando mais fácil o acesso ao sistema formal de

atenção à saúde. Somando os percentuais de satisfação e totalmente satisfeitos obtivemos um percentual acima de 95% de satisfação, isto denota que a maior parte dos profissionais, perante a avaliação da população, estão realizando um trabalho que melhorou a partir da implantação do programa de Saúde da Família. Conseguimos reverter o quadro de insatisfação que tínhamos anteriormente à implantação do programa com médicos que não tinham dedicação exclusiva e esta mudança trouxe reflexos positivos com aprovação de satisfação total. Foi preciso inverter o processo, investiu-se em contratação de mais profissionais, com recursos financeiros maiores para o setor, e constatamos assim, que o nível de satisfação da população aumentou trazendo resultados positivos para a população usuária do sistema de saúde. Em relação aos serviços dos profissionais odontológicos constatamos no gráfico um índice significativo de neutralidade num percentual de 28,29%, bem como o auxiliar de serviços odontológico, o qual atingiu um percentual de neutralidade de 32,89%. Estes índices de neutralidade não trazem clareza para realizar a análise, pois ao mesmo tempo em que as pessoas podem não estar totalmente de acordo com o trabalho dos profissionais, podem ter se manifestado, com neutralidade por desconhecer o trabalho proporcionado por esta equipe, ou por nunca ter utilizado o serviço odontológico. Um fator que consideramos negativo é o fato de termos uma equipe odontológica para atender as duas áreas do Programa de Saúde da Família. Temos ainda problemas em relação aos equipamentos odontológicos que são antigos e com poucos recursos disponíveis para poder realizar Rx, entre outros procedimentos. Ainda há problemas com relação a encaminhamentos e realização de tratamento de canal, prótese e ortodontia.

Focalizar a gestão da equipe na satisfação do usuário significa essencialmente compreender e agir segundo as aspirações dos usuários quanto aos serviços produtos da equipe. A satisfação do usuário é produto da gestão dos relacionamentos e das expectativas de atendimento; diz respeito não só à qualidade do serviço, mas também à forma de acesso, local, cortesia, presteza da resposta e atenção humana ao usuário. Ao se adotar o foco no usuário, descentraliza-se a gestão, questionam-se objetivos locais e concedem-se poderes a gestores para responderem à especificidade de clientela, prejudicando, assim, alguns controles tradicionais. As equipes passam a ver seu progresso cada vez mais dependente da qualidade de seus serviços.

Para Motta (2001, p. 92):

Analisar o desempenho é procurar saber a distância a que a realidade se encontra dessas expectativas, ou seja, conhecer os resultados do trabalho da equipe e das pessoas. A avaliação preenche finalidades não só de verificar desempenho, mas sobretudo, de produzir informações que facilitem a revisão de processos e práticas

de ação. Conhecer o desempenho é concorrer para o aumento da responsabilidade e do controle da gestão, mas sobretudo, realimentar o processo de planejar o trabalho através do julgamento sobre as realizações da equipe.

Para o mesmo autor (2001, p. 93):

Desempenho é um conjunto de resultados produzidos em determinado período de tempo. Analisar o desempenho é produzir informações sobre o processo de trabalho de uma equipe, e, portanto é uma análise essencialmente retrospectiva, uma necessidade, e não uma opção.

Concordo com Motta, quando é colocado que as condições organizacionais, estão inseridas em um serviço, as equipes são influenciadas por uma série de fatores, que fogem ao seu controle, os membros de uma equipe não terão jamais todas as informações para controlar racionalmente seus processos internos de trabalho; as pessoas são influenciadas por fatores incontrolláveis, além de desenvolverem interesses próprios e diversos de auto - preservação e progresso, os quais podem contradizer os dos dirigentes dos serviços e até mesmo da comunidade externa;

Também que os fatores são inerentes à própria decisão, por melhor que tenham sido definidos os objetivos e os indicadores de desempenho sempre são ambíguos e mutáveis; os objetivos originam-se da definição de problemas que são construções arbitrárias, a partir de situações problemáticas detectadas na realidade;

Temos ainda os fatores de natureza política – os quais permeiam o processo de formulação, análise e avaliação; na perspectiva política, qualquer opção beneficia um segmento comunitário ou organizacional em detrimento de outros; todo o refinamento técnico e racional utilizado na análise e decisão jamais servirá como instrumento para resolver divergências de valores e conflitos entre indivíduos e grupos; além disso, a análise racional pode ser o meio para fundamentar posições políticas já realizadas e, assim, angariar elementos para justificar as razões pelas quais os valores de um grupo devam prevalecer sobre os dos outros.

Tabela 8 - Grau de satisfação da população em relação aos serviços prestados pela Equipe de Saúde da Família

<b>Serviços prestados</b>										
8. Tempo dispensado ao atendimento	1,97%	7,24%	5,26%	20,39%	65,13%	3	11	8	31	99
9. As informações são claras e suficientes	0,66%	3,29%	3,29%	17,76%	75,00%	1	5	5	27	114
10. Há respeito, compreensão, acolhida e escuta no atendimento dos problemas.	0,00%	3,29%	3,29%	17,11%	6,32%	0	5	5	26	116

Fonte: dados conforme pesquisa

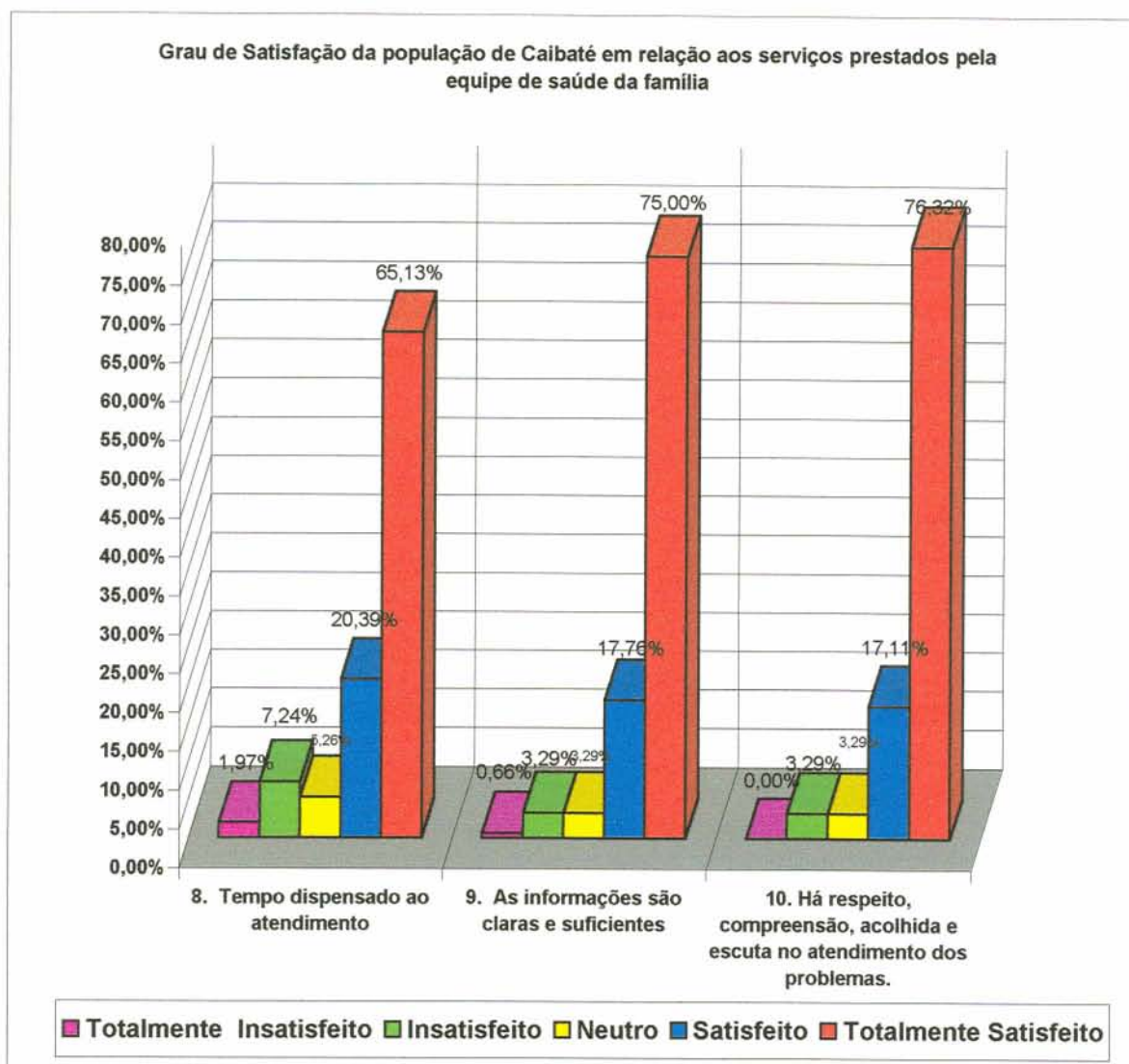


Gráfico 2 - Percentual de Satisfação da População em Relação aos Serviços Prestados.

Fonte: dados conforme pesquisa.

Em relação ao gráfico acima, constatamos que somente 65,13 % dos usuários estão totalmente satisfeitos com o “Tempo dispensado ao atendimento”. Este item é muito valorizado pelos usuários e encontramos o percentual de 20,39% de usuários satisfeitos. Em relação a este item é difícil atingir a perfeição por que se atende a demanda, ou se atende “fichas”. Este é um nó crítico que deverá ser trabalhado para que o “Tempo Dispensado ao Atendimento” seja suficiente e não haja prejuízo ao usuário. Em relação ao item nove “Informações Claras e Suficientes” atingimos o percentual de 75% em totalmente satisfeitos e satisfeito o percentual de 17,76%. Percebemos que em relação a estes itens que o usuário está satisfeito com as orientações, e que os profissionais da equipe estão sintonizados na tarefa de



transmitir conhecimentos e informações que são importantes para o bem estar bio-psíquico e social dos usuários. Aí se estabelece o diferencial entre a execução de uma simples tarefa ou informação, e possibilidade de ampliar o conhecimento através da reflexão e da ação prática confrontada com a teoria. A baixa escolaridade do usuário, pode ser um fator que atrapalha o entendimento da população, observamos que por vezes, defrontam-se, com a resistência de grupos que reagem às estratégias de educação desenvolvidas pelos mesmos. Essa resistência revela, na maioria das vezes, o nível de tensão no qual estas pessoas vivem; tensão resultante de uma realidade social de extrema precariedade.

Em relação ao item dez “Respeito, Compreensão, Acolhida e Escuta no Atendimento dos Problemas” foi atingido o percentual de 76,32 % Totalmente satisfeito e de 17,11% de usuários satisfeitos com relação a este item. Observa-se que o nível de satisfação dos usuários em relação a estes quesitos teve uma acentuada melhora, constatada na pontuação acima descrita. Em relatos e observações realizadas anteriormente à implantação do PSF, registrava-se uma constante insatisfação e reclamações a respeito. Estes itens são princípios básicos que devem estar presentes na atuação de todos os profissionais de saúde. A ação profissional deve ser sustentada por valores e é com eles que devemos assumir a mudança, hoje e agora. Estes valores centram-se no respeito à pessoa, expressando-se por meio da aceitação, individualização, responsabilidade, autodeterminação, autenticidade, realização da plenitude humana, dedicação ao trabalho, à criatividade, à atitude positiva diante da vida, a abertura ao diálogo e a mudança à participação, ao sentimento comunitário de dar e receber aos outros e dos outros, enfim, aos valores todos que reunimos no mais vasto e transcendente que é a promoção humana.

Tabela 9 – Percentual de satisfação dos usuários em relação a organização dos serviços do Programa de Saúde da Família.

<b>Organização dos serviços</b>										
11. Tempo de espera (horário disponível no local de atendimento)	7,24%	10,53%	3,29%	24,34%	54,61%	11	16	5	37	83
12. Horário de abertura e fechamento das unidades do PSF	3,29%	5,26%	2,63%	16,45%	72,37%	5	8	4	25	110
13. Horário dos profissionais	0,00%	4,61%	3,95%	23,03%	68,42%	0	7	6	35	104
14. Localização dos serviços	1,32%	3,29%	2,63%	13,82%	78,95%	2	5	4	21	120
15. Acesso a informação	0,66%	1,32%	4,61%	17,11%	76,32%	1	2	7	26	116
16. Acesso e distribuição da medicação básica	4,61%	12,50%	4,61%	21,71%	56,58%	7	19	7	33	86

Fonte: dados conforme pesquisa

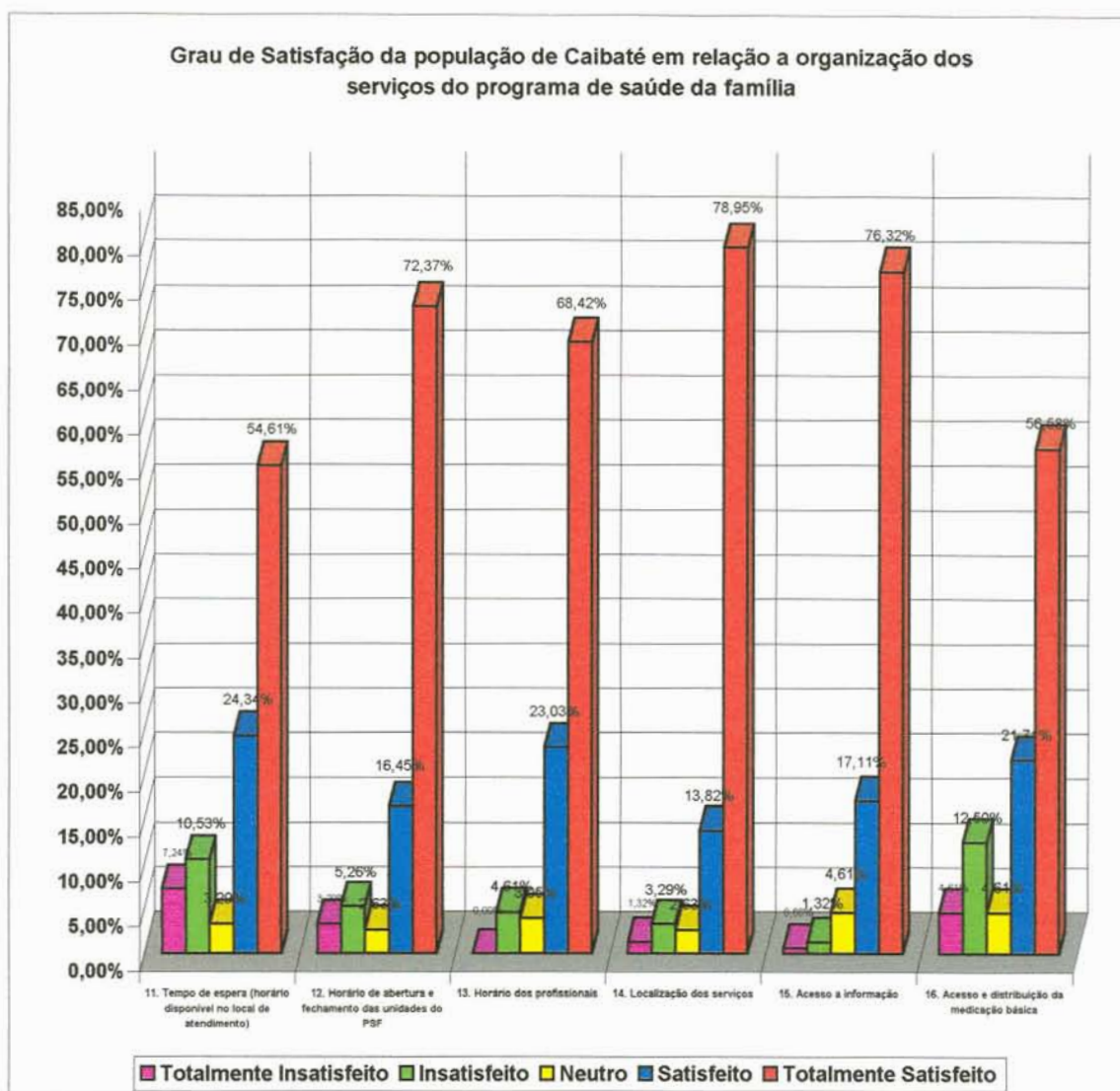


Gráfico 3 - Grau de satisfação dos usuários em relação a organização dos serviços do PSF.

Fonte: dados conforme pesquisa

Em relação a organização dos serviços observamos que a localização dos serviços atingiu o percentual de 78,95% dos usuários totalmente satisfeitos. Posteriormente tivemos “Acesso à Informação” atingindo o percentual de 76,32% de usuários totalmente satisfeitos em terceiro tivemos “Horário de abertura e fechamento das unidades do PSF, no que atingimos um percentual de 72,37% dos usuários totalmente satisfeitos. Em quarta posição tivemos os “horários dos profissionais” com um percentual de 68,42% dos usuários totalmente satisfeitos, em quinto “acesso e distribuição da medicação básica” atingimos o percentual de 56,58% dos usuários totalmente satisfeitos e em sexto tivemos “tempo de espera (horário disponível no local de atendimento)” atingindo o percentual 54,61% dos usuários totalmente satisfeitos.

De modo geral, a satisfação dos usuários em relação ao componente organizacional, se associa grandemente à facilidade de acesso ao profissional e às ações de saúde quando comparado ao antigo modelo assistencial.

As queixas existentes em relação ao aspecto organizacional remetem àquilo que ainda está insuficiente, precário ou inexistente. Na maioria das áreas investigadas temos alguns problemas em relação às consultas e exames especializados, por não termos de fato concretizado a regionalização a nível de média e alta complexidade. A regionalização é na maioria, um processo de articulação entre os serviços existentes, buscando o comando unificado dos mesmos. A regionalização segundo dados que constam no Plano Diretor de Regionalização da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul de 2002, se concretiza a partir da montagem e consolidação de centros de referência e de especialidades em relação ao atendimento ambulatorial. Esse formato proposto para macro regiões, assentado na proposta de eficácia regional em todos os níveis de atenção, vem orientando não somente a pactuação regional de fluxos para atenção à saúde, como, também, a aplicação dos recursos financeiros investidos a partir de critérios técnicos, o que aumenta, significativamente, a efetividade do financiamento. Para a operacionalização descentralizada da regulação dos serviços temos, proposto a implantação de centros de regulação que trabalhem com todo o sistema de saúde integrando as informações dos diversos serviços da rede e nas quais estejam garantida a participação do estado e dos municípios em sua gestão. Essas centrais, que têm parte do investimento previsto no orçamento do SES /RS, permitirão agilidade e facilidade de acesso na marcação de consultas, exames especializados, internações e transporte pré-hospitalar em todas as regiões e será gerenciada pelo município sede das coordenadorias regionais.

O texto acima, por falta de recursos financeiros do governo estadual e organização gerencial, e ainda por mudança do governo, até o momento não se consolidou na prática.

Ingor Ansoff (apud MOTTA, 1991) aponta que mudanças repentinas, urgentes e desconhecidas podem ocorrer ameaçando o planejado, o que exige uma flexibilidade na ação que lhe proporcione, além de capacidade para responder rapidamente às crises, capacidade para, em seguida, retornar ao seu curso e/ ou construir novas alternativas.

Foi constatado como ponto positivo o avanço no atendimento médico diário, a introdução do atendimento da demanda diária sem o controle de “fichas”, sendo que em casos de demanda elevada é introduzida a triagem através da consulta de enfermagem. Anteriormente à implantação do PSF os pacientes procuravam serviços através de filas que se formavam de madrugada pois os atendimentos eram atrelados a fichas e as mesmas eram

limitadas. Provavelmente tal fato ocorria, por não haver médico com dedicação exclusiva . O que também proporcionou uma melhor distribuição dos usuários foi a implantação da unidade do PSF 2 junto ao bairro São João, foi referenciado pela maioria com positividade, pois além desta população ser na maioria carente, as filas deixaram de existir e distribuiu-se melhor a população adstrita à sua área de atuação, permitindo um melhor entrosamento da equipe com a população da área.

Tabela 10 – Percentual de satisfação dos usuários em relação aos programas implantados no município.

### Programas implantados no município

17. Programa de Saúde da Família	1,32%	1,32%	1,97%	11,18%	84,21%	2	2	3	17	128
18. Convênio com o Hospital Roque Gonzales	0,00%	0,66%	17,11%	11,84%	70,39%	0	1	26	18	107
19. Visitas domiciliares	0,00%	0,66%	3,29%	15,13%	80,92%	0	1	5	23	123
20. Atendimento em grupo	0,66%	1,32%	23,68%	7,89%	66,45%	1	2	36	12	101
21. Programa de Saúde Bucal	1,32%	3,29%	25,00%	14,47%	55,92%	2	5	38	22	85
22. Vigilância Epidemiológica, Sanitária e Ambiental	0,66%	2,63%	28,29%	19,08%	49,34%	1	4	43	29	75

Fonte: dados conforme pesquisa

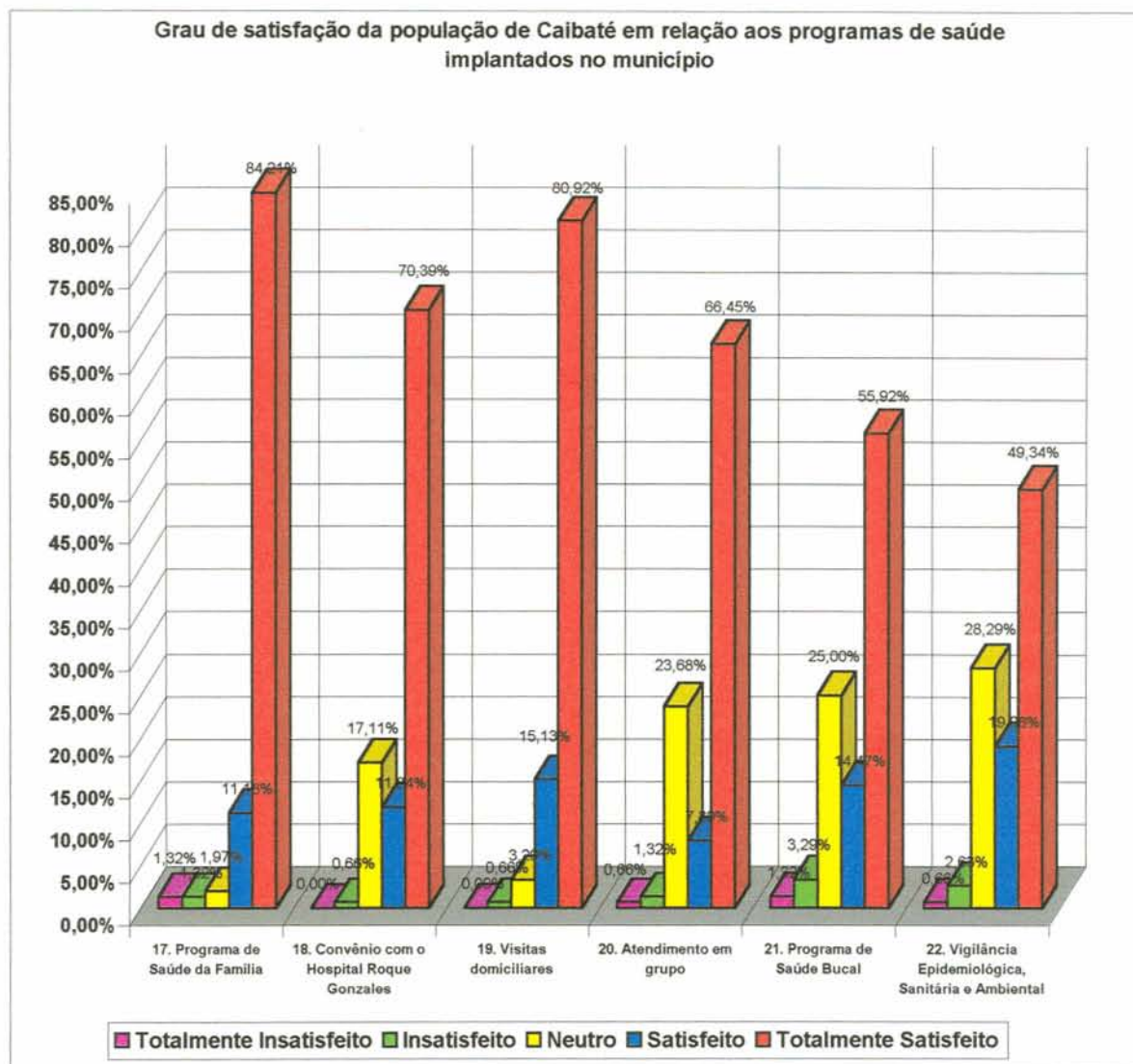


Gráfico 4 - Percentual de Satisfação da População Usuária do Programa de Saúde da Família

Fonte: dados conforme pesquisa

O item 17. Em relação ao Programa de Saúde da Família a pesquisa apresentou o percentual de 84,21 % de satisfação total do usuário e este percentual é significativo constatando a aprovação do referido programa na comunidade. É claramente percebido pelos usuários na avaliação realizada com relação a dimensão profissional do PSF, são valorizados os aspectos como tempo dispensado pelos profissionais seja na unidade, seja na comunidade; da eficácia das ações executadas, da qualidade e competência das equipes. Os usuários ainda reconhecem as novidades positivas com o PSF, a exemplo o atendimento de puericultura, grupos de hipertensos e diabéticos, assistência pré-natal, grupos de gestantes. Também reconhecem mesmo que de forma fragmentada, que as equipes realizam um tipo de cuidado que inverte o padrão de assistência tradicionalmente prestado pelo sistema oficial de saúde predominante Item 18- Convênio com Hospital Roque Gonzales. Este item atingiu o

percentual de 70,39 % dos usuários totalmente satisfeitos com a implantação do referido convenio o qual proporcionou cobertura e acesso total com gratuidade no atendimento de urgência /emergência e procedimentos diversos como Rx, ultrassom, eletro- cardiograma, partos normais e cesareanas, ligaduras tubarias, pequenas cirurgias, observações. Desta forma foi viabilizado a garantia de atendimento de toda a população a nível local, de forma gratuita, viabilizando o Sistema Único de Saúde (SUS), evitando assim deslocamentos de pacientes para outros hospitais da região. A necessidade de cobertura e a continuidade do convênio com hospital local sempre foi avaliado pelos usuários como essencial para o município.

Existe apoio entre o setor público e o hospitalar, todos os envolvidos trabalham para que a porta de entrada do usuário seja através da unidade do PSF. Verifica-se que esta parceria vem funcionando e se adequando quando necessário.

O item 19; Visita domiciliar é atividade destacada em segundo lugar com um percentual de 80,92%, foi destaque nas entrevistas e é muito valorizada a visita do médico nas residências.

A visita ao domicilio, de fato implica em uma nova forma de relação profissionais/paciente, diferente daquela estabelecida nos limites dos serviços mais formais de assistência, indicando uma conduta de maior qualidade do profissional de saúde. A visita domiciliar oferece também aos profissionais de saúde novas portas de entrada na vida cotidiana das pessoas e um maior poder de influência quanto às medidas e aos comportamentos de saúde a serem adotados pela população.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU –10/12/1948) reconhece, no seu Artigo XII, que :”Ninguém será sujeito a interferências na sua vida privada, na sua família, no seu lar ou na sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação.”

É importante frisar que o domicilio ou residência é o lugar que o individuo escolhe e demarca como seu território. O respeito ao domicilio humano e, portanto, a sutileza que deve permear qualquer ação de saúde que com ele integra e interfere, é indiscutível.

A própria origem etimológica do termo ética (ethos- “morada do homem”) reforça essa importância. Segundo Gonzáles (1996), (ethos é o “lugar humano de segurança existencial”.

A Constituição Federal de 1988, no art. 226 define família como base da sociedade e tem especial proteção do estado. reconhece como entidade familiar a União estável entre o homem e a mulher, independente da existência de casamento, bem como a comunidade formada por um dos pais e seus descendentes (famílias monoparentais), e lhe assegura proteção do Estado. Da mesma forma, afirma que é dever da família, da sociedade e do

Estado, conjuntamente, assegurar os direitos das crianças e adolescentes, com absoluta prioridade, bem como o dever de amparar as pessoas idosas.

Compreender a família de forma integral e sistêmica, com espaço de desenvolvimento individual e em grupo, dinâmico e passível de crises, identificar a relação da família com a comunidade e ainda identificar processos de violência no meio familiar e abordá-los de forma integral, organizada, com participação das diferentes disciplinas e setores e de acordo com os preceitos legais e éticos existentes..

L. ° A/LOAS –Lei N.º 8.742, de dezembro de 1993, além de colocar o núcleo familiar como primeiro objetivo da Assistência Social, reafirma a centralidade da família no desenvolvimento de suas ações. É necessário, portanto, que o princípio norteador seja o de fortalecer a unidade familiar, aceitando e reconhecendo os novos arranjos familiares, sem ficar preso à referência da família nuclear ideal e aos jargões acerca da família ‘desestruturada’, ‘desorganizada’.

Segundo Antonio Carlos Gomes da Costa,

as novas tendências em política social reconhecem que a família e a comunidade exercem papel fundamental na melhoria das condições de bem estar e de dignidade da população como um todo e, particularmente seus segmentos mais vulneráveis (apud p. 76).

Para o MPAS/SAS,1997, (p. 8, apud p. 76) entendem família como:

Um sistema aberto, cujas partes são interdependentes e devem ser consideradas na sua globalidade. No sentido mais restrito podemos classificá-la como um grupo autônomo de pessoas, não necessariamente de sexos opostos, vinculados através da luta pela sobrevivência estreita. Desse modo, pessoas, com grau de parentesco ou não, compõem um sistema familiar.

Sendo a família merecedora de especial proteção, não cabe a ela resolver isoladamente o conjunto de responsabilidades e papéis que lhe são atribuídos. O Estado e a sociedade civil são interessados cabendo, além do enfrentamento da pobreza, do acesso a bens e serviços básicos, a construção de sistemas de apoio ou de fortalecimento das redes sociais existentes.

A equipe de saúde da família deverá buscar entender a família em seu espaço social, rico em interações e conflitos. Os instrumentos do campo da promoção da saúde, como as idéias de construção de ambientes mais saudáveis no espaço familiar, envolvem além da tecnologia médica, o reconhecimento das potencialidades terapêuticas presentes nas próprias relações familiares, bem como em outras redes sociais existentes na comunidade, como vizinhos, colegas de trabalho grupos de auto ajuda entre outros.

Os profissionais de saúde devem entender a dinâmica familiar, de acordo com as características que são própria de cada uma, atuando de forma que os conflitos sejam resolvidos, pois estes afetam a saúde dos mesmos.

O MS coloca que os integrantes da equipe de saúde da família devem compreender a família de forma integral e sistêmica, com espaço de desenvolvimento individual e em grupo, dinâmico e passível de crises, identificar a relação da família com a comunidade e ainda identificar processos de violência no meio familiar e abordá-los de forma integral, organizada, com participação das diferentes disciplinas e setores e de acordo com os preceitos legais e éticos existentes.

Item 20; Atendimento em Grupo é a atividade dos programas implantados que se posicionou em terceira classificação atingindo o percentual de 66,45 % como totalmente satisfeitos. Os usuários reconhecem e valorizam muito o trabalho em grupo, principalmente de gestantes, hipertensos e diabéticos, grupos com mães, adolescentes entre outros. (KISNERMAN, 1980), define grupo como o conjunto de indivíduos que interatuam em uma situação determinada com objetivo por eles fixado. Sabemos que o grupo se forma quando se juntam vários indivíduos que começam a interatuar. Posteriormente o grupo fixa objetivos. Para consegui-lo deve ocorrer um grau de mútua aceitação para desejar estar juntos. Isto não significa que as relações sejam sempre positivas. O objeto é o elemento que primeiro os une, a isto acresce depois a relação afetiva e uma percepção coletiva de sua unidade.

Item 21; Programa de Saúde Bucal foi o programa que se posicionou em quinta posição, atingindo o percentual de 55,92% totalmente satisfeito. Em relação a esse programa temos consciência que somente uma equipe de saúde bucal não consegue cobrir com satisfação as duas áreas. Os equipamentos também necessitam ser renovados, e deve haver uma ampliação de recursos para cobertura de próteses, rx e tratamento de canal. Sentimos que não houve valorização do trabalho de prevenção nestas áreas que nem uma vez foi citado pelos mesmos.

Item. 22. Vigilância Epidemiológica Sanitária e Ambiental foi o programa que se posicionou em sexta colocação atingindo um percentual de 49,34 % satisfação total e teve ainda um percentual de neutralidade de 28,29%. Analisando os dados acredito que haja desconhecimento das ações que são executadas nestes programas pelos usuários, que seja preciso divulgar e esclarecer melhor o que é desenvolvido nos programas, como, onde e por que e divulgando ainda indicadores de saúde que demonstrem coberturas destes serviços, uma vez que estas estão dentro e ou acima das metas estipuladas pelo Ministério da Saúde.

A lei Federal N° 8.080, de 19 de setembro de 1990, conceitua no Art. 6º, parágrafo 1º:



Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I – O controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo;

II – O controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Parágrafo 2.º: Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças e agravos.

## 8 CONCLUSÃO

Ao finalizar este estudo, acredito ter atingido o objetivo principal que foi de verificar o grau de satisfação dos usuários, nas dimensões relacional, organizacional e profissional e confrontar o ponto de vista dos mesmos em relação ao desempenho dos profissionais de saúde e em relação ao programa de saúde da família do município de Caibaté –RS . O trabalho foi realizado a partir de uma pesquisa de campo aplicada pelos Agentes Comunitários de Saúde nas 12 micro áreas, atingidas pelos dois Programas de Saúde da Família –PSF que dão cobertura de cem por cento do território municipal. Foram utilizados os dados populacionais do SIAB, correspondendo ao mês de junho de 2004, sendo aplicado 152 instrumentos, considerando 3% dos 5.164 habitantes cadastrados.

Foi realizada uma pesquisa de amostra não probabilística por conveniência e abordagem dos respondentes. Foi utilizada base bibliográfica num primeiro momento, através da etapa exploratória /qualitativa com alguns usuários e equipe de saúde, a qual permitiu identificar e definir melhor o problema, desenvolver uma abordagem do mesmo, formular uma concepção de pesquisa adequada, identificando as variáveis chaves.

Quanto aos dados de identificação dos respondentes participantes, constatamos que a maior parte dos pesquisados pertenciam à faixa etária de 20 à 49 anos, do sexo feminino, e ensino fundamental incompleto, sendo que a maioria sempre morou no município, e eram agricultores ,com renda de 1 à 3 salários mínimos.

Em relação aos resultados obtidos na pesquisa de satisfação dos usuários, quanto ao desempenho da equipe do programa de saúde da família, constatamos que o percentual de satisfação que atingiu o índice mais alto foi o dos Agentes Comunitários de Saúde (satisfeito e totalmente satisfeito) 98,68 %. Isto demonstra o quanto o mesmo é valorizado pela comunidade e que sua função é respeitada sendo visto como aquele que exerce o papel de mediador entre a comunidade e o profissional de saúde.

O demais profissionais também tiveram resultados satisfatórios, demonstrando a aceitação dos mesmos na comunidade, houve percepção dos usuários quanto às mudanças que foram proporcionadas tais como: maior acesso aos cuidados médicos, melhoria do nível de informação sobre o processo saúde doença, a existência da visita domiciliar como

elemento chave da prevenção e do acompanhamento, redução das filas com atendimento da demanda, foi facilitado o acesso, através da instalação de mais uma unidade de saúde (PSF<sup>2</sup>); Os usuários reconhecem que o PSF trouxe um trabalho diferenciado, que a visita domiciliar realizada pelo médico nas residências é uma inovação e gratifica a quem recebe as orientações de prevenção.

Observamos que quanto maior for o nível de informação do usuário sobre os objetivos, atividades e regras de funcionamento do PSF, maior é o grau de satisfação em relação ao programa. O nível de informação está condicionado, entre outros aspectos, pelo grau de escolaridade do usuário e a eficácia das estratégias de comunicação e informação em saúde utilizada tanto no âmbito do PSF quanto do Sistema Municipal de Saúde.

Um fator positivo que conseguimos observar, que a unidade básica de saúde (PSF) tem sido a porta de entrada para o sistema público de saúde, e o hospital tem sido parceiro apoiando o sistema municipal através de convênio o qual vem atender os casos de urgência/emergência ,encaminhados pelas unidades, ou urgências após horário das unidades.

A avaliação dos serviços que inclua a participação e a perspectiva do usuário, é um elemento importante para superar dificuldades, e foi a partir desta visão que propomo-nos a realizar este trabalho. A maioria concorda que a satisfação do cliente é passageira, específica de uma transação, enquanto a qualidade do serviço é uma atitude formada por uma avaliação global de longo prazo de um desempenho. Acredito que a qualidade do serviço leve a satisfação do cliente. E analisando desta forma que nos propomos a avaliar a implantação do PSF no município. Sabe-se que as diferenças entre as visões de mundo da equipe de profissionais da área da saúde, e do usuário são inevitáveis, mas não necessariamente antagônicas ou contraditórias. Cabe a equipe de saúde percebê-las e, entendê-las e trabalhar melhor nestas diferenças, visando uma melhoria global do serviço oferecido. Repensar conceitos e prática profissional são obrigações que se impõem no momento atual.

Para transmitir um conjunto consistente de experiências satisfatórias que possam criar uma avaliação de alta qualidade, é preciso que toda a organização se concentre na tarefa. As necessidades do usuário devem ser entendidas em detalhe, o que também deve acontecer com as limitações operacionais com as quais a entidade opera. Os prestadores de serviço devem focar qualidade, e o sistema deve ser projetado para dar sustentação a essa missão, sendo controlado diretamente e transmitindo o que se esperava que transmitisse. (BATESON, HOFFMAN, p.366).

Se de fato busca-se a democratização e a descentralização dos serviços de saúde , um dos caminhos é estar atento ao que o usuário tem a dizer e porquê. Ouvi-los, é fundamental ao

processo de mudança, fazem parte das estratégias que o programa de saúde da família adota para compreender a doença em seu contexto pessoal, familiar e social. A convivência contínua lhe propicia esse conhecimento e o aprofundamento do vínculo de responsabilidade para a resolução dos problemas e manutenção da saúde dos indivíduos.

Um fator importante no relacionamento médico/paciente é que os pacientes geralmente estão doentes e os médicos geralmente estão saudáveis. A doença sempre provoca ansiedade e é emocionalmente difícil. O paciente é um estranho em uma terra estranha, onde apenas uma minoria tem conhecimento sobre aparelhos, procedimentos e opções; para médicos, o território é familiar.(TODD, 1989, p.16, apud BATESON, HOFFMAN, p. 227).

Lidar regularmente com a intensidade emocional do cliente exige que o prestador de serviço invista uma quantidade significativa de energia emocional. E as emoções do prestador de serviços devem ser percebidas pelo cliente como autênticas.

Portanto, uma abordagem aberta pode oferecer uma metodologia adequada para equilibrar esta relação entre médico e paciente e entre instituição e paciente, que, em nossa sociedade, ainda pende contra o paciente. Tal postura permitirá o entendimento de críticas e contribuirão diretamente na atenção à saúde da população.

## REFERÊNCIAS

BATESON, John E. G. **Marketing de Serviços**. BATESON, John E.G. e HOFFMAN, Douglas K.; Trad. Lúcia Simonini. 4.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

DUCAN, Bruce B.; SCHMITH Maria Inês; GIUGLIANI Elsa R.J. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária baseadas em evidências**.3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GURGEL Jr., Garibaldi Dantas; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. **Ciência e Saúde Coletiva: Qualidade total e administração Hospitalar: explorando disjunções conceituais**. Ciência e saúde coletiva v.7 n.2. Rio de Janeiro 2002, versão digital. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 23.09.2004.

KISNERMAN, Natalio. **Serviço Social de Grupo**: Tradução de Ephraim Ferreira Alves. Petrópolis: ed.Vozes, 1980.

KOTLER, Philip. **Administração de marketing**: análise, planejamento, implementação e controle ; trad. Ailton Bonfim Brandão. 4.ed. São Paulo: Atlas,1994.

\_\_\_\_\_. **Marketing**. Trad. H. de Barros; revisão técnica Dilson Gabriel dos Santos e Marcos Cortez Campomar. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

\_\_\_\_\_. **Marketing para organizações que não visam o lucro**. Trad. H. de Barros; revisão técnica e prefácio à edição brasileira Rubens Costa dos Santos. São Paulo: Atlas, 1978.

BRASIL. **Legislação Federal e Estadual do Sus**. Outubro 2000.

MALHOTRA, K. Naresh. **Pesquisa de Marketing**: uma orientação aplicada.3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de Atenção Básica. Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Assistência a Saúde, Saúde da Família**: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília,1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**; Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

MOTTA, Paulo Roberto. **Desempenho em Equipes de Saúde**: Manual. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2001.

PLANO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL 2000-2003. Porto Alegre, dezembro de 1999.

REGULAMENTO DA NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SUS. Portaria n.º 1399, de 15 de dezembro de 1999.

ROESCH, Sylvia Maria Azevedo. **Projeto de Estágio do Curso de Administração:** guia para pesquisas, projetos e estágios e trabalhos de conclusão de curso. Cap. 8 e 9. São Paulo: ATLAS, 1996.

SOUZA, Maria de Fátima. **Os sinais Vermelhos do PSF.** São Paulo: HUCITEC, 2002.

## ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO

Estou realizando uma pesquisa de campo, com os cidadãos usuários do Sistema Municipal de Saúde de Caibaté, tendo como finalidade coletar dados para a realização do trabalho intitulado “**Satisfação da população em relação a implantação do PSF no município de Caibaté**”. Os dados coletados serão analisados e servirão para gerar indicadores que possibilitarão avaliar o trabalho de prestação de serviços de saúde, tornando-os mais eficiente ou não visando a satisfação do cidadão, e a garantia de seus direitos constitucionais.

Este trabalho está sob a responsabilidade da aluna **Risane Friederichs Copetti** do curso de Pós-Graduação em Gestão de Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS e Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI caso aceite participar da pesquisa de coleta de dados, deverá responder a entrevista, e preencher os formulários propostos para a realização deste estudo. Sendo que em momento algum seu nome aparecerá em qualquer dado.

Não receberá qualquer pagamento por participar deste estudo. Também não sofrerá nenhum prejuízo ou punição. Se estiver de acordo em participar deste trabalho deverá assinar este termo de conhecimento.

*Caibaté:* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Assinatura do Participante*

**ANEXO B – FORMULÁRIO DE PESQUISA**

Formulário de pesquisa identificando o grau de satisfação da população em relação a Implantação do PSF no município de Caibaté.

**01** – Registro da Família SIAB: Área ..... Micro-area ..... Família .....

**02** – Religião:.....

**03** – Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Idade: ..... anos

**04** – Estado Civil:

( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Separado ( ) Viúva ( ) outros

**05** - Escolaridade

( ) Analfabeto ( ) 1º. Grau Incompleto ( ) 1º. Grau Completo

( ) 2º. Grau Incompleto ( ) 2º. Grau 2º. Grau Completo

( ) Superior Incompleto ( ) Superior Completo

**06** – Procedência;

( ) Nascida no Município ( ) Nascida em outro Município.

**07** – Ocupação Profissional:

( ) Agricultor

( ) Assalariado com Carteira

( ) Assalariado sem Carteira

( ) Autônomo com Procedência

( ) Autônomo sem Procedência

( ) Aposentado

( ) Benefício de Prestação Continuada

**08** - Renda Familiar Mensal

( ) Menos de 1 Sal.Mínimo

( ) 1 à 3 Salários Mínimos

( ) 4 à 5 Salários Mínimos

( ) Mais de 5 Salários Mínimos.



### ANEXO C - ATENDIMENTO PRESTADO PELA EQUIPE PSF

	Totalmente Insatisfeito	Insatisfeito	Neutro	Satisfeito	Totalmente Satisfeito
<b>Atendimento prestado pela Equipe de Saúde da família</b>					
1.Médico	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
2.ACS – Agente Comunitário de Saúde	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
3.Odontólogo	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
4.Auxiliar de Serviços Odontológicos	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
5.Auxiliar de Enfermagem	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
6.Enfermeira	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
7.Demais profissionais	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
<b>Serviços prestados</b>					
8.tempo dispensado ao atendimento	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
9.as informações são claras e suficientes	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
10.Há respeito, compreensão, acolhida e escuta no atendimento dos problemas.	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
<b>Organização dos serviços</b>					
11.Tempo de espera (horário disponível no local de atendimento)	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
12.Horário de abertura e funcionamento das unidades do PSF .	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
13.Horário dos profissionais	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
14.Localização dos serviços	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
15.Acesso a informação	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
16.Acesso e distribuição da medicação básica	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
<b>Programas implantados no município</b>					
17.Programa de Saúde da Família	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
18.Convênio com o Hospital Roque Gonzáles	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
19.Visitas domiciliares	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
20.Atendimento em grupo	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
21.Programa de Saúde Bucal	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )
22.Vigilância Epidemiológica ,Sanitária e Ambiental	1.( )	2.( )	3.( )	4.( )	5.( )

13- Quais os benefícios que você identifica com o atual programa, bem como os problemas: de sua sugestão para melhorar a presente situação.