



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO**



ANDREIA DANTAS DE OLIVEIRA BARBOSA

**POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: A percepção dos usuários da Estratégia Saúde da
Família do Município de São Francisco/PB**

SOUSA – PB

2017

ANDREIA DANTAS DE OLIVEIRA BARBOSA

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: A percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família do Município de São Francisco/PB

Monografia apresentada ao Curso de Administração da Unidade Acadêmica de Ciências Contábeis do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, da UFCG, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Administração.

Orientador: Professor MSc. Wellington F. de Melo

SOUSA – PB

2017

ANDREIA DANTAS DE OLIVEIRA BARBOSA

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: A percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família do Município de São Francisco/PB

Esta monografia foi julgada adequada para obtenção do grau de Bacharel em Administração, e aprovada na forma final pela Banca Examinadora designada pela Coordenação do Curso de Administração do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande- PB, Campus Sousa.

Monografia aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Wellington Ferreira de Melo – Orientador - Prof. MSc. UFCG.

Examinador (a) 02

Examinador (a) 03

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu esposo, Danilo Barbosa; e aos meus pais, Moisés Morais e Cacilda Dantas. Dedico-lhes esta conquista.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus, que tem proporcionado sempre coragem, força, fé, sabedoria e paciência ao longo da minha presença na terra e nos momentos adversos é quem me dava força para continuar.

Ao meu esposo Francisco Danilo Duarte Barbosa, o meu absoluto agradecimento, pela paciência, compromisso e dedicação ao longo dessa caminhada, afinal foi muitos estresses suportados e ausência em momentos importantes devido ao estudo. Muito obrigada meu amor você foi, é e sempre será minha inspiração.

O mais expressivo agradecimento aos meus pais, minha mãe Cacilda Dantas de Oliveira que sempre me deu força e não mediu esforços para realizar meu sonho. Ao meu pai Moisés Morais de Oliveira (*in memoriam*), que se aqui estivesse, também não teria medido esforços para ajudar-me no que preciso fosse, mas sei que ele esta feliz com minha felicidade onde ele estiver.

Aos meus familiares, meus irmãos, meu sogro e minha sogra que me apoiaram ao logo desta trajetória, em especial minha irmã e meu cunhado Corrinha e Edgley que me acolheram no inicio do curso. Como também aos amigos Zefinha e afonso que também me acolheram em sua residência por alguns meses.

Às minhas amigas, Ialine Dantas, Francisca Natalia, Iukênia, Darlane e Francisco Queiroga, parceiros de estudo, das madrugadas acordadas, obrigada por estarem presentes nos momentos de alegrias e tristezas que vivemos nestes últimos anos e por terem apoiado e acreditado que eu conseguiria realizar este sonho.

O mais profundo agradecimento ao Professor Mestre Wellington Ferreira de Melo, pelo compromisso, dedicação, incentivo e apoio para que a realização desse trabalho se tornasse possível.

A todos os professores da Unidade Acadêmica de Ciências Contábeis, que direta ou indiretamente contribuíram para a minha formação.

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis”. (JOSÉ DE ALENCAR)

RESUMO

Saúde é direito fundamental de todo cidadão e o Estado deve garantir políticas públicas de prevenção, proteção e controle de doenças, facilitando o acesso do usuário às ações e aos serviços públicos. A política pública Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta nova visão do processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar ou procurar às Unidades Básicas de Saúde (UBS's) para serem atendidas, atuando preventivamente e indo ao encontro do cidadão a partir de um novo modelo de atenção. O principal objetivo da pesquisa foi conhecer a percepção dos usuários da ESF do Município de São Francisco/PB quanto à prestação de serviços referentes às políticas públicas de saúde. Os procedimentos metodológicos quanto aos fins foram delimitados em estudo exploratório e descritivo e quanto aos meios em de campo e documental; a natureza da abordagem foi qualitativa e quantitativa. O universo estudado foi composto por 3.603 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e a amostra representada por 186 pessoas. O instrumento de coleta de dados valeu-se de questionário estruturado e foram aplicados de forma presencial aleatoriamente em comunidades do município em estudo. Considerando a discussão dos resultados, conclui-se que grande parte dos usuários da ESF do Município explorado apresentam percepções positivas em relação às políticas públicas de saúde e aos serviços ofertados, segundo as dez dimensões trabalhadas. Porém, observou-se certo envolvimento político-partidário na avaliação-percepção de parte dos indagados, contudo constatou-se uma avaliação positiva da saúde pública e da competência dos profissionais envolvidos.

Palavras Chave: Serviços de Saúde; Percepção; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Health is the basic right of every citizen and the State must guarantee public policies of prevention, protection and control of diseases, facilitating the user's access to actions and public services. The public policy Strategy Family Health (ESF) presents a new vision of the process of health intervention in that it doesn't wait for the population to come or visit the Basic Health Units (UBS's) to be attended to, acting preventively and going to meet the citizen from a new model of attention. The main objective of the research was to know the perception of the ESF users of the municipal district of São Francisco / PB regarding the provision of services related to public health policies. The methodological procedures for the purposes were delimited in an exploratory and descriptive study and as for the means in field research and documentary; The nature of the approach was qualitative and quantitative. The studied universe was composed by 3,603 users of the Unified Health System (SUS) and the sample represented by 186 people. The data collection instrument was used as a structured questionnaire and was randomly applied in the communities in the city under study. Considering the discussion of the results, it is concluded that most of the users of the ESF of the municipal district explored present positive perceptions regarding public health policies and services offered, according to the ten dimensions worked. However, there was a certain political-partisan involvement in the perception-evaluation of the inquired, but a positive evaluation of the public health and competence of the professionals involved was observed.

Keywords: Health Services; Perception; Family Health Strategy.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Princípios do SUS	25
---	----

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Localização dos entrevistados	45
Gráfico 2 – Gênero dos entrevistados.....	46
Gráfico 3 – Estado Civil dos entrevistados	46
Gráfico 4 – Idade dos entrevistados	47
Gráfico 5 – Estudo do grau de escolaridade	48
Gráfico 6 – Renda Familiar bruta mensal.....	49
Gráfico 7 – Número de residentes na casa.....	49
Gráfico 8 – Profissão dos entrevistados	50
Gráfico 9 – Participação em programas sociais.....	51
Gráfico 10 – Identificação dos programas sociais.....	51
Gráfico 11 – Instalações das Unidades Básicas de Saúde	52
Gráfico 12 – Vestimenta dos colaboradores das UBS's	53
Gráfico 13 – Instrumentos e aparelhos usados pelos profissionais das UBS's	54
Gráfico 14 – Higienização das Unidades Básicas de Saúde.....	54
Gráfico 15 – Entrega de um medicamento agendado.....	55
Gráfico 16 – Pontualidade do atendimento agendado	56
Gráfico 17 – Solução diante de urgências e/ou complicações.....	57
Gráfico 18 – Assiduidade da visita dos ACS's as residências.....	57
Gráfico 19 – Apoios da Atenção Básica.....	58
Gráfico 20 – Competência dos Médicos.....	59
Gráfico 21 – Competência dos Odontólogos.....	59
Gráfico 22 – Competência dos Enfermeiros.....	60
Gráfico 23 – Competência dos Técnicos de enfermagem	61
Gráfico 24 – Competência dos Agentes de Saúde.....	61
Gráfico 25 – Competência dos Recepcionistas	62

Gráfico 26 – Cortesia dos Médicos	63
Gráfico 27 – Cortesia dos Odontólogos	63
Gráfico 28 – Cortesia dos Enfermeiros	64
Gráfico 29 – Cortesia dos Técnicos de enfermagem	64
Gráfico 30 – Cortesia dos Agentes de Saúde.....	65
Gráfico 31 – Cortesia dos Recepcionistas	65
Gráfico 32 – Reputação das UBS's	66
Gráfico 33 – Qualidade dos serviços da ESF	67
Gráfico 34 – Segurança dos serviços prestados pelos profissionais das UBS's	68
Gráfico 35 – Comunicação pelo telefone nas UBS's	69
Gráfico 36 – Localização das UBS's	69
Gráfico 37 – Disponibilidade das UBS's	70
Gráfico 38 – Avisos sobre impossibilidade de visitas marcadas	71
Gráfico 39 – Entendimento das UBS's para com os usuários	71
Gráfico 40 – Atendimento e entendimento das UBS's para com o usuário.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAS	Fundo de apoio ao Desenvolvimento Social
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB's	Normas Operacionais Básicas
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPA	Plano de Pronta Ação
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Problemática	15
1.2 Objetivos	16
1.2.1 Objetivo geral	16
1.2.2 Objetivos específicos.....	16
1.3 Justificativa	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 Administração Pública	18
2.2 Políticas Públicas	20
2.3 Saúde pública no Brasil	21
2.4 Sistema Único de Saúde – SUS	24
2.5 Breve histórico da Estratégia Saúde da Família – ESF	26
2.6 O modelo Estratégia Saúde da Família (ESF)	28
2.7 Atribuições da Equipe da Estratégia Saúde da Família	31
2.7.1 Médicos	32
2.7.2 Odontólogos	33
2.7.3 Enfermeiros	34
2.7.4 Técnicos de enfermagem e Técnicos de Saúde Bucal	35
2.7.5 Agentes Comunitários de Saúde.....	37
2.8 Dimensões da qualidade dos serviços	38
3 METODOLOGIA	41
3.1 Tipo De Pesquisa	41
3.1.1 Quanto aos fins	41
3.1.2 Quanto aos Meios	42
3.1.3 Quanto à Forma de Abordagem.....	42

3.2 Universo e amostra	42
3.3 Instrumento de Coleta de Dados	43
3.4 Tratamento dos Dados	44
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
4.1 Perfil Socioeconômico dos usuários da ESF estudada em São Francisco-PB	45
4.2 Percepção dos usuários em relação aos Elementos Tangíveis	52
4.3 Percepção dos usuários em relação à Confiabilidade	55
4.4 Percepção dos usuários em relação à Responsividade	56
4.5 Percepção dos usuários em relação à Competência	58
4.6 Percepção dos usuários em relação à Cortesia	62
4.7 Percepção dos usuários em relação à Credibilidade	66
4.8 Percepção dos usuários em relação à Garantia	67
4.9 Percepção dos usuários em relação à Acessibilidade	68
4.10 Percepção dos usuários em relação à Comunicação	70
4.11 Percepção dos usuários em relação ao Entendimento do cliente	71
5 CONCLUSÃO	73
5.1 Recomendações para trabalhos futuros	74
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICE - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS	84

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 deixa claro que saúde é um direito de todos os cidadãos e o Estado deve garantir isto à população, diminuindo riscos de doenças e facilitando o acesso às ações e serviços que apontem prevenção e proteção à saúde por meio de políticas públicas socioeconômicas.

Saúde e educação são direitos fundamentais para todos os cidadãos brasileiros. No entanto, muito desses direitos essenciais à população não são respeitados em virtude do desconhecimento dos indivíduos em reivindicar políticas públicas da área de saúde e educação que de fato possam suprir as suas necessidades.

Política pública é aqui entendida como uma conduta organizada para enfrentar um problema público, ou seja, é uma orientação à atividade ou à passividade de alguém. As atividades ou passividades conseguintes dessa orientação também fazem parte da política pública. Haja vista, que ela possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público, em outras palavras, a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou a resolução de um problema entendido como coletivamente relevante (SECCHI, 2012).

No Brasil um bom exemplo de política pública na área de saúde é a Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta estratégia foi desenvolvida a partir de experiências acumuladas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e inicialmente foi chamado Programa Saúde da Família (PSF). A ESF é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada por meio da inserção de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (SAKATA, 2009).

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de pessoas localizadas em uma área geográfica delimitada no território de um município. As equipes agem com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (GRILLO, 2013).

A ESF tem hoje uma importância significativa em termos da assistência à saúde da população brasileira atualmente considerada como estratégia de descentralização. A Estratégia Saúde da Família tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar (GRILLO, 2013).

O programa introduz ainda uma nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar as Unidades Básicas de Saúde para ser atendida, pois atua preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção.

Baseado em Zeithaml, Parassuramen e Berry (2014), analisou-se a qualidade em serviços a partir da percepção dos indivíduos.

Nessa perspectiva, esse estudo buscou conhecer a percepção dos usuários das políticas públicas desenvolvidas no município de São Francisco, no interior do Estado da Paraíba, especialmente aquelas direcionadas às ações da Estratégia Saúde da Família.

1.1 Problemática

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um projeto que adota e aplica os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira, o que sugere vê-lo como “imagem-objetivo” de um processo de reforma do sistema de saúde, com capacidade para garantir o acesso universal da população a bens e serviços que cubram sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral (TEIXEIRA, 2011).

Conforme Oliveira (2014, p. 53), “o verdadeiro sentido da integralidade é o acesso a uma rede de serviços de saúde hierarquizada, de forma que as necessidades do indivíduo sejam atendidas e que este encontre resolutividade para os seus problemas de saúde”.

Entendendo esta realidade, a presente pesquisa buscou desenvolver-se no município de São Francisco. Uma pequena cidade localizada no semiárido brasileiro na microrregião de Sousa, interior do Estado da Paraíba. Segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), em 2010 sua população era de aproximadamente 3.364 habitantes, distribuídos em uma área de 95,055 Km² (IBGE, 2010).

Para atender as políticas públicas voltadas para as ações da Estratégia Saúde da Família, o Município objeto da pesquisa conta com 2 (dois) médicos, 2 (duas) enfermeiras, 2 (duas) técnicas de enfermagem, 2 (duas) odontólogas, 2 (duas) auxiliares de saúde bucal e 8 (oito) Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) divididos em duas equipes de ESF e que atendem em 3 (três) postos de saúde do município).

É nesse contexto que a pesquisa procurou responder à seguinte pergunta-problema: **Qual a percepção dos usuários das políticas públicas de saúde gerenciadas pela Secretaria Municipal de Saúde do município de São Francisco/PB relativa à prestação de serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF)?**

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

- Conhecer a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de São Francisco/PB quanto à prestação de serviços referentes às políticas públicas de saúde;

1.2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as políticas públicas e os serviços de saúde ofertados pelo ESF;
- Descrever a estrutura da Estratégia Saúde da Família no município;
- Levantar a percepção dos usuários relativa à prestação de serviços públicos de saúde.

1.3 Justificativa

O sistema de saúde pública tem se constituído ao longo dos anos em uma das maiores preocupações dos indivíduos e dos governantes, haja vista que os programas governamentais visam atender a todos os cidadãos sem distinção de classe, raça, gênero, etnia etc. Para isso, esse sistema de saúde pública vem desenvolvendo programas com intuito de prevenir a população de possíveis problemas de saúde. Um bom exemplo é o programa Estratégia Saúde da Família, que tem seus conceitos baseados na prevenção, promoção e vigilância da saúde.

A pesquisa surgiu como uma motivação pessoal e profissional, uma vez que no momento a autora trabalha como Agente Comunitária de Saúde (ACS), ligada diretamente às políticas públicas voltadas para a área de saúde. Assim sendo, com a realização desta produção acadêmica, será possível, pelo conhecimento da percepção dos usuários, anotar para a comunidade e para o governo local indicadores de satisfação que poderão ser usados para corrigir ou melhorar serviços da Estratégia Saúde da Família – ESF.

Tal estudo justifica-se por sua enorme importância para a análise das práticas de saúde no município de São Francisco, Estado da Paraíba, e com isso, pode contribuir com a qualidade de políticas públicas de saúde que atendam ao indivíduo como um todo, não simplesmente como uma pessoa portadora de uma patologia específica – haja vista que a Estratégias de Saúde da Família (ESF) sugere uma nova visão dos processos de intervenção,

das ações de promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde dos cidadãos francisquenses.

Sendo assim, para que se tenha uma integralidade na prestação de serviços dos sistemas de saúde pública, é necessária sua organização voltada a um modelo de atenção que vai além da prestação de assistência médica individual, agindo na proteção e na promoção da saúde dos indivíduos de forma integral e contínua.

Tais proposições e atribuições destacam a necessidade de se investigar as ações de promoção da saúde como importante campo de atuação da ESF no município de São Francisco/PB, de forma ampla e objetiva.

É importante deixar claro ainda ser necessária a formação de uma Equipe de Saúde da Família qualificada em face da complexidade dos problemas e demais necessidades de saúde inerentes à comunidade a qual será assistida.

Contudo, sabe-se que esta não é uma tarefa fácil, mas o fato de contribuir para melhorar ou até mesmo modificar a realidade atual da qualidade das políticas públicas do Brasil, em especial as do ESF desenvolvidas no município de São Francisco é o que motiva e inspira essa pesquisa.

Diante do exposto afirmar-se ser necessário e significativo o estudo nessa área, pois devemos sempre estar buscando medidas que possam proporcionar à população serviços públicos eficientes e de qualidades.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Atualmente um dos grandes desafios para a Administração Pública do Brasil é dar unidade e coerência às políticas públicas desenvolvidas no país. Com isso, garantir a universalização da igualdade dos direitos à saúde e à educação constitui-se um princípio fundamental de uma sociedade democrática. Nesse contexto, tais princípios devem ser preservados e trabalhados nos diferentes órgãos públicos para que se tenha uma sociedade mais justa, mais humana e menos desigual.

2.1 Administração Pública

Levando-se em conta que a Administração foi estruturada no Brasil em duas grandes vertentes, pública e de empresas, este trabalho dá ênfase apenas à Administração Pública que é uma área multidisciplinar e que tem por objetivo resguardar o interesse público e os interesses e direitos do cidadão (SECCHI, 2012).

A Administração Pública é definida como a ligação entre procedimentos de fiscalização, realização, controle e planejamento das atividades governamentais incorporando modernos sistemas de ações direcionadas para a cultura do diálogo, possibilitando o trabalho da sociedade, a moderna maneira de administrar consiste na atuação social e no desempenho dos atores sociais. Esta atitude é decorrência das ações de movimentação e das pressões desempenhadas por diversos setores da sociedade fundamentados nos princípios relacionados em conceitos como participação e controle social da Constituição de 1988. A constituição desempenha controle decisivo na forma e conteúdo das políticas públicas que aparecem nas conferências sobre a atuação e ambientes públicos no Brasil (SILVA, 2011; OLIVEIRA, 2012).

Conforme Fadul; Silva; Silva (2012, p. 1439), “A administração pública é abordada como um conjunto inespecífico de temas que passeiam pelo campo do direito, da ciência política, da sociologia, da economia e que, algumas vezes, podem até integrar o campo da administração”.

Dessa forma, a Administração está associada ao setor público como o processo pelo qual as agências estatais implementam e executam políticas governamentais determinadas pelas autoridades públicas e se baseiam em uma estrutura legal, na qual a otimização de recursos tem importância secundária (PAULA, 2005)

De acordo com Melo (2015) a definição de Administração encaixa-se como um campo do direito que expõe um somatório de agentes, serviços e órgãos estabelecidos pelo Estado com a finalidade de administrar algumas áreas da sociedade. Administração pública ainda simboliza várias ações que constitui a função administrativa. Além disso, sua finalidade é contribuir com o interesse público, e interesses e dos direitos dos indivíduos que administra. Muitas vezes, ela encontra-se estabelecida buscando diminuir a burocracia. Assim como é corriqueira a existência da descentralização administrativa, se por ventura da administração pública seja indireta, o que simboliza que certos envolvidos podem compartilhar de forma concreta na gestão de serviços. Neste sentido, a Administração Pública tem por objetivo trabalhar a favor do interesse público e dos direitos e interesses dos cidadãos que governa.

Embora o foco da Administração Pública não seja a busca de boas posições no mercado, ela precisa buscar a melhoria dos resultados da instituição para aperfeiçoar a prestação de serviços para a sociedade e para atender cada vez melhor seu público-alvo, suas pretensões e expectativas.

O gestor público tem uma grande responsabilidade para com a sociedade, devendo fazer a gestão e administração de matérias públicas, de forma transparente e ética, em anuência com as normas legais estipuladas. Quando um agente público incorre em uma prática ilegal contra os princípios da Administração Pública, ele pode ser julgado por improbidade administrativa (BONEZZI; PEDRAÇA, 2008).

Conforme a Lei nº 8.429/92, constitui ato de improbidade administrativa importando enriquecimento ilícito auferir qualquer tipo de vantagem patrimonial indevida em razão do exercício de cargo, mandato, função, emprego ou atividade nas entidades vinculadas a União, aos Estados, ao Distrito Federal, e aos Municípios (RIBEIRO, 2014).

Assim sendo, pode-se afirmar que na Administração Pública o indivíduo deve pautar sua atuação não só em critérios de atendimento à legalidade formal, mas sim buscar sua vinculação à juridicidade, noção mais ampla que a de legalidade formal, pois enriquece a noção de legalidade com a legitimidade e a moralidade (MOREIRA NETO, 2006).

Nesse caso, o gestor público que for comprometido com a qualidade e eficiência da sua administração poderá enfrentar problemas como a falta de recursos e a influência da política em quase todas as decisões. Essa influência política em certas ocasiões quem acaba perdendo com ela é a população. E esse é um fato em todos os níveis da administração pública, seja Federal, Estadual ou Municipal, mas com certeza há também muitos profissionais sérios e comprometidos socialmente com os reais interesses da população.

2.2 Políticas Públicas

Política pública é qualquer ato ou ação que venha a solucionar um problema da população. Ou seja, é uma resposta a um problema público. As políticas públicas originam-se da intenção de solucionar um problema público, essa é sua essência conceitual, e isso que o que define se uma política é ou não pública (SECCHI, 2012).

Pode-se dizer que um problema é a aversão entre o *status quo* e uma situação ideal possível. E que um problema público é a diferença entre como realmente as coisas acontecem e aquilo que se almeja que fosse a realidade pública (NASCIMENTO, 2014).

De acordo com Secchi (2012), todo problema público consegue apresentar-se inesperadamente, citando como exemplo, um desastre natural que influencie no cotidiano de uma comunidade. Um problema público poderá agregar valor aos poucos, por exemplo, o congestionamento em uma metrópole ou a gradativa burocracia nos processos e serviços públicos. Como também poderá existir uma eternidade, contudo nunca passar a ter consideração tendo em vista que a sociedade acostumar-se com ele, como o caso da fecundação das periferias das metrópoles.

As políticas públicas encontram-se centralizadas no mundo dos gestores públicos, munindo-os potencialmente tanto a legitimidade quanto os recursos de que necessitam para administrar suas tarefas em um alto nível de inteligência, sofisticação e competência. Porém, o processo de políticas públicas é, em ocasiões, repleto de irracionalidade, inconsistências e falta de coordenação, que podem tornar-se grandes fontes de tensão e sofrimento para esses agentes. Enquanto os gestores públicos não estiverem familiarizados com a natureza e o funcionamento do processo de políticas, eles serão incapazes de elaborar estratégias eficazes para influenciar sua direção e garantir que seus resultados sejam integralizados. (WU *et al.*, 2014)

Frey (2000) apresenta alguns conceitos da “*policy analysis*”: “*policy*”, “*politics*” e “*polity*”, os quais são considerados de fundamental importância tanto para a compreensão de políticas públicas quanto para a estruturação de um processo de pesquisa. Conforme o autor citado, para a ilustração dessas dimensões tem-se adotado na ciência política o emprego dos conceitos em inglês de “*polity*” para denominar as instituições políticas, “*politics*” para os processos políticos e, por fim, “*policy*” para os conteúdos da política.

Seguindo igual à linha de raciocínio e pesquisa, Secchi (2012) diz que a dimensão institucional – “*polity*” – refere-se à ordem do sistema político, delineada pelo sistema jurídico, e à estrutura institucional do sistema político-administrativo. A dimensão processual

- “*politics*” -, “é a atividade humana ligada a obtenção e manutenção dos recursos necessários para o exercício do poder sobre o homem”. E a dimensão material – “*policy*” – é a dimensão mais concreta da política e a que tem relação com orientações para a decisão e ação.

Na promoção da saúde as políticas públicas apresentam-se como solução para as questões como: a exclusão social, o atendimento às necessidades de um território marcado por injustiças ou quando a promoção da saúde é colocada em uma posição secundária nas prioridades de ação do serviço público (BRASIL, 1990).

Com isso, considera-se necessário repensar em reformas nas políticas públicas de atenção à saúde em busca de uma cobertura universal que assegure que os sistemas de atenção básica contribuam para a equidade da saúde, para a justiça social e para o fim da exclusão social, movendo-se, principalmente, na direção do acesso universal e da proteção social em saúde. As reformas na prestação de saúde devem reorganizar seus serviços a partir das necessidades e expectativas das pessoas, de modo a torná-los socialmente mais relevantes, mais responsivos a um mundo em mudança e capazes de produzir melhores resultados sanitários (MENDES, 2012).

Deste modo, ao repensar na estruturação do trabalho na área da saúde, é preciso que esteja garantido o cuidado na quantidade e qualidade adequadas da promoção da saúde. É preciso considerar, também, que, para o alcance dessa mudança, os serviços devem ser pautados em políticas públicas intersetoriais e inovadoras, que consolidem ferramentas fundamentais para sua efetivação, como trabalho interdisciplinar, apoio matricial e intersetorialidade, entre outras. Por fim, dada à complexidade do trabalho em saúde, é preciso olhar para o trabalhador, que às vezes tem a missão de cuidar, mudar e transformar, sem apoio, as mudanças estruturais necessárias (SASAKI; RIBEIRO, 2013).

2.3 Saúde pública no Brasil

As ações relacionadas com a assistência à saúde pública no Brasil, assim como em boa parte dos países cujo modelo econômico de desenvolvimento se assenta no capitalismo, estiveram ligadas a esse modelo de produção e conseqüentemente sofreram influências na sua forma organizacional, diferenciando-se de outras épocas da história.

Durante o período colonial, as ações voltadas à saúde pública brasileira praticamente inexistiu. As únicas ações que podemos destacar seriam aquelas realizadas pelos pajés (chefe de tribo indígena), com suas ervas e cantos, e os boticários, que viajavam pelo Brasil Colônia,

desenvolvendo ações de combate às doenças que afetavam a população, essas eram, portanto uma das únicas formas de assistência à saúde (INDRIUNAS, 2016).

Muitas das doenças que afetavam a população da época eram trazidas pelos brancos e negros estrangeiros que chegaram ao país para colonizar as terras brasileiras (GRILLO, 2013).

Na saúde o período colonial ficou marcadamente caracterizado por sua deficiência em medicamentos e médicos, além de técnicas precárias dos profissionais de saúde, tornando assim os locais de assistência à saúde, verdadeiros “depósitos” de doentes (POLIGNAMO, 2011 apud GRILLO, p.24, 2013). Doenças como a varíola, o sarampo, a febre amarela, dentre outras levaram a morte de centenas de indígenas, brancos e negros durante o período colonial.

No Brasil, alguns dos médicos e cirurgiões que se inseriram depararam-se com várias adversidades para desempenhar sua profissão. Além disso, depararam-se também com um imenso território e a pobreza da maior parte da população que não dispõe de recursos financeiros para arcar com despesas médicas, e tinham receio de se submeter às intervenções fundamentadas em purgantes e sangrias. Ao invés de apelar aos médicos diplomados na Europa, os habitantes das colônias sejam eles, ricos ou pobres, escolhiam usar os remédios aconselhados pelos curandeiros negros ou indígenas (DIOGO, 2012).

Com a chegada da Família Real portuguesa no Brasil, por volta de 1808, começa a mudar a situação da saúde pública no país. Foram então criadas as primeiras instâncias de saúde pública encarregadas de habilitar e fiscalizar o registro daqueles que se dedicavam à arte da cura (médicos, cirurgiões, farmacêuticos, parteiras, sangradores, etc.) e fiscalizar os navios para impedir que chegassem novas doenças nas cidades costeiras. Diante disso houve uma estruturação nos assuntos sanitários. Dessa maneira por ordem da Família Real foram instituídas escolas de medicina, conseguinte em função da corte real foi aparecendo várias entidades na tentativa de cuidar da saúde pública (GRILLO, 2013; DIOGO, 2012).

Foi durante o Brasil Imperial que nasce às primeiras políticas de saúde brasileira com ideias e planos voltados para tentar combater as enfermidades que reduzem a vida da população. Uma vez que a população pobre nessa época buscava atendimento médico através dos curandeiros negro, enquanto a população rica se tratava na Europa onde a medicina já era avançada no combate a enfermidades que levava a morte de muitos cidadãos (MARQUES, 2008).

No entanto, foi durante a República Velha que houve, de fato, as primeiras medidas de saúde pública brasileira. Essas medidas consistiam na vacinação massiva e obrigatória de todos os cidadãos dos grandes centros urbanos do país. O objetivo era tornar as áreas em que

havia circulação de bens e mercadorias livres de doenças infectocontagiosas, como a varíola, muito prevalente e epidêmica nesse período (DIOGO, 2012; MARQUES, 2008).

Essas medidas eram financiadas em grande maioria pelas oligarquias, ou seja, os estados mais ricos. Segundo Grillo (2013) o Brasil estava na época do “ouro” do café. O recente grupo de domínio estava centralizado na aristocracia paulistana, que no momento compartilhava a situação política com diversas oligarquias agrárias. A fortuna resultada do comércio do café estimulava o crescimento da região sudeste. Contudo, aproximadamente a mesma disposição corrente no fim do Império se manteve. A vacina em defesa da varíola tornou-se obrigatória em todo o país, um índice de doenças compulsórias foi criado, e a fiscalização dos portos foi aumentada.

Depois de todo esse investimento as fiscalizações ficaram muito mais rígidas. E tornou-se obrigatório as notificações oficial de todos os casos de doenças infectocontagiosa. Além disso, as autoridades determinaram que somente médico com diploma pudesse cuidar dos enfermos (DIOGO, 2012). Ainda consoante às pesquisas desse autor, paralelamente a isso foram realizadas viagens pelo interior do Brasil realizando pesquisas sanitárias e oferecendo soluções práticas para os problemas de saúde encontrados nas regiões visitadas. Esse modelo de atenção denominado de Sanitarista Campanhista foi idealizado pelo médico Oswaldo Cruz e permaneceu como modelo único de assistência a saúde no Brasil até o fim do século XIX.

Durante o início do século XX a saúde pública no Brasil estava disponível apenas para uma pequena parcela da população. Isso por que eram desenvolvidas apenas ações sanitárias e o controle de endemias e epidemias como a varíola, a malária, a febre amarela, entre outras (MARQUES, 2008).

Em 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), cujo primeiro diretor foi Carlos Chagas, com as funções de: legislar sobre a regulação da venda de produtos alimentícios, a normatização das construções rurais, produção de soros, vacinas e medicamentos necessários ao combate das grandes epidemias que afetavam o país, dentre outras funções (GRILLO, 2013). O período de 1900 a 1920 foi caracterizado por um forte desenvolvimento econômico devido à expansão das indústrias cafeeiras e a chegada dos imigrantes.

Em 1923 por meio da lei Eloy Chaves foi criado a Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que teve o status de primeira iniciativa de organização de um sistema de saúde voltado ao trabalhador. Depois vieram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que englobava marítimos, bancários e industriários. Em 1953 aconteceu a criação do Ministério da Saúde (MS) independente da área da educação. Após 3 anos de sua fundação o então ministro

da Saúde Souto Maior apresentou um conceito ampliado de saúde no XV Congresso de Higiene em 1962. Para ele a saúde da população deveria ser entendida como suas condições globais de trabalho (GRILLO, 2013).

A partir desse conceito em 1966 o Ministério da Saúde unifica os (IAPs) e cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) responsável tanto pelas aposentadorias e pensões, como também pela assistência médica dos trabalhadores e suas famílias, formando assim uma parceria entre a saúde e o bem-estar social destas pessoas.

Com a efetivação dessas propostas, percebeu-se um aumento muito grande na demanda. Com isso a solução encontrada pelos governos militares foi para a rede privada pelos serviços de saúde prestados a população. Surge então o Plano de Pronta Ação (PPA) e o Fundo de apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), ambos criados para suprir a grande demanda curativa (GRILLO, 2013).

Com isso novas experiências de interiorização de ações de saúde em áreas menos favorecidas do país foram criadas além de programas de atenção à saúde das coletividades e ações descentralizadas de saúde que juntamente com as experiências bem sucedidas de ações que se baseavam em aspectos sociais, levaram a intensas discussões para a criação de um novo modelo de assistência à saúde que pudesse se pautar numa atenção realmente resolutiva para as necessidades que se apresentam no dia-a-dia dos sujeitos. Essas discussões levaram ao surgimento do Sistema Único de Saúde – SUS.

2.4 Sistema Único de Saúde – SUS

Nos anos 90, posteriormente a institucionalização da Lei 8.080 “Lei Orgânica da Saúde” de 19 de setembro de 1990, ocorreu à instalação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de diversas normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas (NOBs) – como mecanismos de normalização do sistema. Apesar disso, com o início da introdução do SUS, diversos problemas se assentaram para sua normalização, dos quais se evidenciam: a aversão do antigo modelo assistencial – fundamentado na doença e em ações curativas particulares, a delimitação clara de cargos para os três entes governamentais (federal, estadual e municipal); o financiamento das ações de saúde as formas de articulação público/privado no novo modelo de organização dos serviços; – a uma transformação mais substancial nas práticas assistenciais (VIANA; POZ, 2005).

O Sistema Único de Saúde (SUS) estrutura-se sob a forma de uma rede de serviços hierarquizados, descentralizados, e regionalizados, para atender com resolubilidade as

necessidades de saúde dos cidadãos. Ele foi instituído no país por meio da Constituição de 1988, incorporando os princípios da universalidade, da equidade, da integralidade e controle social como mostra na figura 1, esses princípios foram postulados pelo movimento da Reforma Sanitária e expressos na VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 (BRASIL, 1990).

Figura 1 - Princípios do SUS



Fonte: Geremias, (2015)

O SUS é uma conquista da sociedade brasileira e foi criado com o propósito de promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório e gratuito o atendimento a todos os indivíduos. Abrange do simples atendimento ambulatorial aos transplantes de órgãos.

A proposta de se universalizar as políticas de saúde de uma forma ampla e plural começou a ser embasadas na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 sugerindo modificações fundamentadas no direito universal à saúde. Em meio a essas mudanças enfatiza-se a colaboração da sociedade e a descentralização dos serviços assistenciais. A conferência em si já citava a influência da municipalização como uma maneira de exercer a

descentralização. A mesma facilitou inclusive para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS). Chegou a 5.000 pessoas participando e produzindo relatórios que forneceram auxílio categórico à Constituição Federal de 1988 nos contextos relativos à saúde (MARQUES, 2008).

A criação do SUS foi fruto de intensas discussões entre diversos atores/setores da sociedade, que movidos por um espírito de transformações deram corpo ao arcabouço legal e constitucional do novo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo incorporadas ao texto da Constituição Federal em 1988.

Segundo SOUZA (2003) apud GRILLO (2013, p.31), “O Sistema Único de Saúde (SUS) instituído pela constituição de 1988, compondo o tripé da Seguridade Social (Previdência - Assistência Social – Saúde), preconiza o direito à saúde de forma universal, equânime e integral”.

Já MARQUES (2008) afirma que o “[...] SUS é um sistema composto por várias instituições (União, Estados e Municípios), é “único”, pois tem a mesma doutrina de atuação em todo o território nacional e a organização se dá através da mesma sistemática”.

Neste contexto, o SUS previne a descentralização do Sistema de Saúde brasileiro, estando a cargo dos municípios a administração dos recursos e prestação dos serviços à população. Temos, então, o SUS como um conjunto de ações e serviços, mantidos pelo poder público, se consolidando como um espaço destinado a atender a toda a população brasileira nas suas ações de promoção e recuperação da saúde.

Com isso, é possível os governos locais aplicarem os recursos de acordo com as necessidades e prioridades de cada município, que apresenta realidades muito distintas uma das outras através desse sistema “municipalizado” (TELLES, 1999). Entretanto o processo de descentralização requer o estabelecimento de novas relações econômicas, políticas e sociais entre governo e sociedade, que passam a ter maior participação na gestão da saúde e a oportunidade de colocar suas propostas e contribuir para o bom funcionamento de sistema.

Diante do exposto podemos afirmar que o SUS foi organizado com base no direito universal à saúde e prioriza a Atenção Básica, além de requerer um modelo de saúde resolutiva e integral em todos os níveis de atenção.

2.5 Breve histórico da Estratégia Saúde da Família – ESF

Inicialmente falamos do Programa de Saúde da Família (PSF) para depois fundamentar a mudança para Estratégia Saúde da Família (ESF).

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi idealizado de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, em Brasília, sobre a temática Saúde da Família, solicitada pelo gabinete do ministro da Saúde (Dr. Henrique Santillo). Na oportunidade foi dada a resposta do ministério a solicitação de secretários municipais de Saúde, que almejavam patrocínio financeiro para realizar alterações na maneira de operacionalização da rede básica de saúde (VIANA; POZ, 2005).

Historicamente o Brasil abraçou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 como estratégias de estruturação de um novo paradigma de atenção integral à saúde das famílias e comunidades. Dessa forma o Programa Saúde da Família foi inserido no Brasil com a finalidade de concretizar e aprimorar o Sistema Único de Saúde (DALPIAZ; STEDLLE, 2011).

O Programa de Saúde da Família - PSF surgiu com o objetivo principal fornecer uma reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em concordância com os princípios do SUS, transmitindo uma nova forma de atuação nas unidades básicas de saúde, com fixação de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

A Atenção Básica foi reestruturada e reorganizada com a implantação do PSF, a partir de 1994, recentemente foi denominada como Estratégia Saúde da Família (ESF). Com a ESF, a família passou a ser ponderada como unidade de intervenção e firmou-se a premissa da reorientação das práticas profissionais a partir da Atenção Básica, no desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

De acordo com Silva *et al.* (2011) a Estratégia Saúde da Família sugere uma administração do compromisso que privilegia as atuações como: precaução a doenças e de melhoria da saúde, buscando assim solucionar grande parte dos danos das pessoas no nível primário de atenção à saúde. Nessa lógica, procura-se transformar o exemplo preponderante nos serviços de saúde, que se alonga praticamente sobre as ações de assistência, nesse caso acontecem nos níveis secundário e terciário.

Ao constituir a ESF, o Brasil inovou e avançou na configuração de um modelo de Atenção Primária, baseado numa equipe básica, constituída por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnicos de enfermagem e odontologia, agentes comunitários de saúde e, ainda, uma equipe interdisciplinar para apoio e interface imediata, que é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (RODRIGUES; ANDERSON, 2011).

Nesse modelo, segundo Neumann e Silva (2016), cada equipe é capacitada para explorar a vida das pessoas pelas quais é encarregado, por meio de cadastro e análise de suas

particularidades demográficas, sociais e estudo de propagação de doenças; conhecer as dificuldades de bem-estar e circunstâncias de risco aos quais a comunidade que ela atende está arriscada; organizar, com a participação das pessoas, um esquema para combater as patologias mais relevantes; oferecer auxílio absoluto, contrapondo de maneira consecutiva e simplificada à pendência natural, da UBS, na sociedade, na residência e na orientação a observação nos ofícios de menção ambulatorial ou hospitalar; incrementar obras educacionais para encarar as dificuldades de saúde encontradas.

Dessa forma o atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

As equipes multiprofissionais do PSF privilegiam a reorientação a assessoria em atribuição das causas de risco do grupo e são encarregados pela assistência de um número determinado de famílias, estabelecidas em área delimitada geograficamente. Visam à prevenção e promoção da saúde e o acolhimento dos indivíduos, com proteção absoluta, aspecto familiar, atuação social do serviço apresentado, intersetorialidade, mediação nas condições de risco e ambiente para início e aperfeiçoamento da cidadania e humanização dos procedimentos de saúde (SEOANE, 2012).

Na necessidade de uma atenção infindável e consecutiva o PSF em 2006 passou de um programa para uma estratégia na atenção básica em saúde, denominada Estratégia Saúde da Família - ESF, exatamente por que programa apresenta um tempo demarcado enquanto que a estratégia é infindável e consecutiva (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

Recentemente, o PSF foi denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF), pois o termo programa focaliza uma atividade com começo, meio e fim. Analisando o PSF como uma estratégia de reestruturação da atenção primária, é inviável calcular tempo para finalizar essa reestruturação. Portanto, O programa Saúde da Família e Estrategia Saúde da Família procederam até o momento como similares, porém, desse ponto em diante, passa-se a usar exclusivamente Estratégia Saúde da Família (ESF) (SEOANE, 2012).

2.6 O modelo Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Estratégia Saúde da Família (ESF), de valor econômico reduzido, sem a necessidade de acrescentar inovações, focalizando na divulgação e precaução de doenças, buscando apresentar melhor satisfação e conforto aos usuários, objetivando dar maior racionalidade no

uso dos vários níveis assistenciais e amortizar os internamentos hospitalares, modificou-se nos últimos 16 anos no modelo hegemônico da atenção primária brasileira dessa forma indicasse a ESF como estratégia fundamental de enfrentamento da crise da saúde no país (MACIE; CALDEIRA; DINIZ, 2014).

As ESF são equipes que compreendem as pessoas do seu território e seu cotidiano. Dessa forma constituem uma proximidade com os indivíduos e a comunidade, sendo capaz de efetivar ações de melhoria. As ações devem refletir a especialidades dos indivíduos e seu protagonismo cessando com o tradicionalismo de atenção situado na institucionalização e nos tratamentos medicamentosos acentuados que condenam a doença e o indivíduo (GOMES; LUZ, S/a).

A equipe da ESF é formada basicamente por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem, um odontólogo, um auxiliar ou técnico de saúde bucal e os agentes comunitários de saúde (ACS). Essas equipes conseguem também parcerias de outros profissionais de acordo com o bom senso dos gestores municipais, como odontólogos e assistentes sociais (BARRA, 2013).

Pereira (2011) também ressalta sobre a formação da equipe da Estratégia Saúde da Família, recentemente foi estabelecida sua formação, que tratasse de um médico especialista em atenção básica, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. À medida que esta equipe for sendo aumentada passara a contar com dentista, um auxiliar ou técnico de saúde bucal.

Ainda de acordo com Barra (2013), a equipe da ESF é encarregada pelos indivíduos de um território demarcado cobrindo mais de quinhentos mil domicílios. As famílias são cadastradas e inseridas à equipe, o que propicia a idealização de laços entre a comunidade e a equipe de estratégia saúde da família que se transformam em responsáveis por precauções sanitárias da comunidade relacionada. Diante disso o entendimento da comunidade é importante para a Estratégia, pois os diagnósticos são construídos a partir dos perfis epidemiológicos, as peculiaridades socioculturais que possibilitam a implantação de objetivos e a organização de atuações, como também o reconhecimento das solicitações e dificuldades em saúde.

Dessa forma, objetivando reestruturação da atenção básica no país, a Estratégia Saúde da Família, em conformidade com os preceitos do Sistema Único de Saúde é considerada pelo Ministério da Saúde e gestores municipais e estaduais, representados concomitantemente pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, como estratégia de ampliação, qualificação e materialização da atenção básica por

beneficiar uma reorientação da metodologia de trabalho com maior habilidade de investigar as diretrizes, princípios e fundamentos da atenção básica, de expandir a resolutividade e repercussão na situação de saúde dos cidadãos e da sociedade, propiciando uma relevante relação custo-efetividade (PANAB, 2012).

A ESF tem por finalidades e ponto central do seu propósito a saúde da família, privilegiando a edificação de relacionamentos entre a família e a equipe de saúde da família, ampliando atos preventivos de melhoria e amparo da saúde da mesma (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

Os contrários da ESF fundamentam-se também na desordem que é feita entre tecnologia simplificada e atenção primária. O conceito de atenção primária está relacionado ao de tecnologia simplificada, porém na ESF é empregado um instrumental de informática para análise e levantamento de informações socioeconômicas e epidemiológicas dos habitantes que objetiva investigar, que se sustenta na promoção de ferramentas, como por exemplo, a ultrassonografia, conseguindo até mesmo usar kits diagnósticos, como os usados pelos médicos cubanos (NASCIMENTO, 2011).

Referindo-se a introdução da ESF é dever do município e, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ele necessitará elaborar argumentos de fundação ou ampliação da própria. Para isso está concernente ao surgimento da Constituição Federal de 1988, em que a saúde foi definida com índole descentralizada, o que abrange também a maneira de municipalização admitindo ao município independência política e autônoma sobre a política de saúde regional (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

Dessa maneira, fundamentado em seus vários programas, a Estratégia Saúde da Família (ESF) centraliza na acessão da peculiaridade de vida e na interferência nos fatores que conduzem essa qualidade em risco, e não simplesmente concentra na assistência a doença, consentindo uma intensa associação entre Ministério da Saúde, as secretarias estaduais, municípios, comunidade local e outros componentes, para o favorecimento de todos. Além de incluir os três âmbitos de governo, pertencendo às esferas estadual, federal e municipal, a ESF colabora criando parte de uma sugestão de ação para a reorientação do paradigma de atenção à saúde objetivando a coordenação dos processos municipais de saúde, considerando o acompanhamento e sua execução e a inclusão na preparação e educação permanente dos recursos humanos (MIARELI, 2012).

Como se vê, a ESF é uma conquista do cidadão brasileiro. Haja vista que ela não é qualquer forma de dar atenção à saúde dos indivíduos, ao contrário ela é um modelo eficaz, eficiente e efetivo de fazer atendimento de saúde aos cidadãos. No entanto, para que esse

modelo se efetive é fundamental a mobilização das comunidades e dos gestores, pois só por intermédio deles teremos a qualidade efetiva das ações voltadas para a saúde da família.

2.7 Atribuições da Equipe da Estratégia Saúde da Família

As Equipes de Saúde da Família apresentam competências gerais e peculiaridades específicas que as possibilita entender a vida das famílias das quais são encarregadas, com destaque nos atributos socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas, e apontar os dilemas de saúde mais frequentes e os acontecimentos de risco cuja sociedade esta sujeita (BASSOTO, 2012).

Segundo Borges (2014), no que se refere a composição das equipes da ESF no Brasil, processam-se mediante concursos públicos ou admissão provisória por responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde, e essa composição não submete-se a qualquer preceito de empatia ou de aceitação voluntária dentre os integrantes da sua formação original. Entretanto, salienta-se que ao mesmo tempo no Brasil esta tendência pertence a um composto de preceitos e diretrizes em outros países como Portugal existe uma emancipação operante das práticas profissionais.

Para o profissional médico ou dentista permanece a responsabilidade de efetuar a análise pessoal diante de um panorama de indícios e manifestações e o início da intervenção apropriada. Do mesmo modo que, o enfermeiro fará as atuações administrativas focalizadas na precaução, conforme a direção e observação das técnicas dos agentes comunitários de saúde, os quais emitem atos que almejam a relação entre a comunidade relacionada e a Unidade Básica de Saúde (UBS), o cadastramento das pessoas e seu melhoramento duradouro. E os técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnico de saúde bucal ou auxiliar de consultório dentário iram efetuar técnicas de proteção fundamental normalizadas no aprendizado de seu ofício. Isso acontece como subsidio de princípios e ações tais como: o comprometimento e o laço, socialização no acolhimento e assim por diante, que necessitam ser divididas pela equipe da ESF (PEREIRA, 2011).

De acordo com Brasil (2011), as habilidades dos responsáveis pelas equipes da Estratégia Saúde da Família estão elencadas no Anexo da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, quais sejam:

- praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade;

- realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;
- acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho;
- garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica;
- realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações;
- realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe; (BRASIL, 2011)

Neste contexto, é fundamental que os profissionais tenham uma formação adequada as suas funções. Dessa maneira ambos terão capacidade e habilidade especifica para o trabalho, fortalecendo assim a atenção básica de saúde as famílias em toda a comunidade.

2.7.1 Médicos

O médico (BRASIL, 2011) é um especialista que cuida da saúde humana, proporcionando saúde, precavendo, identificando e lidando com enfermidades, com capacidade e resolutividade, incumbindo-se pela supervisão do plano terapêutico do individuo. A fim de atender à solicitação dos indivíduos sob sua incumbência, deve praticar atividades planejadas e de cautela à demanda natural, de maneira partilhada, consultas medicas e breves atuações cirúrgicas, assim como preconizado na Unidade de Saúde, na habitação ou em ambientes comuns, respondendo sobre o internamento hospitalar ou domiciliar e sobre a assistência do individuo. Para tanto, o médico necessita, trabalhar em união com o enfermeiro, concretizar e fazer parte das prestezas de educação inflexível dos elementos do grupo e compartilhar da administração da matéria-prima.

Verdadeiramente, o médico é o especialista que possui fundamento apropriado para realizar analise clínica e receitar as medicações para as enfermidades dos indivíduos (PEREIRA, 2011).

O profissional médico executa atendimentos exclusivos e grupais para todas as idades, isto é: crianças, adolescentes, adultos e idosos inclusos nas regras de atribuição da Atenção Básica, como também, compreende uma sequencia de pertinências peculiares distintas estabelecidas pelo Ministério da Saúde. (PEREIRA, 2011)

2.7.2 Odontólogos

De acordo com Boreto (2011), no ano 2000 constatou-se a ausência da odontologia na ESF para modificar as atividades odontológicas apresentadas. Basicamente a prática da técnica medicamentosa e curativos não fornecem o resultado esperado, isto é, a promoção do procedimento odontológico da comunidade com faixas etárias distintas e a redução dos problemas bucais, significando uma melhoria no esforço para universalizar a promoção e investida no método da territorialização.

Com a inserção da odontologia na ESF observou-se que essa situação poderia ser revertida, buscando colaborar com o princípio da integralidade, isto é, considerar a pessoa como um só e não por partes, proporcionando uma missão em vários níveis e confiando na intersetorialidade, objetivando atos designados à ascensão de saúde, reconhecimento, precaução e a intervenção por fim das doenças bucais, induzindo a uma compreensão mais adequada dos indivíduos (BORETO, 2011).

De acordo com Falcão (2014), a composição das Equipes de Saúde Bucal pertinentes a ESF, pode estar em convênio com a portaria 2.488, com o Cirurgião-Dentista e Auxiliar de Saúde Bucal, de outro modo poderá constituir-se de Cirurgião-Dentista, Auxiliar de Saúde Bucal e/ou técnico de Saúde Bucal (BRASIL, 2011).

Modificar o padrão da odontologia grupal habitual adequando-o ao padrão da Estratégia Saúde da Família precisa de sugestão estratégica, porém fundamentalmente de interesse político. Significando que isto é um privilégio dos governantes, compete aos especialistas do serviço público e conhecedores da saúde grupal a incumbência de comovê-los a modificar a prática, consecutivamente o significado de proceder corretamente em solidariedade com os indivíduos (COSTA, 2015).

Conforme Brasil (2011), o cirurgião-dentista é o especialista de saúde habilitado no campo da odontologia, que age junto aos outros integrantes dos grupos de trabalho relativo à saúde bucal, juntando atuações de saúde de maneira multidisciplinar. Compete a ele, juntamente com o técnico em saúde bucal, determinar o perfil epidemiológico das pessoas para a organização da saúde bucal, com a intenção de disponibilizar um cuidado específico e comunitário direcionado ao progresso da saúde e à vigilância a enfermidades bucais, de maneira integral e definitiva. Consecutivamente necessita-se atingir os procedimentos médicos, compreendendo acolhimento as urgências, intervenções cirúrgicas mínimas e processos pertinentes à etapa medica da acomodação de próteses dentárias, como também

promoção de procedimentos planejados e de prevenção à busca natural e ao domínio de materiais.

2.7.3 Enfermeiros

Com relação à progressiva ampliação da Estratégia Saúde da Família por todo Brasil, a mesma transcorreu a ser uma área de desempenho admirável para os enfermeiros, permitindo uma maior independência profissional, da mesma maneira que permitiu uma visão superior ao seu exercício profissional (SILVA; SANTOS, 2015).

A organização familiar possui como suporte atitudes preservativas e educacionais, essas atitudes ocorrem em unidades básicas de saúde (USB) na qual está implantada a ESF. Uma das atitudes incrementadas pelos enfermeiros consistir em alianças que tem por finalidade aperfeiçoar por meio da conversa (BEZERRA, 2013).

Dessa forma, através das aparências, da sua metodologia de tarefas e da sua técnica igualitária e grupal, o enfermeiro da Estratégia Saúde da Família constitui uma cadeia de semelhanças coletivas ao estabelecer suas tarefas cotidianas, visto que nutre afinidades com a equipe de enfermagem, e de modo direto com agentes sociais que procuram as instituições de auxílio à saúde esperando consideração das mesmas (FERNANDES, 2012).

Considerando à intervenção da enfermagem na ESF, a mesma reúne o gerenciamento do grupo dos enfermeiros e dos ACS, obrigações administrativas e a atenção pessoal, através do acolhimento do enfermeiro, da visitação ao domicílio e serviços no município. A atenção não é privilégio de alguns, mas de todos, dos enfermos, aparentemente saudáveis ou não. Em todo o ciclo de vida do ser humano necessita-se uma consideração especial pelo amparo da enfermagem, incluindo o cuidado ao bem-estar do idoso (OLIVEIRA; MENEZES, 2014).

Brasil, (p. 46-47, 2012) coloca as atribuições específicas do enfermeiro como sendo as seguintes:

- I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade;
- II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;
- III - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- IV - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe;

- V - Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; e
- VI Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

De acordo com Bassoto (2012) O enfermeiro apresenta uma função notável quanto dirigente e instrutor dos Agentes Comunitários de Saúde de modo a motivar capacidades inovadoras ao ofício desta equipe, consolidando os conhecimentos já colhidos e adicionando novas experiências, com o propósito de unido aos restante dos profissionais consigam encarar as provocações e obstáculos, permitindo uma condição de vida superior para a comunidade observada.

2.7.4 Técnicos de enfermagem e Técnicos de Saúde Bucal

Os profissionais técnicos ou auxiliares de enfermagem, técnicos ou auxiliares de higiene bucal iram desempenhar as técnicas fundamentais de proteção normatizados no aprendizado de sua ocupação (PEREIRA, 2011).

O técnico ou auxiliar de saúde bucal amplia acolhimento pessoal seja na Unidade Básica de Saúde, seja nas residências e trabalhos em grupo por intermédio de equipes educacionais e saúde e em outros lugares como em escolas, e assim por diante. Além de ampliar alguns serviços desligados do odontólogo, tais como equipes de escovação e dentre outras práticas educacionais, o técnico de saúde bucal tem uma agenda bem ligada à do odontólogo, devido à necessidade de seu subsídio nas atuações em consultório (OLIVEIRA, 2011).

O técnico de enfermagem, assim como o enfermeiro está apto para efetuar procedimentos como curativos, bem como auxiliar na função de organização dos ACS, tem ainda o encargo e preparar os profissionais no que se faz referência as obras de saúde, uma vez que não proíbe uma incumbência partilhada com os demais entendidos da saúde, já que o enfermeiro não apreende completamente os conhecimentos indispensáveis ao cuidado total à saúde, de fato ninguém apreende esse conhecimento absoluto (PEREIRA, 2011).

De acordo com Brasil (2011) e a portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 são atribuições específicas dos auxiliares e do técnico de enfermagem:

- I - participar das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc);

- II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- III - realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe;
- IV - participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS; e
- V - contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente.

Tais procedimentos estão intimamente relacionados à qualidade com que os serviços são oferecidos à população. Nessa perspectiva, torna-se necessário fortalecer os vínculos afetivo e profissional entre o trabalhador e o usuário para que se amplie a qualidade e a satisfação da comunidade pelo atendimento a eles disponibilizado. Ainda de acordo com a portaria acima citada, são atribuições do auxiliar de saúde bucal:

- I - realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, mediante planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- II - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- III - executar limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- IV - auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas;
- V - realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- VI - acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe de saúde da família, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VII - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;
- VIII - processar filme radiográfico;
- IX - selecionar moldeiras;
- X - preparar modelos em gesso;
- XI - manipular materiais de uso odontológico; e
- X - participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador.

Conhecer mais profundamente sobre as funções dos profissionais da área do SUS, mais especificamente na ESF, evidencia-se a grande importância desses profissionais para saúde da população. Tais conhecimentos proporcionam um melhor entendimento e reconhecimento das funções de cada profissional. É importante salientar que atualmente cada vez mais se exige que o profissional de saúde possua um caráter multidisciplinar cujo objetivo principal é unir os diferentes saberes em prol da resolução dos problemas que afetam a população atendida. Dessa maneira a integração entre os diferentes profissionais resulta no melhor atendimento e na satisfação da população em ter seus problemas e anseios resolvidos.

2.7.5 Agentes Comunitários de Saúde

Dentro da Estratégia de Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são elementos da comunidade especifica nomeado através de concurso público. É o ACS quem encontra-se introduzido na comunidade, quem familiariza-se com os indivíduos e frequenta as residências como requer a ESF.

Os ACS's são um dos elementos constituintes da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) consistem em pessoas moradoras da própria região que elaboram obras de ascensão e de ensino em saúde, através de visitas às residências às famílias do território no qual operam (VIDAL; MOTTA; BATISTA, 2015).

Segundo Freitas (2013) Os ACS podem ser ponderados politicamente nos dias de hoje como profissionais de fundamental estimação para a inserção da ESF, considerando seu significado cde envolvimento como indivíduos de acordo entre as comunidades menos favorecidas ou por parte da bibliografia acadêmica que aborda o assunto e os outros trabalhadores da saúde.

De acordo com a Portaria N° 2.488, está prenunciada a fundação da estratégia de ACS nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto a uma probabilidade de reestruturação preliminar da Atenção Básica objetivando a introdução sucessiva da ESF ou como uma configuração de acrescentar os ACS a outros modos de coordenação da atenção básica. São componentes imprescindíveis à fundação desta estratégia: a presença de uma UBS, registrada no sistema de Cadastro Nacional vigente que passará a ser a UBS modelo para a equipe de ACS; a presença de um enfermeiro para doze Agentes Comunitários de Saúde no limite máximo e no mínimo quatro ACS para um enfermeiro, formando, portanto uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde; e A execução da carga horária total de 40 horas por semana de toda a equipe de ACS, composta por Agentes Comunitários de Saúde e enfermeiro dirigente (BRASIL, 2011).

A inclusão dos Agentes Comunitários de Saúde na Atenção Básica à Saúde no Brasil vem conseguindo uma evidência gradativamente maior pelo admirável desempenho que eles vêm realizando na ESF, aparecendo, em muitas literaturas, uma impressão otimista nos desfechos conquistados. Certamente, o ACS, vem labutando como uma conexão entre a ESF e a sociedade, apresenta atuações em três extensões: o método, agindo com conhecimentos epidemiológicos e clínicos; a política, empregando conhecimentos da saúde grupal, e a de auxílio social, permitindo a promoção com igualdade às conveniências de saúde o que lhe confia novamente uma categoria específica (TOLENTINO; ANDRADE, 2008).

As tarefas efetuadas pelos ACS são compostas por pertinências características demarcadas inicialmente pelo Ministério da Saúde. Analisa-se que um dos ACS indica a seriedade do seu centro característico de compromisso: a conexão instituída através de seu ofício entre sociedade específica e outros indivíduos para a competência do trabalho em grupo centralizada no indivíduo (OLIVEIRA, 2011).

Desse modo, os Agentes Comunitários de Saúde são a conexão da cadeia, que uni o ofício (UBS) à comunidade consistindo em algo formidável, que ele seja estimulado em suas colocações e consiga um clima de trabalho apropriado às procuras de saúde que ele mesmo conduz por atribuição dos clientes a que estão atrelados. Toda a juntura da equipe sendo assim detém-se a responsabilidade do enfermeiro, evidenciando a relevância do referido no resultado final do exercício grupal (BASSOTO, 2012).

Por fim, á proporção que o Agente Comunitário de Saúde opera quanto componente formador entre a sociedade e a atividade de saúde faz-se essencial raciocinar a propósito de o seu desempenho no grupo e na modificação do padrão de atenção básica. (BARRA, 2013).

2.8 Dimensões da qualidade dos serviços

O avanço financeiro favoreceu o acréscimo da relevância do campo de serviços. Do mesmo modo como se transcorreu na Revolução Industrial, ocasionando amplas transformações financeiras e na empregabilidade dos trabalhadores, na contemporaneidade, o fornecimento de serviços sejam eles: econômicos, educacionais, de telecomunicações, de saúde e públicos, assim por diante, tem provocado uma alteração de conduta por meio da compreensão relevante da ação de cuidar. No que concerne às requisições progressivas dos clientes, ultimamente, as organizações estão agrupando em seus costumes organizacionais a prática da “servicilização”, que abrange o cuidado com a qualidade, com o acolhimento e com a personificação dos costumes na intervenção, resultando no interesse maior que é a satisfação dos clientes (BUOSI; GIRALDI; OLIVEIRA, 2013).

A evolução da Administração da Qualidade através do tempo fez alteração na Administração para adaptar o seu comando na indústria e apanhar destaque em todos os departamentos de exercício, perpetrando cada vez mais, no agrupamento de conceitos e embasamentos que orientam a administração pública e a vida das pessoas. A atualidade realça que a qualidade não pode ser mais meditada como alternativo aos serviços, mas uma condição essencial para sobreviver e mais, é uma carga igualitária e moral. Os atributos de

responsabilidade igualitária e moral da qualidade em serviços ficam ainda mais admiráveis quando apontada aos serviços públicos (RIGHI; SCHMIDT; VENTURINI, 2010).

Para Fitzsimmons (2010), serviço é um experimento transitório, intocável, elaborado para um indivíduo que cumpre seu papel juntamente com outro indivíduo.

De acordo com Lovelock e Wright (2007), os serviços são funções ou tarefas econômicas proporcionadas por uma pessoa à outra, analisando repetidamente comportamentos com apoio em certo período para gerar a solução almejada por eles mesmos, em elementos ou em outros benefícios pelos quais os clientes são incumbidos.

Na bibliografia existe a ausência de concordância em relação à qualidade em serviços, esta, é mais analisada diante das perspectivas dos consumidores e, por decorrência, na ponderação de satisfação dos mesmos (BUOSI; GIRALDI; OLIVEIRA, 2013).

O procedimento avaliativo da qualidade em serviços de saúde abrange tanto quem usa as conveniências como quem as gera. Não há incertezas de que o cliente e o ofertante preenchem disposições desiguais no método, apesar dos dois colaborarem para que os serviços constituam execução. Assim, as perspectivas e deficiências de clientes e ofertantes motivam de modo diferente a qualidade dos serviços. Sendo assim, torna-se fundamental compreender como estas figuras fundamentais que compreendem a qualidade dos serviços que estão sendo apresentados, pretendendo reconhecer e avaliar as distinções perceptivas para que, consecutivamente possam interferir procurando modos de organiza-las de maneira a agradar as obrigações de ambos e gerar um avanço sucessivo (RIGHI; SCHMIDT; VENTURINI, 2010).

Zeithaml, Parassuramen e Berry (2014) analisam e percebem os dez parâmetros ou dimensões gerais, aos quais se ofertou os nomes de: elementos tangíveis, confiabilidade, responsividade, competência, cortesia, credibilidade, garantia, acessibilidade, comunicação, entendimento do cliente.

Para Zeithaml, Parassuramen, e Berry (2014) as dez dimensões não são interdependentes entre si. Pontos como: confiabilidade e segurança podem efetivamente oferecer determinada coincidência. Como a observação com grupos focais de consumidores foi exploratória e qualitativa, a avaliação de prováveis oposições entre as dez dimensões precisou aguardar para ser realizada na etapa quantitativa da observação. Acredita-se que esse anexo de dimensões da qualidade em serviços é esgotado e adequado para mensurar a qualidade em uma extensa multiplicidade de serviços. Ainda que os parâmetros de mensuração característicos consigam modificar-se de um serviço para outro, as dimensões globais pressupostas a esses discernimentos são capturadas pelo composto.

As assimilações relacionadas à qualidade dos serviços modificam-se em combinação como a ocasião experimentada. Diante disso, a qualidade do serviço só é mensurada no instante em que é confrontado o que era aguardado com o que verdadeiramente foi auferido. Os serviços apenas poderão ser avaliados a partir de uma estimativa prévia, e esta estimativa é conseguida em ajuste com as dificuldades de cada cliente e conhecimentos passados por eles (BATISTA, 2009).

A ciência dessa percepção permite a preparação de uma diferenciação do ofício apresentado, visando, auxiliar a edificação dos aparelhos de ponderação para que seja admissível ligar a característica observada e a característica ponderada do serviço oferecido. A ponderação admite que as instituições distingam minuciosamente a sua performance, analisando os parâmetros de superioridade. Não se trata exclusivamente de preparar os ofícios para a ação, porém de classificar para as precisões dos consumidores que são e será continuamente seu motivo de vida (FADEL; FILHO, 2009).

Assimilar a qualidade transforma-se em um estímulo, e essa abrangência sobrevém a começar do instante em que se admite como se dá a intervenção de cada função em especial. compreender a qualidade nasce como um elemento essencial para a avaliação de como o procedimento necessita se admitir para alcançar a satisfação do consumidor. Por tanto, o serviço que ambiciona gerar um grau de qualidade convincente, deve ajustar-se a um método e a um aperfeiçoamento continuado, considerando que a qualidade permitiu apresentar novos conhecimentos habituais, aconselhadas por atuações administrativas, para satisfazer à inovação necessária conduzida em combinação com as prioridades dos consumidores (BATISTA, 2009).

3 METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido junto a Secretaria de Saúde do Município de São Francisco, situado no interior do Estado da Paraíba, e buscou conhecer a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) quanto à qualidade da prestação de serviços referentes às políticas públicas voltadas para a saúde.

Parta tanto, este capítulo subdivide-se em quatro seções: tipo de pesquisa, universo e amostra, instrumento de coleta de dados e tratamento dos dados.

3.1 Tipo De Pesquisa

Esta seção estabelece o delineamento dos procedimentos metodológicos em quanto aos fins, em quanto aos meios e em quanto à forma de abordagem.

3.1.1 Quanto aos fins

O desenvolvimento do trabalho contou com dois tipos de pesquisa: a pesquisa exploratória e a pesquisa descritiva.

A escolha da pesquisa exploratória justifica-se pelo fato de permitir uma maior familiaridade entre o pesquisador e o tema pesquisado. Gil (2009, p. 43) afirma que esse tipo de pesquisa “[...] têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de instituições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado”, muitas vezes pouco ou jamais explorado. A realidade pesquisada nesta produção acadêmica jamais foi explorada no município de São Francisco.

Enquanto que a pesquisa descritiva justifica-se em Vergara (2005, p.47) quando ela afirma que este tipo de pesquisa “[...] expõe características de determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza”. Pela exploração das dez dimensões dos serviços, a consequente descrição da percepção dos usuários requer esse procedimento “descritivo”.

O uso de tais tipos de pesquisas permitiu aprofundar o conhecimento acerca da realidade das políticas públicas de saúde desenvolvidas no município de São Francisco, além de ter lançado um novo olhar sobre as ações desenvolvidas.

3.1.2 Quanto aos Meios

O estudo aqui descrito lançou mão das pesquisas de campo e documental para descrever e analisar o objeto de estudo.

Segundo Vergara (2005, p.47), a “pesquisa de campo é investigação empírica realizada no local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo”. Tal tipo de pesquisa permitiu um maior aprofundamento da realidade com a presença do pesquisador no campo explorado. No caso dessa pesquisa, esse procedimento é importante porque além do pesquisador estar diretamente em contato com a população pesquisada, a amostra da população pesquisada faz parte do campo de atuação do pesquisador, o que facilita seu acesso ao público-alvo.

Enquanto que a pesquisa documental é realizada em fontes como tabelas, cartas, pareceres, fotografias, atas, relatórios, leis e obras originais de qualquer natureza. A pesquisa documental constitui uma técnica importante, pois é uma fonte rica e estável de dados (GIL, 2009). Neste sentido, ao analisar os dados coletados na pesquisa de campo e compará-los frente à literatura pesquisada podemos emitir parecer que expressam a realidade vigente. Com isso foge-se do “achismo” para apresentar dados científicos que expressam a verdade sobre o objeto de estudo.

3.1.3 Quanto à Forma de Abordagem

O presente estudo teve um caráter quanti-qualitativo, e baseou-se em Matos (2002) quando afirma ser possível em uma pesquisa estabelecer dados quantitativos e qualitativos, pois enquanto um possibilita estabelecer estimativas numéricas de um determinado fenômeno, o outro aprofunda o significado da questão em análise. Matos (2002) indica ainda que podem-se considerar científico em uma pesquisa não apenas os aspectos quantitativos, mas também as variáveis qualitativas, pois estas se complementam e possibilitam múltiplas interpretações sobre o objeto de estudo.

3.2 Universo e amostra

A pesquisa desenvolvida teve como universo os usuários das políticas públicas de saúde do município de São Francisco-PB, correspondendo a 3.603 habitantes, conforme dados da Prefeitura (2016). No entanto, devido ao grande número de indivíduos atendidos pelas

políticas públicas de saúde do município e a acessibilidade, será considerada uma amostra de 5% do universo de usuários, levando-se em conta que existem duas unidades (áreas) do programa Estratégia Saúde da Família, serão pesquisados 186 usuários aleatoriamente escolhidos nas áreas de atuação das equipes ESF.

A amostra foi calculada através da equação 01 a seguir:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * (1 - p)}{(N - 1) * e^2 + Z^2 * p * (1 - p)} \quad (1)$$

Sendo:

n = O tamanho da amostra a ser calculada; N = Universo considerado, ou seja, todos os usuários das políticas públicas de saúde do município de São Francisco-PB que é de 3.603 habitantes; Z = é o nível de confiabilidade, foi considerado um nível de 95% e foi obtido um valor tabelado de Z=1,96; e = É a margem de erro máximo considerado, neste caso admitiu-se 5%; p = É a proporção que foi considerado de 50%;

A partir disso, após os cálculos efetuados, chegou-se a uma amostra de 186 questionários que foram aplicados para levantamento de dados entre os habitantes da zona urbana e zona rural do Município em estudo que foram escolhidos aleatoriamente.

De acordo com Gil (2008), a amostragem seria uma parcela selecionada do universo total, sendo utilizada na pesquisa em questão uma amostra aleatória simples, onde consiste em atribuir a cada elemento da população um número único para depois selecionar alguns desses elementos de forma casual.

3.3 Instrumento de Coleta de Dados

Para levantamento de dados utilizou-se como instrumento de coleta um questionário que foi aplicado com uma amostra da população envolvida na pesquisa, pois na visão de Matos (2002) um questionário pode constar de questões subjetivas e objetivas. Ou seja, abertas, quando a respondente expressa livremente suas opiniões; fechadas, quando são dadas opções de respostas.

Baseado em Matos (2002) e Marconi e Lakatos (2007), foi aplicado um questionário estruturado com 28 perguntas fechadas de múltipla escolha direcionadas para conhecer a percepção dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de São Francisco/PB quanto à prestação de serviços referentes às políticas públicas de saúde e uma

questão aberta para identificar se os respectivos entrevistados residiam na zona urbana ou zona rural, o que delimita se os mesmos pertencem à equipe de ESF I ou II, uma vez validado o instrumento citado, foi feita a coleta dos dados contidos nele, para análise e discussão dos resultados.

3.4 Tratamento dos Dados

Concluídas as etapas anteriores, foi feita a organização dos dados da pesquisa em gráficos com o auxílio dos softwares do Microsoft Excel e Microsoft Word. Em seguida, por meio da descrição analítica, foi descrito e caracterizado o nível da satisfação da população com as políticas públicas de saúde oferecidas aos cidadãos de São Francisco-PB. Gray (2012) atesta que esse tipo de análise trata o conteúdo fazendo inferências sobre os dados e identificando o significado das mensagens.

Dessa forma pretende-se estar contribuindo com a qualidade dos serviços públicos de saúde e conseqüentemente com a construção de uma sociedade mais humana e mais justa com seus semelhantes.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Posteriormente à coleta de dados através dos 186 questionários, que foram distribuídos e aplicados com alguns usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de São Francisco – PB tornou-se possível o levantamento da percepção dos usuários conforme objetivos propostos.

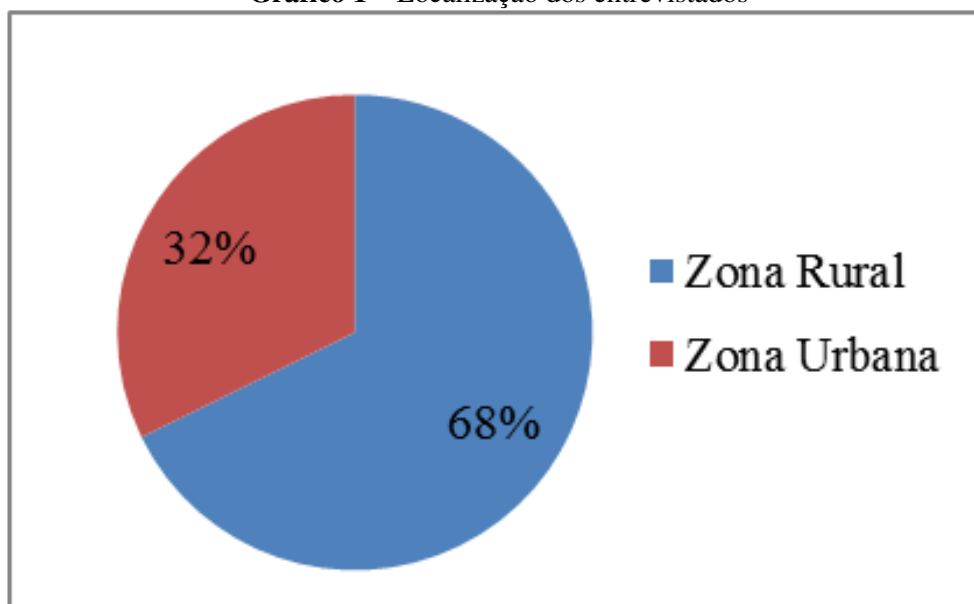
Passamos agora a apresentar e analisar os resultados obtidos.

4.1 Perfil Socioeconômico dos usuários da ESF estudada em São Francisco-PB

A seguir, observa-se o perfil socioeconômico dos indivíduos que participaram da pesquisa, de acordo com os gráficos dispostos.

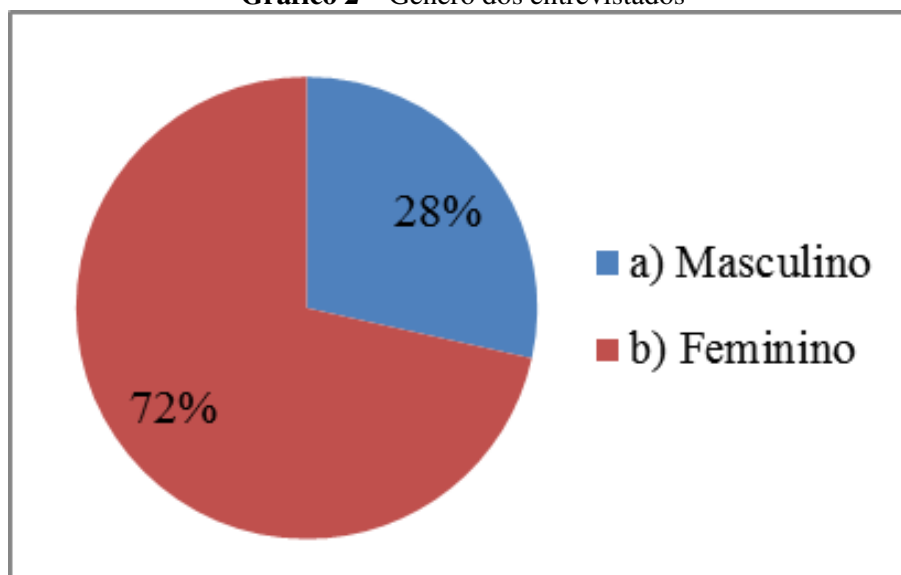
Conforme mostra o Gráfico 1, 68% do público abordado nas entrevistas reside na Zona Rural, ou seja, nas comunidades rurais que cobertas pela Estratégia Saúde da Família II, sendo que apenas 32% dos entrevistados são da sede do município e pertencem à Estratégia Saúde da Família I.

Gráfico 1 – Localização dos entrevistados



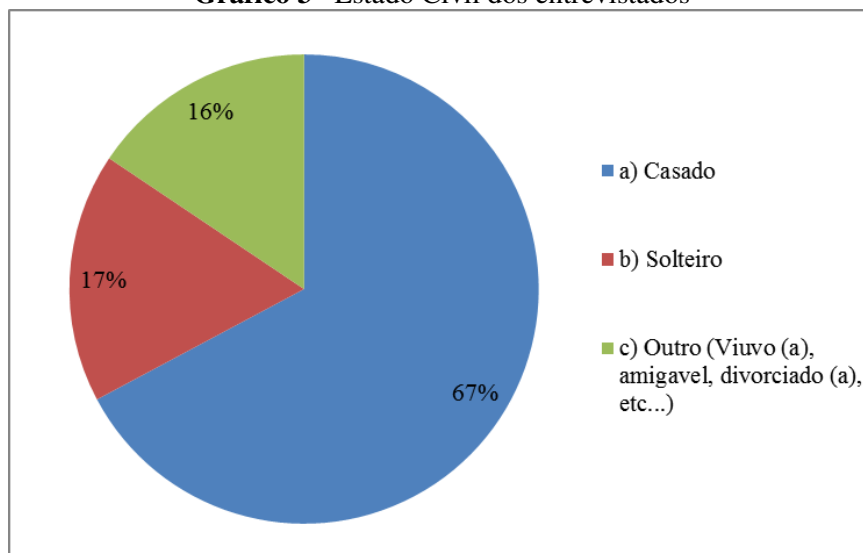
Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

No Gráfico 2 observa-se o gênero dos entrevistados. Desta maneira percebe-se a maior parte foram do sexo feminino com 72% dos entrevistados e uma parte menor foram do sexo masculino, apenas 28%.

Gráfico 2 – Gênero dos entrevistados

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

O Gráfico 3 faz uma exposição sobre o estado civil dos entrevistados, sendo que a maior parte foi com pessoas casadas totalizando 67%, 17% solteiros e 16% segmentados em viúvos (as), amigáveis, divorciados (as) e entre outros.

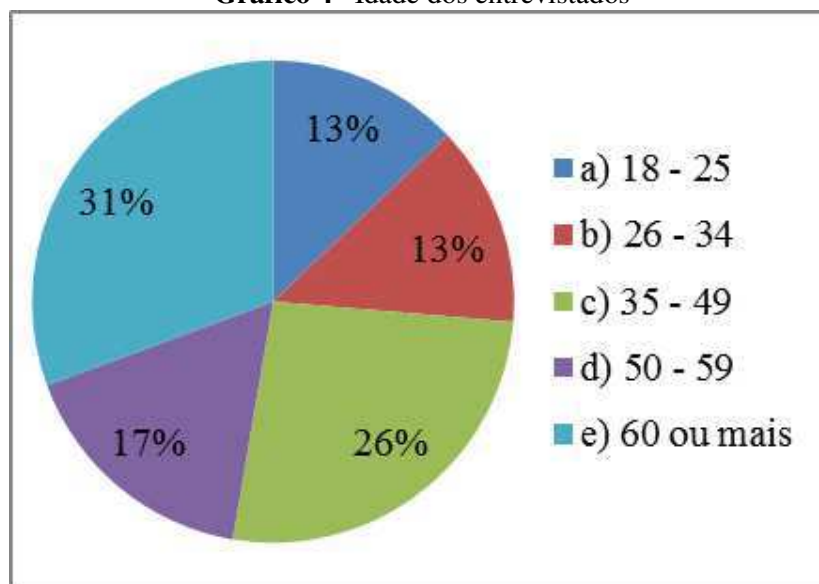
Gráfico 3 – Estado Civil dos entrevistados

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

De acordo com o Gráfico 4, que faz uma média de idade dos entrevistados, iniciando em 18 anos até acima dos 60 anos, observa-se assim que das 186 pessoas entrevistadas, 31% possui mais de 60 anos, notando que são pessoas mais esclarecidas e também as que mais procuram os serviços de saúde prestados pelo município; outra grande parte, 26%, foram pessoas entre 35 e 49 anos de idade, também pessoas bastante esclarecidas e a maior parte

com grau de escolaridade superior e os demais foram divididos entre pessoas de 18 a 25 anos (13%), de 26 a 34 anos (13%) e pessoas de 50 a 59 anos que contabilizaram 17% dos entrevistados.

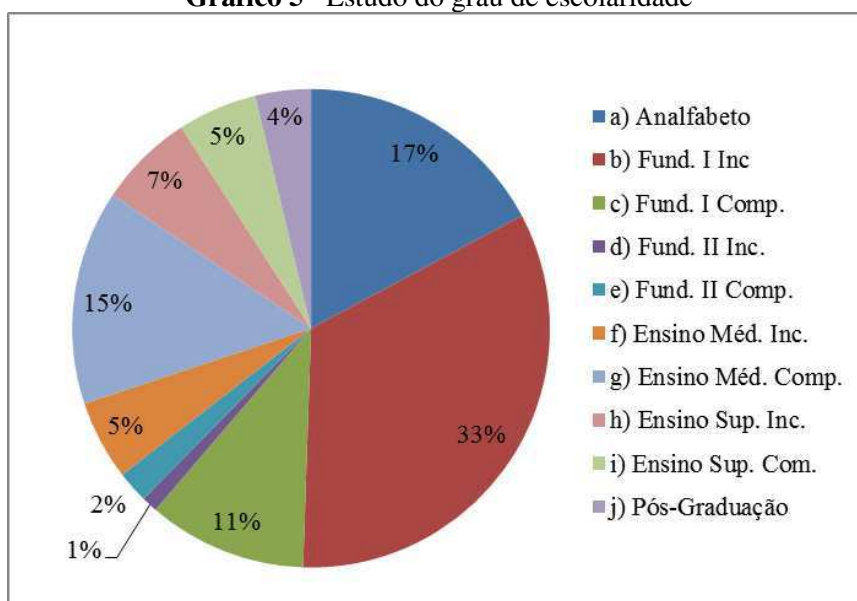
Gráfico 4– Idade dos entrevistados



Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

No estudo, foi obtido ainda o grau de escolaridade dos entrevistados, como descrito no Gráfico 5, onde: 17% são analfabetos; 33% dos entrevistados possui ensino fundamental I incompleto, ou seja de primeiro a quarto ano; 11% fez até o quinto ano série que é o fundamental I completo; e os percentuais menores são distribuídas com: 1% fundamental dois incompleto de sexto ao oitavo ano, 2% fundamental II completo quem fez até o nono ano, 5% ensino médio incompleto, 15% ensino médio completo até o terceiro ano, 7% superior incompleto, todos os casos foram com pessoas que ainda estão cursando algum curso do ensino superior, 5% ensino superior completo onde a grande maioria foram professores e 4% tinham pós graduação.

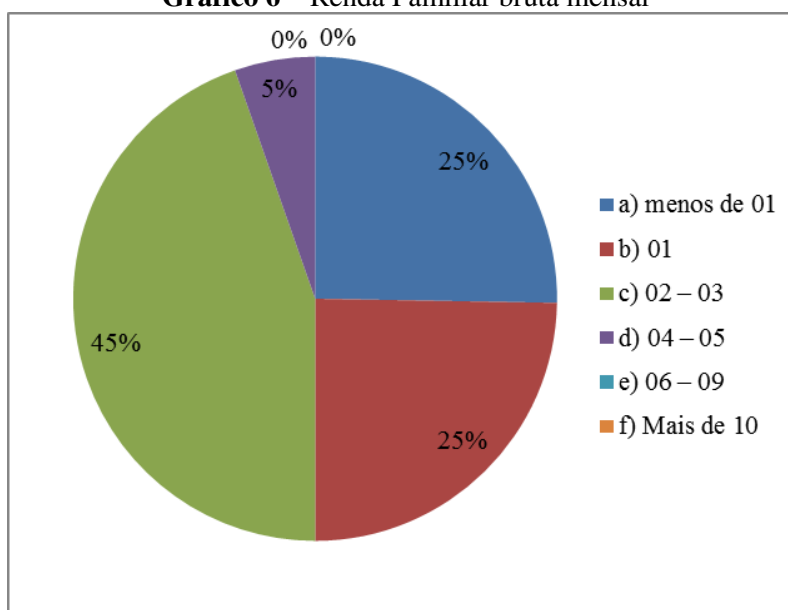
O que se observa é que uma grande parte da população de São Francisco, principalmente os mais idosos, não tem um nível de escolaridade elevado. Não divergindo do restante do país, onde autores como Naoe (2012) aponta que existem 14 milhões de analfabetos no Brasil, de acordo com o IBGE. Desses, a maioria se encontra no Nordeste, em cidades com até 50 mil habitantes.

Gráfico 5– Estudo do grau de escolaridade

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

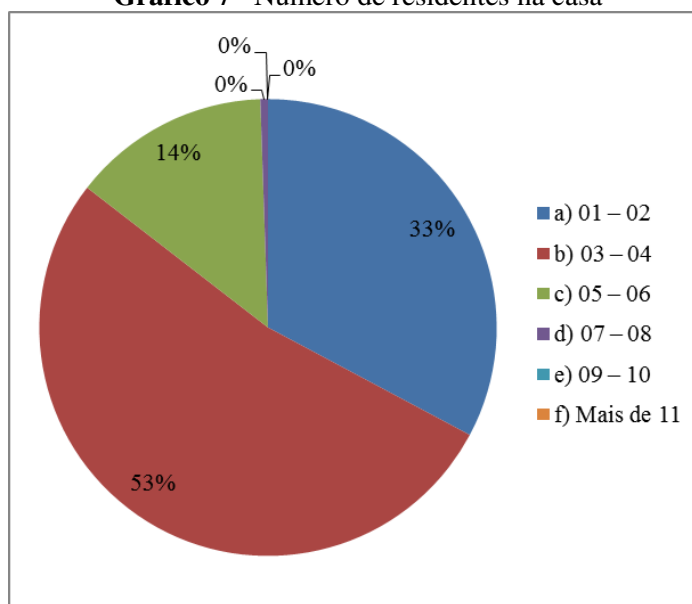
No Gráfico 6 é possível encontrar a renda familiar da população estudada, sendo que a maioria possui menos de um salário mínimo mensal, 25% - sendo por família esses valores e não por pessoa; outros 25% possuem uma renda de um salário mínimo; 45% arrecadam de dois a três salários mínimos mensais; 5% dos entrevistados tem uma renda familiar de quatro a cinco salários mínimo e nenhum dos entrevistados recebem mais de seis salários mínimos.

Para uma cidade pequena, onde grande parte da população é analfabeta ou tem apenas o ensino fundamental incompleto, a renda dessas famílias é razoavelmente boa, apesar de que a maior parte são aposentados (37,10% como mostra no Gráfico 7 mais adiante), dando para desafogar os serviços de saúde do município em alguns termos como: compra de medicamentos e consultas particulares não dependendo apenas dos serviços públicos.

Gráfico 6 – Renda Familiar bruta mensal

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

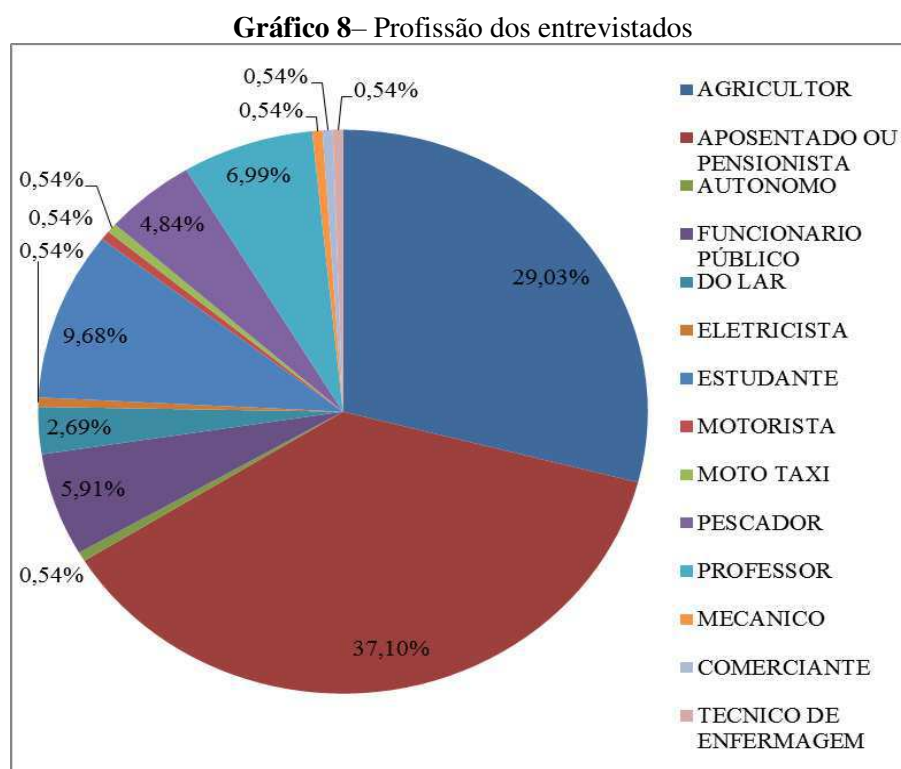
No Gráfico 7, observa-se o número de residentes por domicílio. De acordo com cada participante, em 33% dos domicílios visitados pela pesquisa residem uma ou duas pessoas; em mais da metade dos domicílios 53% residem de três a quatro pessoas; em 14% residem entre cinco e seis pessoas e em nenhum dos domicílios visitados residem sete ou mais pessoas.

Gráfico 7– Número de residentes na casa

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Ao analisar o Gráfico 8, tem-se conhecimento da profissão da população estudada, sendo que grande parte são agricultores, que corresponde a 29,03% dos entrevistados; a maioria, que corresponde a 37,10% dos entrevistados, são aposentados ou pensionistas; os

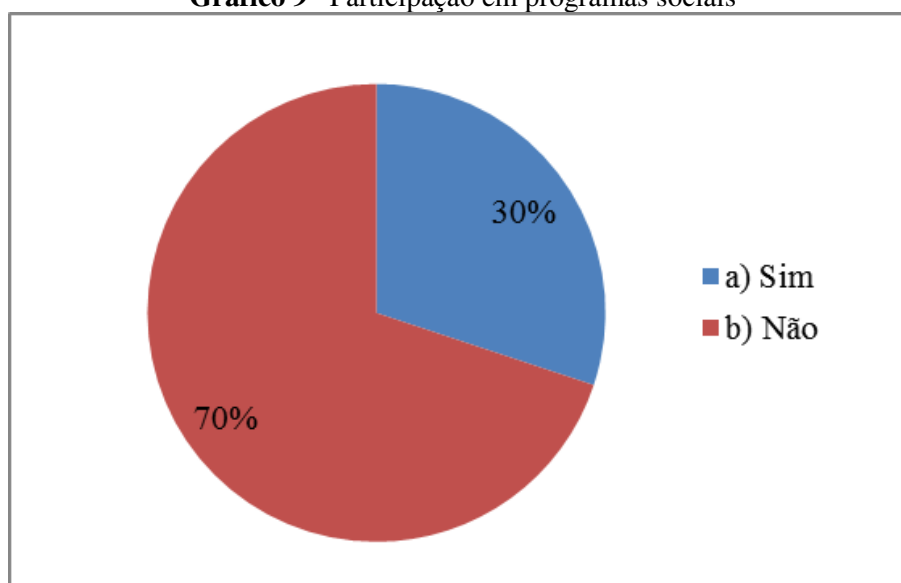
que têm emprego público representam 5,91%; 2,69% não possuem empregos formais ou fixos, são “do lar”; 9,68% são estudantes; 4,84% são pescadores; 6,99 são professores e o restante são: autônomo, eletricista, motorista, moto-táxi, mecânico, comerciante, técnico de enfermagem, um de cada profissão representando 0,54% cada.



Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

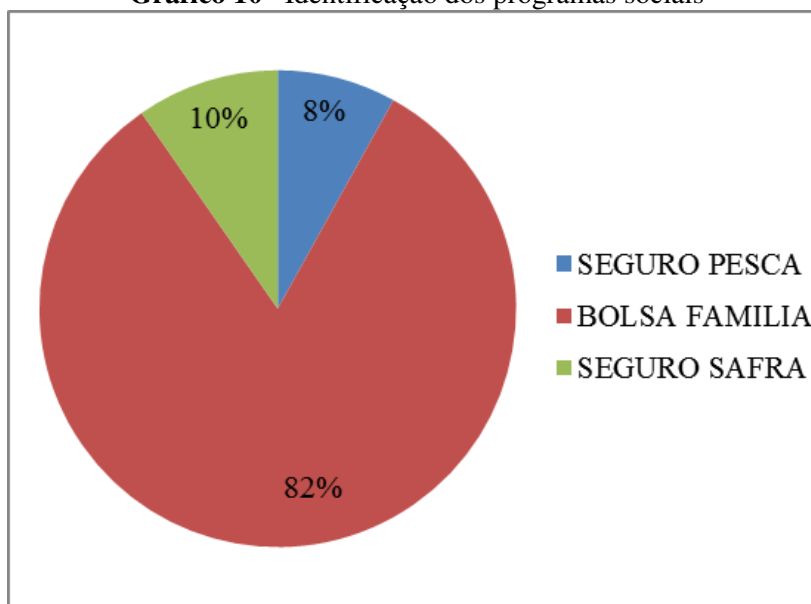
Autores como Rocha (2012), afirmam que a região Nordeste é a região que contém o maior número de beneficiários do programa Bolsa Família. Afirma ainda que a região Nordeste é a região mais pobre do Brasil, necessitando assim uma grande participação nesses programas sociais.

O Município de São Francisco não diverge muito do restante da região Nordeste, como pode ser observado no Gráfico 9, que retrata a participação dos entrevistados em programas sociais. 30% estão participando dos programas descritos no Gráfico 10 e 70% não participam de programas sociais e suas profissões foram descritas no gráfico acima (Gráfico 8).

Gráfico 9– Participação em programas sociais

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

O Gráfico 10 esboça os programas sociais que atendem o Município. 30% dos entrevistados estão participando. Desses, a grande maioria, 82% participa do mais conhecido dos programas do Governo Federal o Bolsa Família, os demais participam do Seguro Pesca e do Seguro Safra, 8% e 10%, respectivamente.

Gráfico 10– Identificação dos programas sociais

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Conforme o levantamento dos dados coletados, discriminando o perfil socioeconômico dos indivíduos que foram entrevistados e analisados nesta subseção a pesquisa, pode-se dizer o cenário, em linha gerais, apresenta: pessoas do sexo feminino, com uma idade média acima

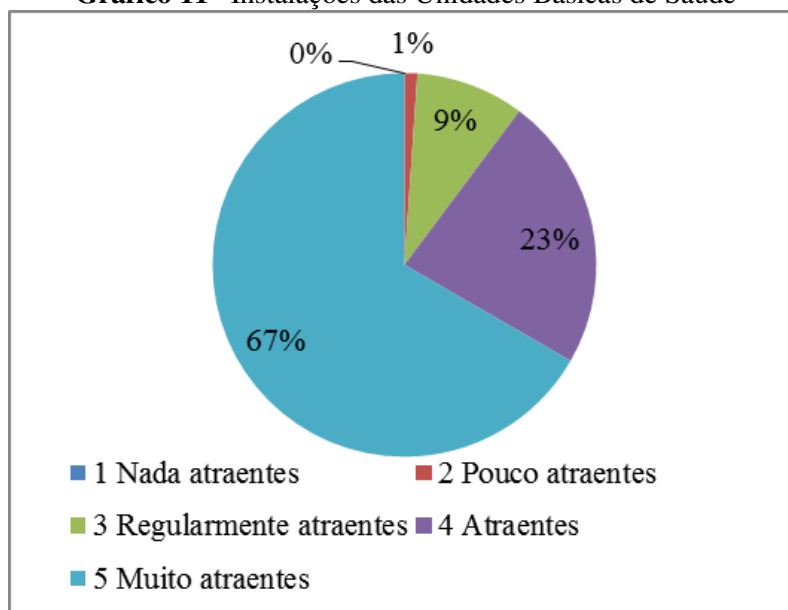
de 60 anos, com o ensino fundamental I incompleto ou analfabetas, que fazem parte de famílias compostas por 3 ou 4 membros, possuindo uma renda familiar entre 2 e 3 salários mínimos. Indivíduos com este perfil podem ser considerados responsáveis por suas atitudes e esclarecidas sobre determinados temas.

4.2 Percepção dos usuários em relação aos Elementos Tangíveis

A equipe da Estratégia Saúde da Família necessita de um local adequado para realizar procedimentos e atender bem as pessoas, boas instalações, instrumentalização de trabalho adequada, vestimenta correta e principalmente uma boa higienização tanto de aparelhos quando de instalações. Diante disso, buscou-se saber a percepção das pessoas sobre as questões que envolvem saúde, especialmente sobre a prestação de serviços de saúde pelo Município São Francisco na parte externa aos serviços, ou seja, os elementos tangíveis, mas que também são importantes para que eles (os serviços) sejam realizados adequadamente, como, por exemplo, instrumentos adequados e higienização.

O Gráfico 11 mostra a opinião dos entrevistados quando foram questionados sobre as instalações das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Francisco/PB, onde a grande maioria, que corresponde a 67%, responderam que as instalações são “muito atraentes”, os demais responderam entre “nada atraentes”, “pouco atraentes”, “regularmente atraentes”, e “atraentes” representando respectivamente, 0%, 1%, 9% e 23% dos 186 entrevistados.

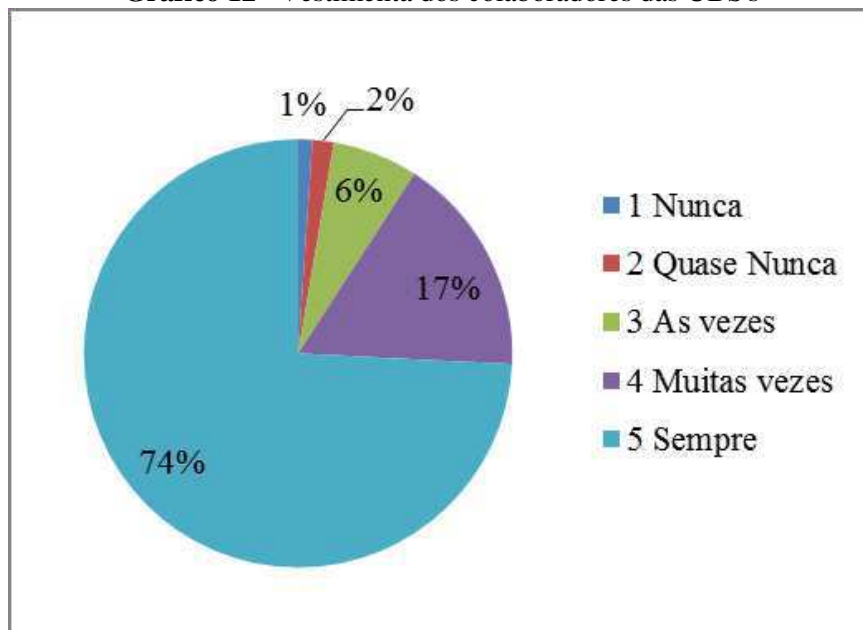
Gráfico 11– Instalações das Unidades Básicas de Saúde



Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

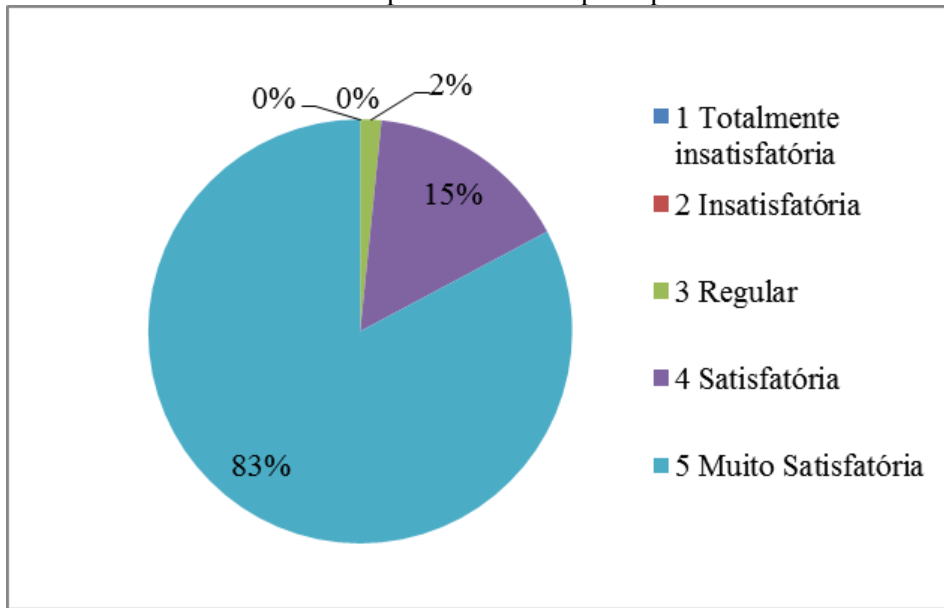
De acordo com o Gráfico 12, observa-se o que as pessoas opinaram sobre as vestimentas dos profissionais que trabalham nas UBS's, se eles trabalham vestidos adequadamente ou não. Por exemplo, se usam fardas, se não usam fardas, usam roupas compostas ou descompostas. As opções foram de “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “muitas vezes” e “sempre”, onde “sempre” obteve a maioria das respostas com 74%, “nunca” 1%, “quase nunca” 2%, “às vezes” 6%, e “muitas vezes” 17%.

Gráfico 12– Vestimenta dos colaboradores das UBS's



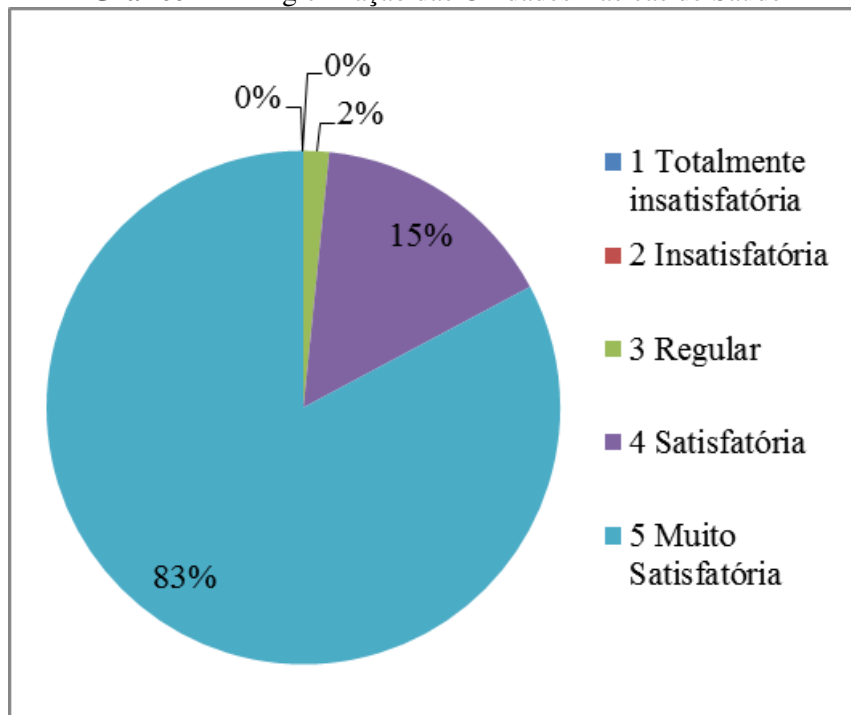
Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

No Gráfico 13 avaliaram-se os instrumentos e aparelhos usados pelos profissionais das Unidades Básicas de Saúde. Questionou-se se os mesmos eram modernos e adequados. Os resultados foram positivos, pois 71% dos entrevistados responderam que sempre são modernos e adequados, os demais responderam entre “nunca”, “quase nunca”, “às vezes”, “muitas vezes”, que correspondem respectivamente a 0%, 1%, 18% e 10%.

Gráfico 13 – Instrumentos e aparelhos usados pelos profissionais das UBS's

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Sendo questionados sobre a higienização das UBS's como se destaca no Gráfico 14, 83% responderam a higienização é “muito satisfatória”, 15% que é “satisfatória”, 2% que é “regular” e ninguém, ou seja, 0% respondeu que não há higiene. O fato de a maioria ter respondido que a higienização das UBS's é “muito satisfatória”, demonstra a preocupação e o cuidado dos profissionais que zelam pela saúde dos habitantes de São Francisco.

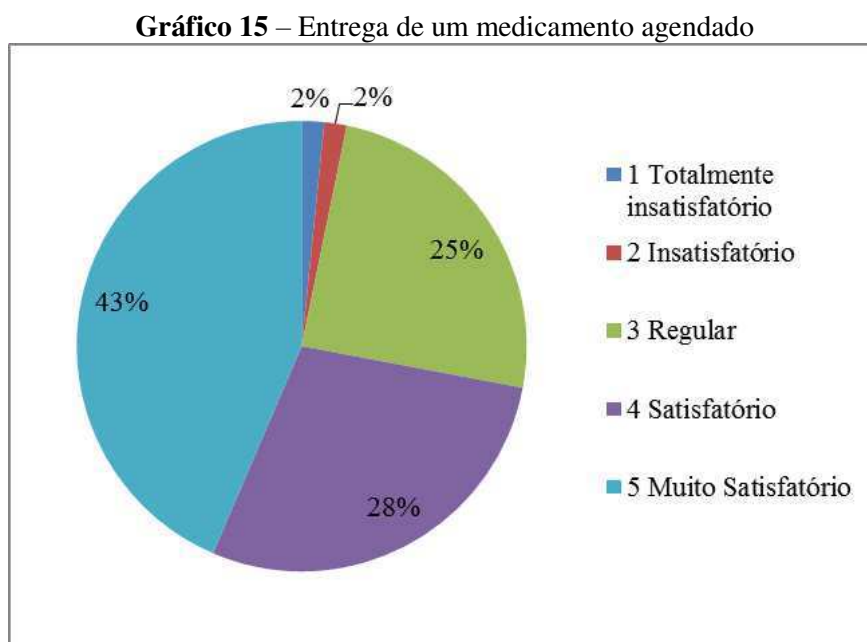
Gráfico 14 – Higienização das Unidades Básicas de Saúde

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Autores como Chaves *et al.* (2015) relatam que a higienização da unidade tem como objetivo principal evitar a proliferação de micro-organismos que invadem os espaços. Para a ruptura da proliferação das doenças infecciosas, existe uma regulamentação que trata a respeito da utilização de produtos apropriados para a limpeza da unidade. Contudo, em decorrência das especialidades da higienização das UBS's, especificidades das quais são excessivamente diferentes e excepcionais, existe a carência de preparação peculiar para os profissionais do serviço de higienização.

4.3 Percepção dos usuários em relação à Confiabilidade

A seguir foi questionado aos entrevistados sobre o nível confiabilidade na pontualidade na entrega de medicamentos ou procedimentos agendados. O Gráfico 15 que trata da entrega de um medicamento agendado, mostra uma divisão nas respostas das pessoas, onde 2% dos entrevistados declaram estar “totalmente insatisfeitos” com a entrega desses medicamentos, 2% declararam estarem “insatisfeitos”, 25% “Regular”, 28% “satisfatório” e 43% declararam estar “totalmente satisfeitos” com a entrega dos medicamentos agendados. Observando que o serviço de entrega de medicamentos varia entre “regular” e “totalmente satisfatório” já que as opções negativas obtiveram percentuais menores.

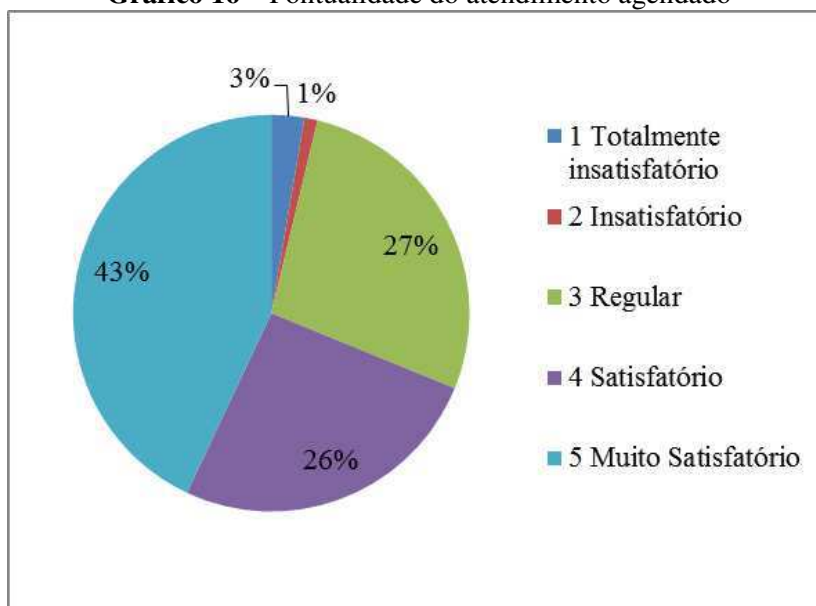


Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Conforme a análise dos questionários referentes à pontualidade dos atendimentos agendados conclui-se que assim como na entrega de um medicamento agendado as respostas

foram divididas e a pequena maioria encontra-se em um nível “muito satisfatório” visto que os indagados correspondem a 43% e apenas 1% considera “insatisfatório”. Os demais correspondem a 3%, 27% e 26% respectivamente “totalmente insatisfatório”, “regular” e “satisfatório”.

Gráfico 16 – Pontualidade do atendimento agendado

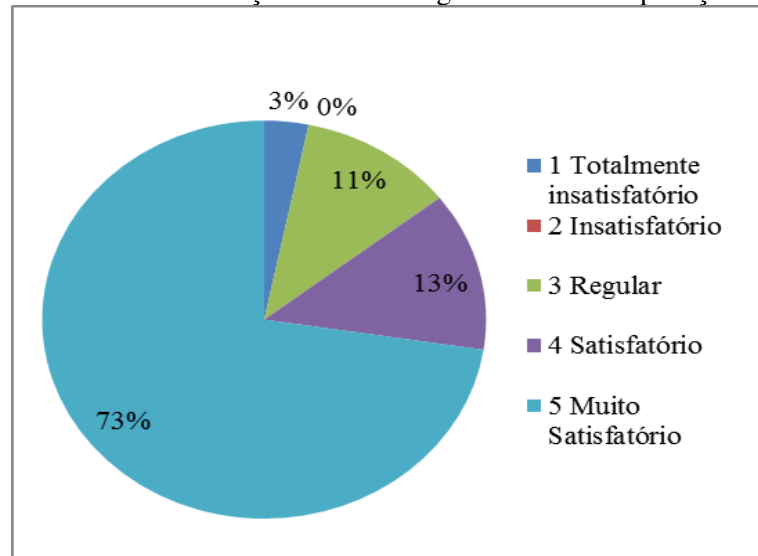


Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

De acordo com Zeithaml, Parassuramen e Berry (2014) confiabilidade é a competência de efetuar o serviço anunciado de maneira garantida e adequada. Analisando os Gráficos acima que demonstram percentuais positivos as UBS e os profissionais do Município em Estudo agradam seus clientes nesse sentido.

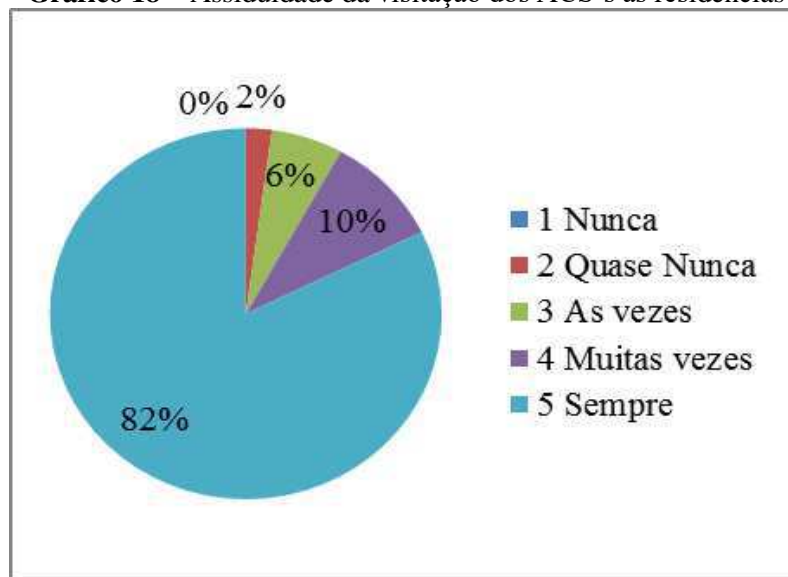
4.4 Percepção dos usuários em relação à Responsividade

O Município de São Francisco, localizado no Sertão paraibano, não dispõe de hospitais ou clínicas para atender os casos mais delicados e urgentes. Quando surge essa necessidade, a solução é transferir o paciente para o hospital regional da cidade Sousa/PB ou até mesmo para Campina Grande/PB ou João Pessoa/PB, dependendo da gravidade da situação. Diante disso, foi indagado aos entrevistados se essa solução era disponibilizada: 73% consideram “muito satisfatório”, 13% “satisfatório”, 11% “regular”, nenhum dos indivíduos responderam “insatisfatório” e apenas 3% responderam que “totalmente insatisfatório”.

Gráfico 17 – Solução diante de urgências e/ou complicações

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

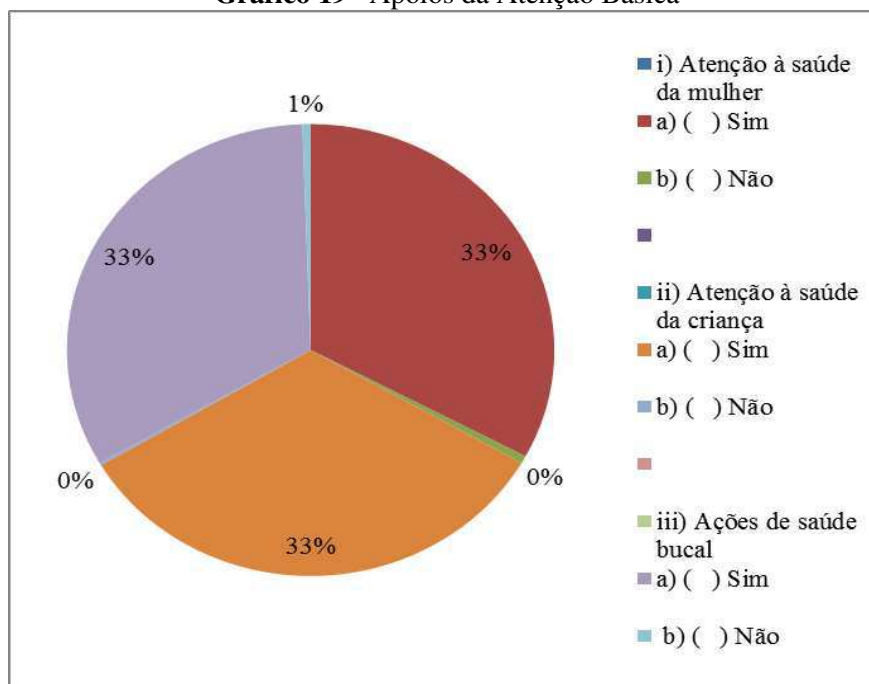
O município campo desse estudo conta com uma equipe composta por 8 Agentes Comunitários de Saúde, divididos em 9 micro áreas, sendo que uma área encontra-se descoberta por questões judiciais, as demais possuem cobertura assídua dos ACS. Nessa pesquisa, foi investigado se realmente existia esta assiduidade. 82% responderam que “sempre” existiu essa visitação, 10% responderam “muitas vezes”, 6% “as vezes” e “apenas” 2% “quase nunca” de acordo com o especificado no gráfico 18.

Gráfico 18 – Assiduidade da visitação dos ACS’s as residências

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

A equipe Estratégia Saúde da Família conta com médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e saúde bucal e agentes comunitários de saúde, que oferecem exames preventivos, visitação às residências, acompanhamentos de puericultura e saúde bucal.

Gráfico 19– Apoios da Atenção Básica

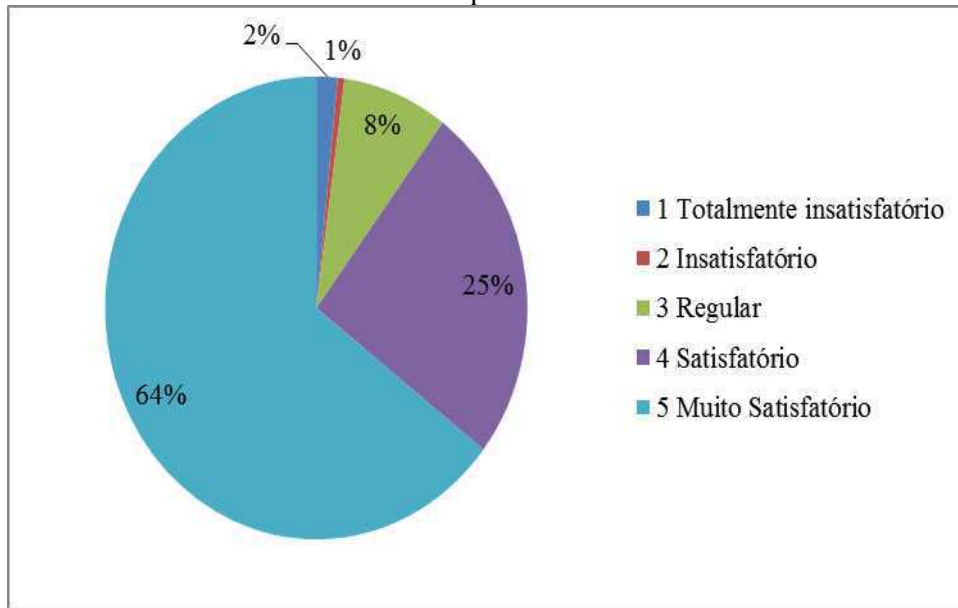


Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

O gráfico 19 destaca os apoios da Atenção Básica. No que concerne à saúde da mulher, a saúde da criança e a saúde bucal, todos obtiveram resultados positivos, com 33% cada, apenas as ações de saúde bucal obtiveram respostas negativas ficando com o percentual em 1%.

4.5 Percepção dos usuários em relação à Competência

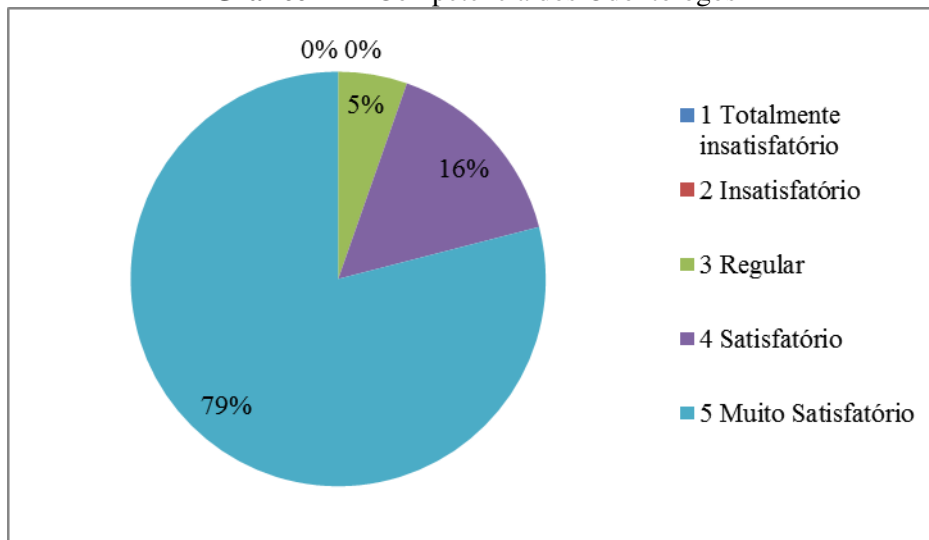
De acordo com Brasil (2011) o médico é a pessoa que cuida da saúde humana, suas competências são proporcionar saúde, precaver doenças, identificar e lidar com enfermidades. O município de São Francisco conta com dois médicos de ESF um em cada equipe, sendo uma ginecologista e um clínico geral que dão plantão nas duas equipes. Na pesquisa foi investigado quanto à competência desses médicos, o resultado apresenta-se no gráfico a seguir (gráfico 20), 64 % dos entrevistados estão “muito satisfeitos” com os serviços prestados pelos médicos, 25% estão “satisfeitos”, 8% acham as competências dos médicos “regulares”, 1% considera “insatisfatório” e 2% “totalmente insatisfatório”.

Gráfico 20 – Competência dos Médicos

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Ainda conforme Brasil (2011) o odontólogo é a pessoa que age em conjunto com outros integrantes dos grupos de trabalho relativos à saúde bucal, unindo atuações de saúde de maneira multidisciplinar.

As equipes de ESF do município em estudo contam com duas odontólogas. O Gráfico 21 mostra a percepção dos usuários dos serviços em relação à competência das mesmas. 79% indicam que é “muito satisfatória”, 16% indicam que é “satisfatória” e 5% indicam que é “regular”.

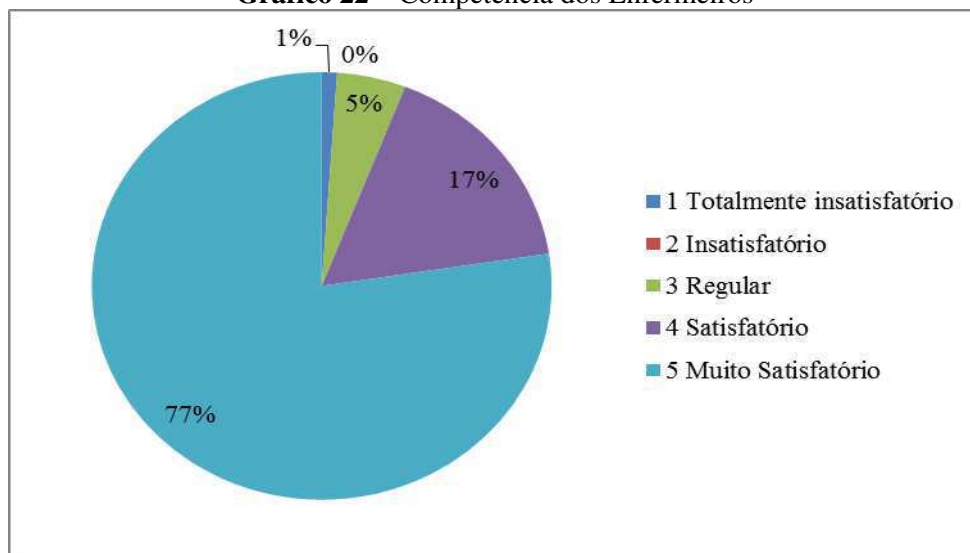
Gráfico 21 – Competência dos Odontólogos

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

De acordo com Fernandes (2012) o enfermeiro da ESF constitui um elo de semelhanças grupais ao determinar suas tarefas diárias, contudo nutre relações com a equipe de enfermagem, e de maneira direta com agentes sociais que buscam as organizações de auxílio à saúde e aguarda consideração das mesmas.

As duas unidades básicas de saúde do município contam com dois enfermeiros da ESF, um de cada equipe, que realizam trabalhos como puericultura, verificação de pressão arterial (PA), verificação de glicemia, curativos, além de exames preventivos. De acordo com o Gráfico 22, 77% dos indagados na pesquisa consideram a competência dos enfermeiros “muito satisfatório”, 17% “satisfatório”, 5% “regular” e 1% “totalmente insatisfatório”.

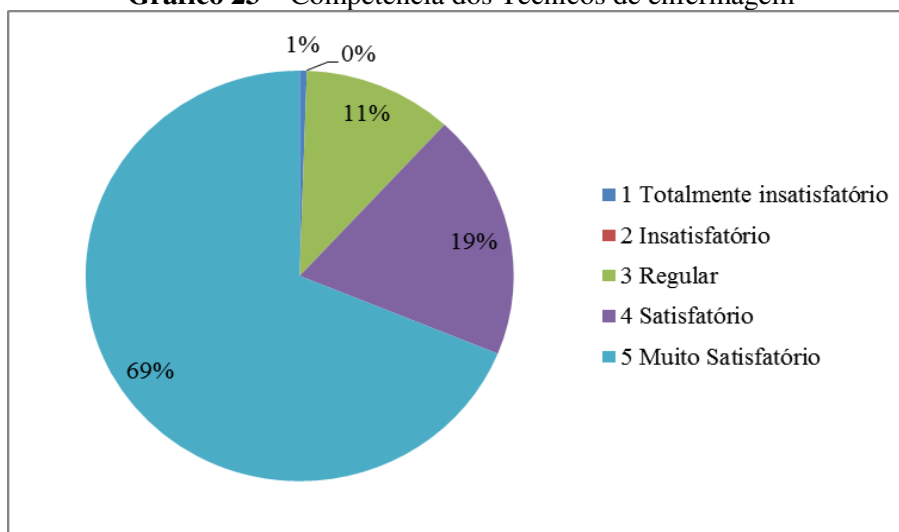
Gráfico 22 – Competência dos Enfermeiros



Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

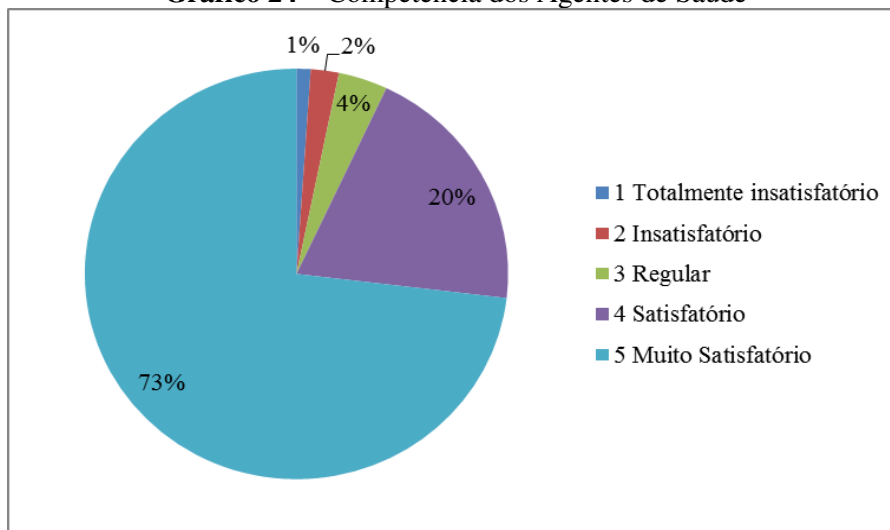
Segundo Pereira (2011) O técnico de enfermagem, da mesma forma que o enfermeiro é capaz para realizar curativos, assim como auxiliar na função de organização dos Agentes Comunitários de Saúde.

Os dois técnicos de saúde do município em estudo realizam os procedimentos descritos acima e na pesquisa foi avaliada sua competência. Dessa forma 69% dos entrevistados consideram a competência dos mesmos “totalmente satisfatória”, 19% consideram “satisfatória”, 11% consideram “regular” e 1% “totalmente insatisfatório”.

Gráfico 23 – Competência dos Técnicos de enfermagem

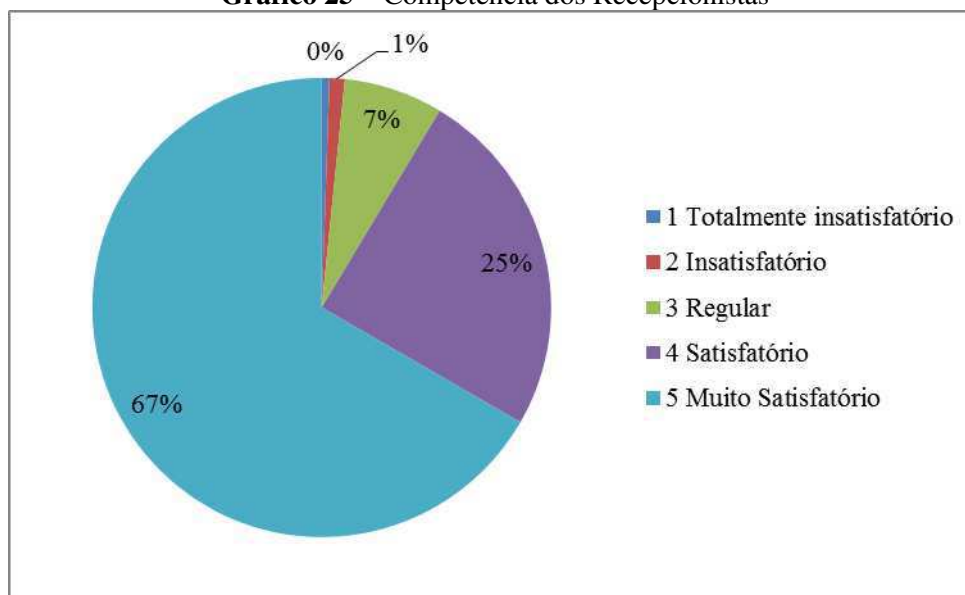
Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

De acordo com Oliveira (2011) as competências dos ACS são integradas por características demarcadas inicialmente pelo Ministério da Saúde e que seria o trabalho em grupo centralizado no indivíduo.

Gráfico 24 – Competência dos Agentes de Saúde

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

O município como já foi preconizado conta com 08 (oito) ACS's subdivididos em micro áreas, sendo cinco na zona rural e três na zona urbana. O Gráfico 24 mostra o percentual de competência desses ACS's. Observa-se que 73% dos pesquisados responderam que a competência dos ACS é “muito satisfatória”, 20% responderam “satisfatório”, 4% “regular”, 2% “insatisfatório” e 1% “totalmente insatisfatório”.

Gráfico 25 – Competência dos Recepcionistas

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

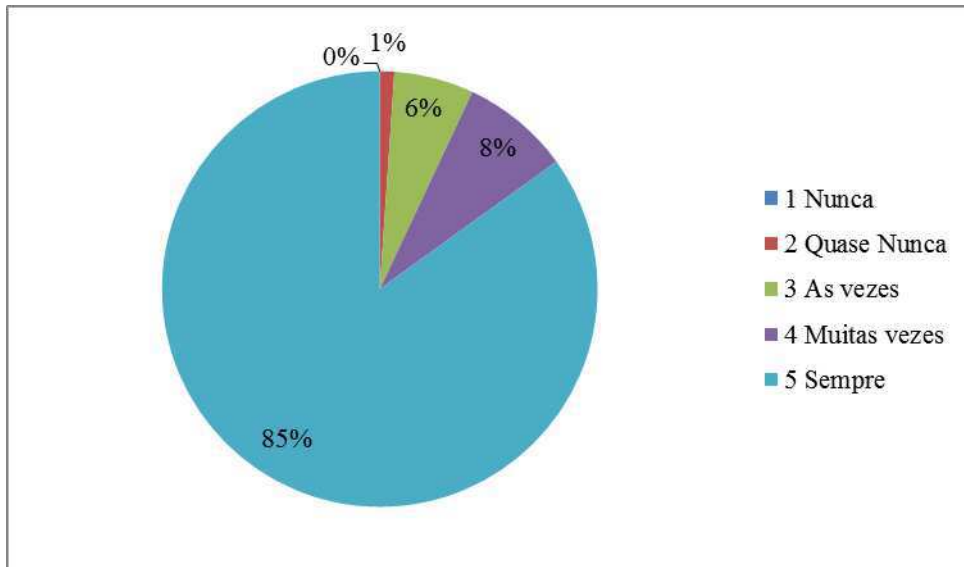
Apenas a Unidade Básica de Saúde da sede tem recepcionista, as da zona rural quem faz esse trabalho são os diretores, sobre a recepcionista da UBS I as respostas sobre sua competência são: 1% “insatisfatório”, 7% “regular”, 25% “satisfatório”, e 67% consideram “muito satisfatório”.

4.6 Percepção dos usuários em relação à Cortesia

A cortesia no local de trabalho é a maneira pela qual os profissionais completos descobriram para desempenhar um diferencial no comércio. Atualmente chegou-se ao extremo a ausência da moral na convivência das pessoas, só merecerá o êxito consecutivo, os indivíduos que carregam suas afinidades pessoais com sintonia, afetividade e consideração, motivando atos positivos de cortesia no trabalho (CURCIO *et al.*, 2014).

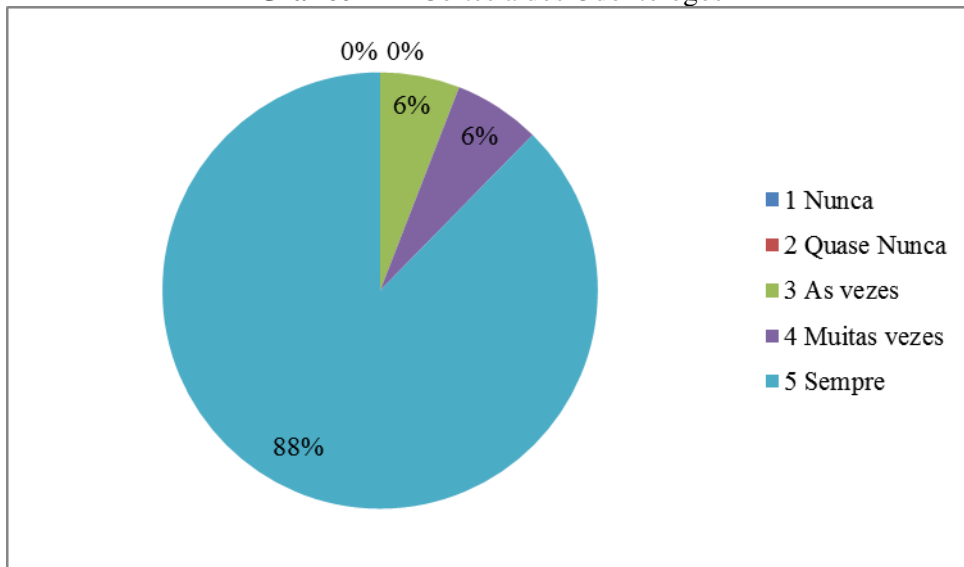
No município em estudo, a cortesia é sempre um critério estabelecido pelo Chefe de Executivo para atuação dos servidores públicos. Ele sempre realiza reuniões incentivando o tratamento positivo e cordial para com as pessoas. Nesta pesquisa buscou-se analisar o nível de cortesia de alguns profissionais do município.

No caso do médico (Gráfico 26), 85 % dos entrevistados disseram que os mesmos são “sempre” cordiais, 8% relataram que são “muitas vezes”, 6% responderam “às vezes” e apenas 1% responderam “quase nunca”.

Gráfico 26 – Cortesia dos Médicos

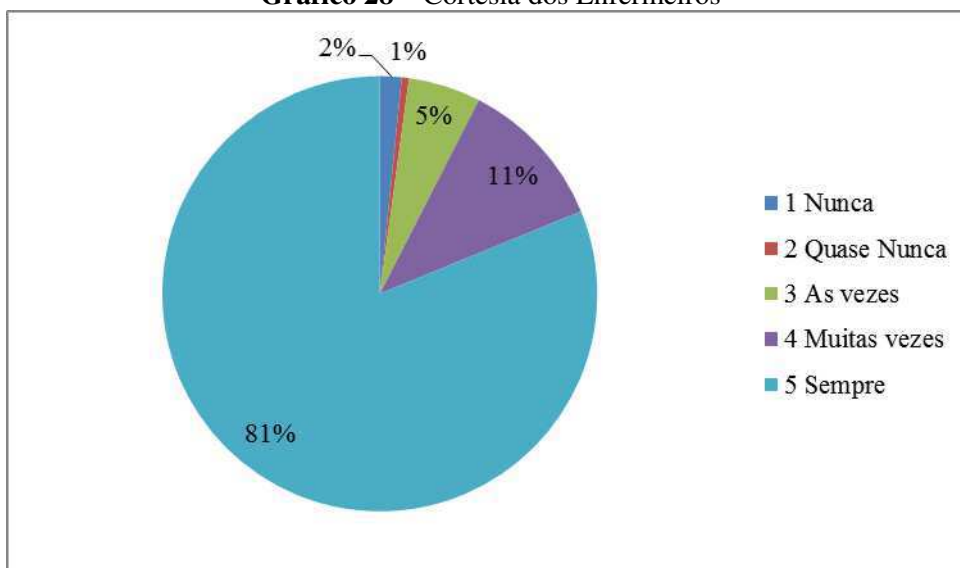
Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Os odontólogos foram os profissionais que receberam melhores respostas, sem nenhuma resposta negativa e 88% das pessoas responderam “sempre”, 6% “muitas vezes” e 6% “as vezes”, no quesito cordialidade.

Gráfico 27 – Cortesia dos Odontólogos

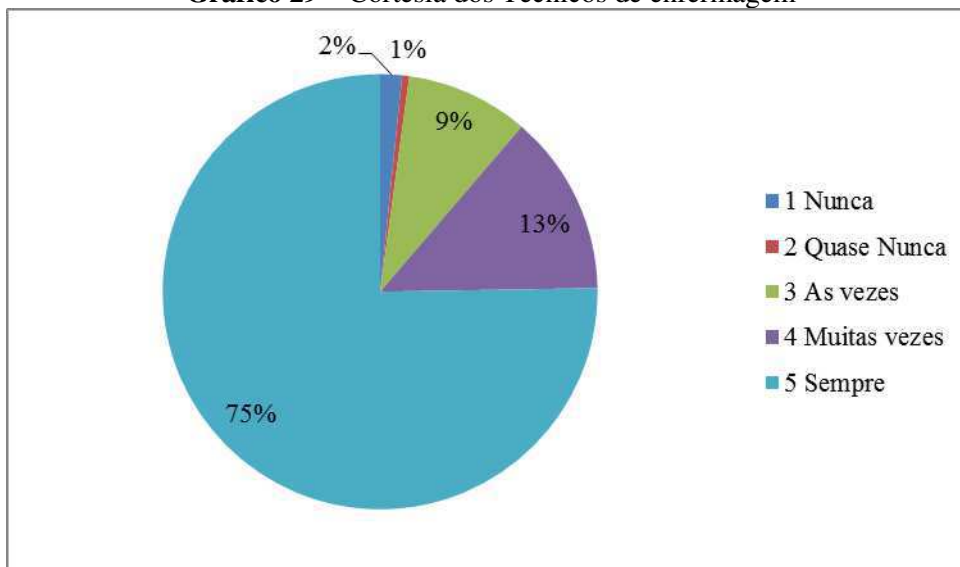
Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

No Gráfico 28 destaca o nível de cortesia dos enfermeiros com o público. Onde 81% dos pesquisados afirmaram que “sempre” existe essa cordialidade, 11% afirmaram “muitas vezes”, 5% “as vezes”, 1% “quase nunca” e 2% “nunca”.

Gráfico 28 – Cortesia dos Enfermeiros

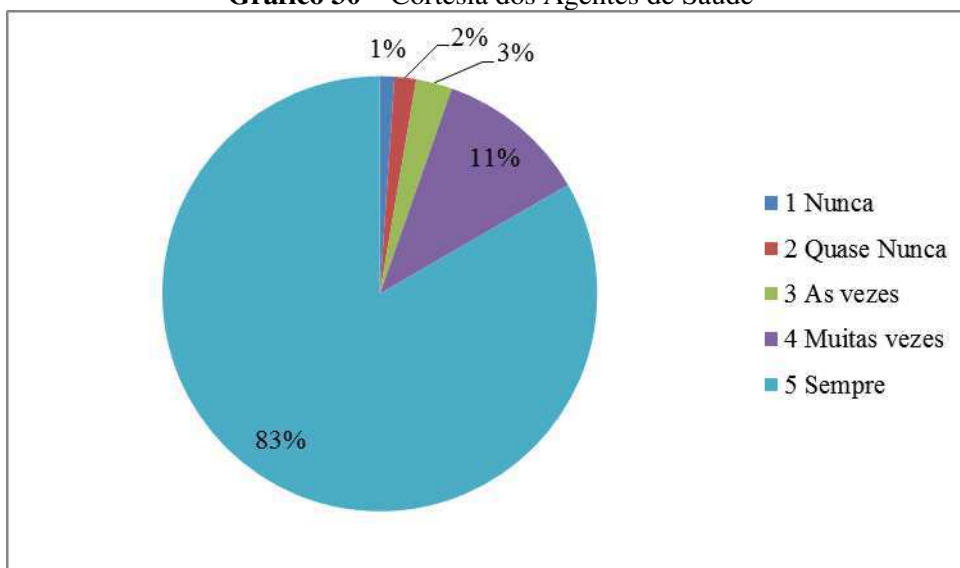
Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

No que se refere a cordialidade os técnicos de enfermagem receberam um percentual de 2% para “nunca” são cordeais, 1% “quase nunca”, 9% “as vezes”, 13% “muitas vezes” e a maioria que foi 75% responderam que os técnicos “sempre” são cordeiais.

Gráfico 29 – Cortesia dos Técnicos de enfermagem

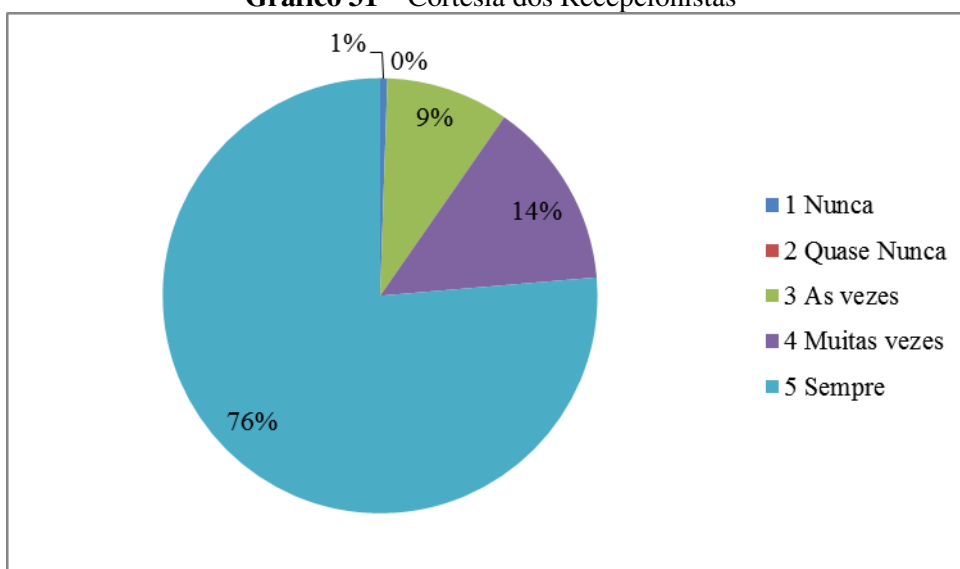
Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Os Agentes Comunitários de Saúde assim como os demais profissionais analisados nesta pesquisa também obtiveram um resultados positivos no quesito cordialidade, como mostra o Gráfico 30, em que 83% dos questionados afirmaram que “sempre” têm um atendimento com cortesia, 11% “muitas vezes”, 3% “as vezes”, 2 % “quase nunca” e 1% “nunca”.

Gráfico 30 – Cortesia dos Agentes de Saúde

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

A recepcionista não diverge dos demais profissionais analisados. Diante do Gráfico analisado Gráfico 31 pode-se observar que a mesma apresenta um resultado “satisfatório”, já que 76% afirmam que “sempre” são atendidos com cortesia, 14% “muitas vezes”, 9% “as vezes” e 1% “nunca”. O que demonstra um aspecto positivo no quesito cordialidade para os profissionais analisados que integram as Unidades Básicas de Saúde do Município.

Gráfico 31 – Cortesia dos Recepcionistas

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Uma relação e trabalho amigável entre os profissionais e o doente é o melhor subsídio que se pode dispor ao indivíduo, com resultados favoráveis a intervenção. Em algumas situações, este elemento motiva alterações afetuosas entre os serviços simultâneos. Acredita-

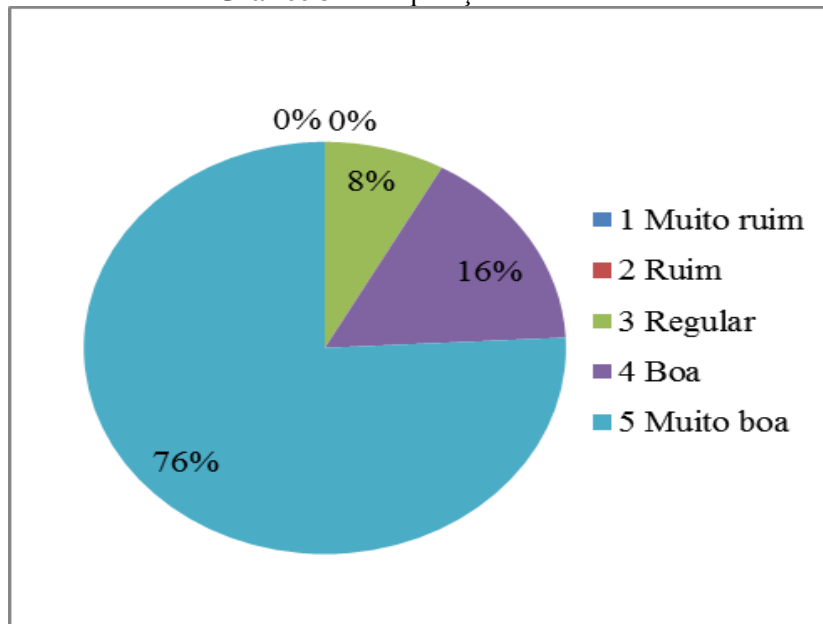
se que essa relação amigável consegue equilibrar imperfeições da atenção técnica (RIGHI; SCHMIDT; VENTURINI, 2010).

Diante disso observa-se que o cansaço do cotidiano, repletos de dificuldades vai transformando todo o restante dos afazeres diários insignificante. Constantemente presos a ideias confusas que impõem o desejo de ter sempre mais, a vencer o cansaço para executar os prazos, alcançar os objetivos da profissão e não os objetivos de vida, tornando-se assim um indivíduo indiferente. E nesta indiferença, o relacionamento entre os indivíduos acaba tornando-se sem cordialidade (OSORIO *et al.*, 2016).

4.7 Percepção dos usuários em relação à Credibilidade

O quesito credibilidade buscou analisar a percepção dos entrevistados quanto à reputação das Unidades Básicas de Saúde do Município de São Francisco /PB, o que a pesquisadora almejava com esta indagação era conseguir conhecer a visão do público externo sobre as UBS's do município.

Gráfico 32 – Reputação das UBS's

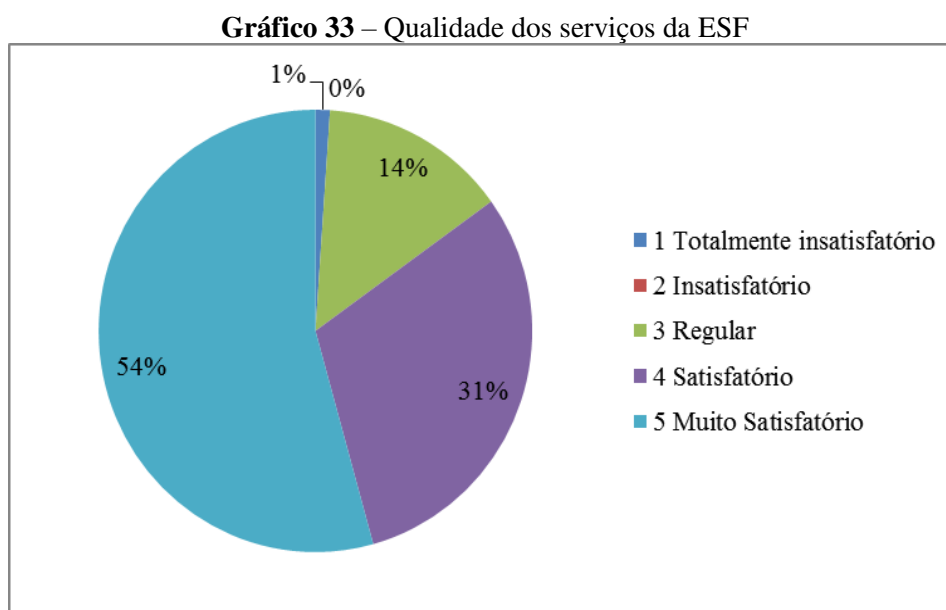


Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Observando o gráfico 32, conclui-se que o município apresenta uma boa reputação, pois, 76% dos pesquisados responderam que consideram o item reputação “muito bom”, 16% “boa” e 8% “regular”.

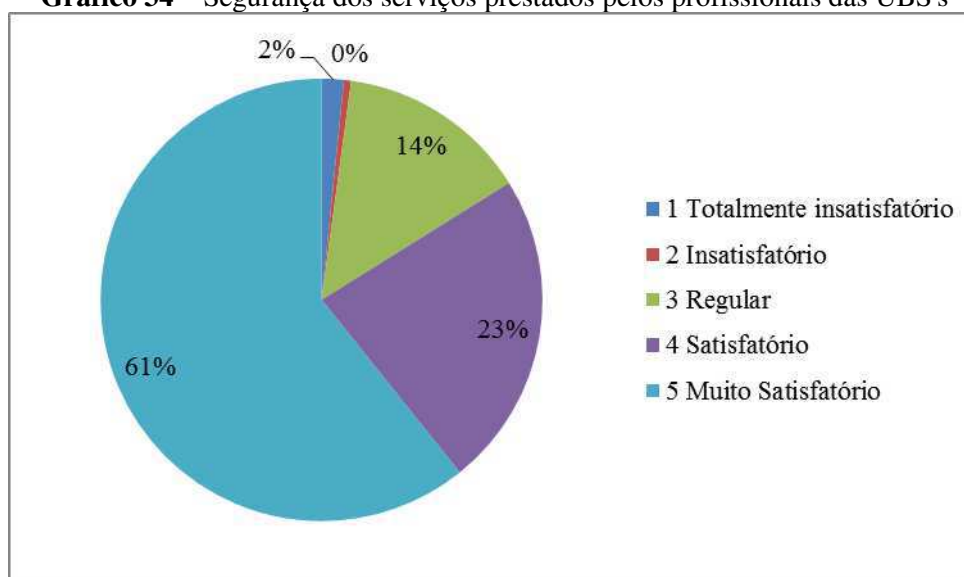
4.8 Percepção dos usuários em relação à Garantia

Com relação à qualidade dos serviços oferecidos pela Estratégia de Saúde da Família observa-se que as opiniões dos entrevistados encontram-se divididas como podemos observar no Gráfico 33, onde 1% respondeu estar “totalmente insatisfeito”, 14% “regular”, 31% responderam estar “satisfeitos” e 54% “totalmente satisfeitos”.



Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Avaliando também o nível de segurança diante dos serviços prestados pelos profissionais e técnicos das Unidades Básicas de Saúde, constatou-se que 61% consideram os serviços desempenhados por esses profissionais “muito satisfatório”, 23% “satisfatório”, 14% “regular” e 2% “totalmente insatisfatório”.

Gráfico 34 – Segurança dos serviços prestados pelos profissionais das UBS's

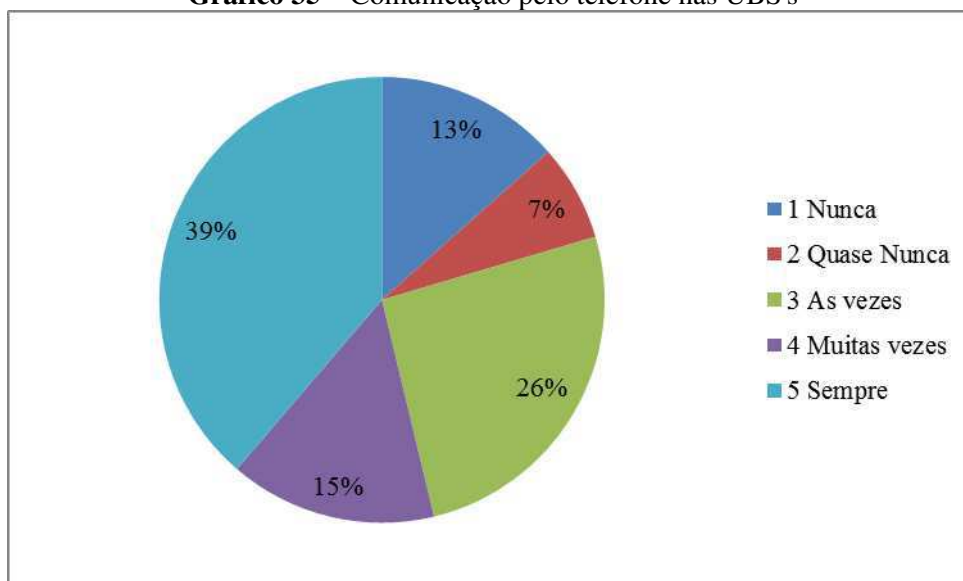
Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Dessa forma, pode se concluir quanto qualidade dos serviços prestados, tanto pela ESF quanto pelos profissionais das UBS's apesar de apresentarem alguns percentuais insatisfatórios a grande maioria considerou os serviços prestados por ambos “muito satisfatórios”.

4.9 Percepção dos usuários em relação à Acessibilidade

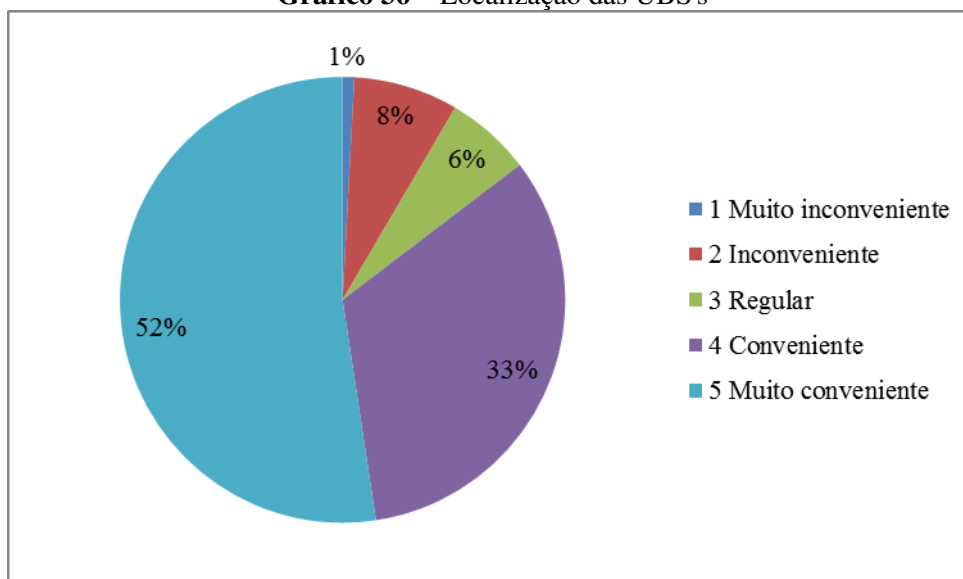
Nas Unidades Básicas de Saúde da zona rural existe a dificuldade da comunicação através do telefone, devido a não existência de sinal das operadoras de telefonia móvel, o que há é apenas um posto telefônico que distribui ramais na comunidade de Dois Riachos e que geralmente encontra-se com problemas operacionais, já na comunidade de Ramada apresenta o acesso ainda mais difícil devido a inexistência deste posto telefônico. Nesta última, uma operadora de telefonia móvel apresenta sinal, porém não abrange o território da comunidade inteira, inclusive não funciona na UBS. Na UBS da zona urbana, por sua vez, não existe essa dificuldade de comunicação, pois existe uma cobertura total de sinal de uma operadora de telefonia móvel e existe também telefone fixo.

Diante do exposto, percebe-se a dificuldade da comunicação com as UBS's da zona rural pelo telefone, representando assim a divisão no nível de satisfação das respostas das pessoas, como mostra o Gráfico 35, onde 13% indicam “nunca” ter acesso a esse serviço, 7% “quase nunca”, 26% “as vezes”, 15% “muitas vezes” e 39% “sempre”.

Gráfico 35 – Comunicação pelo telefone nas UBS's

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Em relação à localização das UBS's da zona rural há uma dificuldade, pois, ela se localiza em uma comunidade central e as demais comunidades vêm para o atendimento de saúde na mesma. Não há UBS em todas as comunidades devido ao número de habitantes ser pequeno. Na UBS da zona urbana não existe essa dificuldade pois a área urbana é relativamente pequena para os padrões do interior nordestino e a mesma está instalada em um ponto central.

Gráfico 36 – Localização das UBS's

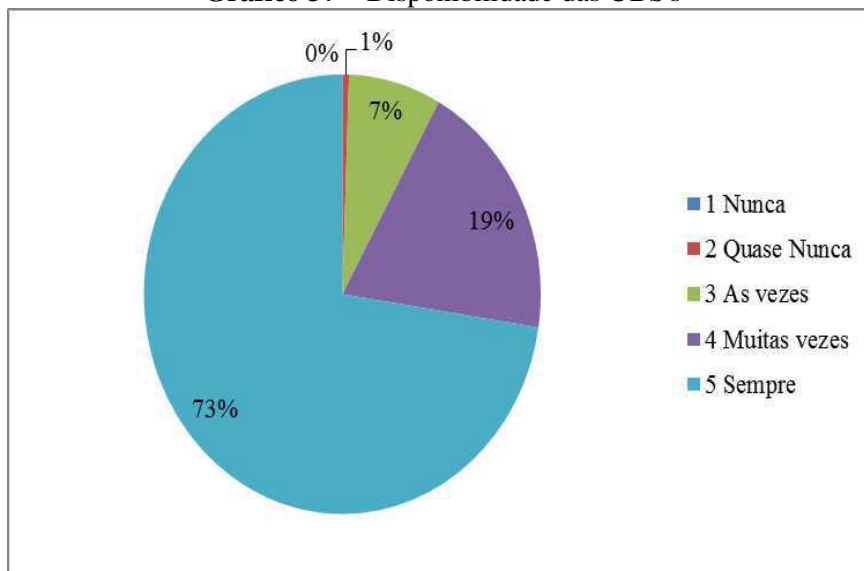
Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

No Gráfico 36 observa-se que 52% dos entrevistados consideraram a localização “muito conveniente”, 33% “conveniente”, 6% “regular”, 8% “inconveniente” e 1% “muito inconveniente”.

4.10 Percepção dos usuários em relação à Comunicação

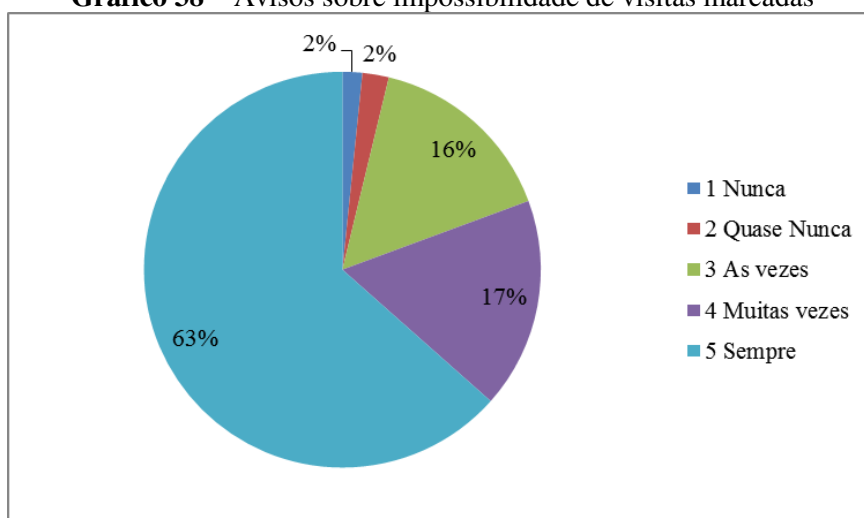
De acordo com o Gráfico 37, pode-se observar que a maior parte dos usuários das Unidades Básicas de Saúde estão satisfeitos com a disponibilidades das UBS's em ouvi-los, visto que 73% afirmaram que “sempre” são ouvidos pela UBS's, 19% “muitas vezes”, 7% “quase nunca” e 1% “nunca”.

Gráfico 37 – Disponibilidade das UBS's



Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

Conforme pode ser observado no Gráfico 38 que trata sobre avisos sobre impossibilidade de visitas marcadas, 63% dos pesquisados responderam que “sempre” são avisados sobre a impossibilidade de visitas marcadas, 17% “muitas vezes”, 16% “as vezes”, 2% “quase nunca” e 2% “nunca”.

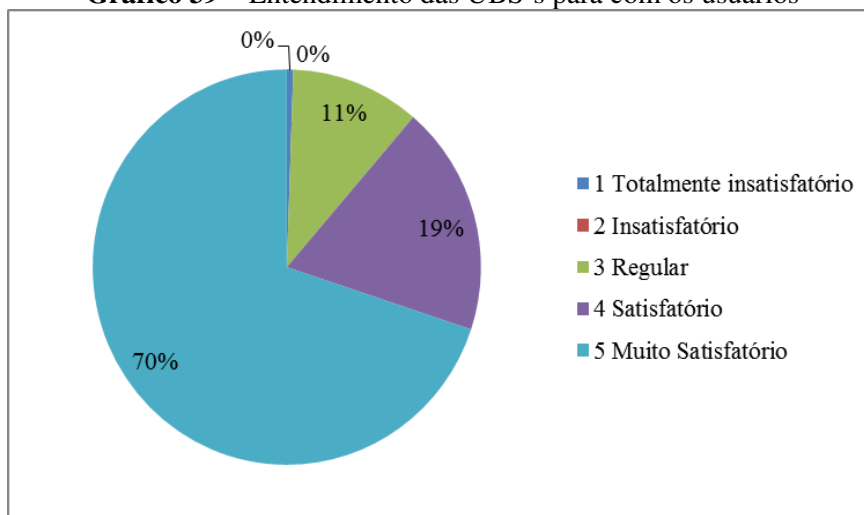
Gráfico 38 – Avisos sobre impossibilidade de visitas marcadas

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

O bom relacionamento entre a sociedade e o profissional aperfeiçoa as circunstâncias de acesso aos serviços. Isso intensifica a medida que eles passam a viver diariamente na UBS e na comunidade assistida. A ESF empenha-se para harmonizar as duas vertentes, estimulando o trabalho com instrumentos que unem e fortalecem essas vertentes e simplificam o acesso (LORA, 2004).

4.11 Percepção dos usuários em relação ao Entendimento do cliente

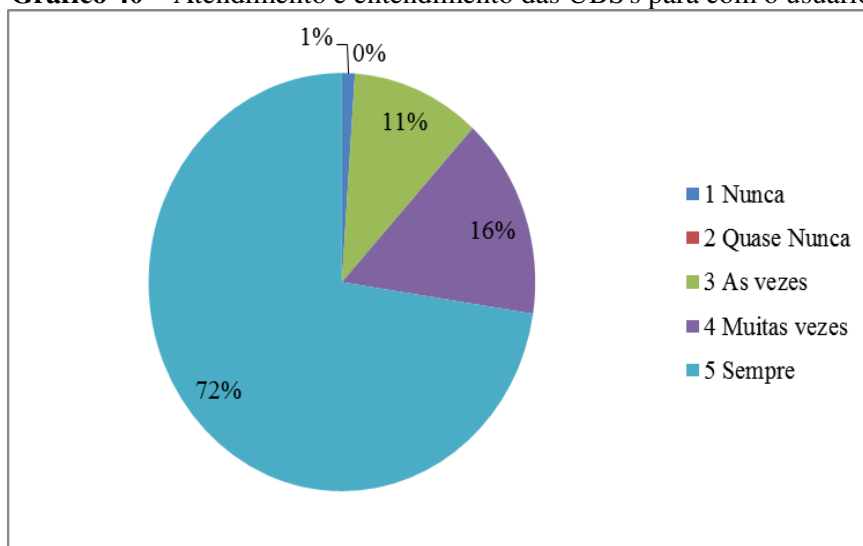
O respeito e o esforço para entendimento que as UBS's têm para com o usuário pode ser considerado de acordo o Gráfico 39: “totalmente satisfatório”, visto que 70% dos entrevistados optaram por esta resposta, 19% “satisfatório” e 11% “regular”,

Gráfico 39 – Entendimento das UBS's para com os usuários

Fonte: Dados da Pesquisa (2016)

De acordo com o Gráfico 40 que trata do atendimento e entendimento das UBS's para com o usuário, pode-se constatar que 72% dos usuários afirmaram que as UBS's "sempre" estão dispostas ao atendimento e entendimento das necessidades dos usuários, 16% "muitas vezes", 11% "às vezes" e 1% "nunca".

Gráfico 40 – Atendimento e entendimento das UBS's para com o usuário



Fonte: Dados da Pesquisa (2016).

O procedimento de trabalho na UBS necessita ser organizado objetivando alcançar a solução das atuações produzidas e o contentamento dos usuários. De maneira bem estabelecida e proferida, a equipe alcança o aperfeiçoamento do processo de trabalho, alcançando mais e com menor deterioração física e psicológica. Além disso, as prestações cotidianas se voltam bem norteadas, e os alvos são mais fluentemente conseguidos (MOTA, 2009).

5 CONCLUSÃO

Posteriormente a coleta de dados através dos 186 questionários, que foram distribuídos e aplicados com parte dos usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) de algumas comunidades e na sede do Município de São Francisco – PB tornou-se possível atingir os objetivos específicos que foram delineados.

Quanto ao perfil socioeconômico dos indivíduos que participaram da pesquisa a maioria está localizada na zona rural, é do gênero feminino com estado civil de casada. Com relação à idade, a pesquisa apresentou uma divisão de posições, dessa forma ficou distribuído com pessoas entre 18 e mais de 60 anos. No que diz respeito ao nível de escolaridade, infelizmente a pesquisa aponta um baixo nível com os percentuais de fundamental I incompleto e analfabetos sobrepondo aos demais. No item renda familiar houve um fracionamento das respostas, onde a maioria possui renda de dois a três salários mínimos. A maior parte das famílias é composta por três ou quatro pessoas e na grande maioria são aposentados ou pensionistas, o segundo maior público foi de agricultores. Já a participação em programas sociais obteve um baixo percentual e dos indicados pelos entrevistados o Bolsa Família obteve mais adeptos.

Em relação aos elementos tangíveis, a maioria dos entrevistados depositou um olhar positivo em todos os questionamentos. Consideram as instalações das UBS's como “muito atraentes”. Da mesma forma, a vestimenta dos colaboradores das UBS's foi considerada sempre “adequada”. Os instrumentos e aparelhos sempre pareceram modernos e adequados. E a higienização foi considerada “muito satisfatória”.

No que diz respeito à relação de confiabilidade dos usuários o “item entrega de um medicamento agendado” apresentou uma divisão nas respostas das pessoas, porém, o maior percentual destaca-se no item “totalmente satisfatório”. Em relação à pontualidade do atendimento agendado também apresentou-se uma divisão e da mesma forma, o item “muito satisfatório” destacou-se dos demais.

No que corresponde a responsividade o quesito “soluções de urgências e complicações” evidência que diante desses casos a solução é oferecida pelo Município em estudo, pois a grande maioria dos entrevistados mostrou-se “muito satisfeita”. Com relação a assiduidade de visita dos agentes comunitários de saúde os questionados mostram-se “satisfeitos”, apresentando-se um percentual melhor no quesito “sempre”. Já os apoios da

atenção básica quanto à “saúde da mulher”, a “saúde da criança” e a “saúde bucal” não apresentaram percentuais negativos.

Ao analisar a percepção da competência e da cortesia dos profissionais (os médicos, os odontólogos, os enfermeiros os técnicos de enfermagem, os agentes de saúde e os recepcionistas) percebe-se que todos os profissionais obtiveram resultados positivos e o quesito “muito satisfatório” obteve o maior percentual.

No perfil credibilidade foi questionado a reputação das UBS's, onde o item “muito boa” obteve o maior percentual. O perfil garantia analisou a “segurança diante da qualidade dos serviços prestados pela ESF” e da “qualidade dos serviços prestados pelos profissionais e técnicos das UBS's”, os quais receberam respostas positivas e a alternativa “muito satisfatório” obteve o percentual mais elevado.

A percepção dos usuários em relação acessibilidade mostrou que nos pontos “comunicação por telefone” e “localização” as respostas “sempre” e “muito conveniente” respectivamente alcançaram os maiores resultados, sendo que a “comunicação por telefone” obteve um resultado menor quando comparado à “localização”. Já o perfil comunicação procurou observar a “disponibilidade das UBS's para ouvir as pessoas” e “os avisos antecipados quando não puder realizar visitas ou serviços agendados”. Ambas alcançaram maiores resultados na resposta “sempre”, ou seja, a avaliação foi positiva.

Sobre o entendimento do cliente, verificou-se “o respeito e o esforço para entendimento que as UBS's têm para com o usuário” e “se as mesmas se dispõem a entender e atender suas necessidades”. As respostas também foram positivas, sendo “muito satisfatório” e “sempre” respectivamente.

Todavia, percebe-se por meio dos percentuais obtidos que a maior parte dos usuários da Estratégia Saúde da Família do Município de São Francisco/PB apresenta uma percepção positiva em relação às políticas públicas e os serviços ofertados pela ESF do Município. Diante disso, observou-se que há certo envolvimento político-partidário na percepção desses indagados, mas que não chegou a modificar sua trajetória final e comprovar a boa situação da saúde pública do Município em estudo e a competência dos profissionais envolvidos.

5.1 Recomendações para trabalhos futuros

Considerando a relevância da proposta de conhecer a percepção dos usuários das políticas públicas de saúde gerenciadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de São

Francisco/PB, relativas à prestação de serviços da Estratégia Saúde da Família (ESF), é necessário que nas próximas pesquisas sejam levantados os seguintes pontos:

- Identificar a percepção dos demais profissionais que integram as UBS's e que não fazem parte da equipe analisada que foi a ESF.
- Avaliar a percepção dos usuários de políticas públicas em outras cidades com a ESF

REFERÊNCIAS

BARRA, Sabrina Alves Ribeiro. **Gestão da estratégia saúde da família: o desafio de consolidar a intersetorialidade**. 2013. 200 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Curso de Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora Faculdade de Serviço Social, Juiz de Fora, 2013. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2013/04/sabrina.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2017.

BASSOTO, Teresa Raquel de Paiva. **Estratégia Saúde da Família: O papel do enfermeiro como supervisor e educador dos ACS**. 2012. 47 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Governador Valadares/MG, 2012. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Estrategia_saude_familia_papel_e_nfermeiro.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2017.

BATISTA, Deise de Araújo. **Avaliação da qualidade em serviços com a utilização do SERVQUAL e dos operadores FUZZI**. 115 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2009. Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/5995/arquivo979_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 09 mar. 2017.

BONEZI, Carlos Alberto; PEDRAÇA, Luci Leia de Oliveira. **A nova administração pública: Reflexão sobre o papel do Servidor Público do Estado do Paraná**. 2008. 42 f. Monografia (Pós-Graduação em Formulação e Gestão de Políticas Públicas) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008. Disponível em: <http://www.escoladegestao.pr.gov.br/arquivos/File/artigos/administracao_e_previdencia/a_no_va_administracao_publica.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2016.

BORGES, Josefa Lusitânia de J.. **Representações do trabalho médico em saúde da família: Algumas considerações sobre o Brasil e Portugal**. 2014. 271 f. Tese (Doutorado em Educação) - Curso de Doutorado em Educação, Núcleo de Pós-graduação em Educação, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão/ SE, 2014. Disponível em: <https://bdtd.ufs.br/bitstream/tede/1539/1/JOSEFA_LUSITANIA_JESUS_BORGES.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2017.

BORETO, Patrícia Pinho. **A inclusão da equipe de Saúde Bucal na estratégia saúde da Família (ESF)**. 2011. 32f. Trabalho de conclusão de curso (Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2630.pdf>>. Acesso em: 07. Jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica - PNAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 07. Fev. 2017.

_____. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, DF: [s.n], 1990. p.10.

_____. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil - 1988** Brasília, 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 29. Mar. 2016

BEZERRA, Fernanda Aparecida. **A estratégia Saúde da Família na prevenção da recidiva da gravidez na adolescência**. 2013. 24f. Trabalho de Conclusão de Curso - (Especialização), Universidade Federal de Minas Gerais, Minas gerais, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4172.pdf>>. Acesso em: 08. Fev. 2017.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, 24 out. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 08 fev. 2017.

BRASIL. Lei 8.429, de 2 de junho de 1992. Dispõe sobre as sanções aplicáveis aos agentes públicos nos casos de enriquecimento ilícito no exercício de mandato, cargo, emprego ou função na administração pública direta, indireta ou fundacional e dá outras providências **Diário Oficial da União**, Brasília, 03 jun. 1992. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8429.htm>. Acesso em: 08 fev. 2017

BUOSI, Juliana Cristina; GIRALDI, Janaina de Moura Engracia; OLIVEIRA, Marcio Mattos Borges de. A influência das dimensões da qualidade na satisfação dos consumidores de serviços de beleza. **Produto & Produção**, Ribeirão Preto - Sp, v. 14, n. 1, p.128-148, fev. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/ProdutoProducao/article/view/22905/24550>>. Acesso em: 09 mar. 2017.

CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi et al. Hospital governance, hygiene and cleaning: nurse management space. **Texto e Contexto - Enfermagem**, [S.l.], v. 24, n. 4, p.1166-1174, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/pt_0104-0707-tce-201500004010014.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2017.

COSTA, Christine Böhm. **Saúde bucal na estratégia de saúde da família: avanços e desafios na produção do cuidado odontológico**. 2015. 93f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/157307/336646.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 07. Fev. 2017.

DALPIAZ, Ana Kelen; STEDILE, Nilva Lúcia Rech. Estratégia Saúde da Família: Reflexão sobre algumas de suas premissas. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS

PÚBLICAS, 5., 2011, São Luis. **Anais eletrônicos...** São Luis: UFMA, 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf>. Acesso em: 07 Fev. 2017.

DIOGO, José Rômulo Machado. Política da saúde no Brasil: Período colonial, império e república velha. **Web artigos**, [S.l], jan. 2012. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/politica-da-saude-no-brasil-periodo-colonial-imperio-e-republica-velha/82992/>> Acesso em: 12 mar. 2016.

FADE, Marianella Aguilar Ventura; REGIS FILHO, Gilsée Ivan. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 43, p.07-22, Jan/Fev 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n1/a02v43n1.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2017.

FALCÃO, Thales Jenner de Oliveira. **A Inserção do técnico em saúde Bucal na estratégia Saúde da Família no estado de rio Grande Norte**. 2014. 69 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Programa de Pós - Graduação em Saúde da Família, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/19522/1/ThalesJennerDeOliveiraFalcão DISSERT.pdf>>. Acesso em: 07. Jan. 2017.

FADUL, Élvia Mirian Cavalcanti; SILVA, Mônica de Aguiar Mac-Allister; SILVA, Lindomar Pinto. Ensaçando interpretações e estratégias para o campo da administração pública no Brasil. **Revista Administração Publica**, v. 46, n. 6, Rio de Janeiro, p.1438-1458, nov/dez. 2012. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/7130/5676>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

FERNANDES, Marcelo Costa. **Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: enfoque na gerência do cuidado**. 2012. 108f. Dissertação (Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012. Disponível em: <<http://www.uece.br/cmaccis/dmdocuments/Marcelo%20Costa%20Fernandes.pdf>> Acesso em: 08. Fev. 2017.

FREY, Klaus. Planejamento e Políticas Públicas. In: _____ **Políticas Públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil.**, n 21º - [S.l.: s.n.], 2000. cap. 2.

FREITAS, Lagerson mauad. **Ações de educação em saúde: A perspectiva dos agentes comunitários de saúde no município Altamira /PA**. 2013. 142f. Dissertação (Mestrado profissional em ensino em Ciências da Saúde.) – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/centros/cedess/mestrado/teses/tese_132_acoes_de_educacao_em_saude_lagerson_mauad_freitas.pdf>. Acesso em: 08. Fev. 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

_____. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Métodos e técnicas da pesquisa sócia**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRAY, David E. **Pesquisa no mundo real**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2012.

GRILLO, Rosely de Melo. **Política pública de saúde: A Atenção Básica na detecção precoce e prevenção do câncer**. 2013. 190 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Franca, 2013. Disponível em:< <http://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/ServicoSocial/Dissertacoes/dissertacao-2013---rosely-grillo.pdf>> . Acesso em: 13 jan. 2017.

GONÇALVES, Elisa Pereira. **Conversas sobre iniciação à pesquisa científica**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2003.

GOMES, Mariluci; LUZ, Heloísa Helena Venturi. **A atuação da Estratégia Saúde da Família frente ao sofrimento psíquico**. Disponível em:< <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Mariluci-Gomes.pdf>>. Acesso em: 07. Jan. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Banco de dados**. 2010. Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=251398&search=paraibalsao-francisco>>. Acesso em: 07 mar. 2016.

INDRIUNAS, Luís. **História da saúde pública no Brasil**. Disponível em: < <http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>>. Acesso em: 09 abr. 2016.

KRUG, Eliani Aparecida Winhar. **Políticas públicas de saúde da mulher no município de união da vitória - PR no período de 2000 a 2010**. 2011. 276 f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Regional) - Universidade do Contestado, Canoinhas - SC, 2011. Disponível em< <http://www.unc.br/mestrado/editais/Dissertacao-final-Eliani-Krug.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2016.

LORA, Adriano Peres. **Acessibilidade aos serviços de saude : estudo sobre o tema no enfoque da Saúde da Família no município de Pedreira – SP**. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Disponível em:<<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000329816>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

MACIEL, Antônio Gonçalves; CALDEIRA, Antônio Prates; DINIZ, Francisco José Lopes de Sousa. Impacto da Estratégia Saúde da Família sobre o perfil de morbidade hospitalar em Minas Gerais. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 319-330, out.

2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0319.pdf>>. Acesso em: 07. Jan. 2017.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARQUES, Lucimara dos Santos. A História da Saúde Pública no Brasil. **Via JUS**, [S.l], Nov. 2008. Disponível em: <<http://www.viajus.com.br/viajus.php?pagina=artigos&id=1837>> Acesso em: 16 mar. 2016.

MATOS, Kelma Socorro Lopes de. **Pesquisa educacional: o prazer de conhecer**. 2. ed. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2012. p 512.

MELO, Josenildo. **Franzé: os olhos de águia!** 2015. Disponível em: <http://www.portalaz.com.br/noticias/geral/326088_franze_os_olhos_de_guia>. Acesso em: 30 mar. 2016.

MIARELI, Amanda Vaz Tostes Campos. **Trabalho multiprofissional na ESF: dificuldades ou desafios**. 2012. 32 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde de Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais/MG, 2012. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3394.pdf>> Acesso em: 09 Fev. 2017.

MOREIRA NETO, Diogo de Figueiredo. **Mutações do direito público**. Rio de Janeiro: Renovar, 2006.

MOTA, Priscyla de Paula. **O acolhimento como ferramenta estratégica para a reorganização do processo de trabalho no programa de saúde da família: Relato de experiência**. 2009. 27 f. Trabalho de conclusão de curso (especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga/ MG, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0650.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

NAOE, Aline. Analfabetismo no Brasil evidencia desigualdades sociais históricas. **Com Ciência**, Campinas, 10 fev. 2012. Disponível em: <<http://comciencia.scielo.br/pdf/cci/n135/04.pdf>> Acesso em 01 Mar. 2017.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde, São Paulo**, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2017.

NASCIMENTO, Liliam das Graças. **A concepção dos agentes comunitários de ressaquinha sobre o próprio trabalho**. 2011. 71f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de São João del-Rei, São João Del Rei, 2011. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/mestradopsicologia/Dissertacao_Liliam.pdf>. Acesso em: 08. Fev. 2017.

NASCIMENTO, Mayara Silva. **Problema público, atores e saber técnico no processo de construção do programa "Águas de Sergipe"**. 2014. 133 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão- SE, 2014. Disponível em: <https://bdtd.ufs.br/bitstream/tede/468/1/MAYARA_SILVA_NASCIMENTO.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2017.

NEUMANN, Cristina Rolim; SILVA, Meire Andréia Maria de. **PSF e Conselho Local de Saúde: conheça um pouco mais sobre eles**. Faculdade de Medicina – Dpto. de Medicina Social – UFRGS. Disponível em: <https://chasqueweb.ufrgs.br/~cristinaneumann/Sala_de_Espera/temas/temas_psf.htm> Acesso em: 05 abr. 2016.

OLIVEIRA, Amanda Mariza Souza; MENEZES, Tânia Maria de Oliva. A enfermeira no cuidado ao idoso na estratégia saúde da família: sentidos do vivido. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 513-518 jul/ago, 2014. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v22n4/v22n4a13.pdf>>. Acesso em: 07. Jan. 2017.

OLIVEIRA, Rosalvo de Jesus. Integralidade da Assistência: um desafio para a saúde pública. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, [S.l], v. 3, n. 2, p.49-61, jul./dez. 2014. Disponível em: <<http://www.grupouninter.com.br/revistasaude/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/227/236>>. Acesso em: 04 mar. 2016.

OLIVEIRA, Denilson Guimarães. **O técnico em saúde bucal na estratégia saúde da família**. 2011. 36 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Catas Altas - MG, 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3328.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2017.

OSORIO, Caroline C. Borges et al.. **Gentileza no dia a dia, pequenos gestos fazem o seu dia melhor**. Disponível em: <<http://www.uff.br/psienf/t3.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

PAULA, Ana Paula Paes de. **Por uma nova gestão pública**. Rio de Janeiro: FGV, 2005. 204 p.

PEREIRA, Renata Cristina Arthou. **O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes**. 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

RIBEIRO, Ana Luisa de Oliveira. Os atos de improbidade administrativa: uma análise das características da Lei nº 8.429/92. **Conteúdo Jurídico**, Brasília, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.47243>>. Acesso em: 15 out. 2016.

ROCHA, Sandoval Alves. **O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA: Identidade, subjetividade e integração social em Maracanaú - CE**. 2012. 143 f. Dissertação (Mestrado em ciências sociais) - Curso de Ciências Humanas, Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2012. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/bitstream/handle/UNISINOS/3126/programa_bolsa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 27 fev. 2017.

RODRIGUES, Ricardo Donato; ANDERSON, Maria Inez Padula. Saúde da Família: uma estratégia necessária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e comunidade**, Florianópolis, v. 6, n. 18, p.21-24, jan./ mar. 2011. Disponível em: <<https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/247/196>>. Acesso em: 15 out. 2016.

SAKATA, Karen Namie. **A inserção do agente comunitário na equipe de Saúde da Família**. 2009. 200 f. Dissertação (Mestrado em enfermagem em saúde pública) - Curso de Enfermagem, Enfermagem em Saúde Pública, Universidade de São Paulo Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2009. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-08062009-114108/pt-br.php>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

SASAKI, Andreia Kaori; RIBEIRO, Maressa Priscila Daga de Souza. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 28, p. 155-63, jul./set. 2013.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2012.

SEOANE, Antonio Ferreira. **A percepção de médicos e enfermeiros da Atenção Básica sobre humanização nos serviços de saúde**. 2012. 153 f. (Doutorado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-06112012-103201/pt-br.php>>. Acesso em: 01 out. 2016.

SILVA, Kelly Maciel; SANTOS, Silvia Maria Azevedo. A práxis do enfermeiro da estratégia de saúde da família e o cuidado ao idoso. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 105-11, jan/mar, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00105.pdf>. Acesso em: 07. Jan. 2017.

SILVA, Silvia Maria dos Santos Assis. **Gestão pública democrática: a evolução de políticas públicas no Brasil**. 2011. 17 f. Monografia (Trabalho de conclusão do curso programa de desenvolvimento de dirigentes fazendários – PDFAZ) – Escola de Administração Fazendeira, Salvador, 2011. Disponível em: <http://www.sefaz.ba.gov.br/scripts/ucs/externos/monografias/artigo_esaf_silvia_assis.pdf>. Acesso em: 01 out. 2016.

SOU + SUS. **A hierarquização no contexto do SUS**. Blog da Oficina SOU+SUS, um projeto que está em curso no Núcleo Estadual do Ministério da Saúde no Paraná (NEMS/PR) para divulgar informações e fomentar debates sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como de temas correlatos. Disponível em: <<http://soumaissus.blogspot.com.br/2015/04/a-hierarquizacao-no-contexto-do-sus.html>>. Acesso em: 19 fev. 2017.

TOLENTINO, Djaneiva dos Santos; ANDRADE, Marilda. O trabalho do agente comunitário de saúde e suas implicações para o enfermeiro no programa de saúde da família. **Informe-se em promoção da saúde**, [S.l.] v.4, n.1.p.06-09, 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/agentecomunitario3.08.pdf>>. Acesso em: 08. Fev. 2017.

TEIXEIRA, Carmen. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. p. 1-10, Salvador, 2011. Disponível em:<http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2016.

TELLES, Roberta Figueiredo. Administração Pública da saúde. **EBAH**, Araraquara, dez. 1999. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAA-DoAE/administracao-publica-saude>>. Acesso em: 04 abr. 2016.

VIDAL, Selma Vaz; MOTTA, Luís Cláudio de Souza; BATISTA, Rodrigo Siqueira. Agentes comunitários de saúde: aspectos bioéticos e legais do trabalho vivo. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 24, n.1, p.129-140, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0129.pdf>>. Acesso em: 07. Fev. 2017.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila; POZ, Mario Roberto dal. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 15, p.225-264, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a11.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2017.

WU, Xun et al. **Guia de Políticas Públicas: Gerenciando Processos**. Brasília: Enap, 2014. 160 p. Disponível em: <<http://www.enap.gov.br/documents/586010/604366/Guia+de+Políticas+Públicas+Gerencian+do+Processos.pdf/afcf588e-d510-41eb-bfb7-049fcda6f549>>. Acesso em: 09 dez. 2016.

ZEITHAML, Valarie E.; PARASURAMAN, A.; BERRY, Leonardo L. **A excelência em serviços**. Tradução de Cecília Bartaloti. São Paulo: Saraiva, 2014.



APÊNDICE - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS – CCJS
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO



QUESTIONÁRIO

Eu me chamo Andreia Dantas de Oliveira Barbosa, sou aluna do 9º período do Curso de Administração UACC/CCJS/UFCG. Este questionário é parte do meu Trabalho de Conclusão (TC). O objetivo é conhecer a percepção do (a) senhor (a) quanto aos Serviços de Saúde prestados pelo município de São Francisco - PB.

Perfil Socioeconômico do Usuário

Bairro:

01) Gênero

- a) () Masculino
 b) () Feminino
 c) () Outro
- _____

02) Estado Civil

- a) () Casado
 b) () Solteiro
 c) () Outro
- _____

05) Renda familiar bruta mensal (em salários mínimos)

- a) () menos de 01 d) () 04 – 05
 b) () 01 e) () 06 – 09
 c) () 02 – 03 f) () Mais de 10

03) Idade

- a) () 18 – 25 d) () 50 – 59
 b) () 26 – 34 e) () 60 ou mais
 c) () 35 – 49

06) Número de residentes na () casa / () apartamento

- a) () 01 – 02 d) () 07 – 08
 b) () 03 – 04 e) () 09 – 10
 c) () 05 – 06 f) () Mais de 11

04) Escolaridade

- a) () Analfabeto f) () Ensino Méd. Inc.
 b) () Fund. I Inc. g) () Ensino Méd. Comp.
 c) () Fund. I Comp. h) () Ensino Sup. Inc.
 d) () Fund. II Inc. i) () Ensino Sup. Comp.
 e) () Fund. II Comp. j) () Pós-Graduação

07) Profissão:

08) Alguém na família é beneficiária de programas sociais?

- a) () Sim Se SIM, qual?
 b) () Não _____

I. Percepção dos usuários em relação aos Elementos tangíveis

09) As instalações da (s) Unidade (s) Básica (s) de Saúde são...

Nada atraentes Muito atraentes
 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___

10) Os colaboradores da (s) Unidade (s) Básica (s) de Saúde trabalham vestidos adequadamente?

11) Os instrumentos e aparelhos usados pelos profissionais da saúde parecem modernos ou adequados?

Nunca Sempre
 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 ___

12) Como você percebe a higienização da (s) Unidade (s) Básica (s) de Saúde?

Nunca					Sempre	Totalmente insatisfatória				Muito satisfatória
1 __	2 __	3 __	4 __	5 __		1 __	2 __	3 __	4 __	5 __

II. Percepção dos usuários em relação à Confiabilidade

13) Quando um procedimento ou a entrega de um medicamento é agendado, esse atendimento ou entrega é....	14) Em relação à pontualidade do atendimento agendado, ele pode ser percebido como...
Totalmente insatisfatório	Muito satisfatório
1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __	Totalmente insatisfatório
	Muito satisfatório
	1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __

III. Percepção dos usuários em relação à Responsividade

15) Quando surge uma urgência, complicação, caso grave ou mesmo raro, a solução oferecida é...	16) Os agentes de saúde são disponíveis e assíduos na visitação às residências...
Totalmente insatisfatório	Muito satisfatório
1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __	Nunca
	1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __
	Sempre

17) As UBS's contam com o apoio de atenção básica de saúde para....

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| i) Atenção à saúde da mulher | iii) Ações de saúde bucal | v) Combate à Hanseníase |
| a) () Sim b) () Não | a) () Sim b) () Não | a) () Sim b) () Não |
| ii) Atenção à saúde da criança | iv) d) Combate da tuberculose | |
| a) () Sim b) () Não | a) () Sim b) () Não | |

IV. Percepção dos usuários em relação à Competência

18) Como o senhor (a) avalia a competência no atendimento de...	
i) Médicos	iv) Técnicos de Enfermagem
Totalmente insatisfatório	Muito satisfatório
1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __	Totalmente insatisfatório
	Muito satisfatório
	1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __
ii) Odontólogos	v) Agentes de Saúde
Totalmente insatisfatório	Muito satisfatório
1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __	Totalmente insatisfatório
	Muito satisfatório
	1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __
iii) Enfermeiros	vi) Recepcionistas
Totalmente insatisfatório	Muito satisfatório
1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __	Totalmente insatisfatório
	Muito satisfatório
	1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __

V. Percepção dos usuários em relação à Cortesia

19) Os profissionais da ESF são sempre agradáveis e educados?	
i) Médicos	iv) Técnicos de Enfermagem
Nunca	Sempre
	Nunca
	Sempre

1 __	2 __	3 __	4 __	5 __	1 __	2 __	3 __	4 __	5 __
ii) Odontólogos					v) Agentes de Saúde				
Nunca					Nunca				
1 __	2 __	3 __	4 __	5 __	1 __	2 __	3 __	4 __	5 __
Sempre					Sempre				
iii) Enfermeiros					vi) Recepcionistas				
Nunca					Nunca				
1 __	2 __	3 __	4 __	5 __	1 __	2 __	3 __	4 __	5 __
Sempre					Sempre				

VI. Percepção dos usuários em relação à Credibilidade

20) Quanto a reputação da (s) Unidade (s) Básica (s) de Saúde são...(você diria que é..)

Muito ruim Muito boa
 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __

VII. Percepção dos usuários em relação à Garantia

21) Em relação à qualidade dos serviços da ESF, você considera que é

Totalmente insatisfatório Muito satisfatório
 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __

22) Em relação à segurança diante da qualidade dos serviços prestados pelos profissionais e técnicos das UBS's você diria que é...

Totalmente insatisfatório Muito satisfatório
 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __

VIII. Percepção dos usuários em relação à Acessibilidade

23) É fácil contatar os serviços de atendimento das UBS's pelo telefone?

Nunca Sempre
 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __

24) Em relação à localização (acesso) das UBS's você diria que é...

Muito inconveniente Muito conveniente
 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __

IX. Percepção dos usuários em relação à Comunicação

25) Quando você procura as UBS's, eles se mostram dispostos a ouvi-lo(la)?

Nunca Sempre
 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __

26) A ESF avisa antecipadamente quando não puder fazer uma visita agendada ou oferecer um serviço?

Nunca Sempre
 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __

X. Percepção dos usuários em relação ao Entendimento do cliente

27) O respeito e o esforço para entendimento que as UBS's têm para com o usuário pode ser considerado...

Totalmente insatisfatório Muito satisfatório
 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __

28) As UBS's dispõem-se a entender e atender as suas necessidades?

Nunca Sempre
 1 __ 2 __ 3 __ 4 __ 5 __

* * *