

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO
NORTE – FARN**

VICTOR HUGO DO NASCIMENTO DE LIMA

**QUALIDADE NA SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO DO PSF DO BAIRRO DE FELIPE
CAMARÃO III**

**NATAL/RN
2005**

RB-26.590

M
658.56:614

FARN
BIBLIOTECA
Nº Reg. M000444
22.05.06

L711q
2005

VICTOR HUGO DO NASCIMENTO DE LIMA

**QUALIDADE NA SAÚDE PÚBLICA: UM ESTUDO DO PSF DO BAIRRO DE FELIPE
CAMARÃO III**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Administração com Habilitação em Marketing da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte como requisito obrigatório para a obtenção do título de Bacharel em Administração com Habilitação em Marketing.

Orientadora: Maria Teresa Pires Costa, M.Sc.

**NATAL/RN
2005**

Catalogação na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Lima, Victor Hugo do Nascimento de

Qualidade na Saúde Pública: um estudo do PSF do bairro de Felipe Camarão III /
Victor Hugo do Nascimento de Lima. – Natal: FARN, 2005.
38 f.

Orientador: Maria Teresa Pires Costa (M. Sc.)

Monografia (Bacharelado em Administração com Habilitação em Marketing) –
Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Gestão da Qualidade na Saúde – Monografia. 2. Programa Saúde da Família –
Monografia. 3. Saúde Pública – Políticas – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 658.56:614

“Quando não seja possível avançar dois passos por dia, desloquemo-nos para diante, pelo menos, alguns milímetros”. Francisco Cândido Xavier pelo espírito de Emmanuel (Livro Fonte Viva).

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Maria da Salete, que me ensinou a não medir esforços para superar dificuldades por maiores que elas sejam.

Ao meu pai, José Honório, que me mostrou como ser forte mesmo diante de grandes perdas.

À Professora Teresa Pires que em mim confiou e incansavelmente me incentivou nesta pesquisa.

À Dra. Ilsilene e a sua equipe pelo auxílio, e pelo grande interesse no êxito desta pesquisa.

À Ana Isabel pela cumplicidade, pela paciência e por me apoiar em tudo aquilo que realizo.

Aos meus familiares e amigos.

A Deus pela saúde e perseverança que nunca me faltaram.

RESUMO

Esta pesquisa analisa o Programa Saúde da Família após a sua implantação em Felipe Camarão III desde a qualidade no atendimento dos membros das Equipes de Saúde da Família até as condições de moradia dos pacientes atendidos pelo Programa. Na medida que o estudo evoluiu, foi possível analisar a atualidade da Saúde Pública do Brasil e verificar fatores externos e internos que influenciam no desempenho do Programa no bairro. Através desta pesquisa, podemos relacionar os conceitos de qualidade no atendimento prestado pelos serviços de saúde, assim como, o que prevê as Políticas de Saúde com a atual realidade do Programa Saúde da Família no bairro de Felipe Camarão III. Ao término deste estudo concluímos que muito ainda há de melhorar nas condições de saúde de Felipe Camarão III, porém, grandes evoluções já podem ser percebidas após a implantação do PSF no bairro.

PALAVRAS-CHAVE: Programa Saúde da Família, qualidade no atendimento, Saúde Pública, políticas de saúde.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO DO PRPBLEMA DE PESQUISA	4
1.2	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	6
1.3	OBJETIVOS DE PESQUISA	8
1.3.1	Objetivo Geral	8
1.3.2	Objetivos Específicos	8
1.4	JUSTIFICATIVA	9
2	REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1	CONCEITUANDO A QUALIDADE	11
2.2	GESTÃO DA QUALIDADE NA SAÚDE	12
2.3	A MELHORIA DA QUALIDADE NOS CUIDADOS DA SAÚDE	14
2.4	SAÚDE PÚBLICA: UM DESAFIO DE LONGAS DATAS	16
2.5	POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	17
2.6	O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA	20
3	METODOLOGIA CIENTÍFICA	23
3.1	TIPO DE PESQUISA	23
3.2	UNIVERSO E AMOSTRA	23
3.3	COLETA DE DADOS	23
3.4	ANÁLISE DOS DADOS	24
4	ANÁLISE DOS RESULTADOS	25
4.1	PERFIL DOS ENTREVISTADOS	25
4.2	RESULTADO DA PESQUISA DE QUALIDADE	29
4.3	RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO	34
5	CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	36
	REFERÊNCIAS	38
	APÊNDICE	
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

Em anos eleitorais podemos observar muitas promessas, algumas delas dizendo respeito à melhoria da saúde pública. Eleitores mais radicais anulam seus votos por não confiarem nessas promessas e, sem embasamento algum, afirmam que nada é feito pela saúde pública.

Vivemos num país pobre com um povo sofrido que por lei é merecedor de toda atenção por parte dos que governam seu país. É bem verdade que muito ainda tem que ser melhorado na saúde pública, porém evoluções já ocorreram.

A escolha por estudar a qualidade na saúde pública, em especial o Programa Saúde da Família (PSF), se deu por vários motivos. Um deles o de conhecer uma outra realidade e verificar a evolução após a implantação do PSF, em especial em Felipe Camarão III.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

A preocupação da humanidade com as questões de saúde e doença não são novas. Já em 1832, a cólera que começou em Paris e se propagou por toda Europa, refletiu na população proletária e plebéia uma série de medos políticos e sanitários. É nesse momento que os poderes políticos passam a promover medidas autoritárias de intervenção e controle na vida cotidiana das pessoas.

Como reflexo o hospital, também nessa época, deixa de ser hospedaria de pobre, mendigos e doentes e passa a ser local racionalizado, com objetivo de manutenção e cura de doenças. Deixa de ser um local aonde as pessoas iam para morrer e passa a ser um local onde se resta uma alternativa e uma possibilidade de cura do doente. Anteriormente, o hospital era abrigo para pobres, indigentes,

insanos mentais e a burguesia recebia atenção médica em casa. E até bem recentemente, era o centro de todas as ações de saúde, por sua característica curativa.

Até um passado um tanto quanto breve se entendia por saúde o estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se apresentam em situação normal. A doença era o desequilíbrio dessas funções e a cura, a volta a normalidade, era o foco da atenção.

Hoje o conceito de saúde não se resume apenas a ausência de doenças e sim a vários outros fatores relacionados às condições de vida, como moradia, emprego, saneamento, eletrificação, água tratada, acesso aos serviços de saúde, nível educacional, etc. Com esta abrangência da definição da saúde, começou a se perceber que o ciclo doença-cura poderia reduzir drasticamente ao melhorarmos as condições de vida das pessoas, isso porque elas adoeceriam menos. Muda-se então o enfoque para prevenção.

O Ministério da Saúde dentre vários programas em prol da saúde, considerando o aspecto preventivo, lançou em 1994 o PSF (Programa Saúde da Família).

O principal propósito do PSF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família. O PSF é uma estratégia para inversão do atual modelo de saúde praticado em todo mundo. O modelo antigo está centrado na doença, os profissionais de saúde aguardam que os pacientes lhe procurem e geralmente não se preocupam com os agentes causais.

Espera-se que esta alteração do modelo de saúde arcaico seja responsável em parte pelo melhoramento da qualidade de vida dos brasileiros.

Na cidade do Natal, o PSF foi iniciado no ano de 1998 com a implantação do programa nos bairros de Guarapes, Felipe Camarão e Cidade Nova.

Apesar das grandes mudanças nas estatísticas da saúde em Natal, ainda existem vários pontos da cidade onde a saúde é escassa, por exemplo, o bairro periférico de Felipe Camarão, onde apesar de já existir o programa há um certo tempo, ainda havia uma área não atendida pelo programa conhecida como "área descoberta", hoje denominada de Felipe Camarão III. Nela, o PSF foi implantado a pouco menos de um ano, sendo atendida por quatro equipes do PSF onde uma delas é a equipe C.

Considerando que a qualidade em saúde, como em qualquer outra área de atuação, depende da percepção da clientela e das expectativas desta serem ou não atendidas, e que avaliar os processos permite correções no sentido de buscar a excelência, coloca-se o seguinte problema: **qual a percepção dos moradores de Felipe Camarão III, atendida pela equipe C do PSF sobre a melhoria da qualidade do atendimento de saúde após a implantação do programa?**

1.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O principal propósito do PSF é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família, buscando com isso, uma melhoria na qualidade de vida dos brasileiros.

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família.

A estratégia do PSF foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes

comunitários (cada equipe do PSF tem de quatro a seis ACS; este número varia de acordo com o tamanho do grupo sob a responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas).

Funcionando adequadamente, as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.

Em Natal, o ponta-pé inicial foi dado pelo PACS (Programa Agente Comunitário de Saúde) em 1994. Três anos mais tarde, em 1997, a Secretaria Municipal de Saúde decide aderir ao PSF o qual só saiu do papel em meados de Fevereiro de 1998.

As primeiras localidades a receberem o PSF foram Guarapes com 2 equipes, Felipe Camarão com 1 equipe e Cidade Nova com 1 equipe; apenas suficiente para atender 3% da população de Natal.

Em 1999 a Unidade de Saúde da Família de Felipe Camarão passou a ser constituída por 4 equipes, Cidade Nova por 4 equipes, Guarapes por 3 equipes. Foi criada a Unidade Mista de Saúde de Felipe Camarão atendendo a população daquela área com 6 equipes e Nova Cidade com 2 equipes. Essas equipes eram suficientes para atender 100% da população dessas localidades, correspondendo a 11,50% da população total de Natal.

Hoje o PSF em Natal é distribuído em três distritos (Norte, Oeste e Leste). O distrito Norte possui 20 Unidades de Saúde da Família composta por 59 Equipes Saúde da Família atendendo 78,46% daquela região, o distrito Oeste possui 9 USF compostas por 34 ESF atendendo 56,57% da região e o distrito Leste 3 USF compostas por 8 ESF atendendo um total de 22,42% da região.

Juntos os três distritos acima descritos possuem 32 Unidades Saúde da Família compostas por 101 Equipes Saúde da Família.

Felipe Camarão hoje é dividido em 3 partes (Felipe Camarão I, II e III). Felipe Camarão III é atendido por 4 equipes (A, B, C e D), a equipe C é constituída por 1 médico, 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem, 1 cirurgião-dentista, 1 ACD e 6 agentes comunitários.

Quando o PSF deu início aos atendimentos em Felipe Camarão III, antes área descoberta, a equipe C tinha em seu cadastro 781 famílias somando um total de 3.281 pessoas cadastradas. No período de cadastramento apenas 8 casas não puderam entrar nos registros devido o fato de estarem desocupadas, gerando um índice aproximado a 1% de casas não cadastradas na região destinada ao atendimento da equipe C.

Fisicamente, a região atendida pela equipe C é composta por diversos pontos comerciais sendo alguns deles: 1 farmácia, 1 padaria, pequenos mercadinhos, 4 igrejas, 3 colégios de grande porte (Clara Camarão, Veríssimo de Melo e a Fundação Neuzenir), além de uma fábrica de confecções, uma fábrica de reciclagem de lixo, uma empresa de ônibus (Conceição) e a unidade de saúde localizada no quarteirão 176 a qual a equipe C faz parte.

1.3 OBJETIVOS DA PESQUISA

1.3.1 Geral

Verificar a percepção dos moradores de Felipe Camarão III, atendida pela equipe C do PSF sobre a melhoria da qualidade do atendimento de saúde após a implantação do programa.

1.3.2 Específicos

Descrever as condições sócio-sanitárias de Felipe Camarão III.

Avaliar a percepção dos usuários de Felipe Camarão III sobre a qualidade dos serviços de saúde prestados no bairro antes da implantação do PSF, com a equipe C.

Verificar a satisfação dos usuários de Felipe Camarão III atendidos pela equipe C do PSF, com a atual qualidade dos serviços prestados.

1.4 JUSTIFICATIVA

A pretensão desta monografia é de conhecer e avaliar as condições de saúde de determinada parte do bairro de Felipe Camarão buscando descobrir o que é possível melhorar em termos de condições de vida daquela população.

O objetivo não é apenas informar onde seria possível modificar as condições de vida daquela população. Já é de conhecimento de muitos que uma população que possui uma boa saúde (boas condições de moradia, bom nível de conhecimento) é uma população que produz mais, por isso, a presente pesquisa tem o extremo interesse de apresentar aos governantes responsáveis pela gestão da saúde na cidade do Natal – assim como, os responsáveis pela saúde no Rio Grande do Norte – o que ainda está a desejar e propor soluções para isto combater.

Como consequência deste trabalho, a FARN (Faculdade Natalense Para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte) também irá se engrandecer, haja vista que sua missão é a de participar ativamente do desenvolvimento sócio-econômico local e regional, por meio da formação de profissionais de nível superior com capacidade criadora, espírito científico e atitude transformadora do seu meio e, inter-institucionalmente, cooperar para o intercâmbio e divulgação de idéias e procedimentos que propiciem a elevação cultural e o aprimoramento do ensino e da pesquisa.

O mérito do pesquisador se dará pelo fato de poder aqui expor boa parte dos seus conhecimentos adquiridos em quatro anos como aluno da FARN, provando sua capacidade como profissional,

mostrando o perfil de um administrador ético sem deixar de lado o papel de cidadão ativo que não busca apenas o próprio lucro e sim o progresso da população em geral, pois bem se sabe, ela é quem é a fonte geradora do nosso sucesso.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONCEITUANDO A QUALIDADE

Atualmente, podemos observar uma acirrada concorrência em todos os segmentos do mercado. Essa crescente na concorrência vem obrigando os profissionais e empreendedores a buscar um diferencial.

Um dos diferenciais mais almejados é a qualidade dos serviços ou produtos por garantir a satisfação dos clientes. Nunca se tentou tanto atingir a qualidade, nunca foi tão grande a tentativa da aproximação do Zero Defeito como hoje.

A qualidade tem vários sentidos, Zero Defeito é o nome atribuído quando os padrões de qualidade são plenamente atendidos. O consumidor quer o produto ou serviço que satisfaça suas necessidades pessoais, algo que resolva seus problemas.

Chiavenato (1999, p. 678) “conceitua qualidade como a capacidade de atender, durante todo tempo, às necessidades do cliente”.

Para Crosby (apud MEZOMO, 2001, 71) “qualidade é a conformidade com as exigências”.

Deming (apud MEZOMO, 2001, 72) afirma que “a qualidade tem como objetivo as necessidades dos usuários, presentes e futuras”.

Feigenbaum (apud MEZOMO, 2001, 85) diz que,

qualidade é o total das características de um produto ou serviço referentes a marketing, engenharia, manufatura e manutenção, pelas quais o produto ou serviço, quando em uso, atenderá às expectativas do cliente.

Tomando como base os conceitos acima citados, esta pesquisa irá definir qualidade como sendo uma ferramenta com o propósito de agregar valor a um produto ou serviço, com outras palavras, a

qualidade é o caminho mais curto para se chegar à satisfação dos consumidores de um determinado serviço ou produto.

2.2 GESTÃO DA QUALIDADE NA SAÚDE

As empresas que quiserem sobreviver com sucesso deverão adotar um modelo de gestão que privilegie as práticas que agregam valor ao cliente e otimizem o seu próprio desempenho.

Dentro deste modelo de gestão, alguns valores devem receber ênfase como o enfoque no cliente.

A qualidade dos produtos e serviços é avaliada pelo consumidor, e não pelo fornecedor, isto justifica a necessidade de garantir a satisfação do cliente. Esta satisfação é um grande passo para a conquista da fidelização do consumidor.

Para Mezomo (2001, p.47),

se o cliente não estiver convencido de que a empresa o valoriza e respeita, de pouco vale o esforço dela para eliminar erros e defeitos ou para reduzir as reclamações. Na verdade, o que vale e importa é a ação preventiva voltada à remoção de tudo aquilo que pode provocar a repetição dos erros ou defeitos verificados. O cliente é mais importante que o lucro.

A empresa jamais poderá se satisfazer com seu sucesso, por maior que ele seja, pelo fato da crescente competitividade ser extremamente ameaçadora.

É preciso eliminar árvores capazes de produzir frutos impróprios para o consumo, é necessário eliminar as causas dos efeitos não desejados.

Mezomo (2001 - p. 48) defende que,

é preciso descobrir novas oportunidades, aproveitando idéias e informações das pessoas e dos clientes externos, inclusive da própria sociedade. É preciso aumentar o valor para o cliente com produtos e serviços melhorados; com a redução e eliminação dos erros e tudo aquilo que aborrece; com o fim do desperdício; com a redução do tempo de atendimento e

resposta; com o aumento da produtividade e com a melhoria do desempenho.

Isto é o que chamamos de melhoria contínua.

O setor de serviços sempre teve contato direto com o cliente, mas há pouco, caiu em sua percepção a mudança do perfil da sua clientela: mais exigente, mais crítica, mais consciente de seus direitos.

O cliente sabe analisar a relação custo-benefício dos serviços por ele utilizado. Por esse motivo, as organizações que não oferecerem qualidade comprometem sua própria existência.

A busca pela qualidade no atendimento deixou de ser preocupação apenas das grandes empresas industriais e passou a constituir-se em prioridade para toda organização.

Numa era de grandes e constantes mudanças nenhuma instituição da área da saúde pode continuar sendo o que foi no passado.

Acabou o tempo em que os hospitais podiam produzir sem conhecer as verdadeiras necessidades do consumidor.

As organizações de serviços estão exigindo novo estilo de gestão: a gestão pela melhoria da qualidade, com enfoque no atendimento do cliente, no conhecimento da concorrência e na redução dos custos.

Leebov (apud MEZOMO, 2001, p. 77) cita dez pilares da excelência nos serviços:

- a. Filosofia e compromisso da administração.
- b. Responsabilidade.
- c. *Input* e avaliação.
- d. Solução de problemas e administração de conflitos.
- e. Comunicação com a base.
- f. Treinamento e desenvolvimento de pessoas.
- g. Envolvimento das pessoas (médicos/ funcionários)
- h. Recompensa e reconhecimento.
- i. Funcionário como cliente.
- j. Lembretes, slogans e reforços.

Quando se fala em qualidade é preciso ter sempre presente pelo menos três conceitos: “missão”, “serviços” (produtos) e “satisfação do cliente”.

Para Mezomo (2001, 92) “qualidade é a adequação dos serviços (produtos) à missão da organização comprometida com o pleno atendimento das necessidades de seus clientes”.

Em serviços de saúde em geral, é possível identificar alguns componentes da qualidade que lhes são comuns e que estão diretamente ligados à ciência e a tecnologia dos cuidados e à sua aplicação nas ações concretas.

Segundo Donabedian (apud MEZOMO, 2001, p. 111), “estes componentes são: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade (acessibilidade, oportunidade, relação profissional-paciente, comodidade, resultados, custo, equidade) e legitimidade”.

2.3 A MELHORA DA QUALIDADE NOS CUIDADOS DA SAÚDE

Muitas instituições da área da saúde centralizam seus esforços na coleta de queixas/sugestões e na análise de *inputs* (dados) fornecidos por seus funcionários. Isto nos mostra que elas estão mais preocupadas em saber o que está errado com seus serviços do que se fazer ciente das satisfações, necessidades e expectativas de seus clientes (pacientes) quanto à oferta de novos serviços e melhoria dos já existentes. Este descaso faz com que elas pouco conheçam a avaliação dos pacientes a respeito da performance da instituição e de seus concorrentes. As chances de fracasso no lançamento de novos serviços aumentam pela falta de conhecimento das necessidades dos clientes/pacientes.

A melhoria da qualidade nos cuidados de saúde está sendo instigada por fatores internos e externos. Externamente temos o governo, a concorrência, os usuários que querem qualidade de

cuidados e a necessidade da redução dos custos. Internamente os próprios provedores de serviços e os administradores querem que a qualidade seja uma iniciativa deles e não um resultado das exigências dos fatores externos. Além disso, existe a necessidade de competir e a de ampliar o mercado mostrando maior responsabilidade profissional. Paralelo a estes fatores que pressionam, tem-se também o próprio aprofundamento no conhecimento das teorias e técnicas da melhoria da qualidade.

A melhoria da qualidade garante respeito ao profissional, compreensão dos objetivos das atividades que afetam a qualidade e sólidas ferramentas para avaliar e melhorar os cuidados.

A questão da melhoria da saúde não interessa apenas aos profissionais de saúde e aos pacientes. É de extremo interesse de empresários assim como dos governantes. Uma população com boas condições de vida é uma população que gera menos custos.

Os governantes almejam uma saúde mais digna para evitar problemas como pensões prematuras, aposentadorias que poderiam ser evitadas.

Para Mezomo (2001, p.128),

devemos reconhecer que existem algumas dificuldades de aplicação dos conceitos de qualidade utilizados pela indústria à área de saúde. Na indústria fala-se em “defeitos” e em “*standards*” aplicados ao “produto” e também em seleção dos fornecedores de “matéria-prima”, enquanto, na saúde, não se tem dois pacientes iguais, porque muitos fatores pessoais, sociais e ambientais interferem nos resultados. Esta falta de conformidade dificulta medir a qualidade e determinar as ações que a possam melhorar.

Mezomo (2001, p.128) ainda afirma que, “é por isso que a melhoria da qualidade está apenas começando a ser implementada nos cuidados da saúde”.

2.4 SAÚDE PÚBLICA: UM DESAFIO DE LONGAS DATAS

Não é de agora as dificuldades encontradas para por a saúde pública em prática. A Saúde Pública no Brasil está em fase de mudança.

A municipalização do sistema de saúde, passando do gerenciamento federal para o municipal, ainda está em fase de implantação em alguns municípios, assim como em pleno funcionamento em outros.

Muitas "discussões" ainda são necessárias, tanto a nível local, como estadual e federal.

Garantir que ricos e pobres tenham acesso a um serviço de saúde de qualidade é um desafio tanto para países em desenvolvimento como o Brasil quanto para regiões mais ricas do planeta.

De acordo com Starfield (2002, p.533),

apesar da clara importância das condições ambientais e sociais, incluindo nutrição e habitação, o melhor acesso aos serviços de saúde faz a diferença, particularmente para aqueles que têm sido relativamente privados deles.

O direito universal a um bom atendimento é uma meta que já foi em parte alcançada em regiões como a Europa Ocidental, mas literalmente a um preço bastante alto – hoje analistas consideram difícil à manutenção de estruturas como a do sistema público de saúde da França, escolhido pela Organização Mundial da Saúde como o melhor do planeta.

Após a promulgação da Constituição Brasileira, onde consta que a saúde é um direito do cidadão e um dever do estado, necessitou ser regulamentado o novo sistema de saúde pública.

Várias tentativas foram feitas e, finalmente, em 1996, foi publicada a Norma Operacional Básica (NOB 96). Nela, ficou definido

como deve ser o serviço de saúde prestado pelos municípios, seu financiamento, as suas prerrogativas.

Segundo Ribeiro (2005),

o Ministério da Saúde definiu na NOB 96, dois tipos de gestão municipal de saúde, a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. Resumidamente, na primeira o município tem sob sua gerência, tanto a rede básica de postos e unidades de saúde como hospitais conveniados com o SUS. No segundo tipo de gestão, o município gerencia somente os postos e unidades de saúde, permanecendo os hospitais sob gestão estadual. Atualmente, a maioria dos municípios estão enquadrados no segundo tipo de gestão, a chamada "Pleninha".

Os recursos financeiros passaram a ser transferidos diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

Atualmente, a doença é tratada. O objetivo maior da saúde pública é passar para o modo de atenção preventivo e não o curativo. Para isso, temos a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde e do Médico de Família. Ambos são inspirados no modelo cubano de atenção à saúde

De acordo com o economista Mesa-Lago (apud AMARAL, 2005) "em todo o mundo, o custo da assistência médica está aumentando e continua crescendo".

Para países que não dispõem nem de dinheiro suficiente para um sistema público universal como o europeu, nem as condições de mercado para repetir a experiência americana, o desafio é encontrar um meio termo. Segundo analistas este é o caso do Brasil.

2.5 POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Para que seja possível descrever a história das políticas de saúde no Brasil, é necessário conceituar política de saúde.

De acordo com a Enciclopédia Barsa (1995 – vol. 14, p. 183), "políticas de saúde pública é a ciência e a arte de promover, proteger

e recuperar a saúde física e mental, através de medidas de alcance coletivo e de motivação da população”.

Esta ação do Estado em defesa da saúde do povo é fato do séc. XIX fruto da revolução industrial.

Segundo a Enciclopédia Barsa (1995 – vol. 14, p. 183),

para início de seu período científico foi fixado o ano de 1832, quando o advogado Edwin Chadwick foi nomeado para a função de membro da comissão real incumbida, na Inglaterra, de pesquisar as condições de aplicação da Lei dos Pobres. A implantação das políticas de saúde pública passou por quatro fases: de saneamento e assistência médica, de controle das doenças transmissíveis, de higiene e medicina preventiva e de geral promoção do bem-estar físico e mental das populações.

Segundo Starfield (2002, p. 667), “equidade – ou justiça – é um dos princípios da ética. Qualquer sistema de saúde – ou política de saúde – que queira ser ético deve considerar a equidade”.

Ao analisarmos a evolução dos processos patológicos no Brasil e nas demais regiões do planeta, se observa uma modificação nos padrões de incidências das entidades patológicas na sociedade ao longo dos anos. A explicação para esta observação inicia-se a partir do entendimento de que o processo de doença está intimamente relacionado ao desenvolvimento sócio-econômico por qual passa a sociedade. No início do século, o Estado brasileiro caracterizava-se por uma economia eminentemente agro-exportadora, onde esforços eram gerados no sentido de criar “espaços para a circulação de mercadorias” e fomentar uma política de imigração, que abastecia de mão-de-obra a atividade cafeeira. Em decorrência disso, houveram grandes migrações do eixo rural para o ambiente urbano. Entretanto, o espaço urbano não apresentava uma estrutura capaz de absorver esta grande demanda populacional, gerando uma superlotação na área urbana do país, iniciando com isso uma disseminação de doenças, principalmente as de natureza infecto-contagiosas e as ligadas à falta de saneamento.

As políticas de Saúde Pública neste período foram direcionadas ao saneamento dos portos, particularmente o de Santos e o do Rio de Janeiro e, a programas de controle de endemias e epidemias, como o de combate à febre amarela urbana em São Paulo no ano de 1920. O período de 1923 a 1930 marcou a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, a reforma Carlos Chagas e o início do sanitarismo campanhista, que alcançou seu auge no período pós 1930 até 1945, durante o governo de Getúlio Vargas, o qual também implementou o Serviço Nacional de Febre Amarela e o Serviço de Malária do Nordeste.

Esta época também marcou a transição do modelo agroexportador brasileiro para o modelo industrial, fazendo com que o Estado agora identificasse a necessidade de deslocar o saneamento dos espaços de circulação de mercadorias para a manutenção do corpo do trabalhador, caracterizando o surgimento do sanitarismo desenvolvimentista e a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERU). A partir desta época até os dias de hoje, houve um crescente desenvolvimento sócio-econômico na sociedade brasileira, que trouxe consigo a consolidação de políticas habitacionais eficientes que promoveram uma melhoria considerável no meio social, através da criação de condições adequadas de moradia, saneamento básico, entre outros.

Também foi marcado por avanços na área da saúde, que trouxeram vacinas e fármacos cada vez mais eficazes. Como consequência deste processo, observou-se uma queda vertiginosa na incidência das doenças infecto-contagiosas. Entretanto, este avanço na urbanização e industrialização foi responsável por uma mudança no padrão nosológico predominante.

Dentro deste contexto, o surgimento de tecnologias cada vez mais modernas foi tornando o mundo progressivamente mais automatizado, fazendo com que o homem moderno seja altamente

sedentário, sendo este um dos principais fatores responsável pelas doenças do aparelho circulatório.

Nos dias atuais nota-se uma prevalência pelas doenças do aparelho circulatório e pelas doenças crônico-degenerativas, como o câncer.

Para melhorar o quadro da saúde pública no Brasil, o Ministério da Saúde criou programas para combater as atuais incidências de doenças do país.

Alguns programas criado pelo Ministério da Saúde são: Bancos de Leite Humano, Bolsa Alimentação, Brasil Sorridente, Farmácia Popular, Programa De Volta Para Casa, Programa Saúde da Família, dentre outros.

2.6 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dentre os vários programas criados pelo Ministério da Saúde, o programa Saúde da Família é um dos mais atuais e com uma concepção inovadora a qual visa a prevenção de doenças antes que as mesmas venham ocorrer.

Inspirado no modelo cubano de atenção à saúde, o PSF surgiu após a criação do PACS (Programa de Agentes Comunitários) em 1991.

Os conceitos do PSF foram posto em práticas em 1994 tendo como seu maior objetivo levar a saúde para mais perto das famílias, levar literalmente a saúde para dentro dos lares de brasileiros que dependem da saúde pública.

Os profissionais do PSF estão em contato direto com a comunidade, diariamente, para orientar cada família a evitar as doenças, fazer o seu tratamento, quando for o caso, e ajudar a construir um ambiente saudável, proporcionando com isso, uma melhor qualidade de vida.

O principal objetivo do PSF é o de melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência voltado à família e à comunidade, que inclua desde a proteção e promoção de saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças. Caso consiga cumprir este objetivo, o PSF proporciona atenção integral, oportuna e contínua à população, no domicílio, em ambulatorios e hospitais gerando as mínimas condições para uma vida digna da população.

De acordo com a Fundação Nacional de Saúde (1994, p.11),

para humanizar o tratamento, sempre que houver condições, as pessoas que apresentarem doenças crônicas, de baixo risco ou estiverem em fase de recuperação, poderão ser internadas na sua própria casa. Essa decisão é tomada pela equipe do PSF em conjunto com a família.

Uma das características peculiares do PSF é a possibilidade de poder avaliar determinantes sociais que contribuem para o melhor ou o pior desenvolvimento do processo de saúde não comunidade, focando o núcleo familiar como base de atuação.

O PSF vem para por em prática o direito de assistência assegurado à população através da Constituição federal. A Constituição Federal do Brasil, em seu parágrafo 8º, art. 226, que diz: "O Estado assegurará a assistência à família, na pessoa de cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito das relações".

O PSF é uma das prioridades do Ministério da Saúde e faz parte de uma estratégia que visa recuperar uma série de iniciativas e de movimentos inseparáveis do Movimento Sanitário, visando reordenar o modelo assistencial em saúde e consolidar o SUS.

Segundo Sousa (2000, p. 25),

a estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade assistencial. O programa assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio,

acordados com as reais necessidades, de forma a identificar os fatores de risco e intervir nos mesmos de forma adequada.

A reorganização das práticas em saúde pautadas na estratégia do PSF refere-se ao desenvolvimento de ações voltadas ao indivíduo, família e comunidade, tendo como espaços o domicílio, a comunidade, a unidade de saúde e, ainda, o acompanhamento aos serviços de referência, se necessário (BRASIL, 2000).

3. METODOLOGIA CIENTIFICA

3.1 TIPO DE PESQUISA

O método utilizado no presente estudo foi o estudo de caso descritivo que, segundo Sâmara e Barros (2002, p. 31), “(...) Tem como característica principal compreender as relações de consumo ‘em profundidade’. Sendo-lhe atribuído à análise qualitativa das informações obtidas”.

Como o próprio nome indica, pesquisa descritiva é um tipo de pesquisa conclusiva que tem como principal objetivo descrever algo.

Um dos motivos de sua utilização é o de determinar as percepções de características de produtos ou serviços. Neste caso, a percepção dos pacientes atendidos pela equipe C do PSF de Felipe Camarão III quanto a qualidade no atendimento.

3.2 UNIVERSO E AMOSTRA

O universo da presente pesquisa foi composto pelas famílias atendidas e pacientes da equipe C do PSF de Felipe Camarão III.

O universo pesquisado possui uma grande extensão, são 781 famílias cadastradas aos cuidados da equipe C do PSF de Felipe Camarão III. Por esse fato, foi utilizada uma amostra selecionada de forma aleatória simples com nível de confiança de 92% e um erro amostral de 8%, totalizando um tamanho amostral de 150 pacientes.

3.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de entrevista pessoal com a utilização do instrumento de coleta de dados do tipo formulário

completamente estruturado com conteúdo não-disfarçado e também através de observação pessoal .

O formulário foi composto por duas seções. A primeira composta por questões relativas aos serviços prestados pela equipe C do PSF em Felipe Camarão III e a segunda composta pelas questões relativas ao perfil dos pacientes.

Como complementação do estudo foi realizada a observação assimétrica da atuação das equipes do PSF em suas visitas, assim como, a observação do dia-a-dia dentro do posto do PSF de Felipe Camarão III.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados resultantes do questionário foram tratados quantitativamente com a utilização das ferramentas de estatística descritiva, tais como, representações gráficas.

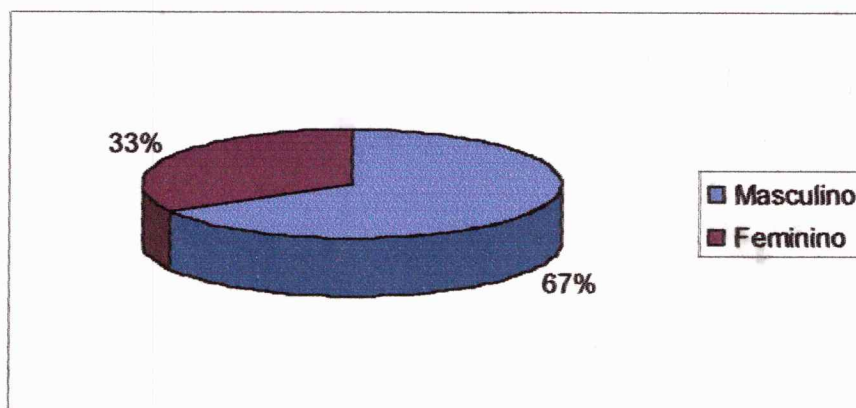
A tabulação dos dados foi realizada com a utilização do software Excel no auxílio da geração dos gráficos que vão expuseram o resultado percentual das variáveis pesquisadas.

Os dados resultantes da observação foram analisados qualitativamente.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

4.1 PERFIL DOS ENTREVISTADOS

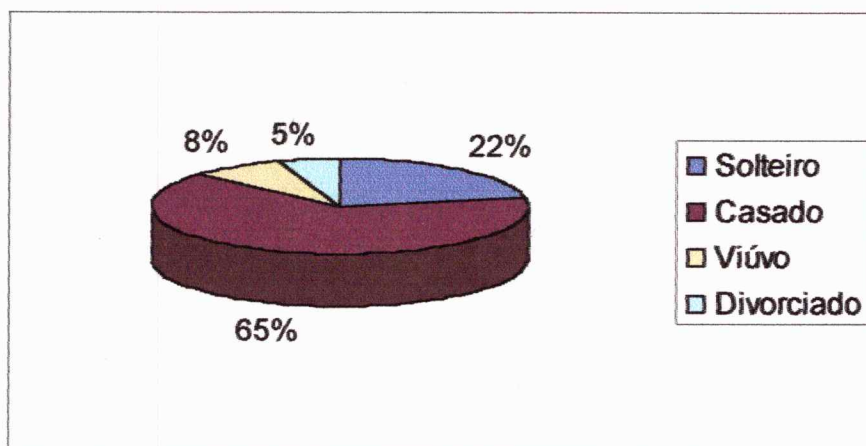
Os gráficos a seguir apresentam o perfil das famílias atendidas pela equipe do PSF de Felipe Camarão III.



FONTE: Pesquisa Direta, 2005.

GRAFÍCO 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS CHEFES DE FAMÍLIAS POR SEXO

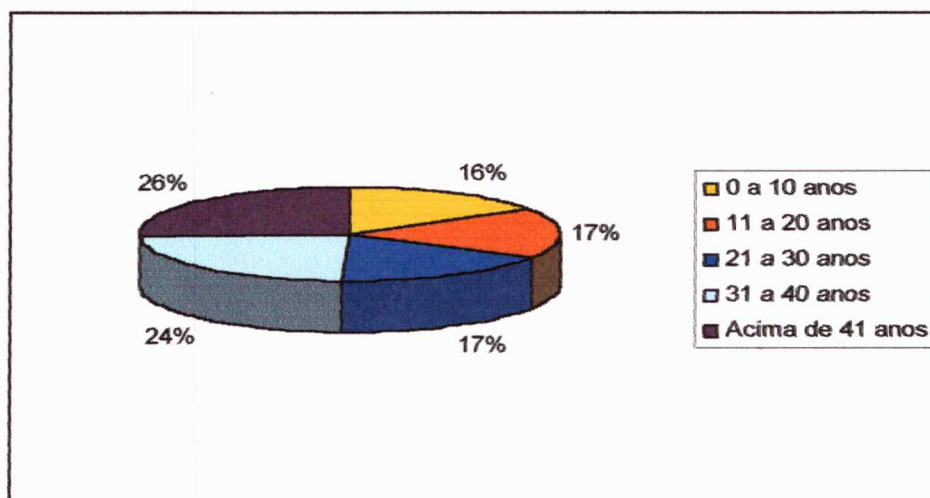
Como podemos observar, a grande maioria dos chefes de famílias são do sexo masculino apresentando um total de 67%.



FONTE: Pesquisa Direta, 2005.

GRAFÍCO 2 – DISTRIBUIÇÃO POR ESTADO CIVIL DOS CHEFES DE FAMÍLIA

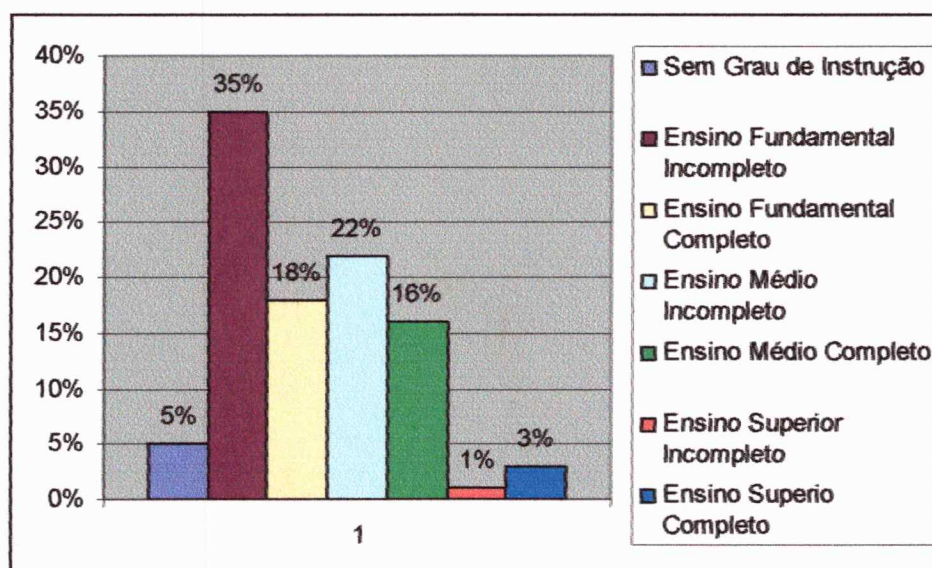
A grande maioria dos chefes das famílias atendidas pela Equipe C do PSF de Felipe Camarão III são casados, apresentando um percentual de 65%.



FONTE: Pesquisa Direta, 2005.

GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DAS FAMÍLIAS POR FAIXA ETÁRIA

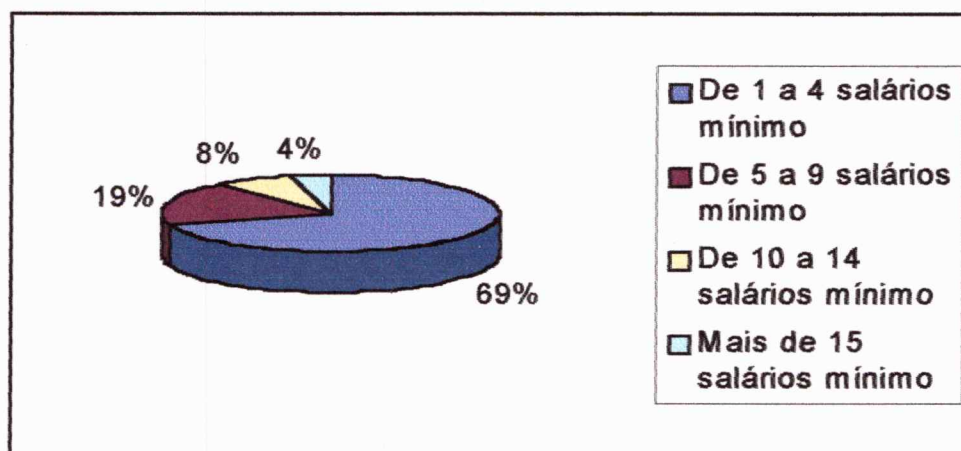
Como podemos observar a maioria dos entrevistados, sendo 26% do total, afirmaram ter na família pessoas acima de 41 anos, seguidos de perto pelos que afirmaram ter pessoas entre 31 e 40 anos de idade, como percentual de 24%.



FONTE: Pesquisa Direta, 2005.

GRAFÍCO 4 – DISTRIBUIÇÃO POR GRAU DE INSTRUÇÃO DOS MEMBROS DAS FAMÍLIAS

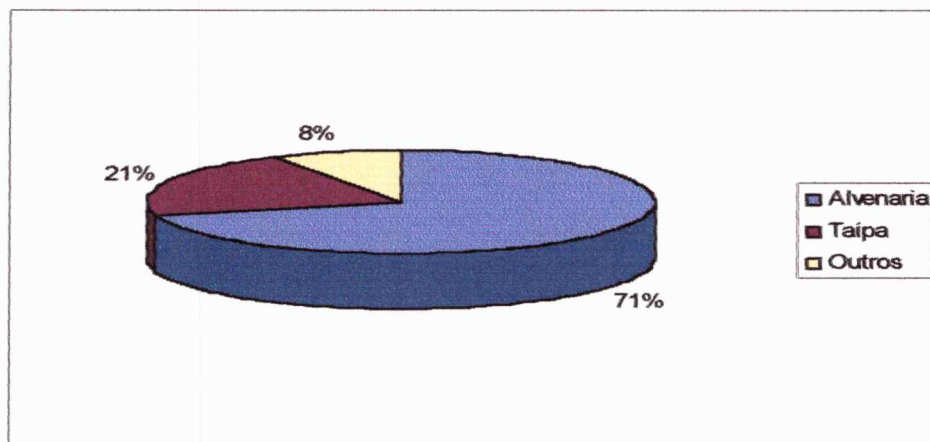
Podemos observar que a maioria com 35% das pessoas atendidas pela equipe C do PSF de Felipe Camarão III, possui apenas o nível fundamental incompleto. 5% das pessoas não possuem grau de instrução por nunca terem frequentado escola ou por ainda não terem idade para frequentar a escola. Outro fato que nos chama a atenção é o de apenas 1% possuir o nível superior incompleto e 3% possuírem o nível superior completo.



FONTE: Pesquisa Direta, 2005.

GRÁFICO 5 – DISTRIBUIÇÃO POR RENDA FAMILIAR

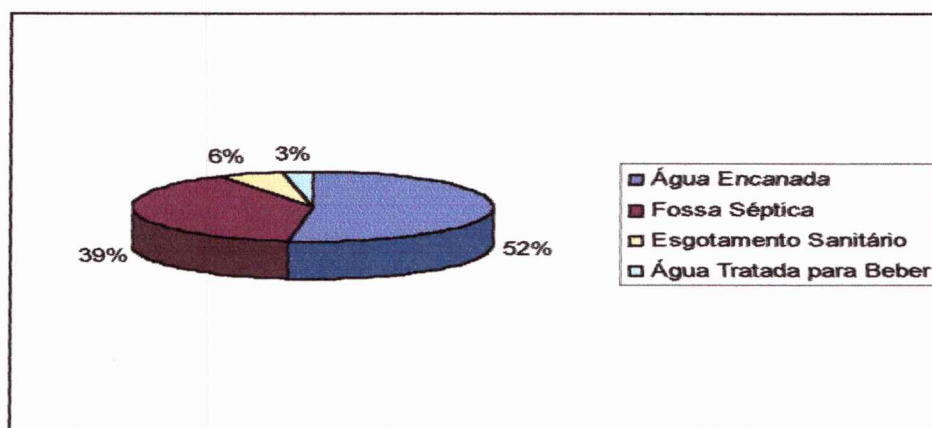
De acordo com o gráfico a maioria das famílias, sendo 69%, possuem uma renda entre 1 e 4 salários mínimos, que corresponde a uma renda entre 300 e 1200 reais por família.



FONTE: Pesquisa Direta, 2005.

GRÁFICO 6 – DISTRIBUIÇÃO POR TIPO DE RESIDÊNCIA

Podemos observar no gráfico que 71% das famílias residem em casa de Alvenaria.



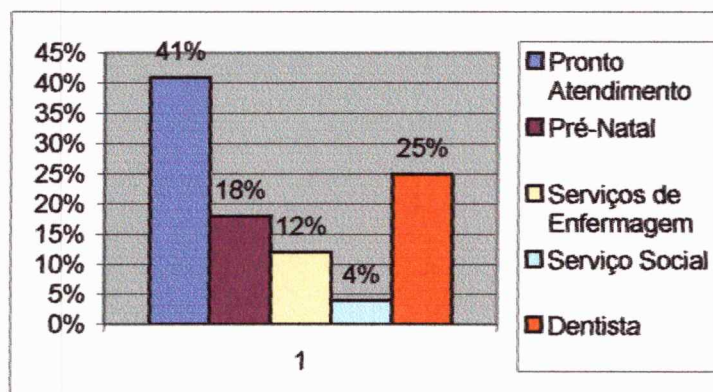
FONTE: Pesquisa Direta, 2005.

GRÁFICO 7 – DISTRIBUIÇÃO POR COMPONENTES BÁSICOS PARA UMA BOA SAÚDE

No gráfico observamos que 52% das pessoas informaram ter água encanada em casa, seguidos por 39% que afirmaram possuir fossa.

4.2 RESULTADO DA PESQUISA DE QUALIDADE

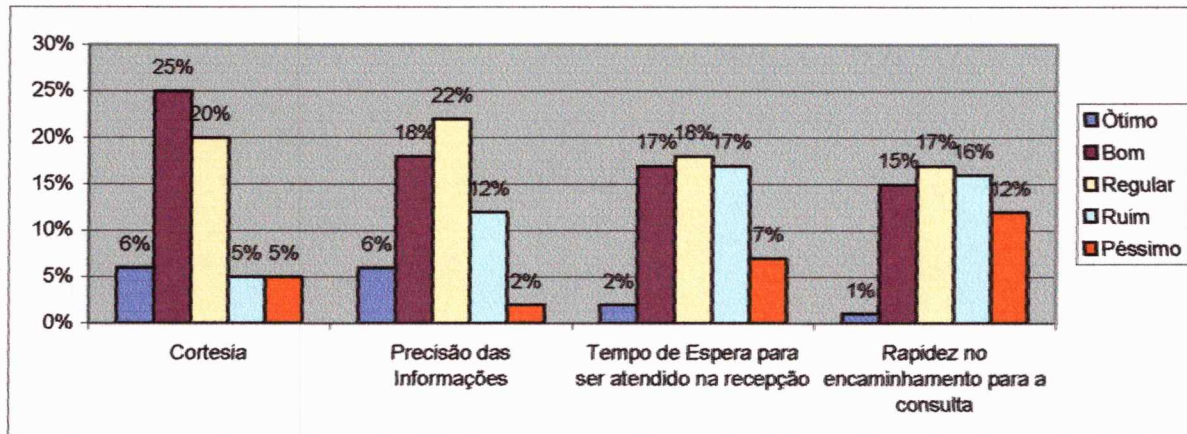
Os gráficos a seguir apontam a opinião dos entrevistados quanto os serviços prestados.



FONTE: Pesquisa Direta, 2005.

GRÁFICO 8 – SERVIÇO AO QUAL UTILIZOU.

O gráfico nos mostra que a maior parte dos pacientes da Equipe C do PSF de Felipe Camarão III, sendo 41%, utilizou os serviços de Pronto Atendimento, seguidos dos serviços de Pré-Natal com 18% e Dentista com 25%.



FONTE: Pesquisa, 2005.

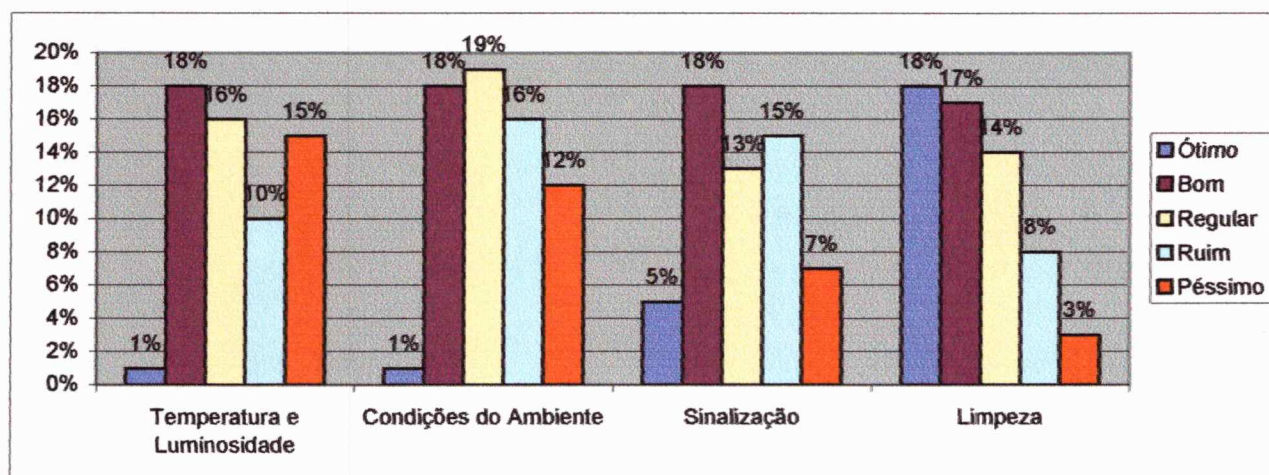
GRÁFICO 9 – OPÇÃO DOS PACIENTES ENTREVISTADOS A RESPEITO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA RECEPÇÃO.

Observamos no gráfico que a maioria dos entrevistados correspondendo a 25% dos entrevistados consideram boa a cortesia prestada por parte dos profissionais da recepção, quanto a precisão das informações fornecidas os

entrevistados consideram de regular a boa, correspondendo a 22% dos que avaliaram como regular e 18% os que avaliaram como boa.

Quanto ao tempo de espera para ser atendido pela recepção, observamos que a maioria dos entrevistados é composta pelas pessoas que opinaram como regular o tempo de espera com 18%.

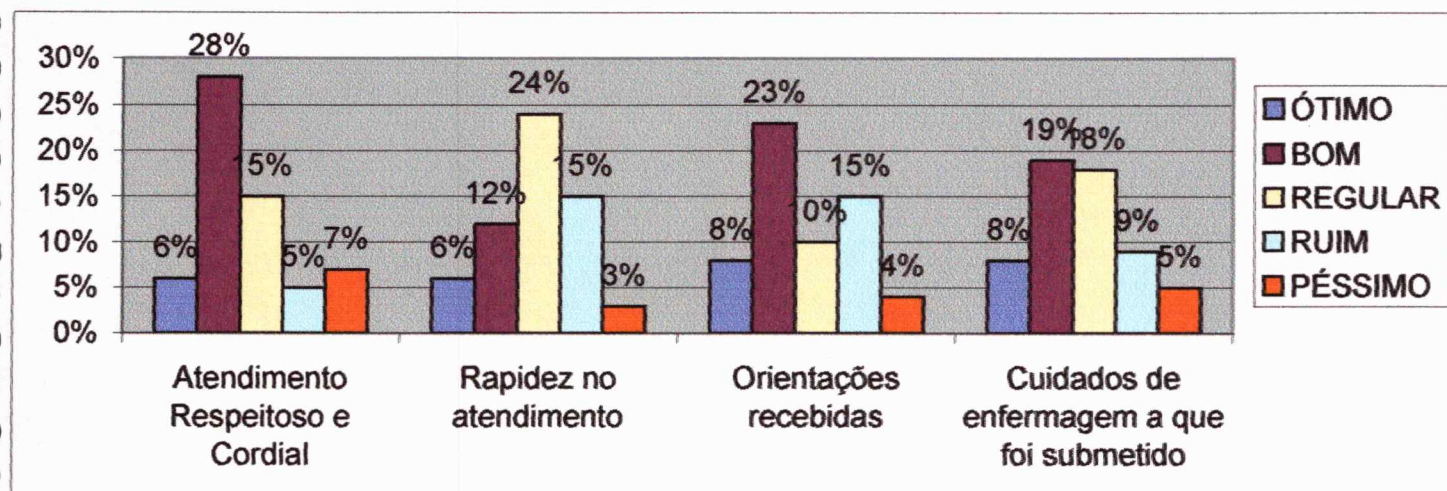
No quesito Encaminhamento para o atendimento, a maioria das pessoas com 17% acham regular seguido de perto pelas pessoas que acham ruim com 16% e pelas pessoas que acham bom a rapidez para encaminhamento ao atendimento médico com 15%.



FONTE: Pesquisa Direta, 2005.

GRÁFICO 10 – INSTALAÇÕES DA UNIDADE DO PSF DE FELIPE CAMARÃO III

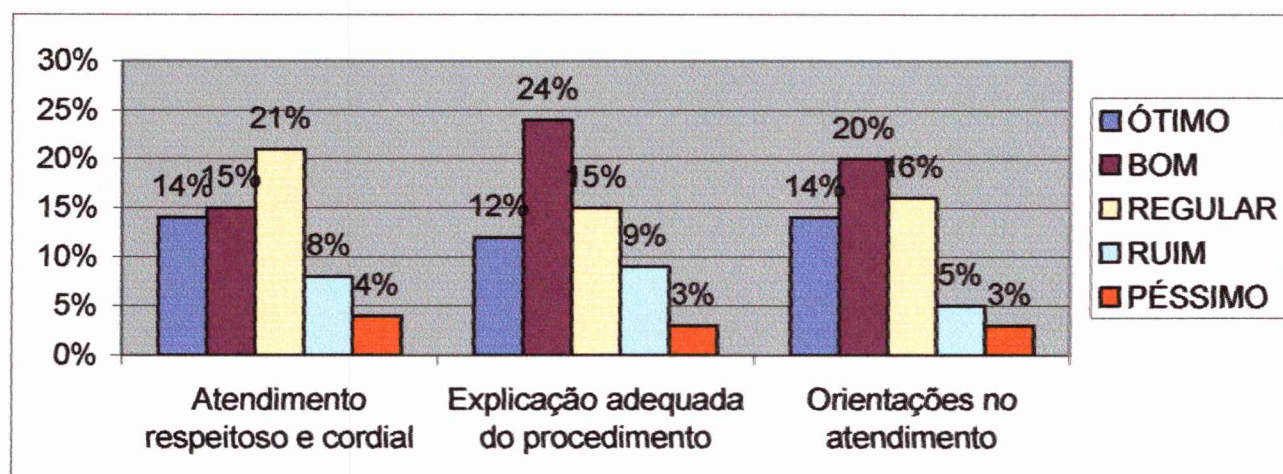
A maioria dos entrevistados consideram boa a temperatura e luminosidade com 18%, 19% opinaram como regular as condições do ambiente, 18% dos entrevistados opinaram como boa a sinalização da unidade e 18% opinaram como ótima a limpeza da unidade de atendimento.



FONTE: Pesquisa Direta, 2005.

GRÁFICO 11 – OPINIÃO DOS ENTREVISTADOS A RESPEITO DOS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

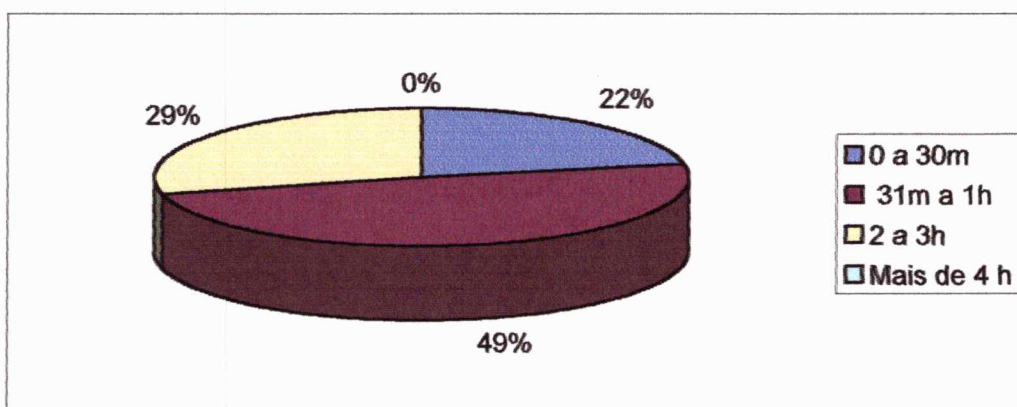
Os entrevistados em sua maioria com 28%, acham bom o atendimento prestados pela enfermagem da equipe, 24% dos entrevistados acham regular a rapidez no atendimento, 23% acham boas as orientações recebidas e 19% ficaram satisfeitos com os serviços de enfermagem a que foram submetidos.



FONTE: Pesquisa Direta, 2005.

GRÁFICO 12 - OPINIÃO DOS ENTREVISTADOS A RESPEITO DOS SERVIÇOS DO CORPO MÉDICO

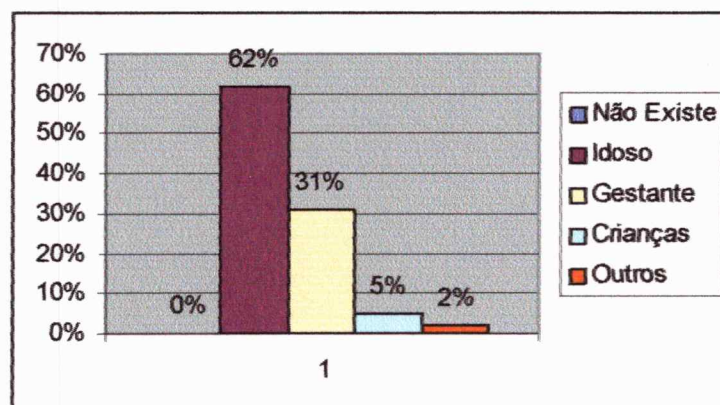
A maioria das pessoas entrevistadas opinou como regular o atendimento médico prestado correspondendo a 21% dos entrevistados, porém, a soma dos entrevistados que avaliaram como ótimo e bom é de 29%, ou seja, a população avalia de forma positiva o trabalho do corpo médico daquela equipe. 24% opinaram em boa às explicações dos procedimentos e 20% dos entrevistados acharam boas as orientações recebidas durante o atendimento.



FONTE: Pesquisa Direta, 2005.

GRÁFICO 13 – TEMPO DE ESPERA PELO ATENDIMENTO MÉDICO.

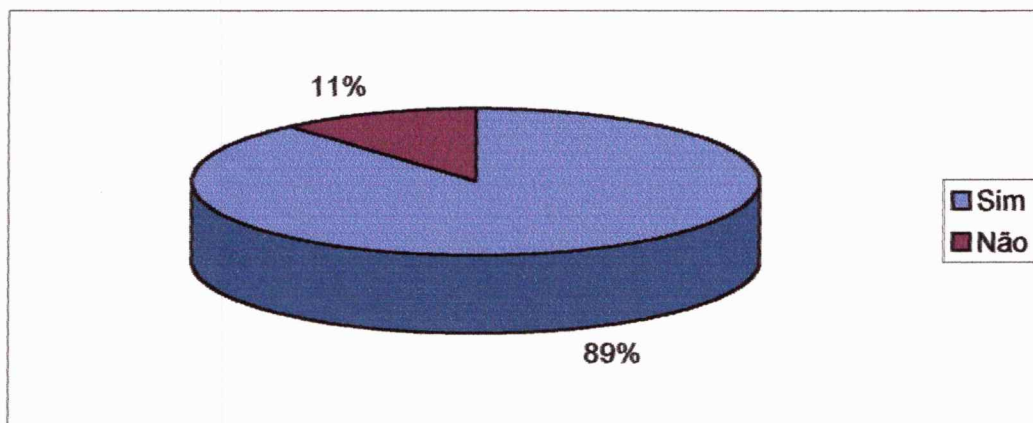
De acordo com o gráfico, a grande maioria dos entrevistados afirmaram que esperam entre 31 minutos e 1 hora pelo atendimento médico.



FONTE: Pesquisa Direta, 2005.

GRÁFICO 14 – PRIORIDADES NO ATENDIMENTO

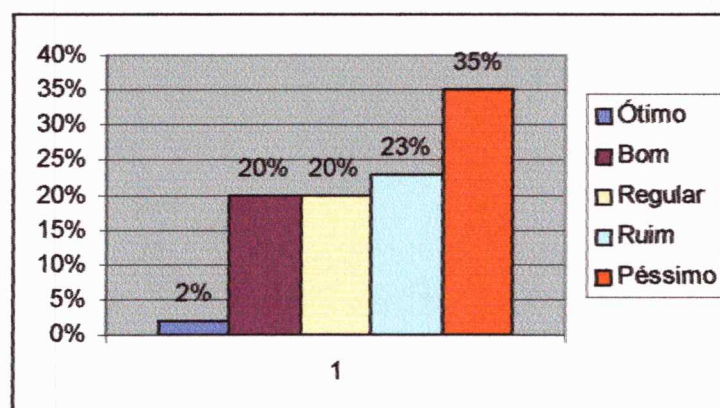
A maioria dos entrevistados, com 62% dos entrevistados, afirmaram que existem prioridades no atendimento aos pacientes idosos, 31% das pessoas afirmaram que existem prioridades para as gestantes, 5% afirmaram que crianças tem prioridade no atendimento, 2% afirmaram que existe outras prioridades e nenhum entrevistado afirmou não haver prioridade.



FONTE: Pesquisa Direta, 2005.

GRÁFICO 15 - CUMPRIMENTO DAS PRIORIDADES DE ATENDIMENTO

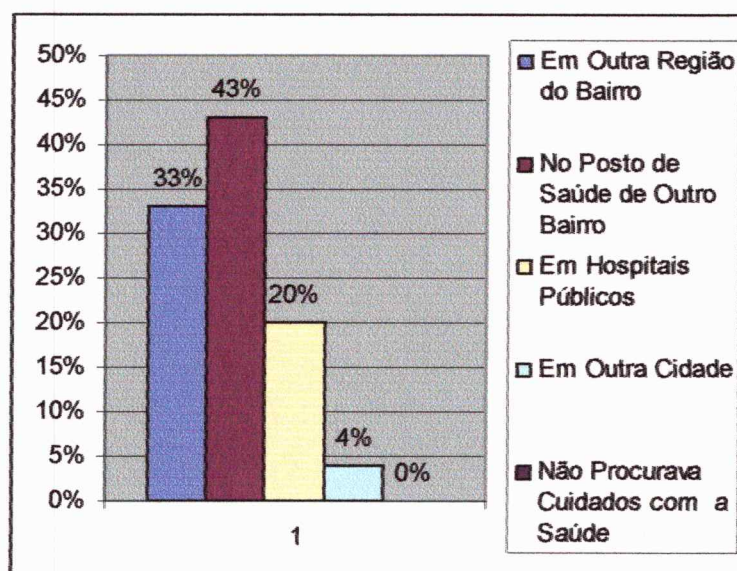
A maioria isolada, correspondente a 89% dos entrevistados, afirmam que as prioridades de atendimento são cumpridas e 11% apenas afirmam não haver cumprimento das prioridades de atendimento.



FONTE: Pesquisa Direta, 2005.

GRÁFICO 16 – QUALIDADE DA SAÚDE NO BAIRRO ANTES DA IMPLANTAÇÃO DO PSF

Como podemos observar no gráfico, a maioria com 35% dos entrevistados informaram que as condições de saúde antes da implantação do PSF no bairro eram péssimas, 23% informaram que as condições de saúde eram ruins, 20% regular, 20% boa e 2% ótima.



FONTE: Pesquisa Direta, 2005.

GRÁFICO 17 – LOCAL ONDE ERA TOMADO OS CUIDADOS COM A SAÚDE ANTES DA IMPLANTAÇÃO DO PSF

De acordo com os dados obtidos a maioria dos entrevistados, sendo 43% do total, procuravam atendimento em postos de saúde de outros bairros, 33% procuravam em outra região do bairro, 20% em hospitais públicos, 4% em outra cidade e nenhum entrevistado afirmou não procurar cuidados com a saúde.

4.3 RESULTADOS DA OBSERVAÇÃO

Através da observação do dia-a-dia do Posto do PSF de Felipe Camarão III, foi possível chegarmos à conclusão que as equipes do PSF III ainda são mal apoiadas pelo setor administrativo. Faltam profissionais qualificados no setor administrativo do PSF de Felipe Camarão III.

Outra grande agravante é a falha na informação interna, o que reflete na informação passadas aos pacientes, sendo impossível com isso, atingir a total satisfação por parte dos seus pacientes.

Apesar do bairro de Felipe Camarão ser um bairro que apresenta a maior parte da população formada por famílias que possuem uma renda entre 1 e 4 salários mínimos, podemos observar duas realidades. Uma grande maioria de suas casas são formadas por casas humildes, porém, observa-se uma parcela de casas que possuem quase a dimensão de um quarteirão inteiro. Fato que pode ser comprovado nas fotos em anexo.

5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Ao término desta pesquisa podemos concluir que a qualidade na saúde de uma população vai muito além dos cuidados médicos a que ela é submetida. Aspectos como educação/escolaridade, condições de moradia e questões sociais são fortes aspectos que influenciam na saúde de uma população.

A Equipe C do PSF de Felipe Camarão III não consegue fugir desta triste realidade. Os governos estaduais e municipais ainda pouco olham para o tão importante PSF. Muito do que é realizado pela equipe C vêm do esforço de seus membros, desde palestras educacionais até a compra de equipamentos com recursos próprios.

Mesmo assim, o esforço da equipe C para prestar um atendimento com alto nível de qualidade às vezes não é reconhecido por parte de seus pacientes. Isto devido a questões culturais.

Podemos observar nos resultados do questionário aplicado numa amostra dos pacientes da equipe C, que a maior parte dos pacientes possui apenas o Ensino Fundamental Incompleto (35% dos entrevistados). 29% de sua população, ainda não possuem uma casa de alvenaria, 52% da população possuem água encanada e 3% possui água tratada para beber. Esses números são preocupantes. Com toda certeza, haveria menos casos de doenças caso existisse uma maior parcela da população com acesso a água tratada.

Podemos observar também que grande parte dos entrevistados avaliou como boa as condições ambientais, temperatura, sinalização e limpeza do posto de saúde do PSF de Felipe Camarão III.

Em resumo, podemos afirmar que os serviços de saúde prestados pela equipe médica da equipe C como explicações do procedimento e orientações recebidas no atendimento, possui uma boa aceitação por partes dos pacientes.

A Constituição Federal prevê prioridades no atendimento para Idosos, Gestantes, Deficientes e Pessoas com criança de colo. Através do resultado desta pesquisa observamos que a equipe C do PSF obedece estas prioridades. 89% dos entrevistados afirmaram existir o cumprimento destas prioridades.

Observando o dia-a-dia daquela unidade do PSF, podemos concluir que as equipes ainda são mal assistidas pelo setor administrativo, falta profissionais qualificados para administrar aquela unidade.

Como recomendações para um melhor resultado do PSF em Felipe Camarão III, sugerimos um maior investimento em educação para sua população, melhoria nas práticas de saneamento básico, mão-de-obra qualificada para os setores administrativos e investimentos em equipamentos e uma maior frequência nas práticas de manutenção preventiva dos mesmos, fornecendo aos profissionais maiores condições de trabalho.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Rodrigo. **Democratizar saúde pública é desafio para todos os países**. Disponível em: <http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2002/020920_abre1rg.shtm>. Acessado em: 15/05/2005.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, Ministério da Saúde, Secretária de Políticas de Saúde, 2000. p.119.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Departamento de Operações. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONES, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

MEZOMO, João Catarin. **Gestão da Qualidade na Saúde: princípios básicos**. São Paulo: Manoele, 2001.

POLÍTICA Saúde. In: ENCICLOPÉDIA Barsa. Rio de Janeiro: Enciclopédia Britânica do Brasil Publicações LTDA. 1995, v. 14.

RIBEIRO, Lucila Martino. **Saúde Pública**. Disponível em: <<http://www.geocities.com/lucilamr/>>. Acessado em: 15/05/2005.

SALOMON, Dêlcio Vieira. **Como fazer uma Monografia**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

SOUSA, M. F. de. A Enfermagem construindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, nº especial, p. 25-31, 2000.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002.

APÊNDICE

**PESQUISA DE PERCEPÇÃO DA QUALIDADE NO ATENDIMENTO
DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FELIPE CAMARÃO III**

1. Por qual especialidade você foi atendido?

- 1.1 Pronto Atendimento ()
 1.2 Pré-Natal ()
 1.3 Serviço de Enfermagem ()
 1.4 Serviço Social ()
 1.5 Dentista ()

COMO O SR. (A) AVALIA A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FELIPE CAMARÃO III COM RELAÇÃO A?

2. RECEPÇÃO

- | | Ótimo | Bom | Regular | Ruim | Péssimo |
|---|-------|-----|---------|------|---------|
| 2.1 Cortesia | () | () | () | () | () |
| 2.2 Precisão das Informações | () | () | () | () | () |
| 2.3 Tempo de Espera para ser atendido na recepção | () | () | () | () | () |
| 2.4 Rapidez no encaminhamento para a consulta | () | () | () | () | () |

3. INSTALAÇÕES

- | | Ótimo | Bom | Regular | Ruim | Péssimo |
|--------------------------------|-------|-----|---------|------|---------|
| 3.1 Temperatura e Luminosidade | () | () | () | () | () |
| 3.2 Condições do Ambiente | () | () | () | () | () |
| 3.3 Sinalização | () | () | () | () | () |
| 3.4 Limpeza | () | () | () | () | () |

4. ENFERMAGEM

- | | Ótimo | Bom | Regular | Ruim | Péssimo |
|--|-------|-----|---------|------|---------|
| 4.1 Atendimento Respeitoso e Cordial | () | () | () | () | () |
| 4.2 Rapidez no atendimento | () | () | () | () | () |
| 4.3 Orientações recebidas | () | () | () | () | () |
| 4.4 Cuidados de enfermagem a que foi submetido | () | () | () | () | () |

5. CORPO MÉDICO

- | | Ótimo | Bom | Regular | Ruim | Péssimo |
|---|-------|-----|---------|------|---------|
| 5.1 Atendimento respeitoso e cordial | () | () | () | () | () |
| 5.2 Explicação adequada do procedimento | () | () | () | () | () |
| 5.3 Orientações no atendimento | () | () | () | () | () |
| 5.4 Tempo de espera () 0 a 30m () 31m a 1h () 2 a 3h () mais de 4 h | | | | | |

6. EXISTE PRIORIDADE DE ATENDIMENTO?

- 6.1 () Não
 Sim, para: 6.2 () Idoso 6.3 () Gestantes 6.4 () Crianças 6.5 () Outros

7. AS PRIORIDADES SÃO CUMPRIDAS?

- 7.1 () Sim 7.2 () Não

8. Antes da implantação do PSF em Felipe Camarão III qual era a qualidade da saúde pública no bairro?

- () Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo

9. Antes de o PSF existir no bairro, onde eram atendidas as necessidades médicas da sua família?

- () Em outra região do bairro
() No posto de saúde de outro bairro
() Em hospitais públicos
() Em outra cidade
() Não procurava cuidados com a saúde.

10. PERFIL DA FAMÍLIA

Tipo de Residência:

- 10.1 Alvenaria () 10.4 Água encanada ()
10.2 Taipa () 10.5 Fossa séptica ()
10.3 Outros () 10.6 Esgotamento sanitário ()
() 10.7 Água tratada para beber ()

11. Faixa etária dos membros da família/ residentes da casa

	1 Pessoa	2 Pessoas	3 Pessoas	Mais de 4 pessoa
11.1 0 a 10 anos				
11.2 11 a 20 anos				
11.3 21 a 30 anos				
11.4 31 a 40 anos				
11.5 Acima de 41 anos				

12. Sexo do chefe da família

- 12.1 () Masculino 12.2 () Feminino

13. Estado civil do chefe da família

- 13.1 Solteiro ()
13.2 Casado ()
13.3 Viúvo ()
13.4 Divorciado ()

14. Escolaridade dos membros da família/residentes da casa

	1 Pessoa	2 Pessoas	3 Pessoas	Mais de 4 pessoa
14.1 Ensino Fundamental Incompleto				
14.2 Ensino Fundamental Completo				
14.3 Ensino Médio Incompleto				
14.4 Ensino Médio Completo				
14.5 Ensino Superior Incompleto				
14.6 Ensino Superior Completo				

15. Renda Familiar

- 15.1 De 1 a 4 salários mínimo ()
15.2 De 5 a 9 salários mínimo ()
15.3 De 10 a 14 salários mínimo ()
15.4 Mais de 15 salários mínimo ()

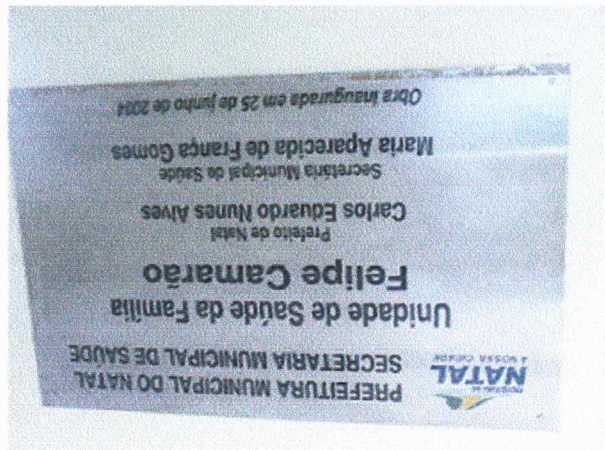
ANEXOS



Frente do Posto do PSF de Felipe Camarão III



Porta do Posto do PSF



Placa de Inauguração



Quadro de Avisos da Equipe C do PSF



Mapa de Felipe Camarão III



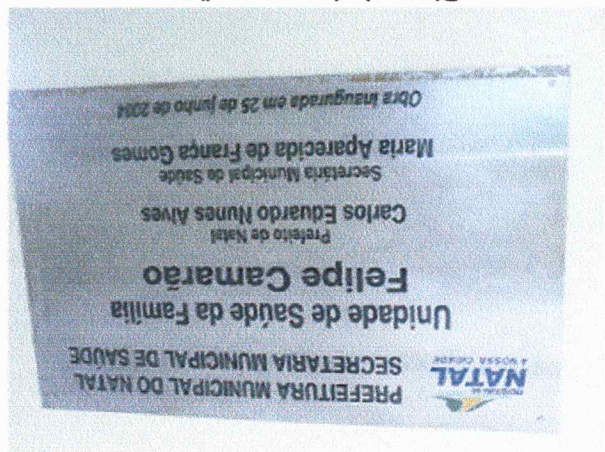
Sala de Pesagem



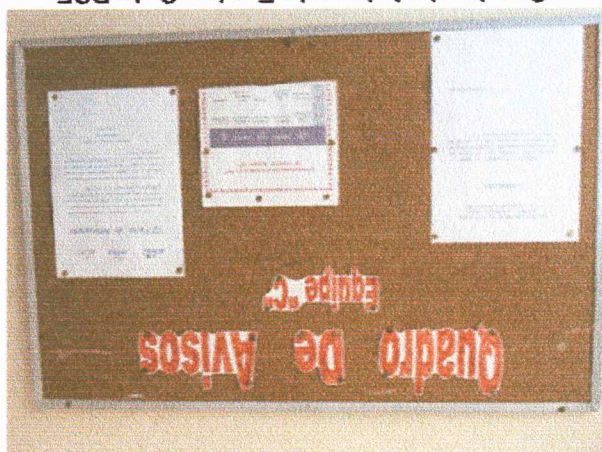
Frente do Posto do PSF de Felipe Camarão III



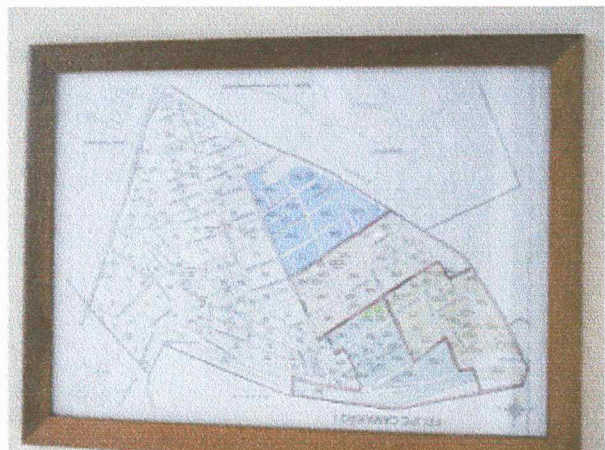
Porta do Posto do PSF



Placa de Inauguração



Quadro de Avisos da Equipe C do PSF



Mapa de Felipe Camarão III



Sala de Pesagem



Um bairro, duas realidades...



Um bairro, duas realidades.
(Mansão em Felipe Camarão)



Entrada da Favela



Um Bairro, duas realidades...



Sala do Dentista



Visão de Cima da Favela
(Caixa d'água descoberta)

