



RYQUE CARDOSO FAGUNDES DE CARVALHO

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:

**O ATENDIMENTO NO PSF 14 DE LAVRAS-MG SOB A
PERSPECTIVA DO USUÁRIO**

LAVRAS-MG

2018

RYQUE CARDOSO FAGUNDES DE CARVALHO

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:

O ATENDIMENTO NO PSF 14 DE LAVRAS-MG SOB A PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Monografia apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Curso de Administração Pública, para a obtenção do título de Bacharel.

Prof. Dr. Gustavo Costa de Souza
Orientador

LAVRAS – MG

2018

RYQUE CARDOSO FAGUNDES DE CARVALHO

ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA:

O ATENDIMENTO NO PSF 14 DE LAVRAS-MG SOB A PERSPECTIVA DO USUÁRIO

STRATEGY FAMILY HEALTH:

THE SERVICE IN PSF 14 OF LAVRAS-MG UNDER THE USER'S PERSPECTIVE

Monografia apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Curso de Administração Pública, para a obtenção do título de Bacharel.

APROVADO

Dr. Gustavo Costa de Souza UFLA

Dr. Denis Renato de Oliveira UFLA

Dr. Nathalia de Fatima Joaquim UFLA

Prof. Dr. Gustavo Costa de Souza.
Orientador

**LAVRAS – MG
2018**

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, tenho que agradecer a Deus que sempre iluminou o meu caminho. A fé que tenho no Senhor me ajudou a vencer as dificuldades.

As várias pessoas que contribuíram durante o percurso deste trabalho, e não poderia deixar de agradecê-las. Primeiramente a minha família que sempre esteve presente e me apoiou. Agradeço a todos meus amigos. E a todos os meus professores da faculdade, que foram essenciais na minha trajetória acadêmica, em especial meu orientador Gustavo Costa de Souza que me ajudou a prosseguir e a finalizar essa etapa da minha vida.

RESUMO

O objetivo proposto pela pesquisa visou analisar como os pacientes avaliam o atendimento oferecido no PSF 14 de Lavras, Minas Gerais sob a perspectiva do conceito de promoção da saúde. Para tal, essa investigação valeu-se da exploração científica baseada numa revisão de literatura de forma a evidenciar uma contextualização histórica da saúde coletiva no Brasil, uma revisão dos conceitos pertinentes a qualidade no serviço público de saúde como também a importância dos usuários para a coprodução, avaliação e monitoramento das políticas públicas de saúde. Pode-se dizer que a opinião dos usuários sobre o serviço de saúde do PSF 14 é o principal objeto de estudo a ser analisado nesta investigação caracterizando-se num estudo exploratório a partir de uma abordagem quantitativa e descritiva de forma a compreender a realidade vivida por cada participante. Já para a análise dos resultados o método escolhido foi a análise de conteúdo. Constituíram-se também como objetivos do trabalho a busca em identificar os principais pontos positivos e negativos levantados pelos pacientes do PSF 14 de Lavras-MG como também, os serviços ou melhorias que possam ser implantadas com base nas necessidades e opiniões dos usuários. Por fim prosseguiram-se, à elaboração das apresentações dos resultados, discussões e considerações finais sobre o estudo da questão focalizada, dentro das quais foram pontuadas as questões que mereceram maior destaque frente às melhorias na funcionalidade do atendimento do PSF por terem sido citadas pelos usuários com maior recorrência. Avalia-se que o estudo permitiu a ampliação do conhecimento teórico sobre o tema, além da visualização da realidade do funcionalismo do serviço público de saúde no Brasil. Espera-se que a pesquisa possa despertar intenções de continuidade e aprofundamento como também de novos estudos, com o enfoque em soluções para o problema apresentado.

Palavras-chave: Qualidade. Gestão de saúde pública. Controle Social. Promoção da saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze how the patients evaluated the service offered in PSF 14 of Lavras, Minas Gerais under the perspective of health promotion. To this end, this research was based on a literature review in order to highlight the historical context of collective health in Brazil, a review of the concepts related to quality in the public health service as well as the importance of users for coproduction, evaluation and monitoring of public health policies. PSF 14 is the main object of study to be analyzed in this investigation characterizing itself in an exploratory study from a quantitative and descriptive approach in order to understand the reality lived by each participant. Already for the analysis of the results the method chosen was the content analysis. The objectives of the study were also to identify the main positive and negative points raised by the patients of the PSF 14 of Lavras-MG as well as the services or improvements that can be implemented based on the users' needs and opinions. Lastly, discussions and final considerations on the study of the focused question were continued in the elaboration of the presentations of the results, within which the deserved greater attention were highlighted, in view of the improvements in the PSF service, since they were cited by the users with greater recurrence. It is evaluated that the study allowed the expansion of the theoretical knowledge on the subject, besides the visualization of the reality of the public health service functionalism in Brazil. It is hoped that the research may awaken intentions of continuity as well as new studies, with a focus on solutions to the presented problem.

Keywords: Quality. Public health management. Social Control. Health promotion.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil de 1964 até 1988.....	18
Tabela 2 – Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil de 1988 até os anos 2000.....	22
Tabela 3 – Serviços prestados nos PSF (2018)	31

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CONASP	Conselho nacional de Segurança Pública
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
ESF	Estratégica saúde da família
FEMAS	Feira de Marketing Social na UFLA
MS	Ministério da Saúde
MG	Minas Gerais
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PPA	Plano Pronta Ação
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNH	Política Nacional de Humanização
P.P	Política Pública
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UFLA	Universidade Federal de Lavras

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo geral	11
2.2 Objetivos específicos	11
3 JUSTIFICATIVA	11
4 REFERENCIAL TEÓRICO	12
4.1 Historiografia da saúde coletiva no Brasil.....	12
4.2 O período de pós-redemocratização e a reforma sanitária	18
4.3 Promoção da saúde: conceitos e relações.....	21
4.4 Qualidade no serviço público de saúde: coprodução, monitoramento e avaliação de Políticas Públicas.....	25
5 METODOLOGIA.....	26
Caracterização do objeto de estudo.....	29
6 RESULTADOS	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICE – A	51
APÊNDICE – B.....	53

1 INTRODUÇÃO

A nova Constituição Federal datada de 1988 no seu art. 1º esclarece que a República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos a soberania, a cidadania, a dignidade da pessoa humana, os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e o pluralismo político (BRASIL,1988).

O direito a saúde é maximizado e considerado como um direito fundamental e qualificado como direito social no artigo 6º da nova Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988). Segundo Dresch (2015), a saúde é qualificada como um direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas que assegurem o acesso universal e igualitário (art. 196), com atendimento integral (art. 198, II). Essas garantias foram todas reafirmadas também pelo art. 2º da Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990).

Dessa forma, a Constituição Federal de 1988 instaurou a criação do Sistema Único de Saúde. As características mais marcantes desse sistema são a descentralização e a divisão de responsabilidades entre os entes federados. O propósito desse sistema é a elaboração de uma política pública visando à eficiência, à eficácia e à efetividade dos serviços de saúde brasileiros. Nesse sentido, o Programa Saúde da Família (PSF) surge em 1994 buscando atender às necessidades da atenção básica do SUS (BRASIL,1988).

O município tem o importante papel nessa política de saúde, pois é responsabilidade dele gerir a estratégia de saúde da família de acordo com as diretrizes federais. O município é para o Sistema Único de Saúde o principal responsável pela saúde de sua população e atende a esta responsabilidade com políticas próprias, além de ser parceiro na implementação de políticas estaduais e federais (BRASIL, 2007).

Pode-se dizer que o Programa Saúde da Família surge como uma proposta de mudança, em meio à crise pós-milagre econômico e ao cenário que se encontrava a saúde pública brasileira.

Inicialmente, a proposta era ampliar o acesso e a garantia dos serviços básicos de saúde prevista constitucionalmente. A ideia principal envolvia a mudança da visão de

cunho “hospitalocêntrica” que considera o setor privado como principal fornecedor da medicina para uma visão de atenção primária à saúde pública, de cunho preventivo.

O programa obteve boa aceitação pública e logo se tornou popular nos locais onde foram aplicados. Estes resultados contribuíram para disseminação do programa em todo território nacional.

Com os grandes avanços e consolidação do Programa Saúde o governo estabeleceu através da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que o PSF se tornasse a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar o atendimento básico da população.

Então, é com uma proposta de atenção primária em saúde que se estabelece o programa Estratégia Saúde da Família. Essa mudança se tornou necessária para acompanhar os moldes das necessidades da população brasileira.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a base que sustenta o Sistema Único de Saúde e é através desse programa que se poderá atingir os conceitos bases do SUS, que são: acesso universal, igualitário, integral e de qualidade, através da utilização correta dos recursos, eficiência e melhor gestão dos serviços prestados à população. Atingindo, assim, a ideia de promoção da saúde ao invés da ideia “hospitalocêntrica” do passado.

Nesse sentido, o presente trabalho terá como objeto de estudo a unidade do Programa Saúde da Família nº 14 do município de Lavras– MG que levará em conta se os usuários atendidos por este serviço de saúde pública obtiveram uma boa qualidade de atendimento. Para que essa finalidade seja cumprida esta pesquisa buscará responder à seguinte questão: Como os pacientes avaliam o atendimento recebido no PSF 14 de Lavras-MG, levando em consideração o conceito de promoção da saúde?

Esse problema de pesquisa sugere o quão importante é a avaliação por parte da população beneficiada pelo serviço público. Os resultados obtidos poderão auxiliar na melhoria do atendimento, da prestação do serviço e eventualmente à melhoria do sistema organizacional.

Estabelecer uma avaliação desse porte não é tarefa simples. É preciso considerar vários fatores para implantações das ações. Por isso, é de extrema importância a escolha de um método científico de pesquisa fidedigno e adequado para a avaliação do PSF que leve em consideração as avaliações obtidas pelos usuários. A opinião dos usuários ajudará na coprodução dos serviços em saúde, promovendo uma melhor relação entre serviços prestados pelo PSF e os usuários.

A partir disso, espera-se que se possa estabelecer critérios de mudanças adequados para um melhor atendimento à população e uma melhor avaliação futura por parte da população a respeito do serviço prestado.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar como os pacientes avaliam o atendimento oferecido no PSF 14 de Lavras, Minas Gerais sob a perspectiva do conceito de promoção da saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Avaliar a compreensão dos usuários do PSF 14 de Lavras-MG a respeito da promoção da saúde, da qualidade do serviço prestado e da cooperação dos usuários para a coprodução do serviço de saúde pública.
- Identificar os principais pontos positivos e negativos levantados pelos pacientes do PSF 14 de Lavras-MG.
- Propor os serviços ou melhorias que possam ser implantadas com base nas necessidades e opiniões dos usuários.

3 JUSTIFICATIVA

De maneira geral, essa pesquisa se justifica pela relevância do tema abordado, considerando-se que o estudo da saúde pública é de grande importância. Tendo em vista que, assim como Buss (2010) mostra a saúde se encontra em pé de igualdade com outros direitos fundamentais, tais como o de liberdade, alimentação, educação, segurança e nacionalidade garantidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948.

Além disso, ainda conforme Buss (2010) a saúde é amplamente reconhecida como o maior e o melhor recurso para os desenvolvimentos social, econômico e pessoal, assim como uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida de uma sociedade.

A contribuição de diferentes estudiosos para a realização desse estudo também sinalizam a complexidade do tema e a necessidade para se abordar a questão problematizada.

Os dados levantados nas entrevistas poderão indicar os principais fatores de sucesso e os principais problemas apresentados pelos pacientes do PSF 14 de Lavras-MG. O que contribuirá para uma maior compreensão dos problemas apresentados pelo programa que uma vez identificados torna a contemplação de possíveis soluções mais evidentes para o desenvolvimento e até mesmo a aplicação caso se tenha o interesse.

Posto que essa pesquisa se propõe a identificar a compreensão dos usuários a respeito do conceito de promoção da saúde essa pesquisa também poderá servir como objeto de análise para o Conselho da Saúde de Lavras a fim de auxiliar e servir como norte para elaboração de políticas públicas a serem propostas nas próximas Conferências Municipais que deverão ocorrer na cidade de Lavras-MG.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Visto que a proposta dessa pesquisa busca analisar o serviço de atenção básica no âmbito local do Município de Lavras-MG, faz-se relevante introduzir essa discussão elucidando conceitos, teorias e a historiografia da saúde coletiva no Brasil, da reforma sanitária e do Sistema Único de Saúde.

Posteriormente, serão abordados temas pertinentes às questões relativas ao problema de pesquisa proposto acerca da gestão de serviço público, especificamente no que tange à qualidade da forma de como é promovido o setor de saúde. Posteriormente, pretendeu-se abrir uma vertente discursiva que irá tratar do monitoramento e a avaliação de Políticas públicas e a importância do papel do usuário nos serviços públicos.

4.1 Historiografia da saúde coletiva no Brasil

Para contextualizar melhor o legado da saúde no Brasil, é indispensável lembrar que, assim como aborda Paiva e Teixeira (2014), é a partir de outubro de 1988, com a promulgação da Nova Carta Constitucional e o retorno do país ao regime democrático

que a saúde é transformada em um direito de cidadania dando origem a um novo processo de criação de um sistema público universal e descentralizado de saúde.

Porém, conforme veremos essa abertura democrática aconteceu paulatinamente. Dowbor (2009) aborda que de 1964 até 1984 no regime autoritário ditatorial, a ampliação do sistema de saúde já vinha sofrendo uma relevante expansão e, por mais que este não tivesse se tornado universal, sua cobertura já vinha sendo ampliada em contradição ao que era colocado sobre o regime de saúde pela academia.

O procedimento evolutivo das políticas públicas de saúde no Brasil será estruturado nesta pesquisa a partir do período de pré-democratização brasileira, a colocar inicialmente os postulados de Dowbor (2009), que diz que em 1974 foram incorporados ao benefício de assistência médica os empregados domésticos.

Dando sequência à cronologia pré-democrática, ainda conforme a autora, em 1973 foram incorporados ao benefício de assistência médica os trabalhadores autônomos, em 1974 foram incorporado os maiores de 70 anos e inválidos e neste mesmo ano, segundo Draibe (1994), foi criado pelo governo o Plano de Pronto Ação (PPA).

A importância histórica do Plano de Pronto Ação está no fato de que esta política consistia num conjunto de mecanismos normativos cuja finalidade maior era proporcionar condições para que fosse progressivamente atingida a universalização da previdência social. Sua principal inovação foi a determinação de que os casos de emergência deveriam ser atendidos por todos os serviços próprios e contratados independentemente do paciente ser ou não um beneficiário da previdência (FINKELMAN, 2002).

Em seguida, no ano 1975, segundo Dowbor (2009) mostra, foi quando a concepção dos médicos sanitaristas ganhou maior adesão como também foram incorporados ao benefício de assistência médica os empregadores rurais.

Ainda neste ano, Paiva e Teixeira (2014) colocam que foi instituído pelo regime por meio da lei n. 6.229/75, o Sistema Nacional de Saúde. É importante que este marco seja citado porque, suas diretrizes dizem respeito a incumbência do Estado em ajudar aos Municípios para que estes façam funcionar serviços básicos de saúde para a população local, especialmente pronto-socorro e vigilância epidemiológica (SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE, 1975).

É importante ressaltar também que, assim como Paiva e Teixeira (2014) colocam, as narrativas em torno da reforma sanitária brasileira localizam, como regra, a origem do movimento no contexto da segunda metade dos anos 1970. Isso é reforçado ainda porque,

outros autores colocam que este período coincide com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), em 1976; e, três anos depois, a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) (SCOREL,1999; RODRIGUEZ NETO, 1997).

A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) representa nos dizeres de Paim (2008) um projeto de reforma social concebida como reforma geral, tendo como horizonte utópico a revolução do modo de vida, ainda que parte do movimento que a reformulou e a engendrou tivesse como perspectiva apenas uma reforma parcial.

A partir desse nascente movimento sanitário brasileiro, que segundo Paiva e Teixeira (2014) estava orientado ideologicamente à esquerda e favorável a prestação estatal de serviços de saúde, foram introduzidas mudanças na base da organização do sistema de saúde do país. Segundo Scorel (1999), uma dessas ações foi a criação do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento, o PIASS.

Conforme aborda Teixeira e Paiva (2014), como resposta à demanda da iniciativa estratégica de ampliação da cobertura da atenção médica, o Piass requereu a formação e capacitação de pessoal técnico e auxiliar para a saúde.

A partir disso, é fundado o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, o (PPREPS), que visava apoiar a formação descentralizada, nos estados federativos, de recursos humanos em saúde, em diferentes níveis; bem como apoiar a criação de estruturas de gestão de recursos humanos no interior das secretarias estaduais de saúde, sobretudo no Nordeste do país (PIRES-ALVES; PAIVA, 2006; NUNES, 2007; PAIVA; PIRES-ALVES; HOCHMAN, 2008).

Por conseguinte, a partir de 1980, conforme aborda Dowbor (2009), foi que ocorreu sob regime militar o serviço gratuito e descentralizado de saúde pela intensa inserção entre os profissionais de saúde e o Estado como também segundo Draibe (1994) foi neste marco que foi criado o Prev. Saúde, programa de serviços básicos que instituiu uma rede regionalizada e hierarquizada de assistência primária de saúde criado em resposta ao movimento sanitário com o objetivo de descentraliza-lo.

Porém, segundo Neto, Cutait e Terra (s/d) mostra o Prev. Saúde nunca saiu do papel. Todavia acrescido pelo plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), criado em 1982, a partir do qual foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983 que constituíram uma estratégia de extrema importância para o processo de descentralização da saúde (DRAIBE,1994).

Foi após o governo do General João Figueiredo até chegar a 1988, que segundo Dowbor (2009), foi quando o modelo do SUS foi finalmente legitimado pela Constituição de 1988 em substituição do regime para saúde do modelo militar. Ainda segundo a autora, o antigo regime de saúde era considerado excludente, centralizado fragmentado institucionalmente e hospitalocêntrico por ter como principal fornecedor o setor privado da medicina.

Nesse mesmo contexto, Miguel (2003) irá mostrar que as políticas de saúde dos governos militares buscaram incentivar a expansão do setor privado, onde o país vivia sob a duplicidade de um sistema dividido entre a medicina previdenciária e a saúde pública.

Ainda conforme este autor, inicialmente as ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando à cargo dos institutos de pensão. Já a saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo (MIGUEL, 2003).

Ainda nessa perspectiva, Almeida (1998) mostra que os governos militares incentivaram a expansão do setor privado através das compras de serviços pela previdência, facultando incentivos fiscais às empresas, para contratação de companhias privadas ou cooperativas de médicos que prestassem serviços de saúde aos seus funcionários.

Segundo Paiva e Teixeira (2014), foi esse conjunto de iniciativas explanadas aqui que sugeriu e conformou-se em torno da expectativa de que o final da ditadura militar corresponderia a um momento de ruptura em que se construiria uma sociedade e, por extensão, uma saúde pública em novas bases.

Tal posição foi expressa, por exemplo, por Paim (2008) e Oliveira (1988) em Saúde em Debate que pressupunha que as medidas nacionalizadoras da gestão dos serviços de saúde – como a unificação da previdência e a ampliação planejada da cobertura fizessem parte ou se confundissem com o ideário da reforma sanitária brasileira.

Apesar da saúde ter se consolidado na Constituição de 1988, veremos que, conforme Paiva e Teixeira (2014) colocam, o SUS encontraria, na década seguinte, seu estrutural cenário de crise.

Estes autores colocam ainda que, se o contexto de crise econômica e democratização nos anos 1980 havia contribuído para o debate político da saúde no

período de consolidação dos princípios do SUS de equidade, integralidade e universalidade. E ainda, na década seguinte, nos anos 1990 que a concretização desses princípios tenha gerado tensões contínuas em um momento em que a concepção de Estado mínimo, ditada pelo neoliberalismo em ascensão na Europa e nos EUA, propunha restringir a ação do Estado na regulação da vida social.

Visto isso, Paiva e Teixeira (2014) nos mostram que a onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social dos vários países repercutiria fortemente no Brasil, reforçando as tendências de adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, com ênfase, a partir de 1994, na estabilização da moeda; privatização de empresas estatais; adoção de reformas institucionais fortemente orientadas para a redução do tamanho e das capacidades do Estado.

Esta reforma democrática, que se consubstanciou na institucionalidade projetada na Constituição Federal de 1988 foi, segundo Fleury (2009), duramente confrontada pela hegemonia assumida pelo discurso liberal, o predomínio das decisões econômicas sobre a política e sobre a própria ordem constitucional e, por fim, a bem articulada propagação de uma reforma gerencial do Estado.

Tabela 1 - Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil de 1964 até 1988. (Continua)

1964	<p>DOWBOR (2009), coloca que de 1964 a 1984 houve uma relevante expansão no setor de saúde o qual mesmo que ele não tivesse se tornado universal sua cobertura já estava sendo ampliada em contradição ao que era colocado sobre o regime de saúde pela academia.</p> <p>Segundo DRAIBE (1994), do período de 1964-85 houve uma explosão dos números das consultas médicas</p>
1971	<p>Segundo DOWBOR (2009), foram incorporados ao benefício de assistência médica os trabalhadores rurais</p>
1972	<p>Segundo DOWBOR (2009), foram incorporados ao benefício de assistência médica os empregados domésticos;</p>

1973	Segundo DOWBOR (2009) foram incorporados ao benefício de assistência médica os trabalhadores autônomos
1974	Segundo DOWBOR(2009) foram incorporados ao benefício de assistência médica os maiores de 70 anos e inválidos Segundo DRAIBE (1994) criou-se o Plano de Pronto Ação
1975	Segundo DOWBOR (2009) foram incorporados ao benefício de assistência médica os empregadores rurais. E ainda, que a concepção de médicos sanitaristas ganhou maior adesão em meados de 1975. Segundo DRAIBE (1994) criou-se o Programa de assistência farmacêutica e, o Plano nacional de saúde.
1976	Segundo Paiva e Teixeira (2014) neste ano foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)
1977	Segundo DOWBOR (2009) com a eleição do presidente Geisel que era médico e tinha uma visão reformista a ideia de saúde ganhou forte adesão
1979	Segundo Paiva e Teixeira (2014) colocam neste ano houve a criação da Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO)
1980	Segundo DOWBOR (2009) o serviço gratuito e descentralizado ocorreu no início de 1980 sob regime militar pela intensa inserção entre os profissionais de saúde e o estado. Segundo DRAIBE (1994) criou-se o Prev. Saúde
1982	Segundo DRAIBE (1994) criou-se no governo General Joao Figueiredo o AIS
1983	Segundo Neto, Cutait e Terra (s/d) foi implementada a política de Ações Integradas de Saúde (AIS)
1984	Segundo DRAIBE(1994) criou-se o CONASP.

1988	Segundo DOWBOR (2009) o modelo do SUS foi legitimado pela Constituição de 1988 em substituição do regime para saúde do modelo militar.
------	--

Fonte: Do autor (2018)

4.2 O período de pós-redemocratização e a reforma sanitária

Este assunto se faz relevante para revisão de literatura pois, assim como coloca Paiva e Teixeira (2014), no âmbito da história da saúde no Brasil, o processo de reforma sanitária dos anos 1980 e a construção do Sistema Único de Saúde estão entre os temas mais estudados na saúde coletiva e cargos-chave na área das políticas de saúde.

Na identificação do processo de mudanças com a luta pelo retorno ao regime democrático, podemos observar o fato de que alguns de seus artífices ocupam posições centrais nas instituições acadêmicas de saúde, ajudando a compreender a grande produção acadêmica sobre o tema. Assim, as questões mais candentes relacionavam-se à qualificação do movimento, seus integrantes e processos, ao que ele trazia de ruptura ou continuidade e à elaboração de uma teoria que lhe oferecesse coerência (CAMPOS, 1988; FLEURY, 1997; TEIXEIRA, 1988; OLIVEIRA, 1988).

Posteriormente, colocam Paiva e Teixeira (2014) que, a partir do estabelecimento do novo sistema de saúde, as discussões cada vez mais girariam em torno das formas de viabilização do novo sistema e sua avaliação.

A transição do período em que se inicia a reforma sanitária é colocada por Campos (1988) como a continuidade de um mesmo modelo de produção de serviços de saúde, sobre novas bases. Em contradição a isso, outros autores, tais como Fleury (2009), afirmam que a reforma não conseguiu construir um novo patamar civilizatório, que implicaria uma profunda mudança política e institucional capaz de transformar a saúde em bem público.

Nesse mesmo sentido, a partir da análise dos problemas e contradições acerca da reforma, Paiva e Teixeira (2014) evidenciam que a continuidade da reforma seria, portanto, um processo ainda inconcluso.

Scorel (1999) mostra a importância dos diversos movimentos sociais para o processo da reforma da saúde com o período de democratização e final de ditadura militar.

Entre os grupos citados pelo autor que contribuíram para este movimento estão: os departamentos de medicina preventiva e social, escolas de saúde pública, programas de pós-graduação em saúde comunitária; movimento estudantil; movimentos médicos (o Movimento dos Médicos Residentes e o Movimento de Renovação Médica); projetos institucionais, como o Projeto Montes Claros e o PIASS; as instituições da sociedade civil, como o CEBES, e espaços institucionais do Estado permeáveis à ação da esquerda, como o Programa de Estudos Socioeconômicos em Saúde.

Por conseguinte, Neto (1994) analisa a reforma sanitária com foco na ação parlamentar durante o processo constituinte, enfatizando a importância da atuação de setores da esquerda para o processo de reforma sanitária. Gerschman (2004) acrescenta ainda que a reforma sanitária como um evento decorrente do processo de transição democrática.

Ou seja, em contraposição à ideia de Fleury (2009), o legado destes outros autores mencionados nos mostra a reforma sanitária como um evento decorrente do processo de transição democrática, sobretudo tais como esboçam Cohn, Edison e Karsch (1991) que percebem os avanços que se expressam na Constituição de 1988 na afirmação da saúde como direito social e obrigação do Estado.

De forma geral, autoras tais como Giovanella e Mendonça (2012) nos mostram que houve mudanças no âmbito da atenção básica, com a implantação e a ampliação do Programa Saúde da Família. Já Amarante (2005) aborda a questão dos avanços expressos pela reforma psiquiátrica e houve também a instituição de uma série de programas e iniciativas considerados bem-sucedidos em diversas áreas, como vigilância sanitária e vacinação (Souto, 2004; Teixeira, Costa, 2008).

Visto isso, a reforma exigiu, segundo a leitura de Paim (2008), uma vigilância e militância contínua, cujo propósito, a partir dos anos 1990, seria não só a implantação do SUS constitucional, mas também, como dito, a conformação de uma sociedade renovada.

Por esse motivo, autores tais como Paiva e Teixeira (2014) concluem que em sua dimensão simbólica a reforma, quase de forma mítica, seria o divisor de águas que pela sua força criaria um novo capítulo na história das políticas sociais no país.

Ao se investigar pontualmente a ruptura dos postulados teóricos acerca do período de pós-democratização em relação ao que vinha sido construído anteriormente no Brasil, veremos que, assim como Lavinhas (1999) coloca, surgiram novas experiências de combate à pobreza com os programas municipais de garantia de renda mínima que, de

maneira geral, tinham como beneficiários os grupos mais vulneráveis, visando garantir uma rede de proteção social para os mais pobres, que muitas vezes escapam do escopo das políticas sociais tradicionais, tais como educação e saúde.

Nesse contexto, ainda conforme este autor, surgem novas experiências de combate à pobreza. Segundo Draibe (1994), no primeiro mandato FHC criou-se Programa Saúde da Família e, além disso, houve criação da Agência Nacional de Saúde (ANS) e o reforço da Vigilância Sanitária.

A autora aproveita para dizer ainda que, neste mesmo ano, houve um financiamento, sistema de transferências e subsídios monetários: diversificação/ampliação das fontes, criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF); redistribuição de recursos em benefício da atenção básica.

Dessa forma, houve a criação dos Agentes Comunitários de Saúde, Piso de Assistência Básica, além dos Programas prioritários: Combate à Mortalidade Infantil e Saúde da Mulher (DRAIBE,1994).

Já no ano 2000, segundo Dowbor (2009), o SUS (Sistema Único de Saúde) foi implementado por meio da municipalização pela adoção de dois programas federais, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) em 2007 entendido como resultado de negociação entre o Ministério da Saúde e os secretários Municipais da saúde.

E, ainda, no ano seguinte, segundo Draibe (2003), houve introdução do per capita individual entre os parâmetros de transferência intergovernamental; vinculação dos recursos para a saúde (PEC, 2000); transferência monetária às famílias com risco nutricional (Bolsa-Alimentação, em 2001).

Em termos cidadania pública de saúde no Brasil, o esboço da evolução das políticas públicas, tais como, instrumentos de adesão dos poderes executivos com a criação de programas e frentes de atuação, fez-se necessário para introduzir como historicamente foi construído a atenção a um dos pontos mais importantes para o desenvolvimento das sociedades tal como pode ser considerado a saúde.

Visto que o direito à saúde pública foi institucionalizado a partir da ampliação de direitos reivindicados pela população principalmente a partir do período de redemocratização com a Constituição de 1988, essa pesquisa visará analisar de um ponto de vista micro, como se dá o atendimento do PSF 14 na cidade de Lavras-MG.

Tabela 2 - Evolução das políticas públicas de saúde no Brasil de 1988 até os anos 2000.

(Continua)

1994	Segundo DRAIBE (1994) criou-se Programa Saúde da Família, e a criação da Agência Nacional de Saúde (ANS) e o reforço da Vigilância Sanitária
1996	Segundo DRAIBE (1994) houve um Financiamento, sistema de transferências e subsídios monetários: diversificação/ampliação das fontes, criação de CPMF; redistribuição de recursos em benefício da atenção básica.
1997	Segundo DRAIBE (1994) criou-se os Agentes Comunitários de Saúde, Piso de Assistência Básica, além dos Programas prioritários: Combate à Mortalidade Infantil e Saúde da Mulher.
2000	Segundo DOWBOR (2009) o SUS (Sistema Único de Saúde) foi implementado por meio da municipalização pela adoção de dois programas federais, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) em 2007 entendido como resultado de negociação entre o Ministério da Saúde e os secretários Municipais da saúde.
2001	Segundo DRAIBE (2003) houve introdução do per capita individual entre os parâmetros de transferência intergovernamental; vinculação dos recursos para a saúde (PEC, 2000); transferência monetária às famílias com risco nutricional (Bolsa-Alimentação, em 2001) (conclusão)

Fonte: Do autor (2018)

4.3 Promoção da saúde: conceitos e relações

O processo de elaboração teórica sobre a ‘promoção da saúde’ é algo em construção. Conforme nos mostra Ravello (2010), a ‘promoção da saúde’ é parte da saúde pública e ainda não possui um corpo teórico que lhe seja próprio específico.

Todavia, é importante que seja dada uma estrita atenção à abordagem da promoção da saúde porque, assim como é colocado no glossário do Ministério da Saúde (2013), esta é uma das estratégias de produção de saúde que, articulada às demais estratégias e políticas do Sistema Único de Saúde, contribui para a construção de ações transversais que possibilitem atender às necessidades sociais em saúde.

E, ainda conforme descrito no glossário do Ministério da Saúde (2013), a promoção da saúde é uma das prioridades para a construção de uma abordagem integral do processo saúde-doença e tem como foco o enfrentamento dos problemas de saúde baseado no reconhecimento dos determinantes sociais na produção da saúde devendo dialogar com as diversas áreas do setor sanitário, com outros setores do governo e com a sociedade, para que estes sejam partícipes no cuidado com a vida, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade.

Rabello (2010) também explora versões relativas à aplicação da conceituação de promoção da saúde, visto que a autora contextualiza aspectos que em sua essência concentram-se na promoção da saúde a partir de uma curta evolução desde 1964 resgatando autores tais como Sigerist até uma concepção atual.

A autora constata que há uma ambiguidade nesse conceito, visto que a promoção da saúde provém de uma visão positiva em defesa da saúde que se confunde com o termo de educação para a saúde sendo às vezes utilizado como sinônimo de vigilância em saúde. (RABELLO, 2010).

Rabello (2010) cita Sigerist, porque conforme Ferreira (2002) coloca, este pode ser considerado o mais importante precursor da ‘promoção da saúde’, inclusive por sua indicação sobre a importância da intersectorialidade para a saúde. Henry Sigerist (apud Ferreira 2002: 3), afirma que a saúde promove-se proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer [...] que se logra com o esforço coordenado de políticos, setores sociais e empresariais, educadores e médicos, cabendo a estes últimos, definir normas e fixar estandartes.

Rabello (2010) complementa considerando, ainda, como condições e pré-requisitos para a promoção da saúde, a paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Isto porque segundo esta autora, a promoção da saúde está fundamentada em conceitos, como qualidade de vida, saúde, solidariedade, desenvolvimento, cidadania, participação e parceria.

Nesse sentido, Cohen (2001) afirma que a promoção da saúde é um conceito estritamente relacionado à qualidade de vida, portanto dinâmico e impermanente, elaborado continuamente, a partir do referencial que as pessoas e/ou os grupos tragam e não do referencial estático da medicina que não incorpora o conceito de instituição social que a medicina expressa.

Rabello (2010) também nos traz uma abordagem paramédica do conceito de promoção de saúde com natureza comportamental orientada para o que se chamou de *marketing* dos estilos de vida, aplicando a estratégia de educação e comunicação de massa, até um enfoque social mais amplo referido a condições de uma melhor qualidade de vida, num contexto universal, assumido como uma estratégia de reorientação da atenção à saúde, aceção em que foi incorporada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como abordagem mais viável para o desenvolvimento da atenção primária da saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), atenção primária e atenção básica à saúde são sinônimos, ambas desenvolvidas por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Acerca da relação entre a atenção primária e/ou promoção da saúde Rabello (2010) evidencia que nenhuma das duas orientações anulam ou reduzem a importância da atenção médica e o fato de colocarem a ação médica em último lugar na lista dos componentes principais de cada proposta deve-se, fundamentalmente, ao interesse de enfatizar que a atenção médica – usualmente mais complexa e cara, pode e deve ser antecedida por outras medidas de aplicação mais simples (até mesmo pelos próprios indivíduos), que visam a promover melhor a saúde para evitar doenças ou a preveni-las por meio de medidas de prevenção individual ou proteção ambiental.

Entretanto, assim como Rabello (2010) nos mostra, modelos de ‘promoção da saúde’ com base em estilos e comportamentos de vida saudáveis a partir de escolhas individuais, têm sido criticados quanto à individualização da responsabilidade sobre a saúde principalmente pelo fato dessas descrições terem sido interpretadas como se a ‘promoção da saúde’ fosse de responsabilidade única do indivíduo, eximindo o Estado de suas responsabilidades.

O termo de promoção da saúde, então, assume várias facetas sendo aprimorado e atualizado com o decorrer das novas informações a respeito da qualidade de vida e as novas tecnologias envolvendo o Estado em transversalidade de cooperação com o compromisso de cidadania.

A carta de Ottawa traz a redefinição a qual considera o conceito de promoção da saúde como a capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo.

Este documento pode ser caracterizado como uma carta de intenções fruto da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Segundo a Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde este documento apresenta proposições para se atingir a Saúde para Todos no ano 2000 e anos subsequentes a qual discutiu principalmente as necessidades em saúde nos países industrializados, embora tenham levado em conta necessidades semelhantes de outras regiões do globo.

Ao observar este documento podemos perceber que a Carta de Ottawa integra temas relacionados ao papel do Estado e da sociedade civil. Na Carta, há a delimitação de áreas de atuação; norteadores para elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; a descrição de ambientes favoráveis à saúde; o incremento do poder técnico e político das comunidades; o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais, empoderamento, pressão realizada de forma organizada pela sociedade civil e a reorientação dos serviços de saúde.

Enfim, o conceito de promoção da saúde relaciona-se com a atenção primária e os cuidados dos PSF's visto que, os autores da promoção da saúde são profissionais do governo, como também dos organismos internacionais, dos cidadãos e também dos núcleos de estudos sobre saúde pública.

Dessa maneira, considerar a promoção da saúde como parte da saúde pública não é meramente mais uma das 'especialidades em medicina'. Conforme Rabello (2010) aborda, em um mundo que muda rapidamente, com novas influências na saúde da população, investir neste processo torna-se um desafio crescentemente importante, porque não se trata de negar a importância do conhecimento técnico-científico para a saúde, mas sim de redimensioná-lo na perspectiva da complexidade da realidade social.

4.4 Qualidade no serviço público de saúde: coprodução, monitoramento e avaliação de Políticas Públicas

Diante do que foi apresentado vimos as mudanças que ocorreram em relação aos conceitos e temas colocados por acadêmicos da área de saúde nos últimos anos. Na administração pública não deixa de ser diferente, segundo Heidemann, Menegasso e Vendramini (2011) o foco desta já não é mais o da organização burocrática do Estado, mas a própria produção ou coprodução dos serviços públicos e as diversas instâncias na sociedade que se articulam para produzi-los.

Dessa forma, os usuários passam a assumir um papel de coprodução com o bem público. A noção da coprodução do serviço público implica a participação do Estado (via burocracia pública), das organizações do terceiro setor e até das organizações típicas de mercado no esforço de produção dos serviços públicos em rede para todos os cidadãos. (SALM, SCHOMMER; HEIDEMANN; MENEGASSO; VENDRAMINI, 2011).

Salm e Menegasso (2009) colocam que, a coprodução é uma das estratégias utilizadas para a produção dos serviços públicos por meio do compartilhamento de responsabilidades e poder entre agentes públicos, agentes privados e cidadãos.

Por isso, na entrevista também será levado em conta o papel dos usuários para a contribuição da cura de suas enfermidades no que tange a responsabilização e comprometimento dos cidadãos a ingestão dos medicamentos receitados pelos profissionais de saúde dos PSF's.

A finalidade a que essa pesquisa acadêmica se propõe a investigar: a qualidade do serviço de saúde sobre a ótica dos usuários também pode ser considerado um fator contribuinte para a coprodução do bem público já que esta busca perceber qual a qualidade do serviço de saúde pública na percepção de um grupo de usuários.

A qualidade da saúde pública pela ótica das considerações percebida pelos cidadãos conforme Jannuzzi (2005) nos mostra é só uma dentre os inúmeros indicadores que são ou podem vir a ser utilizados também para o monitoramento de uma Política pública.

Slack (1996) afirma que as melhores ideias para aprimorar os serviços vêm dos usuários que dependem dos produtos e serviços, pois, para este autor os usuários podem julgar a qualidade percebida dos serviços de saúde e também sugerir ideias úteis de melhoria.

Dessa forma, podemos analisar alguns indicadores de qualidade como, por exemplo, os que Donabedian (1980) classifica em três dimensões: a técnica, a interpessoal e a ambiental. Para este autor, a técnica se refere à aplicação, atualizada, dos conhecimentos científicos na solução do problema do paciente. A interpessoal se refere à relação que se estabelece entre o prestador de serviços e o paciente. A ambiental diz respeito às comodidades como conforto e bem-estar oferecidos ao paciente.

Já Las Casas (1999) coloca que em suma as dimensões da qualidade em serviços envolvem: confiabilidade, segurança, aspectos tangíveis como as instalações, equipamentos, aparência dos funcionários e a empatia.

É considerável que conforme Cerqueira (1994) aborda, o conceito de qualidade depende da percepção de cada um em função da cultura ou do grupo que se irá considerar. Por esse motivo será entrevistado apenas os usuários que utilizam dos serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde.

A realidade social deve levar em conta as necessidades dos usuários pois, ao colocar a profundidade dos diagnósticos sociais em segundo plano tal como Jannuzzi (2002) observa que acontece na realidade social, o governo negligencia indicadores que caso não sejam revertidos se perpetuará sob pena de novos desgastes e questionamentos sobre a função e utilidade do planejamento.

Em comuns ambos os autores não deixam de negar que a satisfação das necessidades dos cidadãos deve ser a principal meta para a definição de qualidade. A partir disso, pode-se concluir que na formulação do relatório de pesquisa de qualidade e na coleta dos dados será evidenciado a perspectiva de qualidade percebida pelos cidadãos usuários do PSF acerca de todo processo de atendimento do posto levando-se em consideração a satisfação dos usuários perante o serviço prestado como também será instigado que estes atores apontem os pontos negativos e positivos do atendimento além de sugestão de melhorias.

5 METODOLOGIA

A exploração científica de produção do Referencial Teórico foi construída com base em uma revisão de literatura a partir de vários autores que tratam da contextualização

da reforma sanitária, dos conceitos pertinentes ao tema da saúde pública, da qualidade no serviço público de saúde e da importância do papel do usuário para a coprodução, avaliação e monitoramento de políticas públicas.

Segundo as considerações de Trentini e Paim (1999), a revisão de literatura é necessária e importante para apoiar decisões do estudo, instigar dúvidas, verificar a posição de autores sobre uma questão, atualizar conhecimentos, reorientar o enunciado de um problema ou, ainda, para reconhecer a unidade e a diversidade interpretativa existente no eixo temático em que se insere o problema em estudo.

Para dar continuidade a esta pesquisa, optou-se pelo estudo exploratório e descritivo a partir de uma abordagem qualitativa. Assim, pode-se compreender e visualizar a realidade vivenciada por cada participante.

Esses métodos mostram-se adequados para alcançar o objetivo proposto (MINAYO, 2010) pois, até porque como nos mostra Gil (2002) a pesquisa exploratória tem como finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores visto que as pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de levantar e proporcionar uma visão geral do tipo aproximativo tentando buscar resposta para o problema.

Segundo Polit (2004), um estudo descritivo possibilita o desenvolvimento de um nível de análise em que se propõe identificar as diferentes formas de cada caso, sua ordenação e classificação.

A metodologia qualitativa busca compreender e explicar a complexidade da dinâmica das relações. Dessa forma, é na investigação qualitativa que os sujeitos expressam valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e conflitos (MINAYO, 2010).

Para a análise dos dados qualitativos utilizou-se a análise de conteúdo, que segundo Pain (2008) define, ampara um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens.

Considerou-se campo de estudo o local em que se manteve contato sistematizado com o participante da pesquisa. O espaço escolhido para tal contato foi o PSF 14, por ser

um dos PSF que é referência no município de Lavras. Conhecido popularmente como “posto de saúde chacinha”, localizado na Rua Nicolau Cherem- centro, Lavras- MG.

O grupo de participantes da pesquisa foi constituído de usuários cadastrados no PSF 14, o número de participantes não foram definidos previamente, mas, sim, definidos quando os discursos se tornaram repetitivos e invariantes. Ou seja, quando ocorreu uma saturação dos dados o número de participantes (MATHEUS; FUSTINONI, 2006; MINAYO, 2010) que nesse caso aconteceu quando se chegou ao total de 20 participantes.

Para manter o anonimato dos participantes e o sigilo das informações, os participantes estão representados pelo número de entrevista, que indica a ordem de inclusão na pesquisa.

Para participarem das entrevistas os participantes atenderam ao seguintes critérios de inclusão: ser cadastrados no FSF 14 e ter sido atendido por mais de uma vez no PSF em questão. Como critério de exclusão adotou-se: ter menos de 18 anos de idade.

O procedimento escolhido para coleta de dados foi a entrevista, por ser uma ferramenta de coleta de dados, que possibilita a obtenção de informações reveladoras de situações próprias. A entrevista é uma conversa a dois, realizada por iniciativa do entrevistador, visando a obter informações relevantes para um objeto de pesquisa (MINAYO, 2010).

O modelo de entrevista escolhido foi a entrevista em profundidade semiestruturada. Constituída inicialmente por dez perguntas norteadoras e seguidas por perguntas da linha de pensamento do entrevistado. Segundo Triviños (2008), a entrevista semiestruturada possui algumas características básicas, que devem ser elaboradas baseadas por teorias relacionados a pesquisa, com o intuito de possibilitar futuros indagações que vão surgindo conforme as respostas dos participantes por meio da sua linha de pensamento.

Os participantes foram abordados individualmente após horários de consulta na porta do PSF 14. A entrevista foi realizada pelo autor do estudo, e ocorreram nos dias 18, 19, 24 e 31 do mês de Julho de 2018. Todas as falas foram gravadas por meio de um aparelho gravador MP3 e transcritas na íntegra preservando assim, cada detalhe da entrevista. Os arquivos transcritos e o roteiro da entrevista estão disponíveis para *download* em link da entrevista assegurado nas bibliografias contidas no final desta pesquisa.

Com o intuito de analisar todos os dados obtidos foram utilizados formulários de livre termos de consentimento e esclarecimento assinado por todos participantes da entrevista.

Com esse levantamento de dados e interpretações acerca das dimensões da percepção dos entrevistados, articulou-se um estudo empírico, ultrapassando a simples descrição dos dados, buscando estabelecer relações que possibilitassem novas explicações e interpretações nos resultados.

5.1 Caracterização do objeto de estudo

A cidade de Lavras, localizada no sul de Minas Gerais, possui uma população estimada segundo dados do IBGE (2016), 101.208 habitantes. Por se tratar de uma cidade de pequeno porte, é interessante entender como uma política federal de atenção básica funciona em um município do interior mineiro, fechando ainda mais o escopo à uma das unidades de atenção básica do território.

O município conta atualmente com 17 unidades de atenção básicas. Um PSF tem uma média 4.000 pessoas cadastradas em cada unidade, considerando que o município conta com uma população flutuante de aproximadamente 22.000 pessoas, dados do IBGE (2016). Isso resulta em uma cobertura de 54 % da população. Além da estrutura de atendimento básica, os PSFs contam com serviços de Odontologia, Ginecologista, Nutricionista, Psicólogo e fisioterapia.

O PSF 14 possui em sua grade de funcionários uma enfermeira, um técnico em enfermagem, um médico clínico geral, um dentista, e seis agentes de saúde. São prestados serviços médicos, enfermagem, odontológicos e acompanhamento domiciliar. O quadro abaixo detalha os serviços prestados:

Tabela 3 – Serviços prestados nos PSF's (continua)

Serviços médicos	Atendimento clínico, atendimento pediátrico, visita domiciliar e lavagem de ouvido.
------------------	---

Serviços de nutrição	Reeducação alimentar, nutrição preventiva, Consulta nutricional e Nutrição Funcional
Serviços de fisioterapia	Ortopedia geral
Serviços de enfermagem	Exames de preventivo, testes de toxoplasmose e do pezinho, puericultura, administração de medicamentos, aferição de pressão arterial e glicose, visita domiciliar, retirada de pontos e curativos e inalação.
Serviços odontológicos	Atividades educativas, procedimentos e consultas odontológicas, atendimentos de urgência e extração dentária.
Serviços prestados pelos agentes de saúde	Visita domiciliar, recepção e aviso de exames autorizados.

Fonte: Do autor (2018)

6 RESULTADOS

Do total de 20 participantes 9 das entrevistadas são do sexo feminino e 11 do sexo masculino. Foram entrevistadas pessoas de 19 anos de idade até 90 anos. A média de idade destas 20 pessoas foi de 40 anos e a mediana foi de 30 anos.

Em relação ao atendimento, entre as opções de ótimo, bom, regular, ruim e péssimo, 25 % das pessoas responderam que acharam o atendimento regular, 30 % acharam ter tido um atendimento bom e 45 % ótimo ou seja, ninguém considerou que tivesse tido um atendimento ruim ou péssimo.

Quando os entrevistados foram indagados a respeito do por que classificaram o atendimento nas especificações anteriores, esta pesquisa obteve os seguintes resultados:

Regular: Pela falta de informação no atendimento sobre o serviço específico solicitado pelo paciente que também acredita que os funcionários do PSF 14 trabalham muito sobrecarregados:

- “Porque teve falta de informação né, sobre o atendimento específico que eu precisava e também eu acho que eles trabalham muito sobrecarregados lá.”

Pela falta de experiência profissional em geral de todos funcionários do PSF.

- “Falta de experiência profissional.”

Houve também um paciente que justificou sua classificação por achar que a enfermeira foi mal educada em um de seus atendimentos.

- “A enfermeira foi mal educada.”

Houve também quem citasse a questão do tempo de espera e a falta de recursos:

- “Por falta de atendimento mais rápido, o tempo de espera, recursos, entendeu?”

- “Porque não tem médico direito né? Um médico pra atender um tanto de gente que tem ai é pouco demais.”

Ótimo: 45 % do total dos entrevistados acreditam que o atendimento foi ótimo pelos seguintes motivos:

Houve reincidência em citar que sempre foram bem atendidos.

- “Toda vez que eu vou lá sou bem atendido.”

- “Todas as vezes que fui lá fui atendida.”

- “Assim todas as vezes que eu preciso lá eu sou bem atendida.”

- “Fui lá uma vez só e fui muito bem atendido. Eu fui lá porque não tava dormindo e a Rita conversou com a moça que anda na rua ai a Angela né? Marcou uma consulta pra mim lá ai eu fui lá e a medica Dr. Andreia passou um remédio pra eu dormir.”

Como também houve um entrevistado que sentiu que a triagem feita pela enfermeira foi completa com perguntas feitas ao paciente que ao seu ver pareciam óbvias mas necessárias.

- “Baseado no que eu usei anteriormente não posso reclamar para mim foi ótimo. Devido ao atendimento, a pessoa por exemplo que me atendeu ontem que eu saiba não é medica especifica mais fez o trabalho muito bem feito, me instruiu e fez perguntas obvias então, quando eu precisei de medico pra mim não tem reclamação.”

Dois dos entrevistados consideram o atendimento do PSF em geral ótimo pelo serviço ser público e gratuito.

- “Quando eu fui lá foi um médico me atender e não precisei pagar pra isso”

- “Ah só por atender de graça já está ótimo. Tem país que não tem nem atendimento.”

Houve quem acreditasse que o PSF tem uma boa infraestrutura de atendimento com médico e enfermeira. Um dos entrevistados considerou também que o atendimento fosse similar a um atendimento de iniciativa privada porém, com diferença da falta de disponibilidade de alguns exames gratuitos que a iniciativa privada tem que o serviço público não tem.

- “Lá tem tudo que o paciente precisa infraestrutura, médico, enfermeira.”.

- “Ah eu acho bom, não assim, eu ia por ótimo... Porque eles correspondem a expectativa você vai no médico particular ele faz o mesmo atendimento que eles fazem, a diferença é que eles te pedem exame que eles não fazem ali que você tem que ir em outros lugar fazer o exame né? Mas eu nunca tive problema ali não...”

Bom: Dos 30 % dos entrevistados que consideraram o atendimento como bom, dois disseram classificar seu atendimento porque foram atendidos rapidamente.

- “Porque foi rápido.”

- “Uai, cheguei lá logo me atendeu. Se prontificou rapidinho enfim.”

Outro entrevistado justificou que classificou o atendimento em geral como bom porque os profissionais foram gentis apesar do atendimento ter demorado um pouco.

- “Porque as pessoas foram gentis. Demorou um pouco mas resolveram meu problema.”

Como também uma das entrevistadas abordou que marcou essa opção pela demora no atendimento e criticou a política de não ter vacina HPV para maiores de 13 anos.

- “Porque demorou demais e não tinha vacina do HPV.”

Houve também resposta que justificou que o médico fosse muito bom como também houve quem citasse ter sido bem atendida.

- “Porque sempre fui bem atendida”

- “Porque o médico e muito bom. O médico.”

Na questão em que é evidenciada que uma das estratégias do Programa saúde da Família é promoção da saúde e que isto implica em melhorar a qualidade de vida dos usuários os usuários foram questionados se por eles e elas terem acesso a uma unidade do PSF eles ou elas se consideram com uma melhor qualidade de vida e saúde, 55% dos pacientes acreditam que sim e 45% acreditam que não.

Quando questionado se o profissional de saúde conseguiu diagnosticar o problema do paciente 70 % responderam que sim e 30 % responderam que não.

Acerca da capacidade técnica do atendimento médico 80 % dos entrevistados responderam que sentiram confiança no atendimento médico e 20 % não sentiram.

65 % dos entrevistados acham que o atendimento estabelecido desde o início de marcação da consulta até o término do atendimento médico foi satisfatório e 35 % responderam não ter sido satisfatório.

65 % dos entrevistados sentiram que foram atendidos em ambiente confortável e 35 % acham que não.

30 % dos pacientes já fizeram uso de bebida alcoólica ao mesmo tempo que faziam uso de antibióticos receitados pelo médico e 70 % dos entrevistados já interromperam o uso de antibióticos antes do tempo estipulado pelos médicos.

Com base no atendimento recebido no PSF 14 os entrevistados foram indagados sobre o que eles poderiam citar como pontos positivos e negativos para a promoção da saúde local de forma geral, percebeu-se as seguintes respostas para tal classificação:

Positivo:

O fato do PSF ser acessível foi abordado por 40 % dos entrevistados.

- “Positivo porque e perto da minha casa”.

- “O bom é que é perto da minha casa né?”

- “... perto da minha casa, mobilidade mais fácil, pessoas gentis, rápidas.”

- “É de ser próximo a minha casa...”

- “O ponto positivo que eu acho é que essa distribuição que a prefeitura fez em ter um ponto em cada bairro beneficia demais o cidadão porque as vezes a pessoa não tem carro e tal e não precisa estar se locomovendo lá pra URPA. Então assim, é um ponto positivo bacana da ação da prefeitura de ter um PSF em cada bairro.”

- “Cara, é bom porque tem o atendimento ali perto pra atender sua família.”

- “Positivo é que é próximo de casa e todas as vezes que fui lá fui atendida por um médico.”

- “Positivo é a localidade”.

Houve recorrência dos entrevistados também em citar que o atendimento das expectativas com base na finalidade (necessidade) de cada um foram correspondidas.

- “Para finalidade que eu precisei fui bem atendida”.

- “Pra mim foi tudo direitinho quando precisei.”.

Do total de entrevistados 20 % também citaram como ponto positivo o bom atendimento.

- “Cheguei logo fui atendida rapidinho. Fui bem atendida.”

Houve também a citação da rapidez e da gentileza no atendimento além da fila exclusiva para idosos e a organização em relação ao prontuário médico.

- “Quando eu chego lá eu vou antes das 8 e abre 8 horas em ponto a fila já está assim a fila dos idosos e a outra fila. Mas sou sempre bem atendido. Tudo ponto positivo.”

- “Eles tem fichário do jeito certinho, se cê fica tanto tempo, eles falam assim, quando cê veio aqui? Cê fala ah, eles fala não a ultima vez que cê veio aqui foi nessa data eles tem o controle da sua vida lá... eu acho que isso é...”.

Outro ponto citado com 20 % de recorrência foi o fato de ter atendimento médico como também enfermeiras pacientes e houve quem citasse o fato da disponibilidade do serviço e medicação serem gratuitos, além de ser disponibilizado o atendimento domiciliar.

- “Atendimento com a médica e com todo mundo é legal, não é ruim. Não é de primeira classe porque eles não põe um médico muito bom sempre eles paga o mais barato.”.

- “O atendimento do médico.”

- “É que tem médico”.

- “A paciência das enfermeiras”.

- “Serviço gratuito de atendimento e remédio de graça a disposição.”

Nessa mesma ordem os pontos positivos podem ser elencados resumidamente da seguinte forma: o fato da acessibilidade de se ter um PSF no seu bairro, ser atendido por um médico e o atendimento deste profissional, a paciência das enfermeiras, a organização do PSF como também a questão da gratuidade do serviço público de saúde.

Em síntese, os pontos positivos podem ser elencados em ordem de maior recorrência pelos entrevistados da seguinte forma: o fato da acessibilidade de se ter um PSF no seu bairro, ser atendido por um médico e o atendimento deste profissional, a paciência das enfermeiras, a organização do PSF em relação aos prontuários que contém o histórico de atendimento dos usuários como também a questão da gratuidade do serviço público de saúde.

Já em relação aos pontos negativos os usuários do PSF 14 colocaram que:

Houve a recorrência de 25% do total de entrevistados em citar como ponto negativo terem achado pouco o número de profissionais para atendimento problema que os usuários acreditam desencadear as seguintes consequências: sobrecarga do funcionário, fila de atendimento grande e falta de assentos exclusivos para idosos.

- “a lista de espera, por ordem de chegada e as vezes o médico chega bem depois.”

- “Na verdade não tenho muita experiência nessa área não, mas igual falei com você, a pessoa tem que chegar e é marcada é por ordem de chegada. Eu acho que esse negócio, isso é errado, a pessoa tem que agendar e fazer a consulta é 30 minutos por

consulta, vamos botar pra pessoa 9 horas da manhã, ai todo mundo chega la 7 horas ta um frio danado. Eu cheguei lá gente de idade em pé, esperando, o trem não fluía o trem não andava, a medica já chegou atrasada, não chegou no horário não, chegou atrasada, meia atrasada e o trem andando e o frio andando ai chegou um rapaz queria passar a filha na frente porque a filha ia fazer uma prova e ninguém cedeu vaga pra ela, então tem que melhorar essas coisas igual médico particular não é ordem de chegada não pode botar todo mundo as 7 horas da manhã se você vai ser atendido as 10 horas da manhã, e isso ai passou do ponto.”

- “Negativo o que eu acho é o seguinte, as vezes a fila é muito grande né? Devia ter mais médicos pra facilitar o acesso de todo mundo.”

Houve recorrência também de 30 % dos entrevistados em citarem como ponto negativo o absenteísmo médico ou falta de compromisso dos médicos (por férias, atrasos, faltas ou até mesmo pelo fato de não ter atendimento todos os dias).

- “Falta de médico”

- “É que marca um horário e o médico chega tarde a gente em que ficar esperando”.

- “Negativo porque tem muitos poucos médicos”.

15 % do total de entrevistados reclamaram sobre a falta de capacitação dos funcionários e falta de empatia no atendimento e 10 % sobre a falta de especialização médica para o público infantil.

- “É o seguinte é que às vezes você requer um determinado tipo de atendimento e dependendo do dia não tem medico às vezes você requer naquele momento seja para uma criança seja para você, mas só porque e dia tal não tem medico ai tem a programar tem que esperar... Mas às vezes há uma necessidade, mesmo que ele encaminhe para outro setor eu acho que o médico tem que estar presente e não e deixar assim... Ah hoje ele não está aqui hoje ele não vem por isso ou aquilo... Eu acho que a partir do momento que ele tem que cumprir a jornada dele ele tem que estar ali e ninguém tem que responder por ele. E às vezes você sai dali sem uma resposta, porque se você precisa de uma resposta de imediato, igual um dia eu levei o Rodrigo no PSF porque eu notei que ele estava assim um pouco diferente e eu como tenho medo de medicar por conta própria né? Levei. O

médico não era especializado pediatra, vamos dizer assim, mas ele teve assim a boa vontade de olhar e encaminhou assim, isso não é pra mim, isso é para um pediatra, você faz um raio X. Mas as vezes tem dia que você precisa e você não é bem atendido as pessoas falam daquele jeito esnobe e assim sabe? Tanto faz. Então eu acho que algumas pessoas deveriam ter uma capacitação melhor.”

- “O ponto negativo talvez seria não ter o atendimento pediátrico.”

- “Assim você vai lá algumas funcionárias te tratam mal, o atendimento do funcionário não é muito bom não, de algumas pessoas entendeu? Te constrange cê entendeu?”

- “A educação, a secretaria ao receber o paciente, eu não gostei.”

- “Falta de preparação integral dos próprios profissionais que trabalham lá principalmente dos médicos.”

10 % acreditam não existir nenhum ponto negativo e houve quem dissesse ser ponto negativo o tempo de espera no atendimento entre marcação de consulta e atendimento médico.

- “Negativo não tem. Quando eu chego lá eu vou antes das 8 e abre 8 horas em ponto a fila já está assim a fila dos idosos e a outra fila. Mas sou sempre bem atendido. Tudo ponto positivo.”

- “É que eu tive que esperar uma semana pra ser atendido”

Outras questões que foram abordadas também de forma pontual foram, a precarização da infraestrutura e a falta de vacina HPV para adolescentes maiores de 13.

- “Negativo; infraestrutura e ainda um pouco precária e algumas pessoas lá não estão 100 % aptas ao serviços”.

- “Não tinha vacina pra HPV porque o governo não disponibiliza pra pessoas acima de 13 anos então é isso. Deveria ter vacina pra HPV.”

Em suma, pode-se dizer que em ordem decrescente estes foram os pontos negativos que foram mais citados: Falta de profissionais ou sobrecarga deles, filas ou demora no atendimento seja este dispêndio de tempo relativo ao atendimento ou ao tempo

entre marcação de consulta e atendimento, falta de compromisso dos profissionais principalmente dos médicos em chegarem atrasados ou se ausentarem, falta de capacitação dos funcionários em geral, falta de empatia ou educação aqui houveram citações relacionados apenas ao atendimento das secretárias, algumas pessoas citaram não haver nenhum ponto negativo, falta de infraestrutura, falta de profissionais especializados como é o caso da fisioterapia e pediatria como também a falta de vacina HPV para maiores de 13 anos.

Já no que tange os serviços que possam ser implantados com base nas necessidades e opiniões dos usuários foram identificadas as seguintes sugestões de melhorias em ordem decrescente de maior recorrência: A disponibilização de mais médicos especializados principalmente em fisioterapia e ortopedia, a contratação de mais ou Vacina HPV para maiores de 13 anos, mais organização, mais profissionais, capacitação, mais compromisso dos funcionários em geral, melhoria na infraestrutura, médicos especializados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A princípio esta pesquisa foi baseada em três perguntas abertas em relação ao conceito de qualidade. Após a investigação desenvolvida no referencial teórico disponibilizado no decorrer desta obra, percebeu-se a necessidade da inclusão de outras perguntas a serem investigadas que levassem em conta os conceitos optados nesta pesquisa como, por exemplo, o conceito de qualidade adotado por Las Casas (1999) e Donabedian (1980) como também o conceito de promoção da saúde estabelecido na Carta de Ottawa.

Dessa forma, foram adicionadas perguntas que envolvessem indagações pertinentes a confiabilidade, segurança e empatia, dimensões de qualidade de atendimento consideradas por Las Casas (1999) e as dimensões técnicas, interpessoais e ambientais de Donabedian (1980) a primeira dimensão abordada se refere à aplicação dos conhecimentos científicos na solução do problema do paciente, as dimensões interpessoais se referem às relações estabelecidas entre o prestador de serviços e o

paciente e ambientais dizem respeito às comodidades como conforto e bem-estar oferecidos ao paciente para análise de qualidade expostas.

A partir das respostas obtidas em relação à dimensão da análise do fator confiança citado por Las Casas (1999) infere-se que 80% dos usuários, uma grande maioria, sentiram confiança na capacidade técnica do médico. Com base no conceito das dimensões técnicas de Donabedian (1980) e dos comentários das questões abertas vimos que, apesar de não haver profissionais especializados como foi solicitado com recorrência nas entrevistas os médicos especializados em pediatria e fisioterapia, o atendimento do clínico geral conseguiu na maioria das vezes solucionar alguns dos problemas visto que, quando os usuários foram indagados se o médico conseguiu diagnosticar seus problemas 70 % responderam que sim e 30% responderam que não.

Porém, se houvesse a disponibilidade do atendimento médico especializado, conforme foi solicitado pelos pacientes como também fosse disponibilizado uma capacitação atualizada para o aperfeiçoamento dos profissionais envolvidos no atendimento no PSF 14 talvez essa porcentagem fosse mais satisfatória de modo a interferir até mesmo nos resultados da questão em que os usuários foram questionados se por eles e elas terem acesso a uma unidade do PSF eles ou elas se consideram com uma melhor qualidade de vida e saúde, visto que 55% dos pacientes acreditam que sim e 45% acreditam que não.

Já em relação ao conceito das dimensões interpessoais de Donabedian (1980) quando os usuários do PSF foram questionados se o atendimento em geral foi satisfatório 65% responderam que sim e 35 % responderam que não. Em relação à empatia que também é colocado por Las Casas (1999) não houve nenhuma reclamação a respeito da falta de empatia no atendimento do médico nem das enfermeiras, pelo contrário, houve até mesmo quem elogiasse a paciência das enfermeiras e o atendimento do médico. Porém, conforme se pode observar através dos relatos houve recorrência nas reclamações acerca da falta de empatia e até mesmo da falta de educação no atendimento das secretárias. Uma das entrevistadas colocou até mesmo que o atendimento deixou um sentimento de constrangimento nela.

Como vimos, não foram evidenciadas reclamações em relação a falta de empatia dos médicos. Todavia, foram feitas reclamações em relação à falta de compromisso do horário de chegada dos médicos e de eventuais ausências como também da falta de profissional para substituí-los em período de férias.

As pessoas costumam dar peso final a depender da empatia envolvida nos serviços ao serem questionadas sobre a qualidade deste nas avaliações de desempenho advindas da área da psicologia organizacional este efeito é denominado de efeito halo é como se por causa de uma característica as outras qualidades ou pontos positivos fossem deixados se levar por ralo abaixo.

Porém, as pessoas geralmente não costumam levar em conta com maior fator positivo se seus problemas foram resolvidos ou não levando em consideração principal o profissionalismo se fosse simples assim, poderíamos considerar que os pacientes saíram satisfeitos visto que quando questionado se o profissional de saúde conseguiu diagnosticar o problema do paciente uma grande maioria dos pacientes responderam que sim (70 %) e 30 % responderam que não.

A partir disso, pode-se depreender que o sentimento de empatia tem um importante papel nos atendimentos, por isso este fator deveria ser levado em conta e melhor trabalhado, pelas secretárias de atendimento de nível de rua, pois estas são o primeiro contato que o paciente tem ao procurar os serviços do PSF 14.

Não menos importante o fator compromisso dos médicos também deve ser levado em conta, pois estes devem arcar com o compromisso de chegar no horário marcado. Já no que tange a questão da ausência do médico por férias, é fato que este benefício está previsto em lei, todavia, é papel do município que seja providenciado uma escala de logística onde, se tenha um médico substituto para este caso.

Quanto aos pontos positivos foram evidenciados: o fato da acessibilidade de se ter um PSF no seu bairro citado por 40% dos entrevistados, ser atendido por um médico e conforme já foi citado o atendimento deste profissional em geral por 25 %, a paciência das enfermeiras por 5% dos entrevistados, a organização do PSF citado por 15 % dos entrevistados, a questão da gratuidade do atendimento e disponibilidade de remédios no serviço público de saúde foi citado por 5% e a questão da organização do PSF citado por 15% dos usuários.

Como vimos, o fato de se ter um PSF perto de casa foi um dos fatores positivos citados com maior recorrência pelos entrevistados. Mas isso por si só não basta ao se analisar as dimensões ambientais de Donabedian (1980) que diz respeito às comodidades como conforto e bem-estar oferecidos ao paciente investigadas apurou-se que 65% dos pacientes se sentiram confortáveis no PSF 14 e 35% disseram que não.

Por mais que nesse quesito também se tenha identificado uma maioria satisfatória a questão das filas atreladas ao fato de alguns usuários, até mesmo os idosos, terem que esperar em pé e o fato deste pacientes terem citado não haver assentos suficientes reservados para esta faixa etária pode ter sido um dos maiores fatores que motivou os entrevistados a colocarem que não se sentiram confortáveis no PSF questão que também poderá ser levada em evidência em relação a gestão e infraestrutura do PSF 14 para melhoria da qualidade no atendimento.

A cooperação do paciente para o bem público também se configura numa perspectiva inédita a se destacar adicionada nos questionários com base na exploração do que vem sendo discutido no meio acadêmico acerca do conceito de promoção da saúde. Inclusive, o protagonismo, a corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos coletivos são reconhecidos na Política Nacional de Humanização (2007) como um princípio a ser valorizado, de forma que seja incentivada a atuação na produção de saúde de cada cidadão.

Por isso, também foram adicionadas duas questões relativas a esse tema nos questionários uma vez que, estas pudessem captar um pouco do nível da cooperação dos pacientes para a cura de suas enfermidades. Uma das questões procurou identificar o nível de responsabilidade em relação ao uso de bebidas alcoólicas concomitante ao uso de antibióticos visto que o uso de bebidas alcoólicas pode ser prejudicial para saúde ainda mais quando sua ingestão é feita concomitantemente ao uso de antibióticos.

Segundo Bruna (2018) é importante saber que, conforme as orientações da Organização Mundial da Saúde para o uso racional de antibióticos, durante o tratamento médico a pessoa deve evitar bebidas alcoólicas para não sobrecarregar o fígado, uma vez que é nesse órgão que tanto o álcool quanto a maior parte dos antibióticos são metabolizados. A autora ainda coloca que não é que o álcool corte o efeito do remédio, mas pode alterar os níveis de sua concentração no sangue.

Neste caso, foi identificado que apenas 30 % dos pacientes já fizeram uso de bebida alcoólica ao mesmo tempo que faziam uso de antibióticos receitados pelo médico. A porcentagem encontrada representa uma minoria em relação ao número de pacientes entrevistado todavia, não devem ser descartadas soluções que procurem agir no sentido de diminuir ainda mais esse dado estatístico.

Nesse mesmo sentido, inferiu-se também que uma grande parcela dos entrevistados (70%) já interromperam o uso de medicamentos antes do prazo estabelecido

pelos médicos. Estes dados representam uma situação alarmante pois, conforme alerta o Ministério da Saúde (2017), o uso inadequado desses medicamentos, como a interrupção do tratamento antes do prazo ou sem indicação médica, pode trazer uma série de problemas para a saúde dos pacientes como também da população em geral pelo fato da resistência que os microrganismos adquirem.

Em relação a este comportamento, o Marketing Social pode ser usado para influenciar este determinado segmento a modificar voluntariamente estes hábitos visto que o propósito do marketing social é melhorar a qualidade de vida, evitar acidentes, proteger o meio-ambiente e até mesmo ajudar a comunidade.

Posto que na disciplina de Marketing público os alunos do curso de Administração Pública da UFLA e futuros gestores estão designados a interferir num determinado ambiente cultural através de mídias alternativas, imbuídos de conhecimento para tal, a questão evidenciada pode ser proposta como um tema a ser adotado e trabalhado por algum grupo da FEMAS – Feira de Marketing Social da UFLA uma vez que estes estejam interessados em gerar impacto com vistas a minimizar um problema devidamente fundamentado.

É importante ressaltar também que, apesar do caráter de auditoria externa e social a que essa pesquisa se figura ao entrevistar cidadãos Lavrenses fica evidente que ao se analisar de forma micro a amostra de usuários do PSF 14, a delimitação da amostra analisada nesta pesquisa exclui a perspectiva daqueles cidadãos que pagam impostos e utilizam plano de saúde da iniciativa privada e do porque eles preferem utilizar essa alternativa ou, ainda os que fazem o uso misto dos serviços de saúde público e privada.

Por isso, a título de aprofundamento para estudos futuros acerca do conceito de qualidade do serviço público de saúde prestado no PSF 14 do município de Lavras, MG sugere-se que seja incluída também a perspectiva destes cidadãos como também, possa ser investigadas informações sobre a cura ou resolução do determinado problema que levou o paciente a procurar o PSF depois um determinado prazo após consulta e tratamento.

Já em relação ao resultado da análise de como os pacientes avaliam o atendimento oferecido no PSF 14 de Lavras, MG sob a perspectiva do conceito de promoção da saúde pode-se concluir de maneira geral que, em nível de satisfação a qualidade do atendimento foi considerado por 75% dos entrevistados dividido igualmente entre bom e ótimo, figurando-se numa perspectiva de promoção da saúde satisfatória pois, apenas 25 % dos

entrevistados classificaram o atendimento como regular e nenhuma pessoa considerou ser ruim ou péssimo.

Em questão de qualidade de gestão de filas e tempo de espera pode-se perceber que houve a recorrência de apontamentos contraditórios, pois, houve quem citasse que a rapidez no atendimento fosse um ponto positivo da mesma forma que houve pessoas que apontaram o fato de terem esperado muito para serem atendidos pelos médicos mesmo com horário marcado fosse indicado como um ponto negativo.

Houve quem acreditasse que, o fato dos atendimentos serem feitos por ordem de chegada fosse um problema devido ao acúmulo de pessoas que chegam no mesmo horário como também houve quem apontasse que o tempo entre marcação de consulta e atendimento médico fosse também muito demorado.

Se observarmos os dados das justificativas dadas pelos pacientes independentes da classificação entre bom, ótimo e regular podemos observar que no total de pessoas que opinaram sobre o tempo esperado para serem atendidos 67 % reclamaram ter havido demora no atendimento e 33 % acham que foram atendidos rapidamente.

Dada a evidencia de que o número de pessoas que opinaram sobre a demora no tempo de espera para serem atendidos foram superior ao de pessoas que foram atendidas com rapidez pode-se inferir que caso haja interesse do PSF 14 em melhorar ainda mais o nível da satisfação dos usuários e da qualidade de seus serviços a questão do fator colocado em análise seja aprimorada.

Inúmeros podem ser os motivos que acarretam este problema que teve maior recorrência nas referências cedidas pelos entrevistados como também, houve outras pontuações indicadas pelos pacientes que podem estar atreladas a este fato como, por exemplo, perspectivas que apontaram acreditar que os profissionais precisam de uma melhor capacitação para o atendimento e que estes também não estão representados em números satisfatórios e trabalham sobrecarregados.

Sabemos que o momento político brasileiro atual está mais propício a alternativas criativas do que para contratações e dispêndios. Não é o objetivo desta pesquisa solucionar os problemas apresentados pelos usuários do PSF 14. Porém, conforme disse John Kennedy (2018) quando escrito em chinês a palavra crise compõe-se de dois caracteres: um representa perigo e o outro representa oportunidade.

Sendo assim, pode-se sugerir que os resultados dos problemas de gestão encontrados nessa pesquisa tais como, a questão do planejamento de filas e marcação de

consultas possam ser desenvolvidos e postos em prática através de um plano de consultoria elaborado por estudantes ou pesquisadores da Administração Pública que tenham afinidade pelo segmento da melhoria de serviços públicos que poderá ser ofertado por trainees e integrantes associados a Empresa Junior que tenham como objetivo a vontade de gerar impacto social.

Por fim, vale a pena comentar que essa pesquisa também poderá servir como objeto de estudo para o Conselho da Saúde de Lavras a fim de auxiliar os conselheiros a proporem pautas com norte para elaboração de políticas públicas a serem sugeridas nas próximas Conferências Municipais de Saúde que irão ocorrer na cidade de Lavras-MG.

Já no que concerne os outros diversos problemas apresentados como, o acesso à vacina contra HPV sem restrição de idade, a disponibilização de médicos com especialização em pediatria e fisioterapia, a contratação de mais médicos e funcionários como também a necessidade de dotações em investimentos de infraestrutura, treinamento e desenvolvimento podem ser exemplos de ponderações que devem ser levadas como pautas nas Conferências Municipais.

Enfim, visto que a Carta de Otawa define que promoção da saúde é o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo”, essa pesquisa que visa escutar o que os pacientes têm a dizer a respeito da qualidade do atendimento do PSF 14 pode ser considerado um instrumento auxiliar esse processo pois esta investigação visa contribuir na identificação das aspirações com vistas a satisfação das necessidades dos pacientes em busca de que se possa ser modificando favoravelmente o ambiente natural, político e social da cidade de Lavras-MG.

Perante o exposto, assim como é colocado por Buss (2010) a promoção da saúde pode ser considerada, um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem estar global.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M. & NADANOVSKY, P., 1992. Avaliação dos serviços de saúde: Avaliar o quê? Cadernos de Saúde Pública, 8:361-365.

ALMEIDA, C. **O mercado privado de serviços de saúde no Brasil:** panorama atual e tendências da assistência médica suplementar. Texto para discussão. Brasília: Ipea, 1998.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. S. **Reforma sanitária:** Itália e Brasil, 1988. Disponível em: <http://peep.ebape.fgv.br/sites/peep.ebape.fgv.br/files/reforma_italia_brasil.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2018.

BRASIL, Art. 196. **Direito a Saúde,** Brasília, DF. Disponível em: <https://www.senado.gov.br/atividade/const/con1988/con1988_15.12.2016/Art_196_.asp>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BRASIL, Art. 198, II. **Trata do atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas de saúde;** Brasília, DF. Disponível em:<

HTTPS://WWW.JUSBRASIL.COM.BR/TOPICOS/10653794/ARTIGO-198-DA-CONSTITUICAO-FEDERAL-DE-1988>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BRASIL, Lei nº 8.080 de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Brasília, DF. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/Leis/L8080.Htm>. Acesso em: 13 ago. 2018.

BRASIL, Ministério da saúde. 2017. **O uso racional de antibióticos é fundamental.** Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/41879-uso-racional-de-antibioticos-e-fundamental>>. Acesso em: 10 ago. 018.

BRASIL, Portaria 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a Política Nacional de atenção básica, estabelecendo diretrizes para a organização da atenção básica para o programa saúde da família (PSF) e o programa agentes comunitários de saúde (PACS).** Brasília, DF. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2018

BRASIL. Art. 1º. Vide emenda constitucional nº 91, de 2016. **Trata do direito a saúde,** Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 11 abril 2018.

BRASIL. Art. 6º. Vide emenda constitucional nº 91, de 2016. **Trata do direito à saúde,** Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm< Acesso em: 20 jan. 2018

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Secretaria de vigilância em saúde. **Glossário temático: Promoção da saúde / Ministério da saúde.** Secretaria-executiva. Secretaria de vigilância em saúde.– 1. Ed., 2. Reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Saúde. Documento Base. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007.

BRUNA, M. H. V. **Uso racional dos antibióticos.** Portal Draúzio Varella. 2018. Disponível em: <<https://drauziovarella.uol.com.br/infectologia/uso-racional-dos-antibioticos/>> Acesso em: 6 set. 2018.

BUSS, P. M. O conceito de promoção da saúde e os determinantes sociais. **Agência Fiocruz de Notícias,** Rio de Janeiro, fev. 2010. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/o-conceito-de-promo%C3%A7%C3%A3o-da-sa%C3%BAde-e-os-determinantes-sociais>>.

- CERQUEIRA, J. P. de et al. **Iniciando os conceitos de qualidade total**. São Paulo: Pioneira, 1994. Série qualidade Brasil.
- COHEN, J. Countries' health performance. **The lancet**, 358 (9.285): 929-929, 2001.
- COHN, A; EDISON, J. R.; KARSCH, U. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1991. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/1489/1/2005%20vol.56,n.2%20jannuzzi.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2018.
- DONABEDIAN, A. Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. **Health administration press**, v. 1, p. 163, 1980.
- DOWBOR, M. Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado. **Lua nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 78, p. 185-222, 2009.
- DRAIBE, S. A política social no período FHC e o sistema de proteção social. **Tempo social**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 63-101, nov. 2003.
- DRAIBE, S. As políticas sociais do regime militar brasileiro: 1964-84. In: D'ARAÚJO, M. C.; SOARES, G. A. **21 anos de regime militar**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1994.
- DRESCH, R. L. A garantia de acesso à saúde e as regras de repartição da competência entre os gestores. **RAHIS – Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 12, n. 1, p. 19-44, 2015.
- ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- FERREIRA, J. R. **A promoção da saúde**: entre alma-ata e a carta de ottawa. In: Conferência regional latino-americana de promoção da saúde e educação para a saúde, 2002, São Paulo. (mimeo.)
- FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 328 p.
- FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013535010>>. Acesso em: 19 jan. 2018.
- GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.
- Gil, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; CEBES, 2012, p. 493-546.
- JANNUZZI, P. M. Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 51-72, jan./fev. 2002.

JANNUZZI, P. M. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 137-160, abr./jun. 2005.

KENNEDY, John. Disponível em: <<http://www.citador.pt/frases/quando-escrito-em-chines-a-palavra-crise-compos-john-fitzgerald-kennedy-7375>>. Acesso em: 9 ago. 2018.

LAS CASAS, A. L. **Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios e casos práticos**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.

LAVINAS, L. Renda mínima: práticas e viabilidade. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 53, p. 65-84, mar. 1999.

LINK ENTREVISTAS. Disponível em: <<HTTPS://DRIVE.GOOGLE.COM/OPEN?ID=1RDFVKN0BRNTAE2IOGXJYGDFP6NBSJ-IA>>. Acesso em: 4 ago. 2018.

MATHEUS, M. C. C.; FUSTINONI, S. M. (Coord.). **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo: Editora Médica Paulista, 2006.

MIGUEL, L. F. Capital político e carreira eleitoral: algumas variáveis na eleição para o congresso Brasileiro. **Revista de Sociologia Política**, Curitiba, n. 20, p. 115-134, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, J. A. Reformas e reformismo: “democracia progressiva” e políticas sociais (ou “para uma teoria política da reforma sanitária”). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 360-387, 1988.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão a crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 356 p

PAIVA, C. H. A.; PIRES-ALVES, F; HOCHMAN, G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 929-939, 2008.

POLIT, D. F. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto alegre: ARTMED, 2004.

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**, Ottawa, Canadá, 21 de novembro de 1986. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 14 maio 2018.

RABELLO, L. S. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 228 p.

RODRIGUEZ NETO, E. A via do parlamento. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e democracia: A luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p. 63-92.

SALM, J. F.; MENEGASSO, M. E. Os modelos de administração pública como estratégias complementares para a coprodução do bem público. **Revista de Ciências da Administração**, Florianópolis, p. 83-104, set. 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/13078>>. Acesso em: 07 jul. 2018.

SALM, J. F.; SCHOMMER, P. C.; HEIDEMANN, F. G. VENDRAMINI, P. M.; MARIA ESTER 2011. Disponível em: <<https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/ra/article/view/106/84>>. Acesso em: 7 jul. 2018. São Paulo: Editora CEBES; HUCITEC. P.179-194. 1988. Disponível em: http://www.anpad.org.br/periodicos/arq_pdf/ahead_63.pdf>. Acesso em: 7 de julho de 2018.

SALM, J.F.; M, M.E. **Proposta de modelos para a coprodução do bem público a partir das tipologias de participação**. XXXIV Encontro científico de administração da associação nacional de pós-graduação e pesquisa em administração - ANPAD. Rio de Janeiro, set. 2010.

SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 28, n. 4, p. 7-8, dec. 1975. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-71671975000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jun. 2018.

SLACK, N.; JOHNSTON, R.; BRANDON-JONES, A. **Administração da produção**. São Paulo: Atlas, 1996.

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. Vigilância epidemiológica: Políticas, sistemas e serviços. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. de V. C. (Org.). 2008.

TEIXEIRA, S. F. O dilema da reforma sanitária brasileira. In: BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. de S. **Reforma sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Editora CEBES; HUCITEC, 1988, p. 195-207.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente - assistencial**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1999.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

VASCONCELLOS FADEL, M. A. V, FILHO, G. I. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. **Revista de Administração Pública**, v. 43, jan./fev. 2009. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=241016444002>>. Acesso em: 19 jan. 2018.

VASCONCELLOS, P. P. DE. **Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico**. 2002. 91 F. Dissertação (mestrado em engenharia de produção) — Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

VECINA NETO, G; CUTAIT, R; TERRA, V. **Notas explicativas: um pouco de história**. In: Santa Catarina. Secretaria de estado da saúde. Saúde e cidadania. Disponível em: <http://portalses.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/extras/notas.html>. Acesso em: 16 jun. 2018.

VUORI, H. **A qualidade da saúde.** CAD. CIÊNCIA E TECNOLOGIA, V. 3, P. 17-24, 1991.

VUORI, H., 1989. **Research needs in quality assurance.** Quality assurance in health care, 1: 147-159.

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista**ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

Entrevistado (n):

Sexo:

Idade:

PERGUNTAS NORTEADORAS DA ENTREVISTA:

-Com base nas experiências que você teve nos atendimentos anteriores prestados pelo PSF 14, como você avalia o atendimento recebido?

() Ótimo () Bom () Regular () Ruim () Péssimo. Por que?

-Uma das estratégias do Programa saúde da Família é promoção da saúde. Isto implica em melhorar a qualidade de vida dos usuários. Por você ter acesso a uma unidade do PSF você se considera com uma melhor qualidade de vida e saúde? () Sim () Não

Acerca da capacidade técnica dos profissionais de saúde responda as seguintes questões:

O (a) profissional pelo qual o senhor (a) foi atendido conseguiu diagnosticar o seu problema?

Você sentiu confiança no atendimento disponibilizado pelo médico? () Sim () Não

Em relação à comodidade e bem-estar e empatia responda as seguintes questões:

A relação de atendimento estabelecida desde a marcação de consulta até o término do atendimento foi satisfatória? () Sim () Não

Você sentiu que foi atendido num ambiente confortável? () Sim () Não

Em relação à cooperação do paciente para a cura de enfermidades responda as seguintes questões:

Você já utilizou bebida alcoólica ao mesmo tempo em que fazia tratamento com o uso de medicamentos receitados pelos médicos do PSF's? () Sim () Não

Você já interrompeu o uso de antibióticos antes do tempo estipulado pelos médicos do PSF?

() Sim () Não

-Com sua experiência no atendimento já recebido no PSF 14 quais pontos você pode citar como positivos e quais pontos como negativos para a promoção da saúde local?

-Qual serviço ou melhoria você sugere que seja implantada no PSF 14 para melhor promoção da saúde da comunidade em um todo?

APÊNDICE B – Termo de Autorização**TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

Eu, Ryque Cardoso Fagundes De Carvalho, aluno do curso de Administração Pública da Universidade Federal de Lavras (UFLA), solicito ao Sr.(a) a participação na pesquisa intitulada “O atendimento no PSF 14 de Lavras-MG sob a perspectiva do usuário” com o objetivo de Avaliar a qualidade do atendimento oferecido no PSF 14 sob a perspectiva dos usuários deste serviço. Esta pesquisa é orientada pelo Professor Doutor Gustavo Costa de Souza, docente da Universidade Federal de Lavras (UFLA). O trabalho não trará danos uma vez que não coloca em risco a integridade física ou mental do participante e não será pago nenhum benefício ao mesmo para fazer parte da pesquisa. Solicitamos sua colaboração no sentido de autorizar a entrada na instituição e também a realização da coleta de dados na mesma. Será garantido o sigilo absoluto dos participantes. Agradecemos a atenção.

Ryque Cardoso Fagundes De Carvalho

Doutor Gustavo Costa de Souza

Contato:

Universidade Federal de Lavras (UFLA) CEP 37200-000- Lavras-MG

Pesquisador: Ryque Cardoso Fagundes De Carvalho

Orientador: Doutor Gustavo Costa de Souza

Declaro estar ciente dos objetivos da pesquisa e autorizo a entrada na instituição e também a realização da coleta de dados na mesma, sem que isso traga nenhum dano para mim.

Lavras: ___/___/___

Nome do participante_____
Assinatura do Participante