ANÁLISE DA PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA BERNADETE QUANTO AOS SERVIÇOS PRESTADOS E A CONSEQUENTE MELHORIA NA QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO

CAMPOS, Claudionice Leodete dos Santos
Bacharel em Administração pela Faculdade Governador Ozanam Coelho - FAGOC

CIRIBELI, João Paulo
Doutor em Administração e Prof. da Faculdade Governador Ozanam Coelho – FAGOC

LIMA, Leonardo Parma de
Mestrando em Economia e Gestão Empresarial e
Prof. da Faculdade Governador Ozanam Coelho - FAGOC

PIRES, Vanessa Aparecida Viera
Doutoranda em Educação e Coorda. da Faculdade Governador Ozanam Coelho - FAGOC

MASSARDI, Wellington de Oliveira
Mestre em Administração e Prof. da Faculdade Governador Ozanam Coelho - FAGOC

RESUMO
O objetivo deste estudo é verificar a percepção dos usuários da Estratégia de Saúde da Família Santa Bernadete quanto aos serviços prestados e a consequente melhoria da QV da população, no que tange à saúde, residente na sua área de cobertura. Quanto ao arranjo metodológico, trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, bibliográfico e estudo de caso. A partir da análise dos dados, percebe-se que os usuários da ESF Santa Bernadete estão, em sua maioria, satisfeitos com os serviços prestados. Porém, percebeu-se uma minoria significativa insatisfeita com o prazo de marcação das consultas e com a qualidade delas. Verificou-se também que, apesar de satisfeita com o trabalho da equipe, quase a metade dos usuários acredita que há necessidade de mais profissionais. A maior insatisfação foi em relação à localização da ESF.

Palavras-chave: qualidade de vida; ESF Santa Bernadete; saúde pública.

1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos, muito se comenta sobre a importância de se ter uma boa Qualidade de Vida - QV. Porém, definir exatamente o que é ter uma boa QV é, ainda, um desafio para estudantes, pesquisadores, autores e para todos que se aventuram em contextualizá-la. Para Albuquerque (2003), QV é um conceito generalizado, assim como: meio ambiente, contaminação, modo de vida, estilo de vida. Tais conceitos estão em "plena evolução" e são contextualizados de acordo com os movimentos ou grupos estudados.

O termo QV vem sendo usado por profissionais de diversas áreas e em diferentes campos: "na economia, na sociologia, na educação, na medicina, na enfermagem e na saúde". (CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA, 2013). Por ser um termo de grande abrangência e ainda sem uma definição exata, permite-se seu uso em vários campos de estudos e estes, por sua vez, o contextualizam de acordo com eles.

Embora seja um tema "bastante inespecífico e generalizante", QV é usado no campo da saúde desde o início da medicina social (séc. XVIII e XIV) e tem se inspirado, entre outros, no conceito de promoção de saúde (WESTPHAL, 2013).

Ao associar QV à saúde, percebe-se uma preocupação maior dos brasileiros em adotarem métodos mais saudáveis na expectativa de, além de viverem mais, viverem melhor, ou seja, com QV. Segundo pesquisa realizada pelo Caderno de Saúde Pública (2003), o número de idosos (pessoas com idade ≥ 60 anos) aumentou 500% nos últimos 40 anos – de 3 milhões em 1960 para 14 milhões em 2002 – e estima-se que em 2020 sejam cerca de 32 milhões. Pode-se perceber que viver mais é uma realidade hoje no Brasil.

Uma melhor QV tem sido também um foco governamental. Desde os anos 1990, o governo brasileiro vem dando uma atenção maior à prevenção de doenças como forma de minimizar gastos excessivos com tratamentos médicos. Em 1991, foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa Agente Comunitário de Saúde – PACS, que tinha como objetivo principal reduzir a taxa de mortalidade infantil e materna no Nordeste (especialmente no Ceará). O programa focava em minimizar as desigualdades sociais com uma relação mais próxima das áreas mais carentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

O PACS foi bem sucedido e em 1994 se expandiu para outras áreas do país, abrangendo também outros profissionais, como médicos e enfermeiros. Nasce, então, a Estratégia de Saúde da Família – ESF, equipe que tem a função de estar mais perto das famílias, acompanhando e informando sobre questões de vacinação, higiene, prevenção, entre outras questões importantes para uma melhor QV, tendo como foco a proteção, promoção e recuperação da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996).

Em Ubá–MG, a ESF chegou em 1998, tendo sua primeira unidade instalada no bairro Cohab. Hoje a cidade conta com 19 ESFs, com uma cobertura de cerca de 60% da população urbana e localidades rurais (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2014). Considerando tal realidade, o presente artigo busca responder à seguinte questão: as ações da ESF Santa Bernadete contribuem para a melhoria da QV da população pertencente à sua área de cobertura?

Quanto ao objetivo geral, buscar-se-á verificar a percepção dos usuários da ESF Santa Bernadete quanto aos serviços prestados e a consequente melhoria da QV da população, no que tange a saúde, residente na sua área de cobertura.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Qualidade de Vida e Saúde

"A expressão QV possui raízes tanto na cultura oriental como na ocidental". A antiga filosofia chinesa diz que a QV é alcançada quando se têm em equilíbrio as forças positivas e negativas (yin e yang), enquanto na visão aristotélica QV é quando se alcança a felicidade plena da alma (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005, p. 165).

Ainda segundo as autoras, ao longo dos tempos, o conceito QV veio se desenvolvendo e foi sendo incorporado a outros fatores. Após a 2ª Guerra Mundial, nos Estados Unidos, definia-se QV como ter bens materiais; posteriormente, o conceito foi ampliado e passou a ser usado como forma de medir e comparar o desenvolvimento econômico de determinado lugar; "passou, mais tarde, a mensurar o desenvolvimento social por meio da saúde, educação, moradia, transporte entre outros" (KAWAKAME; MIYDAHIRA, 2005, p. 165).

Na atualidade, percebe-se o uso desse conceito (QV) em diversas áreas. No meio ambiente, por exemplo, o conceito é utilizado como Qualidade Ambiental, que traduz a preocupação em combater o desperdício, em se reciclar e em aproveitar bem e com consciência os recursos e matérias-primas, que estão cada vez mais escassos (VALLE, 2004, p. 22). . Nas empresas nota-se seu uso como Qualidade de Vida no Trabalho, que vai desde salários mais justos até condições higiênicas, físicas e psicológicas adequadas e também a QV do produto/serviço que será comercializado.

Quando introduzido na área da saúde, o conceito QV apresenta intersecções com vários outros conceitos: biológicos e funcionais; sociais e psicológicos; e de origem social, termos estes, que ainda não estão claramente definidos (FLECK, 2008), e "tem se tornado um tema significativamente importante para a sociedade na literatura científica, e, especialmente, no campo da saúde, pois o desenvolvimento tecnológico das ciências da saúde trouxe uma maior preocupação com o tema". (KLULHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007)

Segundo Ribeiro (2005, p. 60 citado por Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009, p. 201) "as definições de QV são susceptíveis de se confundir com outros conceitos como sejam a saúde, a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde – QVRS (ou que esta dependente de determinada doença), o bem estar, a satisfação ou a felicidade". Para Fleck (2008) há que se ter um cuidado ao se usar QV para definir o estado de saúde de uma pessoa, pois QV e QVRS não são sinônimos e pode-se considerar "que o construtor QV é mais abrangente do que o de estado de saúde". "A saúde é somente um domínio". Ainda segundo o autor a preocupação das pessoas com problemas diversos pode afetar sua saúde, porém para se avaliar o estado de saúde de um indivíduo, geralmente não se leva em consideração questões como renda, liberdade, respeito, desemprego etc., questões estas que são de suma importância ao se avaliar a QV de um indivíduo. Pode-se perceber que a QV é a junção de vários fatores e que o estado de saúde é um desses.

"O conceito de qualidade de vida tem suscitado pesquisas e cresce a sua utilização nas práticas desenvolvida nos serviços de saúde por equipes profissionais que atuam junto a usuários acometidos por enfermidades diversas" (CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA, 2004). Devido à grande abrangência do termo QV, neste artigo ele será equiparado à condição de se ter uma boa saúde física, mental e social.

> Pode-se definir saúde como uma condição humana com dimensões física, social e psicológica, cada uma caracterizada por polos positivos e negativos. A saúde positiva estaria associada a capacidade de apreciar a vida e de resistir aos desafios do cotidiano, enquanto a saúde negativa estaria associada a morbidade e, no extremo, a mortalidade. Os principais fatores que influenciam o deslocamento dos indivíduos entre os polos positivo e negativo seriam ambientais, sociais, estilo de vida e biológicos. (PITANGA, 2010)

O dicionário Aurélio (2000) define saúde como sendo o "estado daquele cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal". Para a Organização Mundial da

Saúde (1946), "saúde é um completo bem estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade".

2.2 Saúde – um breve contexto histórico/mundial

Alguns eventos históricos na área da saúde mundial foram cruciais para se chegar ao modelo de saúde que se tem hoje no Brasil. O Canadá e a China foram precursores nessa área.

As primeiras observações relativas ao cuidado da saúde aconteceram em 1973/1974, quando a Organização Mundial da Saúde enviou à China as duas primeiras missões que fizeram um relato sobre um conjunto de atividades realizadas pelos chineses em 1965, onde eles se organizaram em comunidades locais para incentivarem a promoção a saúde: em vez do modelo curativo, investiram no modelo preventivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 255-256).

Outro ponto importante na história da saúde mundial foi o Relatório de Lalonde: "Uma nova perspectiva na saúde dos canadenses" (1974), reforçado na conferência canadense denominada "Além do cuidado da saúde" por Jake Epp, ministro canadense, que em 1984 ficou conhecido como Relatório Epp: Alcançando Saúde para Todos. Além do cuidado da saúde, foram introduzidos os conceitos de política pública saudável, que admitia a influência de decisões políticas na saúde e a descentralização do poder para as comunidades locais; e a cidade ou comunidade saudável que reforçava a promoção de saúde ambiental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 259).

Esses acontecimentos deram direção e ajudaram a organizar um novo paradigma da saúde mundial na Conferência de Alma – Ata (1978), com a proposta "Saúde para todos até o ano 2000", que defendia o direito de todos a uma saúde de mais alto grau e a intervenção de setores sociais e econômicos (além do setor da saúde) para contribuírem para uma melhor QV.

Em 1986, foi realizada no Canadá a Primeira Conferência Internacional da Saúde, com a promulgação da Carta de Ottawa, que continha, entre outras coisas, orientações para atingir a Saúde para Todos até o ano 2000 e anos seguintes, e focava na promoção da saúde (PORTAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2014).

A intervenção do Estado na formulação da saúde no Brasil (com um direito igualitário à saúde e o financiamento desta pelo poder público) foi uma ideia recolhida das experiências canadenses e Inglesas. Nestes países não houve a construção de uma rede de saúde pública, em vez disso credenciou-se médicos autônomos que atendiam em seus consultórios a pessoas previamente cadastradas. Porém com a intenção de "proteger a atenção à saúde da racionalidade de mercado", no Brasil, construiu-se uma rede de centros de saúde com servidores públicos que atendem a famílias previamente cadastradas e tem território restrito e a quantidade de famílias atendidas e profissionais por equipe, definidas. Este modelo hoje é conhecido como ESF (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA – ABRASCO, 2007, p. 1870).

2.3 Saúde Pública no Brasil

No Brasil, antes da Constituição da República Federativa do Brasil 1988 - CF/88, a saúde era centrada na assistência médica: quem tinha carteira assinada e pagava a previdência social tinha assistência; aos outros, restava pagar ou aguardar que sobrasse dinheiro do poder público para que fosse destinado aos seus atendimentos (LEGISLAÇÃO BÁSICA DO SUS, 2000, p. 5).

Em 1986, realizou-se no Brasil a VIII Conferência Nacional da Saúde, que tinha como base a Reforma Sanitária Brasileira, a qual percebia saúde como um direito da cidadania e não apenas uma concepção medicalizada. Ela contou com a participação de várias

forças sociais interessadas na questão da saúde, que debateram os programas do governo (DIMENSTEIN, 1998, p. 7 citado por CONSTANTINE et al., 2004, p. 35).

Com a promulgação da CF/88, formalizava-se o Sistema Único de Saúde - SUS, que, entre outras deliberações, determinava que "a saúde é direito de todos e dever do estado..." e garantia a todos os brasileiros um atendimento igualitário e equânime e determinava as responsabilidades das três esferas de governo na administração do SUS (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, ART. 196-200).

Em meados da década de 1980, foi implantado no Ceará o Programa Agente de Saúde – PAS, que tinha como objetivo minimizar a taxa de mortalidade infantil no estado. O PAS foi desenvolvido por 6 mil mulheres de regiões carentes do Ceará. Como o PAS obteve resultado positivo, em 1991 o governo federal resolveu ampliá-lo para outras áreas do Nordeste e, posteriormente, para todo país, rebatizando-o com o nome de PACS, que passou mais tarde a incorporar outros profissionais da saúde, sendo oficialmente conhecido como Programa de Saúde da Família - PSF (GUSSO; LOPES, 2012, p. 30).

O direito à saúde, garantido pelo SUS, a plataforma política da VIII Conferência Nacional da Saúde e a criação da PSF tiveram suas bases em experiências europeias, as quais foram recolhidas à concepção de construir o direito universal a saúde e que o Estado garantiria esse direito por meio de políticas públicas (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA – ABRASCO, 2007, p. 1870).

2.4 Estratégia de Saúde da Família

Como o PACS foi bem sucedido, em 1994 o MS criou o Programa de Saúde da Família – PSF, (hoje conhecido como ESF), com o foco na reorientação e ampliação do acesso aos serviços de saúde (GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2001, p. 196).

"A ESF visa à organização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS e é tida pelo MS e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica." (PORTAL DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012). O conceito de atenção básica pode ser definido como "um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção à saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde" (ASSOCIAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA, 2014).

Formada por uma equipe de multiprofissionais, composta pelo médico generalista, o enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e o Agentes Comunitários de Saúde – ACS, a ESF trabalha em território restrito (com número de famílias e habitantes definidos) e desenvolve ações de saúde a partir do conhecimento das necessidades e da realidade local, o que possibilita um vínculo maior entre a equipe e as famílias assistidas (PORTAL DA PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO, 2014; MS, 2001, p. 195 e 196).

Em 2012, já havia no Brasil mais de 32 mil Equipes de Estratégia de Saúde da Família – eSFs, implantadas em 5288 municípios, que cobriam um percentual de 95% da população e com uma resolução de cerca de 80% dos problemas de saúde das pessoas (SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, 2012). A previsão do governo é de que até o final de 2014 sejam implantadas mais 697 novas ESFs (SAÚDE DA FAMÍLIA - PORTAL BRASIL, 2012).

2.5 ESF e a Comunidade

A ESF foi criada para mudar o antigo modelo de saúde, em que se associava saúde a tratamentos médicos e hospitais, para um novo modelo que fosse associado à prevenção de doenças. O propósito é reorganizar a prática da atenção à saúde, levando-a para mais perto das famílias e, assim, reafirmar os princípios básicos do SUS: universalidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade (CÂMARA MUNICIPAL DE UBÁ, 2009). De

acordo com o MS (1997), uma ESF deve ser responsável por uma área onde residam de 600 a 1000 famílias, e um máximo de 4500 habitantes, e determina que cada membro da equipe tenha responsabilidades com a equipe e com a comunidade.

O Quadro 1, a seguir, discrimina as responsabilidades de cada membro da ESF e a quantidade mínima de profissionais por equipe.

Quadro 1: Membros da ESF, quantidade e responsabilidades

PROFISSIONAIS	QUANTIDADE POR EQUIPE	RESPONSABILIDADES
MÉDICO	1	É considerado Médico da Família e deve ser generalista e, por isso, deve atender a toda família independente da idade e sexo. Ele deve não apenas atentar para doenças específicas, mas para o contexto que cerca as famílias e assim identificar possíveis situações de risco antes mesmo que esta família seja acometida por ela e criar um vínculo de confiança entre médico e paciente.
ENFERMEIRO	1	O enfermeiro tem a responsabilidade em dois campos essenciais: na unidade de saúde junto à ESF desenvolvendo ações como a capacitação dos ACSs e do auxiliares de enfermagem; programação e planejamento das ações a serem realizadas pela ESF; e na comunidade ele assiste as pessoas que necessitam de atenção de enfermagem; faz ações de vigilância epidemiológica e sanitária e desenvolve ações de cidadania e interação entre ESF e comunidade.
AUXILIAR/ TÉCNICO DE ENFERMAGEM	1	Ao aux. de enfermagem cabe, entre outras ações, realizar, segundo sua qualificação, o controle de várias doenças, contribuir com o trabalho do ACS quando for solicitado e acompanhar consultas de enfermagem de indivíduos expostos a situações de risco.
ACS	4 A 6	O ACS é quem esta em contato direto com o usuário e por isso faz a ligação entre estes e a ESF. É ele também quem faz as visitas domiciliares às famílias e essa rotina estabelece boa parte do trabalho de toda SF. Ele deve morar na comunidade e, junto com as visitas domiciliares, ele realiza o cadastramento das famílias, mapeamento e identificação das áreas de risco na comunidade e através desta identificação são feitas ações de prevenção a possíveis demandas de saúde de uma determinada área.

Fonte: Ministério da Saúde, 2001.

O ACS é tido como o elo entre a comunidade e a ESF e, a partir de sua atuação, todo o trabalho da ESF é voltado para a prevenção e a proximidade com a comunidade, respondendo com maior agilidade as demandas de saúde de sua área. “As visitas domiciliares são uma forma de se conhecer e acompanhar cada membro das famílias e, junto com elas, o ACS mobiliza a comunidade como um todo e também trabalha grupos diferenciados: adolescentes, idosos, grupos específicos de doentes.” (MS, 2001, p. 194-195).

No estado de São Paulo algumas cidades como Itaquera, Penha e Itaim Paulista já tiveram resultados positivos com a implantação da ESF. “Houve uma melhor cobertura de casos prioritários como: gestantes, diabéticos, hipertensos, crianças menores de dois anos, pacientes com tuberculose e hanseníase”. Houve também uma diminuição na taxa de mortalidade infantil (de 10% para 4%). (APS SANTA MARCELINA, 2011)

Uma ESF deve conhecer a realidade das famílias que assiste estar qualificada para identificar possíveis problemas de saúde na comunidade, prestar assistência médica integral às famílias e elaborar, junto com a comunidade, ações curativas e educativas para a promoção da saúde de todos (GESTÃO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2001, p. 195-196).

3 METODOLOGIA

A unidade empírica de análise refere-se à comunidade coberta pela ESF Santa Bernadete, que compreende o bairro Santa Bernadete e parte dos bairros Industrial e Inês Groppo, com um total de 3.852 habitantes. Está situada em Ubá, Zona da Mata mineira e, de acordo com o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013), tem 108.493 habitantes.

Quanto ao arranjo metodológico, o presente estudo se classifica, conforme sua abordagem de conteúdo, como quantitativa. Considerando os fins, classifica-se como descritivo e, quanto aos meios, bibliográfico e estudo de caso. A vertente quantitativa, segundo Reis (2008, p. 58), "caracteriza-se pelo uso da quantificação na coleta e no tratamento das informações por meio de técnicas estatísticas".

Já na vertente descritiva, "expõe características de uma determinada população ou de determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação" (VERGARA, 2006, p. 7).

Como técnica de coleta de dados, foi utilizado um questionário, contendo 15 perguntas fechadas e uma aberta, que foi aplicado na comunidade coberta pela ESF Santa Bernadete, a 100 pessoas, durante os meses de junho e julho de 2014.

Para cálculo amostral, utilizou-se das recomendações do SEBRAE (2005, p.31). Considerando uma população máxima de 5000 e um SPLIT 80/20 (que indica uma menor variação nas respostas) foi identificado um tamanho amostral mínimo de 61 indivíduos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste item serão discutidos os resultados obtidos na pesquisa de campo. Os dados foram coletados por meio de um questionário distribuído a 76 usuários pertencentes à área de cobertura da ESF Santa Bernadete e buscou verificar a percepção desses usuários quanto aos serviços prestados por essa ESF e a consequente influência destes na possível melhoria da QV dessa população.

Em relação ao perfil dos respondentes, observa-se que a maior parte dos usuários (82,89%) tem 2 filhos ou mais. Em uma proporção parecida, 84,21% das famílias têm renda mensal bruta máxima de até 3 salários mínimos – R$ 2172,00. No que se refere ao grau de escolaridade, a maioria dos usuários não chega a ter nem ensino médio completo.

Dowbor e Kilsztajn (2001, p.182) dizem que um aspecto imprescindível no estudo da distribuição de renda é a constatação de ser a renda média de um grupo populacional uma função de sua escolaridade. "Constata-se, quase sempre, forte associação positiva entre renda média e educação média." (Tabela 1)

Tabela 1: Perfil Socioeconômico

VOCÊ TEM FILHOS?					
Não		Sim – 1 filho		Sim – 2 filhos ou mais	
6,59%		10,52%		82,89%	
QUAL A RENDA DE SUA FAMÍLIA ?					
Menos de 1 salário mínimo	De 1 a 2 salários mínimos	De 2 a 3 salários mínimos	De 3 a 4 salários mínimos	Mais de 4 salários mínimos	
0,00%	53,95 %	30,26%	15,79%	0,00%	
ESCOLARIDADE					
Ensino fundamental incompleto	Ensino fundamental completo	Ensino médio imcompleto	Ensino médio completo	Ensino superior completo	Pós graduação completa
31,57%	14,47%	36,84%	7,89%	9,21%	0,00%

Fonte: dados da pesquisa.

Quando perguntados sobre a frequência com que utilizam os serviços da ESF Santa Bernadete, 48,68% disseram utilizá-los, em média, uma vez a cada 3 meses; seguidos por 31,57%, que disseram utilizar os serviços 1 vez por mês; 14,47%, cerca de 2 vezes por mês; e uma pequena parcela de 5,26% que utilizam os serviços da unidade, em média, uma vez por ano (Tabela 2).

Segundo Gusso (2012, p. 161), "alguns fatores influenciam diretamente na utilização da unidade de saúde por parte dos usuários: doenças crônicas, idade, sexo, etnia, tempo de espera para marcar consulta, relação médico-paciente, etc.".

Tabela 2: Frequência de utilização dos serviços da ESF Santa Bernadete

FREQUÊNCIA COM O QUE VOCÊ UTILIZA OS SERVIÇOS DA ESF				
1 vez por semana	1 vez por mês	2 vezes por mês	De 3 em 3 meses	1 vez por ano
0,00%	31,57%	14,47%	48,68%	5,26%

Fonte: dados da pesquisa.

Na Tabela 3, a questão abordada foi a satisfação dos usuários em relação aos serviços da unidade, ao trabalho dos profissionais da equipe e à quantidade de profissionais desta equipe.

Quanto à satisfação que sentem em relação à marcação de consultas, a maior parte dos usuários, 63,16%, se mostra satisfeita. Quando perguntados sobre a satisfação com a qualidade das consultas, mais de 60% dos usuários revelaram estar satisfeitos com o trabalho da médica da unidade.

Já quanto ao trabalho da enfermeira da unidade, quase 95% dos usuários admitiram aprová-lo.

Foi também aprovado o trabalho dos técnicos de enfermagem – 84,20% e dos ACS's – 84,19%. Ao se perguntar aos usuários sobre a competência da ESF Santa Bernadete em resolver seus problemas de saúde, 6,59% disseram que a equipe não mostra a competência supracitada. Quanto ao número adequado de profissionais, quase 50% dos usuários acreditam que há necessidade de mais profissionais na ESF.

Goes e Moysés (2012, p. 190-191) dizem que a satisfação por parte do usuário é atendida a partir do momento em que seus desejos, necessidades e expectativas são atendidos e "traduzidos em ofertas de ações e serviços". Com o intuito de melhorar o desempenho dos prestadores de serviços e "adequar o contexto do trabalho à QV das pessoas", surgiu a necessidade de se avaliar a satisfação dos usuários de saúde. "Abordar a satisfação do usuário

implica em trazer um julgamento sobre características do serviço e, portanto, sobre sua qualidade."

Tabela 3: Satisfação

SATISFAÇÃO COM A MARCAÇÃO DE CONSULTAS					
Muito satisfeito	Satisfeito	Satisfação regular	Insatisfeito	Muito insatisfeito	Desconheço/nunca usei o serviço
3,95%	25%	34,21%	15,79%	21,05%	0,00%
SATISFAÇÃO COM A QUALIDADE DAS CONSULTAS					
Muito satisfeito	Satisfeito	Satisfação regular	Insatisfeito	Muito insatisfeito	Desconheço/nunca usei o serviço
0,00%	43,42%	19,76%	22,36%	14,47%	0,00%
SATISFAÇÃO COM O TRABALHO DA ENFERMEIRA					
Muito satisfeito	Satisfeito	Satisfação regular	Insatisfeito	Muito insatisfeito	Desconheço/nunca usei o serviço
27,63%	51,31%	15,78%	5,26%	0,00%	0,00%
SATISFAÇÃO COM O TRABALHO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM					
Muito satisfeito	Satisfeito	Satisfação regular	Insatisfeito	Muito insatisfeito	Desconheço/nunca usei o serviço
22,36%	36,84%	25%	11,84%	3,94%	0,00%
SATISFAÇÃO COM O TRABALHO DOS ACSs					
Muito satisfeito	Satisfeito	Satisfação regular	Insatisfeito	Muito insatisfeito	Desconheço/nunca usei o serviço
15,78%	36,84%	31,57%	10,52%	5,26%	0,00%
SATISFAÇÃO COM O NÚMERO DE PROFISSIONAIS NA EQUIPE					
Muito satisfeito	Satisfeito	Satisfação regular	Insatisfeito	Muito insatisfeito	Desconheço/nunca usei o serviço
0,00%	21,05%	30,26%	38,15%	10,52%	0,00%
A EQUIPE DA ESF SANTA BERNADETE DEMOSNTRA COMPETÊNCIA PARA RESOLVER SEUS PROBLEMAS DE SAÚDE?					
Sim, sempre		Sim, na maioria das vezes.	Sim, na minoria das vezes.		Não, nunca
27,63		40,78	25%		6,59%

Fonte: dados da pesquisa.

Sobre o conhecimento da finalidade de uma ESF, 93,42% dos usuários disse saber qual é e, na área destinada aos comentários, os usuários disseram acreditar que uma ESF tem a finalidade de conhecer mais as famílias (com as visitas dos ACS's) e que é mais fácil marcar consultas, não tem mais tanta fila. "A ESF foi desenvolvida com a finalidade de melhorar o acesso e a qualidade da atenção primária para todo país. Seu caráter estrutural nas redes de atenção a saúde tem provocado um importante movimento, reordenando o modelo de atenção do SUS." (GUSSO, 2012, p. 505).

Tabela 4: Finalidade da ESF

VOCÊ SABE QUAL A FINALIDADE DE UMA ESF?		
Sim	Tenho uma vaga ideia	Não
93,42%	5,28	1,3%

Fonte: dados da pesquisa.

Quando se perguntou sobre QV, 95% dos respondentes disseram acreditar que tiveram melhorias em sua QV e que, de alguma forma, a ESF Santa Bernadete contribui para isso. "O principal propósito da ESF é reorientar a prática de atenção à saúde com base em novos fundamentos e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a QV da população." (NEVES, 2012, p. 53).

Tabela 5: Contribuição da ESF para melhoria na QV da população

PERCEPÇÃO DO USUÁRIO SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS DA ESF PARA A CONSEQUENCIA DE SUA QV				
Contribuíram muito	Contribuíram	Contribuíram pouco	Não contribuíram	Desconheço/nunca usei o serviço
11,84%	35,52%	46,05%	6,57%	0,00%

Fonte: dados da pesquisa.

Quanto à limpeza das dependências da unidade, não se detectou insatisfação por parte dos usuários. Já em relação à localização da ESF, quase 80% dos respondentes disseram que ela não está em local acessível.

Tabela 6: Limpeza das instalações e localização

LIMPEZA DAS INSTALAÇÕES					
Muito satisfeito	Satisfeito	Satisfação regular	Insatisfeito	Muito insatisfeito	Desconheço/nunca usei o serviço
50%	34,21 %	15,79%	0,00%	0,00%	0,00%
A ESF SANTA BERNADETE É GEOGRAFICAMENTE ACESSÍVEL?					
	Sim			Não	
	22,37%			77,63%	

Fonte: dados da pesquisa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo verificar a percepção dos usuários da ESF Santa Bernadete quanto aos serviços prestados e a consequente melhoria da QV da população, no que tange à saúde, residente na sua área de cobertura.

A partir da análise dos dados com a aplicação do questionário, percebe-se que os usuários da ESF Santa Bernadete estão, em sua maioria, estão satisfeitos com os serviços prestados pela ESF. Porém, há que se atentar para alguns pontos importantes. Apesar de a maioria dos usuários estar satisfeita com o prazo de marcação de consultas na unidade, é preciso levar em consideração os quase metade de usuários que não estão satisfeitos com esse serviço. Na mesma situação, está a satisfação com a qualidade das consultas porque, apesar de apresentar mais da metade de aprovação, há vários usuários insatisfeitos.

Outra questão refere-se ao número ideal de profissionais da unidade. Verificou-se que cerca de metade dos usuários acreditam que há necessidade de mais profissionais, uma vez que, no seu entender, não há ACS suficiente para atender toda a área de cobertura dessa ESF.

Em relação à localização da ESF, a maioria maçante dos usuários respondentes não a considera geograficamente acessível, pois, devido a uma obra em sua sede, ela está funcionando, temporariamente, nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde, no centro da cidade de Ubá.

Pode-se perceber que, em sua grande maioria, os usuários da ESF Santa Bernadete se mostram satisfeitos com os serviços prestados por essa ESF.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Sandra M. Lins de. **Qualidade de vida do idoso:** a assistência domiciliar faz a diferença. São Paulo: 1. ed. Casa Psi Ltda., 2003.

APS SANTA MARCELINA, 2011. Disponível em: <http://www.santamarcelina.org/aps/estrategia-saude-familia.asp> Acesso em: 17 jun. 2014

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - ABRASCO. **Ciência e Saúde Coletiva,** v. 12, nov. 2007.

ASSOCIAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA, 2014. Disponível em: <www.saudedafamilia.org /projetos/psf/htm>. Acesso em: 10 abr. 2014.

CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA, V. 19, n. 3, Rio de Janeiro, maio 2004.

CÂMARA MUNICIPAL DE UBÁ**. Relatório do Seminário Legislativo**. Atenção primária: Estratégia de Saúde da Família em Ubá - Fala do Usuário, 2009.

CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA, V. 18, n. 7, 2013.

CONSTANTINO, Elizabeth Piemont et al. **Educação e saúde:** realidade e utopias. Editora Arte e Ciência, 2004.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012. Disponível em: <dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em: 04 maio 2014.

DOWBOR, Ladislau; KILSZTAJN, Samuel. **Economia social no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Senac, 2001.

ESCOLA SUPERIOS DE ENFERMAGEM DO PORTO – NÚCLEO DE INVETIGAÇÃO EM SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA. **Saúde e qualidade de vida em análise**: IV Congresso saúde e qualidade de vida=livro Actas. Porto, 2009.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Mini Aurélio Século XXI** - Minidicionário da Língua Portuguesa. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al**. A avaliação de qualidade de vida -** guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed Editora SA, 2008.

GOES, Paulo Sávio Angeiras; MOYSÉS, Samuel Jorge. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal**. 1 ed. São Paulo: Artes Médicas, 2012.

GUSSO, Gustavo; LOPES; Jose Mauro Ceratti. **Tratado de medicina da família e comunidade:** princípios, formação e prática. 2 vol. Porto Alegre: Artmed Editora AS, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2013. Disponível em: www.cidades.ibge.gov.br/xtras/?perfil.php?lang=&codmun=316990. Acesso em: 10 maio 2014.

KAWAKAME, Patrícia Moita Garcia; MIYADAHIRA, Ana Maria Kazue**.** Qualidade de vida de estudantes de graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 2, p. 165.

KLULHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. **Qualidade de vida – aspectos conceituais**. Revista Salus- Guarapuava- PR, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Brasília, 1996. Disponível em: <http://www.saúde.gov.br>. Acesso em: 26 fev. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Coletânea de normas para o controle social no sistema único de saúde.** 2. ed. Brasília: 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestão Municipal de Saúde** – textos básicos. Rio de janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: **Legislação Básica do SUS –** 11° Conferência Nacional da Saúde. Brasília, 2000.

NEVES, Ana Vanessa de Medeiros. **Políticas públicas de saúde:** teoria e questão. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012

PITANGA, Francisco Jose Godin. **Epidemiologia da atividade física, do exercício físico e da saúde.** 3. ed. São Paulo: Phorte Editora, 2010.

PORTAL DE SAÚDE PÚBLICA, 2014. Disponível em: http://www.saudepublica.web.pt/05-promoçãosaude/Dec_otawa,htm >. Acesso em: 23 maio 2014.

PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO, 2014. Disponível em: www.prefeitura.sp. gov.br/cidade/secretaria/saude/atençaobasica/esf/index.php?p=17783. Acesso em: 04 maio 2014.

REIS, Linda G. **Produção de monografia da teoria à prática**: o método educar pela pesquisa (MEP). 2. ed. Distrito Federal: Senac, 2008.

SAÚDE DA FAMÍLIA – PORTAL BRASIL, 2012. Disponível em: www.brasil.gov.br/ cidadania-e-justiça/2011/10/saude-da-familia. Acesso em: 04 maio 2014.

SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, 2012. Disponível em: www.brasil.gov.br/saude/2012/01/serviços-de-atençao-basica-do-programa-saude-da-familia-chegarao-a-mais-56-municipios. Acesso em: 04 maio 2014.

VALLE, Cyro Eyr do. **Qualidade ambiental ISSO 14000.** 5. ed. São Paulo: Editora Senac, 2004.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisas em administração**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

WESTPHAL, Márcia Faria. **O programa de saúde da família:** um compromisso com a qualidade de vida. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2003.