

**SATISFAÇÃO DA COMUNIDADE EM RELAÇÃO À ASSISTÊNCIA PRESTADA
PELA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Satisfaction in relation to community support for team Strategy of Family
Health**

Fernanda Ghisi¹, Luciane B. Ceretta², Magada T. Schwalm³, Ioná Vieira Bez Birollo⁴, Ivanir Prá da Silva Thomé⁵, Franciani Rodrigues⁶, Maria Tereza Soratto⁷

¹Acadêmica da 8 fase do Curso de Enfermagem – UNESC Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - Criciúma – SC - Brasil.

²Doutora em Ciências da Saúde. Mestre em Enfermagem – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma - SC - Brasil.

³Mestre em Educação. Doutoranda em Ciências da Saúde. – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma – SC - Brasil.

⁴Mestre em Enfermagem. Curso de Enfermagem – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - Criciúma – SC - Brasil.

⁵Mestre em Ciências da Saúde. Curso de Enfermagem – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - Criciúma – SC - Brasil.

⁶Fisioterapeuta. Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica Básica/Saúde Coletiva - Saúde da Família e Gestão na Atenção Básica em Saúde pela Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC - Criciúma – SC - Brasil.

⁷Mestre em Educação. Curso de Enfermagem – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - Criciúma - SC - Brasil.

Endereço para correspondência :

Maria Tereza Soratto, R. Dom Joaquim Domingos de Oliveira, 50. Apt 301. Ed Jatobá.
Centro. Criciúma-SC. CEP : 88.801-230. Email : guiga@engeplus.com.br;
guiga@unesc.net

Resumo

Este estudo tem como objetivo identificar o nível de satisfação da comunidade, em relação à assistência prestada pela equipe de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Pesquisa de abordagem metodológica quantitativa e descritiva. O estudo foi realizado em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família de um município do Extremo Sul de Santa Catarina. Foi aplicado questionário semiestruturado com 264 famílias da área de abrangência da ESF pesquisada; após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados foram analisados mediante a estatística descritiva, utilizando-se o Programa SPSS versão 17.0. Os resultados da pesquisa indicaram que um grande percentual dos moradores do bairro está satisfeito com o atendimento de toda a equipe de saúde da ESF; a estrutura física da unidade e acessibilidade. O acesso a encaminhamentos para consultas especializadas foi o parâmetro que demonstrou maior nível de insatisfação da comunidade. Sugerem-se novas pesquisas que avaliem o nível de satisfação de ESF com maior tempo de trabalho na comunidade e pesquisas comparativas entre Unidades Básicas de Saúde e ESF, que possuem estratégias e princípios diferenciados em seus fundamentos, o que pode gerar nível de satisfação diferente.

Palavras-chave: satisfação do paciente; Programa Saúde da Família; equipe de assistência ao paciente.

Abstract

This study aims to identify the level of community satisfaction in relation to care provided by the health staff of the Family Health Strategy. Survey of methodological approach quantitative and descriptive. The study was conducted in a unit of the Family Health Strategy in a city of Southern Santa Catarina. We applied semi-structured questionnaire with 264 families in the area covered by the FHS researched, after signing an Informed Consent Form (ICF). Data were analyzed using descriptive statistics, using the SPSS version 17.0. The survey results indicated that a large percentage of neighborhood residents are satisfied with the care of the whole health team FHS, the physical structure of the unit and accessibility. Access to referrals for specialist consultations was the parameter

that showed a higher level of dissatisfaction of the community. It is suggested further research to assess the level of satisfaction with FHS longer work in the community and comparative research between Basic Health Units and FHS, strategies and principles that have differentiated in its fundamentals, which can generate different level of satisfaction.

Keywords: patient satisfaction; Family Health Program; patient care team.

INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido adotada, no país, como política prioritária nas três esferas do Sistema Único de Saúde (SUS), com o propósito de priorizar a implementação de intervenções de promoção da saúde e prevenção de agravos e transformar as bases do modelo assistencial. Define combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de uma dada população que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas.

Embora responsável pela maior expansão da rede de serviços públicos de saúde registrada até a atualidade no Brasil, cobrindo mais de 50% da população, a almejada reversão do modelo assistencial está longe de se completar, coexistindo no país um modelo assistencial convencional, ainda fortemente hegemônico, e o modelo de vigilância à saúde (Moura et al., 2010).

Ações de planejamento em saúde adaptadas ao contexto local são fundamentais no cotidiano da Estratégia Saúde da Família (ESF) (Sarti et al., 2012).

O número de estudos evidenciando o impacto positivo da Atenção Primária em Saúde – (APS) sobre os sistemas de saúde aumentou a partir da década de 1990. A literatura científica apresenta evidências sobre a associação entre o maior grau de orientação à Atenção Primária a Saúde e o aumento da efetividade dos sistemas de saúde, na promoção da equidade, da satisfação dos usuários e da eficiência (Castro et al., 2012).

Neste contexto, a prioridade dada à ESF está relacionada com a melhor avaliação da atenção básica no âmbito municipal, levando-se em consideração princípios como acessibilidade, cuidado com enfoque familiar e orientação comunitária (Sarti et al., 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica preconizou a valorização dos aspectos estruturais das unidades de saúde, como itens necessários à realização das ações de atenção primária, sendo destacados: uma lista de ambientes que devem estar presentes em cada unidade de saúde; os equipamentos e materiais adequados para o conjunto de ações propostas, a composição da equipe multiprofissional e a garantia dos fluxos de referência e contra referência para os serviços especializados (Moura et al., 2010).

Desta forma, tem-se como questão de pesquisa: Qual o nível de satisfação da comunidade em relação à assistência prestada pela equipe da Estratégia de Saúde da Família nos aspectos: Utilização da ESF; Serviços Utilizados; Aparência física e Equipamentos da ESF; Disponibilidade de medicações; Acessibilidade; Relação com a equipe e Resolutividade, em um município do extremo sul de Santa Catarina?

Com o intuito de conhecer a percepção das famílias sobre a assistência prestada pela Estratégia Saúde da Família, tem-se como objetivo: Identificar o nível de satisfação da comunidade, em relação à assistência prestada pela equipe de saúde de uma ESF.

MÉTODOS

Estudo de caráter quantitativo e descritivo, realizado em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família de um município do extremo sul de Santa Catarina; tendo como hipóteses da pesquisa:

- As famílias estão satisfeitas com a estrutura física, a qualidade e quantidade de equipamentos para atendimento; além de considerarem que a ESF é recém-construída e por isso esta com aspecto de nova e em boas condições estruturais;

- A insatisfação mais preponderante refere-se ao encaminhamento aos especialistas;

- As famílias atendidas pelo ESF possuem um bom acesso e relacionamento interpessoal com a Equipe Multiprofissional, sendo bem acolhidas pela equipe.

Utilizou-se amostra aleatória simples, extraída de uma população cujo tamanho é conhecido. A fórmula para o cálculo do tamanho mínimo da amostra com população finita, realizado segundo critérios definidos por Barbetta (2010), sendo o número de famílias da ESF em sua totalidade de 758 famílias e 262 famílias da ESF a amostragem pesquisada. A Unidade foi selecionada dentre 32 unidades da ESF; sendo uma Unidade de Estratégia Saúde da Família inaugurada em abril 2009. A coleta de dados foi realizada durante o mês de setembro e outubro de 2012. Aplicou-se o questionário para as famílias cadastradas no bairro com o objetivo de identificar o nível de satisfação da comunidade em relação à assistência prestada pela equipe de saúde da ESF. O questionário foi adaptado, sendo validado pelo estudo de Santos (2008) e Oliveira (2008).

A Avaliação das famílias foi realizada a partir dos seguintes variáveis:

- Perfil da família: sexo, idade, tempo de residência na comunidade, escolaridade, renda;
- Utilização ESF;
- Serviços Utilizados Programas;
- Aparência física e Equipamentos da ESF;
- Disponibilidade medicações;
- Acessibilidade;
- Relação com equipe;
- Resolutividade.

Os questionamentos tinham como opção para assinalar: excelente; bom; regular; ruim; péssimo; não sei. Foi aplicado o questionário para um (01) representante da família acima de 18 anos que tivesse condições de responder ao mesmo. A aplicação ocorreu no domicílio, pelo pesquisador, sendo que todos os entrevistados concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, segundo critérios da resolução 196/96.

Os dados obtidos foram tabulados em uma planilha do programa Excel. A análise estatística foi feita no programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). As informações foram quantificadas e apresentadas por meio de análise quantitativa, por meio de percentuais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UNESC – 108339/2012.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil da família

Em relação ao perfil das famílias entrevistadas; 63,7% são do sexo feminino e 36,3% masculino. Os intervalos de tempo relacionados à faixa etária foram de 10 anos. Em relação à faixa etária 27,5% das famílias tem entre 40 a 50 anos; 25,2% 50 a 60 anos; 13,7% mais de 60 anos; 15,3% 20 a 30 anos; 13% 30 a 40 anos e 5,3% 18 a 20 anos. Destaca-se que 52,7% das famílias pesquisadas encontram-se na faixa etária entre 40 a 60 anos.

Constatou-se que 72,9% das famílias residem no bairro há mais de 10 anos; caracterizando um perfil de moradores fixos e com pouca migração na comunidade; seguido de 8,8% com tempo de moradia de 1 ano; 8,4% de 4 a 5 anos; 6,9% de 2 a 3 anos; 1,5% de 3 a 4 anos e mais de 5 anos.

Em relação à escolaridade 38,5% das famílias possuem ensino fundamental incompleto; 24,4% fundamental completo; 14,9% médio completo; 13,7% médio incompleto; 5,3% não alfabetizado; 2,3% superior completo; 0,8% superior incompleto. A renda familiar concentra-se em 40,1% com 3 salários mínimos; 29,8% 2 salários mínimos; 15,3%, 1 salário mínimo; 6,9% 4 salários mínimos e nenhuma; 0,8 acima de 5 salários mínimos e 0,4% 5 salários mínimos.

O bairro pesquisado apresenta famílias com um bom grau de escolaridade; sendo que 28,6% das famílias apresentam escolaridade de médio completo a incompleto; 62,9% fundamental incompleto a completo; 3,1% superior completo a incompleto.

Utilização ESF

Quanto à utilização da ESF, 64,1% utiliza frequentemente os serviços da unidade e 32,1% utiliza infrequentemente; 3,83% não utilizam.

Considerando-se o número total da amostra (262 famílias); 80,15% utilizam a consulta médica; seguido de 50,76% procedimentos; 40,08% programa de hipertensão;

34,35% programa de diabetes; 17,18% consultam de enfermagem; 8,02% visita domiciliar; 3,44% outros procedimentos; 1,91% grupos terapêuticos e 0,38% pré-natal e odontologia.

Tabela 1. Serviços utilizados pela comunidade na ESF.

Variável	Números	%
<i>Serviços utilizados</i>		
Consulta Médica	210	80,15
Procedimentos	133	50,76
Hipertensão	105	40,08
Diabetes	90	34,35
Consulta de Enfermagem	45	17,18
Visita Domiciliar	21	8,02
Outros Procedimentos	9	3,44
Grupos Terapêuticos	5	1,91
Pré-natal	1	0,38
Odontologia	1	0,38

Destaca-se como resultado da pesquisa a utilização de 80,15% consulta médica; quanto aos procedimentos, 50,76% utilizam serviços relacionados à verificação de pressão arterial; vacinação; curativo e coleta do preventivo de câncer.

Os Programas de Hipertensão e Diabetes são os mais utilizados pelas famílias pesquisadas. Nos últimos anos, houve importante mudança no perfil da morbimortalidade brasileira, impulsionado pelo aumento de mortes causadas por doenças crônico-degenerativas e por causas externas. As doenças cardiovasculares são as mais comuns e, entre os fatores de risco, encontram-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) (Santos et al., 2011).

A Hipertensão Arterial é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações como: acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica. Por ser, na maioria das vezes, assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente despercebido nos serviços

de saúde, incluindo também a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam baixo controle da HAS a níveis considerados normais em todo o mundo (Brasil, 2010).

O Diabetes Mellitus do tipo 2 vem tomando proporções epidêmicas em razão do aumento da expectativa de vida, da obesidade e dos maus hábitos de vida da população mundial. As consequências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são 4 milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações, o que representa 9% da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações como: a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores (Brasil, 2010).

A ESF é um modelo de atenção primária, operacionalizada mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos pelas equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focada na unidade familiar em consonância com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserida (Santana, 2009).

Constatou-se através da pesquisa que 96,2% das famílias utilizam o serviço da ESF; demonstrando adesão das famílias à proposta desta estratégia como referencial de atendimento primário à saúde.

Aparência física e equipamentos

No quesito aparência física 92% das famílias consideram a aparência física boa a excelente; seguido de 5,7% regular; 0,4% ruim e 1,9% não sabiam. Quanto aos equipamentos 73,7% consideram bom e 11,8% excelente; 10,7% regular e 3,8% não sabiam. Destaca-se neste quesito que 85,5% avaliam os equipamentos da ESF como bom a excelente.

A estrutura, no contexto desta pesquisa esta relacionada aos padrões de infraestrutura, recursos humanos e materiais necessários para o desenvolvimento das ações das equipes de saúde da família.

Disponibilidade de medicamentos

Em relação à disponibilidade de medicações 54,2% avaliam como bom e 25,6% excelente; seguido de 19,5% regular e 0,8% não sabia. As ações que envolvem a Assistência Farmacêutica não estão limitadas apenas a produção e distribuição de medicamentos, mas abrangem um conjunto de processos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva, centradas no medicamento. A partir deste entendimento, a Assistência Farmacêutica envolve as seguintes atividades: pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição e dispensação, sendo esta última ação entendida como ato essencialmente de orientação quanto ao uso correto e farmacovigilância (Araujo e Freitas, 2006; Kornis et al., 2008).

É importante que as equipes desenvolvam habilidades para orientar os usuários sobre os procedimentos necessários para utilizar os medicamentos, e realizar a vigilância do uso dos medicamentos nas comunidades. Desta maneira, é fundamental que a Educação Permanente em Assistência Farmacêutica seja uma prática institucionalizada, articulada e integrada às necessidades e especificidades de cada equipe, e que promova a transformação das práticas de forma contínua (Brasil, 2009).

Acessibilidade

Em relação à acessibilidade, 52,3% avaliam o acesso à consulta agendada como regular; 34,7% boa; 8% excelente; 1,9% ruim e 3,1% não sabiam.

Quanto ao tempo de espera para consulta médica agendada, 68,7% consideram regular; 21,4% bom, 1,9% excelente; seguido de 3,8% ruim; 0,8% péssimo e 3,4% não sabiam. Na avaliação do tempo de espera para a consulta eventual e/ou de urgência;

59,16% das famílias consideram regular; 25,19% bom; 8,78% ruim; 0,76% excelente e 6,11% não sabem.

Em relação ao tempo gasto na consulta médica 46,9% considera regular; 29,4% bom; 12,2% ruim; 5% excelente; 3,1% péssimo e 3,4% não sabem.

Quanto ao tempo gasto na consulta de enfermagem, 46,2% consideram bom; 17,2% regular; 13% excelente; 2,3% ruim; 1,1% péssimo; 19,5% não sabem e 0,8% não responderam. A Resolução Cofen-358/2009, dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a consulta de enfermagem como atividade privativa do enfermeiro. Ao enfermeiro, incumbe a liderança na execução e avaliação do Processo de Enfermagem, de modo a alcançar os resultados de enfermagem esperados, cabendo-lhe, privativamente, o diagnóstico de enfermagem acerca das respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, bem como a prescrição das ações ou intervenções de enfermagem a serem realizadas, face a essas respostas (Coren, 2009).

O acesso a exames complementares foi avaliado como regular por 34% das famílias; seguido de 29,8% bom; 24,4% ruim; 4,2% excelente; 1,9% péssimo e 5,7% não sabiam.

A avaliação das famílias foi de 27,5% regular para os encaminhamentos para consultas especializadas; 23,3% ruim; 20,6% péssimo; 20,2% bom; 2,3% excelente e 6,1% responderam não saber.

A média complexidade é considerada pelo modelo assistencial um estágio de alta resolubilidade aos problemas advindos das unidades. Possui a função de evitar o agravamento das doenças mórbidas referenciadas, com o dever de reduzir a evolução de agravos que poderão necessitar de alta complexidade. Outro ponto fundamental é servir de regulação aos procedimentos e exames de alto custo justificando as solicitações (Brasil, 2007).

A Estratégia Saúde da Família, é considerada uma tática de organização da atenção primária e deve ser a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, existe um consenso de que a maior parte dos entraves da saúde que atinge a população pode e deve ter resolutividade no nível primário da atenção. O acolhimento da urgência na

atenção básica se impõe tanto pela necessidade da integralidade da atenção, quanto do paciente ser acompanhado de forma sucessiva pela equipe, quando esta encaminhar, após um primeiro atendimento, para os demais níveis de complexidade. Para a efetivação dos serviços são necessárias condições específicas tais como: utilização de protocolos, competência técnica dos profissionais submetidos a reciclagens e sistema de referência e contra-referência (Lumer e Rodrigues, 2011).

Em 56,1% das famílias avaliam o horário de atendimento da ESF como bom; 20,2% excelente; 16,8% regular; 2,3% ruim; 0,8% péssimo e 3,8% não sabiam.

Destaca-se que 93,1% consideram o horário de atendimento da ESF de regular a excelente; demonstrando a satisfação da família neste item da avaliação de acessibilidade.

Em relação à distância da Unidade Básica da ESF e a casa da família; 58% avaliam como bom; 21,4% excelente; 12,6% regular; 6,9% ruim; 0,8% péssimo e 0,4% não sabiam. Ressalta-se que 92% da avaliação da família em relação à distância da ESF da casa foram de regular a excelente; demonstrando o bom nível de satisfação neste quesito relacionado à acessibilidade.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (Brasil, 2011).

A Atenção Básica utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos

princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (Brasil, 2011).

A partir do referencial da atenção básica, a acessibilidade refere-se à porta de entrada ao serviço da ESF; nas dimensões geográfica referentes ao acesso propriamente dito, distância da Unidade de Saúde; organizacional, referente à organização do processo de trabalho; dimensão sociocultural baseado na percepção das famílias sobre o processo de adoecimento; diversidade cultural para o cuidado e participação popular e dimensão econômica, relacionado aos recursos financeiros para a assistência de qualidade (Azevedo e Costa, 2010).

Relação com Equipe de Saúde

Destaca-se que 86,6% das famílias consideram a capacidade de comunicação com os membros da equipe entre bom e excelente; demonstrando a efetiva interação da equipe com usuários.

Tabela 2. Capacidade de comunicação do usuário com os membros da equipe.

Variável	Números	%
Relação com a equipe 01		
Qual a sua capacidade de se comunicar com os membros da equipe?		
Excelente	52	19,8
Bom	175	66,8
Regular	13	5,0
Ruim	03	1,1
Péssimo	00	0,0
Não sei	19	7,3
Total	262	100

Quanto à competência e qualidade técnica da equipe de saúde, 77,5% consideram bom e 15,3% excelente; 5,7% regular e 1,5% não sabia. Ressalta-se que 92,8% das famílias consideram a competência técnica da equipe de saúde de boa a excelente; reafirmando a aceitação dos usuários da assistência prestada. A classificação do atendimento por parte dos técnicos/ auxiliares de Enfermagem foi de bom para 73,7% e excelente para 21,4%; seguido de 3,8% regular e 1,1% não sabe. Destaca-se que 95,1% das famílias classificam o atendimento por parte dos técnicos/ auxiliares de Enfermagem de bom a excelente; demonstrando a satisfação da comunidade com o trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem. A classificação do atendimento da enfermeira pelas famílias foi de 69,84% bom; 23,7% excelente; 5,7% regular e 0,76% não responderam.

Quanto à classificação do atendimento médico 52,70% das famílias consideram bom; 27,5% regular; 10,7% excelente; 0,8% ruim; 5% péssimo e 3,4% não responderam. A satisfação quanto ao atendimento médico das famílias foi de 63,4% de bom a excelente.

A classificação do trabalho exercido pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) foi de 40,8% excelente; 40,5% bom; 8,8% regular; 1,9% péssimo e 8% não responderam. Ressalta-se que 81,3% das famílias entrevistadas, consideram o trabalho exercido pelas ACS de excelente a bom.

As atribuições de cada um dos profissionais das equipes de atenção básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício das profissões. A legislação brasileira discorre sobre as atribuições comuns a todos os profissionais na ESF é realizar o cuidado à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros); realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão; garantir da atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde, dentre outras (Brasil, 2011).

Das famílias, 78,6% avaliam as explicações oferecidas por profissionais da ESF sobre a doença, tratamento, medicações, exames e encaminhamentos como bom; 13,7% excelente; 4,6% regular; 2,3% ruim e 0,8% não sabem.

Destaca-se neste parâmetro que 92,3% das famílias consideram entre excelentes e boas as explicações oferecidas por profissionais da ESF sobre a doença, tratamento, medicações, exames e encaminhamentos.

Quanto ao relacionamento existente entre a equipe da ESF e a família; 69,1% consideram bom; 21,4% excelente; 6,9% regular e 2,7% não sabe avaliar.

Destaca-se que 90,5% avaliam o relacionamento entre a equipe e a família como excelente a bom.

Segundo a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 a Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes: adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (Brasil, 2011).

A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (Brasil, 2011).

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (Brasil, 2011).

Resolutividade

Na resolutividade, 88,5% consideram que os problemas são resolvidos; 0,8% não consideram; 9,9% em parte e 0,8% não sabem.

A equipe atuante na ESF tem como atribuição participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo à

primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo (Brasil, 2011).

De acordo com a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 a Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde; o estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes (Brasil, 2011).

O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção (Brasil, 2011).

A rede de atenção à saúde deve ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais (Brasil, 2011).

Ressalta-se que de acordo com a portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, o enfermeiro da ESF, além das atribuições de atenção à saúde e de gestão, comuns a qualquer enfermeiro da atenção básica, possui a atribuição de planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, comum aos enfermeiros da estratégia de saúde da família, e deve ainda facilitar a relação entre os profissionais da Unidade Básica de Saúde e os ACS contribuindo para a organização da

atenção à saúde, qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da equipe da UBS em função das prioridades definidas equanimemente conforme critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade, risco, entre outros (Brasil, 2011).

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, estabelece como fundamento e diretriz: estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (Brasil, 2011).

CONCLUSÕES

Os resultados da pesquisa indicaram que um grande percentual dos moradores do bairro está satisfeito com o atendimento da equipe de saúde da ESF; a estrutura física da unidade e acessibilidade. Em relação ao acesso a consulta agendada, 52,3% dos usuários avalia como regular; apresentando certo grau de insatisfação das famílias. Destaca-se que 43,9% das famílias avaliam de ruim a péssimo o acesso a encaminhamentos para consultas especializadas; sendo o parâmetro que demonstra maior nível de insatisfação da comunidade; validando as hipóteses da pesquisa. Nesta lógica, pesquisas que possibilitam a avaliação das famílias quanto à ESF; podem estimular a participação dos usuários e servir de base para conhecer o nível de satisfação da comunidade em relação à assistência prestada por estas equipes.

Sugerem-se novas pesquisas que avaliem o nível de satisfação das ESF com maior tempo de trabalho na comunidade e pesquisas comparativas entre Unidades Básicas de Saúde e ESF, que possuem estratégias e princípios diferenciados em seus fundamentos, o que podem gerar níveis de satisfação diferentes.

Este trabalho constitui-se em um desafio, mas ao mesmo tempo aprendizagem e motivação; pois possibilitou vislumbrar as famílias e a ESF, na ótica da comunidade pesquisada.

REFERÊNCIAS

Araújo ALA, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* 2006; 42(1): 137-146.

Azevedo ALM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(35): 797-810.

Barbetta PA. *Estatística Aplicada às Ciências Sociais*. Ed. UFSC, 7ª Edição, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde*. Brasília; 2º ed.; Série B. Textos Básicos de Saúde, 2010. 34 p.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196/96.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia prático do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260 p.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2007. 248 p.

Brasil. COREN – Conselho Regional de Enfermagem. Resolução COFEN-358/2009 *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados*, 2009.

Castro RCL, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(9): 1772-1784.

Kornis GEM, Braga MH, Zaire CEF. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). *Revista de Atenção Primária em Saúde*. Juiz de Fora, 2008; 11 (1): 85-99.

Lumer S, Rodrigues PHA. O Papel da Saúde da Família na Atenção às Urgências Revista APS. 2011; 14(3): 289-295.

Moura BLA et al . Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2010; 10(1): 69-81.

Oliveira MM. Avaliação da aceitabilidade do usuário/família sobre a Estratégia Saúde da Família. 164 f. [Tese - Doutorado – programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública] São Paulo: Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, 2008; 164 f.

Santana JCB et al. Agente Comunitário de Saúde: Percepções na Estratégia Saúde da Família. Cogitare Enferm. 2009; 14(4): 645-52.

Santos SMS. Estratégia Saúde da Família: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário. [Dissertação - Mestrado Educação, Cultura e Organizações Sociais] Minas Gerais: Universidade do Estado de Minas Gerais. Fundação Educacional de Divinópolis, 2008; 141 f.

Santos EM, et al. Promoção da saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus: relato de uma prática assistencial de enfermagem. R. Saúde Públ. 2011; 4 (1): 1-11.

Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. Cad. Saúde Públ., 2012; 28(3): 537-548.