

Estratégia da saúde da família: avaliação da percepção da comunidade**Family health strategy: assessment of community perception**

Recebimento dos originais: 09/07/2018

Aceitação para publicação: 16/08/2018

Walter Manso Figueiredo

Médico Sanitarista e Mestre em Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo – USP
Instituição: Universidade de Araraquara – UNIARA
Endereço: Av. Carlos Gomes, nº 1309 – Centro – Araraquara - SP
Email: waltermf@sc.usp.br

Anne Marielle Camargo

Aluno do 4º ano do Curso de Graduação em Medicina
Instituição: Universidade de Araraquara – UNIARA
Endereço: Av. Carlos Gomes, nº 1309 – Centro – Araraquara - SP
Email: anne-camargo@hotmail.com

Lucas Gongora Ribeiro

Aluno do 4º ano do Curso de Graduação em Medicina
Instituição: Universidade de Araraquara – UNIARA
Endereço: Av. Carlos Gomes, nº 1309 – Centro – Araraquara - SP
Email: lucasgongoraribeiro@hotmail.com

RESUMO

Introdução: A Estratégia da Saúde da Família (ESF) surgiu com o objetivo de alterar o modelo assistencial em saúde, pressupondo o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos e profissionais para um sistema centrado no usuário, onde o cuidado desse indivíduo é o imperativo ético-político para a organização do atendimento. Dessa forma, a ESF visa remodelar a Atenção Básica no país e é considerada pelo Ministério da Saúde e outros órgãos como plano de expansão, qualificação e consolidação dos princípios, diretrizes e fundamentos do Sistema Único de Saúde. Tendo isso em vista, a pesquisa intitulada Estratégia da Saúde da Família: Avaliação da Percepção da Comunidade analisa a percepção da população atendida pela Unidade Básica de Saúde Jardim Santa Lúcia, Araraquara- SP, após a implantação da ESF em 2009, sendo realizado um levantamento a respeito da composição das equipes (médicos, enfermeiros, agentes comunitários e outros profissionais) de Saúde da Família, das relações dessas com a população adscrita, bem como uma aferição do grau de satisfação da comunidade do Jd. Santa Lúcia sobre as mudanças ocorridas na equipe médica. Materiais e Métodos: a coleta dos dados se desenvolveu no modelo de questionário, no período de agosto a outubro de 2016, na Unidade Básica de Saúde Jardim Santa Lúcia, com os moradores dessa área de abrangência. Conclusão: obteve-se um panorama a respeito de como a ESF tem se desenvolvido na cidade de Araraquara e da expectativa da população à estratégia, somada a possibilidade de fornecer a UBS informações que a possibilitarão ajustar os déficits e/ou aprimorar os acertos.

Palavras-chave: Estratégia da Saúde da Família; Unidade Básica de Saúde; Atenção Básica; Sistema Único de Saúde; percepção; comunidade; expectativa.

ABSTRACT

Introduction: The Family Health Strategy (FHS) was developed with the objective of changing the health care model, assuming the shift from the process-centered work, to a user-centered system, where the care of the individual is the imperative ethical-political approach to the caring organization method. In this way, the FHS aims to remodel Primary Care in the country and it is considered by the Ministry of Health and other bodies as a plan to expand, qualify and consolidate the principles, guidelines and foundations of the Unified Health System. **Family Health Strategy: Evaluation of Community Perception,** analyzes the perception of the population served by the Jardim Santa Lúcia Basic Health Unit, Araraquara-SP, after the implementation of the FHS in 2009, and a survey was made on the composition of the teams, nurses, community agents and other professionals of Family Health, their relations with the population ascribed, as well as a measure of the degree of satisfaction of the Jardim Santa Lucia neighborhood community on the changes that have occurred in the medical team. **Materials and Methods:** data collection was developed in a questionnaire model, in the period from August to October 2016, in the Basic Health Unit of Jardim Santa Lúcia, with residents of this area of coverage. **Conclusion:** a panorama was obtained about how the FHS has developed in the city of Araraquara and the population's expectation of the strategy, together with the possibility of providing UBS with information that will allow it to adjust the deficits and / or improve the correct answers.

Keywords: Family Health Strategy, Basic Health Unit, Primary Care, Single Health System, perception, community, expectation.

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 tendo como antecessor o PACS (Programa de Agentes Comunitários em Saúde), e nos seus primeiros anos de existência deparou-se com inquietações e críticas à sua proposta. (PAIM, 2001, p.143-145)

O PSF, hoje mais reconhecido como Estratégia da Saúde da Família (ESF), surgiu com o objetivo de modificar o modelo assistencial em saúde, centrado no médico e nos tratamentos curativos, excluindo a relevância do indivíduo, como um todo, e da equipe de saúde.

O objetivo geral da ESF tem em vista contribuir para reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo esses universalidade, equidade e integralidade, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde (UBS), com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. (DALPIAZ; STEDILE, 2011)

Supõe-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico-social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, a ESF se apresenta

como novo método de trabalho a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo uma nova perspectiva no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela, a partir de um novo modelo de atenção. (ROSA; LABATE, 2005, p. 1028)

As diretrizes da ESF foram definidas em 1997, pelo Ministério da Saúde. Essas são de caráter operacional, ou seja, referentes a implementação do programa. De acordo com o Ministério da Saúde (1997) as diretrizes da ESF são: caráter substitutivo, complementariedade e hierarquização; adscrição da clientela; cadastramento; instalação das Unidades de Saúde da Família; composição e atribuições das equipes.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (1997), a Unidade de Saúde da Família é destinada a realizar atenção contínua no nível de proteção social básica, com uma equipe multiprofissional habilitada a desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação à saúde; sendo assim o primeiro contato da população com o serviço de saúde e a porta de entrada do sistema local.

Em relação às finalidades, segundo Campos e Guerrero (2010), a ESF tem como objetivo a análise permanente da situação de saúde da população e a organização e execução de suas práticas, adequadas ao enfrentamento dos problemas existentes. É composta pelas ações de vigilância, promoção, prevenção e controle das doenças e agravos e deve estar amparada nos conhecimentos e técnicas vindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2012), são itens necessários à ESF a existência de uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo somar a essa composição, como parte da equipe, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista e generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo quatro mil pessoas, sendo a média recomendada de três mil, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de indivíduos por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser o número de pessoas por equipe. Em relação ao cadastramento de cada profissional de saúde, este deve estar em apenas uma equipe da Saúde da

Família, exceção é feita somente ao profissional médico, que poderá atuar em, no máximo, duas equipes.

Diante da situação de crise no setor saúde no Brasil, ao longo dos anos têm sido propostos novos modelos assistenciais com uma forte tendência de organizar as práticas de saúde no trabalho interdisciplinar, visando atender em qualidade e quantidade e de forma equânime as demandas da população. Segundo Motta (2001), o trabalho em equipe é uma forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas. Possibilita uma visão geral e coletiva do exercício, reforça o compartilhamento de tarefas e a necessidade de cooperação para alcançar objetivos comuns.

A implantação da ESF por si só não é garantia da modificação do modelo assistencial médico-centrado. Esta depende da alteração na forma de se produzir o cuidado, assim como dos diversos modos de agir dos profissionais entre si com os usuários. Por fim, segundo Araújo e Rocha (2006, p.460), a Saúde da Família requer a construção de um projeto assistencial comum com complementariedade dos trabalhos especializados em que os agentes envolvidos estabelecem relações entre si e com os usuários. O trabalho em conjunto pressupõe, portanto, uma relação recíproca de comunicação e interação. A comunicação em busca de consenso entre os profissionais traduz-se em qualidade na atenção integral às necessidades de saúde da clientela.

As equipes da ESF, funcionando apropriadamente, são capazes de solucionar a grande maioria dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e aprimorando a qualidade de vida dos indivíduos adscritos.

Em alguns municípios que adotaram a ESF, notou-se que ainda não há uma discussão aprofundada do modo de relação entre os profissionais e a população local, e a ESF significou mais uma modificação institucional. Dessa forma, este trabalho visou estudar as principais alterações organizacionais e os impactos destas na população adscrita na UBS Jardim Santa Lúcia- equipe II em Araraquara- SP.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a percepção da população atendida pela Unidade Básica de Saúde Jardim Santa Lúcia após a implantação da ESF.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar a composição das equipes de Saúde da Família
- Avaliar as relações da equipe de Saúde da Família com a população de abrangência e;
- Avaliar o grau de satisfação da população adscrita em relação às mudanças ocorridas na equipe médica, do modelo tradicional para o da ESF.

3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO TEMA

A rede municipal de atenção básica, em Araraquara, começou a ser estruturada em 1983, com a instalação de serviços de saúde no Jardim América e Selmi Dei I, em salas improvisadas. A unidade do Jardim Santa Lúcia foi inaugurada em 09/05/1985 com uma equipe mínima, constituída por um pediatra, uma enfermeira e três auxiliares de enfermagem. Em 1986 foi acrescido outro pediatra e em 1987 incluído um clínico e um ginecologista. A unidade foi expandindo seu atendimento e com o crescimento da demanda chegou a ter na sua equipe dois clínicos, dois pediatras e dois ginecologistas. Em 2008 passa pela implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Já no ano de 2009, a unidade se desmembra em três e, com alteração no modelo, passa a trabalhar com Estratégia da Saúde da Família. O território é dividido em 3 regiões de abrangência, com unidades distintas, cada uma com médico generalista, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Na literatura são apontados vários indícios que diferenciam a atenção primária prestada pela Saúde da Família da atenção prestada por tradicionais centros de saúde, entre os quais se destacam: delimitação da área de abrangência com adstrição da população, foco na ação da equipe da saúde da família em contraposição a ênfase na intervenção médica, ordenação da demanda, enfoque familiar e ênfase na atenção integral. Todavia, na prática as diferenças nem sempre são grandes. Nessa vertente, torna-se importante aferir as percepções a respeito da atuação de unidades de Saúde da Família e dos tradicionais centros de saúde e ponderar quão a Saúde da Família atende as expectativas dos usuários.

Em vista disso, essa pesquisa busca ponderar os principais impactos na saúde e na qualidade de vida da população adscrita no território de atuação da UBS Santa Lúcia- equipe II, bem como avalia as principais diferenças, em relação a satisfação dos indivíduos da área de abrangência, do modelo tradicional antes presente e da nova estratégia implantada. Ademais, com o levantamento dos dados, foi possível fornecer à UBS uma análise a respeito de seus serviços.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 LOCAL

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Jardim Santa Lúcia, segundo seu território de abrangência, em Araraquara-SP, em 2016.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um inquérito epidemiológico entre agosto e outubro de 2016.

4.3 SUJEITOS

Os sujeitos da pesquisa foram os usuários da Unidade Básica de Saúde Jardim Santa Lúcia, maiores de 18 anos e alfabetizados, que comprovaram a maioridade mediante a apresentação de um documento de identificação com foto e a alfabetização através de uma resposta de confirmação a pergunta relativa a esse tópico, foram excluídos da pesquisa menores de 18 anos, analfabetos e indivíduos que não apresentaram o documento de identificação. O número de voluntários não foi definido antes da realização da pesquisa, pois os dados foram trabalhados a partir da quantidade máxima alcançada no período de aplicação do formulário.

4.4 QUESTIONÁRIO

Foi aplicado um formulário pré codificado (apêndice 1), com possibilidade de transferência direta dos dados ao computador, o qual apresenta 14 questões, de caráter avaliativo das principais características de ações e serviços da saúde na ESF, e com duração prevista de aproximadamente 20 minutos, podendo variar de acordo com as características do voluntário. O formulário apresenta 5 níveis de avaliação da dinâmica da UBS sendo esses: péssimo (1), ruim (2), regular (3), bom (4) e ótimo (5).

4.5 PROCEDIMENTOS

Os dados foram coletados a partir das respostas ao questionário, descrito no item 4.4, no período de agosto a outubro de 2016. Os voluntários foram abordados na recepção/área de

atendimento da UBS, enquanto aguardavam consulta e/ou outros procedimentos, primeiramente houve uma explicação oral simplificada a respeito da pesquisa, posterior apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e, em seguida, resposta ao formulário pré codificado. Os voluntários que apresentaram dificuldade de leitura e compreensão de texto foram auxiliados pelo pesquisador. Ao final, foi feita uma breve inspeção nos formulários, respondidos e devolvidos ao pesquisador, apenas para se averiguar se todas as perguntas foram assinaladas, em caso de ausência de resposta, em algumas das perguntas, houve uma reorientação ao voluntário.

4.6 PLANEJAMENTO ESTATÍSTICO

Os resultados estão apresentados em gráficos, onde é possível fazer um panorama objetivo a respeito do grau de satisfação da população usuária da ESF, a partir dos dados obtidos.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A presente pesquisa obedeceu às recomendações éticas do Ministério da Saúde, onde foram pedidas autorizações ao voluntário, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para utilização dos dados bem como a divulgação dos resultados. O voluntário estava ciente que poderia desistir a qualquer momento da pesquisa, sem que houvesse qualquer problema. Esse trabalho foi submetido à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Uniara, e aprovado em junho de 2016.

5 RESULTADOS

Para o período de aplicação de pesquisa, agosto a outubro de 2016, foram colhidos 86 formulários pré codificados, em que os sujeitos eram em sua maioria idosos, comprovando o perfil socioeconômico daquela área de abrangência.

Os gráficos a seguir representam a porcentagem de respostas dos voluntários em cada uma das questões. Os números 1, 2, 3, 4, 5 representam respectivamente as respostas: “péssimo”, “ruim”, “regular”, “bom” e “ótimo”. Nas perguntas em que havia a opção “não” como resposta, a identificação é feita pelo número 0.

Para o gráfico 1, as respostas são referentes a questão número 1 do formulário pré codificado. Neste evidencia-se que 46% dos voluntários tem uma boa opinião a respeito da ESF,

seguido por 28, 7% que avaliam como ótimo e mais 18,4 % como regular. Esses valores demonstram uma visão positiva a respeito da nova Estratégia, visto que juntos totalizam um valor superior a 50%. A porcentagem de sujeitos que se mostrou insatisfeita com o modelo implantado foi relativamente pequena.

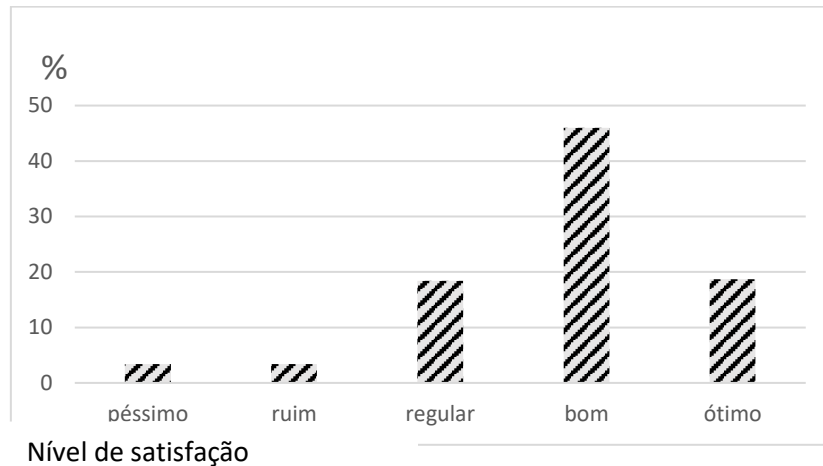


Gráfico 1 – Nível de satisfação quanto a ESF.

Quando questionados a respeito da acessibilidade à UBS, 40% dos voluntários avaliaram como boa e outros 39% como ótima. Esses valores denotam que a maioria da população adscrita daquela área tem pouca dificuldade de acesso aos serviços da UBS.

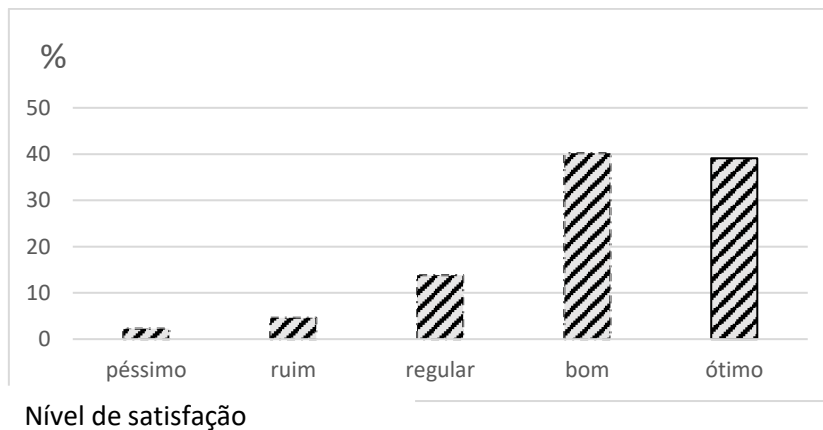


Gráfico 2 – Nível de satisfação em relação à acessibilidade na UBS.

Em relação a atuação dos agentes comunitários, questão 3, as respostas predominantes foram “boa” e “ótima”, acima de 40% para cada uma das respostas, evidenciando que grande parte dos sujeitos classificam de forma positiva a presença dos agentes. Nesse caso foi evidenciado também que nenhum dos 86 voluntários avaliou as atuações como ruim, e apenas uma baixa porcentagem classificou como péssima.

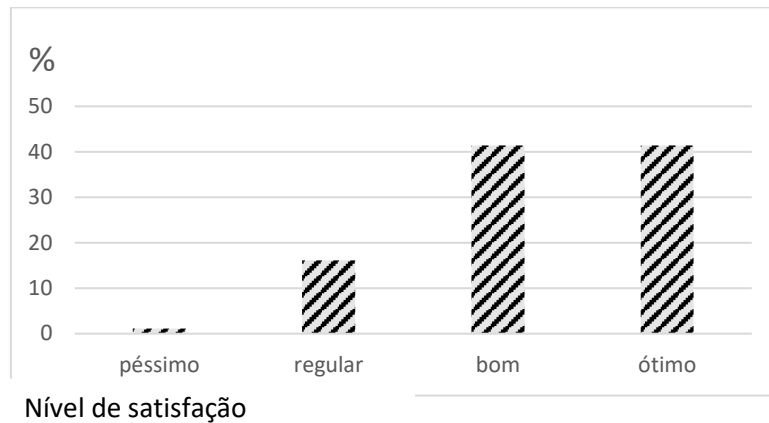


Gráfico 3 – Nível de satisfação quanto a atuação dos agentes comunitários.

No gráfico 4, o assunto tratado continua sendo a atuação dos agentes comunitários, mas agora a respeito das visitas mensais realizadas. Cerca de 43% dos voluntários afirmou que as visitas ocorrem mensalmente e ainda as avaliaram como boas, essa porcentagem foi seguida por um valor de aproximadamente 35% na avaliação ótima, contra apenas cerca de 7% que afirmam que as visitas não ocorrem pelo menos uma vez por mês.

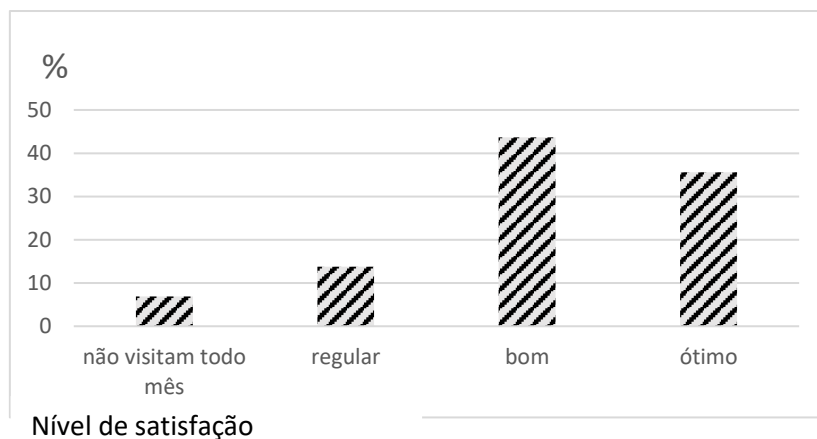


Gráfico 4 – Nível de satisfação quanto as visitas mensais realizadas pelos agentes comunitários.

As questões 5 e 6 indagam a respeito da relação médico/ paciente bem como do atendimento do profissional médico. No gráfico 5, predominaram as respostas “bom” (44,8%) e “ótimo” (41,4%), demonstrando que as relações do médico generalista e a sua população são bem vistas e positivamente avaliadas, a mesma visão predominou para questão 6 (gráfico 6), 50,6% para a resposta “bom” e 35,6% para “ótimo”.

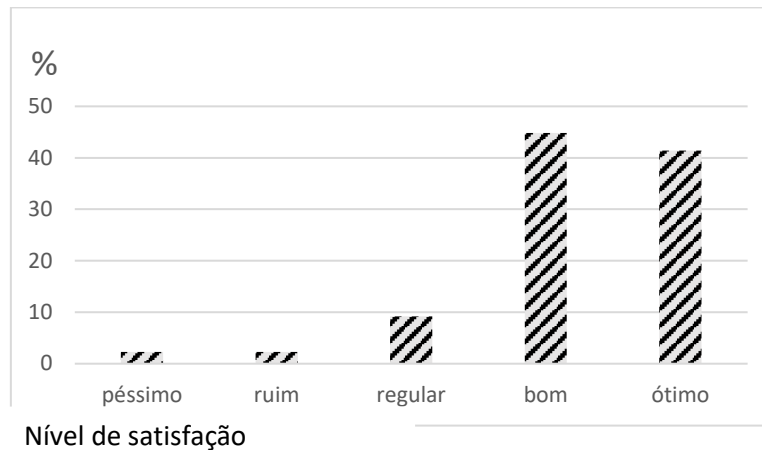


Gráfico 5 – Nível de satisfação da relação médico/paciente.

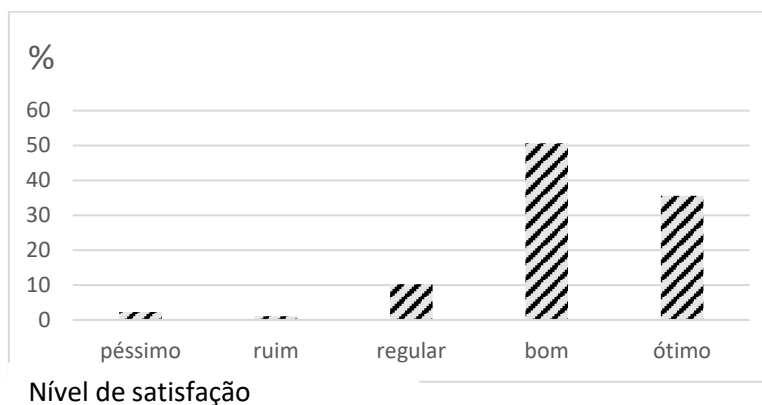


Gráfico 6 – Nível de satisfação do atendimento médico.

O gráfico 7 traz a avaliação sobre o trabalho da equipe da UBS, nele nota-se que a população tem uma boa relação com os serviços prestados pelos integrantes da equipe, em que 46% dos sujeitos avaliam como “bom” e apenas 1,1% como péssimo.

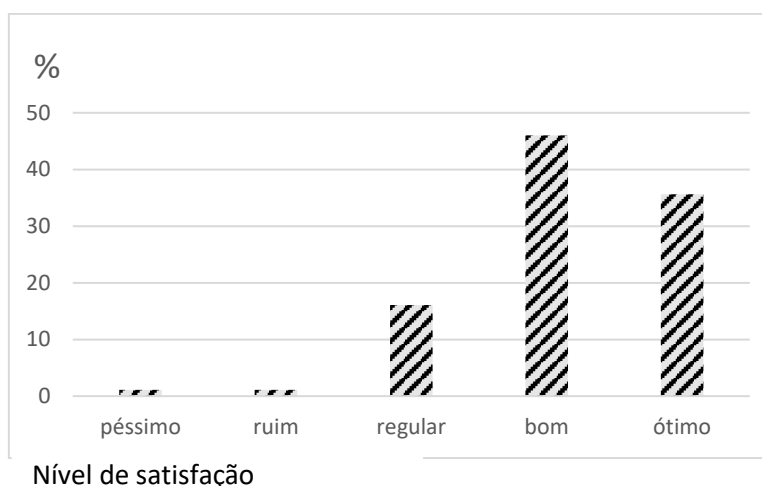
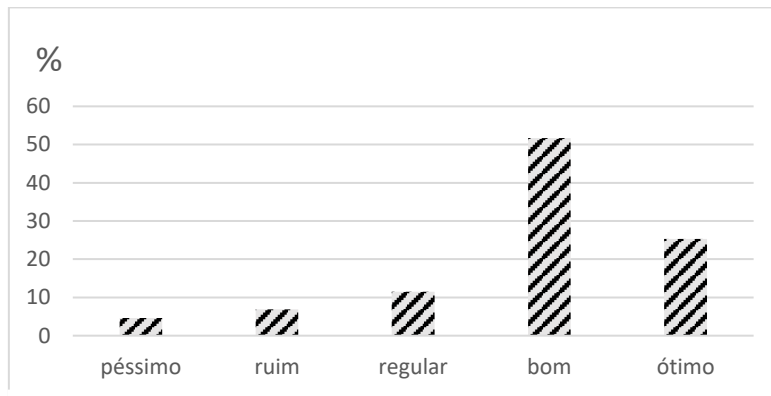


Gráfico 7 – Nível de satisfação do trabalho da equipe de saúde na UBS.

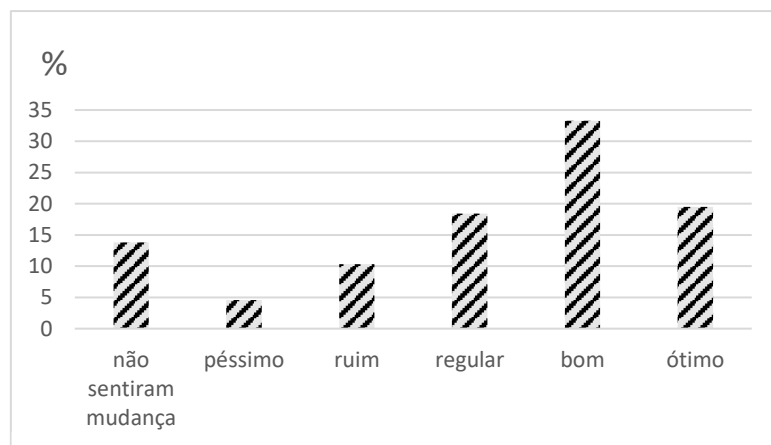
A questão 8 perguntava sobre a continuidade do cuidado para um atendimento referenciado, em que o gráfico 8 mostra que 51,7% dos voluntários afirmam que a continuidade ocorre e a avaliaram como “boa” e apenas 4,6% avaliaram como péssima.



Nível de satisfação

Gráfico 8 – Nível de satisfação quanto à continuidade do cuidado no atendimento referenciado.

O gráfico 9, questão 9, traz a percepção da população adscrita sobre as mudanças ocorridas após a implantação da ESF. Nele nota-se que 18,4% afirmam que as mudanças foram regulares, 33,3% dizem terem sido boas e 19,5% afirmam terem sido ótimas. Apesar dos valores de avaliação positiva serem os predominantes, 13,8% não sentiram mudanças, 4,6% afirmam terem sido péssimas e 10,3% ruins.



Nível de satisfação

Gráfico 9 – Nível de satisfação em relação à mudança de modelo assistencial à saúde.

A questão 10 avalia se a equipe da UBS realiza reuniões ou palestras comunitárias para orientação sobre os cuidados com saúde e medidas sanitárias. O gráfico 10 evidencia que a maioria dos sujeitos estava ciente desses eventos e que destes, 48,3% avaliam como “bom” e 20,7% como “ótimo”. Apesar disso, 13,8% dos voluntários da pesquisa não tinham conhecimento a respeito da realização das reuniões/palestras (0).

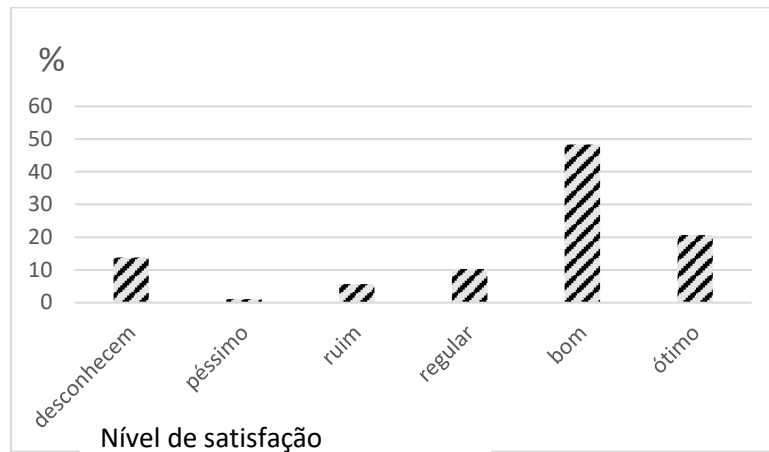


Gráfico 10 – Nível de satisfação quanto à realização de reuniões e palestras.

Em relação a infraestrutura da UBS (espaço físico, luminosidade, organização e limpeza), questão 11/ gráfico 11, a maioria da população mostrou-se satisfeita, sendo que 50,6% afirmou ser boa e 39,1% ótima. Apenas 1,1% dos entrevistados respondeu ser péssima a organização do local.

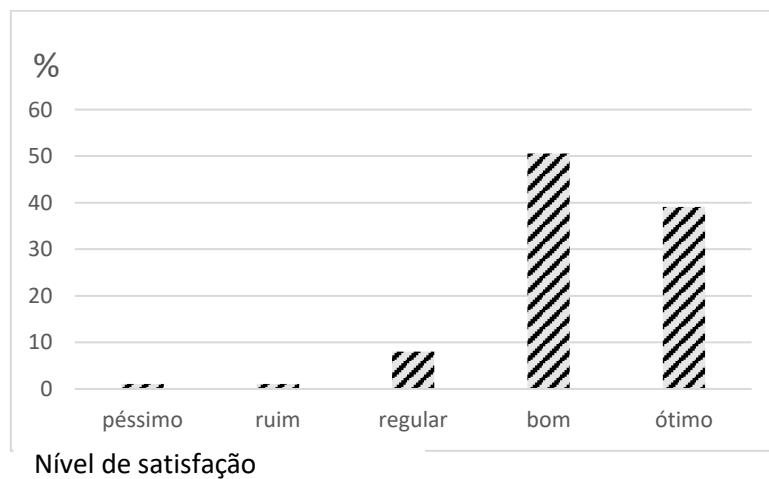


Gráfico 11 – Nível de satisfação em relação à infraestrutura.

Sobre as atividades de lazer, questão 12/ gráfico 12, 40,2% responderam “não” (0), sendo esse resultado do desconhecimento sobre a realização dos eventos, enquanto 35,6% avaliaram como “bom” e 12,6% como “ótima”.

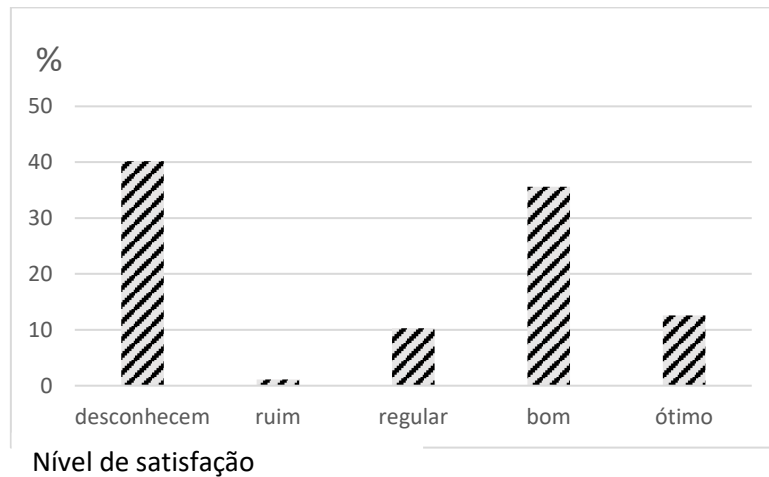


Gráfico 12 – Nível de satisfação das atividades de lazer.

As questões 13 e 14 indagam de forma mais específica a atuação das visitas domiciliares na vida dos pacientes daquela Unidade, a questão 13 avalia a importância dessas ocorrerem, em que 49,4% afirmam ser “ótima” a presença destas e 36,8% dizem ser “bom”. Já a questão 14 estuda a realização dessas em situações em que o paciente não pode se deslocar até a Unidade, onde 31% dos entrevistados afirmaram que as visitas são feitas em casos emergenciais e essas foram avaliadas como “ótimas” e 24,1% avaliaram como “boas”. 33,3% dos entrevistados responderam “não”, sob a justificativa de desconhecimento a respeito das visitas emergenciais ou nunca terem necessitado do serviço.

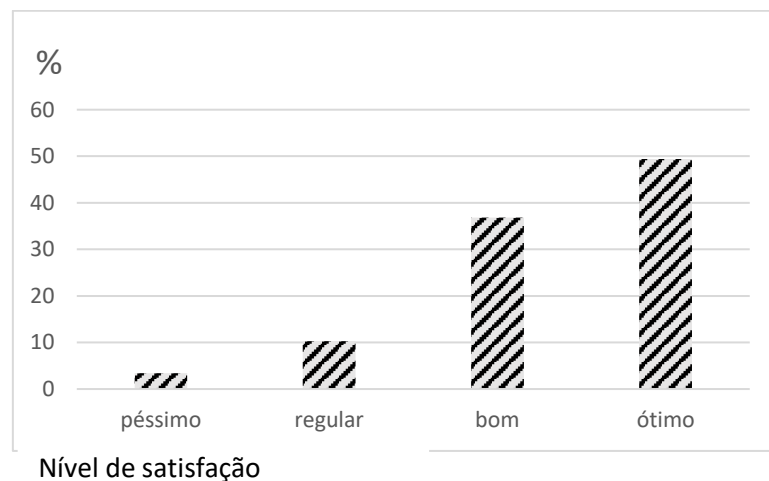


Gráfico 13 – Nível de satisfação da importância das visitas domiciliares.

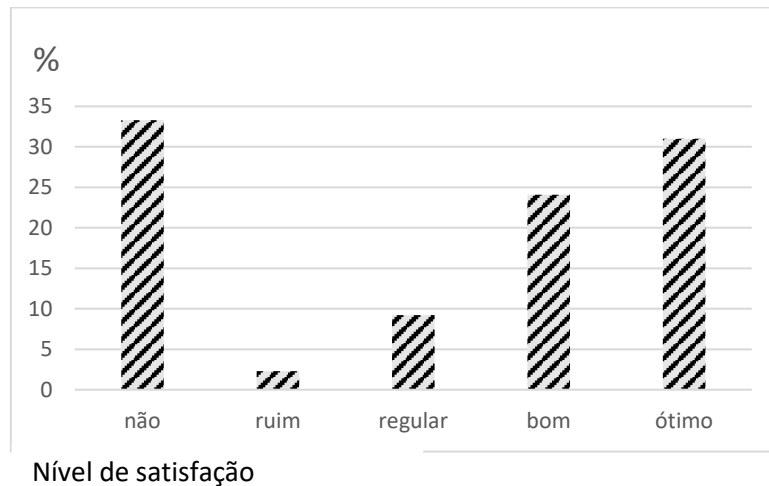


Gráfico 14 – Nível de satisfação das visitas domiciliares em casos emergenciais.

6 DISCUSSÃO

Para o Ministério da Saúde, a ESF propõe atender o indivíduo e a família de maneira integral e contínua, desenvolvendo ações que promovem, protegem e recuperam a saúde. Tem como finalidade remodelar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a focar o grupo familiar em seu ambiente social e físico. Essa afirmação pode ser refletida nas questões 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12 e 13 que abrangem a atuação da UBS Jardim Santa Lúcia- equipe II em sua população adscrita enfocada nos pontos acima citados. A partir dessas perguntas foi possível evidenciar que a ESF tem feito a diferença na saúde, mesmo que seja local, visto que apenas uma unidade foi estudada, quando bem implantada e executada segundo as normas.

Outro ponto- chave da ESF, e considerado princípio da Atenção Básica, é a acessibilidade. Nessa nova Estratégia a proposta é trabalhar com áreas de abrangência menores e com um número máximo de indivíduos o que garante uma maior facilidade de acesso à população usuária, isso foi evidenciado nessa pesquisa que, apesar de ter estudado apenas uma UBS, mostrou um acesso de mais de 50% no total avaliado, questão 2.

Um grande diferencial da ESF em relação ao modelo tradicional é a presença de agentes comunitários e suas visitas domiciliares. Essa pesquisa mostrou que os agentes são bem vistos pela população adscrita 41,4% avaliaram como “bom” e 41,4% como “ótimo”, e apenas 1,1% como péssimo. Esses resultados provavelmente advêm do fato de que os agentes são moradores da própria área de abrangência e com isso conhecem a população da área bem como a maior parte dos problemas que os afligem. Já em relação as visitas domiciliares, essas garantem a continuidade do cuidado com pacientes, a construção de um maior vínculo com os usuários, além de permitir uma

maior relação do sistema saúde/população. Dados comprovados pelos resultados das questões 3, 4 e 13.

O trabalho em equipe no contexto da ESF ganha uma nova dimensão no sentido da divisão de responsabilidades do cuidado entre os membros do grupo, no qual todos participam com suas especificidades contribuindo para qualidade da prestação das ações de saúde. A concepção integral do cuidado favorece a ação interdisciplinar nas práticas, onde a valorização das diversas disciplinas contribui para uma abordagem ampla e resolutiva do cuidado. Nessa perspectiva, a responsabilidade da atenção passa a ser descentralizada da figura do profissional médico, considerado o centro da equipe no modelo tradicional, sendo dividida entre os membros da equipe. (ARAÚJO; ROCHA, 2006, p. 462-463)

As questões 5, 6 e 7 estão intimamente ligadas com a afirmação acima, a fragmentação do trabalho permite uma maior dinamicidade entre os profissionais, garantindo uma maior resolubilidade, uma importante característica da ESF e também identificada na UBS Jardim Santa Lúcia- equipe II. Em que, de acordo com a questão 7, 46% dos voluntários avaliaram como boa a atuação da equipe, enquanto apenas 1,1% a considera péssima.

Em relação as atividades feitas pela Unidade, como reuniões ou palestras comunitárias para orientação sobre os cuidados com saúde e medidas sanitárias, questão 10, e também atividades de lazer, questão 12, notou-se um grande percentual de respostas negativas, evidenciando ainda um elevado desconhecimento por parte da população adscrita sobre esses eventos, visto que os mesmos são realizados- fatos comprovados pelos pesquisadores no período de aplicação da pesquisa.

Em síntese, é importante salientar que a ESF pressupõe uma organização baseada na prevenção, promoção e proteção da saúde com a presença de uma equipe multiprofissional. A intervenção é centrada na família e num determinado território, propondo conhecer, amenizar ou, quando possível, solucionar os problemas que afligiam a população adscrita. Essa pesquisa buscou avaliar o impacto social que um novo modelo em saúde pode causar em uma determinada população, entretanto está limitada a avaliação de apenas uma UBS.

7 CONCLUSÃO

A UBS Jardim Santa Lúcia – equipe II, que adota o modelo de ESF desde 2009, apresenta uma boa avaliação por parte dos seus usuários na maior parte dos quesitos do formulário pré-codificado, principalmente nos pontos de atuação da equipe, relação médico/paciente,

acessibilidade, visitas domiciliares, infraestrutura e atendimento, demonstrando que, quando bem aplicada, a ESF pode apresentar resultados positivos para a saúde da população.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, G.W.S. et al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 132-153. Disponível em: <http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/REFLEXES SOBRE A ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.pdf> Acesso em: 28.fev.2016.

DALPIAZ, A. K., STEDILE, N. L. R. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: reflexão sobre algumas premissas. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES E DESAFIOS DAS POLITICAS DA SEGURIDADE SOCIAL/ESTRATEGIA SAUDE DA FAMILIA_REFLEXAO SOBRE ALGUMAS DE SUAS PREMISAS.pdf> Acesso em: 30.jan.2016.

MOTTA, P. R. Desempenho em equipes de saúde: Manual. Rio de Janeiro: FGV, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pdrh_des.pdf> Acesso em: 28.fev.2016.

PAIM. J.S. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. Interface. v.5, n.9, Botucatu: SP, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000200010> Acesso em: 25.jan.2016.

ROSA, W. A. G., LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Panamericana de Salud Publica. Washington. v.21, n. 2-3, Fev./Mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>> Acesso em: 15.jan.2016

APÊNDICE 1**Questionário**

Peço sua colaboração para responder o questionário como requisito para realização de uma pesquisa intitulada: “Estratégia da Saúde da Família: Avaliação da Percepção da Comunidade”

O objetivo da pesquisa é avaliar a satisfação da população adscrita na UBS Jardim Santa Lúcia quanto à estratégia de saúde utilizada.

Por favor, responda às questões a seguir o mais completamente possível.

A pesquisa é totalmente confidencial.

Sua participação é totalmente voluntária.

As respostas serão mantidas no anonimato. Assinale apenas uma opção com um X.

Muito obrigado!

QUESTÃO	Resp.
<p>Q1. Qual a sua percepção (opinião) em relação a Estratégia da Saúde da Família (ESF)? (1) Péssima () (2) Ruim () (3) Regular () (4) Boa () (5) Ótima ()</p>	—
<p>Q2. Como você avalia a facilidade de acesso a Unidade Básica de Saúde (UBS)? (1) Péssima () (2) Ruim () (3) Regular () (4) Boa () (5) Ótima ()</p>	—
<p>Q3. Como você classificaria a atuação dos agentes comunitários? (1) Péssima () (2) Ruim () (3) Regular () (4) Boa () (5) Ótima ()</p>	—
<p>Q4. Os agentes comunitários de saúde visitam mensalmente as famílias da comunidade? (0) não () (1) sim, péssimo () (2) sim, ruim () (3) sim, regular () (4) sim, bom () (5) sim, ótimo ()</p>	—
<p>Q5. Como você avalia a relação do médico com você e sua família? (1) Péssima () (2) Ruim () (3) Regular () (4) Boa () (5) Ótima ()</p>	—
<p>Q6. Como você avalia o atendimento médico a sua família, ou seja, criança, mulher/gestante, adulto e idoso (1) Péssimo () (2) Ruim () (3) Regular () (4) Bom () (5) Ótimo ()</p>	—

<p>Q7. Como você classificaria o trabalho da equipe da UBS?</p> <p>(1) Péssimo () (2) Ruim () (3) Regular () (4) Bom () (5) Ótimo ()</p>	—
<p>Q8. Quando você ou alguém da sua família foi referenciado ao atendimento especializado ou hospitalar, como você avalia a continuidade do atendimento na rede de saúde?</p> <p>(1) Péssimo () (2) Ruim () (3) Regular () (4) Bom () (5) Ótimo ()</p>	—
<p>Q9. A partir da implantação da ESF, houve mudanças no atendimento na saúde e/ou qualidade de vida da sua família? Se sim, qual a classificação das mudanças?</p> <p>(0) não () (1) sim, péssimo () (2) sim, ruim () (3) sim, regular () (4) sim, bom () (5) sim, ótimo ()</p>	—
<p>Q10. A equipe da UBS realiza reuniões ou palestras comunitárias para orientação sobre os cuidados com saúde e medidas sanitárias? Se sim, como você classificaria esses eventos?</p> <p>(0) não () (1) sim, péssimo () (2) sim, ruim () (3) sim, regular () (4) sim, bom () (5) sim, ótimo ()</p>	—
<p>Q11. Como você avaliaria a infraestrutura da UBS em relação a espaço físico, luminosidade, organização e limpeza.</p> <p>(1) Péssima () (2) Ruim () (3) Regular () (4) Boa () (5) Ótima ()</p>	—
<p>Q12. A UBS realiza atividades relacionadas ao lazer da população? Se sim, qual sua avaliação?</p> <p>(0) não () (1) sim, péssima () (2) sim, ruim () (3) sim, regular () (4) sim, boa () (5) sim, ótima ()</p>	—
<p>Q13. Como você avalia a importância das visitas domiciliares?</p> <p>(1) Péssima () (2) Ruim () (3) Regular () (4) Boa () (5) Ótima ()</p>	—
<p>Q14. Quando você, ou algum familiar ficou doente e incapaz de se deslocar até a UBS, o médico ou o enfermeiro visitaram a sua residência? Se sim, qual a sua avaliação sobre a visita?</p> <p>(0) não () (1) sim, péssima () (2) sim, ruim () (3) sim, regular () (4) sim, boa () (5) sim, ótima ()</p>	—