

## A TRANSIÇÃO DO MODELO TRADICIONAL PARA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO

*THE TRANSITION FROM TRADITIONAL MODEL FOR FAMILY HEALTH  
STRATEGY: A PERCEPTION OF USER*

Cássia Tosin<sup>1</sup>  
Marcia Regina dos Santos Theodoro<sup>2</sup>  
Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de Oliveira<sup>3</sup>  
Angelita Visentin<sup>4</sup>

### RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família é um programa nacional de atenção à saúde da população de forma a atender as necessidades do indivíduo em seu núcleo familiar, visando a orientação, a manutenção, recuperação e prevenção das doenças e seus agravos. O objetivo do estudo é compreender a percepção do usuário sobre a transição de unidades tradicionais de saúde para unidades vinculadas à Estratégia de Saúde da Família, no município de Pinhais-Pr. Trata-se de uma pesquisa prospectiva, com abordagem qualitativa e delineamento descritivo e exploratório. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada com usuários cadastrados em unidades de saúde vinculadas à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a análise dos dados foi realizada utilizando o método de Bardin. Os resultados demonstraram que na percepção do usuário houve e está havendo mudanças na atenção primária à saúde, apesar de não se reconhecer participante ativo do novo modelo de assistência à saúde e nem perceber a sua inserção no autocuidado, no cuidado da família e do meio em que vive. Caracteriza também que a demanda ainda é muito grande para o número de profissionais no atendimento da população, a falta de recursos, a falta de infraestrutura, falta de profissionais capacitados, que leva a uma assistência não resolutive. Além de ainda supervalorizar o modelo anterior hospitalocêntrico e curativista.

**Palavras-chave:** Estratégia Saúde da Família; Saúde da Família; Enfermagem.

### ABSTRACT

*The Family Health Strategy is a national program attention to the health of the population in order to meet the needs of the individual in your household, in order to guide the maintenance recovery and prevention of diseases and their complications. The objective of the study is to understand the user's perception of the transition from traditional health units to units linked to the Family Health Strategy in the city of Pinhais -Pr. This is a retrospective study with a qualitative approach and descriptive and exploratory design. Data were collected through semi structured interviews with registered users at health facilities linked to the Family Health Strategy (ESF) and the analysis of the data was performed using the Bardin method. The results showed that the perception of the user and there's going changes in primary health care , although not recognize active participant in the new health care model and not even realize their inclusion in self-care , in family care and the environment in living . It also features that demand is still too large for the number of professionals in the population's care, lack of resources, lack of infrastructure, lack of trained professionals, which leads to a not effective assistance. In addition to still overestimate the previous model and hospital- curative.*

**Key words:** Family Health Strategy; Family Health Nursing.

<sup>1</sup> Graduando do curso de Enfermagem do Centro Universitário Autônomo do Brasil – UniBrasil (Curitiba – PR). Rua Julio Keques, 243, Araçatuba, Piraquara-PR- CEP 83301485. cassiatosin@hotmail.com .

<sup>2</sup> Graduanda do curso de Enfermagem do Centro Universitário Autônomo do Brasil- UniBrasil (Curitiba–PR).

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Saúde Pública (USP). Doutoranda em Saúde Pública (USP). Professora do Curso de Graduação do Centro Universitário Autônomo do Brasil – UniBrasil (Curitiba – PR).

<sup>4</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem (UFPR). Doutoranda de Enfermagem na UFPR. Professora do Curso de Graduação de Enfermagem do Centro Universitário Autônomo do Brasil – UniBrasil (Curitiba-PR).

## INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS/1988) foi norteada por alguns princípios: a universalidade e igualdade, a equidade, e a integralidade. Um desafio do Ministério da Saúde (MS), que tem como objetivo garantir o direito de assistência à saúde igual a todo cidadão respeitando suas necessidades e diferenças, integrando as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde <sup>(1)</sup>.

Organizado simultaneamente por cinco princípios: a regionalização e a hierarquização, a resolutividade, a descentralização, a participação dos cidadãos e a complementariedade <sup>(1)</sup>.

A Lei 8.080 de setembro de 1990 regulamenta em todo o território nacional o SUS, as ações executadas pelos serviços de saúde individuais ou coletivos para promoção, proteção e recuperação da saúde. A saúde é um direito de todos e o estado o responsável em prover condições que assegurem o acesso universal e igualitário à saúde <sup>(2)</sup>.

Salienta-se ainda outra Lei, a 8.142/90, que regulamenta a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências governamentais de recursos financeiros através das conferências de saúde e dos conselhos de saúde que é um dos princípios de organização do SUS <sup>(3)</sup>.

Sobre a implantação do SUS foi um desafio do MS para substituir o modelo assistencial hospitalocêntrico e de livre demanda. O predecessor da mudança foi o Programa de Agentes Comunitários (PACS) em 1991 e o Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994 e após isso passou a ser uma Estratégia de Saúde da família (ESF/2006), com enfoque na promoção e prevenção servindo de porta de entrada do usuário aos outros níveis de assistência à saúde, de média e alta complexidade <sup>(4)</sup>.

Dessa forma a ESF foi e está sendo implantada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) como forma de reorganizar a prática assistencial no Brasil. Com o objetivo de qualificar o atendimento à saúde centrada no indivíduo e família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social. É tida pelo MS como uma estratégia em expansão, qualificação e expansão da atenção. Aprofundando os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica para uma melhor resolutividade das necessidades de saúde do indivíduo e coletivo <sup>(5)</sup>.

Acrescenta-se ainda a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) na portaria 2.488/2011 que estabelece uma revisão de normas da atenção básica para a ESF e seus atores envolvidos nos movimentos sociais, usuários, equipe multiprofissional de saúde e gestores das três esferas do governo, levando a APS mais próxima da vida das pessoas. Deste modo a

APS torna-se a porta de entrada de preferência do usuário ao sistema de saúde. Substituindo a assistência focada nas doenças, por um trabalho centrado na vigilância à saúde <sup>(6)</sup>.

Sendo assim a equipe de ESF tem uma proposta de trabalho e planejamento em cima de um diagnóstico situacional realizado pela equipe de saúde. Com o levantamento de prioridades dos problemas de saúde segundo critérios de frequência, riscos, vulnerabilidade. Portanto precisa realizar acolhimento e escuta qualificada, vislumbrando a assistência resolutiva. Prover atenção integral, realizar atenção à saúde na unidade básica, no domicílio e nos locais do território que comportem a ação planejada <sup>(6)</sup>.

Dentro desse contexto a ESF procura reorganizar e reorientar a prática profissional Multiprofissional e compromete-se com o princípio de vigilância à saúde e a integralidade do cuidado sobre a população que reside na área de abrangência das unidades vinculadas à ESF. A partir da atenção básica, executar seu objetivo de análise permanente da situação de saúde da população e enfrentamento dos problemas existentes e assim prestar uma assistência integral, contínua e de boa qualidade à população <sup>(7)</sup>.

Portanto, a inserção da ESF vem crescendo gradativamente, porém alcança apenas 50% da população e sofre com falta de recursos financeiros, a fixação de recursos humanos, falta de qualidade no atendimento e resolutividade nos problemas de saúde <sup>(4)</sup>.

Por exemplo, o município de Pinhais é um dos mais novos e menores em extensão, do estado do Paraná, foi desmembrado de Piraquara em 20 de março de 1992. Com uma população de 117 mil habitantes. A secretária de saúde de Pinhais-PR planeja e executa ações voltadas à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). E há cinco anos iniciou a transição para ESF, trabalhando com ações integradas de atividades assistenciais e preventivas, na promoção, proteção e recuperação da saúde da população, seguindo os princípios do SUS e do MS <sup>(8)</sup>.

Justifica-se esse estudo em razão da ESF estar contribuindo na atenção primária à saúde da população brasileira e na consolidação do SUS. Entretanto, esse modelo ainda está em construção em muitos municípios. E compreender como essa proposta vem acontecendo e qual a percepção dos usuários na sua inserção no novo modelo de assistência à saúde pode ajudar a melhorar a qualidade do serviço prestado pelas equipes em atuação e a formação de novos profissionais de saúde.

Tem-se por objetivo compreender a percepção dos usuários sobre o processo de transição de modelo tradicional para Estratégia de saúde da Família no seu município. Nesta perspectiva, espera-se que esta pesquisa possibilite uma reflexão sobre a organização desse

processo de mudança. E assim contribua para uma reflexão sobre os serviços oferecidos e prestados a comunidade.

## **METODOLOGIA**

O estudo foi realizado sob o foco de uma pesquisa de campo, prospectiva, com abordagem qualitativa, e de delineamento descritivo e exploratório.

A Secretaria Municipal de saúde do município de Pinhais-PR foi consultada e esclarecida quanto à viabilidade do estudo, a qual consentiu por meio de documento formal, um parecer favorável para a execução da pesquisa em unidades tradicionais de saúde que estão passando pela transição para ESF, compreendendo a população adulta e cadastrada nas Unidades de Saúde do município.

Este estudo foi cadastrado e submetido ao parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas do Brasil – Unibrasil, em maio/ 2014, e foi aprovado em Junho/2014. Respeitando as questões éticas, alicerçadas na Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde <sup>(9)</sup>.

A amostra foi coletada em todas as unidades do município, sendo selecionada uma família por unidade de saúde e entrevistado apenas um dos membros dessa família (totalizando 10 unidades / 10 usuários). A coleta de dados foi realizada durante os meses de agosto e setembro de 2014, no período da tarde.

No primeiro momento foi realizado contato presencial na unidade ESF, e apresentado à proposta da pesquisa e juntamente com os enfermeiros e as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), e foi escolhida uma família participante, que se encaixasse nos critérios de inclusão da pesquisa.

Os sujeitos da pesquisa são usuários de famílias cadastradas e assíduas nos serviços de saúde e selecionadas com base no cadastro das famílias no serviço de saúde da ESF do município. Ter pelo menos um membro da família participante em um dos programas oferecidos pela unidade de saúde, aceitar responder ao questionário e autorizar a gravação do áudio durante a entrevista, podendo ser o usuário selecionado ou responsável, ou seja, o cuidador.

Foram excluídos os sujeitos que participam da unidade, entretanto não são assíduos aos programas, que não tem nenhum dos membros da família cadastrado nos programas oferecidos, e que não aceitaram ou não autorizaram a gravação do áudio da entrevista.

As entrevistas foram previamente agendadas por contato telefônico com o usuário, esclarecendo sobre a pesquisa, convidando a participar da mesma e solicitando o consentimento para gravar o áudio durante a entrevista. E no dia e hora marcados foi realizada a visita na residência do usuário para a entrevista.

As perguntas foram direcionadas à compreensão do sujeito sobre a percepção do usuário sobre as diferenças nos cuidados prestados no serviço de saúde antes e após a transição de modelo de atendimento tradicional para ESF. As respostas foram gravadas utilizando um gravador Easy Voice Recorder.

O instrumento utilizado foi um questionário com 11 perguntas abertas e semiestruturadas, onde foram questionadas: Quais mudanças aconteceram no atendimento da atenção primária nos últimos 10 anos?/ Quais as dificuldades encontradas?/ Atende as suas necessidades?/ Quais os programas em que estão cadastrados?/ Os programas conseguem atender a todos os membros da família?/ Sua família recebe orientações dos profissionais de saúde?/ Sua família é convidada e participa das reuniões da comunidade?/ Você considera importante às mudanças?/ O que falta no atendimento?

Após a coleta de dados, as entrevistas foram transcritas, utilizando o programa Word 2010 e o método de análise de conteúdo de Bardin. Realizado em três etapas: Pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação, para uma análise descritiva e exploratória do conteúdo <sup>(10)</sup>.

Os documentos da pesquisa foram analisados para compreender o pensamento do sujeito. Após realizou-se uma codificação do material, separando os recortes das frases com ideias semelhantes, que foram agrupadas para formar as categorias. E para facilitar o entendimento foi realizado o recorte de falas representativas dos participantes, e utilizadas no desenvolvimento do texto, para melhor entendimento e aproximação da realidade observada <sup>(10)</sup>.

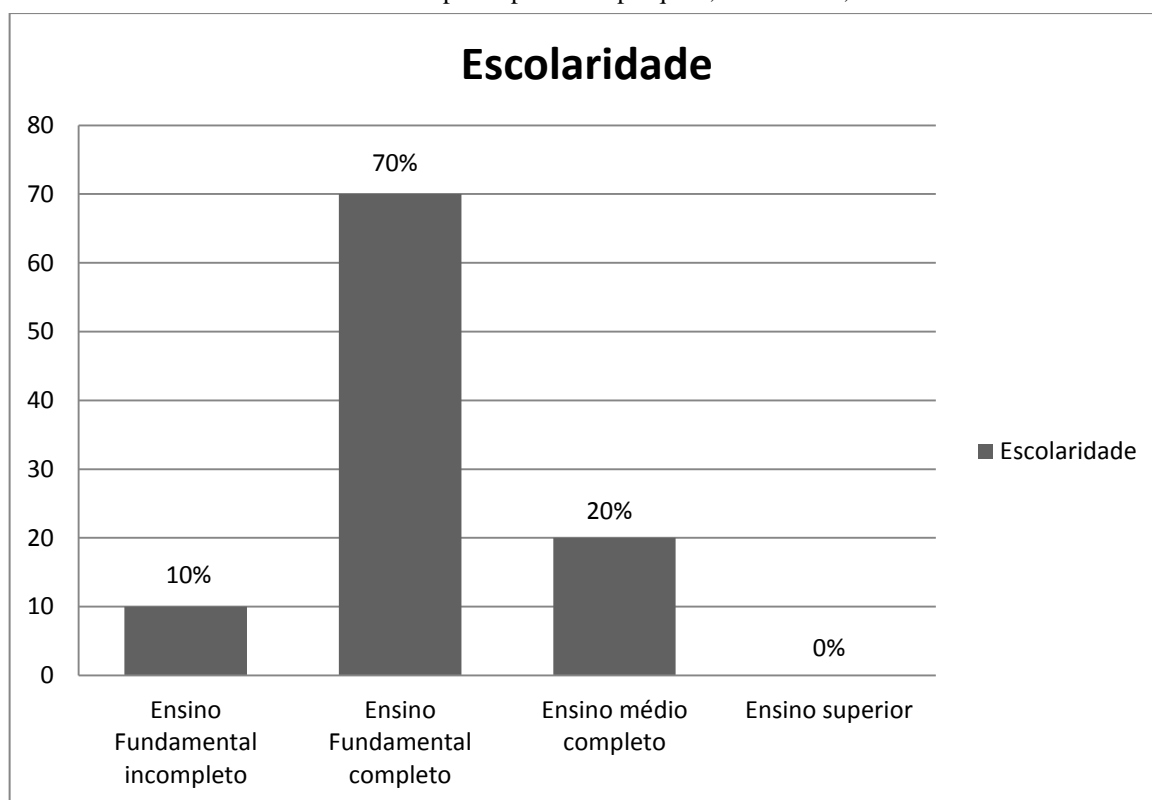
## RESULTADOS

Inicialmente foram descritos o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa. Na sequência realizou-se a análise e codificação dos documentos e a criação das categorias de análise, sendo elas: *Mudanças, Dificuldades e necessidades, Reuniões de participação popular X Programas de participação popular, Orientações de autocuidado pela equipe de saúde.*

Participaram da pesquisa, sujeitos com idade entre 32 e 78 anos, destes 10% (1) são homens e 90% (9) são mulheres. O perfil de escolaridade, profissão e tipos de famílias dos entrevistados será demonstrado nos gráficos a seguir:

O grau de escolaridade é um elemento fundamental na análise das determinações de saúde, na abordagem da população e no desenvolvimento de práticas de saúde. O nível de escolaridade influencia diretamente nas condições de saúde da população <sup>(11)</sup>.

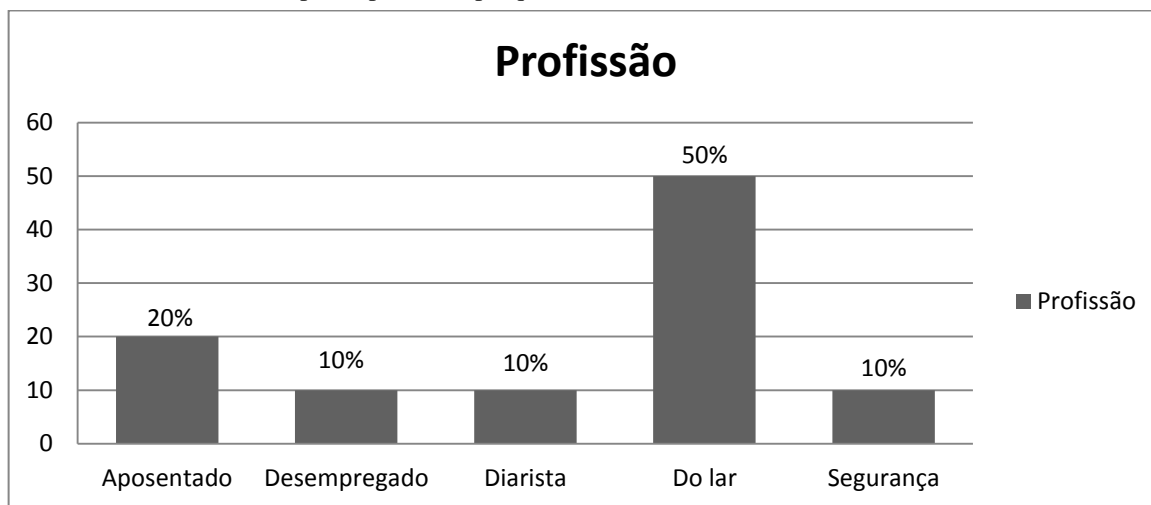
**Gráfico 1:** Nível de escolaridade dos participantes da pesquisa, Curitiba-Pr, 2014.



Fonte: Autoras, 2014.

O estilo de vida e as condições sociais da população devem ser considerados pela equipe multiprofissional de políticas públicas de saúde para realizar o diagnóstico situacional das prioridades e ajustar as ações da educação em saúde necessárias na localidade. Capacitando os indivíduos para o controle e melhorias da sua saúde também no seu trabalho, para alcançar um estado completo de saúde. A promoção da saúde pressupõe estilos de vida saudáveis <sup>(12)</sup>.

**Gráfico 2:** Profissão dos participantes da pesquisa, Curitiba-Pr, 2014.



fonte: autoras, 2014.

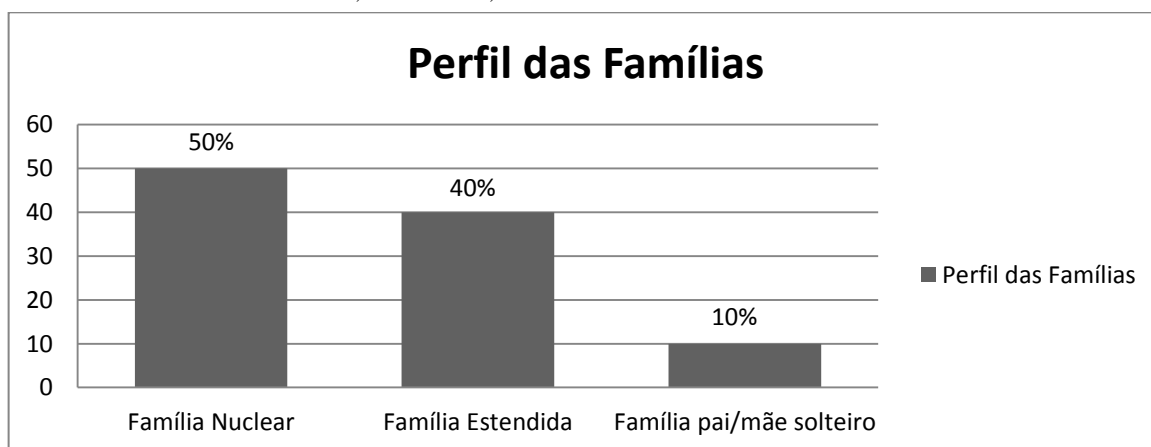
A ESF atua com a atenção centrada na família, no indivíduo em relação com seu núcleo. A época, laços afetivos, estabilidade econômica e ambiente onde vivem as famílias constroem suas relações <sup>(13)</sup>. Não apenas no indivíduo biológico, mas na compreensão da dinâmica desse núcleo enriquecendo o trabalho. Na pesquisa encontramos três tipos de famílias:

Famílias nucleares: Constituídas pelos pais (mãe, pai) e filhos <sup>(13)</sup>.

Família estendida: Composta pelos pais, filhos, avós, ou netos, primos, sobrinhos, tios, etc <sup>(13)</sup>.

Família pai/mãe solteiro: Composta somente pelo pai ou pela mãe e o filho (os) <sup>(13)</sup>.

**Gráfico 3:** Perfil das famílias, Curitiba-Pr, 2014.



Fonte: Autoras, 2014.

Na sequência do perfil sociodemográfico apresentamos as categorias de análise do estudo:

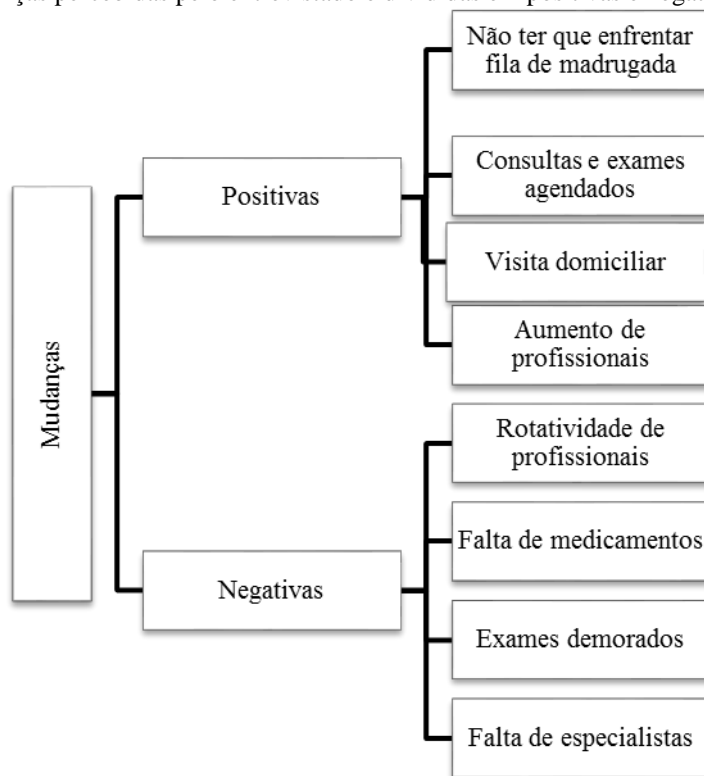
**Mudanças:** A equipe multiprofissional trabalha com a participação da comunidade, na identificação dos problemas de saúde e suas prioridades, com enfoque nas ações de prevenção para intervir em fatores agravantes da saúde, buscando humanizar as práticas de saúde para oferecer uma melhor qualidade de vida aos sujeitos <sup>(6)</sup>.

As principais mudanças percebidas e citadas pelos entrevistados nesse processo de transição de unidades tradicionais para ESF foram divididas em positivas e negativas:

Mudanças Positivas: A família passa a ser o centro da atenção, o atendimento da equipe de saúde, rompe os muros das unidades e passa a ser o meio físico e social onde as pessoas vivem. O atendimento é realizado na unidade de saúde, no domicílio, e a família é um ator ativo das mudanças <sup>(6)</sup>.

Mudanças Negativas: Ao prestar um atendimento integral, o acompanhamento é feito por serviços de referência ambulatorial e hospitalar, respondendo a uma demanda que deveria ser organizada. No entanto para o usuário o atendimento tornou-se mais demorado e desorganizado, o que reduziu o seu acesso ao serviço de saúde <sup>(6)</sup>.

**Figura 1:** As mudanças percebidas pelo entrevistado e divididas em positivas e negativas:



**FONTE:** Autoras, 2014.



**Tabela 1:** Exemplos de recortes de falas dos participantes sobre as mudanças positivas e negativas, Curitiba-PR, 2014.

Mudanças Positivas	Mudanças Negativas
<p><i>“Bastante, quase não posso caminhar, ai eles vêm aqui em casa, o médico vem uma vez por mês e as enfermeiras vêm a hora que precisa”. E2</i></p>	<p><i>“Agora quando o médico pede exames, vai pra saúde, é demorado, é obrigado ir lá reclamar”. E1</i></p>

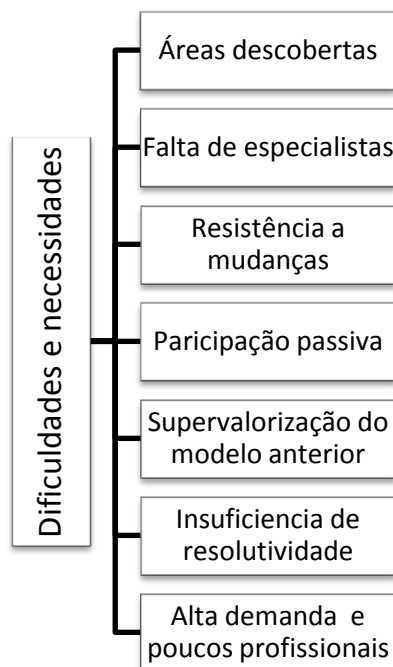
Fonte: Autoras, 2014.

**Dificuldades e necessidades:** Na implantação dessa nova política de saúde, devem ser considerados os desafios e dificuldades que surgem.

O novo modelo assistencial à saúde é confundido com outros programas do governo, e a população ainda valoriza o modelo focado em uma assistência curativista, e centrado no médico, enquanto o desafio é justamente a transformação da atenção sanitária centrada no tecnicismo e passar para uma atenção centrada no usuário <sup>(14)</sup>.

Cuidar implica entender e atender as necessidades dentro do seu ambiente familiar e da comunidade, conhecendo as suas necessidades, na sua singularidade, complexidade, inteireza, e inserção sociocultural <sup>(14)</sup>.

**Figura 2:** As dificuldades e necessidades percebidas pelo participante da pesquisa, Curitiba-Pr, 2014.



FONTE: Autoras, 2014.

**Tabela 2:** Exemplos de recortes de falas dos participantes da pesquisa caracterizando as dificuldades e necessidades percebidas, Curitiba-Pr, 2014.

<b>Dificuldades</b>	<b>Necessidades</b>
<i>“Tenho um filho especial e um marido com AVC, que fez retirada de um câncer e quando preciso de consulta tenho que deixar os dois sozinhos e me deslocar até o posto”. E3</i>	<i>“Consegue, mesmo meu menino precisando esses tempos de oftalmo, demorou uns meses mas consegui”. E4</i>

**FONTE:** Autoras, 2014.

**Reuniões de participação popular X Programas de participação popular:** Os programas oferecidos dentro das unidades de ESF são para atender a todos os membros da família. Os programas são para a participação e acompanhamento de patologias crônicas e fases da vida do ser humano como: Saúde da criança, saúde do adolescente, saúde da mulher, saúde do adulto, vigilância epidemiológica e saúde bucal, com enfoque no tratamento, recuperação e manutenção da saúde da população <sup>(14)</sup>.

A participação da comunidade nas reuniões de gestão dos recursos é regulamentada na Lei 8.142. As reuniões de gestão, chamadas de conferência de saúde, acontecem a cada quatro anos, através dos conselhos de saúde, em que são decididos o orçamento, necessidades e prioridades do município. Essa participação deve ter representantes partidários de usuários, do governo, de profissionais de saúde e de prestadores de serviços. Podendo participar também nas reuniões de saúde que são periódicas para definir as prioridades e as ações de saúde de sua localidade <sup>(3)</sup>.

É dever do profissional de saúde passar as informações e conhecimentos necessários para que a população participe e se posicione quanto às questões de saúde de seu território.

**Tabela 3:** Entendimento do usuário sobre as reuniões de participação popular X programas de participação popular. Curitiba-PR, 2014.

<b>Reuniões de participação popular</b>	<b>Programas de participação popular</b>
<i>“Sim, é avisado, sim, participo também quando tem o dia da mulher”. E4</i>	<i>“Sou cadastrada, faço curativo especial por causa da úlcera”. E2</i>

**FONTE:** Autoras, 2014.

**Orientações de autocuidado pela equipe de saúde:** As orientações dos profissionais de saúde nas ações educativas proporcionam melhorias na qualidade de vida da família e comunidade. Orientar o autocuidado ou os cuidados necessários a um familiar, alertar sobre situações de risco, sempre em parceria com o responsável, ou seja, o cuidador, ensinando

como realizar os cuidados, divide a responsabilidade e preserva um cuidado eficaz. Entretanto é necessário o acompanhamento do cuidado por meio das visitas domiciliares <sup>(15)</sup>.

As orientações de enfermagem criam um vínculo entre profissional/indivíduo/família e são uma troca de informações que envolvem vários saberes de forma simples para que as pessoas alfabetizadas ou não alfabetizadas consigam entender e realizar as orientações <sup>(15)</sup>.

O enfermeiro tem como atribuições reconhecer e compreender o estado de saúde de cada membro da família e interagir e apoiar a estrutura familiar. Para planejar as ações de assistência de cura e dar suporte para evitar complicações futura e reduzir os prejuízos na relação do cotidiano da família <sup>(15)</sup>.

**Tabela 4:** Orientações de autocuidado que o usuário relatou receber da equipe da Estratégia Saúde da Família:

---

Orientações de autocuidado pela equipe de saúde

---

*“Recebo, tanto eu quanto meus pais. Eles explicam as mudanças que têm que fazer, cortar muita coisa, e deu resultado”. E4*

---

**FONTE:** Autoras, 2014.

---

## Discussão

Segundo a constituição federal de 1988, “A saúde é um direito de todos e dever do estado” <sup>(1)</sup>. O Ministério da Saúde, através de políticas econômicas e sociais planeja reduzir os riscos de doenças e de seus agravos, com a ESF. Propiciar uma assistência de melhor qualidade aos usuários e sua família e levar o conhecimento através da orientação dos profissionais de saúde com a participação da comunidade. Desta forma há a possibilidade de planejar soluções para os problemas de saúde dos territórios.

Em síntese, a equipe multiprofissional precisa da participação ativa da comunidade para o levantamento de problemas de cada área e após planejar ações de vigilância no processo saúde e doença. A população passa a ter corresponsabilidade pelos cuidados de sua saúde de sua família, de sua comunidade e do meio ambiente em que vive.

De acordo com a proposta do MS a equipe multiprofissional é composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), e outros profissionais dependendo de cada município, como: odontólogo, assistente social, educador físico, nutricionista, psicólogo. A equipe atua com responsabilidade integral sobre a população na área de abrangência da ESF. <sup>(15)</sup>.

Por sua vez, o enfermeiro tem atribuições, na equipe de saúde, de supervisionar, planejar, gerenciar, coordenar, realizar atividades de educação permanente para os ACS e equipe de enfermagem, participar das atividades dos insumos necessários, avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, realizar consultas de enfermagem, solicitar exames e prescrever medicações conforme normativas, realizar assistência integral às pessoas e famílias na Unidade de Saúde da Família, e para isso precisa ter discernimento de entender e visualizar as peculiaridades de cada estrutura familiar<sup>(15)</sup>.

De acordo com a descrição do usuário houve um aumento do número de profissionais enfermeiros nas Unidades de Saúde da Família (USF), no entanto também visualizam o aumento de suas atribuições como as citadas acima. Identifica o enfermeiro como referência de resolutividade de algumas de suas necessidades dentro da unidade. Contudo caracteriza que as várias atribuições tomam muito tempo do enfermeiro e afasta o mesmo da assistência, o que leva à demora em realizar as competências de sua responsabilidade.

Dessa forma as mudanças positivas na APS realizadas pela equipe multiprofissional e percebidas pelo entrevistado são: não ter mais que enfrentar filas durante a madrugada para agendar consultas e exames, o agendamento prévio de consultas pela equipe de saúde, exames e especialistas com agendamento prévio, visita domiciliar do ACS, visita domiciliar da equipe multiprofissional.

Todavia as mudanças negativas descritas foram relacionadas ao mau atendimento de profissionais, profissionais não capacitados ou despreparados, a rotatividade de profissionais, falta de medicamentos, demora na espera por exames e consulta com especialistas. Expõe também a falta da presença de outros profissionais no atendimento, como a necessidade da equipe de odontologia. Pois nem todas as ESF têm o serviço de odontologia na sua área e muitas vezes têm que se deslocar até outra área para realizar o tratamento.

Observou-se que alguns sujeitos, principalmente os que fazem parte de micro áreas descobertas pelas equipes de ESF e não recebem a visita da ACS, sentem maior dificuldade de receber o atendimento necessário e resolutivo. Sendo assim relatam maior dificuldade de receber o acolhimento pelos profissionais ao realizar a procura espontânea na unidade, além de não criar vínculo com a equipe da USF.

Sobre as dificuldades descritas temos: a alta demanda de pacientes para o número reduzido de profissionais, carência de medicamentos, infraestrutura inadequada. A enfermeira é visualizada com muitas atribuições, insuficiência de resolutividade da mesma. Outra dificuldade encontrada é a demora em agendar especialistas e exames, e quando agendados

alguns são marcados em local longe ou de difícil acesso ao usuário, principalmente pacientes dependentes, de difícil de transporte.

De acordo com a Lei nº 8.142, a participação da comunidade é regulamentada, e os usuários participam da gestão do SUS através das conferências de saúde. Percebeu-se que os usuários confundem as reuniões de participação popular com outros programas oferecidos na unidade. Mantendo uma relação assimétrica entre profissionais e usuários, uma vez que um detém o saber técnico e outro se apresenta carente de informações.

De fato percebeu-se que os entrevistados não têm conhecimento sobre as reuniões com a participação da população e sobre a importância da sua participação na gestão do orçamento de seu município para ações de saúde. Quando se fala das reuniões de participação popular, os mesmo afirmaram serem participantes ou serem avisados das reuniões. Entretanto participam dos programas e reuniões de educação em saúde, orientações de autocuidado, e passeios da melhor idade.

Na verdade, a população precisa ser devidamente informada e estimulada pelos profissionais e assim poderá participar ativamente das atividades desenvolvidas e das reuniões com a participação da comunidade para contribuir e monitorar os investimentos feitos na área de saúde.

Em relação às orientações recebidas pelo usuário por parte dos profissionais de saúde sobre o autocuidado ou cuidados a realizar no núcleo da família, os entrevistados asseguram receber, seguir as orientações e obter resultados positivos. Ao comparar com o modelo tradicional em que não recebiam orientações e quando recebiam era somente sobre as medicações de uso contínuo ou por informações em cartazes espalhados no mural da unidade de saúde.

Efetivamente o enfoque das orientações nas ações de prevenção e redução de agravos, promoção, manutenção e recuperação da saúde são importantes para que as pessoas adquiram consciência dos múltiplos fatores de risco à saúde. Ao identificar os problemas de saúde e riscos predominantes na área em que está inserido o profissional planeja as ações e a equipe de saúde assume o processo de educação em saúde com ações educativas de orientação ao indivíduo para evolução do autocuidado e uma melhor qualidade de vida<sup>(14)</sup>.

Esta parceria entre profissionais, família e comunidade cria confiança e vínculo, o que é de grande relevância para o sucesso das ações determinantes do processo saúde/doença através de orientações que irão beneficiar individualmente e coletivamente a população.

Realmente o usuário compreende que está acontecendo alterações na assistência da saúde da sua família e da comunidade onde reside. Todavia identifica escassez de

investimento, infraestrutura, medicamentos e carência de profissionais. Observa a presença de outros profissionais para o atendimento e resolutividade de seus problemas e necessidades, como o enfermeiro, que organiza o cotidiano de trabalho da unidade e planeja as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos em sua área de abrangência <sup>(15)</sup>.

Então, o enfermeiro em saúde coletiva além de trabalhar com as consultas de enfermagem por meio da escuta ativa, acolhimento, vinculação, humanização do atendimento, orientações de autocuidado e do estímulo a autoestima, deve criar e participar de grupos de educação em saúde e conscientizar a comunidade de como é importante participar ativamente nesse planejamento de ações para melhorar a qualidade de vida de sua família <sup>(15)</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Em resumo a ESF está sendo um desafio do Ministério da Saúde, para as equipes de APS voltando-se prioritariamente às necessidades de sua comunidade, de forma individual e coletiva, com foco no núcleo familiar. As mudanças apesar de serem lentas e processuais estão acontecendo e vão exigir maior investimento para um melhor planejamento nas ações prioritárias.

Todavia a população ainda supervaloriza o modelo anterior de assistência à saúde, hospitalocêntrica e curativista, atendendo a livre demanda e suprimindo a necessidade do indivíduo naquele momento. Ao ser orientado ao autocuidado e ser corresponsabilizado na prevenção de doenças e promoção da sua saúde e de sua família, o usuário demonstra-se desconfiado e descrente. Alguns se apresentam resistência ao novo modelo de APS.

Enquanto acontecem as melhorias na qualidade de vida da família, apesar da resistência e falta de conhecimento sobre a importância do novo modelo de APS, a equipe tem de continuar seu trabalho em parceria com a comunidade. Desmistificando alguns conceitos tradicionais, e assim voltar à atenção para as ações de vigilância a saúde. Essas ações exigem profissionais capacitados para realizar o planejamento com determinação, desta forma realizando um trabalho em equipe com a comunidade.

Em outras palavras, a comunidade pode participar ativamente do novo modelo de assistência à saúde corroborando as informações necessárias aos profissionais e participando das atividades da sua área de abrangência, e deste modo contribuir cada vez mais com a qualidade de vida ao indivíduo, família, comunidade e promover melhorias ao meio ambiente em que vive.

Vale salientar que os profissionais de enfermagem devem possuir conhecimento prático e teórico para executar suas ações com maior segurança, garantindo a tomada de decisões junto com a equipe multiprofissional e liderar a sua equipe para trabalhar com a comunidade. Neste contexto o enfermeiro deve ser capacitado e ter conhecimento em saúde pública e orientar a comunidade sobre a ESF, bem como os seus benefícios e as facilidades.

Certamente a ESF trouxe muitas contribuições positivas e é considerado um grande avanço para a saúde da população brasileira apesar da necessidade de maiores investimentos e capacitação dos profissionais de saúde. Cita-se ainda a eminência em rever o número de profissionais de acordo com a demanda, melhorar a infraestrutura e aumentar os credenciamentos com prestadores de serviços.

Realmente muitas mudanças ainda devem acontecer na atenção à saúde da população, não somente na forma de agir, mas também na forma de pensar, na relação do indivíduo e o meio em que vive.

Entretanto o que não se pode esquecer é que o ator social envolvido é o ser humano em seu núcleo familiar, e na percepção dele reconhece-se que houve e está havendo mudanças e ele continua tendo dificuldades no atendimento e resolutividade de suas necessidades. Houve uma alteração no sistema de atendimento que não refletiu na resolução dos problemas aos usuários. Além de desconhecer o novo funcionamento da APS vinculada a ESF, caracterizando a falta de melhorias na estrutura física, de profissionais capacitados e qualificados para atender de forma integral e resolutiva. Os usuários demonstraram ter a percepção de que ainda há insuficiência do número de profissionais para atender a demanda de usuários.

Nesta pesquisa pode-se apresentar o viés a saber: a percepção do usuário sobre as mudanças do modelo tradicional para A ESF, devido à entrevista ser realizada com apenas um membro da família. Desta forma não vislumbrando se a necessidade de cada indivíduo no seu núcleo familiar está sendo atendida.

Nesta perspectiva, observa-se que há necessidade de um estudo mais aprofundado sobre o tema, para assim poder definir melhor a percepção dos usuários sobre a sua inclusão e de sua família no cuidado na APS, que é o foco principal da Estratégia de saúde da Família.

## REFERÊNCIAS

- 1- Oliveira DC, Sá, CP, Gomes AMT, Ramos RS, Pereira NA, Santos WCR. A política pública de saúde brasileira: representação e memória social de profissionais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, jan., 2008. 24(1); 197-206.
- 2- Ministério da Saúde (Brasil). Presidência da República casa civil. LEI Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Disponível em: URL: < <http://www.planalto.gov.br>> Acessado em 01/03/2014.
- 3- Ministério da Saúde (Brasil). Conselho Nacional de Saúde. LEI Nº 8.142 de 28/12/1990. Disponível em: URL < [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142\\_281290.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm)> Acessado 01/03/2014.
- 4- Menicussi TMG. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. Cad. De saúde Pública, Rio de Janeiro, Jul, 2009. 25(7): 1620-1625.
- 5- Ministério da Saúde (Brasil). Portal Nacional de Atenção Básica. Disponível em: URL < <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>> Acessado em 01/03/2014.
- 6- Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília- DF. 2012.
- 7- Figueiredo EN. Estratégia Saúde da Família e núcleo de apoio à saúde da família: Diretrizes e fundamentos. Disponível em: URL: < [http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_5.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf)> Acessado em 05/03/2014.
- 8- Pinhais. Prefeitura Municipal de Pinhais. A evolução política de Pinhais. Disponível em: URL: <http://www.pinhais.pr.gov.br/aprefeitura/secretariaseorgaos/saude/>> Acessado dia 17/10/2014.
- 9- Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética. 2012.
- 10-Bardin L. Análise de conteúdo/Laurence Bardin; Tradução Luís Antero Reto, Augusto. Pinheiro. Ed. 70 São Paulo: 2011, p.125-198.
- 11- Brasil. Fiocruz. Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário. Disponível em: URL < [http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?s\\_livro\\_id=6&area\\_id=2&autor\\_id=&capitulo\\_id=24&sub\\_capitulo\\_id=77&arquivo=ver\\_conteudo\\_2](http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?s_livro_id=6&area_id=2&autor_id=&capitulo_id=24&sub_capitulo_id=77&arquivo=ver_conteudo_2)> Acessado em 01/12/2014.
- 12-Meira I, Carvalho AP. A saúde e sua relação intrínseca com o organismo e o ambiente. Fórum sociológico, 20/ 2010, p. 75-82.
- 13- Wong, fundamentos de enfermagem pediátrica / [editado por] Marilyn J. Hockenberry; [coedição David Wilson]; tradução Maria Inês Corrêa Nascimento... [et al.]. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p.35.

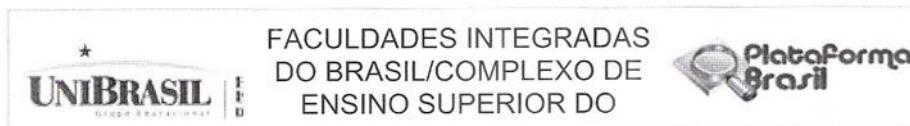


14- Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev. Bras. Enfermagem. Brasília, 2009. Jan/ Fev. 62(1): 113-8.

15- Bassani GC, Mora JD, Ribeiro JP. O programa saúde da família como estratégia de Atenção primária para o sistema único de saúde. LINS – SP, 2009.

## ANEXOS

### Anexo 1- Parecer consubstanciado de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Processo de transição de modelo tradicional para Estratégia Saúde da Família: percepção do usuário sobre as diferenças na inclusão da família no cuidado

**Pesquisador:** Vanessa Bertoglio Comassetto Antunes de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 28772314.6.0000.0095

**Instituição Proponente:** Faculdades Integradas do Brasil/Complexo de Ensino Superior do Brasil

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 688.476

**Data da Relatoria:** 04/06/2014

##### **Apresentação do Projeto:**

Projeto descreve bem os itens.

##### **Objetivo da Pesquisa:**

claro

##### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Descreve os benefícios dos dados para o município e que não haverá riscos aos participantes

##### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de importância para a comunidade acadêmica e para a Gestão municipal

##### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Possui itens obrigatórios.

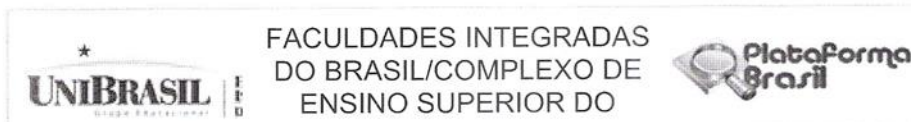
##### **Recomendações:**

sem recomendações

##### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendências solicitadas foram sanadas.

Endereço: Rua Konrad Adenauer, 442  
Bairro: Tarumã CEP: 82.821-020  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3361-4252 Fax: (41)3361-4200 E-mail: cep@unibrasil.com.br



Continuação do Parecer: 688.476

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado acata o parecer dos relatores

CURITIBA, 16 de Junho de 2014

  
Assinado por:

Maria Regina Pinheiro de Andrade Tizzot  
(Coordenador)

Endereço: Rua Konrad Adenauer, 442  
Bairro: Tarumã CEP: 82.821-020  
UF: PR Município: CURITIBA  
Telefone: (41)3361-4252 Fax: (41)3361-4200 E-mail: cep@unibrasil.com.br

Página 02 de 02

## APÊNDICES

### Apêndice 1- TCLE

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, estou sendo convidado a participar de um estudo denominado: **“Processo de transição de modelo tradicional para Estratégia Saúde da Família: percepção do usuário sobre as diferenças na inclusão da família no cuidado”** cujo objetivo principal é Compreender a percepção dos usuários sobre a inclusão da família nos cuidados prestados em unidade de saúde que foram alteradas de unidades tradicionais para unidades de estratégias de saúde da família.

Diante de toda esta discussão, é justificável a relevância deste estudo a fim de estabelecer e analisar o funcionamento da Estratégia de Saúde da Família em Pinhais para que em cima dos resultados apurados, possa-se melhorar o programa nacional de saúde no município.

Sei que para o avanço da pesquisa a participação dos voluntários é de fundamental importância. Caso aceite participar desta pesquisa eu responderei a um questionário elaborado pelos pesquisadores, que consta de questões semiestruturadas e objetivas, referentes à situação vivenciada por mim, e também referente a profissionais de saúde que promovem o atendimento dentro da Unidade de Saúde onde eu sou cadastrado. Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome, ou qualquer outro dado confidencial, será mantido em sigilo. A elaboração final dos dados será respeitando o imperativo ético da confidencialidade. Estou ciente de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, nem sofrer qualquer dano.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são: Vanessa Comassetto, CPF: 045.403.399-076; Cássia Tosin, CPF: 02312087901 e Marcia Regina dos Santos Theodoro, CPF: 035.883.129-60, com quem poderá manter contato, pelos telefones (41) 3673-6233, (41) 9712-3675 e (041) 9798-3142.

Estão garantidas todas as informações que eu queira saber antes, durante e depois do estudo. Li, portanto, este termo, fui orientado quanto ao teor da pesquisa acima mencionada e compreendi a natureza e o objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Concordo, voluntariamente, em participar desta pesquisa, sabendo que não receberei nem pagarei nenhum valor econômico por minha participação.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Orientadora: Vanessa Comassetto.

\_\_\_\_\_  
Pesquisadores: Cássia Tosin,

\_\_\_\_\_  
Pesquisadores: Márcia Regina dos Santos Theodoro;

Pinhais, \_\_\_\_\_ de 2014.

## Apêndice 2- Instrumento de coleta de dados

### QUESTIONÁRIO DESTINADO AO USUÁRIO

Siglas do nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Quantos moradores têm na residência:

Sexo: M ( ) F ( )

Nível de escolaridade: ( ) Ensino fundamental incompleto; ( ) Ensino fundamental completo; ( ) Ensino Médio Completo; ( ) Ensino Médio Incompleto; ( ) Superior completo; ( ) Superior incompleto.

Profissão: \_\_\_\_\_

1. Há quanto tempo você é atendido na Unidade de Saúde? \_\_\_\_\_

2. Você percebeu se aconteceram mudanças na Unidade de Saúde nos últimos 10 anos?

3. Sente alguma dificuldade para conseguir atendimento hoje na Unidade de Saúde em que está cadastrado?

3.1. E anteriormente havia a mesma dificuldade ou outras dificuldades?

4. A Unidade de Saúde consegue atender as suas necessidades e de sua família?

4.1. E anteriormente conseguia?

5. Qual é a diferença do atendimento dos profissionais de saúde com você e sua família hoje?

5.1 E há alguns anos atrás?

6. Quais são os programas que a Unidade de Saúde oferece e que que você está cadastrado?

7. Os programas oferecidos pela ESF consegue atender a todos os membros da sua família?

8. Você recebe orientações do profissional de saúde, sobre os cuidados com sua saúde e de sua família?

8.1. E anteriormente recebia?

9. Você é convidado ou avisado sobre os dias de reuniões com a participação da comunidade?

9.1. E anteriormente era convidado?

10. Você considera importantes as mudanças que aconteceram na unidade de saúde, para sua família e na comunidade onde você mora?

11. O que falta no atendimento da equipe de saúde?