

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

LAIS DE OLIVEIRA CAMPOS

**REORIENTAÇÃO DO ENFOQUE ASSISTENCIAL E ESTÍMULO AO
CUIDADO CONTINUADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE EM
CONTAGEM - MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2015

LAIS DE OLIVEIRA CAMPOS

**REORIENTAÇÃO DO ENFOQUE ASSISTENCIAL E ESTÍMULO AO
CUIDADO CONTINUADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE EM
CONTAGEM – MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2015

LAIS DE OLIVEIRA CAMPOS

**REORIENTAÇÃO DO ENFOQUE ASSISTENCIAL E ESTÍMULO AO
CUIDADO CONTINUADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE EM
CONTAGEM - MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 13/01/2016

AGRADECIMENTOS

Ao município de Contagem, à Equipe de Saúde da Família Canadá e aos pacientes assistidos que muito ensinaram.

À minha família pelo apoio e presença.

À profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo, pela orientação e suporte.

À Dra. Denise Moreira Dutra, pelo acompanhamento e conselhos.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família, dentre os programas desenvolvidos no âmbito do Sistema Único de Saúde, tem como objetivo reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo focado na doença por um novo modelo centrado na pessoa. Para tanto, prioriza ações de prevenção de doenças, de promoção da saúde e preconiza a assistência integral à saúde em um território definido. A partir do início das minhas atividades como médica assistencial unidade básica de saúde Canadá, em Contagem/MG, foi iniciado o processo de levantamento de dados e informações que subsidiaram a elaboração de um diagnóstico situacional do território da unidade, através do método de Planejamento Estratégico Situacional. O diagnóstico possibilitou identificar e priorizar os problemas enfrentados pela equipe. Este trabalho tem como objetivo propor um plano de intervenção que promova o maior conhecimento do usuário acerca do funcionamento da Unidade Básica de Saúde, visando à reorientação do enfoque assistencial adotado pela equipe de saúde da família da unidade Básica de Saúde Canadá. Para a proposição do projeto de intervenção foi realizada uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde para levantar as evidências já existentes sobre o tema. Em seguida elaborou-se um plano de ação a ser executado pela equipe em busca de uma mudança gradual da realidade encontrada. As ações do plano consistem na conscientização da população adscrita da unidade através da realização de grupos operativos e a criação de uma cartilha sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Também estão programadas ações de educação permanente e reuniões periódicas com a equipe. Verificou-se que o engajamento de toda a equipe e a orientação dos usuários são ações fundamentais para que se alcance a mudança de paradigma assistencial proposta pelo Sistema Único de Saúde.

Descritores: Estratégia Saúde da Família. Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Educação Permanente.

ABSTRACT

The Family Health Strategy, among the programs developed in the scope of the Brazilian National Health System, aims to reorganize the practice of attention to the health care on a new basis and replace the model focused on disease for a new model centered on the individual. To this end, it prioritizes actions for disease prevention, health promotion and advocates a whole assistance in health care in a defined territory. From the start of my activities as doctor at the basic unit of health Canada, in Contagem/MG, the data and information collection process that subsidized the formulation of a situational diagnosis of the territory of the unit was started, through the Strategic Planning Situational method. The diagnosis made possible to identify and prioritize the problems faced by the team. This work aims to propose an intervention plan that promotes better understanding of the user about the operation of the Basic Health Unit, seeking reorienting the welfare approach adopted by the family health team of the Basic Health Canada. For the proposition of the intervention project, a bibliographic review was conducted in the Virtual Health Library to promote the existing evidence on the subject. Then it was elaborated a plan of action to be taken by the team, searching a gradual shift of the found fact. The actions of the plan consist of the awareness of the enrolled population at the unity through conducting operative groups and the creation of a booklet on the functioning of the Unified Health System. It is also scheduled permanent education actions and regular meetings with the team. It was found that the engagement of the whole team and the guidance of users are fundamental actions for achieving the change of the paradigm care proposed by the Unified Health System.

Descriptors: Health Family Strategy. Primary Health Care. Primary Attention for Health. Permanent Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
1.1 Sistema Municipal de Saúde em Contagem.....	8
1.2 Equipe de saúde da família Canadá.....	9
1.3 Diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVO	13
4 METODOLOGIA	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	17
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
REFERÊNCIAS.....	23

1 INTRODUÇÃO

Contagem é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, situado na Região Metropolitana de Belo Horizonte, distando 21 km da capital. Possui a terceira maior população do estado, com 603.442 habitantes distribuídos uma área de 195 km². Ao longo do tempo, os limites geográficos do município perderam-se em virtude do seu crescimento horizontal em direção à capital, ocasionando uma intensa conurbação com Belo Horizonte. Possui 99,6% da sua população residindo em áreas urbanas (BRASIL, 2010).

O primeiro marco histórico foi a criação do posto de fiscalização no Sítio de Abóboras, no início do século 18. A transferência da capital de Ouro Preto para Belo Horizonte em 1897 foi um grande impulso para o crescimento do local, que se transformou em município em 1911(BRASIL, 2013).

Uma característica marcante do município é o seu parque industrial, que começou a ser montado na década de 40. A região foi considerada estratégica devido à sua proximidade da capital e de acessos rodoviários. Por volta de 1970 o município recebeu uma segunda expansão industrial, o que gerou grandes impactos no espaço físico e na ocupação da população (BRASIL, 2010).

A tradição urbano-industrial deixou marcas na formação da paisagem urbana, na cultura e na população da cidade. Hoje, é a terceira mais rica do estado de Minas Gerais e a segunda em geração de empregos. Segundo dados do censo de 2008, o Produto Interno Bruto (PIB) era de R\$14.869.758,980 milhões, com um PIB per capita de R\$24.070,88. A taxa de crescimento populacional foi de 1,16% ao ano e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) era de 0.794 (BRASIL, 2010)

Como é característico de grandes centros urbanos, Contagem enfrenta graves problemas de infraestrutura, trânsito, saneamento, educação, oferta de lazer, segurança pública e saúde (BRASIL, 2013).

1.1 Sistema Municipal de Saúde em Contagem

A saúde da região ainda apresenta grande dependência da capital, principalmente no que diz respeito a atendimentos especializados e de alta complexidade.

Contagem possui somente um Hospital Municipal e Maternidade, necessitando a população de recorrer ao serviço terciário de outras cidades, em virtude da grande demanda.

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde, 2002, cerca de 48% da população depende exclusivamente do atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). Dados de 2009 mostram que havia em Contagem 266 estabelecimentos de saúde, sendo 139 públicos e 127 privados (BRASIL, 2013).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de 2011, a atenção primária à saúde contava com 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS), um posto de saúde e 69 Unidades de Saúde da Família, constituindo as portas de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Neste ano eram mais de 100 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas nos nove distritos sanitários.

A rotatividade de profissionais ainda é grande, principalmente no que diz respeito aos médicos, e representa um importante empecilho para o desenvolvimento de ações de saúde concretas e longitudinais. Atualmente ocorre um grande embate entre prestadores de serviço da área da saúde e a prefeitura local, que não ofertou nenhum aumento salarial aos mesmos nos últimos anos.

Além dos serviços da Atenção Básica a Saúde, Contagem conta com serviços de alta e média complexidade. O município tem disponíveis cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPA), uma central de atendimento do Serviço Médico de Atendimento de Urgência (SAMU), o Hospital e Maternidade Municipal e dois Centros de Especialidades Médicas. Os serviços que não são realizados em Contagem, seja pela alta complexidade ou pela grande demanda, são encaminhados para Belo Horizonte, de acordo com um fluxo regulamentado por uma central de leitos que funciona na capital.

1.2 Equipe de saúde da família Canadá

A unidade de saúde Canadá está localizada no bairro Canadá, distrito de Petrolândia, em Contagem. Há somente uma equipe de saúde da família (ESF), que atualmente consta de uma médica, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem,

seis agentes comunitários de saúde, um auxiliar administrativo e um auxiliar de serviços gerais.

A ESF é responsável por uma população de 3729 usuários, cadastrados em 1136 famílias. Possuem cobertura de plano de saúde somente 1145 pessoas, o que corresponde a 31% dos cadastrados (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA MUNICIPAL, 2015).

O funcionamento ocorre em uma casa alugada e adaptada para o funcionamento da UBS, de 8:00 as 17:00h. O local consta com cinco cômodos e não dispõe de espaço adequado para grupos operativos, sala de vacina ou sala de procedimentos e curativos. Também não há uma farmácia no local.

1.3 Diagnóstico situacional da área de abrangência da unidade

Pelo método de estimativa rápida, foi possível levantar a lista dos principais problemas que acometem a população da área da ESF 66 em Contagem, da UBS Canadá. A partir da apresentação de cada um deles para o restante da equipe, foram discutidos: a prevalência, impacto à saúde e possibilidade de mudança do quadro de cada um deles. A partir de então, foi criada uma ordem de prioridade entre eles, a seguir:

- Baixo nível de conhecimento da população acerca do funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS)
- Má adesão às mudanças de estilo de vida propostas.
- Má adesão ao tratamento medicamentoso.
- Dependência de psicotrópicos.
- Tabagismo e etilismo.

Dentre tais problemas, o que mais chamou a atenção da equipe e que parece ter grande impacto sobre o funcionamento da UBSé o desconhecimento ou má adesão a respeito da proposta de funcionamento da unidade.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando a importância, a urgência e a capacidade de enfrentamento dos problemas, a equipe selecionou como problema prioritário o baixo nível de conhecimento da população acerca do funcionamento da Unidade Básica de Saúde.

Neste contexto, nota-se que o fato de a população desconhecer o papel da Estratégia de Saúde da Família dificulta a realização de grande parte das atividades propostas pela equipe, como a realização de grupos operativos, ações educativas, enfoque no cuidado longitudinal e controle de morbidades crônicas prevalentes. O interesse da população está focado basicamente em consultas médicas através da demanda espontânea.

Tal fato se justifica, muito provavelmente, porque a população vinha habituada, há longa data, há um tipo de atendimento diferente daquele que atualmente é proposto na unidade.

Ao longo dos anos, foi grande a rotatividade de médicos e enfermeiros na unidade, cada um com diferentes propostas de trabalho e atendimento. Houve períodos em que eram fornecidas prescrições médicas sem que os pacientes passassem por consultas, em que os atendimentos eram basicamente de demanda espontânea e sem enfoque em um acompanhamento longitudinal. Houve ainda períodos sem médicos na unidade, que só consta com uma equipe, sendo que as prescrições de medicações de uso crônico eram feitas por profissionais de outras unidades, sem o devido acompanhamento.

Esse quadro, ao longo do tempo, fez com que os pacientes se habituassem a consultas centradas na prescrição médica, em detrimento de um acompanhamento longitudinal que buscasse melhoria de saúde efetiva. Dessa forma, a maioria dos usuários busca a unidade somente pela manhã, no dia em que lhe é conveniente, nos horários de demanda espontânea, buscando renovação de prescrição, encaminhamentos, exames. Muitos desses são agendados para consultas em dias específicos à tarde, mas acabam não comparecendo às mesmas.

Consequentemente ao problema escolhido, a unidade apresenta grande número de pacientes mal acompanhados, com condições crônicas como hipertensão arterial e

diabetes descompensados, em uso de psicotrópicos há anos e sem uma indicação correta, com exames laboratoriais atrasados. Temos a grande medicalização dos usuários, que passaram a delegar a responsabilidade do descontrole das suas doenças de base nos “medicamentos que não fazem efeito” e se acostumarem a tal situação. O autocuidado e a divisão da responsabilidade sobre o bem estar do paciente entre ele próprio e a equipe de saúde é bastante falho.

Pelo exposto, justifica-se a elaboração de uma proposta de intervenção com a finalidade de que promover o maior conhecimento do usuário acerca do funcionamento da Unidade Básica de Saúde, visando a reorientação do enfoque assistencial adotado pela ESF Canadá, Contagem – MG.

3 OBJETIVO

Propor um plano de intervenção que promova o maior conhecimento do usuário acerca do funcionamento da Unidade Básica de Saúde, visando à reorientação do enfoque assistencial adotado pela ESF Canadá, Contagem – MG.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do projeto de intervenção foram realizadas as seguintes etapas:

- Foi utilizado o método Planejamento Estratégico Situacional (PES), por meio do qual foi elaborado um plano de ação para enfrentamento do problema identificado como prioritário na área de abrangência da ESF Canadá. Tomou-se como referência metodológica o que foi exposto no módulo “Planejamento e avaliação de ações em saúde” do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).
- Foram utilizados os dados das famílias cadastradas pela ESF Canadá contidas no Sistema de Informação da Atenção Básica do município (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA MUNICIPAL, 2015).
- Revisão bibliográfica sobre os aspectos teóricos que direcionaram o projeto de intervenção. Pesquisou-se nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, por meio dos seguintes descritores:

Estratégia Saúde da Família.

Assistência à Saúde.

Atenção primária à Saúde.

Educação Permanente.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Constituição de 1988, bem como algumas leis complementares a exemplo a lei 80.80/90, marcaram a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) e de uma nova forma de prestar assistência à saúde no Brasil (CONILL, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), implementada na década de 90 pelo Ministério da Saúde, constitui-se como uma das principais formas de reorientação do modelo de assistência à saúde no país. A ESF busca romper com o modelo curativista, hospitalocêntrico e centrado na consulta médica, partindo em direção a um novo modelo de saúde coletiva, multiprofissional, centrado na família e na comunidade (BRASIL, 2006; COSTA *et al.*, 2009; SILVA; CALDEIRA, 2010).

Para tal fim são constituídas equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo cada equipe responsável pelo acompanhamento de um número determinado de famílias em uma área geográfica delimitada. As equipes devem atuar com ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos, além de visar a manutenção da saúde da comunidade. (BRASIL, 1997).

A implantação desse novo modelo vem ocorrendo de forma progressiva desde então, sendo que o modelo anterior ainda não foi completamente substituído. (SILVA; CALDEIRA, 2010). Existem ainda algumas dificuldades neste processo, como a falta de estrutura em algumas UBS, que foram criadas e alocadas em espaços já existentes, casas alugadas, sem ter havido a construção de unidades em conformidade com a nova proposta e novas portarias do SUS (BRASIL, 2008; MOURA *et al.*, 2010).

Outra questão relevante nesta transição diz respeito aos profissionais atuantes na ESF e sua participação na reorientação do modelo assistencial. A princípio, a formação dos profissionais é, em sua maioria, centrada no modelo flexneriano e curativista, sendo que o currículo nos cursos de graduação em medicina pouco aborda as questões de promoção e prevenção à saúde. Ressalta-se ainda a fragilidade de vínculo trabalhista dos profissionais, sendo que a rotatividade dos mesmos é alta, o que dificulta a formação de vínculo entre a própria equipe e com a comunidade e prejudica a continuidade do cuidado (COSTA *et al.*, 2009).

De acordo com Tesser; Poli Neto e Campos (2010), as equipes eram orientadas a lidar com programas de saúde e protocolos diagnósticos e terapêuticos, mas permaneceu incapaz de lidar com a demanda espontânea e com os imprevistos no cuidado à saúde. Dessa forma, apesar do grande esforço em promover uma rede assistencial baseada na ESF, o processo de trabalho continuou reproduzindo a organização tradicional de assistência, centrada no saber médico, nas doenças e em práticas curativas.

A despeito da proposta de reorientação do modelo assistencial no SUS, verifica-se que na atuação das ESF por vezes ainda predominam as intervenções baseadas no uso de máquinas, equipamentos e tecnologias duras. Ainda ocorre um distanciamento entre o profissional da unidade e o usuário em uma relação que não é marcada pelo acolhimento, cumplicidade, responsabilização, confiabilidade, vínculo e aceitação, descaracterizando, portanto, a proposta da ESF (SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2014).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção foi realizado utilizando-se a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) trabalhado no módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010), partindo da definição dos “nós críticos” e das propostas de viabilização dos problemas de acordo com a governança da equipe.

Foi realizado o diagnóstico situacional e da criação da lista dos problemas prioritários enfrentados pela ESF, que são: Baixo nível de conhecimento da população acerca do funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS); Má adesão às mudanças de estilo de vida propostas; Má adesão ao tratamento medicamentoso; Dependência de psicotrópicos; Tabagismo e etilismo. A partir de então, priorizou-se o primeiro problema citado, considerando seu impacto sobre a saúde e a capacidade de enfrentamento pela equipe.

Tal realidade sobrecarrega os profissionais e dificulta o trabalho em equipe, reduzindo a ação com enfoque na prevenção e de promoção da saúde. Certamente a postura da equipe, muitas vezes engessada nos modelos antigos, também influencia: a atuação dos profissionais de saúde de nível superior, da equipe local e do NASF, está centrada em atendimentos individuais, no consultório, ficando as atividades em grupo e de educação em saúde menos valorizadas ou mesmo não realizadas.

O enfrentamento deste problema no cenário encontra alguns “nós-críticos”, a saber:

- O processo antigo de trabalho da equipe.
- A ausência de profissional médico de longa permanência no local.
- Alto número de consultas por demanda espontânea.
- tempo reduzido de cada consulta com ações meramente curativas.
- Baixa escolaridade da população,
- Desconhecimento da população sobre a proposta de cuidado continuado.

- Necessidade de capacitação da equipe, em especial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
- Dificuldade no encaminhamento de pacientes à centros especializados.

Analizando os “nós críticos” levantados diante dos problemas organizacionais enfrentados pela ESF Canadá, em Contagem, foram propostas algumas ações com o objetivo de alterar a realidade local.

Inicialmente, a equipe deve unir esforços e se programar no intuito de esclarecer e orientar a população quanto ao funcionamento do serviço, quanto à necessidade de acompanhamento regular daqueles pacientes portadores de doenças crônicas e instituir o hábito de comparecimento às consultas para fornecimento de prescrição medicamentosa.

Para se alcançar um melhor aproveitamento nas atividades oferecidas pela Unidade Básica de Saúde pelos pacientes e, consequentemente, maior benefício na sua promoção da saúde, propõe-se uma maior sistematização e programação nos atendimentos da equipe. Essa estruturação passa por um maior preparo da equipe e uma consequente elucidação da população sobre os serviços propostos, incentivando o acompanhamento de doenças crônicas em consultas agendadas e grupos operativos e desencorajando a busca do famoso “renovar receita” sem o devido acompanhamento.

Recursos críticos

Para enfrentar o problema são necessários alguns recursos.

Recursos necessários:

Cognitivo→capacitação do profissional da atenção básica, meios de auxílio ou consulta.

Financeiro→disponibilização de cartilhas, material de orientação, cursos de educação permanente para o profissional que atua na atenção básica.

Na prática, após a discussão com a equipe, foi proposta a criação de uma cartilha que funcione como um guia rápido para os usuários e trabalhadores da unidade de

saúde e a criação de grupos operativos que estimulem o comparecimento dos usuários à UBS no período da tarde e a maior adesão ao tratamento proposto.

São pontos fundamentais para alcançar os objetivos propostos, o próprio envolvimento da equipe para sua capacitação e reuniões para traçar e programar o cumprimento das metas, além do envolvimento de todos no intuito de esclarecer a população sobre as propostas.

O que pode ser feito de forma viável por tais trabalhadores:

- O Agente Comunitário de Saúde (ACS) → incentivar o comparecimento dos usuários às consultas agendadas e realização de exames solicitados.
- O enfermeiro e técnico de enfermagem → realizar orientações durante o acolhimento e triagem, os pacientes sobre a diferenciação entre quadros agudos e de demanda espontânea e àqueles que requerem um cuidado longitudinal. Incentivar ao uso correto da medição, ao comparecimento às consultas agendadas, orientação sobre a necessidade de acompanhamento periódico dos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), não somente para “renovar receita”
- Médico → fazer o correto acompanhamento dos pacientes portadores de DCNT, orientar os pacientes sobre a necessidade, incentivar ao comparecimento às consultas agendadas e discutir a renovação de prescrições somente mediante consulta médica.

A seguir apresentam-se as propostas de ação com a programação a ser realizada e com o plano operativo do projeto, buscando modificar a realidade encontrada.

Quadro 1 – Propostas de Ações para a motivação dos Envolvidos

Projeto	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Ação Estratégica
		Autor	Motivação	
Reuniões periódicas para levantamento e agendamento das consultas dos pacientes.	Organizacional: Reservar na agenda da equipe um horário para a capacitação e para desenvolver os grupos de educação em saúde.	Equipe Multidisciplinar de Saúde da Família.	Favorável	Apresentar o projeto à equipe.
Necessidade de capacitação da equipe e em especial dos ACS.	Cognitivo: Capacitar toda a equipe em especial os ACS (atividades coordenadas pelos profissionais de nível superior da própria equipe ou convidar outros profissionais da Secretaria Municipal de Saúde).	Profissionais de nível superior. Secretária de Saúde.	Favorável Indiferente	Não é necessário. Apresentar o projeto destacando a sua importância.
Atividades de Educação Permanente e de Educação em Saúde.	Organizacional: Toda a equipe multidisciplinar deverá se reunir e participar ativamente da reunião de fechamento do SIAB, avaliação das ações desenvolvidas e planejamento para o mês seguinte.	Equipe Multidisciplinar de Saúde da Família.	Indiferente	Apresentar o projeto à equipe destacando a sua importância apesar das dificuldades que serão vivenciadas durante o processo de implantação do mesmo.

Quadro 2 – Plano de ação

Projetos	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Atividades de Educação Permanente e de Educação em Saúde.	Incentivar a equipe e os usuários a refletirem sobre a proposta da ESF bem como o impacto positivo das ações de promoção e prevenção na saúde da população e os riscos a que ficam expostos caso o enfoque seja exclusivo para as ações curativistas.	Mudança de pensamento e de comportamento com relação à prevenção e promoção de saúde.	Mostrar o impacto positivo das ações de promoção e preventivas na saúde da população.	Enfermeiro e Médico	Um mês para o início duração indefinida
Atividades de educação permanente para a equipe em horário da agenda de trabalho.	Levar os profissionais a refletirem sobre sua atuação frente aos objetivos da ESF, estimular o senso crítico, a mudança de comportamento e capacitá-los a exercer a educação em saúde para os usuários.	Profissionais preparados para atuar em uma nova perspectiva e educar os usuários.	Reservar horário dentro da agenda de trabalho para a atividade.	Médico, Enfermeiro, Profissional liberado pela Secretaria Municipal de Saúde	Duração indefinida
Confecção de cartilha sobre o funcionamento da unidade.	Maior compreensão e adesão às propostas de prevenção e promoção de saúde.	Cartilha a ser distribuída aos usuários	Distribuição das cartilhas e estímulo a sua leitura, com programação de grupo para debate e orientação.	Médico, Enfermeiro e ACS	Duração indefinida

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da atuação como médica em uma equipe de saúde da família e com o estudo e análise de dados da literatura, foi possível observar que a mudança de paradigma no cuidado e no modelo assistencial não é uma tarefa fácil.

A motivação no desenvolvimento deste trabalho foi a perspectiva de contribuir, de alguma forma, para o melhor funcionamento da unidade, visando um maior vínculo com os pacientes, uma ênfase no cuidado continuado e um estímulo na prevenção de doenças e promoção de saúde, diferentemente do que vinha sido feito anteriormente.

É fundamental que ocorra uma capacitação dos novos profissionais de saúde voltada para o novo paradigma de assistência à saúde, além de estimular a educação continuada àqueles inseridos no sistema visando a adequação às mudanças propostas para o novo modelo assistencial.

As mudanças, ainda que lentas e graduais, serão o caminho para promover maior organização do trabalho, melhor relação entre os profissionais da equipe e comunidade, além de melhores níveis de saúde da população.

O projeto de intervenção deverá ter continuidade, mesmo com a rotatividade do profissional médico.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades**. Minas Gerais. Contagem. 2013. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=311860>> Acesso em: 07 de jul. 2015

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/default_sinopse.shtm> Acesso em: 09 de Nov. de 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do Modelo Assistencial. Brasília, 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf Acesso em: 29 de jun. de 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das Unidades Básicas de Saúde**: Saúde da Família. 2ed. 52p. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional da Atenção Básica estabelecendo a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2006.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação de ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. Enferm.** v. 62, n. 1, p. 113-8, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017. Acesso em 10 Set. 2015

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária a Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**.v. 24, Suppl 1, p. 7-16, 2008.

MOURA, B. L. A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, v. 10, Supl.1, S69-S81, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500007. Acesso em 13 Set. 2015

SANTOS, W. J.; GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3441-3450, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03441.pdf>. Acesso em 10 Set. 2015.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cad. SaúdePública**. Rio de Janeiro, v.26, n. 6, p.1187 -1193, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/12.pdf>. Acesso em 13 Set. 2015

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA MUNICIPAL. Secretaria de Saúde de Contagem, 2015.

TESSER, C.D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des) medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.15, supl.3, p.3615-24, 2010