



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Especialização em Saúde da Família**



Gissirleide Brito Campos

**Programa de saúde da família: reorganização do trabalho na  
Unidade de Industrial.**

Espírito Santo

2016

Gissirleide Brito Campos

**Programa de saúde da família: reorganização do trabalho na Unidade de Industrial**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família, a Universidade Aberta do SUS.

Orientadores: Philipp Rosa de Oliveira, Waleska Souza Reisman.

Espírito Santo

2016

## RESUMO

*O Programa de Saúde da Família (PSF) foi formulado como uma estratégia para transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil apresenta-se como uma reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. A grande importância que a Estratégia de Saúde da Família representa no cuidado da atenção primária, justifica o projeto de intervenção desenvolvido na Unidade Básica de Saúde do Bairro Industrial, Município de Viana, estado do Espírito Santo, que possuía uma equipe de saúde não organizada e sem estruturação do trabalho de acordo com o ESF (Estratégia de Saúde da Família). Como objetivo principal desse projeto de intervenção está a reestruturação do trabalho da Equipe de Saúde da Unidade de Industrial, com a finalidade de reorganizar o trabalho com base na Estratégia de Saúde da Família. Realizado orientação da equipe de saúde, implantação das reuniões de equipe, organização da agenda, implantação dos grupos de promoção à saúde e a conscientização dos usuários e comunidade. Com a intervenção desse projeto, observou-se a melhora na qualidade do atendimento à população e organização do trabalho de equipe na unidade trabalhada.*

*Descritores: Programa de Saúde da Família; Atenção Básica; Estratégia de saúde da Família; Agenda; Promoção à Saúde.*

## SUMÁRIO

1.	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	03
1.1	Situação Problema.....	03
1.2	Justificativa.....	04
1.3	Objetivos.....	04
1.3.1	Objetivo	Geral 04
	.....	
1.3.2	Objetivo	Específico 04
	.....	
2.	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	05
	.....	
3.	<b>METODOLOGIA</b> .....	08
	.....	
3.1	Desenho da Operação .....	09
3.2	Público-alvo .....	09
	.....	
3.3	Parcerias Estabelecidas.....	10
3.4	Recursos Necessários.....	10
3.5	Orçamento.....	11
3.6	Cronograma de Execução.....	11
3.7	Resultados Esperados.....	11
3.8	Avaliação.....	14
4.	<b>CONCLUSÃO</b> .....	15
5.	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	17
	.....	

## 1. INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 pelo Ministério da Saúde, foi formulado como uma estratégia para transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil na busca de provocar reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros. Trata-se, portanto, de uma estratégia que envolve a comunidade, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e coloca as equipes multiprofissionais mais perto dos domicílios, das famílias e da comunidade (Costa et al). Dessa forma, apresenta-se como uma reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão 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 WAG, Labate RC).

A grande importância que a Estratégia de Saúde da Família representa no cuidado da atenção primária, bem como os benefícios para o usuário e a comunidade, serviu de motivação para a construção desse projeto de intervenção após observação do trabalho desenvolvido na Unidade Básica de Saúde do Bairro Industrial, Município de Viana, estado do Espírito Santo.

Este projeto de intervenção é uma construção de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) realizado no curso de especialização em saúde da família oferecido pela universidade aberta do SUS.

### 1.1 Situação-problema

A Unidade de Saúde do Bairro Industrial possuía uma equipe de saúde não organizada, sem estruturação do trabalho de acordo com a Estratégia de Saúde da Família, ausência de intervenção na comunidade e de outros princípios da ESF(Estratégia de Saúde da Família), ou seja, a Unidade permanecia com o trabalho estruturado na atenção básica, apesar de ser cadastrada como Unidade de Estratégia de Saúde da Família.

## 1.2 Justificativa

Dessa forma, esse projeto visou intervir na estruturação e organização do trabalho na Unidade de Saúde de Industrial, a fim de melhorar o serviço em saúde prestado ao usuário e à comunidade, garantir a atenção nos diferentes níveis de saúde, como promoção, prevenção, cura, reabilitação. Assim, garantir a maior cobertura em saúde da comunidade, o que acarreta na diminuição da busca pela atenção secundária e terciária. Além de garantir a integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado e os outros princípios regidos pelo SUS.

## 1.3 Objetivos

### 1.3.1 Objetivo principal

Como objetivo principal desse projeto de intervenção está a reestruturação do trabalho da Equipe de Saúde da Unidade de Industrial, com a finalidade de reorganizar o trabalho com base na Estratégia de Saúde da Família.

### 1.3.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos desse projeto são: orientação e educação da equipe de saúde sobre a Estratégia de Saúde da Família; estruturação do trabalho em equipe de saúde com a implantação das reuniões de equipe; organização da agenda de atendimento, com cobertura dos grupos de risco (gestantes e crianças menores de dois anos); planejamento das visitas domiciliares; promoção à saúde com grupos de HiperDia e reuniões com as gestantes; orientação da população sobre o ESF, como funcionamento, importância e benefícios.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

O Programa de Saúde da Família (PSF) desponta como uma das mais recentes estratégias assumidas pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reorganizar o modelo assistencial brasileiro (Santana ML, Carmagnani MI).

Publicado em 1994, o documento BRASIL (1994) revela que a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) tem como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade. Trata-se de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (Santana ML, Carmagnani MI).

Dessa forma, entende-se que o Programa de Saúde da Família proporciona uma atenção primária de boa qualidade. Sendo que o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população a fim de reverter o modelo assistencial vigente que passa a ter a família como objeto da atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Dessa forma, o PSF caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos profissionais identificados (Ministério da Saúde, 1997).

No PSF, a Unidade de Saúde da Família é destinada a realizar a atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção. Sendo assim, o trabalho em equipe aponta como peça principal e de grande importância para o funcionamento do trabalho na estratégia de saúde da família.

O trabalho em equipe tem como a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde doença. A ação interdisciplinar pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para intervenção na realidade em que estão inseridos. Assim, a abordagem integral dos indivíduos e famílias é facilitada pela soma de

olhares dos distintos profissionais que compõem as equipes interdisciplinares (Araujo MBS., Rocha PM).

Outra grande ferramenta necessária para o bom funcionamento do trabalho na atenção primária diz respeito à organização de uma agenda, que garanta o atendimento da demanda da comunidade de forma organizada.

No trabalho de equipe, podemos entender a agenda sob dois aspectos: a agenda operacional que descreve as ações no tempo e uma agenda político/organizacional que deve refletir os compromissos que a equipe tem com a sua população adscrita e seus gestores (ESPMG, 2010). Em relação ao primeiro aspecto, o maior desafio é organizar as atividades voltadas à demanda espontânea (não previsíveis), considerando os atendimentos individuais, ações coletivas, visitas domiciliares, além das demais atividades administrativas, de supervisão, reuniões de equipe, dentre outras. Esses conceitos devem ser definidos para a equipe, sendo: a consulta de *cuidado continuado* direcionada a usuários de situação prioritária de vulnerabilidade, portador de doenças crônicas, que necessitam de um acompanhamento contínuo para garantir manutenção das condições de vida e prevenir futuras complicações (dentre as doenças que necessitam de acompanhamento contínuo estão a hipertensão, diabetes mellitus, doenças respiratórias, tuberculose, hanseníase, dentre outras): a *demanda agendada* que corresponde aos usuários que estão excluídos dos grupos prioritários, mas necessitam da unidade básica de saúde para acessar a rede de saúde por acompanhamentos pontuais, além da *demanda imediata* que busca o serviço de forma espontânea para resolutividade de questões agudas, que necessitam de consulta no mesmo dia, sendo o atendimento dessa população, também de responsabilidade das Unidades de Saúde conforme a Portaria 2048/2002(Costa AC. *et al*). Esses aspectos devem ser considerados na elaboração da agenda de saúde de cada Unidade, visto que as características locais podem interferir em uma maior demanda imediata ou programada com impacto no cuidado continuado dos grupos prioritários por exemplo (Costa AC. *et al*).

Essa estruturação na organização da agenda pode ser considerada uma ferramenta de trabalho, onde se observam o planejamento das equipes, os resultados alcançados ao longo dos anos e assegura a participação popular. Entretanto, essa ferramenta só cumpre sua função quando é plenamente utilizada,



ou seja, quando traduz a corresponsabilização e cogestão dos usuários, trabalhadores e gestores (ESPMG, 2010).

Outro pilar do trabalho em Saúde da Família encontra-se na Promoção à Saúde onde as equipes devem atuar na perspectiva de ampliar e fortalecer a participação popular e o processo de desenvolvimento pessoal e interpessoal, utilizar a comunicação como instrumento terapêutico e promotor de saúde. Nesse sentido, indivíduos e famílias devem ser assistidos antes do surgimento de problemas e agravos a sua saúde. Para que isso ocorra às informações necessitam ser trabalhadas de forma simples e contextualizadas, sendo necessário que haja um processo de interação entre o conteúdo teórico e a experiência de vida de cada um e o estabelecimento da confiança e da vinculação do usuário ao serviço de saúde e ao profissional (Ministério da Saúde, 1997).

### 3. METODOLOGIA

A Unidade de Saúde da Família de Industrial localiza-se no bairro Industrial no município de Viana, região metropolitana do estado do Espírito Santo. A unidade foi fundada há quase 30 anos, inicialmente estruturada como modelo de atenção básica, passando posteriormente a ser denominada como unidade de saúde da família, sendo responsável por cerca de 4700 usuários cadastrados, entretanto sem atualização desse número. Apresenta uma equipe de saúde composta por sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um médico, sendo ampliada com a saúde bucal, composta por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário. Apresenta ainda, um segundo médico que presta assistência à população apenas em um período do dia.

O trabalho nessa unidade era basicamente voltado para atenção básica, centrado na consulta médica, sem estruturação do trabalho voltado para o ESF. A presença de dois médicos em uma mesma equipe dificultava a longitudinalidade do paciente, ausência da presença do médico da família, uma vez que o usuário estava habituado a marcar a consulta com um dos dois médicos, de acordo com a disponibilidade de vagas ofertadas na semana de marcação, o que vai de encontro com os princípios regidos pelo SUS, como a integralidade e longitudinalidade, por exemplo.

Observado também a ausência de conhecimento da equipe sobre o ESF, atribuições e funções de cada membro, ausência de reuniões de equipe, planejamento das visitas domiciliares e de ações de promoção à saúde. Cada profissional exercia sua função de forma limitada, sem interdisciplinaridade e planejamento. Dessa forma, o trabalho na unidade gerava em torno basicamente da consulta médica ofertada ao usuário, sendo atendimentos pontuais, não se observando na maioria das vezes a resolutividade do problema, ausência de acompanhamento dos grupos de risco e consultas de cuidado continuado, agenda não organizada e que não cobria grupos de risco como gestantes e crianças menores de 2 anos, demandas e acolhimento de forma desorganizada, o que não atendia a demanda da população adscrita.

### 3.1 Público-alvo

Diante desse cenário encontrado na Unidade de Industrial e o conhecimento dos benefícios que o trabalho estruturado na Estratégia de Saúde da Família, surgiu à necessidade de intervenção junto à equipe de saúde e à população usuária do serviço.

### 3.2 Desenho da operação

O primeiro passo foi orientar a equipe de saúde sobre o Programa de Saúde da Família, sua construção, funcionamento e benefícios, composição da equipe de saúde e a função de cada membro, com ênfase na importância do trabalho multidisciplinar. Como início dessa abordagem foi feito um questionamento individual por escrito para cada membro da equipe com as seguintes perguntas: o quê é estratégia de saúde da família; como é composta a equipe de saúde da família; quais suas funções e atribuições. Esse pequeno questionário confirmou o desconhecimento e o despreparo da equipe, uma vez que, por exemplo, alguns não sabiam as atribuições de sua função e outros achavam que a funcionária de serviços gerais também integrava a equipe de saúde. Após essa análise inicial, foi realizada uma reunião com uma discussão em grupo e apresentação de uma aula, realizada pela médica autora do projeto de intervenção, sobre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para todos os membros da equipe e funcionários da unidade.

Após esse primeiro passo, ficou acordado reuniões de equipe semanalmente para discussões de casos dos pacientes, planejamento de estratégias e das visitas domiciliares, bem como outros assuntos que eram levantados nas reuniões, que também serviam para fortalecer e sanar dúvidas sobre a nova forma de trabalho que começava a ser implantada. Com relação à formação da equipe, o médico que permanecia na unidade os dois períodos do dia e apresentou a iniciativa de reorganizar o serviço voltado para a ESF, passou então a configurar como médico da família vinculado a equipe e o outro médico que permanecia apenas no período matutino não interferiu no trabalho.

A agenda de atendimento também sofreu intervenção, antes era por marcação aleatória, sem consultas de cuidado continuado e demandas, bem como a ausência de consultas de puericultura e pré-natal. As consultas caracterizavam livre

demanda, sendo que em um mesmo período eram atendidas gestantes, puericultura e hipertenso, além de não haver espaço reservado para atendimentos de urgência e demanda, o que tornava o trabalho do médico desorganizado, sem planejamento, despendia mais tempo e gerava de certa forma um grau de estresse, uma vez que o tempo não era suficiente e a demanda era além da programada, o que provocava descontentamento na população assistida, bem como no médico assistente.

Sendo assim, a nova agenda passou a ser estruturada de forma a apresentar consultas agendadas (cuidado continuado e consultas pontuais) e consultas de demanda/urgências, além de períodos específicos para consultas de pré-natal e atendimento de crianças menores de dois anos (puericultura). E ainda, em dias agendados e planejados eram incorporados na agenda as visitas domiciliares, reuniões de equipe e grupos de promoção à saúde como os grupos de HiperDia e reuniões com as gestantes.

A maioria dos usuários sentiu a mudança de forma positiva, pois o trabalho tornou-se mais organizado, as consultas mais dinâmicas e resolutivas com o acolhimento da demanda, cobertura dos grupos de risco e as visitas domiciliares planejadas com maior resolubilidade. As visitas realizadas pelos ACS deixaram de ser apenas para cadastramento e passaram a orientar a população sobre promoção à saúde e o funcionamento da Unidade de Saúde da Família.

A orientação da população sobre e reorganização do trabalho na unidade realizada nas consultas médicas, da enfermagem, nos grupos e em todas as oportunidades de intervenção, foi de grande importância para a aceitação da comunidade.

### 3.3 Parcerias Estabelecidas

Esse projeto de intervenção foi apoiado e orientado pelo tutor do PROVAB, como também teve apoio inicial e parcial da coordenação da unidade.

### 3.4 Recursos Necessários

Todo o material educativo utilizado nos grupos de promoção à saúde e pelos ACS foram fornecidos pela prefeitura e utilizado material disponível na unidade.

### 3.5 Orçamento

Não houve gastos para a execução do projeto. Todo material utilizado foi disponibilizado pela Unidade de Saúde.

### 3.6 Cronograma de execução

A reorganização do trabalho na unidade de Industrial foi realizado no período entre os meses de maio a outubro de 2015, total de cinco meses, distribuídos da seguinte forma:

Metas	Prazo
Orientação da equipe	Trabalho contínuo – cinco meses (maio a outubro)
Implantação das reuniões de equipe	Um mês (junho)
Organização da agenda	Três meses (junho a agosto)
Implantação dos grupos de promoção à saúde	Dois meses (julho a agosto)
Conscientização dos usuários	Trabalho contínuo – cinco meses (maio a outubro)

### 3.7 Resultados esperados

Enfim, esse projeto de intervenção visou reestruturar o trabalho da Equipe de Saúde da Unidade de Industrial com a intenção de melhorar o atendimento prestado à comunidade adscrita e garantir os princípios do SUS como a integralidade e longitudinalidade, bem como promover o cuidado ao indivíduo inserido na sua família e comunidade, ao invés do modelo centrado na doença até então dominante. Além de incorporar a idéia do trabalho em equipe de forma multidisciplinar, planejamento das intervenções e do cuidado prestado, com ênfase na importância da promoção à saúde.

Após essas mudanças, foi observado uma melhora na qualidade do atendimento à população, uma vez que as consultas passaram a ser mais organizadas, as demandas/urgências foram atendidas, o que gerou a satisfação da população, além de ter reduzido o número de faltas das consultas agendadas e a procura pela demanda. As consultas de pré-natal melhoraram a atenção às gestantes da área, que antes apresentavam cartões de pré-natal incompletos, grande número de faltas às consultas, reclamações de consultas rápidas. Após a implantação do pré-natal, cessaram as faltas, as consultas passaram a ser programadas, as gestantes sentiram mais confiança no médico assistente além da participação ativa dos grupos de gestantes. Essa melhora também foi observada nas consultas de puericultura, que possibilitou acompanhamento de perto das crianças, principalmente no primeiro ano de vida, prevenção dos agravos nessa população, estimulação ao aleitamento materno, atualização do cartão vacinal, prevenção da anemia ferropriva, desnutrição e doenças parasitárias, e ainda o acompanhamento do desenvolvimento pondero estrutural e combate a obesidade infantil, muito observado nessa população.

O novo modelo de agenda facilitou o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, que passaram a frequentar os grupos, para os quais eram convidados pelas ACS, realizada a busca ativa desses pacientes e atualização dos cadastros do HiperDia, sendo distribuído material educativo durante as palestras.

Em relação à equipe, o trabalho passou a ser mais dinâmico e interdisciplinar, o diálogo entre os profissionais passou a ser mais frequente, bem como a cooperação e discussão na equipe para solucionar os problemas levantados. Observou-se grande participação da odontologia nas reuniões gerais e nos trabalhos de promoção à saúde, integrando dessa forma a saúde bucal a equipe. Outra atividade que passou a ser integrada foi a promoção à saúde realizada pelo técnico de enfermagem e a enfermeira nos dias de consulta, enquanto os pacientes aguardavam a consulta eles eram orientados sobre forma de prevenção de doenças contagiosas, saneamento básico, hipertensão e outros temas relevantes.

A reorganização do trabalho nessa unidade enfrentou muitas dificuldades e obstáculos. Os integrantes da equipe estavam habituados a realizar o trabalho básico que não desprendia muito esforço, as horas trabalhadas eram menores e o contato com a população era pequeno e pontual, somente o médico que apresentava mais horas trabalhadas. Quando houve a proposta de mudança, que

passaria a demandar maior esforço da equipe houve descontentamento, principalmente, da enfermeira da equipe, que não possuía conhecimento da ESF e foi muito resistente, alegava que a população não aceitaria a mudança e que o trabalho realizado atendia à comunidade, quando na verdade não queria assumir a responsabilidade de coordenar a equipe no novo trabalho proposto que demandaria mais responsabilidade e empenho do profissional. Dessa forma, todo o trabalho de coordenação da equipe, reuniões e estruturação do trabalho era realizado pelo médico da equipe, sempre com a resistência da enfermagem.

Os ACS apresentaram grande entusiasmo e abertura no início, trabalharam ativamente para a mudança, interessados e participativos, principalmente quando observaram melhoria na qualidade das suas visitas domiciliares e o reconhecimento da população. Entretanto, um pequeno grupo passou a dificultar o trabalho, influenciados pela enfermeira, faltavam às reuniões, levantavam questionamentos e buscavam apoio em alguns populares para criticarem a nova forma de trabalho, o que ocasionou alguns episódios de tumulto e agitação em alguns dias de atendimento. Dessa forma, os ACS ficaram divididos em dois grupos opostos, o que culminou com o enfraquecimento da equipe e do trabalho desenvolvido.

Outro obstáculo foi a coordenação da unidade e a gestão municipal. Inicialmente aceitaram e apoiaram o projeto de intervenção, entretanto, passaram a gerar obstáculos e dificuldades, pois não era de interesse da gestão os grupos de promoção à saúde e a agenda estruturada, uma vez que, para a coordenação e a gestão municipal, o médico deveria limitar-se ao atendimento clínico, priorizando a quantidade à qualidade, cobrança sobre a produção médica baseada apenas na quantidade de consultas realizadas, não se levando em conta outras formas de assistência prestada à comunidade. Sendo que a falta de conhecimento sobre a ESF e atenção básica foi o maior dificultador desse trabalho, já que o diálogo entre o médico e a coordenação/gestão era limitado, uma vez que o secretário de saúde não possuía formação e conhecimento em saúde e a coordenadora da unidade não possuía experiência em gestão de unidade de saúde, sendo assim, não foi dada a real importância ao trabalho proposto, mesmo o médico tendo enfatizado a melhoria apresentada no trabalho e na assistência à população, importância do trabalho estruturado na ESF, disposição de coordenar o trabalho e abertura constante ao diálogo, além de demonstrar ser um profissional médico vinculado ao Programa de Valorização da Atenção Primária disposto a acrescentar melhorias no local de

trabalho. E ainda, o fato das questões políticas serem de grande influência nesse município contribui de forma negativa para esse projeto, pois houve a troca de enfermeiro, o que gerou a desestruturação do trabalho já implantado, retomada da forma anterior de trabalho e a transferência do médico, autor do projeto de intervenção, para outra unidade de saúde, dessa forma sem a possibilidade de continuar o projeto e orientado a trabalhar da forma vigente no município, ou seja, sem estruturação de estratégia de saúde da família.

### 3.8 Avaliação

Os resultados desse projeto de intervenção foram avaliados por meio da observação das metas e planos cumpridos como: a incorporação e a aceitação pela equipe das mudanças propostas, reestruturação do trabalho com base nas diretrizes da Estratégia de Saúde da Família; boa aceitação da nova forma de trabalho pela comunidade, uma vez que foi nítida a melhora no atendimento prestado; organização bem-sucedida da nova agenda que proporcionou melhoria na qualidade dos atendimentos, organização do fluxo das demandas, cobertura dos grupos de risco, visitas domiciliares planejadas, além de grupos de promoção à saúde bem aceitos e frequentados pelos usuários.



#### 4. CONCLUSÃO

Esse projeto de intervenção reafirmou as dificuldades já conhecidas sobre a implantação do trabalho estruturado no Estratégia Saúde da Família, obstáculos que vão desde trabalho interno à gestão municipal, mesmo com o conhecimento dos benefícios para o trabalho em saúde e para a população assistida.

A Estratégia de Saúde da Família ainda tem encontrado dificuldades em mudar este contexto, devido ao excesso de demandas pontuais e emergenciais e dificuldade de pactuar ações programadas de prevenção e promoção para a população, uma vez que, a população ainda procura a resolutividade no atendimento imediato. Alguns problemas que também interferem nos processos de trabalho, são a estrutura física das unidades, falta de ferramentas de gestão que avaliem o desempenho das equipes, o despreparo das equipes em planejar ações utilizando os dados epidemiológicos e os indicadores de saúde do território, elaboração das agendas sem análise da demanda e das prioridades, potencial do ACS pouco aproveitado e por vezes sem a supervisão contínua e adequada, gerando desmotivação e desvalorização dos profissionais (ESPMG, 2010).

Os gestores locais também têm sua contribuição neste contexto devido à falta de comprometimento com as equipes, dificuldade em delegar autonomia para as mesmas, falta de garantia de espaços de discussão, treinamento teórico-prático e investimentos aos profissionais (ESPMG, 2010). Outro fator dificultador é de ordem política observado em alguns municípios onde a troca de prefeito acarreta na troca de equipe, o que compromete o trabalho implementado, ou seja, a troca excessiva dos membros da equipe por motivos “políticos” impossibilita o estabelecimento de vínculos, o avanço das ações e a relação equipe/família/comunidade. Nesse sentido, parece que a política municipal não reconhece os princípios norteadores do ESF e desconsidera a comunidade local como foco de atenção, dando a impressão de que o ESF é apenas um programa estratégico para reforçar a arrecadação e fortalecer as campanhas eleitorais (Rosa WAG, Labate RC).

Neste contexto, enfatizando que a ESF tem como foco a organização do modelo da atenção básica e fortalecimento do SUS, sendo seu objetivo principal a ampliação do acesso e qualificação dos serviços, ainda há resquícios de atuação dentro de um modelo tradicional tanto por parte dos trabalhadores quanto da própria população e assistência com o foco no profissional médico e ações terapêuticas,

tendo os desafios da ampliação das ações intersetoriais, vigilância em saúde e a responsabilização do usuário em busca de autonomia no cuidado de sua saúde (Costa AC. *et al*).

Dessa forma, com esse projeto de intervenção, conclui-se que é possível melhorar o trabalho ofertado a população, garantir de certa forma os princípios do SUS, a fim de gerar melhoras nos indicadores de saúde e na realidade da população adscrita. Entretanto, não sendo esse o interesse da gestão municipal, dos trabalhadores e dos usuários que estão habituados ao modelo vigente, centrado na doença e resolução pontual, quantidade em relação à qualidade, e menor necessidade de empenho por parte da equipe. Assim, permanece a imagem da unidade de saúde centrada no trabalho do médico.

Diante da experiência vivida nesse projeto de intervenção, ficam alguns questionamentos como: o por quê da dificuldade em aceitar mudanças que visam a melhoria do atendimento à população? Por quê possuir uma unidade básica de saúde cadastrada como unidade de saúde da família com uma equipe, mas permanecer no modelo centrado na doença? Por quê não gerar a promoção a saúde, um método mais barato que previne e diminui as doenças e desafoga a atenção secundária e terciária? Por quê não investir na qualificação e incentivo dos seus profissionais?

E como último questionamento, será que realmente faltam profissionais interessados e comprometidos com a saúde de seus pacientes ou faltam recursos, condições de trabalho e, principalmente, o real interesse dos órgãos competentes em fornecer uma atenção básica de qualidade para a população?

Dessa forma, o que se observa, infelizmente, são muitos dos princípios do SUS não sendo colocados em prática.

## 5 - REFERÊNCIAS

1- Costa, G.D. *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. (Costa et al). Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acessado no dia 06/12/2015.

2- Rosa W.A.G, Labate R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. (Rosa WAG, Labate RC). Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acessado no dia 01/12/2015.

3- Santana M.L, Carmagnani M.I. Programa Saúde de Família na Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. (Santana ML, Carmagnani MI) – Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acessado no dia 20/11/2015.

4- Alves G.G., Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. (Alves GG., Aerts D) – Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acessado no dia 20/11/2015.

5- Araujo M.B.S., Rocha P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. (Araujo MBS., Rocha PM) – Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acessado no dia 06/12/2015.

6- Costa A.C. *et al.* Agenda- um desafio para a organização do serviço de saúde. (Costa AC. *et al*) – Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acessado no dia 06/12/2015.

7- Ministério da Saúde, Brasília-1997 – Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. (Ministério da Saúde,1997) – Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acessado no dia 20/11/2015.

8 - Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Oficinas de Qualificação da Atenção Primária de Belo Horizonte. Belo Horizonte: (ESPMG, 2010). – Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acessado no dia 20/11/2015.

9 - Caetano R., Dain S. O programa de saúde da família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos e novos problemas, novos desafios. (Caetano R, Dain S) – Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acessado no dia 06/12/2015.

10 – Sousa M.F., Edgar M.H. Programa saúde da família no Brasil: uma agenda incompleta? (Sousa MF, Edgar MH) – Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acessado no dia 06/12/2015.

11 – Beato M.S.F., Stralen C.J.V, Passos I.C.F. Uma análise discursiva sobre os sentidos da promoção da saúdes incorporadas à Estratégia Saúde da Família. (Beato MSF. *Et al*) – Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acessado no dia 06/12/2015.

12 – Copque H.L.F., Trad L.A.B. Programa saúde da família: a experiência de implantação em dois municípios da Bahia. ( Copque HLF, Trad LAB) – Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acessado no dia 20/11/2015.

13 – Ronzani T.M., Silva C.M. O programa de saúde da família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. ( Ronzani TM, Silva CM) – Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acessado no dia 20/11/2015.

14 – Cruz M.M., Bourget M.M.M. A visita domiciliária na estratégia de saúde da família: conhecendo as percepções das famílias. ( Cruz MM., Bourget MMM) – Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acessado no dia 20/11/2015.

15 – Crevelim M.A., Peduzzi M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? (Crevelim MA, Peduzzi M) – Disponível em [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acessado no dia 20/11/2015.

