

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Eduardo Bruno Lima de Paiva

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA ATUALIZAÇÃO DO CADASTRO ENTRE OS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE QUE ATUAM NA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DA UNIDADE BÁSICA SANTO ANTÔNIO EM ÁGUA BOA, MINAS
GERAIS**

Teófilo Otoni

2020

Eduardo Bruno Lima de Paiva

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA ATUALIZAÇÃO DO CADASTRO ENTRE OS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE QUE ATUAM NA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DA UNIDADE BÁSICA SANTO ANTÔNIO EM ÁGUA BOA, MINAS
GERAIS**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Dra. Regina Maura Rezende

Teófilo Otoni

2020

Eduardo Bruno Lima de Paiva

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA ATUALIZAÇÃO DO CADASTRO ENTRE OS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE QUE ATUAM NA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA DA UNIDADE BÁSICA SANTO ANTÔNIO EM ÁGUA BOA, MINAS
GERAIS**

Projeto do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Dra. Regina Maura Rezende

Banca examinadora

Professora Dra. Regina Maura Rezende (Orientadora) UFTM

Professora Dra. Maria Marta Amancio Amorim, Centro Universitário Unifacvest

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de dezembro de 2020.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
COVID 19	Doença por Corona Vírus (2019)
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
DM	<i>Diabetes mellitus</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESUS	Estratégia de Informatização
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMRS	Índice Mineiro de Responsabilidade
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
PACS	Programa de Agentes Comunitários em Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SNIS	Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento
SUDENE	Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visita Domiciliar

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Santo Antônio, município de Água Boa, estado de Minas Gerais	12
Quadro 2 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta de comunicação entre os profissionais da equipe alterando o processo de trabalho”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio, do município Água Boa, estado de Minas Gerais	22
Quadro 3 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Falta de conhecimento do significado do e-SUS por parte dos ACS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio, do município Água Boa, estado de Minas Gerais	24
Quadro 4 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Falta do acolhimento e escuta qualificada e planejamento adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio, do município Água Boa, estado de Minas Gerais	25

RESUMO

O modelo de atenção básica praticado na Unidade Básica Santo Antônio em Água Boa/Minas Gerais possui um padrão predominantemente fragmentado e hierarquizado, porém, em alguns pontos, o modelo se apresenta como rede. Um dos principais problemas relacionados à organização do processo de trabalho da equipe seria a falta de um planejamento, falta de comunicação, falta de interação com a secretaria de saúde, e de um plano de metas a serem alcançadas a longo prazo. A Unidade passa por um processo de reorganização, e foi possível identificar um grave problema no relatório de cadastro individual que está muito desatualizado. Assim, este trabalho tem como objetivo elaborar um plano de ação para atualizar o cadastro dos usuários da área de abrangência, permitindo que a equipe organize melhor o cuidado prestado aos usuários sob sua responsabilidade, na Unidade Básica de Saúde Santo Antônio, no município de Água Boa, em Minas Gerais. O método utilizado para o presente projeto foi o Planejamento Estratégico Situacional na composição de um plano de ação para intervir no problema considerado mais importante. Assim, foi realizada revisão de bases conceituais em artigos *Scientific Electronic Library Online*, Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde utilizando como descritores: atenção à saúde, saúde da família, cadastro, agente comunitário de saúde, além do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, dentre outras. Consultou-se ainda publicações do Ministério da Saúde referentes ao tema. A partir da execução deste projeto espera-se melhorar o sistema de cadastro e trabalho da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio, do município Água Boa, estado de Minas Gerais, assim como conscientizar a comunidade e os agentes comunitários sobre a necessidade de cumprir seu trabalho, sensibilizá-los sobre a necessidade de participar e desenvolver seu cadastro, e, por conseguinte, melhorar a qualidade do atendimento à população usuária.

Palavras-chave: Atenção à saúde. Saúde da família. Cadastro. Agente comunitário de saúde.

ABSTRACT

The primary care model practiced at the Santo Antônio Basic Unit in Água Boa / Minas Gerais has a predominantly fragmented and hierarchical pattern, however, in some points, the model is presented as a network. One of the main problems related to the organization of the team's work process would be the lack of planning, lack of communication, lack of interaction with the health department, and of a plan of goals to be achieved in the long term. The Unit is undergoing a reorganization process, and it was possible to identify a serious problem in the individual registration report, which is very out of date. This work aims to develop an action plan to update the registration of users in the coverage area, allowing the team to better organize the care provided to users under their responsibility, at the Santo Antônio Basic Health Unit in the municipality of Água Boa in Minas Gerais. The method used for this work was Situational Strategic Planning in the composition of an action plan to intervene in the most important problem. It was carried out by reviewing conceptual bases in articles in Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, Scientific Electronic Library Online, Latin American and Caribbean Center for Health Sciences Information, Center for Education in Collective Health, among others, using as descriptors: health care, family health, registration, community health agent. Publications from the Ministry of Health regarding the topic were also consulted. From the execution of this project, it is expected to improve the registration and work system of the Santo Antônio Family Health Team, in the municipality of Água Boa, state of Minas Gerais, as well as to raise awareness among the community and community agents about the need to fulfill their obligations. Work make them aware of the need to participate and develop their registration.

Keywords: Health care. Family Health. Register. Community health agent.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Aspectos gerais do município	9
1.2 O sistema municipal de saúde	10
1.3 Aspectos da comunidade.....	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde Santo Antônio.....	12
1.5 A Equipe da Unidade Básica de Saúde Santo Antônio	13
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Santo Antônio	13
1.7 O dia a dia da equipe Santo Antônio	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	14
1.9 Priorização dos problemas - a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	14
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo geral.....	17
3.2 Objetivos específicos	17
4 MÉTODOLOGIA.....	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
5.1 Estratégia Saúde da Família.....	19
5.2 O Agente Comunitário de Saúde	20
5.3 Atualização de Cadastro.....	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	23
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	23
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo).....	23
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	24
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (sétimo ao décimo)	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Água Boa é uma cidade com 15.195 habitantes, localiza-se a 37 km sul-leste de Capelinha, e distante 379 km da capital do Estado, Belo Horizonte. Os primeiros habitantes se estabelecerem na região no ano de 1832 e em 1835 construíram uma capela, mas foi somente em setembro de 1855 que houve a doação de terrenos, às margens do Ribeirão Água Boa, para o primeiro povoado (IBGE, 2017).

Em 1877 foi criado o distrito de Água Boa e vinculado a cidade de Minas Novas, e, desde o final da década de 1880 o povoado já constituía estação postal e paróquia. Em 1911, o distrito de Água Boa é transferido do município de Minas Novas para o de Capelinha e somente em 12 de dezembro de 1953 ocorre a emancipação política do município, graças a atuação política do então prefeito de Capelinha (no cargo entre 1952 e 1953), o Sr. Rosalvo Alves de Oliveira, que após esforço pessoal na Assembleia Legislativa de Minas Gerais, retornou ao distrito com a lei estadual nº 1039 de 12/12/1953, assinada. O governador de Minas Gerais nomeou um intendente municipal no ano de 1954, para administrar o novo município até as próximas eleições, que ocorrem no final deste mesmo ano, sendo eleito Rosalvo Alves de Oliveira o primeiro prefeito da cidade e exercendo o mandato de 1955 a 1958 (IBGE, 2017).

Água Boa possui uma área de 1.321,9 km², o que denota um território vasto e de limites bem alargados, quando comparada a outras áreas administrativas do estado de Minas Gerais. E, nesse sentido, a sede do município se localiza em uma cidade de pequeno porte, cujo território se configura com vasta área, e, figura com expressão da cultura de gado de corte, logo, com fazendas de gado de larga monta. Por infelicidade, a área demarcada como sendo de abrangência da Superintendência para o Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), que alcança diversos municípios pobres do nordeste de Minas Gerais, chega até a divisa de Água Boa, mas não inclui o município, o que poderia refletir em melhorias diretas à população e aos serviços de atendimentos a mesma. Nesse sentido, cabe destacar que, em função da situação apontada, poucas organizações recebem incentivos fiscais ou financiamento atraente para se desenvolver no local, e, assim, faz com que haja um processo em que a carência social seja uma constante nos índices de desenvolvimento humano, e, por conseguinte, com insuficientes investimentos nas

áreas da saúde, desenvolvimento urbano, saneamento, dentre outros. Há vários vilarejos (distritos) pertencentes ao município e vinculados à prefeitura de Água Boa, tais como Palmeiras de Resplendor, Catequeses, Santo Antônio e Graminha. O município não possui Fórum de Comarca, uma vez que não se configura como tal; nesse sentido, os julgamentos das ações judiciais são acompanhados pelo Tribunal de Justiça de Minas Gerais, sediado no Município de Capelinha. Há, em Água Boa, duas escolas públicas estaduais de ensino fundamental, a saber: Joaquim Pimenta de Araújo e Alfredo Sá. A escola de ensino médio, chamada tradicionalmente de "colégio", é a Escola Estadual Adão Marques das Aleluias (IBGE, 2017).

1.2 O sistema municipal de saúde

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 15.79 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 14.7 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 286 de 853 e 7 de 853, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 1751 de 5570 e 128 de 5570, respectivamente. Apresenta 51.6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 20.5% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 18.2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 548 de 853, 780 de 853 e 466 de 853, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 2161 de 5570, 5100 de 5570 e 1988 de 5570, respectivamente (IBGE, 2017).

O modelo de atenção básica praticado na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santo Antônio em Água Boa, Minas Gerais (MG), na qual estou alocado, possui um padrão predominantemente fragmentado e hierarquizado, porém, em alguns pontos, o modelo se apresenta como rede, podendo citar o exemplo da ênfase das intervenções que não são somente curativas ou reativas como no modelo fragmentado, mais também, promocionais como no modelo de rede; outro exemplo está na ênfase do cuidado, que não está focada nos profissionais e no médico, mais sim no indivíduo e seus familiares junto com a orientação, estimulação e supervisão do auto cuidado.

Quanto aos pontos de atenção à saúde e sistemas de apoio e logístico, no município existem duas UBS urbanas e mais 4 equipes de saúde rurais, não há centro de referência especializado da atenção secundária, porém, temos um ginecologista, um pediatra e um ortopedista que fazem os atendimentos nas unidades de saúde urbanas em dias alternados da semana. Para as demais especialidades os pacientes são encaminhados para outros municípios. Há um hospital de baixa complexidade 24 horas, apenas com clínico geral, também não são realizados partos vaginais nem cesarianas, e todas as gestantes são encaminhadas para realização do parto em municípios de referência. Não tem centros de diagnóstico por imagens nem laboratórios, logo, os exames são realizados em parceria com a iniciativa privada e alguns são encaminhados para outros municípios via secretaria de saúde. Conta-se com farmácias populares e farmácias privadas cadastradas com distribuição de algumas medicações de forma gratuita para a população.

Já a organização dos Pontos de Atenção à Saúde, na referência para Obstetrícia de baixo risco, as pacientes são encaminhadas para o município de Santa Maria do Suaçuí há 26 km do município, e, urgência e emergência são encaminhadas ao município de Governador Valadares há 270 km do município.

Os maiores desafios de se trabalhar no local é garantir o princípio da Integralidade, por não possuir um serviço de atenção secundária no município, somente atenção primária e terciária; quando existe a necessidade de realização de exames mais complexos ou uma orientação de especialista, a comunicação é realizada por meio de encaminhamentos. Na maioria das vezes esses exames e consultas com especialistas são custeados pelo usuário uma vez que não temos muitos recursos disponíveis no município, e, a comunicação acaba se perdendo por algum motivo. Em alguns casos a condução do caso é interrompida ou retardada piorando o prognóstico dos pacientes (ÁGUA BOA, 2019).

O Povoado de Santo Antônio é uma comunidade localizada na Zona Rural, com 453 pessoas cadastradas no eSUS, mas estima-se que esse número seja de 2500 pessoas. Esses habitantes estão distribuídos em pequenos povoados e nas fazendas ao redor. A população vive predominantemente de trabalho nas propriedades de gado bovino e agricultura familiar de subsistência. É grande o número de desempregados e subempregos. Uma grande parte depende

exclusivamente de benefícios sociais do governo federal (Bolsa Família). (ÁGUA BOA, 2019).

1.3 Aspectos da comunidade

A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo; a fonte de água vem de poços artesianos e córregos, e muitas vezes não recebem o tratamento adequado antes do consumo. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. Os dados do saneamento básico apresentados pelo Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SNIS), para o ano 2013, e pelo Índice Mineiro de Responsabilidade (IMRS), para o ano 2011, corroboraram com as informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), em que se evidenciava o menor acesso ao serviço de coleta de resíduos sólidos, comparativamente aos demais serviços, o que refletia na proporção das internações relacionadas ao saneamento ambiental (IBGE, 2017).

1.4 A Unidade Básica de Saúde Santo Antônio

O atendimento de saúde é realizado em visitas a cada 15 dias, muitas vezes em locais improvisados e condições precárias. Por se tratar de uma UBS Rural, não tem ponto fixo de atendimento, e 10 povoados são visitados, em média, duas vezes por mês. O atendimento é realizado em lugares diversos, casas alugadas pela prefeitura, igrejas e nas casas dos próprios moradores, tudo improvisado de forma precária. Reservamos dois dias no mês para atendimento dos pré-natais em uma unidade da zona urbana que dividimos com outra equipe.

Com o objetivo de apoiar a ESF, aumentar sua abrangência, bem como a ampliar a atuação da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou no ano de 2008 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. É uma equipe de apoio, composta por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, farmacêuticos, médicos acupunturistas e homeopatas, dentre outros. (PINHEIRO; GUANAES-LORENZI, 2014). Infelizmente o Município de Água Boa não possui NASF, que pode ser considerado como “retaguarda” das

equipes da ESF, pois atua junto com a equipe, para compartilhar conhecimento e práticas de saúde no trabalho diário em cada região, o sistema municipal de saúde conta com uma unidade de NASF.

1.5 A Equipe da Unidade Básica de Saúde Santo Antônio

A equipe de saúde da família (eSF) da UBS Santo Antônio, é constituída de uma enfermeira, um médico, um técnico de enfermagem e nove agentes comunitários de saúde (ACS). A Unidade de Saúde funciona das 7 horas às 17 horas e, para tanto, é necessário o apoio dos ACS, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo, sempre que o ACS está em seu horário de almoço.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Santo Antônio

O funcionamento da Unidade de Saúde inicia-se com uma rota por dia na zona rural, saindo da cidade as 7 horas e 30 minutos, e iniciando os atendimentos assim que chegamos nos povoados; a equipe trabalha com demanda espontânea, sem limites de consultas e sem hora certa para voltar para casa. Somente gestantes são agendadas com antecedência para atendimento na unidade urbana a cada 15 dias.

O atendimento do Município está na modelo atenção primária, esse fato tem sido motivo de algumas discussões, principalmente porque a demanda é grande e “tira” o tempo para organizar grupos de apoio e educação permanente em saúde para a comunidade, e, são agendadas consultas de pacientes crônicos para seguimento, gestantes e puericultura. Ainda assim, são desenvolvidos grupos de atividade física e grupos de atividades manuais.

A Unidade passa por um processo de reorganização, e foi possível identificar um grave problema no relatório de cadastro individual que está muito desatualizado; a prioridade antes dessa pandemia do COVID19 era atualizar esse cadastro para fazermos um diagnóstico da população de abrangência. Porém, os trabalhos foram interrompidos devido à crise de saúde atual. As visitas aos povoados rurais foram suspensas, os médicos estão se revezando nas unidades urbanas e hospital. Uma unidade ficou destinada no atendimento de pacientes com síndrome gripal e a outra unidade para atendimento de outras demandas.

1.7 O dia a dia da equipe Santo Antônio

Antes da crise pandêmica a equipe trabalhava quase que exclusivamente com demanda espontânea, exceto para as gestantes e ainda não tinha uma agenda programada. Na verdade, a equipe carece de planejamento em longo prazo, as ações são realizadas de acordo com a demanda, e, agora por exemplo, está realizando campanha de vacinação para Influenza. Tem, na ESF, uma programação predefinida para prevenção de câncer de mama e de próstata.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Um dos principais problemas relacionados à organização do processo de trabalho da equipe seria a falta de um planejamento, dificuldade de comunicação, dificuldade de interação com a secretaria de saúde, e ausência de um plano de metas a serem alcançadas em longo prazo.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Durante o diagnóstico situacional foram identificados vários problemas em nossa unidade de saúde, como por exemplo.

- 1- Processo de trabalho inadequado e dados individuais do cadastro desatualizados.
- 2- Risco para dengue.
- 3- Falta de saneamento básico.
- 4- Hipertensão arterial e diabetes, entre outros.

Conforme as diretrizes operacionais propostas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), as eSF deverão realizar o cadastro da população adscrita a fim de reconhecer as particularidades da população e de sua saúde e de realizar vínculo com ela. Esse processo é essencial para planejar as ações a serem realizadas. Desta maneira, novas atribuições devem ser desenvolvidas. Entre elas, a realização de visitas domiciliares e a participação em grupos comunitários (VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010).

Aplicando os critérios de classificação e priorização (Quadro 1) nesta comunidade, um dos principais problemas identificados foi a alta prevalência dos dados cadastrais desatualizados.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Santo Antônio, município de Água Boa, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Dados cadastrais desatualizados	Alta	7	Parcial	1
Hipertensão Arterial	Alta	7	Parcial	2
Diabetes Mellitus	Alta	6	Parcial	2
Falta de saneamento básico	Alta	5	Parcial	4
Falta de tratamento de água	Alta	5	Parcial	3

Fonte: Autoria Própria (2020).

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

O problema prioritário encontrado no território da área de abrangência da ESF Santo Antônio é o processo de trabalho que vem sendo falho, pois há falta de planejamento, dificuldade de comunicação e de interação com a secretaria de saúde e ausência de um plano de metas a serem alcançadas em curto e longo prazo, limitando aos profissionais o atendimento de demanda espontânea.

2 JUSTIFICATIVA

Durante as visitas domiciliares, atendimentos e reuniões com os usuários que estão sob responsabilidade da eSF da UBS Santo Antônio, no município de Água Boa, MG, a equipe percebeu que o processo de trabalho vem sendo insuficiente para o atendimento efetivo das necessidades dos usuários adscritos. Observa-se na UBS, a falta de um planejamento e comunicação, falta de interação da equipe com os gestores (secretaria de saúde) e de um plano de metas a serem alcançados a longo prazo.

Observando o problema, com a construção do diagnóstico situacional, a equipe, propôs medidas a serem implementadas baseadas na informação e complementação dos atendimentos e acompanhamento dos usuários através de medidas de acolhimento, reuniões semanais, discussão atendimento humanizado. A equipe é essencial nesses casos, além de envolver os familiares que podem auxiliar na melhoria da atenção ao usuário, inclusive no controle das necessidades e autocomprometimento.

O processo de trabalho em saúde compreende um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos profissionais da equipe de saúde, cujo objeto de trabalho são os indivíduos e seus saberes, familiares e seus grupos sociais. Para sua edificação, é utilizado o modelo de Atenção Primária em Saúde (APS) através da Estratégia Saúde da Família (ESF), visando atenção integral à saúde do indivíduo, desenvolvendo o vínculo entre equipe e equipe multiprofissional com a população que vive num território, passando a ser considerada a porta de entrada preferencial para o sistema de saúde, que fica responsável pela coordenação das redes de atenção (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

Em um contexto em que o cadastramento familiar se estabelece em uma essencial fonte de informações para a realização do diagnóstico situacional em saúde de um dado território de abrangência da ESF, o qual orientará o planejamento das ações de saúde em consonância com a realidade do território e das famílias, empreender ações de organização dos processos de trabalho nas Unidade de atendimento se torna essencial para o desenvolvimento da saúde da comunidade adstrita.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação para atualizar o cadastro dos usuários da área de abrangência, permitindo que a equipe organize melhor o cuidado prestado aos usuários sob sua responsabilidade, na Unidade Básica de Saúde Santo Antônio no município de Água Boa, em Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Proporcionar reuniões de equipe e propor acordos entre os profissionais.
- Estimular profissionais da equipe a utilizar o acolhimento e a escuta qualificada para o atendimento efetivo e atividades necessárias ao atendimento da demanda dos usuários.
- Promover adesão às medidas de autocuidado, e, assim, adesão e responsabilização com seu estado de saúde.
- Adquirir recursos econômicos junto da prefeitura municipal para fornecer lanches ou banco de horas, ou outra estratégia para ser possível manter reuniões.

4 METODOLOGIA

O método utilizado para este trabalho foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES) na composição e elaboração de um plano de ação para intervir no problema considerado mais importante, pois a equipe deve se organizar para em seguida enfrentar cada problema levantado no diagnóstico situacional. O processo de trabalho inadequado ou insuficiente, interfere de forma direta na rotina dos profissionais e no trabalho proporcionado à comunidade, impactando no cuidado e atendimento prestado pelo serviço da equipe de Saúde da UBS Santo Antônio (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Este trabalho foi realizado através da revisão de bases conceituais em artigos nas bases Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) utilizando como descritores: atenção à saúde, saúde da família, cadastro, agente comunitário de saúde. Consultaram-se ainda publicações do além do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), Ministério da Saúde referentes ao tema, dentre outras.

Para implementação do plano de intervenção, primeiramente foi feita a definição do problema através do diagnóstico situacional. Conhecido o problema e suas principais causas foi elaborado o plano de ação, momento em que foi descrito o projeto.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A Atenção Básica em Saúde (ABS) brasileira foi preconizada com o mais desenvolvido grau de descentralização e capilaridade, acontecendo de forma a atender a população de forma a efetivar vínculos entre equipe e comunidade adstrita, sendo mais próxima. A ABS precisa ser o contato preferencial dos usuários, o principal acesso e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é essencial que ela se disponha pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

Assim, os vínculos entre comunidade e equipe também são essenciais, e estes devem envolver a família como elemento protagonista no processo. Para tal, a ESF apareceu no contexto brasileiro como uma proposta de reorganização do modelo de assistência a partir da atenção básica, tendo como base os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Para vencer o modelo assistencial hospitalocêntrico centrado no cuidado médico individualizado, tendo em vista o reforço à participação da comunidade e ao vínculo de responsabilidade entre os serviços de saúde e a população, os serviços foram buscar estratégias para realizar uma atenção integral à saúde de indivíduos e grupos; intervenção sobre fatores de risco aos quais a população está apresentada; promoção de parcerias através de ações intersetoriais; e estimular o controle social. (BORNSTEIN; DAVID; ARAÚJO, 2010).

Atualmente, a ESF se caracteriza como um novo modo de implantação do SUS que visa modificar o objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial em novas bases e critérios. Nele, a família passou a ser o principal objeto de atenção, entendida a partir do ambiente onde mora. Ações de assistência são combinadas a ações de prevenção e de promoção à saúde executadas por equipe multiprofissional constituída ao menos por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de cinco a seis ACS (VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010).

A equipe de saúde é constituída por enfermeiros, médicos, auxiliares e/ou técnicos em enfermagem e ACS, que atuam de forma a substituir ao modelo hegemônico e biomédico, onde o raciocínio era na centralização das ações em saúde em um único profissional. Contudo, neste novo modelo assistencial onde o foco é a descentralização das ações, o ACS tem seu destaque como um protagonista em suas ações e se transforma em um trabalhador envolvido com as necessidades de sua comunidade, como também, se transforma em um agente facilitando na busca por ações que resultem em resolver os problemas (BORNSTEIN; DAVID; ARAÚJO, 2010).

5.2 O Agente Comunitário de Saúde

De acordo com Brasil (2002), a profissão de ACS, foi regulamentada na Lei n. 10.507/2002, sendo caracterizada pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde diante de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, realizadas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor atual. Para exercer a profissão, o ACS deverá completar os seguintes requisitos: morar na área da comunidade em que trabalhar; ter finalizado com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de ACS e o ensino fundamental completo e responderá por no máximo 750 pessoas (GARCIA *et al.*, 2017).

O Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) foi criado visando superar os entraves sociais, econômicos e políticos presentes àquela época. Sua formação configurou em novo meio de cuidar, com destaque às ações de prevenção, permitindo assim, uma reorganização da assistência à saúde, materialização da ESF e efetivação do conceito ampliado de saúde. A origem do PACS teve como principal propósito contribuir para a queda nas taxas de mortalidade infantil e materna, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país, através da ampliação da cobertura de assistência à saúde às áreas mais carentes. Com o êxito obtido pelo Programa no estado do Ceará aconteceu a percepção pelo Ministério da Saúde de que os ACS poderiam também ser peça essencial na reorganização da atenção básica no país (MOREIRA, 2017).

O Programa apresenta estratégias que se constituem como essenciais, e que devem ser mobilizadas por meio dos ACS, articulados a comunidade, de forma a estabelecer relação de confiança capaz de criar elementos de aproximação, e, assim, melhorar o processo de saúde de forma geral. Cada ACS deverá ter no máximo 750 pessoas advindas da comunidade adstrita, e um mínimo de 400 pessoas em sua “carteira” de cuidado e atenção, e, assim, promover atividades de prevenção de doenças e promoção de saúde, inclusive com ênfase à educação em saúde, com possibilidades de abordagem individual e coletiva, em nível de domicílios e estabelecendo parcerias com a comunidade local, sob o gerenciamento de equipe capacitada. No que se refere às habilidades desenvolvidas pelos ACS, destaca-se: cadastramento dos usuários, mapeamento da região, identificação de áreas de risco, realização de visitas domiciliares, atividades coletivas, atividades intersetoriais. Inserido nesse programa, os ACS têm trabalho bastante específico a fim de desenvolverem suas atividades nos domicílios de sua área de responsabilidade, e unir à unidade para programar e supervisionar suas atividades. Como protagonista do trabalho do ACS estão as visitas domiciliares, as quais devem contribuir para a realização do mapeamento da área de abrangência e seus usuários, pelo cadastro e atualização das famílias inseridas na comunidade e o destaque de particularidades de suas situações de saúde ou adoecimento, bem como o reconhecimento dos usuários e famílias expostos a possíveis situações de risco. Destaca-se a necessidade dos ACS de empreender acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade, bem como da coleta e atualização dos dados para investigação e pesquisa acerca da situação dessas famílias acompanhadas. Cabe ao ACS trabalhar no aprimoramento das ações básicas de saúde com especial ênfase à educação e promoção da saúde e na prevenção do adoecimento em diversos níveis. Deve ainda, proporcionar educação em saúde de forma coletiva e singular, bem como a mobilização comunitária para o empreendimento de; estimular a participação e o fortalecimento dos conselhos de saúde; conduzir as famílias para utilizar adequadamente os serviços de saúde; participar da programação das ações de sua ESF (VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010).

5.3 Atualização de Cadastro

A fase inicial do trabalho do ACS é o cadastramento das famílias de sua microárea do território de atuação. Para efetuar o cadastramento, é indispensável o preenchimento de fichas específicas que irão possibilitar o entendimento das reais situações de vida das famílias que residem na área de atividade da equipe. Os dados desse cadastramento devem ser de conhecimento de toda ESF (BRASIL, 2009).

A atualização do cadastro condiz à vertente técnica do trabalho do ACS que pode se sobrepor à vertente assistencial, através do reconhecimento das ocupações de caráter administrativo em superioridade às ações de atenção direta à comunidade. (GARCIA *et al*, 2017)

A Visita Domiciliar (VD) é uma das ações mais consideráveis do método de trabalho dos ACS, por que ao entrar na casa de uma família o ACS, está entrando não somente no espaço físico, pois, em cada casa reside uma família com crenças, culturas, modos de sobrevivência, e suas próprias histórias de vida. O ACS deve ter emotividade e compreensão do momento certo e a maneira adequada para determinar uma relação de confiança, assim produzindo um vínculo essencial para o desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção, controle, e recuperação da população (MELLO, 2014).

Em todo momento após uma VD, deve ser investigado se o objetivo foi atingido, se foram coletados dados e informações indispensáveis, se foi constatado uma situação de risco, isso exigirá a realização de outras (VD) com mais repetição. (BRASIL, 2009).

Logo, o plano de intervenção em saúde deverá constituir-se num processo dinâmico e permanente, uma vez que sempre haverá sempre presença do novo, como fruto de uma realidade dinâmica, e a equipe multiprofissional deverá estar sempre aberta e atenta a conhecer na dinâmica do território e das famílias na área de abrangência da ESF. Ademais, este processo deverá constituir-se em etapa e ferramenta indispensável para o planejamento e monitoramento de ações de atenção e educação em saúde, e em relação às demandas e necessidades de saúde da população, cada vez mais, deverá se fazer presentes como meta da equipe multiprofissional e interdisciplinar responsável pela promoção de saúde à comunidade.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do PES (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018)

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Na UBS a equipe de saúde vem passando por um processo de reorganização da unidade, e identificou um grave problema no relatório de cadastro individual que está muito desatualizado, a prioridade antes dessa pandemia do COVID-19 era atualizar esse cadastro para fazermos um diagnóstico da nossa população de abrangência.

Conforme destacado anteriormente, durante o tempo de convivência, observou-se que o cadastro que se encontra desatualizado vem impedindo a boa organização do processo de trabalho da equipe resultando em alterações no planejamento, metas e atividades para promover o cuidado aos usuários.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Foi realizada uma reunião junto a equipe de saúde, na presença do Médico, Enfermeira e Técnico de Enfermagem, onde, ficou definida que a atualização dos dados no sistema era a prioridade no momento, pois dependíamos dessas informações para conhecermos a situação de saúde da nossa comunidade. Foi identificada a desatualização dos dados individuais dos usuários no sistema do E-SUS.

Uma segunda reunião foi realizada, agora com a presença dos ACS para que pudessem ser informados do problema, e, para que fossem levantadas as possíveis causas. Em resumo, ficou constatada que a falta de atualização dos dados por parte dos ACS foi em grande parte por desconhecer a importância desse serviço. Foi realizado um trabalho de conscientização em relação ao trabalho deles e realizada uma capacitação da equipe, momento em que foram apresentadas as fichas de cadastro e tiradas as dúvidas em relação a digitação no sistema.

Em uma outra oportunidade, via grupo de Whatzapp, foi estabelecida junto aos ACS uma meta para que cada um pudesse atualizar os dados em 90 dias. Como a digitação é feita na secretaria de saúde, e somente possui um computador para esse fim, foi feita uma escala de digitação, em que cada ACS tem disponível para realização dessa tarefa. Infelizmente esse prazo teve que ser prorrogado devido a pandemia do COVID-19, mas em breve os trabalhos serão concluídos.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Foram selecionados os seguintes “nós críticos”.

- Falha na comunicação entre os profissionais da equipe alterando o processo de trabalho.
- Pouco conhecimento do significado do e- SUS por parte dos ACS.
- Falha do acolhimento e escuta qualificada e planejamento adequado.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (sétimo ao décimo)

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 2 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta de comunicação entre os profissionais da equipe alterando o processo de trabalho”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio, do município Água Boa, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Falta de comunicação entre os profissionais da equipe alterando o processo de trabalho
6º passo: operação (operações)	Reuniões para os profissionais da Unidade para problematizar a falta de empatia, vontade de ajudar, acolher uns aos outros e se orgulhar do trabalho que faz, cada um em um momento para implementação de novos comportamentos que podem ser melhorados com a conscientização.
6º passo: projeto	Equipe Unida
6º passo: resultados esperados	Comunicação suficiente em grupo durante as reuniões; Construção de quadros de avisos em local adequado e voltado somente para todos os profissionais da equipe.

	Comunicação eficiente com os profissionais do NASF.
6º passo: produtos esperados	<p>Equipe informada sobre o que ocorre na área de abrangência para facilitar a busca ativa, evitando prejuízos nos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, cartões de vacinas atrasadas, e, benefícios dos pré-natais.</p> <p>Organizar lista de espera e sequencial de grupos após as palestras informativas dos prejuízos da não adesão aos grupos proporcionados pela unidade e cobrar a presença de cada um nos seus respectivos grupos.</p> <p>Grupos/consultas médicas e da equipe de enfermagem para acompanhamento e seguimento das consultas e dos grupos de participantes (Hipertensão, diabetes, gestantes e outros).</p>
6º passo: recursos necessários	<p>Cognitivo: Reorganização da agenda para reuniões entre os profissionais da equipe, transmissão conhecimentos sobre o dia a dia e planejar estratégias para novas formas de melhorar a convivência.</p> <p>Financeiro: Adquirir recursos econômicos junto da prefeitura municipal para fornecer lanches ou banco de horas, ou outro para ser possível manter reuniões.</p> <p>Político: Planejar o trabalho com a equipe na UBS ou em local destinado, envolvendo a os membros da Equipe ESF Santo Antônio.</p>
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	<p>Político: mobilização social</p> <p>Financeiro: financiamento dos projetos, e material de ampla divulgação</p>
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	<p>Equipe de Saúde da Família – Favorável</p> <p>Secretaria de Saúde - Favorável</p> <p>Reuniões com a equipe com visando a melhora da comunicação e interação multidisciplinar</p>
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	<p>A Equipe de Saúde da Família</p> <p>3 meses para realização das ações</p>
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões mensais com a equipe multidisciplinar

Fonte: Autoria Própria (2020).

Quadro 3 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Falta de conhecimento do significado do e-SUS por parte dos ACS”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio, do município Agua Boa, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Falta de conhecimento do significado do e-SUS por parte dos ACS
6º passo. Operação (operações)	Reuniões da equipe com os ACS sobre o significado do SUS, SISAB

	e eSUS para o sistema de saúde; Buscar junto à secretaria de saúde a agenda para que utilize o computador para atualização dos dados e dar o apoio necessário aos agentes.
6º passo. Projeto	Bom mesmo é o SUS
6º passo. Resultados esperados	-ACS com conhecimento e conscientização dos dados para o serviço de saúde que culminará na informação mais exata. - Organizar os grupos operacionais e reorientar os usuários a respeito das atribuições dos ACS, realçando sua importância.
6º passo. Produtos esperados	- Que os ACS que entendam o processo saúde e doença e que se sentam participantes ativamente, conscientes e ativos no processo de trabalho da equipe para sua própria vida.
6º passo. Recursos necessários	Estrutural: Realizar abordagem dos ACS e usuários, de conscientização do fornecimento dos dados buscados pelos ACS. Cognitivo: Aumentar o conhecimento dos ACS sobre os fatores contribuintes para essa situação de doença ou adoecimento. Financeiro: Aumento dos recursos para os órgãos competentes para realizar intervenções. Político: mobilização da equipe.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: mobilização social Financeiro: financiamento dos projetos, e material de ampla divulgação
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Equipe de Saúde da Família – Favorável Secretaria de Saúde - Favorável Reuniões com a equipe com visando a melhora da comunicação e interação multidisciplinar
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	A Equipe de Saúde da Família 3 meses para realização das ações
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Relatórios da equipe

Fonte: Autoria Própria (2020).

Quadro 4 – Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Falta do acolhimento e escuta qualificada e planejamento adequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio, do município Agua Boa, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Falta do acolhimento e escuta qualificada e planejamento adequado
6º passo. Operação (operações)	Reuniões com a equipe e com a equipe multidisciplinar para planejamento da agenda, do cuidado prestado aos casos agudos e crônicos e dividir a responsabilidade e trabalho técnico do NASF em busca de atendimento respectivamente.
6º passo. Projeto	Organizar é necessário
6º passo. Resultados esperados	-Conhecimento e conscientização da necessidade do acolhimento para toda a equipe e a importância de se planejar o serviço com a finalidade de se atender o usuário estando agendado ou não, dentro das possibilidades e capacidades da equipe.
6º passo. Produtos esperados	- Entender a importância do acolhimento e os benefícios proporcionados para o usuário na prática diária e na propícia reorganização da agenda sendo possível propor atividades de prevenção.
6º passo. Recursos necessários	Estrutural: Contar com a abordagem multiprofissional dos profissionais do NASF, como complemento do planejamento feito pela equipe de saúde. Cognitivo: Conscientizar a equipe do trabalho sincronizado, para posteriormente envolver a população sobre a forma de trabalho da equipe colocando-a como objeto principal do trabalho. Financeiro: Aumento dos recursos para manutenção das reuniões e execução deste plano. Político: mobilização social: equipe e usuários.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: mobilização social, recursos para material didático; Financeiro: financiamento dos projetos, e para aquisição de materiais explicativos
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Equipe de Saúde da Família – Favorável Secretaria de Saúde - Favorável Reuniões com a equipe e com a comunidade com visando a melhora do acolhimento ao usuário e interação multidisciplinar
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	A Equipe de Saúde da Família 3 meses para realização das ações
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reuniões mensais com a equipe multidisciplinar e a secretaria municipal de saúde para avaliação das atividades implantadas

Fonte: Autoria Própria (2020)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ACS efetua grande parte de suas visitas mensalmente e realça orientações a respeito da prevenção de doenças, o funcionamento das UBS, o uso de medicação, o encaminhamento à UBS em caso de doenças. Realiza ainda, documentações sobre a família e a situação de doença e investiga o cartão da criança, mas fica evidente que carecem de ações que estimulem a organização, a valorização e o desenvolvimento da comunidade, assim como as ações educativas e as preventivas que venham a interferir positivamente na saúde da comunidade.

A comunidade solicita intervenção e ajuda do ACS e fica feliz com o atendimento, manifesta entusiasmo com o trabalho realizado e evidencia os atributos pessoais e as realizações que consideram mais pertinentes. O desempenho do ACS é apropriado e reconhecido como facilitador das relações entre indivíduos-famílias-comunidade com o sistema local de saúde.

Nesse sentido, o cadastramento familiar tem como objetivo conhecer as famílias inseridas às equipes da ESF, sendo uma base essencial para a construção de ligações de vínculo entre a população e os profissionais da ESF.

A partir da execução deste projeto espera-se melhorar o sistema de cadastro e trabalho da Equipe de Saúde da Família Santo Antônio, do município Água Boa, estado de Minas Gerais, assim como conscientizar a comunidade e os ACS sobre a necessidade de cumprir seu trabalho, sensibilizá-los sobre a necessidade de participar e desenvolver seu cadastro. Com relação a equipe de saúde, serão elaboradas rotinas periódicas e adoção de estratégias que possam dinamizar o processo de trabalho na assistência ao usuário. Espera-se que ao final do projeto que a ESF apresente uma melhora em seu trabalho expresso por um melhor atendimento a comunidade e, assim, uma melhora significativa em suas condições de saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ÁGUA BOA, MINAS GERAIS. PREFEITURA MUNICIPAL. Secretaria Municipal de Água Boa-MG, 2009. Disponível em <https://www.aguaboa.mg.gov.br/detalhe-da-materia/info/historia/6503>, acessado em 09 de agosto de 2020.

BORNSTEIN, V. J.; DAVID, H. M. S. L.; ARAÚJO, J. W. G. Agentes comunitários de saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 14, p. 93-101, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 10 Jul 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2002/L10507.htm. Acesso em 23/10/202

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Brasília, 2011. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em 26 de outubro de 2020.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/planejamento_avaliacao_programacao_Versao_Final.pdf.

FONTANA, K., C.; LACERDA, J., T.; MACHADO; P., M., O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde debate**, v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016.

GARCIA, A. C. P. *et al.* Agente comunitário de saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 283-300, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/agua-boa/historico>. Acesso em: 7 de junho de 2020.

MOREIRA, C. S. Projeto de intervenção para capacitação de agentes comunitários de saúde em uma Estratégia de Saúde da Família. Coletiva. Belo Horizonte, 2017. 31f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Estratégia Saúde da Família), disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/CARLA-SOUZA-MOREIRA.pdf>, acessado em 09 de agosto de 2020

PEREIRA, D. B. F. Educação permanente em saúde: abordagem para capacitação de agentes comunitários de saúde no município de Ponte Nova - Minas Gerais. Universidade Federal de Alfenas. Juiz de Fora, 2017. 27f. Monografia

(Especialização em Estratégia Saúde da Família). Disponível em <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/DIEGO-BAUMGRATZ-FORTES-PEREIRA.pdf>, acessado em 7 de junho de 2020.

PINHEIRO, Ricardo Lana; GUANAES-LORENZI, Carla. Funções do agente comunitário de saúde no trabalho com redes sociais. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 19, n. 1, p. 48-57, 2014.

VILELA, R.A. G.; SILVA, R. C.; JACKSON FILHO, J.M.. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 289-302, 2010.