

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**VIVIANE MAYARA ROCHA**

**INTERVENÇÃO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR  
REALIZADA PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DE RIO MANSO- MG**

**Belo Horizonte / MG**

**2015**

**VIVIANE MAYARA ROCHA**

**INTERVENÇÃO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR  
REALIZADA PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DE RIO MANSO- MG**

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

Orientadora: Profa. Liliane da Consolação Campos Ribeiro

Belo Horizonte / MG

2015

**VIVIANE MAYARA ROCHA**

**INTERVENÇÃO PARA A SISTEMATIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR  
REALIZADA PELO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO  
MUNICÍPIO DE RIO MANSO- MG**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Profa. Liliane da Consolação Campos Ribeiro - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Examinador 2: Prof. Alisson Araújo – Universidade Federal de São João Del-Rei

Aprovado em Belo Horizonte, em            de            de 2015.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus e Nossa Senhora Aparecida, que estiveram comigo em todos os momentos; aos meus pais, José Raimundo e Dirce, por todo o amor e dedicação, por terem sido a peça fundamental para que eu tenha me tornado a pessoa que hoje sou; aos meus irmãos, pelo incentivo constante; ao meu filho Arthur, pela alegria e carinho em todos os momentos dessa importante etapa acadêmica.

A quantidade e a qualidade da dor que sentimos são determinadas pelas nossas experiências prévias e de quanto bem nos lembramos dela; pela capacidade de entender suas causas e compreender suas consequências. Ainda, a cultura em que estamos inseridos tem papel essencial em como sentimos e respondemos à dor.

Melzack, Wall, 1991)

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu Deus por ter me dado forças e iluminado meu caminho para que pudesse concluir mais uma etapa da minha vida;

Ao meu pai Jose Raimundo, por todo amor e dedicação que sempre teve comigo, homem do qual tenho maior orgulho de chamar de pai, meu eterno agradecimento pelos momentos em que esteve ao meu lado, me apoiando e me fazendo acreditar que nada é impossível, pessoa que sigo como exemplo, pai dedicado, amigo, batalhador, que abriu mão de muitas coisas para me proporcionar a realização deste trabalho;

A minha mãe Dirce, por ser tão dedicada e amiga, por ser a pessoa que mais me apoia e acredita na minha capacidade, meu agradecimento pelas horas em que ficou ao meu lado, não me deixando desistir e me mostrando que sou capaz de chegar onde desejo, sem dúvida foi quem me deu o maior incentivo para conseguir concluir esse trabalho;

Aos meus irmãos Pollyanna e Vinicius, pelo carinho e atenção que sempre tiveram comigo, meu imenso agradecimento;

À minha orientadora, Professora Liliane da Consolação Campos Ribeiro, pelo ensinamento e dedicação;

Por fim, gostaria de agradecer a Wilson e familiares, pelo carinho e pela compreensão nos momentos em que a dedicação aos estudos foi exclusiva, a todos que contribuíram direta ou indiretamente para que esse trabalho fosse realizado meu eterno AGRADECIMENTO.

## RESUMO

O presente trabalho buscou propor um projeto de intervenção nas visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde ACS, da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do município de Rio Manso- Minas Gerais. Como metodologia, partiu-se da realidade levantada no município e através da revisão bibliográfica. Espera-se com este projeto melhorar as atividades realizadas pelo agente comunitário de saúde e com isso melhorar a qualidade da assistência prestada por toda a equipe de saúde do município.

**Palavras-chave:** Atenção primária à saúde; Programa saúde da família; Agente comunitário de saúde.

## **ABSTRACT**

This study aimed to propose an intervention project in the home visits of Community Health Agents ACS , the Family Health Strategy (ESF) , the municipality of Rio Manso- Minas Gerais. The methodology broke the reality raised in the city and through the literature review ; It is hoped that this project improve the activities of the community health worker and thereby improve the quality of care throughout the county health team .

**Keywords:** Primary health care; Family health program; Community health worker.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	–	Agente Comunitário de Saúde
APS	–	Atenção Primária à Saúde
CSU	–	Centro Social Urbano
EPS	–	Educação Permanente em Saúde
ESF	–	Estratégia Saúde da Família
MS	–	Ministério da Saúde
PACS	–	Programa de Saúde da Família
PNAB	–	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	–	Programa de Saúde da Família
SIAB	–	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	–	Sistema Único de Saúde
UFMG	–	Universidade Federal do Estado de Minas Gerais
UBS	-	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO.....	10
2 -JUSTIFICATIVA.....	11
3-OBJETIVOS.....	13
Objetivo Geral.....	13
4-REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	13
Trajectoria histórica da Atenção Primária na Saúde.....	13
O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS.....	18
O Agente Comunitário da Saúde como agente transformador.....	20
A nova Política Nacional de atenção Básica.....	22
O Trabalho de Agente Comunitário de Saúde na comunidade.....	26
5 -METODOLOGIA.....	29
6-PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	30
Quadro de Ações.....	31
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
8 – REFERENCIAS.....	33

## 1.INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem como principal finalidade a reorganização da atenção básica no país. É considerada uma estratégia de expansão e qualificação da atenção básica por fortalecer a premissa de levar a saúde para perto das famílias e ser a porta de entrada nos serviços (BRASIL, 2012).

Atualmente, a equipe mínima da ESF é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e até dez agentes comunitários de saúde (ACS) e, quando ampliada, conta com um cirurgião dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico de higiene dental. A partir de 2008 outros profissionais puderam ser incorporados a esta equipe por meio dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2008). Esses profissionais devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade e articular com vários atores sociais a fim de promover uma qualidade assistencial (BRASIL, 2012).

A ESF prevê a cobertura populacional através de áreas geográficas definidas, a qual deve considerar a diversidade sociopolítica, econômica, densidade populacional, acessibilidade aos serviços, entre outros fatores na delimitação das áreas, definindo, assim, o território de atuação. A população adscrita por cada equipe deverá ser de 3000 a 4000 pessoas e o agente comunitário de saúde deverá ser responsável por até 750 pessoas (BRASIL, 2012). Dentre as atividades realizadas pela equipe de saúde da família, a visita domiciliar destaca-se por ser desenvolvida no território de atuação, mais especificamente no domicílio do usuário.

A visita domiciliar na ESF é um instrumento utilizado pelas equipes para inserção e conhecimento do contexto de vida da população, assim como estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários. Ainda, visa atender as diferentes necessidades de saúde, preocupando-se com a infraestrutura (habitação, higiene, saneamento entre outros) existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias (MARIN et al.,2011) .

Sendo assim, a visita domiciliar é uma das principais atividades que permite a equipe de saúde conhecer o contexto social e identificarem as necessidades de saúde das famílias assistidas pela equipe, permitindo uma maior aproximação com

os determinantes do processo saúde-doença (KEBION,ACIOLE, 2014). Sendo que o agente comunitário de saúde(ACS) deverá visitar mensalmente todas as famílias adscritas em sua área.

No entanto, no município de Rio Manso, Minas Gerais, foi constatado problemas inerentes à prática da visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde. Rio Manso é um município do Estado de Minas Gerais, localizado na Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte (IBGE 2008), tendo por limítrofes os municípios de Bonfim, Brumadinho, Itatiaicú, Crucilândia e Itaguara, distando 63 km da Capital, clima tropical de altitude, com uma população de 5.276 habitantes sendo 2773 homens e 2503 mulheres.

O município foi emancipado de Bonfim, em dezembro de 1962, através da Lei 2.764, de 31/12/62 e instalado em 01/03/1963, mantendo, na área da saúde, sob administração municipal duas unidades de saúde, uma clínica odontológica e um laboratório.

## **2. JUSTIFICATIVA**

A VD vem ganhando visibilidade, e sua prática tem-se tornado indispensável no Brasil desde a década de 1990 com a progressiva efetivação de um novo modelo de atenção à saúde, com enfoque na promoção da saúde individual e coletiva, inicialmente por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, por fim, com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família (ESF), na última década (SANTOS, 2008).

De acordo com Política Nacional de Atenção Básica que estabelece diretrizes e normas para a organização desse nível de atenção, é atribuição comum a todos os profissionais da equipe da saúde da família realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente, no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários, quando necessário (BRASIL,2012)

Para a ESF, a VD é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, sendo de fundamental importância quando adotada pela equipe de saúde no conhecimento das condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Estabelece o rompimento do modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma

postura profissional tecnocrática e de pouca interação com o usuário, voltando-se à nova proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar ( ALBUQUERQUE; BOSSI, 2009).

Os agentes comunitários de saúde são os responsáveis pelo cadastramento de todos os domicílios da área de abrangência da unidade de saúde e assim, identificam os indivíduos e as famílias que estão expostas a maiores riscos de adoecer ou morrer e que precisam de mais atenção, requerendo visitas domiciliárias com maior frequência. Assim, a visita domiciliária (VD) constitui o principal instrumento de trabalho dos ACS. O Ministério da Saúde recomenda que haja no mínimo uma visita mensal a cada domicílio da área de atuação do agente, havendo variações em função do estado de saúde de seus habitantes (BRASIL, 2001).

Considerando PNAB/2012, há uma necessidade de eliminar algumas deficiências no desempenho da equipe de Agentes Comunitários de Saúde no município estudado, acredita-se na importância da elaboração e execução do Plano de Intervenção pautado na realidade local, que levem os trabalhadores a experienciar outras facetas que os conduzam a serem também agentes de transformação.

### **3. OBJETIVOS**

#### **Objetivo Geral**

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar a qualidade das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde.

### **4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

#### **Trajectoria histórica da Atenção Primária na Saúde**

Segundo Starfield(2004), o objetivo de qualquer sistema de saúde deve otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde, minimizando as disparidades entre subgrupos populacionais, de maneira que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

As diretrizes e princípios do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), segundo a Lei 8080/90, que corroboram os objetivos do Sistema são: a busca da universalidade ou otimização da saúde da população; a integralidade que se constitui no conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde; a equidade que minimiza as disparidades entre subgrupos populacionais e a resolutividade, constituída, conforme Starfield, “todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades...” (STARFIELD, 2002, p. 17)

De acordo com a professora CONILL, E.M, da USC, a relação entre pobreza, doença e vida urbana, está na origem dos modelos de assistência, proteção social e da prestação de serviços locais e a noção de distrito é encontrada nas propostas da "polícia médica", na Alemanha, nos comitês da Revolução Francesa e num conjunto diversificado de ações desenvolvidas por paróquias e municípios no contexto da Revolução Industrial Inglesa, incluindo a criação de dispensários que surgem como complemento à ação dos hospitais (CONILL,2008).

Nos EUA os centros de saúde, no início do século XX, visavam a integrar a prestação de serviços sociais e de saúde para comunidades excluídas, com o argumento de que a aplicação efetiva destes serviços requeria uma relação com a população em seu próprio terreno e mais próxima da moradia. Muitos deles tinham em comum a responsabilidade sobre um distrito ou uma população definida e a coordenação dos recursos dentro desta área, atributos considerados essenciais nas conceituações atuais para caracterizar as práticas de atenção primária. (STARFIELD,2004).

Historicamente, segundo Conill, a difusão da noção de atenção primária é atribuída ao Relatório Dawson, elaborado pelo Ministro de Saúde do Reino Unido, que em 1920 a associou com a idéia de regionalização e hierarquização dos cuidados, contrapondo-se ao modelo flexineriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que causava preocupações devido ao seu elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade (CONILL,2008).

Segundo a Ministry of Health, Associação Socialista, relata no item 10 do relatório Dawson, os serviços domiciliares de um dado distrito baseiam-se num Centro de Saúde Primária, equipado para serviços de medicina curativa e preventiva, conduzida por clínicos gerais daquele distrito com um serviço de enfermagem eficiente e apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles, são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região (MINISTRY OF HEALTH, 1920 - ASS).

A reforma flexneriana ou Relatório Flexner, elaborado por Abraham Flexner, pesquisador social e educador norte-americano, que desencadeou profunda reforma no ensino médico na América do Norte, estendendo-se a outros campos de conhecimento, consolidou a arquitetura curricular que hoje predomina na rede universitária dos países industrializados, introduzindo, na prática, critérios de cientificidade e institucionalidade para regulação da formação acadêmica e profissional no campo da saúde. O Brasil adotou seu modelo no período do regime militar, via reforma universitária de 1968, tendo havido discordâncias político-ideológicas acadêmicas com relação a sua adoção, nos campos da educação e da saúde, já que dele resultaram sérias falhas estruturais do sistema de formação em saúde, produzindo uma educação superior elitizada, subordinação do Ensino à Pesquisa, fomento à mercantilização da medicina, privatização da atenção em saúde, controle social da prática pelas corporações profissionais. A par disso, foi proposta a Reforma Sanitária Brasileira que, na década de oitenta, pretendeu ser mais do que apenas uma reforma setorial e almejava servir à democracia e à consolidação da cidadania no País, numa época de exclusão da maior parte dos cidadãos do direito à saúde, que se restringia na assistência prestada pelo Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INAMPS), restrita aos trabalhadores que para ele contribuía (FILHO,2010).

Segue-se o período de avanços na área pós II Guerra Mundial, criação da OMS – Organização Mundial da Saúde, realização da Conferência de Alma Ata, na URSS, sobre cuidados primários de saúde, realizada de 6 a 12 de setembro de 1978, cuja declaração final expressou a necessidade de ação urgente de todos os

governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo, entendida como o conjunto que envolve o meio ambiente, o comportamento e estilo de vida das pessoas, livre acesso ao serviço de saúde público e a biologia humana.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada no ano de 1986, com a participação de técnicos do setor saúde, de gestores e da sociedade organizada, propôs um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral, que passa a ser definida como o resultado não apenas das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, mas, sobretudo, da forma de organização da produção na sociedade e da redução das desigualdades nela existentes.

Na rabeira deste processo de democratização da saúde, no chamado “movimento sanitário”, apareceram proposições concretas. A primeira delas, a saúde como direito de todo o cidadão, independente de ter contribuído, ser trabalhador rural ou não trabalhador, sem excluir ou discriminar qualquer cidadão brasileiro do acesso à assistência pública de saúde. A segunda delas foi a de que as ações de saúde deveriam garantir o acesso da população às ações de cunho preventivo e/ou curativo e, para tal, deveriam estar integradas em um único sistema. A terceira, a descentralização da gestão, tanto administrativa como financeira, de forma que se estivesse mais próximo da quarta proposição que era a do controle social das ações de saúde.(ENSP/FIOCRUZ/2010).

Seguiu-se a promulgação da Lei Orgânica da Saúde - Lei Federal nº 8.080/90, dispondo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Em seu artigo 2º garante que a saúde é um direito fundamental do ser humano e que o Estado deve prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. Os parágrafos deste artigo são significativos. No primeiro deles, consta que o Estado cumpra seu dever formulando e executando políticas econômicas e sociais que reduzam o risco de doenças e agravos e que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Em seu parágrafo seguinte, diz que o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade. Logo, cabe também



aos demais atores sociais a responsabilidade com o direito à saúde, nascendo, a partir daí, o nosso conhecido SUS–Sistema Único de Saúde(ENSP/FIOCRUZ/2010).

A APS - atenção primária em saúde constitui-se nos cuidados essenciais de saúde, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento no espírito de autoconfiança e automediação, contemplando, portanto, a universalidade, a participação social, a integralidade e a intersetorialidade, que são princípios ordenadores da APS (OPAS/OMS/1978).

A APS representa, portanto, o primeiro nível de contato ou porta de entrada dos indivíduos, da família e da comunidade, com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde, processo que é entendido como referência e contra-referência do sistema, que procurou seguir as recomendações da Declaração de Alma-Ata, tendo em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades.

A Atenção Primária em Saúde (APS), de acordo com GERVAS/2004 e STARFIELD/2004, referendando a questão, deve ser entendida como a primeira e não primitiva ou básica, constituindo-se no primeiro contato com os cidadãos necessitados, na longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família e orientação comunitária. Ela precisa de médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, resolutivos, polivalentes, com autonomia, autoridade e responsabilidade, com formação e recursos suficientes para oferecer à população uma função de filtro.

O SUS desde sua criação, enfrentou vários obstáculos na sua implantação e consolidação no país. O modelo curativo de atenção e a dificuldade de estabelecer redes regionalizadas de serviços que atendam as necessidades de saúde da população, foram alguns entre esses obstáculos. Vários programas foram propostos ao longo dessas últimas três décadas, com a finalidade de contribuir na

transformação dessa realidade, entre eles cita-se o PSF, criado em 1994, os NASFs- Núcleos de Apoio à Saúde da Família, criados em 2008, e a PNAB – Política Nacional de Atenção Básica, de 2006, com reedição modificada em outubro de 2011, através da Portaria 2.488/11.

### **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS**

O Ministério da Saúde, em 1991, instituiu o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, em vários estados do país, com repasse de recursos e normatização comum para todos eles, tomando como modelo a experiência do Ceará, com o PAS, e de outros estados, com atenção primária de saúde (SILVA, 2002).

Segundo críticos da APS, a implantação, no país, do agente de saúde assume a posição de *amortecedor* de tensões da clientela por atender às suas demandas de saúde. Simplificar o papel do agente de saúde neste patamar é, no mínimo, desconhecer o avanço qualitativo que sua atuação proporcionou, especialmente nas pequenas localidades que até então não tiveram acesso a nenhum tipo de atenção à saúde (SILVA, 1997).

A regulamentação da profissão ocorreu em 2002 (Lei 10.501) e de acordo com um levantamento realizado pelo Departamento de Atenção Básica/SPS do Ministério da Saúde, em outubro de 2002, estima-se, no Brasil, a existência de 173.593 agentes comunitários em atuação, com maior concentração na Região Nordeste (75.138 ACS) (SILVA, 2002).

A Lei 10.501, a que SILVA alude acima, em seu artigo 4º § único, deixou a cargo do Ministério da Saúde, a regulamentação dos serviços do ACS e, através da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, no art. 1º, foi definido que as atividades de Agente Comunitário de Saúde reger-se-iam conforme a mesma, ficando a seu cargo o exercício delas, exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, executando atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre eles e o órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional, na área de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, de acordo com as

diretrizes do SUS e sob a supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Assim, quando o governo federal criou o PACS-Programa de Agentes Comunitários de Saúde, visou contribuir para uma melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na educação em saúde. O programa ataca de maneira objetiva e direta os problemas cruciais da saúde materno-infantil, e o agente comunitário de saúde (ACS) atua como elo entre as necessidades de saúde das pessoas e o que pode ser feito para a melhoria das condições de vida da comunidade. (LEVY, MATOS, TOMITA, 2004).

De acordo com o guia O trabalho do agente comunitário de saúde (BRASIL, 2009), a rotina de trabalho das equipes inclui o conhecimento do território e da população, da dinâmica familiar e social, que são ferramentas valiosas para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações. Além disso, tem o agente a função de trabalhar a participação popular para que se possam adequar as ações de saúde às necessidades da população. Procurou-se, a partir do projeto de intervenção elaborado proporcionar uma readequação e dinamização do trabalho dos agentes, a fim de alimentar as linhas de atendimento da Policlínica de material mais rico em informações sobre os pacientes e sua realidade comunitária.

Em 28 de março de 2006, o Ministério da Saúde editou a PORTARIA nº 648/GM, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Com. de Saúde (PACS).

Em 21 outubro de 2011, foi editada a Portaria MS Nº 2.488/11, aprovando a PNAB – Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS). A aludida Portaria, apresenta a PNAB como prioridade da Rede de Atenção à Saúde, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação

social.

A partir da experiência obtida com a anterior, a nova PNAB, criou e aperfeiçoou o modelo da equipe de saúde da família de caráter multiprofissional, nela integrando um clínico geral, um enfermeiro, um auxiliar de saúde e o agente comunitário de saúde, com jurisdição de trabalho em território definido, cobrindo a população nele residente, mediante cadastramento e acompanhamento. É, por assim dizer, a porta de entrada ao sistema de saúde local e o primeiro nível de atenção, com integração à rede de serviços mais complexos. Cada equipe da UBS se responsabiliza por um máximo de 4.000 pessoas, com média preferencial de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade, sendo recomendado que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias do território de sua jurisdição.

### **O Agente Comunitário da Saúde como agente transformador**

A nova PNAB, dispõe no item 4.3.1, que as atribuições dos profissionais das equipes de Atenção Básica devem seguir as referidas disposições legais que regulamentam o exercício de cada uma das profissões, respeitando a normas dos respectivos conselhos regionais de classe.

Dispõe, ainda, no 4.3.2.1 - Do Enfermeiro, que a este profissional cabe: “IV - planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe”, definindo sua atuação junto ao trabalho desenvolvido pelo Agente Comunitário de Saúde, planejando, gerenciando e avaliando seu trabalho, contando com o apoio de outros integrantes da equipe na unidade onde está lotado.

A Portaria estabeleceu as atribuições específicas para o ACS, que são: I - Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; II- Cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; V -

Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês; VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade; VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

Foi permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas Unidades Básicas de Saúde, desde que vinculadas às atribuições acima. Seu trabalho não pode ser voluntário, devendo ter vínculo com o poder público, ser admitidos via concurso público e o Estado não pode escolher onde moram seus servidores, embora possa haver alguma realocação de servidores, visando racionalizar e facilitar o trabalho dos agentes dentro das comunidades onde vivem. A Emenda Constitucional nº 51 e a Lei Federal nº 11.350, de 2006, definiram que o ACS deveria ser admitido pelas prefeituras, pelo regime da CLT ou pelo regime estatutário e que precisaria ter o ensino fundamental e ser morador da área em que fosse trabalhar. Disposições anteriores definiam que o ACS deveria ser morador da comunidade atendida por 2 anos pelo menos, com a seleção pela própria comunidade, sendo uma referência local e ser alfabetizado.

Ao longo do tempo, viu-se que o trabalho dos agentes revestia-se de certa

complexidade e ele(a) deveria ter preparação adequada para exercer o cargo. Seu trabalho se transformou ao longo dessas décadas de implantação do PSF e já a partir da segunda metade dos anos 90, a atuação do ACS passou a ser desenvolvida em todo o país, mesmo junto às populações de melhor nível social e econômico, integrando os outros profissionais da equipe da unidade de saúde. A ideia de que o PSF seria uma “cesta básica” de saúde para os pobres, caiu por terra, dando lugar a uma política de saúde abrangente, integral, com a missão de reordenar o SUS, havendo hoje mais de 240 mil agentes comunitários de saúde no país, que atendem mais de 60% da população e a maioria dos municípios brasileiros têm ACS, abrangendo mais de 95% deles ( FONTENELLE,2014).

A inserção da figura do agente comunitário de saúde na Equipe da Saúde da Família (SF), nos primeiros anos do PSF – Programa de Saúde da Família, veio estabelecer um processo dinâmico, já que ele é uma figura importante na ligação da comunidade com a unidade de saúde. Sua atuação reveste-se de um dinamismo que é própria de sua função e os ACS são a voz e a expressão da comunidade, e, enquanto elos de ligação, desenvolvem atividades operacionais que agilizam, facilitam e permitem o funcionamento da equipe da unidade ou posto de saúde, sendo assim um trabalhador estratégico dentro da equipe de saúde e suas ações podem compreender também uma dimensão social e política dentro da comunidade, que permitem cuidar da doença e da pessoa, estando aí presentes as dimensões do princípio da integralidade, sendo assim um agente transformador do meio, mas para isso tem que estar preparado e conscientizado, sendo uma peça chave no Sistema de saúde, caso contrário, considerar-se-á apenas um trabalhador comum, cujo trabalho é visitar domicílios rotineiramente. Cabe a ele, executar o planejamento feito pela equipe de enfermagem junto à comunidade, sendo atualmente gerenciado e avaliado por ela, tendo o(a) enfermeiro(a) como chefe imediato, segundo as normas estatuídas pela nova Portaria 2488/2011, que planeja, orienta e avalia suas ações.

### **A Nova Política de Atenção Básica**

Com a edição da Portaria MS 648/06 , os governos federal, estadual e municipal passaram, contando com a participação da comunidade, a constituir uma

rede de atenção à saúde dirigida as necessidades de saúde de toda a população em todos os seus aspectos, desde a promoção, a prevenção, cura, recuperação e manutenção da saúde (ANDRADE, 2006).

A Atenção Básica considerou o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável, tendo como fundamentos: I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade; II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços; III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e VI - estimular a participação popular e o controle social. (BRASIL,2007a)

Visando à operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.(BRASIL.MS.2006).

Com a edição da Portaria MS/GM nº 2.488/11, que aprovou a nova PNAB- Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas

para a organização da AB, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), definindo os recursos orçamentários, revogando as Portarias anteriores, entre elas a MS/GM nº 648/2006, destacou-se a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituiriam-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais articulados de forma complementar e com base territorial, tendo diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde.

Os princípios gerais da ESF contemplados na Portaria 2.488/11 são o da integralidade, Equidade, Responsabilização, Longitudinalidade, Resolutividade, Continuidade, Co-responsabilidade, Participação Social, Valorização Profissional, Trabalho em equipe (multiprofissional, interdisciplinar).

Os Princípios Organizacionais da ESF são: o da Territorialização, Adstrição da Clientela, Planejamento e Programação Local, o da Referência e Contra-Referência, (que abrange o Levantamento de necessidades, a Disponibilização de serviços, Negociação, a Programação Pactuada e Integrada), o Monitoramento e Avaliação, o Pacto de Indicadores da Atenção Básica. O pressuposto básico é que uma Equipe de Saúde da Família é responsável pela saúde das pessoas de sua Área de Abrangência, quer elas venham à UBS ou não. Essa idéia ressalta a importância do ACS, pois, cabe a ele o contato corpo a corpo com as pessoas da comunidade jurisdicionada pela UBS.

Ainda integram os Princípios Organizacionais da ESF, a Análise da Situação, a Identificação e Priorização de Problemas, a Programação de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças, a Organização do Atendimento, a Demanda espontânea, a Demanda programada, o Agendamento, os Grupos específicos e as Visitas Domiciliares. Como exemplos de adoção dos princípios



organizacionais da ESF, temos a imunização de crianças e o controle do câncer do colo de útero das mulheres.

A PNAB possui uma estrutura composta de vários componentes que o Coordenador da Atenção Básica ou da Estratégia da Saúde da Família tem um papel relevante a desempenhar nessa política.

Tal estratégia (ESF), segundo ressaltou MENDES,(2002), foi criada em 1994 e foi uma iniciativa que visou instituir uma política para a organização da Atenção Primária da Saúde (APS) no Brasil, sendo a primeira iniciativa pública de cunho nacional, que agrega à dimensão quantitativa da expansão, uma dimensão qualitativa e “Não se tratava, simplesmente, de fazer mais do mesmo...”. Suas origens remontam ao Programa de Agentes de Saúde do Ceará, sofrendo influências indiretas de diferentes modelos de saúde da família do Canadá, Cuba e Reino Unido, contudo, o modelo brasileiro de saúde da família pode ser considerado um modelo autóctone, ainda que tenha recebido influências externas.

A Infraestrutura e funcionamento da Atenção Básica, ressaltada na Portaria, contempla a Estrutura física e organizacional da Unidade Básica, a Educação permanente dos profissionais da AB, o Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica e as Atribuições dos membros das equipes de Atenção Básica, que envolve, por sua vez, todos os profissionais, como o Enfermeiro, o Auxiliar e Técnico de Enfermagem, o Médico, o Agente Comunitário de Saúde, o Cirurgião Dentista, o Técnico em Saúde Bucal e do Auxiliar em Saúde Bucal.

Definiu a Portaria as Especificidades da Equipe de Saúde da Família, composta de Equipe multiprofissional: tendo Médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, Enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, Auxiliar ou técnico de enfermagem, Agentes comunitários de saúde, Cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, Auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

A Adstrição (ou limitações) da Equipe de Saúde da Família, em relação ao

ACS, já abordado acima, é que ele atenda um máximo de 750 pessoas, e cada equipe deve conter o máximo de 12 agentes (ACS). Já a Equipe de Saúde da Família, atenderá o máximo de 4.000 pessoas, com média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade, e no número de pessoas por equipe seja considerado o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, ou seja: quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe esclarece a aludida Portaria, definiu-se, também, a jornada de trabalhos para todos os profissionais da equipe de saúde da família, já anteriormente especificados.

Em 2012 e anos seguintes, segundo relatórios divulgados, com aporte de recursos, a nova PNAB redesenhou o financiamento federal para a atenção básica, passando a combinar equidade e qualidade, atualizando conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção, avançando no reconhecimento de um leque maior de modelos de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil, com diversos formatos de equipes de Saúde da Família (eSF), Além disso, a nova política articula a AB com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da saúde, com a universalização Programa Saúde na Escola (PSE) e expansão dele às creches – com planos de implantação de mais de quatro mil polos da Academia da Saúde. Às equipes de Atenção Básica se somam as equipes do Melhor em Casa para ampliar em muito o leque de ações e resolubilidade da atenção domiciliar agregando outras inovações ainda em fase de divulgação e implantação.

### **O Trabalho de Agente Comunitário de Saúde na Comunidade**

No tangente ao Agente Comunitário de saúde, objeto do presente trabalho, com a nova PNAB de 2011, ficou evidenciada a atuação da equipe de multiprofissionais, inclusive a atuação com relevância de ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dentro dessa organização. Com a revisão de algumas diretrizes e normas da Portaria MSGM nº 648/06, o MS efetivou a transferência de incentivo financeiro vinculado à atuação do ACS – efetivado pela Portaria nº 1761/07, com reedições anuais via Portarias 1.234/08, 2.008/09, 3.178/10 e

1.599/11, a Portaria nº 1.599, de 09/07/2011, que fixou o valor atual do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde, com o Ministério da Saúde repassando, fundo a fundo, aos municípios e Distrito Federal, o incentivo financeiro mensal - fixado na época - no valor de R\$750,00 (Setecentos e quatorze reais) por Agente Comunitário de Saúde (ACS). Frise-se que tal incentivo não representa o piso salarial dos ACS, não cabendo ao MS fazê-lo por não ser de sua alçada. Ele é pago aos municípios a título de incentivo para o custeio da implantação da estratégia Agentes Comunitários de Saúde, sendo atualmente a eles repassado, por muitos municípios, já que o Ministério da Saúde visa estimular os ACS, sendo um crédito não trabalhista, que não é confundido com o 13º salário, que é um encargo exclusivo dos gestores municipais. Os valores de salários, devem obedecer à legislação vigente e dependem essencialmente de negociação entre contratante/contratado, no caso o ente municipal/distrito federal e os ACSs, cabendo, ademais, ao gestor municipal, dentre outras responsabilidades, a atribuição de selecionar, contratar e remunerar os ACS, bem como lhes oferecer condições dignas de trabalho, conforme dispõe a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 648/GM/2006, reformulada pela 2.488/11).

Sendo assim, as Secretarias Municipais de Saúde são responsáveis pela remuneração dos Agentes Comunitários de Saúde e dos encargos decorrentes das contratações efetivadas, como o pagamento dos salários mensais, 13º salário, férias, contribuição previdenciária e outros, bem como, de repassar ao ACS o aludido incentivo financeiro emanado do MS, mediante requerimento dos mesmos, sem conflitos com o art. 37 da C.F., com redação dada pela Emenda Constitucional nº 19/1998, visto que este recurso possui destinação direta aos referidos agentes.

Para BAUMAN, a expressão “comunidade” representa a impressão de lugar cálido, confortável e aconchegante. Segundo o autor, numa comunidade podemos contar com a boa vontade dos outros, por exemplo, se tropeçarmos e cairmos, os outros nos ajudarão a ficar de pé outra vez. Destaca ainda, que, na atualidade, essa palavra expressa esperança do paraíso perdido, não mais acessível às condições contemporâneas de sociabilidade (BAUMAN, 2003, p.8).

Assim, entender esse local onde o ACS desenvolve suas atividades e onde também é, em muitos casos, o seu local de moradia, ajuda no entendimento de como esse profissional atua diante de condições a ele favoráveis ou desfavoráveis, já a vida em comunidade também oferece algumas adversidades, como é o caso de áreas ocupadas pelo tráfico de drogas nas grandes cidades.

A respeito dessas dificuldades, BISPO, em estudo sobre a vitimização do ACS perante a violência sofrida no exercício do trabalho em Salvador (BA), aponta que, via de regra, os Agentes estão expostos à violência social cotidiana tais como: estar a par de situações criminosas no interior das comunidades, testemunhar violência física, conviver com situações de miséria e até em alguns casos sofrer algum tipo de violência. A autora diz ainda que, ao pesquisar os ACS de Salvador, houve relatos de convivência com conflito e violência que chegaram a causar dilemas éticos, no que diz respeito à adequada intervenção em casos de desrespeito às leis, de violência doméstica, de tráfico, dentre outros. Os Agentes temem por sua própria segurança e também da de sua família, quando testemunham situações de risco e reconhece mas pessoas que estão envolvidas (BISPO, 2011).

Há uma expectativa de bom desempenho no desenvolvimento do trabalho do ACS a partir do local onde atua. Se exercer as suas atribuições em uma área com boas condições de moradia, com saneamento básico, boa segurança, equipamento de lazer, transporte público, comunicações, comércio desenvolvido e diversificado, ele tem um modo de trabalhar totalmente diferente de outro que trabalhe em uma área que não oferece as mesmas condições. Por outro lado, há casos em que ele negligencia sua função, é desidioso, preguiçoso, não atua como deve e, vez por outra, visita às famílias, embora relate na UBS que as visitou e não encontrou anormalidades.

Em síntese, o ACS continua sendo um importante elo entre a equipe da UBS e a Comunidade, integrando a estratégia da Saúde da Família, com uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica, visando à implantação gradual da estratégia de saúde da família ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica, que.

São itens necessários à implantação desta estratégia (BRASIL,2011).

A educação profissional do ACS, foi objeto de preocupação do governo federal, desde os primeiros anos de instituição do PSF, tendo editado, em 2004,o“Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde”, visando a instituição de cursos de preparação de agentes comunitários de saúde no âmbito do SUS, editou, também, em fevereiro de 2004,as “Orientações e diretrizes para a operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor – Anexo II – Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004”, em 2006, a ‘Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS.

A qualificação do ACS enquanto profissional fica totalmente restrita ao governo que é quem decide quais cursos o profissional vai fazer e quando, incluindo a sua remuneração. Dessa forma, constata-se certa insatisfação dos ACS em relação ao conhecimento referente às muitas coisas do seu cotidiano de trabalho, que geralmente são repassados para eles por outros profissionais integrantes equipe. São pontos ainda a considerar na PNAB ainda em andamento.

## **5 -METODOLOGIA**

Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema durante os meses de julho e agosto de 2014. Concomitantemente, será aplicada no serviço de saúde uma nova técnica de visitas e controle das mesmas, dentro dos padrões já admitidos em Portarias do MS. Será realizada uma reunião com toda a equipe do serviço para explicar como serão realizadas e registradas as visitas. A partir da reunião as visitas serão feitas duas vezes ao mês e cada agente terá um caderno onde estarão registradas todas as famílias que cada um deverá visitar. Após as visitas, o agente deverá colher a assinatura de um membro da família para comprovar a visita e também servirá como meio de expressar que a família está sendo bem assistida. Ao final do mês, todos os agentes deverão apresentar os cadernos devidamente registrados. Ao final desse processo, será feita uma nova pesquisa com a população

para colher a opinião dos usuários sobre a mudança realizada.

## **6–PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

### **Breve Introdução**

Esta proposta partiu da necessidade de implementar novas técnicas no trabalho de visita domiciliar (VD), dos agentes comunitários de saúde (ACS) lotados na Policlínica Vicentina Maria Madalena, da cidade de Rio Manso – MG, de maneira a possibilitar a eliminação de nós críticos:

**Visitas escassas aos domicílios, com entrevistas deficientes e coletas de dados insuficientes, com queixas da comunidade;**

Acredita-se que, com essa proposta de intervenção, o elo precário de ligação entre comunidade e a unidade de saúde será restabelecido e dinamizado, e os objetivos alcançados mostrarão a sua eficácia e oportunidade, podendo apontar para novas intervenções e ações subsequentes em outras áreas de trabalho dos agentes e da equipe da policlínica.

A intervenção limitar-se-á execução de readequações no trabalho da equipe de agentes, com novas orientações, para tornar o trabalho mais abrangente e dinâmico, sem previsão de custos financeiros, exceto apoio logístico da enfermagem e gerência da Policlínica, obedecendo o cronograma, conforme quadro a seguir:

## 6.2 - Quadro de Ações:

Quadro 1. Operações sobre a ausência de visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde na Estratégia de Saúde da Família de Rio Manso-MG.

<b>Nó crítico <sup>1</sup></b>	Escassez de Visitas Domiciliares e deficiente coleta de dados das entrevistas com as famílias visitadas.
<b>Operação</b>	Estabelecer quadro e roteiro de visitas dos ACS, implantar o caderno de relatório de detalhamento das VDs.
<b>Projeto</b>	Dinamizando Visitas Domiciliares (VD).
<b>Resultados esperados</b>	Aumentar o número de visitas domiciliares na comunidade e melhorar o desempenho dos Acs no exercício de suas funções.
<b>Produtos esperados</b>	Visitas domiciliares com melhor qualidade.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médico, enfermeiro, agentes comunitários de saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem. Responsável pela capacitação e palestras: médico e enfermeiro.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: capacitação da equipe Cognitivo: realização da capacitação Financeiro: Apoio econômico da secretaria de saúde Político: Apoio da Secretaria de Saúde, Prefeitura e outras organizações.
<b>Recursos críticos</b>	Apoio da Secretaria Municipal de Saúde e Equipe de Saúde da família.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentar para os Agentes Comunitários a potencialidade do trabalho em equipe e do vínculo do ACS com a COMUNIDADE.
<b>Responsáveis:</b>	Coordenação e equipe de agentes comunitários de saúde.
<b>Cronograma / Prazo</b>	12 meses – com a realização de reuniões mensais de toda a equipe de ACS para levantamento dos pontos fortes e fracos do programa de visitas comunitárias.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	A intervenção será acompanhada pela Chefia dos Acs e pela gerência da Policlínica, acompanhada de 1 membro da equipe de Acs e 1 da enfermagem, que se encarregarão de analisar os relatórios obtidos nas reuniões mensais com toda a equipe de ACS e de fazer a correção das falhas observadas e de adotar novas estratégias.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que tem a estratégia saúde da família como responsável pela reorganização dos serviços de saúde, resultou de anos de experiência acumulada por vários agentes, envolvidos com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), como os gestores das três esferas do poder, movimentos sociais, sindicatos de trabalhadores. O SUS, criado para substituir o antigo modelo do INAMPS, que atendia apenas à parcela de segurados contribuintes, deixando de lado o grande segmento dos não contribuintes, era um sistema que não atendia os princípios ético doutrinários da universalidade, equidade e integralidade e os organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização e da participação social, que caracteriza a saúde como um direito de cidadania, ao ser definido pelo artigo 198 da Constituição Federal, como um direito de todos e um dever do Estado.

A base do trabalho da Estratégia são as famílias de um determinado território, e cabe ao ACS identificar, cadastrar e desenvolver o constante acompanhamento a essas famílias. No trabalho que desenvolve no dia a dia nas visitas domiciliares, o ACS colhe informações que permitem que os serviços de atenção primária sejam realizados e efetivados.

Espera-se com este projeto melhorar as atividades realizadas pelo agente comunitário de saúde e com isso melhorar a qualidade da assistência prestada por toda a equipe de saúde do município.



## REFERÊNCIAS

Albuquerque ABB, Bosi MLM. Visita domiciliar no âmbito da estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad de Saúde Pública. 2009; 25(5): 1103-12. **(rever e colocar num formato padrão essa referência)**

ANDRADE, L.O.M. de. A saúde e o dilema da intersetorialidade. São Paulo. Edit. Hucitec. 2006 (Saúde em Debate v. 173);

BAUMAN, Z. Comunidade: a busca por segurança no mundo atual. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

BISPO, T. C. F. Rompendo o silêncio: estudo de vitimização de Agentes Comunitários de Saúde no âmbito do trabalho em Salvador - BA. Tese (doutorado), 202 f., Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

STARFIELD B. Atenção primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura/Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei nº 8080/90. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. – Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei 8142/90. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília DF, 28 de dezembro de 1990.

BRASIL – Ministério da Saúde – Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o

Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde

(PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. RFB. Brasília. DF, 29 mar.2006;

BRASIL – Ministério da Saúde – Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia da Saúde da Família-ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS- Diário Oficial da República Federativa do Brasil, RFB, Brasília, DF, 24 out. 2011;

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da saúde. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>, acesso em 17/12/2014;

BRASIL.Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde/Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004;

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006;

BRASIL – Constituição da República Federativa do Brasil – 198817 ed. Câmara dos Deputados - Coord. De Public. Brasília. 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações e diretrizes para a operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores para o setor – Anexo II – Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004;

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28/3/2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em <http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm> Acesso em 26/04/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Agentes Comunitários de Saúde. PACS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. 40 p. □ CONILL, Eleonor Minho - Departamento de Saúde Pública, Universidade de Santa Catarina, Florianópolis,

Brasil, Cadernos de Saúde Públ. Vol 24, RJ, 2008

CONILL, Eleonor Minho - Departamento de Saúde Pública, Universidade de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, Cadernos de Saúde Públ. Vol 24, RJ, 2008

ENSP/FIOCRUZ/2010-<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/introducao.pdf> – acesso em 22/01/2015  
GERVAS, Juan. Atención Primaria, dela teoría a la práctica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup1:S7-S27, 2008.

FONTENELLE, L.F. – O Papel do Agente Comunitário de Saúde no SUS – artigo end. <http://leonardof.med.br/2010/10/10/o-papel-do-agente-comunitario-de-saude-no-sus> - acesso em 23/05/15.

MANUAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – Saúde Pública e da Família – Edit DCL, São Paulo, 2010;

MENDES, EV. A Atenção Primária à Saúde no SUS. Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, 2002 -(MS/FIOCRUZ – ENSPAS).

MARIN, MJS, et al. O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. Cienc Saúde Colet. 2011;16 (11):4357-65.

MINISTRY OF HEALTH. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920. Disponível em <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 25.02.2015.

NAOMAR A.F –UFBA – Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo - Cad. Saúde Pública – vol. 26 – nº 12 Rio de Janeiro – <http://dx.doi.org/10.1590/SO102-311X2010001200003> - acesso em 21/01/2015.

