

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

LINCOLN MORAES DA FONSECA

CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PARA ATUAREM NA VISITA DOMICILIAR NO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA CASA BRANCA/ BRUMADINHO, MINAS
GERAIS

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2015

LINCOLN MORAES DA FONSECA

**CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PARA ATUAREM NA VISITA DOMICILIAR NO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA CASA BRANCA/ BRUMADINHO, MINAS
GERAIS**

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

Orientador: Prof. Bruno Souza Bechara Maxta

BELO HORIZONTE MINAS GERAIS

2015

LINCOLN MORAES DA FONSECA

**CAPACITAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
PARA ATUAREM NA VISITA DOMICILIAR NO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA CASA BRANCA/BRUMADINHO, MINAS
GERAIS**

\

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

Orientador Prof. Bruno Souza Bechara Maxta

Banca Examinadora

Prof. Bruno Souza Bechara Maxta (orientador)

Prof. Edison José Corrêa

Aprovado em Belo Horizonte em ___/___/___

DEDICATÓRIA

| A minha esposa e meus filhos pelo apoio e carinho.

AGRADECIMENTOS

A todos que contribuíram para a realização deste trabalho, fica expressa aqui a minha gratidão, especialmente:

A Deus em primeiro lugar.

A minha esposa e meus filhos pelo apoio e carinho incondicional.

Ao Professor Bruno, pela orientação, pelo aprendizado e apoio em todos os momentos necessários.

Aos meus colegas de classe, pela rica troca de experiências.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para esta construção.

RESUMO

A visita domiciliar constitui o principal instrumento de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na Estratégia Saúde da Família. O presente estudo aborda a temática capacitação dos agentes comunitários de saúde para atuarem na visita domiciliar no Programa Saúde da Família Casa Branca em Brumadinho. Utiliza-se como metodologia a revisão de literatura que subsidiou a elaboração de uma proposta de intervenção por meio do método de Planejamento Estratégico Situacional. Seu objetivo foi elaborar uma proposta de qualificação da visita domiciliar para o ACS. Acredita-se que com essa medida será possível otimizar, qualitativamente a realização da atividade.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde. Agentes Comunitários de Saúde. Visita Familiar

ABSTRACT

Home visit is the main instrument of community workers in the Family Health Strategy (ACS). The present study addresses the thematic training of community health workers to act on House call in the PSF White House in Brumadinho. It is used as the methodology literature review that guided the development of a proposal for intervention via the Situational strategic planning. Its objective was to elaborate a proposal for qualification of the home visit to the ACS. It is believed with this measure it will be possible to optimize, qualitatively the accomplishment of the activity.

Key words: Primary Health Care. Community Health Works Home visit.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente comunitário de Saúde

CAPSAD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEESF - Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família

COPASA – Companhia de Saneamento de Minas Gerais

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa Agente Comunitários de Saúde

PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PSF - Programa de Saúde da Família

RMBH – Região Metropolitana de Belo Horizonte

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUS - Sistema Único de Saúde

UPA – Unidade Pronto Atendimento

USF – Unidade Saúde da Família

UBS - Unidade Básica de Saúde

VD – Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVO	18
4 METODOLOGIA.....	19
5 REVISÃO DE LITERATURA	20
6 PLANO DE AÇÃO	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

Brumadinho é um município brasileiro cuja população é de 37.314 habitantes (2010), que habita uma área de 639,434 km². Localizado no estado de Minas Gerais, o município pertence à Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH). De acordo com a estimativa o censo realizado pelo IBGE em 2015, sua população chegou a 37.857 habitantes (BRASIL, 2016).

Seu nome se deve ao fato de o local estar próximo à antiga vila de Brumado Velho, que por sua vez foi assim denominada pelos bandeirantes pela presença das brumas característica de toda a região montanhosa onde está situado o município, especialmente no período da manhã. Os desbravadores da região do Espinhaço Meridional, em que atualmente está situado o município eram bandeirantes paulistas, que chefiados por Fernão Dias Paes Leme, fundaram inicialmente um núcleo de abastecimento da bandeira, pousos de repouso de tropas e lugar de levantamento dos mantimentos. De ponto de abastecimento de víveres, passou a pequeno arraial de mineradores (BRASIL, 2016).

O município tem suas atividades econômicas voltadas para a mineração, produtos agroindustriais e turismo que são bastante significativos para o Estado de Minas gerais. Além disso, está organizado em 14 regiões administrativas e 23 bairros, fazendo limites com as cidades de Ibirité, Sarzedo, Mário Campos, São Joaquim de Bicas, Igarapé, Itatiaiuçu, Rio Manso, Bonfim, Belo Vale, Moeda, Itabirito, Nova Lima e Belo Horizonte. Outro ponto importante da economia de Brumadinho é que além da proximidade do mercado de trabalho de Belo Horizonte, onde a população de alta renda trabalha é possível para a mesma residir nos condomínios horizontais do município. Além disso, o turismo oferecido em Brumadinho pela beleza natural da região, caracterizada por montanhas, mananciais, vegetação bem preservada e clima mais frio, várias opções gastronômicas e restaurantes de alto padrão, campestres ou localizados nos condomínios promovendo vagas para trabalho (BRASIL, 2016).

Em relação ao saneamento básico, no município o abastecimento de água é fornecido pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) sendo que 36% de recolhimento de esgoto ocorre por rede pública.

1.2 Sistema local de Saúde

Embora Brumadinho tenha boa localização e fazendo parte da RMBH, no setor saúde sua estrutura encontra-se relativamente inadequada, como nos atendimentos de urgência, não existe ambulância de prontidão, além do município não ser contemplado pelo serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O Sistema Municipal de Saúde atualmente conta com o Programa Saúde da Família (PSF) somando 14 equipes de saúde e 23 pontos de apoio, organizados como uma rede de serviços e funcionando de forma integrada onde uma unidade ou serviço complementa o trabalho de outra unidade (BRASIL, 2012).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é constituído por uma equipe de profissionais de diferentes áreas do conhecimento que atuam em conjunto com as equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2012). Em Brumadinho, o NASF presta assistência às equipes de Saúde da Família sendo formado por profissionais de educação física, nutrição, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, entre outros. Os atendimentos são realizados nas Unidades de Saúde da Família (USF) de acordo com um cronograma acordado entre a equipe do NASF e as equipes do PSF. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é destinado a adultos portadores de transtorno mental (psicoses, neuroses graves e demais quadros). Este centro oferece tratamento psiquiátrico, psicológico, farmacêutico e assistência social, além de atendimentos de permanência-dia, quando necessário. O ambulatório Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD) atende à clientela de usuários crônicos de álcool e outras drogas; egressos de hospitais por complicações devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas; pacientes em crise psiquiátrica desencadeada por uso de álcool e outras drogas; pacientes com graves perdas dos vínculos sociais, familiares e de trabalho; crianças e adolescentes em situação de dependência e em risco pessoal e social no município de Brumadinho (BRASIL, 2015).

O Sistema de referência e contra referência é realizado para atendimentos especializados e de urgência solicitados pelas equipes de saúde da família e são realizados através da Policlínica. Esta oferece tratamentos especializados, realização de exames (ultrassonografia, eletrocardiograma, exames laboratoriais, exames oftalmológicos básicos e exames odontológicos), distribuição de medicamentos especiais, assistência social e vacinação (BRASIL, 2014).

1.3 A Equipe de Saúde da Família de Casa Branca

A Equipe de Saúde da Família Casa Branca é uma das equipes que completam as 14 equipes de saúde da família que prestam serviços à população de Brumadinho e localiza-se na zona rural da cidade, no bairro Casa Branca, e presta atendimento a 1500 famílias. A equipe é composta por dois médicos (um do próprio município e outro do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) desde marco de 2014), um enfermeiro, três técnicos em enfermagem, dois auxiliares de enfermagem, dois auxiliares administrativos, um auxiliar de serviços gerais e sete Agentes Comunitários de Saúde. Assim, o PSF Casa Branca, e as demais equipes de saúde da família, funcionam de forma integrada, em que uma unidade ou serviço complementa o trabalho de outra unidade. O laboratório de análises clínicas, por exemplo, fica localizado na policlínica e complementa o trabalho das unidades de saúde realizando exames solicitados pelos profissionais. Quando o exame não é realizado no laboratório citado, o mesmo é agendado em outro laboratório conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Brumadinho em atividade complementar. Já o serviço de raios-X do hospital da cidade atende a todas as unidades de saúde. Quando um profissional da Equipe de Saúde da Família vê a necessidade de uma consulta ou exame especializado para complementar o cuidado de um paciente ele solicita esta consulta ou exame que é realizado em outras unidades de saúde. Os serviços de vigilância à saúde realizam ações de prevenção e promoção da saúde e complementam as ações curativas realizadas pelas unidades de saúde. O serviço de urgência e emergência atende os casos mais graves encaminhados pelas unidades de saúde ou que o cidadão procura diretamente (BRASIL, 2014).

1.4 Realidade e desafios do Programa Saúde da Família Casa Branca

O PSF Casa Branca fica localizado no bairro de Casa Branca. Este bairro está situado a 40 km do centro da cidade e com cerca de 6000 moradores. A localização deste serviço cria condições para que o processo de trabalho que a equipe executa fique desviado do que seria ideal em um PSF (BRASIL, 2012).

O programa de saúde da família é hoje uma das principais respostas do Ministério da Saúde à crise vivida no setor, nascido exatamente no bojo do

Sistema Único de Saúde (SUS). Por ser um modelo assistencial centrado no usuário, propõe-se um processo de trabalho multiprofissional, determinado pela "produção do cuidado", entendido enquanto ações de acolhimento, vínculo e resolução (PEREIRA, 2010, p.28).

Dentro deste contexto, considerando as necessidades de saúde da população adscrita, boa parte do tempo do nosso trabalho é direcionado para a assistência típica que são práticas de saúde predominantes no PSF Casa Branca são esforços desta equipe, o investimento em um trabalho de conscientização do usuário sobre o que é um PSF, sobre quais são as suas limitações e qual é o nosso foco de trabalho desta equipe.

Sobre este tema, a equipe do PSF Casa Branca reconhece a necessidade da rede de saúde municipal oferecer outros serviços assistenciais de pronto atendimento para a região, bem como de qualificar as ações de saúde com a família e comunidade.

1.4.1 Definição dos Problemas

Antes de propor um planejamento de uma ação, é necessário identificar o problema que se pretende enfrentar. Assim, um problema pode ser descrito pela insatisfação de um ator em relação ao componente da realidade que ele quer e pode modificar (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Dentro deste contexto, a equipe de saúde do PSF Casa Branca elegeu uma lista de pontos problemáticos indicados para intervenções.

O PSF Casa Branca possui estrutura deficitária; falta local adequado para reuniões da equipe e dos pequenos grupos para educação em saúde. Em relação a materiais e equipamentos, existe em quantidade deficitária. É comum os médicos utilizarem equipamentos particulares para realizar os atendimentos. Em relação ao processo de trabalho desenvolvido, percebe-se que falta planejamento, reuniões periódicas com a equipe e discussão sobre os indicadores de saúde e delineamento das atividades. A equipe identifica que os usuários não reconhecem a função do PSF e apresenta dificuldades de comunicar a sua proposta a população. O usuário entende o PSF como se fosse uma pequena Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que resolve todos os problemas relacionados à saúde.

Outras dificuldades encontradas se relacionaram no direcionamento do trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), pois devido à alta demanda espontânea no cotidiano do PSF Casa Branca, as ACS acabam por priorizar o seu trabalho para a parte

de atendimento administrativo dentro do posto de saúde em detrimento as atividades de cuidado e fortalecimento dos elos entre a comunidade e o serviço de saúde.

1.4.2 Priorização dos problemas

Através do trabalho e a observação direta da ESF Casa Branca, foi possível diagnosticar alguns problemas e considerando a relevância do problema, urgência em resolvê-lo e capacidade de enfrentamento pela equipe, foi selecionada a ordem de prioridade para resolver ou minimizar os problemas expostos.

Dessa forma, após analisar todos os problemas observados na ESF Casa Branca, foi escolhido aperfeiçoar a atuação dos ACSs no contato inicial do usuário para abrir um canal afetivo com o usuário.

Schneider e outros (2009) em seu trabalho considera que: O relacionamento interpessoal entre os trabalhadores da saúde paciente/família deve ser considerado na sua totalidade, pois o estado emocional destes pode, na maioria das vezes, estar tão comprometido quanto o seu físico. É necessário que os trabalhadores da saúde demonstrem não só os conhecimentos técnicos e científicos, mas, também, habilidade e sensibilidade ao lidar com situações de sobrecarga emocional, o que requer solidariedade. Usar tais ferramentas seria colocar em prática as tecnologias relacionais, ou seja, responsabilizar-se pelo outro, pelo cuidado humanizado.

Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados na área de abrangência na equipe Casa Branca em Brumadinho/Minas Gerais				
Principais problemas	Importância (Alta, média, ou baixa)	Urgência	Capacidade de enfrentamento (Dentro, parcial ou fora)	Seleção (Ordem de prioridade)
Reforma da estrutura física da unidade de saúde	Média	4	Fora	4
Falta local adequado para reuniões da equipe e dos pequenos grupos para educação em saúde.	Média	2	Parcial	7
Quantidade deficitária de materiais e equipamentos	Média	3	Parcial	5
Processo de trabalho da equipe em que falta planejamento, reuniões periódicas com a equipe e discussão sobre os indicadores de saúde e delineamento das atividades	Média	3	Parcial	6
Usuários não reconhecem a função do PSF	Alta	5		3
Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, especialmente para a visita domiciliar	Alta	7	Parcial	1
Informar ao usuário o funcionamento do PSF	Alta	6	Parcial	2

Fonte: Elaborado pelo autor

Assim, o problema prioritário definido foi a necessidade de capacitação dos agentes comunitários de saúde para atuarem na Visita Domiciliar, no Programa Saúde da Família de Casa Branca/ Brumadinho/ Minas Gerais.

A Atenção Primária em Saúde (APS) de Brumadinho apresenta vários problemas identificados no município com relação à Visita Domiciliar (VD) e ao preparo das ACS para esta prática de saúde. Além, da grande rotatividade deste profissional, os novos profissionais apresentam-se sem a devida capacitação técnica para o trabalho em saúde. O resultado decorrente desta combinação é a falta de padronização das VD, a fragmentação e a heterogeneidade dos conhecimentos por parte dos ACS o que trás dificultando o diálogo entre a comunidade e a APS (logo, a frágil, e conflituosa relação entre a população e a equipe de saúde).

2 JUSTIFICATIVA

A incorporação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na Atenção Primária a Saúde situa-se na tentativa de colocar em prática os princípios de universalidade, integralidade, equidade e o controle social do SUS (VASCONCELLOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Por possibilitar a veiculação de informações importantes para as ações de vigilância e por favorecer a descentralização e regionalização do SUS, a APS tornou-se política oficial do Ministério da Saúde em 1991. Desta forma, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) introduziu o ACS no cenário da saúde, tendo como prática central a Visita Domiciliar (VD) para melhor reconhecimento do indivíduo, das famílias e da comunidade (BRASIL, 2010).

O trabalho do ACS é feito nos domicílios de sua área de abrangência. As atribuições específicas deste profissional são as seguintes:

Realizar mapeamento de sua área; cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro; identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; identificar área de risco; orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário; realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básicas; realizar, por meio de a visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco; desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras; traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possa ser potencializados pela equipe (GIOVANELLA, ET AL, 2009).

A VD é uma ferramenta fundamental para que a equipe conheça as condições e a qualidade de vida das pessoas, identifique as situações de risco e os problemas de saúde prevalentes na área de abrangência da equipe. Para isso, é preciso qualificar essa ação imprescindível para a atenção integral à saúde, o que demanda uma estratégia de

capacitação dos ACS e de desenvolvimento de instrumentos que possibilitem a realização de suas tarefas de maneira eficiente e eficaz (BRASIL, 2010).

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de qualificação de a Visita Domiciliar para o Agente Comunitário de Saúde da Equipe Casa Branca em Brumadinho, Minas Gerais.

3.1 Objetivos Específicos

Realizar atividades de capacitação aos agentes comunitários de saúde do Programa Saúde da Família Casa Branca/ Brumadinho para orientar e informar ao usuário, com uma escuta qualificada.

- Propor ações sobre o reduzido número de visitas domiciliares gerando alta demanda espontânea.
- Propor ações sobre a baixa resolubilidade da equipe para os problemas do usuário.

4 METODOLOGIA

A proposta de qualificação de a Visita Domiciliar para o agente comunitário de saúde foi estruturada a partir de um estudo de revisão da literatura de documentos do Ministério da Saúde que subsidiou a elaboração de uma proposta de intervenção por meio do método de Planejamento Estratégico Situacional.

O estudo de revisão da literatura prevê um resumo crítico de trabalhos sobre o tema de interesse, procurando contextualizar o problema de pesquisa, bem como identificar falhas em estudos anteriores, justificando assim uma nova investigação (SILVA, 2010).

Para este estudo, foram utilizadas as palavras-chave atenção primária a saúde e agente comunitário de saúde, para a pesquisa de artigos e documentos de língua portuguesa, entre os anos de 2000 a 2014, em periódicos indexados e sítios eletrônicos de órgãos governamentais nos portais Medline, Scielo.

O estudo de Revisão da Literatura subsidiou o referencial teórico do presente projeto.

Para a elaboração do Planejamento Estratégico Situacional foram utilizados os passos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CAMPOS; FARIA; SILVA, 2010).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 A Estratégia Saúde da Família

Os resultados do estudo de revisão da literatura apresentaram o ACS como novo ator na prática da atenção à saúde, tal como a importância desse elo entre famílias, usuários e as unidades, com a circulação de saberes científicos e saber popular como mediador dessa aproximação. É afirmativa, na literatura consultada, a ampliação do acesso à saúde por parte significativa da população por meio das políticas do Estado para a universalização da saúde pública e integralidade da atenção, ambas garantidas pela Constituição Federal e pertencente às atuais discussões sobre saúde pública no país (BRASIL, 2010).

O sistema de saúde brasileiro antes da década de setenta se preocupava basicamente com o combate da doença, sendo que o usuário não era visto como um indivíduo, mas sim com a doença que ele traria consigo (SILVA, 2008).

Em 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde que influenciou a criação que representasse a desconcentração de atividades do instituto nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para Secretarias Estaduais de Saúde. Segundo Bueno e Merhy, citados por Silva (2008), esta conferência conseguiu pela primeira vez dar supremacia a ideia de um controle único de saúde sob controle do estado, a mesma conferência estabeleceu à saúde como direito de cidadania, incluindo assim no processo constituinte no final dos anos 80, a discussão dos princípios da reforma sanitária como diretriz hegemônica para o SUS.

Segundo Ayres *et al.* (2006) a nova constituição brasileira aprovada em 1988 incorporou as propostas da 8ª Conferência Nacional de Saúde, com objetivos de ampliação e crescimento da assistência à saúde em todos os municípios.

Carneiro e outros (2008), afirmam que a saúde no Brasil passou a ser compreendida como direito de todos e dever do poder público, garantindo assistência integral a todos os cidadãos gratuitamente. O SUS foi desenvolvido sobre os pilares da universalidade, equidade, igualdade e descentralização, priorizando ações de promoção, proteção, prevenção e recuperação da saúde.

Em consonância com as ideias de Carneiro e outros (2008), Silva (2008)

afirmam que a construção do SUS se norteia pelos seguintes princípios: a universalidade que declara que todo indivíduo tem direito ao atendimento, independente de status, condições econômicas, sociais ou religiosas; a equidade enfoca que os serviços de saúde devem considerar cada indivíduo como único, pois cada indivíduo vive de forma diferente, possui problemas específicos, tem diferença no modo de viver e de adoecer, portanto necessita de uma assistência individualizada; a integralidade que se baseia que o atendimento deve ser feito para saúde do indivíduo não somente para sua doença, e as ações de promoção, prevenção, e reabilitação formam um conjunto indivisível, não podendo ser compartimentadas.

Assim, o Programa da Saúde da Família (PSF) progressivamente tem-se articulado com a vigilância da saúde e com o acolhimento, de uma grande potencialidade de ações programáticas, da promoção da saúde e das cidades saudáveis. (PAIM, 2006).

A criação do PSF foi um marco importante para a sociedade brasileira, sendo representada por diversos autores. Mota (2009) descreve que o PSF surgiu como uma estratégia de mudanças com rupturas de paradigmas e fundamentada na promoção da saúde.

No Brasil, o PSF, adquiriu características próprias a nossa realidade, existindo em praticamente todo país. Foi instituído oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1994, sendo que em dezembro de 1998, estava implantado em 24 estados, em 1219 municípios e possuindo 3119 equipes (AYRES *et al*, 2006).

De acordo com Schimith e Lima (2004), a pretensão do PSF é trabalhar como princípio da vigilância em saúde, atuando com interfaces inter e multiprofissionais, responsabilizando - se pela integralidade das ações na área de abrangência sendo formado por equipes que contêm, no mínimo um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes ACS, cada equipe deve responder por uma população adscrita em torno de três mil pessoas.

Monteiro, Figueiredo e Machado (2009) afirmam que o atendimento é prestado pelos profissionais das equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório) na unidade de saúde ou nos domicílios. Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos da saúde dos indivíduos da família e da comunidade.

Monteiro, Figueiredo e Machado (2009) ainda afirmam que as formações do vínculo entre os profissionais da unidade básica e usuários garantem laços de confiança no trabalho dos profissionais junto ao usuário representando ferramenta indispensável ao PSF.

5.2 O Agente Comunitário de Saúde e a visita domiciliar

Lima e Róseo (2010) reforça que a visita domiciliar como parte das ações da Estratégia Saúde da Família tem contribuído com o controle dos agravos, bem como as ações de promoção e de prevenção a saúde.

No que tange à articulação com o modelo assistencial, o discurso relativo à integralidade e à humanização do cuidado assume papel de destaque na reorientação do SUS. A relevância da visita nesse processo evidencia-se pelo fato de essa dispor de condições propícias a mudanças, confrontando o modelo hegemônico, centrado na doença, no qual predomina uma postura profissional de indiferença e de pouca interação com os usuários. A superação desse modelo requer dos profissionais de saúde a construção de um pensar e um fazer sustentados na produção social do processo saúde-doença (ALBUQUERQUE, 2010, p.324).

Um de seus grandes potenciais da visita domiciliar é a capacidade de a equipe oferecer suporte e fortalecer as famílias para lidarem com situações críticas, como o envelhecimento, por exemplo, buscando reduzir a sobrecarga e o sofrimento. Essa estratégia possibilita estreito vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade, já que é responsável por limitado número de famílias em determinada área de abrangência, o que facilita o conhecimento dos indivíduos, suas famílias e suas histórias de vida (SILVA, 2007).

Para o Ministério da Saúde, o agente comunitário de saúde é um trabalhador que faz parte da equipe de saúde da comunidade onde mora. É uma pessoa preparada para orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade. Sem dúvida, esse trabalhador apresenta características especiais, uma vez que atua na mesma comunidade onde vive, tornando mais forte a relação entre trabalho e vida social (BRASIL, 2009, p. 348).

6 PLANO DE AÇÃO

Registrados os problemas vivenciados pela Equipe Casa Branca, e definido como problema prioritário a necessidade de capacitação dos agentes comunitários de saúde para atuarem na Visita Domiciliar, no Programa Saúde da Família de Casa Branca/ Brumadinho/ Minas Gerais, outras etapas do Plano de Intervenção podem ser propostos.

6.1 Descrição do problema selecionado

Quadro 2 - Descritores de o problema necessidade de capacitação dos agentes comunitários de saúde para atuarem na Visita Domiciliar no Programa Saúde da Família de Casa Branca/ Brumadinho/ Minas Gerais		
Descritores	Valores	Fontes
Visita Domiciliar ineficiente	Média 10 de famílias/dia	Registro da equipe
Falta de informação ao usuário	100 pessoas atendidas em consultas médicas na demanda espontânea	Registro da equipe

Fonte: Elaborado pelo autor

O problema foi observado através dos registros da equipe Casa Branca e principalmente durante a realização do serviço na equipe Casa Branca, onde se observou a falta do vínculo entre a equipe e os usuários, alto volume de consultas médicas e consequente número de visitas domiciliares reduzido e senhas acomodando filas de espera. Para descrição do problema priorizado foi observado o processo de trabalho da equipe.

6.2 Explicação do problema

A equipe Casa Branca vem valorizando o modelo biomédico e procura resolver seus problemas centrados apenas na patologia apresentada e não no indivíduo como um todo, e os profissionais como ACS envolvidos não tem oportunidade de exercer atividades de prevenção, orientação. Como consequência, a equipe trabalha

exaustivamente tentando resolver a demanda espontânea e o resultado são longas filas demandando consultas médicas, sendo algumas desnecessárias resultando em vários usuários sem o devido cuidado e, portanto, insatisfeito com o serviço prestado. Assim, observando os vários problemas encontrados, a equipe selecionou como primeiro problema a ser enfrentado a capacitação do agente comunitário de saúde como foco de intervenção, uma vez que neste momento seria problema de maior relevância para o PSF Casa Branca.

6.3 Seleção dos nós críticos

Na equipe Casa Branca, o processo de trabalho vem sendo alterado pelos seguintes "nós críticos":

- Reduzido número de visitas domiciliares gerando alta demanda espontânea.
- Falta de capacitação dos ACS para uma escuta qualificada.
- Baixa resolubilidade da equipe para os problemas do usuário.

6.4 Desenho das operações

Depois de explicado o problema do número baixo de visitas domiciliares e capacitação do ACS na equipe e identificadas as causas consideradas as mais importantes, foram propostas alternativas e estratégias para o enfrentamento do problema, através da elaboração do plano de ação. Para isto o primeiro momento será caracterizado por reuniões com a equipe, discussão dos pontos principais a serem considerados e a dinâmica aplicada aos atendimentos na equipe a fim de atuar sobre o problema. Além disso, seria necessário buscar pedir ajuda do gestor no sentido de reorganizar espaços dentro da unidade, como uma nova sala para reunião com o usuário separada da sala de espera e finalmente faz-se necessária a capacitação dos elementos da equipe.

Quadro 3 - Desenho de operações para os nós críticos do problema “necessidade de capacitação dos agentes comunitários de saúde para atuarem na Visita Domiciliar no Programa Saúde da Família Casa Branca, em Brumadinho, Minas Gerais”

Nós críticos	Projeto/Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
1 Reduzido número de visitas domiciliares, alta demanda espontânea.	"Posso ajudar?" Capacitar o ACS para informar e orientar o usuário.	Minimização da fila, redução tempo de espera. Reorganização da agenda, incluindo visitas domiciliares em dia específico da semana.	Equipe articulada. Apoio dos profissionais do NASF com palestras no local.	Organizacional: Agenda de reuniões e ações da equipe sem conflito com as visitas. Rotina para abordagem inicial Cognitivo: informação sobre um tema por dia Político: conseguir conversar com as pessoas e chamá-las pelo nome. Financeiro: para aquisição faixas para recados.
2 Falta de capacitação dos ACS para uma escuta qualificada	"Como vai?" / Membros da equipe que chamam o usuário pelo nome em voz baixa e, quando se tratar de assuntos particulares, conversar sozinhos; se na Unidade em sala reservada, se em visita domiciliar em local apropriado	Melhorar o fluxo de informações sobre o usuário, procurando conhecer suas aflições, motivos e queixas.	Usuários que procuram a unidade e conseguem através do vínculo com a equipe expor suas queixas e necessidades; Encaminhamentos mais rápidos, exames agendados com maior precisão	Organizacional: organizar horários de reuniões com os pacientes Político: Evitar "marcar" acolhimento em determinada hora e acolhimento fazê-lo em todo o momento quando necessário Financeiro: Carões e cartilhas informativas com dicas de saúde.
3 Baixa resolubilidade da equipe para os problemas do usuário.	"Ajudar" / Equipe em sintonia, onde cada um que receber um usuário souber onde levá-lo naquele momento para resolver seu problema/ Se não for impossível encaminhá-los ao responsável	Reduzir as faltas em consultas especializadas avisando em duas vezes o usuário; Minimizar a fila e os assuntos administrativos serem tratados com a secretária; Resolver o máximo das demandas ao dia evitando mandar o usuário voltar no dia seguinte	Usuários informados do fluxo da equipe; usuário que tem seus problemas resolvidos o mais breve possível evitando voltar à unidade mais de uma vez para resolver o mesmo problema; Usuários informados sobre horários de comparecimento em consultas pelos membros da equipe	Político: Conseguir sensibilizar todos os profissionais da equipe; Financeiro: para realização dos avisos e formulários.

Fonte: elaborado pelo autor

6.5 Identificação dos recursos críticos

Quadro 4 – Recursos críticos para os nós críticos do problema “necessidade de capacitação dos agentes comunitários de saúde para atuarem na Visita Domiciliar no Programa Saúde da Família Casa Branca, em Brumadinho, Minas Gerais”	
Operação/projeto	Recursos críticos
1 "Posso ajudar?"/ Capacitar o ACS para informar e orientar o usuário.	Político: Organizacional: para organizar as reuniões da equipe e os elementos para abordagem inicial Financeiro: para aquisição faixas para recados.
“Como vai?” / Membros da equipe que chamam o usuário pelo nome em voz baixa e quando se tratar de assuntos particulares conversar sozinhos se na Unidade em sala reservada, se em visita domiciliar em local apropriado	Cognitivo: Evitar "marcar" acolhimento em determinada hora e acolhimento fazê-lo em todo o momento quando necessário
3 "Ajudar" Equipe em sintonia, onde cada um que receber um usuário souber onde levá-lo naquele momento para resolver seu problema/ Se não for impossível encaminhá-los ao responsável	Político: Conseguir sensibilizar todos os profissionais da equipe

Fonte: Elaborado pelo autor

6.6 Análise da viabilidade do plano

Quadro - 5 Análise e viabilidade do plano para o enfrentamento do problema “necessidade de capacitação dos agentes comunitários de saúde para atuarem na Visita Domiciliar no Programa Saúde da Família Casa Branca, em Brumadinho, Minas Gerais”				
Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p>"Posso ajudar?"</p> <p>Capacitar o ACS para receber o usuário; Informar e orientar sobre o trabalho da equipe.</p>	<p>Organizacional: para organizar as reuniões da equipe e os elementos para abordagem inicial</p> <p>Financeiro: para aquisição faixas para recados.</p>	<p>Coordenador da atenção básica e enfermeiros da equipe</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não é necessária</p>
<p>""Como vai?"</p> <p>Membros da equipe que chamam o usuário pelo nome em voz baixa e quando se tratar de assuntos particulares conversar sozinhos se na Unidade em sala reservada, se em visita domiciliar em local apropriado</p>	<p>Cognitivo: Evitar "marcar" acolhimento em determinada hora e acolhimento fazê-lo em todo o momento quando necessário</p>	<p>Todos os profissionais da equipe</p>	<p>Favorável</p> <p>Parcial/ Favorável</p> <p>Conscientizar os profissionais que ainda não aderiram à intervenção</p>	
<p>"Ajudar"</p> <p>Equipe em sintonia, onde cada um que receber um usuário saber onde levá-lo naquele momento para resolver seu problema/ Se não for impossível encaminhá-los ao responsável</p>	<p>Político: Conseguir sensibilizar todos os profissionais da equipe</p>	<p>Enfermeiros e Coordenador da atenção básica</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentar projeto</p> <p>Para todos os profissionais</p>

Fonte: Elaborado pelo autor

6.7 Elaboração do plano operativo

Quadro 6 - Plano operativo para o enfrentamento do problema “necessidade de capacitação dos agentes comunitários de saúde para atuarem na Visita Domiciliar no Programa Saúde da Família Casa Branca, em Brumadinho, Minas Gerais”					
Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
"Posso ajudar?" Capacitação do ACS para Receber o usuário; Informar e orientar sobre o trabalho da equipe.	Minimizar a fila, reduzir o tempo de espera; Reorganização da agenda incluindo visitas domiciliares em dia específico da semana no prazo de 6 meses	Equipe articulada. Abordagem inicial pelos elementos que trabalham na equipe; Apoio dos profissionais do NASF com palestras no local;	Apresentar o projeto para o NASF.	Enfermeiro	03 meses
"Como vai?" Membros da equipe que chamam o usuário pelo nome em voz baixa e quando se tratar de assuntos particulares conversar sozinhos. Se na Unidade em sala reservada, se em visita domiciliar em local apropriado	Melhorar o fluxo de informações sobre o usuário, procurando conhecer suas aflições, motivos e queixas.	Usuários que procuram a unidade e conseguem através do vínculo com a equipe expor suas queixas e necessidades; Encaminhamentos mais rápidos, exames agendados com maior precisão	Apresentar o projeto para a Coordenação da Atenção Primária à Saúde	Enfermeiro	03 meses
"Ajudar" Equipe em sintonia, onde cada um que receber um usuário souber onde levá-lo naquele momento para resolver seu problema/ Se não for impossível encaminhá-los ao responsável	Reduzir as faltas em consultas especializadas avisando em duas vezes o usuário; Minimizar a fila e os assuntos administrativos serem tratados com a secretária; Resolver o máximo das demandas ao dia evitando mandar o usuário voltar no dia seguinte	Usuários informados do fluxo da equipe; usuário que tem seus problemas resolvidos o mais breve possível evitando voltar à unidade mais de uma vez para resolver o mesmo problema; Usuários informados sobre horários de comparecimento em consultas pelos membros da equipe	Apresentar o projeto para a Coordenação Municipal da Atenção Primária à Saúde	Coordenadora da Atenção Básica e enfermeiro	03 meses

Fonte: Elaborado pelo autor

6.8 Gestão do plano

Quadro 7 - Planilha de acompanhamento das operações/projeto para o enfrentamento do problema “necessidade de capacitação dos agentes comunitários de saúde para atuarem na Visita Domiciliar no Programa Saúde da Família Casa Branca, em Brumadinho, Minas Gerais”					
Operação "Posso ajudar?"					
Gerente de operação: Enfermeiro. Avaliação: após seis meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
ACS capacitados; Equipe articulada para atender; Abordagem inicial pelos elementos que trabalham na equipe; Apoio dos profissionais do NASF com palestras no local;	Enfermeiro	03 meses	Programa atrasado	Ainda não foi possível agendar reunião com todos os profissionais da equipe para a realização do programa	-
Operação "Ajudar"					
Gerente de operação: enfermeiro Avaliação: após um ano do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
ACS capacitados Usuários informados do fluxo da equipe; usuário que tem seus problemas resolvidos o mais breve possível evitando voltar à unidade mais de uma vez para resolver o mesmo problema; Usuários informados sobre horários de comparecimento em consultas pelos membros da equipe	Enfermeiro	3 meses	-	-	-
Operação “Como vai?”					
Gerente de operação: Enfermeiro. Avaliação: após três meses do início do projeto					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Usuários que procuram a unidade e conseguem através do vínculo com a equipe expor suas queixas e necessidades; Encaminhamentos mais rápidos, exames agendados com maior precisão	Enfermeiro	03 meses	-	-	-

Fonte: Elaborado pelo autor

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se com o plano de trabalho exposto nesse Trabalho de Conclusão de Curso possa otimizar a realização da visita domiciliar, pois os Agentes Comunitários de Saúde são pessoas selecionadas dentro do contexto comunitário para atuar junto à população, desenvolvendo ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, possibilitando estreito vínculo entre a equipe de saúde e comunidade, o que facilita o conhecimento dos indivíduos e famílias.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, F.J.B; MELO, C.F. **Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil.** Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília, 2010.

AYRES, R. C. V. et al. Acolhimento no PSF: **Humanização e solidariedade.** O Mundo da Saúde. São Paulo, 2006. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/acolhimento_psf.pdf. Acesso em: 22 fev. 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE. Cidades. Minas Gerais. Brumadinho.** [Online, 2016]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310900&search=minas-gerais/brumadinho>. Acesso em: 26 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel).** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf. Acesso em: 20 jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. **Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) - 2009/2011.** Brasília: MEC, 2012. Disponível em: http://download.inep.gov.br/educacao_basica/portal_ideb/o_que_sao_as_metas/Artigo_projecoes.pdf. Acesso em: 20 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde.** Brasília-DF 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf. Acesso em: 10 de mar. 2014.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA). **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal no Brasil.** Brasília: IPEA, 2013. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/arquivos/idhm-brasileiro-atlas-2013.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

CAMPOS, F.; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.

CARNEIRO, A. D. et al. **Prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros no PSF: aspectos, éticos e legais.** Rev. eletr. Enf. 2008. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n3/pdf/v10n3a21.pdf. Acesso em: 22 fev. 2016.

GIOVANELLA, L. et al. **Saúde da Família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil.** Revista Ciência e Saúde Coletiva. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014. Acesso em: 10 jun. 2014.

LIMA, L.G.G, ROSÉO, F.F. Envelhecer com saúde: o desafio do cuidar humanizado. Revista Interfaces da Saúde. Aracati, CE, ano1, agosto 2010. Disponível em: fvj.br/revista/wp-content/uploads/2014/08/2.-saude.pdf. Acesso em 10 jun. 2014.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. . **Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde**. Rev Esc Enferm USP; 43(2): 358-64. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v43n2/a15v43n2.pdf>. Acesso em 10 jun. 2014.

MOTA, Priscyla de Paula. **O acolhimento como ferramenta estratégica para a reorganização do processo de trabalho no programa saúde da família**: relato de experiência .

PAIM, J.S, TEIXEIRA, C.F. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. Revista de Saúde Pública; 40: 73-8. 2006

SCHIMITH, M. D. L.; LIMA M. A. D. S. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família**. Cad. Saúde Pública, Dez 2004, vol.20, no.6, p.1487-1494. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.

SCHNEIDER, L. et al. **Administração Pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil**. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro. 2009.

SILVA, M. H.; SANTOS, M. R. **Perfil de atividades dos agentes comunitários de saúde vinculados ao programa de saúde da família da zona norte de Juiz de Fora**, 2005. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/perfil.pdf>. Acesso em: 10 de mar. 2014.

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. **O acolhimento como ferramentas de praticas inclusivas de saúde**. Revista de Atenção Primária a Saúde, v.11, n.1, p.74-84, jan/mar.2008. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/artigo_o_acolhimento_como_ferramenta_de_praticas_inclusivas_de_saude.pdf. Acesso em: 10 de jun 2014.

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. **Acolhimento no sistema municipal de saúde**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Dez 2005, vol.5, no.4, p.493-503

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas educativas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG. NESCON/UFMG, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1704.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.