

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

SARA LENOIR MENDES

**EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ANTÔNIO PIMENTA I
DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Montes Claros - Minas Gerais

2014

SARA LENOIR MENDES

**EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS
DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA ANTÔNIO PIMENTA I
DO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS**

PROJETO DE INTERVENÇÃO

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

Orientadora: Prof^ª. Dra. Célia Maria de Oliveira

**MONTES CLAROS/MG
2014**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
3 JUSTIFICATIVA	Erro! Indicador não definido.13
4 OBJETIVOS	14
5 METODOLOGIA	15
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	16
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS.....	24

1 INTRODUÇÃO

O agente comunitário de saúde (ACS) é uma profissional de extrema importância dentro do Programa de Saúde da Família, uma estratégia desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS) para oferecer uma atenção básica resolutive.

A Estratégia de Saúde da Família inclui ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação e reabilitação e deve ser a porta de entrada para o sistema de saúde. O ACS tem função primordial de fortalecer o elo entre o serviço de saúde e a comunidade, através de visitas domiciliares e ações educativas e sociais. Considerando a importância da função do ACS, faz-se necessário o desenvolvimento de metodologias de ensino e aprimoramento do conhecimento dessa categoria profissional.

O Ministério da Saúde, em 1991, criou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), que posteriormente tornou-se Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), a fim de melhorar os indicadores de morbimortalidade infantil e materna, no nordeste do Brasil. A partir do sucesso desses programas, foi elaborado o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 pelo Ministério da Saúde. Essa é uma das principais estratégias da Atenção Básica no país, que visa substituir a rede de atenção tradicional e reorganizar a assistência. Com a criação do PSF, surgiu a categoria do Agente Comunitário de Saúde (ACS) com o objetivo de atuar nas unidades básicas de saúde como um elo entre a população e o serviço de saúde. Apesar de ser uma função estratégica do atual programa, a profissão só foi legalmente criada em 2002, sendo regulamentada com a promulgação da Lei número 11.350, de 5 de outubro de 2006.

O agente de saúde desenvolve um trabalho que pode ser considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades (BRASIL, 2009). Membro da comunidade, o ACS tem maior proximidade com os problemas do território. A sua principal função é colaborar para a melhora da qualidade de vida da comunidade. O ACS desenvolve ações de educação em saúde ao acompanhar famílias através da visita domiciliar. No entanto, sua atuação não deve ser limitada ao domicílio, pois é desenvolvida também em diferentes espaços comunitários.

São atribuições específicas do ACS, segundo a portaria nº 648/ Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde de 28 de março de 2006: desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS), considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos

e grupos sociais ou coletividade; trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas que busquem a promoção da saúde e à prevenção das doenças; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas e cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACSs em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

A visita domiciliar é um instrumento indispensável para o planejamento e organização do processo de trabalho das unidades de saúde. É uma tecnologia de elevada complexidade e baixa densidade, sendo de grande importância ao permitir o entendimento da população em termos econômicos, culturais, sociais e familiares (CAMPOS et al., 2010). Possui, dessa forma, potencial para promoção de saúde ao desenvolver vínculo mais concreto e troca de saberes entre profissionais e usuários.

A Equipe de Saúde da Família deve ter um número de agentes para uma cobertura de 100% da população adscrita ao território, com um máximo de 750 pessoas por ACS e 12 ACSs por equipe. Isso é essencial para que o ACS realize pelo menos uma visita por domicílio por mês, sendo que se necessário uma família deve ser visitada mais de uma vez em um mês.

Vale ressaltar que, em muitas UBSs, os agentes desempenham também atividades administrativas que não têm relação direta com seu conhecimento específico, sendo que essas funções são realizadas pela falta de recursos humanos e pelo próprio desconhecimento dos outros profissionais da equipe sobre as funções do ACS.

O agente comunitário deve ser escolhido dentro da comunidade e não é exigido dele nenhuma qualificação anterior. Entretanto, esse profissional deve dispor de conhecimento para orientar a população sobre diferentes doenças, maneiras de transmissão e tratamento, atuando na prevenção de agravos e promoção de saúde. A Educação Permanente em Saúde (EPS) é considerada uma estratégia para transformar a realidade, sendo necessário planejamento institucional de educação das equipes, atrelado a um cronograma de atividades com objetivos definidos. A EPS oferece um espaço de aprendizado conjunto que proporciona enfrentamento e solução de problemas, sendo uma tecnologia de elevada importância no processo de trabalho da equipe de saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O contexto de estudo

2.1.1 O município de Montes Claros

O município de Montes Claros localiza-se no norte de Minas Gerais, a 418 km de distância da capital mineira, Belo Horizonte. Conta com uma população de 361.915 habitantes, com estimativa para 2014 de 390.212 habitantes (IBGE 2010). O Prefeito da cidade é Ruy Adriano Borges Muniz, a secretária municipal de saúde é Ana Paula de Oliveira Nascimento, o coordenador da Atenção Básica é Danilo Fernando Macedo Narciso e a coordenadora da Atenção à Saúde Bucal é Marinilza Soares Mota Sales.

As terras do atual município de Montes Claros eram habitadas pelos índios Anais e Tapuias, tendo sido desbravadas por bandeirantes espanhóis e portugueses que estavam à procura de pedras preciosas. Em 12 de abril de 1707, Antônio Gonçalves Figueira obteve a sesmaria de uma légua de largura por três de comprimento, que constituiu a Fazenda Montes Claros. Com grande número de indígenas escravizados e, posteriormente, com escravos negros, foi iniciado o cultivo da terra e à criação de gado, dando origem ao povoado de Formigas. A região foi se desenvolvendo e em 13 de outubro de 1831 foi elevada à categoria de Vila, recebendo o nome de "Vila de Montes Claros de Formigas". Em 1857, a então Vila Montes Claros de Formigas possuía pouco mais de 2 mil habitantes, mas os políticos já pleiteavam a elevação da cidade a condição de município, visto que, os melhoramentos existentes eram os mesmos de quase todos os municípios da província. Assim, pela Lei 802 de 03 julho de 1857, a vila passou a condição de cidade, chamada Montes Claros. Pela lei provincial nº 1398, de 27 de novembro de 1867 e lei estadual nº 2, de 14 de setembro de 1891, foi criado o distrito de Brejos das Almas, primeiro distrito do município. Com o passar do tempo, o território montesclarensense sofreu diversas perdas territoriais e reformulações administrativas, até que na década de 80 passou ser composto pelos atuais distritos: Aparecida do Mundo Novo, Ermidinha, Miralta, Nova Esperança, Panorâmica, Santa Rosa de Lima, São João da Vereda, São Pedro de Garça e Vila Nova de Minas.

A cidade ocupa uma área total de 3.582,034 km², sendo que 38,7 km² estão em perímetro urbano e os 3.543,334 km² restantes constituem a zona rural. A zona urbana possui um número aproximado de 95567 famílias, 98540 domicílios e a zona rural possui 4746

famílias e 5473 domicílios (IBGE 2010). O município apresenta um IDH de 0,783 (PNUD/2000), ocupando o 101º lugar no estado de Minas Gerais. A cidade possui a maioria dos indicadores médios, semelhantes aos da média nacional segundo o PNUD. A taxa de urbanização corresponde a 95,2% (IBGE 2010). A renda média familiar na zona urbana é de 931,59 por família, sendo 255 per capita. Em 2010, 88,9% dos domicílios apresentavam saneamento básico adequado e o lixo de 96,16% moradias era coletado por serviço de limpeza.

O Produto Interno Bruto (PIB) de Montes Claros é o maior de sua microrregião, destacando-se na área de prestação de serviços. O PIB per capita é de R\$ 9. 665,14. A agricultura é o setor menos relevante da economia de Montes Claros. Na lavoura temporária são produzidos principalmente a cana-de-açúcar, a mandioca e o milho. A indústria é o segundo setor mais relevante para a economia do município. A cidade conta com um distrito industrial composto por diversas empresas, que possui área de 5,2 milhões de metros quadrados e é administrado pela Companhia de Desenvolvimento Econômico de Minas Gerais (CODEMIG). Também se destaca na área industrial uma usina de biodiesel da Petrobras, que foi implantada em 2008. Entre as principais empresas com empreendimentos industriais no município estão: a Coteminas, a Lafarge, o Novo Nordisk e a Nestlé. O setor terciário atualmente é, como citado acima, a maior fonte geradora do PIB montesclarenses. Grande parte do valor do setor terciário vem do comércio. Segundo estatísticas da prefeitura, no ano de 2009 a cidade contava com 617 estabelecimentos e 3185 trabalhadores na área da construção civil; 6777 estabelecimentos e 14997 trabalhadores no comércio; 5091 estabelecimentos e 24473 trabalhadores no setor de serviços. A cidade conta com diversos núcleos ou centros comerciais, como o Mercado Municipal de Montes Claros, inaugurado em 1899; o Ibituruna Center, criado em 18 de março de 2009; o Montes Claros Shopping, fundado em 8 de novembro de 1997 e o Shopping Popular Mário Ribeiro, inaugurado em 2003.

A distribuição da população por faixa etária pode ser observada no seguinte quadro:

Título: Distribuição populacional de Montes Claros – MG, conforme faixa etária e gênero no ano de 2010.

Faixa etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4 anos	13.064	12.689	25.753
5 a 9 anos	13.957	13.680	27.637
10 a 14 anos	15.854	15.699	31.553
15 a 19 anos	16.797	17.346	34.143
20 a 39 anos	63.164	68.167	131.331
40 a 49 anos	21.753	24.250	46.003
50 a 59 anos	15.230	17.236	32.466
> 60 anos	14.430	18.599	33.029
Total	174.249	187.666	361.915

Fonte: Censo Demográficos e Contagem Populacional MS/SE/Datasus, 2010.

Montes Claros apresenta densidade demográfica de 101,41 habitantes por km². Em relação à alfabetização, há 311.869 pessoas alfabetizadas e 50.046 pessoas não alfabetizadas (IBGE 2010). O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) entre as escolas públicas de Montes Claros era, no ano de 2009, de 4,85; valor acima ao das escolas municipais e estaduais de todo o Brasil, que é de 4,0%. O valor do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da educação era de 0,872, enquanto o do Brasil é 0,849.

O Conselho Municipal de Saúde de Montes Claros foi criado em 16 de maio de 1991, através do decreto lei de nº 1.150. É composto por 50% de representantes de Usuários; 25% Trabalhadores da Saúde; 25% gestores e prestadores, sendo 24 conselheiros titulares e 24 suplentes, cada um deles indicado por suas respectivas entidades através de ofício encaminhado à mesa diretora. As reuniões ocorrem toda primeira quarta feira do mês, na sala de reuniões da Secretaria Municipal de Saúde à Av. Dulce Sarmiento, 2.076. Monte Carmelo. O presidente do Conselho, de acordo com o Regimento Interno, é a Secretária Municipal de Saúde.

Montes Claros é polo macrorregional por oferecer os serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior nível de complexidade e polariza regiões e/ou microrregiões de saúde. Considerando o Plano de Regionalização de Minas Gerais (2006), a Região Assistencial de Montes Claros está organizada territorialmente em 09 microrregiões, abrangendo 87 municípios e uma população de 1.609.862 habitantes. Montes Claros também é polo microrregional pelo nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade, situação geográfica e polariza 11 municípios da microrregião, a saber: Bocaiúva, Claro dos Poções, Engenheiro Dolabela, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Glaucilândia, Guaraciama, Itacambira, Joaquim Felício, Juramento e Olhos d'Água.

O Programa de Agentes Comunitário de Saúde foi implantado em Montes Claros no ano de 1996. Em 1999, teve início a Residência Médica de Saúde da Família e Comunidade, do Hospital Universitário Clemente de Faria, sendo que neste ano foram criadas 16 equipes de Estratégia de Saúde da Família. Nos anos de 2000 a 2004 ampliou-se o número de equipes, chegando a cobrir mais de 50% do território no ano de 2009. Atualmente, existem 59 unidades de Estratégia de Saúde da Família, 5 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) dando apoio a 49 ESF. O município conta com 86 consultórios odontológicos, sendo 15 nos centros de saúde, 25 nas escolas estaduais e municipais, 01 na Cruz Vermelha e 45 em ESF.

2.1.2 A Estratégia de Saúde da Família I do bairro Antônio Pimenta

Trabalho na equipe I da Estratégia de Saúde da Família do bairro Antônio Pimenta, iniciada em 2014 e que abrange o bairro Jardim Alvorada e parte dos bairros Doutor João Alves e Antônio Pimenta.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) localiza-se na Rua Rosa Mendes Ferreira, número 336, bairro Antônio Pimenta, com horário de funcionamento de 7h00min às 12h00min e 13h30min às 17h00min.

A UBS tem área construída de cerca de 200m², composta por quatro consultórios médicos, dois consultórios odontológicos, uma sala de vacina, uma sala para curativos, uma farmácia, uma sala de reuniões, uma sala de triagem, um almoxarifado, uma cozinha.

A equipe I do Antônio Pimenta é constituída por uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma dentista e seis agentes comunitários de saúde. Além dos integrantes da equipe I, trabalham também na unidade dois pediatras, dois ginecologistas, um clínico geral, dois médicos generalistas das equipes II e III, quatro técnicos de enfermagem, um farmacêutico, três dentistas, três enfermeiros, duas psicólogas, cinco responsáveis pelos serviços gerais e doze agentes comunitários de saúde. Estão cadastradas 897 famílias e um total de 2789 habitantes na equipe I.

No território do bairro Antônio Pimenta encontram-se escolas, unidade básica de saúde, consultórios odontológicos, igrejas evangélicas e católicas, espaços sociais e institucionais, praça, quadra poliesportivas, unidades públicas intersetoriais e um comércio diversificado que inclui: farmácia, padaria, supermercado, papelaria, bares, sorveteria, posto de combustível, salão de beleza. Conta com serviços de transporte público coletivo, rede de telefonia fixa e móvel e coleta municipal de lixo.

2.2 Educação em saúde

2.2.1 Modelos de educação

Diferentes concepções pedagógicas são utilizadas na prática educativa em saúde. São modelos que objetivam construir um sujeito capaz de aprender e aplicar conhecimentos aprendidos.

Algumas linhas de pensamento são historicamente conhecidas, entre elas, a abordagem de transmissão. Nesta proposta, o processo de educação está centrado em um ator que ensina e transmite os conhecimentos a uma plateia que adquire uma posição passiva no aprendizado. Outro modelo tradicional é o condicionamento. Esse modelo está centrado em estímulos e recompensas para que o aprendiz obtenha a resposta desejada. Ambas tem o educador como foco do aprendizado.

Em outras concepções, o aprendiz é o eixo central do processo de aprendizagem. Na Pedagogia Nova, o aluno participa ativamente. Ele deve ser estimulado a buscar o conhecimento, e assim mudar o comportamento.

Considerando os preceitos do Sistema Único de Saúde construído no país, as metodologias que consolidam relações de aprendizagem verticais e autoritárias não são interessantes para a criação de um espaço pedagógico produtivo. A metodologia a ser utilizada deve considerar os profissionais de saúde como seres ativos em todo o processo de construção de conhecimento, reforçando, assim, o desenvolvimento de um saber crítico e ativo.

2.2.2 Educação permanente

O modelo assistencial atualmente proposto e desenvolvido no SUS incorpora a Educação Permanente como uma forma de contribuição factual da organização do processo de trabalho.

No modelo de Educação Permanente em Saúde problemas concretos da realidade dos profissionais são ponto de partida e práticas educativas são aplicadas para resolvê-los. As experiências e os conhecimentos individuais são a essência para o processo de transformação que visa resultados eficazes. Essa estratégia de organização surgiu da necessidade de aprendizagem contínua, através de um processo de discussão em equipe e autoavaliação. Diante das dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho, ela permite reflexão e,

consequentemente, transformação das práticas em saúde. Dessa forma, o aprender e o ensinar se incorporam à rotina dos profissionais e das unidades de saúde, possibilitando problematização de situações com o objetivo de aperfeiçoar o trabalho.

O artigo 200, da Constituição Federal de 1988, em seu inciso III, atribui ao SUS a competência de ordenar a formação na área da Saúde. Portanto, as questões da educação na saúde passam a fazer parte do conjunto de atribuições finalísticas do sistema. Para observá-lo e efetivá-lo, o Ministério da Saúde tem desenvolvido, ao longo do tempo, várias estratégias e políticas voltadas para a adequação da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde às necessidades de saúde da população e ao desenvolvimento do SUS (BRASIL, 1988).

De acordo com a Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde instituiu, como estratégia do SUS, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

As decisões da Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 21 de junho de 2007, resolve:

Art. 1º Definir novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde adequando-a as diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. Parágrafo Único - A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Art. 2º A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES).

A finalidade da Política de Educação Permanente em Saúde é transformar as práticas de saúde, as práticas profissionais e a própria organização do trabalho, com o objetivo final de uma estruturação a partir do próprio processo de trabalho. A EPS direciona para diferentes formas de qualificação da atenção à saúde, de organização dos serviços, da formação profissional e das práticas pedagógicas,

A Educação Permanente em Saúde transformou-se em caminho de reestruturação do serviço ao propor um formato distinto de ensino e aprendizagem que ultrapassa a definição de educação continuada e metodologias tradicionais. A EPS estimula um comportamento ativo dos aprendizes, além de proporcionar o desenvolvimento de autorreflexão e crítica, essenciais para a construção dos sujeitos.

A partir desta perspectiva, a Educação Permanente em Saúde pode ser compreendida como a apropriação de saberes socialmente construídos, que são continuamente produzidos e socializados (SILVA et al., 2011).

3 JUSTIFICATIVA

O agente comunitário de saúde é um importante ator na Estratégia de saúde da família implementada pelo SUS. O ACS atua na interação social (serviço-comunidade), desempenhando intervenções que transcendem o campo da saúde e alcançam a interface da assistência social e da educação.

A visita domiciliar é sua ação prioritária, pois abordará o indivíduo em seu contexto familiar e comunitário. Ela tem potencial para promover a saúde a partir de um vínculo mais efetivo e de troca de saberes.

Esse instrumento deve compreender um conjunto de ações sistematizadas, que se inicia antes da visitação e que continua após a mesma. No entanto, constata-se que a ausência de um trabalho sistematizado tem gerado resultados heterogêneos.

Portanto, faz-se necessária a educação dos ACS's para desenvolverem as atividades de visitação, buscando promover a saúde a partir do vínculo social e da troca de saberes.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para desenvolver um projeto de intervenção.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral:

Propor um programa de educação permanente para os agentes comunitários de saúde da Estratégia de Saúde da Família Antônio Pimenta I do município de Montes Claros.

4.2 Objetivos específicos:

- Realizar revisão de literatura para subsidiar a elaboração de um plano de intervenção;
- Elaborar um roteiro para visita domiciliar para os agentes comunitários de saúde;
- Realizar reuniões quinzenais em que serão discutidos os temas presentes no roteiro para visita domiciliar, previamente elaborado, para os agentes comunitários de saúde.

5 METODOLOGIA

Primeiramente, foi realizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES), sendo utilizada a metodologia da Estimativa Rápida para identificar os problemas enfrentados pela comunidade adscrita ao território e pela equipe de saúde. Foram realizadas entrevistas com informantes-chaves, sendo abordados temas como: história da comunidade, aspectos sociais e econômicos, problemas de saúde da população, perfil de mortalidade e morbidade e dificuldades enfrentadas pelos profissionais que trabalham na unidade.

Também foi feita observação ativa da área e da equipe, principalmente, durante as visitas domiciliares. Foi feita ainda uma coleta de dados a partir das fichas A dos ACS, do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), notificações epidemiológicas e relatório de produção mensal da equipe.

Estabeleceram-se os problemas mais importantes para a comunidade naquele momento, sendo priorizado um deles, a falta de capacitação dos agentes comunitários de saúde para prestar assistência à comunidade. A ESF I possui seis agentes comunitários de saúde, com idade entre 21 e 50 anos e todos eles iniciaram na referida função no ano de 2014.

A partir desse ponto, os nós críticos do problema selecionado foram definidos e, para cada um deles, foram identificados resultados e produtos esperados, assim como os recursos necessários em todas as situações. Em seguida, foram definidos os atores que controlam cada um dos recursos críticos, sendo também selecionado o prazo para que isso ocorra. Posteriormente, definiu-se o plano operativo, com a eleição de responsáveis por cada uma das operações e o estabelecimento de prazos para execução das mesmas.

Após a priorização do problema, foi feita uma revisão de literatura sobre o tema, com pesquisa bibliográfica, do tipo revisão narrativa, considerando as revistas indexadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO) bem como no acervo da biblioteca virtual do NESCON, manuais do Ministério da Saúde, diretrizes, livros texto e materiais oferecidos no Curso de Especialização em Atenção Básica disponibilizados na Plataforma Ágora, além de dados obtidos na própria Unidade Básica de Saúde.

Os descritores utilizados para a pesquisa foram: Agente Comunitário de Saúde; Roteiro de Visita Domiciliar; Capacitação; Educação Permanente.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Primeiro passo – identificação dos problemas

Apesar do pouco tempo de atividade na unidade Antônio Pimenta em Montes Claros – MG foi possível identificar diversos problemas que podem ser resolvidos total ou parcialmente para um melhor funcionamento da Estratégia da Saúde da Família. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

Grande número de hipertensos mal controlados: a falha na adesão ao tratamento parece ser o principal motivo para a quantidade de hipertensos com controle inadequado. Essa, por sua vez, decorre da falta de medicamentos, falta de informação e dificuldade do paciente na leitura e entendimento do modelo padrão de prescrição.

Grande número de tabagistas: ainda não existe nenhum programa para redução da incidência e prevalência do tabagismo no território adscrito.

Falta de capacitação dos agentes comunitários de saúde: os agentes comunitários de saúde não possuem um trabalho sistematizado e muitos por serem inexperientes precisam de maior orientação no exercício de suas funções.

Falta de estrutura física para comportar três equipes de saúde: até o ano de 2013 funcionava uma unidade básica de saúde e no ano de 2014, após ampliação passaram a atuar três equipes de estratégia de saúde da família e faltam macas, cadeiras e material médico.

Uso indiscriminado de benzodiazepínicos pela população do território: durante as consultas médicas foi observado o uso indiscriminado de benzodiazepínicos pela população do território.

6.2 Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Grande número de hipertensos mal controlados	Alta	6	Parcial	3
Grande número de tabagistas	Alta	5	Parcial	5
Falta de	Alta	7	Parcial	1

capacitação dos agentes comunitários de saúde				
Falta de estrutura física para comportar três equipes de saúde	Alta	7	Parcial	2
Uso indiscriminado de benzodiazepínicos	Alta	6	Parcial	4

6.3 Terceiro Passo: Descrição do Problema

O tema escolhido para ser abordado é a falta de capacitação dos agentes comunitários de saúde. Durante o trabalho em equipe na unidade, foi detectada a falta de sistematização das atividades do agente comunitário de saúde. Esse é um importante problema organizacional, que pode impactar no processo de trabalho da equipe de saúde.

6.4 Quarto Passo: Explicação do problema

Causas:

1-Inexistência de um roteiro de visita domiciliar. As visitas domiciliares não seguem um padrão definido gerando resultados heterogêneos.

2-Dificuldade na abordagem e orientação da população. Falta de conhecimento para abordar o indivíduo em seu contexto familiar e comunitário, a fim de promover saúde a partir de um vínculo mais efetivo e de troca de saberes.

Consequências:

Ausência de um roteiro de visita domiciliar e dificuldade na abordagem de temas específicos com a população → falha na observação de aspectos clínicos e epidemiológicos importantes → dificuldade de estabelecer vínculo com a população e menor capacidade de promoção de saúde → resultados pouco efetivos relacionados a melhoria da saúde da população.

6.5 Quinto passo: Identificação dos nós críticos

- O processo de trabalho da equipe não é padronizado, havendo necessidade de construir tecnologias de conhecimento, planejamento e comunicação de maneira mais criteriosa;
- Ausência de um roteiro para visita domiciliar do agente comunitário de saúde;
- Falta de um programa de educação permanente para o agente comunitário de saúde.

6.6 Sexto passo: Desenho das operações:

Foi realizado o desenho das operações para os “nós críticos” do problema, com a identificação dos produtos e resultados e recursos necessários para a concretização de cada item.

Processo de trabalho da equipe de saúde: aprimorar o processo de trabalho da equipe de saúde no sentido de identificar as principais deficiências a serem modificadas no trabalho do agente comunitário de saúde.

Ausência de um roteiro para visita domiciliar do agente comunitário de saúde: elaborar um roteiro de visita domiciliar a partir de modelos pré-existentes na literatura e reuniões entre enfermeiro e agentes comunitários de saúde. As reuniões devem abordar tópicos (Gestante, Puérpera, Mulheres, Homens, Crianças, Adolescentes, Idosos, Deficientes físicos/Acamados, Trabalho, Domicílio, Peridomicílio, Saúde Mental, Asma, Doenças Infectocontagiosas, Hipertenso e Diabético) e condutas a serem tomadas diante das diferentes situações, que devem estar presentes no roteiro.

Falta de um programa de educação para o agente comunitário de saúde: com o roteiro definido, elaborar um programa de educação permanente em que serão ministradas reuniões entre médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde para debater cada um dos temas presentes no roteiro de visita domiciliar. Propor uma programação definida para a educação dos agentes comunitários de saúde que deve ocorrer quinzenalmente na sala de reunião da unidade.

6.7 Sétimo passo: Identificação dos recursos críticos

Processo de trabalho da equipe de saúde:

Cognitivo: reconhecer as deficiências do trabalho do agente comunitário de saúde da ESF I do Antônio Pimenta.

Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.

Ausência de um roteiro para visita domiciliar do agente comunitário de saúde:

Cognitivo: reconhecer os temas e condutas que devem estar presentes em um roteiro de visita domiciliar para o agente comunitário de saúde.

Organizacional: programar reuniões entre agentes comunitários de saúde e enfermeiro para definir os temas e condutas do roteiro, assim como confeccioná-lo.

Financeiro: material para impressão do roteiro para cada um dos agentes.

Falta de um programa de educação continuada para o agente comunitário de saúde:

Cognitivo: elaborar oficinas sobre os diferentes temas que constam no roteiro.

Político: participação do gestor da unidade e dos profissionais (médico, enfermeiro e agentes comunitário de saúde) nas oficinas.

Financeiro: recursos de multimídia para as oficinas.

Organizacional: agendar as oficinas quinzenalmente no espaço de reunião da unidade, organizar os recursos, assim como monitorizar resultados.

6.8 Oitavo passo: Análise da viabilidade:

Quadro 3: Propostas de ações para motivação dos atores.

Operações/projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Reconhecer as deficiências do trabalho do agente comunitário de saúde na ESF I do Antônio Pimenta	Cognitivo: reconhecer as deficiências do trabalho do agente comunitário de saúde da ESF I do Antônio Pimenta. Político: articulação	Secretário de Saúde Gestor da unidade de saúde	Favorável Favorável	Apresentar o projeto

	entre os setores da saúde e adesão dos profissionais			
Elaboração de um roteiro para visita domiciliar do agente comunitário de saúde	<p>Cognitivo: reconhecer os temas e condutas que devem estar presentes em um roteiro de visita domiciliar para o agente comunitário de saúde.</p> <p>Organizacional: programar reuniões entre agentes comunitário de saúde e enfermeiro para definir os temas e condutas do roteiro, assim como confeccioná-lo.</p> <p>Financeiro: material para impressão do roteiro para cada um dos agentes.</p>	<p>Gestor da unidade de saúde</p> <p>Enfermeiro da ESF</p> <p>Médico da ESF</p> <p>Secretário de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	Apresentar o projeto
Elaboração de um programa de educação continuada para o agente comunitário de saúde	<p>Cognitivo: elaborar oficinas sobre os diferentes temas que constam no roteiro</p> <p>Político: adesão do gestor da unidade e dos profissionais (médico, enfermeiro e agentes comunitário de saúde) às oficinas.</p> <p>Financeiro: recursos de multimídia para as reuniões</p> <p>Organizacional: agendar as reuniões quinzenalmente no</p>	<p>Gestor da Unidade Saúde</p> <p>Médico da ESF</p> <p>Enfermeiro da ESF</p> <p>Secretário de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	Apresentar o projeto

	<p>espaço de reunião da unidade, programar temas a serem trabalhados em cada oficina e supervisionar a utilização dos roteiros pelo agente comunitário, assim como monitorizar resultados.</p>			
--	--	--	--	--

6.9 Nono passo: Cronograma de operacionalização da proposta

Quadro 4: Cronograma de operacionalização da proposta

Operações/projetos	Resultados	Produtos	Responsáveis	Prazo
Reconhecer as deficiências do trabalho do agente comunitário de saúde na ESF I do Antônio Pimenta	Ter enumeradas todas as dificuldades apresentadas pelos agentes comunitários de saúde da ESF I do Antônio Pimenta	Lista dos problemas apresentados	Agentes comunitários de saúde, médico e enfermeiro da ESF I do Antônio Pimenta	1 mês
Elaboração de um roteiro para visita domiciliar do agente comunitário de saúde	Listar os temas e condutas que devem compor o roteiro de visita domiciliar em reuniões entre agentes e enfermeiro	Roteiro de visita domiciliar para os agentes comunitários de saúde	Agentes comunitários de saúde, enfermeiro, médico, gestor da unidade de saúde	1 mês
Elaboração de um programa de educação para o agente comunitário de saúde	Seleção de material didático a partir dos temas que constam no roteiro Organizar e planejar reuniões, oficinas	Programa de educação permanente dos agentes comunitários de saúde Reuniões agendadas quinzenalmente entre médico, enfermeiro e agentes	Enfermeiro, médico, gestor da unidade de saúde	2 meses 6 meses

		para discutir temas e condutas do roteiro de visita domiciliar		
--	--	--	--	--

6.10 Décimo passo: Gestão do Plano

Os custos previstos para esta proposta de intervenção serão de responsabilidade da unidade de saúde e/ou recursos oriundos do município.

O acompanhamento do projeto deverá ser feito através de reuniões mensais fixas e reuniões extras sempre que for notado algum problema ou surgir alguma ideia. As ações estratégicas devem ser sempre executadas e avaliadas simultaneamente para que os problemas sejam detectados e corrigidos em menor tempo possível. Deve ser observado se os prazos estão sendo cumpridos e se os integrantes da equipe estão participando da forma como foi determinado. Importante também realizar reuniões com a população para saber se estão satisfeitas com as mudanças e se apresentam alguma sugestão

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Espero que este Plano de Intervenção possibilite uma reestruturação do trabalho do agente comunitário da ESF Antônio Pimenta I, assim como resultados efetivos das visitas domiciliares praticadas por eles. Acredito que a própria equipe de saúde será beneficiada por melhorar seu trabalho, sua relação com os usuários e por uma facilitação no manejo de situações complicadas.

Durante as etapas de elaboração do projeto, a equipe pôde realizar um diagnóstico situacional sobre os problemas da área de abrangência da ESF Antônio Pimenta I e refletir sobre o seu processo de trabalho e como o mesmo pode ser melhorado.

O Plano de Intervenção abordado deve servir de modelo para a equipe realizar outros projetos de intervenção para os demais problemas identificados.

A utilização do Planejamento Estratégico Situacional permitiu a formulação de propostas baseadas em evidências, com grande chance de serem resolutivas.

REFERÊNCIAS:

CAMPOS, F.; FARIA, H.; SANTOS, M.; **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte. 2010. 110p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília. Ministério da Saúde, 2009. 84 p.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.; SOARES, S.; **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. 2 ed. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte. 2009. 76p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília. Ministério da Saúde, 2009. 260 p.

Brasil. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico, 2010**. Disponível em: < www.ibge.gov.br > acessado em 11 nov. 2014.

Brasil. Decreto No 3.189, de 04 de outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde (ACS), e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 4 out. 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3189.htm>. Acesso em: 11 nov. 2014

BARBOSA, Vanessa Baliego de Andrade; FERREIRA, Maria de Lourdes Silva Marques; BARBOSA, Pedro Marco Karan. Educação permanente em saúde: uma estratégia para a formação dos agentes comunitários de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 1, Mar. 2012 .