

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

NATÁLIA NOLASCO SEGHE TO

**EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE PARA
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

**JUIZ DE FORA-MG
2014**

NATÁLIA NOLASCO SEGHE TO

**EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE PARA
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

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. Daniele Falci de
Oliveira

**JUIZ DE FORA-MG
2014**

NATÁLIA NOLASCO SEGHE TO

**EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE PARA
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

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. Daniele Falci de
Oliveira

Banca Examinadora:

Prof.^a Daniele Falci de Oliveira(Orientadora)

Prof. _____ (Examinador)

Aprovado em: ___/___/_____.

Dedico este trabalho:

Aos meus pais Lucimar e Honorina, que me apoiaram em todos os momentos me educando e me preparando para a vida da melhor maneira possível.

Ao meu irmão Igor pelo exemplo de dedicação e humildade.

Ao meu esposo Leonardo, que sempre esteve ao meu lado me amparando e não me deixando desistir nunca.

À Comunidade de Mar de Espanha, que me acolheu.

À equipe Floresta por todo apoio.

AGRADEÇO

À Deus que tornou essa vitória possível e me abençoou com inteligência e oportunidade para alcançar mais esse objetivo.

Ao Profab e toda equipe pedagógica da Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da UFMG por me proporcionar todo conhecimento necessário para conclusão dessa conquista.

À minha Orientadora Daniela Falci de Oliveira que aceitou o desafio de me orientar e com sua experiência e visão prática, tornou minha caminhada mais suave.

À todas as pessoas que sempre estiveram ao meu lado e me apoiaram nessa caminhada.

“Conhecimento não é aquilo que você sabe, mas o que você faz com aquilo que você sabe.”

Aldous Huxley

RESUMO

O Curso de educação continuada para Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) trata-se de um projeto de intervenção para capacitar tais profissionais de saúde a atuar como protagonistas na Equipe de Saúde da Família (ESF). O projeto nasceu da necessidade desses profissionais de saúde em conhecer a relevância de sua função, bem como de suas atividades básicas e ferramentas de trabalho. O principal objetivo da capacitação foi qualificar os ACS oferecendo subsídios e embasamento teóricos e práticos para o desenvolvimento do seu processo de trabalho. Fornecendo informações sobre suas atribuições, demonstrando suas ferramentas de trabalho, bem como aplicando treinamento prático para sua utilização, fornecendo informações atualizadas sobre temas mais freqüentes em saúde e ainda planejamento e educação em Saúde da Família. O curso com duração de um ano está em andamento desde o mês de maio. Mesmo sem o término da capacitação é possível perceber grande evolução qualitativa dos profissionais freqüentadores que já são capazes de prover assistência na vida comunitária, deslocando o cuidado para o território onde se insere a população adstrita, respeitando e atuando de acordo com os princípios do SUS e da Atenção Básica e com foco na prevenção, cura e reabilitação dos usuários; minimizando-se assim os agravos em saúde dessas comunidades.

Palavras-chave: Agentes comunitários de saúde, Saúde da Família, Educação em saúde.

ABSTRACT

The College of Continuing Education for Community Health Agents (ACS) is in an intervention project to enable health professionals to such act as protagonists in a Family Health Team (FHT) . The project arose from the need of such healthcare professionals know the importance of their role, as well as their basic activities and work tools . The main objective of the training was to qualify the ACS offering subsidies of theoretical and practical development of their work process basis. Providing information about their assignments, demonstrating their tools work as well as applying practical training in its use, providing updated information on the most frequent themes in health and education still planning and family health. The course duration of one year has been ongoing since the month of May. Even without the completion of training you can see large qualitative evolution of the regulars professionals who are already able to provide assistance in community life, shifting care to the territory which includes the enrolled population, respecting and acting in accordance with the principles of the NHS and Primary Care and focusing on prevention, cure and rehabilitation of users, thus minimizing the health disorders in these communities.

Keywords: *Community Health Agents, Family Health, Health education.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População Total de Mar de Espanha - MG.....	11
Tabela 2 – População por faixa etária do município de Mar de Espanha – MG.....	12
Tabela 3 – Cronograma das atividades do curso de capacitação para Agentes Comunitários de Saúde.....	25
Tabela 4 – Diagnóstico Situacional da Equipe de Saúde da Família do Bairro Floresta, município de Mar de Espanha – MG.....	27

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	JUSTIFICATIVA.....	15
3	OBJETIVOS.....	16
3.1	GERAL.....	16
3.2	ESPECÍFICOS.....	16
4	DESENVOLVIMENTO.....	17
4.1	BASES CONCEITUAIS	17
5	METODOLOGIA	20
6	PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	27
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
	REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma estratégia definida pelo Ministério de Saúde (MS) para oferecer uma atenção básica mais resolutiva e humanizada no país, e foi criada em 1994, para reorganizar a atenção básica. A Atenção básica é um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Age sobre uma área determinada (Territorialização) e com essa população cadastrada (Adscrição de Clientela), mantendo o foco na família e não somente no indivíduo. É a porta de entrada do sistema de saúde e se articula com os outros níveis de atenção. O PSF atualmente foi renomeado, Estratégia Saúde da Família (ESF), pelas suas características estratégicas de mudança no padrão de atenção à saúde da população. (BRASIL, 2012; VIANA, 1998).

Segundo o Ministério da Saúde, (BRASIL, 2012), a ESF é operacionalizada mediante equipes compostas por no mínimo um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), baseados em uma unidade básica de saúde (UBS). Cada equipe podendo ser responsável por no máximo 4.000 pessoas. Sendo cada ACS responsável por no máximo 750 pessoas.

Mar de Espanha, que está localizada na Zona da Mata do Estado de Minas Gerais, a 58 km de Juiz de Fora. Sua população é composta por 11.749 habitantes. Apresenta como Prefeito, Wellington Marcos Rodrigues, Secretária Municipal de saúde, Jaqueline Almeida Pacheco Vieira e Coordenadora da Atenção Básica, Pedro Paulo Marques. (IBGE, 2010).

O município teve origem com a chegada do português Antônio da Costa e o mameluco João Maquieira, que chegaram à região a procura de terras adequadas para agricultura. Eles são considerados os fundadores do município. Viveram por um tempo nos arredores do Rio do Cágado vivendo da pesca e caça, mas logo começaram a desbravar matas e plantar lavouras. Logo os desbravadores se firmaram na região formando colônias, sítios e fazendas e foi se desenvolvendo o comércio para abastecer toda população. Mais tarde os produtos da lavoura vendidos na localidade já eram

comercializados e transportados para o litoral. Aos poucos o local foi ficando conhecido como Porto do Mar de Espanha, tempo depois, um dos fazendeiros da região adotou tal nome para sua propriedade, Fazenda do Mar de Espanha, até que esta denominação acabou se estendendo para toda a região (IBGE, 2010).

O município apresenta área total de 371,600 m², com Concentração Populacional de 0,03 hab/m² com 3891 municípios e 3421 famílias. Apresenta o Índice de Desenvolvimento Humano de 0,741, a Taxa de Urbanização de 91,5% e Renda per capita de 8.260,73 reais (IBGE, 2010).

O abastecimento de água tratada corresponde a 89% e é realizado pela COPASA. E a Energia Elétrica corresponde a 99%. O esgoto é recolhido pela rede pública, mas não é tratado (IBGE, 2010).

A principal atividade econômica é a confecção de cuecas e meias. Outras como a agricultura e fabricação de varetas de madeira também tem um papel importante na economia da cidade.

Existem dois bancos o Bradesco e o Itaú, sendo que as casas lotéricas funcionam como correspondentes bancários da Caixa Econômica. Existe também agência dos correios e serviço de telefonia fixa e móvel.

De acordo com Aspectos Demográficos, a Tabela 1 informa a população total da cidade de Mar de Espanha, assim como sua distribuição Urbana e Rural:

Tabela 1 – População Total de Mar de Espanha - MG

População de Mar de Espanha	Habitantes
População Total	11.749
População Urbana	10.750
População Rural	999

Fonte: IBGE, 2010.

Outra importante informação que complementa a Tabela 1 acima é a Tabela 2 que traz a divisão da população da referida cidade por faixa etária.

Tabela 2 – População por faixa etária do município de Mar de Espanha – MG

Idade	População
Menores de 1 ano	126
De 1-4 anos	574
De 5-9 anos	738
De 10-14 anos	975
De 15-19 anos	1018
De 20-24 anos	983
De 25-39 anos	2546
De 40-59 anos	3051
Maiores de 60 anos	1738

Fonte: IBGE, 2010.

Segundo os indicadores, a Taxa de crescimento anual está estimada em 1,4 %. A Densidade demográfica está em 31,6 hab/ km². A Taxa de Escolarização é de 91,17% e o nível de alfabetização da população é de 85%. A Proporção de moradores abaixo da linha da pobreza é 21,31%. Quando nos referimos a porcentagem da população usuária da assistência à saúde no SUS, encontramos 90,1% . (IBGE, 2010).

O conselho municipal de saúde é composto por 12 pessoas, sendo 6 usuários do sistema de saúde, 3 profissionais de saúde e 3 membros do executivo. As reuniões ocorrem toda primeira terça- feira do mês para discutir questões em saúde. O orçamento destinado à saúde é de 2.574.508,17 reais.

A ESF já esta implantada de forma plena, com uma cobertura de 10510 habitantes. Possui 5 equipes de saúde da família sendo duas ampliadas com equipes de saúde bucal. O sistema de referência e contra referencia apresenta problemas, uma vez que as contra referências não retornam para a atenção básica. A média complexidade pode ser realizada na própria cidade, mas a alta complexidade é realizada em Juiz de Fora, região metropolitana mais próxima.

Os principais problemas de saúde são devido às condições de trabalho, como problemas osteoarticulares e respiratórios. A principal causa de mortalidade são as doenças cardiovasculares (IBGE, 2010).

A cidade possui um único Hospital, a Santa Casa de Mar de Espanha. Onde são realizadas internações, procedimentos ambulatoriais e médias cirurgias. Todos os serviços realizados são cobrados da população,

uma vez que o estabelecimento de saúde é particular, tornando a população totalmente dependente dos postos de saúde inclusive para urgências.

A cidade possui 34 médicos entre generalistas, especialistas e médicos da Equipe de Saúde da Família, sendo que 3 destes são do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB). Os demais são contratados e concursados pelo município. Os médicos trabalham 32 horas semanais de 8 às 17 horas.

A UBS onde a autora exerce suas atividades, Dr. Jair Teixeira de Rezende está localizada na rua Expedicionário Sebastião Francisco nº 41 no bairro Floresta, principal pólo das confecções da cidade. Foi inaugurada em Julho de 2012 e é a unidade mais nova do município. Conta com 4 consultórios médicos, sala de vacina, consultório dentário, sala de curativos e observação, sala de reuniões entre outros. Possui 1 recepcionista, 2 técnicos de enfermagem, 5 agentes de saúde, 1 médica, 1 enfermeira e 2 dentistas, sendo que apenas 2 destes funcionários são concursados, os demais são contratados pela prefeitura e PROVAB. O horário de funcionamento da UBS e de trabalho é de 08 às 17 horas, sendo que a partir do mês que vem começará a funcionar até as 20 horas.

Os principais problemas em saúde enfrentados pela UBS do Bairro Floresta em análise situacional são: A falta de Preparo dos ACS para exercer suas ações na Equipe de Saúde da Família; a falta de estratificação de risco cardiovascular(CVC); renovação indiscriminada de receitas sem consultas médicas e problemas relacionados ao trabalho nas confecções da cidade. Todos os problemas foram analisados de acordo com parâmetros de importância, classificação em ordem de urgência e capacidade de enfrentamento. Todos os problemas foram considerados de alta importância. O que apresentou maior urgência foi a falta de preparo das ACS. Apenas os problemas de trabalho foram classificados com não tendo capacidade de enfrentamento pela dificuldade de acesso às empresas. Ficando assim determinada a prioridade de intervenção. O problema de estratificação de risco CVC foi sendo resolvido ao longo do ano nas consultas de HIPERDIA. Quanto a renovação de receitas sem consultas médicas ficou estipulado que as receitas apenas seriam confeccionadas mediante consulta médica. Para o

principal e mais urgente problema, foi criado um projeto de intervenção para capacitar os ACS da Equipe e do município (CAMPOS, 2013).

Tal análise situacional e subsídios para enfrentamento do problema, só foram possíveis, pelo embasamento teórico fornecido pelo Curso de Especialização em Atenção Básica em saúde da Família (CEABSF). O curso trouxe grandes conhecimentos para a prática na Atenção Básica à Saúde.

2 JUSTIFICATIVA

Os agentes comunitários de saúde desempenham papel fundamental dentro da equipe de saúde da família, por isso, eles devem obrigatoriamente compreender suas atribuições e a constituição dessa atividade, bem como sua contribuição para com a Equipe de saúde da família (BRASIL, 2000; BRASIL, 2009).

O Programa de Educação em Saúde para ACS foi criado visando solucionar problemas no processo de trabalho desses agentes de modo a estreitar o vínculo dos usuários com serviço de atenção primária, facilitando seu acesso e possibilitando medidas preventivas, de promoção e reabilitação da saúde, conforme os princípios do SUS e da Atenção Primária. (BRASIL, 2009; BRASIL, 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um plano de intervenção para melhoria da qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde oferecendo subsídios para o desenvolvimento do seu processo de trabalho.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Fornecer informações sobre as atribuições dos ACS;
- ✓ Demonstrar as ferramentas de trabalho, bem como treinamento para sua utilização;
- ✓ Fornecer informações atualizadas sobre temas mais freqüentes em saúde;
- ✓ Incorporar práticas de Planejamento e Educação em Saúde da Família na rotina da ESF.

4 DESENVOLVIMENTO

4.1 BASES CONCEITUAIS

Os primeiros ACS surgiram no Ceará em 1987 numa tentativa de gerar oportunidades de empregos para mulheres na área da seca e ainda criar estratégias para redução da mortalidade infantil e materna, provendo ações em saúde da criança e da mulher. Esta estratégia expandiu-se por todo estado e começou a ser implantada pelo Ministério da Saúde (MS) em 1991, com criação do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNAS), que em 1992 passa a ser chamado de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (THOMAZ, 2002; LEVY, 2004).

Segundo Viana e Dal Poz (1998, p.18) a criação do PACS iniciou a história do Programa de Saúde da Família (PSF), uma vez que começa a colocar a família dentro das práticas de saúde, antes focada no indivíduo e ainda iniciou a reorganização da demanda. Constituindo como peça fundamental para a organização dos sistemas de saúde locais e implementação do SUS.

A Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997, detalhou em 33 itens as atribuições básicas dos ACS. Dentre as atribuições específicas desses profissionais estão, a adscrição das famílias em base geográfica definida; cadastrar todas as pessoas de sua microárea, mantendo seus cadastros atualizados; orientar as famílias quanto a utilização dos serviços de saúde disponíveis; realizar atividades programadas e de atenção a demanda espontânea; 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; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adstrita à UBS; desenvolver atividades de promoção da saúde, por meio de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância da saúde, por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas; estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando promoção da saúde e prevenção de

doenças. E ainda o preenchimento das fichas que alimentam o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (BRASIL, 2012).

Mas a regulamentação do ACS como profissão só ocorreu em 10 de julho de 2002 com Lei 10.507, artigo 2º.

Nunes, et al. (2002) coloca o ACS como ser intermediário, com papel muito específico, entre os serviços de saúde e a comunidade e ainda um agente de mudanças, uma vez que estão inseridos na realidade de saúde do bairro que moram e trabalham, identificando-se com a cultura, linguagem e costumes da comunidade. Mendonça (2004) coloca que sua inserção na comunidade garante sua vinculação e a identidade cultural de grupo com as famílias sob sua responsabilidade.

O ACS é considerado um mediador social. Um “elo”, entre os objetivos das políticas sociais do Estado e as necessidades de saúde da comunidade. Intermediando também a capacidade de auto-cuidado da comunidade e direitos sociais garantidos pelo Estado. E ainda entre o conhecimento popular e científico (NOGUEIRA, 2000).

Vários documentos emitidos pelo Ministério da Saúde valorizam a singularidades profissionais do ACS, como um trabalhador de saúde com interface no meio ambiente, assistência social e educação.

O Ministério da Saúde em 2000, no material do Curso Introdutório para profissionais de Saúde, destacou que profissional da Equipe de Saúde da Família deve atuar com criatividade e senso crítico, humanizando suas práticas de forma eficaz e resolutiva, enfocando ações de promoção, prevenção, recuperação e de reabilitação. Precisa ser um profissional capacitado para planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, articulando os diversos setores envolvidos na Promoção da Saúde.

Alguns documentos oficiais do Ministério da Saúde, como o Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde, de 2004, colocam a necessidade de processo de educação permanente em saúde na forma de cursos introdutórios para a ESF capacitando as equipes de acordo com princípios do SUS a desempenharem suas funções.

O processo de capacitação dos ACS vem proposto desde 1997, na portaria que aprova as Normas e Diretrizes do PACS, que propôs que esses

profissionais “devem ser capacitados para prestar assistência, de acordo com suas atribuições e competências, a todos os membros das famílias sob sua responsabilidade”. E esse processo educativo deve ser permanente e gradual.

Os ACS ao receberem uma formação, os ACS acessam o saber biomédico, o que lhes confere prestígio social o que é contraditório uma vez que este conhecido como provedor do saber popular (NUNES, 2002).

Bornstein e Stotz (2008) defendem que apesar do ministério da saúde definir as principais diretrizes para sua formação, na prática este processo ainda está muito diversificado e que a formação dos ACS deve considerar os conceitos de saúde e de risco presentes no Manual “O trabalho do Agente Comunitário de Saúde”.

Duarte e Cardoso (2007), que instituíram um curso de capacitação para ACS, em Sorocaba, objetivando formar esses profissionais para atuar de maneira efetiva na Estratégia de Saúde da Família. Como resultados observados pelos autores destacam-se a mudança de percepção dos profissionais em relação ao seu processo de trabalho e a si mesmos. Puderam perceber que “ser ACS é, sobretudo lutar e aglomerar forças em sua comunidade defendendo os serviços públicos de saúde e educação e da melhoria dos determinantes sociais de saúde”.

Diante do exposto e da realidade presente no município Mar de Espanha foi criado um projeto de Intervenção para formação dos Agentes Comunitários de Saúde.

5 METODOLOGIA

Foi elaborado um Projeto de Intervenção intitulado “Programa de Educação Continuada em Saúde para Agentes Comunitários de Saúde (ACS)” com objetivo de subsidiar conhecimentos básicos para formação e desenvolvimento do processo de trabalho dos ACS. O curso que teve início no dia 10 de maio de 2013, sendo baseado no Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde, do Ministério Saúde, elaborado em 2009, terá duração de Um ano, com encontros semanais, nas tardes de sexta-feira. A frequência está sendo contada como dia trabalhado. O objetivo principal é melhorar a qualificação dos ACS, padronizado e aperfeiçoando seu processo de trabalho na atenção primária.

As aulas são teóricas e práticas para aprimoramento de suas funções e noções básicas de temas mais prevalentes e relevantes em Saúde da Família. Os coordenadores do projeto são Pedro Paulo Marques, Enfermeiro e Coordenador do PSF da cidade Mar de Espanha e Natalia Nolasco Segheto, Médica da equipe de saúde da família do bairro Floresta e autora deste trabalho de conclusão de curso. O responsável técnico por toda parte organizacional e programático é o Enfermeiro Pedro Paulo Marques, profissional com vasto conhecimento e experiência na Estratégia Saúde da Família e prática na aplicação de cursos introdutórios para ACS recém-contratados. À autora coube a preparação dos temas em saúde e apoio no planejamento das ações programáticas. O curso conta ainda com apoio das ESF do município.

Os temas ministrados pelo enfermeiro Pedro ficaram estabelecidos na seguinte ordem: SUS, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Acolhimento, Definição de demanda espontânea, programada e acesso, Instituição da sala de espera, Visita Domiciliar e Cronograma Semanal das Visitas, Processo de trabalho do ACS e ferramentas da Equipe de saúde da família: fichas A e classificação de risco das famílias por grau de risco, ficha B: Gestante, Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Tuberculose (TB), Hanseníase (HAN); Fichas C e D; Relatórios de Situação de Saúde e acompanhamento das famílias na área (SSA2) e de Produção e marcadores para avaliação (PMA2). Interpretação de Cartão Vacinal. À autora

e aos médicos do município, ficaram estabelecidos os temas: Saúde Mental, Saúde do Idoso, Saúde do Adulto, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Violência Familiar, Atenção às pessoas com deficiência, Doenças Transmitidas por Vetores, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus e Sintomáticos Respiratórios (SAÚDE, 2009).

Dentre os produtos esperados com a Intervenção espera-se, que os ACS tenham conhecimentos básicos sobre o SUS e Atenção Primária à Saúde e possam agir de acordo com seus princípios, bem como sua aplicabilidade no desempenho de suas funções a serem executadas.

Em relação à Estratégia Saúde da Família espera-se que o ACS seja capaz de se colocar como membro de uma equipe de saúde e de uma comunidade fazendo o elo necessário entre a equipe e os usuários, incorporando esses conceitos como norteadores do seu trabalho.

Acerca da apresentação do Acolhimento é esperado que conheçam as definições de demanda espontânea, programada e acesso, bem como sua aplicabilidade. Espera-se que os profissionais sejam capazes de fortalecer o vínculo com a comunidade facilitando o acesso dos usuários para acompanhamento e em demanda agendada e que a atenção básica seja a porta de entrada da atenção básica em saúde.

Com a criação da sala de espera, espera-se otimizar os resultados pactuados, uma vez que a mesma é um importante recurso físico para educação em saúde, promoção e prevenção de agravos.

Em relação às Visitas Domiciliares e Cronograma Semanal de Visitas é esperada a mudança do conceito equivocado sobre visitas domiciliares (VD); a compreensão de sua importância no processo de trabalho dos ACS; o planejamento e estudo prévio acerca da família a ser visitada, execução e avaliação de uma VD e elaboração de cronogramas semanais.

Quanto ao Processo de trabalho do ACS, espera-se o reconhecimento das ferramentas de trabalho dos ACS: Ficha A e Classificação por Grau de Risco, Manuseio e preenchimento correto dos documentos, com dados corretos e completos e utilização de critérios para correta classificação de risco e utilização no planejamento de ações e visitas. Ficha B: Gestante: Utilização por todas as ESF para acompanhamento e monitoramento das gestantes, bem como seu correto preenchimento; Diabéticos e HAS: Utilização

por todas as ESF para acompanhamento e monitoramento dos Diabéticos e Hipertensos, bem como seu correto preenchimento; Tuberculose (TB): Apresentação e reconhecimento da importância desse instrumento, bem como sua utilização concomitante ao tratamento diretamente observado (TDO), nos casos de tuberculose nas áreas adscritas; Hanseníase (HAN): Apresentação e reconhecimento da importância do seu correto preenchimento frente a um caso de Hanseníase; Produção Diária: Utilização diária e registro adequado das atividades pelos profissionais de saúde. SSA2 e PMA2: Registro correto dos procedimentos e atendimentos prestados.

Em relação à Interpretação de Cartão Vacinal espera-se que os ACS possam reconhecer um cartão vacinal incompleto e constatado essa falha, realizem a busca ativa dos faltosos em vacinas aumentando a prevenção de doenças e agravos

Diante dos temas : Saúde Mental, Saúde do Idoso, Saúde do Adulto, Saúde da Criança, Saúde da Mulher espera-se que o ACS seja capaz de reconhecer as principais doenças e agravos nos determinados grupos etários realizando seu acompanhamento para promoção da saúde e prevenção, melhorando sua qualidade de vida.

No que tange a Violência Familiar o ACS deverá reconhecer os diferentes tipos de violência familiar e identificá-los, repassando os casos suspeitos para equipe de saúde. Planejamento de ações em equipe para intervenção.

Na Atenção às pessoas com deficiência o profissional deverá reconhecer situações de risco para deficiências e identificar seus tipos mais comuns, bem como sua dependência, além promover sua acessibilidade e inclusão social na família e comunidade.

Na abordagem às Doenças Transmitidas por Vetores será esperada atuação de maneira integrada dos ACS com agentes de endemias, no controle de vetores e no desenvolvimento de ações em vigilância em saúde e que saibam identificar os principais sinais e sintomas das principais doenças e agravos, orientando casos suspeitos.

Em relação a HAS deverão reconhecer seus principais fatores de risco, com estratégias para prevenção primária. Identificar os hipertensos da

área de abrangência e realizar o preenchimento da ficha B-HA, realizar prevenção secundária e realizar busca ativa dos faltosos às consultas.

Quanto aos Diabéticos devem saber reconhecer os fatores de risco para DM, atuando na prevenção primária, classificar os dois tipos mais freqüentes de diabetes e seus principais sinais e sintomas. Identificar os Diabéticos da área de abrangência e realizar o preenchimento da ficha B-DM, realizar prevenção secundária e realizar busca ativa dos faltosos às consultas

Em relação aos Sintomáticos Respiratórios devem identificar e realizar busca ativa para notificação e investigação diagnóstica.

Como resultados preliminares com a intervenção, podemos destacar que apesar do pouco conhecimento acerca do SUS, houve absorção do conteúdo e da importância do mesmo para as atividades desenvolvidas pelo ACS. Os capacitandos demonstraram interesse no tema Atenção Básica, aprenderam a reconhecer seus princípios e seu enfoque, principalmente no que está presente no seu cotidiano de trabalho. Na Estratégia Saúde da Família, os participantes já sentem-se membros de uma equipe de saúde e incorporaram estes conceitos como norteadores para seu trabalho. Notou-se a insegurança diante da complexidade da assistência e da responsabilidade depositada no ACS, porém foi reforçado durante o curso, que os mesmos estão amparados por uma equipe de saúde multiprofissional, o que ameniza suas angústias e ansiedades.

Quanto ao Acolhimento, demanda espontânea e programada e acesso, houve pouca melhora. Muitos profissionais permanecem sem vínculo com a comunidade, e observamos que o atendimento é focado nas filas restritivas ao acesso, dificultando a interação do usuário com os profissionais das unidades de saúde.

Há resistência na reorganização do processo de trabalho. Tópico que merece nova abordagem.

Avaliamos a necessidade de implementar o acolhimento com novas intervenções. A sala de espera foi instituída recentemente, podendo-se observar a boa aceitação e interesse dos usuários.

Em relação a Visita domiciliar e Cronograma de visitas, conseguiu-se a instituição do planejamento das visitas e estudo prévio da acerca da família a ser visitada, o que até então era ignorado pelo ACS.

O cronograma semanal esta sendo muito bem utilizado, e seu monitoramento tem sido realizado pelos enfermeiros das ESF.

Em relação ao processo de trabalho houve grande melhora. A maioria dos ACS já conhecem suas ferramentas de trabalho e já estão utilizando de forma correta, com preenchimento correto e completo. Muitas fichas eram totalmente desconhecidas para os profissionais e muitas não eram utilizadas por todas as ESF. Houve a padronização para utilização. Quanto a classificação por grau de risco das famílias, muitos já incorporaram seus critérios para a correta classificação e planejamento de ações.

Em relação aos temas Saúde Mental, Saúde do Idoso, Saúde do Adulto, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, os alunos tem sido capazes de reconhecer os principais agravos nessas faixas etárias e tem passado para equipe situações que precisam ser trabalhadas. A busca ativa por faltosos e por pacientes de risco para doenças vem sendo realizada.

Foi observado o interesse maior dos ACS pelo tema doença mental, uma vez que a dependência química de álcool e drogas, ser um problema enfrentado por muitas famílias do município.

Em relação a violência familiar, a maioria dos ACS já são capazes de identificar situações de risco e reconhecer bem os tipos de violência. Os casos tem sido passados para a equipe para formulação de estratégias. Em relação a pessoas com deficiência, não observou-se grande avanço. Os ACS apesar de reconhecerem os riscos para esse agravo, não tem promovido sua prevenção como ensinado e ainda, não tem integrado deficientes na comunidade e na família. Tal tópico merece abordagem posterior. Os demais temas serão avaliados posteriormente.

O projeto de intervenção vem sendo realizado com recursos da Secretaria Municipal de Saúde e Prefeitura de Mar de Espanha. Que disponibiliza todo material como folhas de papel, canetas, lápis, Xerox, bem como disponibiliza a sala de reuniões da UBS do bairro floresta para realização do curso.

Os principais recursos críticos para realização do projeto de intervenção foram: a própria conscientização dos ACS em relação a importância do curso para seu processo de trabalho. Muitos faltavam às aulas.

Tal problema foi resolvido quando o curso começou a ser contado como dia de trabalho por ordem da Secretária Municipal de Saúde.

A distribuição temporal das atividades pode ser demonstrada pelo quadro abaixo. O curso terá duração de um ano com encontros semanais com duração de quatro horas.

Tabela 3 – Cronograma das atividades do curso de capacitação para Agentes Comunitários de Saúde

(continua)

Tema	Cronograma						
	2013						
	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov
SUS	XX						
APS	XX	XX					
Estratégia Saúde da Família		XX					
Acolhimento, Acesso, Demandas			XXXX				
Instituição de Sala de espera				XXX			
Visita Domiciliar e Cronograma Semanal				XX	XX		
Processo de Trabalho do ACS					XX	XX	
Classificação de Risco das Famílias						X	
Interpretação de Cartão Vacinal						X	
Saúde Mental							XX
Saúde do Idoso							X

(conclusão)

Tema	Cronograma					
	2013	2014				
	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai
Saúde da Criança	X					
Saúde da Mulher	XX					
Saúde do Adulto	X	XX				
Violência Familiar		XX				
Atenção às pessoas com deficiência			XX			
Doenças Transmitidas por Vetores			XX			
HAS				XX		
DM				XX		
Sintomáticos Respiratórios					XX	
Tópicos Propostos pelas ACS					XX	
Tópicos Propostos pelas ACS						XX

Legenda:

X – Um Dia Mês

XX – Dois Dias Mês

XXX – Três Dias Mês

XXXX – Quatro Dias Mês

Fonte: Autora, 2013.

A avaliação e o acompanhamento dos ACS no projeto tem sido feitos por avaliação mensal e exercícios práticos em aula, sendo também analisada a participação em debates e discussões sobre os temas propostos. O desenvolvimento dos alunos também vem sendo avaliado de maneira qualitativa pelos Enfermeiros de cada ESF e repassada aos coordenadores do curso. Os resultados tem sido analisados em conjunto para avaliação da intervenção.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Em análise situacional da Área de Abrangência e Equipe de Saúde do Bairro Floresta foram encontrados vários problemas. Estes foram estabelecidos em ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação de critérios de seleção conforme tabela abaixo. (CAMPOS, 2013).

Tabela 4 – Diagnóstico Situacional da Equipe de Saúde da Família do Bairro Floresta, município de Mar de Espanha – MG

Priorização dos Problemas				
Principais Problemas	Importância	*Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Falta de preparo das ACS para exercer suas funções	Alta	7	Parcial	1
Falta de estratificação do Risco CVC	Alta	5	Parcial	2
Renovação indiscriminada de receitas sem consulta médica	Alta	5	Parcial	3
Falta de informações nos prontuários	Alta	5	Parcial	4
Problemas relacionados ao trabalho nas confecções locais	Alta	4	Fora	5

*Total de pontos distribuídos: 30

Fonte: Autora, 2013.

O Principal problema selecionado foi à falta de preparo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para executar suas funções. Estes desconhecem suas atribuições e a relevância do seu trabalho, dificultando a integração dos serviços de saúde da Atenção Primária com a comunidade.

Além disso, os agentes não conheciam bem suas ferramentas de trabalho (as fichas de cadastro), bem como a classificação por grau de risco. Alguns forjavam dados para entregar a produção no prazo. Quanto à marcação de consultas, poucos estavam marcando os pacientes na demanda agendada, outros marcam adultos na puericultura e crianças no hiperdia. Com relação aos grupos eles desencorajavam a formação destes, uma vez que achavam que não daria certo, que a população não iria gostar, mesmo não tendo

conhecimento quanto ao funcionamento dos mesmos. Esses problemas vinham dificultando o trabalho da equipe; retardando o cadastramento e acompanhamento das famílias; a formação de grupos operativos e dificultando a execução dos princípios da atenção básica.

Diante do exposto, constatou-se que esse deveria ser o primeiro problema a ser resolvido pela equipe para dar prosseguimento às atividades propostas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ACS é um agente mediador entre a população e os serviços de saúde. Seu papel muitas vezes pautado, como um trabalhador de saúde com interface na assistência social, educação e meio ambiente. Apesar de bem estabelecidas pela Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997, muitos ACS não conhecem suas verdadeiras funções e atribuições, dificultando seu processo de trabalho em saúde. O candidato à vaga de ACS não precisa ter conhecimentos prévios na área da saúde, no entanto os mesmos devem receber cursos introdutórios para sua adequação ao trabalho, o que não ocorre na maioria dos municípios.

Em Mar de Espanha esses cursos de Capacitação não ocorriam, o que fragilizava o importante trabalho dos ACS, expondo a ESF à desconexão com a comunidade. Foi então que surgiu o Projeto de Intervenção Educação Continuada em Saúde para Agentes Comunitários de Saúde. O principal desafio foi a dificuldade para aderência dos profissionais no início do curso, problema que foi resolvido quando a capacitação tornou-se obrigatória. Mesmo sem o seu término, a o curso já conseguiu transformar a realidade de trabalho dos ACS do município. É possível perceber grande evolução qualitativa dos profissionais frequentadores do curso, que já são capazes de prover assistência na vida comunitária, deslocando o cuidado para o território onde se insere a população adstrita, respeitando e atuando de acordo com os princípios do SUS e da Atenção Básica e com foco na prevenção, cura e reabilitação dos usuários. Minimizando assim os agravos em saúde dessas comunidades.

REFERÊNCIAS

BORNSTEIN, VJ; STOTZ, EN. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, 13(1): 259-268, 2008.

BRASIL. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria Profissão de Agente Comunitário de Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 11 de jul. 2002. Disponível em <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/617820/pg-10-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-11-07-2002>>. Acesso em: 2 de jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde. Brasília: Ministério da saúde; 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/referencial_Curricular_ACS.pdf>. Acesso em: 15 Nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/nab>> Acesso em: 7 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Treinamento Introdutório. Brasília: Ministério da Saúde, [cadernos de Atenção Básica 2], 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad02_treinamento.pdf> Acesso em: 4 Jan. 2014.

BRASIL. Portaria n.º 1886/GM de 18 de Dezembro de 1997. Aprova Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/legislacao.php>> Acesso em: 10 de Dez. 2013.

CAMPOS, F. C.C.; FARIA H.P.; SANTOS, M.A.; **Diagnóstico Situacional em Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica Saúde em da Família, 2013.

DUARTE, L.R; SILVA, D.S.J.R; CARDOSO, S.H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. *Interface- Comunicação, Saúde e Educação*, 11(23): 439-47, set/dez 2007.

IBGE. Censo 2010. Disponível em <<http://censo2010.ibge.gov.br/en/>>. LEVY, F.M; MATOS, P.E.S; TOMITA, N.E. Programas de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, 20(1): 197-203, 2004.

MENDONÇA MHM. Profissionalização e Regulação da Atividade do Agente Comunitário de Saúde no contexto da reforma sanitária. Trabalho, **Educação e Saúde**, 2(2): 353-365, 2004.

NOGUEIRA, R.P; SILVA, F; RAMOS, Z. A vinculação institucional de um trabalhador sui generis- o agente comunitário de saúde. [Textos para discussão nº 735]. 2000.

NUNES, M.O; TRAD, L.B; ALMEIDA, B.A; HOMEM, C.R; *et al.* O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**, 18: 1639-46, 2002.

THOMAZ, JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, 6(10): 84-87, 2002.

VIANA, A.L.D; DAL POZ, M.R; A Reforma do Sistema de Saúde da Família. **Physis:Revista de saúde coletiva**. Rio de Janeiro. 8 (2) : 11-48, 1998.