

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

LUCAS ANTUNES CHICONELI

**PLANO DE AÇÃO PARA ADEQUAR A AUSÊNCIA DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
“PIRES DA LUZ” NO MUNICÍPIO DE UBÁ EM MINAS GERAIS**

JUIZ DE FORA / MINAS GERAIS

2019

LUCAS ANTUNES CHICONELI

**PLANO DE AÇÃO PARA ADEQUAR A AUSÊNCIA DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
“PIRES DA LUZ” NO MUNICÍPIO DE UBÁ EM MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professor Bruno Leonardo de Castro Sena

JUIZ DE FORA / MINAS GERAIS

2019

LUCAS ANTUNES CHICONELI

**PLANO DE AÇÃO PARA ADEQUAR A AUSÊNCIA DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
“PIRES DA LUZ” NO MUNICÍPIO DE UBÁ EM MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professor Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Examinador 2: Professor Ms. Eulita Maria Barcelos

Aprovado em Juiz de Fora, em ____ de _____ de 2019.

AGRADECIMENTO

Gostaria de agradecer, primeiramente, a Deus por iluminar e abençoar meu caminho nessa jornada de estudos. Aos meus pais, Carmen e Sérgio, que sempre foram meus maiores incentivadores e nunca mediram esforços para que pudesse realizar meus sonhos. Aos meus irmãos, Inácio e Isabel, pela parceria e apoio em todos os momentos. À minha noiva, Sínthia, por estar sempre ao meu lado. Aos profissionais da Equipe de Saúde da Família “Pires da Luz” por todo o suporte no desenvolvimento do meu trabalho. Aos professores e orientador por toda dedicação e conhecimento repassado. Obrigado, essa vitória é nossa!

DEDICATÓRIA

A Deus, que nos criou e foi criativo nesta tarefa. Seu fôlego de vida em mim foi meu sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

“Ser feliz é deixar de ser vítimas dos problemas e se tornar um autor da própria história. É atravessar desertos fora de si, mas ser capaz de encontrar um oásis no recôndito da sua alma. É agradecer a Deus a cada manhã pelo milagre da vida.”

Augusto Cury

RESUMO

Como objetivo principal de elaborar um plano de ação para adequação da ausência de Agentes Comunitários de Saúde da Equipe de Saúde da Família Pires da Luz, localizada em Ubá, Minas Gerais é propor ações e intervenções que facilitem o planejamento de ações em saúde. A metodologia baseou-se, inicialmente em conhecer a realidade da situação de saúde da equipe na área de abrangência e pra isso foi realizado um diagnóstico situacional pelo método da Estimativa Rápida e uma observação ativa, análise no banco de dados DATASUS e interação entre a equipe. Em seguida, fez-se uma revisão narrativa da literatura, com busca nas bases de dados Lilacs, Biblioteca Virtual em Saúde e Scientific Electronic Library Online, tendo sido considerados materiais relacionados com a Atenção Primária, Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. Por fim, a proposta do plano de ação utilizou a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional. A implantação dessa proposta busca sensibilizar a gestão acerca da necessidade de contratação de mais profissionais Agentes Comunitários de Saúde e capacitar os profissionais a manterem os dados cadastrados e atualizados de sua área de abrangência, identificando a situação de saúde da população e melhorando a prestação de assistência sistematizada. Buscou-se ainda mobilização relacionada à necessidade de melhorias salariais e planos de carreira dos profissionais, diminuindo assim a rotatividade dos mesmos na equipe. É relevante também a organização dos processos de trabalho após adequação da equipe em relação a sobrecargas de trabalho e conseqüente insatisfação. Assim sendo a elaboração desse plano de ação buscou-se subsidiar o reconhecimento da necessidade de adequação da equipe de saúde da família “Pires da Luz” em Ubá/Minas Gerais.

Descritores: Atenção Básica; Estratégia de Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT

The main objective of elaborating an action plan to adapt the absence of Community Health Agents from the Pires da Luz Family Health Team, located in Ubá, Minas Gerais, is to propose actions and interventions that facilitate the planning of health actions. The methodology was based initially on knowing the reality of the health situation of the team in the area of comprehensiveness and for this a situational diagnosis was made by the Fast Estimate method and an active observation, analysis in the DATASUS database and interaction between the team . Next, a narrative review of the literature was carried out, with a search of the Lilacs, Virtual Health Library and Scientific Electronic Library Online databases, having been considered materials related to Primary Care, Family Health Strategy and Community Health Agents Finally, the proposal of the action plan used the methodology of Situational Strategic Planning. The implementation of this proposal seeks to sensitize the management about the need to hire more professionals Community Health Agents and to enable professionals to keep the data registered and updated in their area of coverage, identifying the health situation of the population and improving the provision of care systematized. It was also sought mobilization related to the need for salary improvements and professional career plans, thus reducing their turnover in the team. Also important is the organization of the work processes after the team's adequacy in relation to work overloads and consequent dissatisfaction. Thus, the elaboration of this action plan sought to subsidize the recognition of the need to adapt the health team of the "Pires da Luz" family in Ubá / Minas Gerais.

Descriptors: Primary Care; Family Health Strategy; Community Health Agents.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
DATASUS	Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
ESF	Equipe de Saúde da Família
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
IBGE	Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Número de habitantes por sexo – Ubá/MG, 2016	12
Gráfico 2 - Número de habitantes por faixa etária – Ubá/MG, 2016	13
Quadro 1 - Rede de serviços de Ubá/MG	14
Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Pires da Luz, Unidade Básica de Saúde Pires da Luz, município de Ubá, estado de Minas Gerais	19
Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Ausência do número correto de ACS na ESF Pires da Luz”, do município Ubá, estado de Minas Gerais	36
Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Ausência do número correto de ACS na ESF Pires da Luz”, do município Ubá, estado de Minas Gerais	37
Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Ausência do número correto de ACS na ESF Pires da Luz”, do município Ubá, estado de Minas Gerais	38

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município.....	12
1.2 Aspectos gerais da comunidade	13
1.3 O sistema municipal de saúde	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Pires da Luz.....	16
1.5 A Equipe de Saúde da Família Pires da Luz.....	17
1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	17
1.7 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção.....	19
2 JUSTIFICATIVA.....	20
3 OBJETIVOS.....	23
3.1 Objetivo geral	23
3.2 Objetivos específicos	23
4 METODOLOGIA	24
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	25
5.1 Atenção Básica	25
5.2 ESF – Estratégia Saúde da Família	27
5.3 Agentes Comunitários de Saúde.....	28
5.4 Perfil do Agente Comunitários de Saúde na comunidade	30
5.5 Abordagem da comunidade na visita domiciliar	32
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	34
6.1 Descrição do problema selecionado	34
6.2 Explicação do problema selecionado	34
6.3 Seleção dos nós críticos.....	35
6.4 Desenho das operações.....	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERENCIAS.....	43

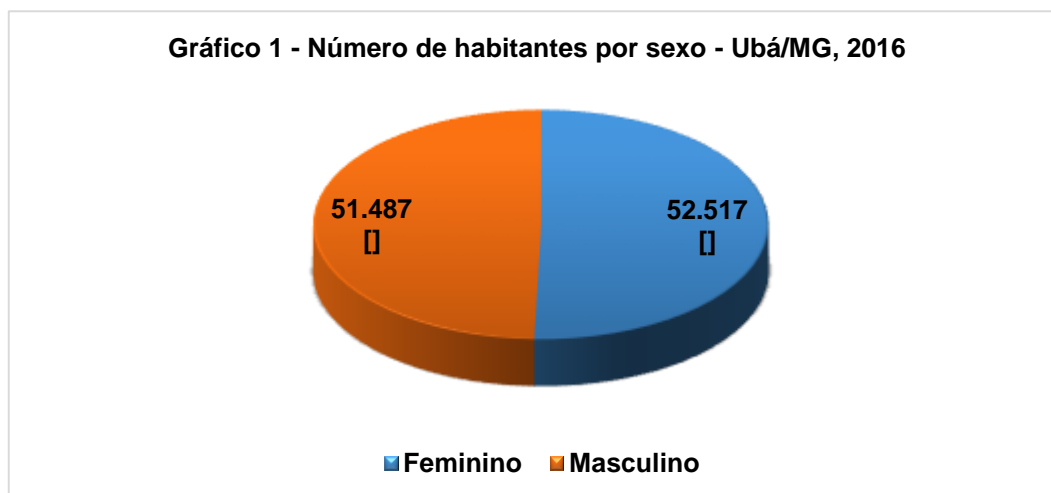
1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Ubá é um município Mineiro, considerado o principal polo moveleiro do estado. Além dos móveis, o município é reconhecido nacionalmente pela espécie de manga que leva o seu nome. Localizado a aproximadamente 290, 88 quilômetros da capital do estado, Belo Horizonte, com uma população estimada de 93.981 habitantes, segundo o IBGE (2016).

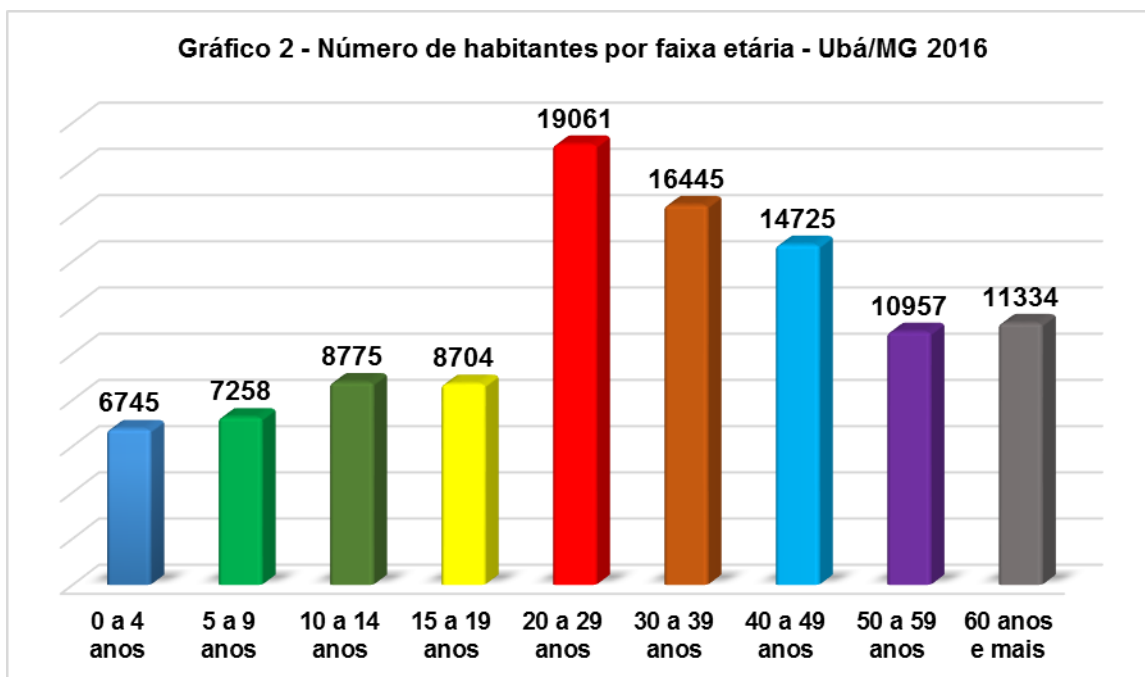
Em sua economia, o município é o centro-econômico da sua microrregião e de microrregiões próximas, atuando como centro sub-regional de nível A. No passado, foi um grande produtor e distribuidor de fumo, planta esta que ornamenta a bandeira do município. Hoje, concentra médias e grandes indústrias, principalmente de móveis e confecções, um comércio abundante e variado, além de apresentar um forte crescimento na prestação de serviços. É um dos municípios que mais crescem no interior do estado, sendo, assim, um dos que mais criam empresas e geram empregos. Considerada também um centro cultural e de formação técnica e superior na região, a cidade possui importantes instituições de ensino superior (IBGE, 2016).

Acerca dos aspectos demográficos do município é possível observar no gráfico 1 o número de habitantes por sexo, sendo o número de pessoas do sexo feminino maior, com pouco mais de 1000 pessoas.



Fonte: IBGE (2016).

Já o gráfico 2 possibilita avaliar a população segundo sua faixa etária, onde o número maior de pessoas se concentra na faixa etária de 20 a 49 anos, seguido por pessoas maiores de 60 anos.



Fonte: IBGE (2016).

Na área da saúde o município conta com o A.B.C. (Hospital Santa Isabel), o Hospital São Vicente de Paulo, Hospital Regional da FHEMIG - Colônia Padre Damião, Hospital São Januário, Hospital do Núcleo Regional de Voluntários de Combate ao Câncer, SAMU e ainda 21 UBS. Um dos principais problemas das unidades é a rotatividade dos médicos, mas conta também com a adesão ao Programa Mais Médicos que abrange médicos brasileiros e cubanos na cidade.

1.2 Aspectos gerais da comunidade

O bairro Pires da Luz é uma comunidade de cerca de 5.000 habitantes, localizada na Cohab de Ubá. Todas as residências possuem tratamento de esgoto e recebem água encanada. A coleta de lixo é feita três vezes na semana. Em geral as moradias são de boa qualidade, sendo somente algumas

de aspecto mais precário. Possui uma escola municipal, uma igreja católica com participação ativa da comunidade. A maioria das ruas é asfaltada sendo somente algumas com revestimento de pedra. O bairro conta com uma Equipe de Saúde da Família.

1.3 O sistema municipal de saúde

Com relação ao atendimento em saúde, o município de Ubá possui quatro hospitais em funcionamento, A.B.C. - Hospital Santa Isabel, Hospital São Vicente de Paulo, Hospital Regional da FHEMIG - Colônia Padre Damião e Hospital São Januário. Há também o Hospital do Núcleo Regional de Voluntários de Combate ao Câncer, onde funciona o núcleo regional de voluntários de combate ao câncer. E ainda, a policlínica regional, o SAMU e dezenas de clínicas médicas e odontológicas. Outro ponto importante no Sistema de Saúde de Ubá é a Vigilância em Saúde, composta por equipe de Epidemiologia, Vigilância Sanitária, Centro de Controle de Zoonoses (CCZ) e Centro de Controle da Dengue. Em relação aos pontos de atenção, os mesmos estão interligados a atenção básica, secundária e terciária (IBGE, 2016).

A rede de serviços do município de Ubá pode ser observada no quadro abaixo de maneira detalhada de acordo com a esfera responsável.

Quadro 1 - Rede de serviços de Ubá/MG

O tipo de gestão identifica com qual esfera de governo o estabelecimento mantém contrato ou convenio para prestação de serviços ao SUS, faturados para pagamentos com recursos do Bloco MAC, transferidos pelo Ministério da Saúde aos Fundos Municipais (FMS) ou Estaduais de Saúde (FES).	
Estabelecimentos classificados como Gestão Dupla, no que se refere à gestão do recurso federal do Bloco de Financiamento da Média e Alta Complexidade (Bloco MAC), estão sob a gestão estadual e que podem também realizar procedimentos de Atenção Básica, para atendimentos à população própria.	
Conforme dados gerados pelo SARGSUS, para a elaboração do RAG, o percentual de tipos de estabelecimentos estão distribuídos da seguinte forma:	
	1 Central de Gestão em Saúde: Secretaria Municipal de Saúde;

GESTÃO MUNICIPAL: 61,40% - 35 UNIDADES	1 Central de Regulação de Serviços de Saúde: Complexo Regulador;
	02 Centros de Atenção Psicossocial: CAPS II e CAPS AD III;
	18 Centros de Saúde/Unidade Básica: Unidades da Estratégia Saúde da Família;
	3 Clínicas/Centros de Especialidades: Instituto Antônia Frederico Ozanan – INAF, Núcleo Regional de Voluntários de Combate ao Câncer – NRVCC e Serviço Ubaense de Endoscopia;
	1 Farmácia: Farmácia Municipal de Ubá;
	1 Polo Academia da Saúde: Polo Academia da Saúde Peluso;
	5 postos de Saúde: 4 Unidades Básicas de Saúde que compõe 1 ESF Rural e 1 UBS conveniada (Anália Fraco);
	2 Unidades de Apoio Diagnose e Terapia (SADT ISOLADO): Laboratec Exames e Vacinas Policlínica Odontologica Municipal;
	1 Unidade de Vigilância em Saúde: Seção de Controle de Zoonoses.
GESTÃO ESTADUAL: 19,30% - 11 UNIDADES	1 Central de Gestão em Saúde: Gerência Regional de Saúde de Ubá/MG;
	5 Clínicas/Centro de Especialidades: APAE/Ubá, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, Clínica de Fisioterapia de Ubá – CLIFIU, Clínica de Reabilitação Física e Estética – CLIREFE e Serviço Ubaense de Nefrologia – SUN;
	1 Laboratório de Saúde Pública: Laboratório Dr. Sinval Teixeira de Siqueira;
	4 Unidades de Apoio Diagnose e Terapia (SADT ISOLADO): Laboratec Exames e Vacinas (Matriz), Laboratório Beker, Laboratório de Análises Clínicas Louis Paster e Laboratório de Análises Clínicas Oliveira e Ramos – LACOR.

GESTÃO DUPLA (MUNICIPAL E ESTADUAL): 19,30% - 11 UNIDADES	1 Central de Saúde/Unidade Básica: Presídio;
	2 Clínicas/Centro de Especialidade: Centro de Especialidades Odontológicas – CEO II e Clínica de Fisioterapia Reabilitar;
	4 Hospitais Gerais: Hospital São Vicente de Paulo, Hospital Santa Isabel, Hospital São Januário e Casa de Saúde Padre Damião (FHEMIG);
	1 Policlínica Regional Dr. Eduardo Levindo Coelho;
	1 Unidade de Apoio Diagnose e Terapia (SADT ISOLADO): Laboratório de Análises Clínicas;
	2 Unidades Móveis de nível pré-hospitalar na área de urgência (SAMU).
	Com esses dados, podemos concluir a necessidade imediata de uma atualização no CNES, visto que a vinculação de alguns estabelecimentos não condizem com o tipo de responsabilidade sanitária (Tipo de Gestão).

Fonte: Prefeitura Municipal de Ubá (2018).

1.4 A Unidade Básica de Saúde Pires da Luz

ESF Pires da Luz está situada em uma das ruas principais do bairro, que faz a ligação com o centro da cidade. É uma casa alugada, adaptada para ser uma Unidade de Saúde. A casa é antiga, porém bem conservada. A ESF Pires da Luz tem 564 famílias cadastradas. A unidade possui uma população total de 2.127 habitantes sendo que 483 habitantes moram na zona rural Santa Rosa, que pertence ao bairro de Pires da Luz, além de famílias ainda não cadastradas.

As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizados na comunidade ou no salão paroquial de uma igreja próxima à unidade, que fica um pouco distante da Unidade de Saúde.

A Unidade, atualmente, está razoavelmente equipada e conta com poucos recursos para o trabalho da equipe, que funciona sem material para

atendimento à urgências, falta de acesso para cadeirantes, má ventilação da sala de procedimentos de enfermagem, que dificultam o atendimento à população.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Pires da Luz

A equipe de profissionais da Unidade é formada por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde, três Agentes de Combate a Endemias, uma dentista, uma auxiliar odontológica, um médico da Estratégia de Saúde da Família, um médico do Programa Mais Médicos, um pediatra e um recepcionista. A equipe de trabalho encontra-se incompleta faltando quatro ACS, o que tem dificultado o trabalho para o cadastro dos usuários e visitas nas áreas descobertas e outras atividades inerentes aos agentes. O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Pires da Luz é das 7:00h às 17:00 horas.

No dia a dia a equipe fica ocupada com as atividades de atendimento da demanda espontânea e com consultas agendadas, como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos e outros.

1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Inicialmente a equipe se reuniu e se organizou de forma estratégica pela pesquisa das informações, elaborando o diagnóstico situacional da comunidade. Em outra reunião cada membro explicou os problemas encontrados, suas causas e consequências e aplicando o método de estimativa rápida se definiu que os principais problemas de nossa comunidade são:

DA COMUNIDADE EM GERAL (O CONTEXTO):

- Falta de esclarecimento sobre o sistema de saúde;
- Permanência de índices de analfabetismo;
- Falta de saneamento básico em algumas áreas;
- Falta de hábitos de higiene da população.

DO SISTEMA LOCAL DE SAÚDE:

- Falta de alguns especialistas na rede;
- Falta de agendamento de exames complementares;
- Demora na marcação de cirurgias.

DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA, DA UNIDADE DE SAÚDE:

- Falta de informação de alguns pacientes sobre o fluxo de atendimento;
- Área com alto índice de usuários de drogas.

PROBLEMAS DE SAÚDE PREVALENTES:

- Hipertensão;
- Diabetes;
- Doenças Cardiovasculares;
- Asma/DPOC.

SANEAMENTO:

O bairro conta com 100% da população com acesso a água encanada e rede de esgoto;

DO TRABALHO DA EQUIPE:

- Falta de agentes comunitários de saúde em 04 micro áreas.

A equipe em reunião discutiu amplamente os problemas vivenciados pela própria equipe e que tem impactado o processo de trabalho gerando uma grande insatisfação em todos os profissionais. Problema esse gerado pela administração da Secretaria de Saúde.

A ESF Pires da Luz apresenta alguns problemas, como falta de dados descritos acerca da população de abrangência dessa unidade de saúde, equipe incompleta com falta de quatro ACS, sobrecarga de trabalhos e insatisfação dos dois ACS, bem como da equipe toda.

1.7 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Para melhor compreensão do que é um problema utilizamos a definição preconizado por Campos, Faria e Santos (2010, p.27) que definem o problema “como uma discrepância entre uma situação real e uma situação desejada ou ideal, pode ser entendido como um obstáculo que impede determinado ato de alcançar seus objetivos”. Ainda acrescentam que todos os problemas precisam ser priorizados.

Os autores apresentam critérios para a priorização:

- Importância do problema (alta, média e baixa);
- Sua urgência (numerando de acordo com a gravidade, distribuindo 1 a 10 pontos conforme sua urgência, não podendo ultrapassar 30 pontos);
- A capacidade da equipe no enfrentamento (total, parcial e fora);
- A viabilidade dos recursos (total, parcial, fora).

Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à Equipe de Saúde Pires da Luz, Unidade Básica de Saúde Pires da Luz, município de Ubá, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Falta de dados descritos acerca da população de abrangência.	Alta	28	Total	2
Equipe incompleta com falta de quatro ACS.	Alta	30	Total	1
Sobrecarga de trabalhos e insatisfação dos dois ACS, bem como da equipe toda.	Alta	25	Total	3

Fonte: autoria própria (2018).

2 JUSTIFICATIVA

Nos anos 70 a política da saúde pública buscou no Brasil um novo modelo explicativo do processo saúde doença, bem como cuidado, com novos projetos de intervenção na organização dos serviços. A possibilidade de expandir a Atenção Primária à Saúde segundo o paradigma da determinação social da doença implicava organizar o sistema e os serviços de saúde em função das necessidades da população, em que a APS se colocaria como a porta de entrada ao sistema de saúde, organizado hierarquicamente (MENDONÇA; VASCONCELLOS; VIANA, 2008).

Assim nos anos 90, o SUS é instituído, onde o desafio foi reformular as prioridades do Ministério da Saúde em relação à organização da APS. Passou-se, então, a organizá-la com base na integração entre a unidade de saúde e a comunidade ou entre profissionais de saúde e usuários, dentro de dado território, tendo por referência o Programa Saúde da Família, criado em 1994. Esse Programa é constituído por um modelo que visa organizar as ações e os serviços de saúde, em que o nível primário da atenção se inseriu na atenção básica dentro do SUS (BRASIL, 2012).

Segundo Mendonça, Vasconcellos e Viana (2008, p. 17)

[...] desde a sua emergência observam-se mudanças nas condições de sustentação financeira e política, indicando o planejamento de sua expansão, induzido pela normatização do processo de descentralização do sistema de saúde. Além dessas propostas organizacionais, a Estratégia Saúde da Família em centros urbanos de grande porte ou mesmo nas áreas metropolitanas encontra outros desafios para a definição de políticas públicas na abordagem de temas complexos como o contexto sócio ambiental urbano e o cuidado voltado para o núcleo familiar em seu desenvolvimento e processo de adoecimento. A noção de família, sua composição, organização e estratégia de sobrevivência nas classes populares são elementos geralmente desconhecidos dos profissionais de saúde que precisam olhá-la e respeitá-la para além de seu próprio horizonte.

Desde 1994, as equipes da ESF são compostas, minimamente, por um enfermeiro, um médico, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis ACS e

equipe de saúde bucal, sendo que outros profissionais podem ser incorporados de acordo com as necessidades da população.

O ACS atua neste contexto como membro da equipe de saúde, sendo responsável por uma micro área dentro da área territorial de adscrição da equipe, desenvolvendo ações que buscam a integração entre a equipe de saúde e a população, além de ser responsável por cadastrar todas as pessoas de sua micro área 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 nos domicílios e na comunidade, entre outras (BRASIL, 2006).

A figura do ACS, inserido na ESF, emerge como um elo entre a comunidade e o sistema de saúde, uma vez que o mesmo deve residir na própria comunidade onde atua. Acredita-se que por ser parte da comunidade em que vive e para quem trabalha, conhece melhor as necessidades desta, compartilha um mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo linguístico e, portanto, está mais apto a lutar pelos direitos da comunidade. Este fato é decisivo no aumento da eficácia das ações de educação em saúde (MINAS GERAIS, 2006).

O presente estudo se justifica pelo fato do ACS ser um trabalhador que atua em duas importantes iniciativas do Ministério da Saúde: o PACS e a ESF. Atualmente, esses programas consolidam-se no contexto da municipalização e descentralização das ações de atenção primária à saúde no Brasil (BRASIL, 2012).

Contudo a discussão desse quadro nessa pesquisa proporciona a construção de um projeto de intervenção que a partir do levantamento da situação de saúde da população da ESF Pires da Luz de Ubá/MG, possibilite elaborar uma proposta que possibilite a adequação da equipe, com a contratação dos ACS em falta, organizando e sistematizando as ações com ênfase em facilitar o acesso, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, a prevenção, a promoção e a proteção da saúde da

população, para assim, desenvolver uma assistência sistematizada integral (BRASIL, 2012).

Esta proposta pensada não substitui a falta dos agentes. Eles são figuras essenciais para o trabalho da equipe, só estamos amenizando os problemas gerados pela ausência, enquanto aguardamos a contratação de novos agentes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um plano de ação para adequação da unidade básica de saúde “Pires da Luz” em Ubá/MG, melhorando assim a assistência sistematizada prestada aos usuários dessa área de abrangência.

3.2 Objetivos específicos

- Estruturar processo de revisão conceitual da composição da equipe e assistência na ESF;
- Propor intervenções que possam facilitar e subsidiar a adequação da equipe, bem como cadastramento e atualização de dados referente a população da área de abrangência;
- Propor processo de organização de trabalho na ESF Pires da Luz.

4 METODOLOGIA

Na identificação da realidade da equipe frente a assistência prestada a população será realizada uma busca dos problemas relacionados à saúde, através da realização do diagnóstico situacional, por meio da Estimativa Rápida, análise em banco de dados do DATASUS, observação ativa nos pontos de atenção e oficinas com a ESF “Pires da Luz” de Ubá Minas Gerais para capacitá-los no planejamento e organização das ações em saúde.

Para desenvolver a proposta foi realizado também um levantamento bibliográfico por meio da internet em base eletrônica de dados. Foram utilizadas as bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde, SciELO e documentos do Ministério da Saúde com os seguintes descritores: Atenção Básica, Estratégia de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. Foram selecionados artigos, manuais, linhas guias, protocolos e os módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família realizado pelo NESCON/UFMG.

Foi apresentada um plano de ação para sistematizar as ações desenvolvidas pela ESF Pires da Luz de Ubá Minas Gerais, utilizando o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). O projeto possui as etapas de identificação e priorização do problema, explicação do problema e identificação das soluções e elaboração da proposta de intervenção (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Básica

Desde o surgimento no Brasil de Centros de Saúde Escola, dos anos 20 até a atualidade, existem várias tentativas de se organizar a APS. Mais do que isso, vários modelos foram configurados em diferentes regiões do país, em função de interesses e concepções bem distintas. Esses centros de saúde, inicialmente criados em São Paulo, propunham ação integral com ênfase na educação sanitária e promoção da saúde.

A reforma dos serviços de saúde elaborada em São Paulo previa a criação no interior do Estado de vários postos de atendimento local, onde a população deveria ter acesso a um conjunto de ações integradas e permanentes, fortemente voltadas para a prevenção via educação sanitária. Inovadora para a época, ela propunha que ações de saúde pública teriam um caráter provisório e se tornariam pilares das campanhas contra doenças epidêmicas (TEIXEIRA, 2006).

Na década de 70 surge as primeiras experiências de medicina comunitária, sob a influência do movimento de reforma sanitária e com o apoio das Universidades, marcaram o início da participação dos municípios no desenvolvimento da APS. Posteriormente, no início da década de 1980, com o processo de redemocratização no país foram propostas as Ações Integradas de Saúde, seguidas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, até que em 1988 foi instituído o SUS na nova Constituição. Nesse período, observou-se a permanência de várias iniciativas de estados e municípios em relação à APS, sem, no entanto, se configurar um modelo nacional. E somente em 1990 com a municipalização do SUS é que começou a estruturação mais uniforme da APS sob responsabilidade dos municípios brasileiros incentivados pelo Ministério da Saúde através de normatizações e financiamento (BRASIL, 1998).

[..] Em 1994, o MS propõe o PSF, que surge após uma avaliação positiva do PACS, que logo depois passou a ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial. O impacto de sua utilização em âmbito nacional

aparece muito variável, porém quando se comparam municípios de pequeno e grande porte, é de suma importância a disseminação dos fundamentos dessa estratégia (BRASIL, 1998, p. 15).

A Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, que orienta a PNAB caracteriza a atenção básica por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. Seu desenvolvimento se dá por meio de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, utilizando-se do trabalho em equipe, dirigido a populações de territórios bem delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando as condições existentes no território em que vive essas populações, utilizando amplas tecnologias para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância (BRASIL, 2006).

A PNAB define ainda que, a atenção básica é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orientada pelos princípios de universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilidade, humanidade, equidade e da participação social. Corroborando ainda, que a mesma considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e busca a promoção de sua saúde, da prevenção e do tratamento de doenças e da redução de danos ou sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável, sendo estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2006).

De acordo com Lavras (2011), a APS no Brasil teve grandes avanços em sua organização desde o início do processo de desenvolvimento do SUS, porém ainda existem grandes problemas a serem superados para que os propósitos explícitos na política nacional de saúde possam assim ser cumpridos e para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde. De acordo com mesmo autor, a maioria desses problemas podem ser atribuídos a questões próprias da realidade de cada município ou de cada equipe, o que nem sempre implica em medidas locais para a superação dentro de um padrão da cultura brasileira,

com interesse em valorizar e tornar legítimas as práticas que aí se desenvolvem. Entre tantos desafios presentes no SUS, deve-se considerar a superação da fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde como prioridade, para que se possa responder adequadamente às necessidades de saúde dos brasileiros nos dias atuais.

5.2 ESF – Estratégia Saúde da Família

O Programa de Saúde da Família atualmente chamado de Estratégia Saúde da Família tem como objetivo reestruturar as ações de saúde, substituindo modelos médico-hospitalares centrados, visando o bem-estar da população e a melhoria do atendimento nas unidades de saúde. As pessoas passam a ser avaliadas como um todo, respeitando a sua individualidade (BRASIL, 2006).

Para Brasil (2012), a ESF aparece para reorganizar a atenção básica no país, de acordo com o SUS, sendo conhecida como estratégia de expansão, para qualificar e consolidar a atenção básica, facilitando a organização do processo de trabalho visando aprofundar os princípios, diretrizes, fundamentos da atenção básica, resolutividade, impacto na de saúde da população e comunidade no geral, além de propiciar uma importante melhoria na qualidade da assistência prestada.

Um ponto relevante nessa estratégia é o estabelecimento de uma equipe multiprofissional, sendo ela composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS de acordo com a população abrangida na área adscrita. Podem ainda, dependendo da modalidade da ESF, serem acrescentados os profissionais de saúde bucal, composta pelo cirurgião dentista e auxiliar ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

[...] Na ESF considera-se necessários diversos itens para o funcionamento das equipes, além da existência de equipe multiprofissional, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a

média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012, p. 80).

Alvarenga *et al.* (2011) salientam que a ESF é considerada a porta de entrada para o sistema de saúde, que a mesma recebe todas as queixas e necessidades dos usuários. Através do vínculo os pacientes depositam suas angústias, anseios e problemas que na maioria das vezes estão relacionados com a família.

[...] Os profissionais da saúde que atuam na Atenção Básica, necessitam de instrumentalização sistematizada para direcionar seu olhar para além dos indivíduos, buscando compreender a funcionalidade familiar como um componente essencial do planejamento assistencial para o alcance do sucesso terapêutico (ALVARENGA *et al.*, 2011, p. 28).

As equipes de ESF por sua proximidade com comunidades são consideradas como um recurso para o enfrentamento de dos diversos agravos ligados ao indivíduo e sua família (BRASIL, 2006).

5.3 Agentes Comunitários de Saúde

Nas Unidades Básicas de Saúde é prevista a implantação da Estratégia dos ACS como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica, com vistas à implantação gradual da ESF ou como forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da atenção básica. Na implantação desta estratégia são necessários alguns pontos, sendo eles a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no sistema de cadastro nacional vigente, que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde. Outro ponto é a existência de um enfermeiro para até, no máximo doze ACS e no mínimo, quatro, constituindo, assim, uma equipe ACS. E ainda é importante o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de ACS, composta por ACS e enfermeiro supervisor (BRASIL, 2012).

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o PACS, em relação ao financiamento das equipes de ACS, o mesmo fica garantido para as equipes já credenciadas em data anterior a esta portaria que não estão adequadas ao parâmetro de um enfermeiro para, no máximo, doze ACS, porém extinta a possibilidade de implantação de novas equipes com essa configuração a partir da publicação desta portaria. Cada ACS deve realizar as ações previstas nesta portaria e ter uma micro área sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas (BRASIL, 2012).

Para a composição dessa equipe se faz necessário o profissional enfermeiro, o qual possui além das atribuições de atenção à saúde e de gestão comuns a qualquer enfermeiro da atenção básica, tem a atribuição de planejar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, comum aos enfermeiros da ESF, e deve ainda facilitar a relação entre os profissionais da UBS e os ACS, contribuindo para a organização da atenção à saúde, qualificação do acesso, acolhimento, vínculo, longitudinalidade do cuidado e orientação da atuação da equipe da UBS em função das prioridades definidas conforme critérios de necessidade de saúde, vulnerabilidade, risco, entre outros (BRASIL, 2006).

De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, são atribuições específicas do ACS na UBS:

- I – Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro área;
- II – Cadastrar todas as pessoas de sua micro área e manter os cadastros atualizados;
- III – Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV – Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V – Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;
- VI – Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando

as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII – Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco;

VIII – Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas UBS, desde que vinculadas às atribuições acima (BRASIL, 2012, p. 90).

A ESF deve atuar em uma lógica que substitua o modelo hegemônico e biomédico, centrado em um único profissional. Onde cabe ao ACS que a princípio deve morar no território onde atua levantar as necessidades de saúde da população e assim buscar a melhoria da qualidade de vida e saúde da população de abrangência (BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010).

5.4 Perfil do Agente Comunitários de Saúde na comunidade

O ACS tem sua atuação considerada fundamental para a implantação e consolidação de um novo modelo de atenção. Várias pesquisas apontam que residir na área em que atua faz com que o ACS torne-se um trabalhador com características especiais, pois exerce a função de elo entre a equipe de saúde e a comunidade vivenciando o cotidiano da comunidade com intensidade. Na equipe de saúde, o ACS não se incorpora sozinho, e sim, traz consigo suas redes de relação suas experiências de participação em grupos, associações, enfim a sua vida em comunidade (LANZONI; MEIRELLES, 2010).

O trabalho do ACS é associado ao trabalho doméstico feminino que, segundo alguns autores, possui uma inclinação historicamente reconhecida

para o cuidado em saúde. Uma questão interessante também destacada, é a de que a mulher por trabalhar próxima a sua residência pode controlar e acompanhar o cotidiano dos filhos e que o homem como ACS é visto como um profissional e a mulher como uma amiga. O elevado número de mulheres na profissão de ACS se relacionam com achados históricos e relatam em sua pesquisa o fato da mulher ser vista na Idade Média como cuidadora fato este que pode ter suscitado maior adesão ao cuidado pela mulher (MOTA; DAVID, 2010).

[...]O cotidiano de trabalho dos ACS de Porto Alegre, e concluem que 71% de sua amostra tem entre 30 a 40 anos e eles relacionam este achado com o fato de que quando foi criado o PSF foram convidados para ser ACS os presidentes da associação de moradores e líderes comunitários, pois já desenvolviam atividades em prol da comunidade, e segundo este mesmo autor ser ACS foi uma oportunidade de reingresso no mercado de trabalho (FERRAZ; AERTS, 2005, p. 28).

Recentemente algumas pesquisas mostram que a faixa etária vem mudando no decorrer dos anos, percebendo o ingresso de jovens como ACS em PSF. Este fato deve-se pois o processo de seleção de ACS não exige escolaridade e todos que sabem ler e escrever podem se candidatar ao processo seletivo, no entanto os selecionados possuem maiores índices de escolaridade, o que privilegia a população mais jovem (SANTANA *et al.*, 2009).

A escolarização ainda se apresenta como um aspecto que vem mudando ao passar dos anos de existência desse trabalhador do SUS. Quando surgiu o PSF 9,6% dos ACS possuíam apenas o ensino fundamental e atualmente este índice é de 2,7%. O nível de instrução predominante é o nível médio. Outro estudo considera que, quanto maior o grau de escolaridade mais condições terá o agente de incorporar novos conhecimentos e orientar as famílias sob sua responsabilidade (FERRAZ; AERTS, 2005).

O ACS no seu cotidiano de trabalho, em sua maioria, assume a responsabilidade de fazer um intercâmbio entre a população e a Equipe de Saúde da família. É função do ACS estreitar o elo entre a equipe de saúde em que trabalha e a comunidade em que vive. Ele é um membro da comunidade em que vive e trabalha e desta forma convivem com a realidade do local e

interagem com os valores, linguagens, problemas, alegrias, satisfações e insatisfações desse ambiente (BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010).

Vários estudos mostram a importância do Agente Comunitário no Programa de Saúde da Família. Uma das características mais marcantes do PSF é a inclusão do ACS na equipe de saúde, como um elo entre a população e os demais profissionais da equipe, e por meio da vigilância à saúde (SANTANA *et al.*, 2009).

5.5 Abordagem da comunidade na visita domiciliar

Segundo Seabra, Carvalho e Foster (2008), o ACS tem uma identidade comunitária e realiza tarefas não apenas no campo de saúde. Relatam também que a convivência do ACS com a realidade e com as práticas de saúde do bairro em que mora e trabalha faz com que ora seja visto como membro da equipe, ora como membro da comunidade assistida. A dupla inserção do ACS na comunidade faz com que ele seja simultaneamente visto como agente e sujeito.

[...]Tal relação cria uma porosidade entre o trabalhar e o viver na comunidade, ou seja, o agente não possui o distanciamento entre o ato de trabalhar e de morar, visto que acontecem nos mesmos espaços físicos e na relação com a mesma comunidade. Assim, a forma como o trabalho está organizado pode ser uma fonte de sofrimento psíquico a esse trabalhador, podendo esse sofrimento se tornar patogênico (JARDIM; LANCMAN, 2009, p. 04).

O fato do ACS estar inserido na comunidade e na equipe de saúde também é evidenciado, pois dessa forma o ACS pode agir como facilitador de vínculos, na reorganização do trabalho em equipe, na ampliação do acesso aos serviços de saúde e na comunicação entre a comunidade e os profissionais de saúde. A interação desta dupla inserção do ACS é exercitada a cada dia de trabalho, na medida em que este profissional consegue consolidar seu espaço na equipe de saúde e na comunidade (CARDOSO; NASCIMENTO, 2007).

Desta forma, o perfil esperado de um ACS exige que ele possua algumas habilidades como uma boa comunicação com a população, bom

relacionamento interpessoal com a equipe, senso de organização e constante vigilância em saúde. Só assim ele pode colaborar na construção e manutenção da qualidade da assistência prestada, identificando problemas e participando coletivamente da sua resolução (BRAND; ANTUNES; FONTANA, 2010).

Inúmeras pesquisas procuram identificar as funções, ações e concepções sobre o cotidiano de trabalho dos ACS, e os resultados alcançados demonstram que eles têm encontrado muitas dificuldades para cumprir com suas atribuições, tanto pelas diversas exigências, como pelas limitadas condições socioeconômicas das famílias que acompanham (GOMES *et al.*, 2009).

Assim a visita domiciliar torna-se o principal instrumento de trabalho do ACS, onde cada agente é responsável por assistir e acompanhar de 400 a 750 pessoas e recomenda-se que haja no mínimo uma visita mensal a cada domicílio da área de atuação. Para que a visita atinja seu objetivo, é fundamental que ela seja devidamente planejada, para que o ACS aproveite melhor o seu tempo e o tempo das pessoas que ele visita (BRASIL, 2012).

É durante a visita domiciliar que o ACS percebe as necessidades de saúde da família, e ainda são observados os problemas que as pessoas muitas vezes não percebem. É nela que o ACS pode identificar os problemas na família, orientando sobre os cuidados de saúde. Por meio da visita domiciliar que o ACS configura-se como elo entre a comunidade e a equipe. É neste período que ele desenvolve ações básicas como o incentivo ao aleitamento materno, captura a gestante precocemente para o pré-natal, acompanhamento de usuários crônicos, identificação precoce de doenças entre outras atividades (GOMES *et al.*, 2009).

Identifica-se que os ACS preferem realizar visitas domiciliares, mas seu tempo fica escasso devido às funções administrativas que ele acumula e ainda um número elevado de famílias a serem acompanhadas, por esses motivos o ACS fica sobrecarregado e a visita domiciliar não é realizada com efetividade descaracterizando o papel do ACS, (FERRAZ; AERTS, 2005).

6 PLANO DE AÇÃO

Segundo Campos, Faria e Santos (2010, p. 58) ao se desenvolver um projeto de intervenção, é possível “processar os problemas identificados no diagnóstico situacional e elaborar um plano de ação para intervenção sobre um problema selecionado”.

O plano de ação foi elaborado utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES tem a proposta de um processo participativo possibilitando a incorporação de idéias e sugestões dos vários setores e atores sociais, inclusive da população (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Campos; Faria e Santos (2010) abordam que é preciso compreender o problema saber caracterizá-lo, para descrevê-lo melhor. Os dois primeiros passos foram contemplados na introdução.

6.1 Descrição do problema selecionado

O problema priorizado nessa proposta é a dificuldades enfrentada com a falta de quatro ACS na área de abrangência da ESF Pires da Luz, o qual vem ocorrendo frequentemente na equipe. A ESF Pires da Luz possui 564 famílias cadastradas, com uma população total de 2.127 habitantes. A equipe de saúde tem apresentado dificuldades na organização do processo de trabalho em relação a cadastramento e atualização de dados da população de sua área adscrita, o que causa sobrecarga de trabalho e ainda grande insatisfação por parte da equipe toda, o que conseqüentemente afeta a assistência prestada a essa população.

6.2 Explicação do problema selecionado

As causas possíveis para a ocorrência desse problema primeiramente é a falta de compromisso da gestão com a equipe e população, o que é justificado pelos gestores devido à falta de financiamento para tal finalidade. O

que mostra falta de planejamento e organização para administrar o município e suas carências.

A equipe de saúde necessita assim de completar as capacitações continuamente para lidar com os problemas de saúde dessa população, para assim conseguir prestar uma assistência sistematizada a população com qualidade.

6.3 Seleção dos nós críticos

O problema tem uma ou várias causas que devem ser analisadas e compreendidas para serem enfrentadas para resolver o problema que tanto inquieta a equipe de saúde. Também esclarecem que as causas devem estar dentro do espaço de governabilidade do ator do projeto. Para os autores o nó crítico é definido como a causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de impactar o problema principal e transformá-lo CAMPOS; FARIA; SANTOS (2010, p.65).

Os nós críticos selecionados na elaboração desse plano de ação foram:

- Falta de dados descritos acerca da população de abrangência dessa unidade de saúde;
- Equipe incompleta com falta de quatro ACS;
- Sobrecarga de trabalhos e insatisfação dos dois ACS, bem como da equipe toda;

6.4 Desenho das operações

As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Elas consomem recursos econômicos, organizacionais, cognitivos e de poder. São previamente desenhadas para dar suporte ao enfrentamento dos nós críticos, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações e conseqüentemente resolução do problema conforme Campos, Farias e Santos (2010).

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema “Ausência do número correto de ACS na ESF Pires da Luz”, no município Ubá, estado de Minas Gerais, aparecem detalhados nos quadros a seguir, sendo um quadro para cada nó crítico.

Quadro 3- Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Ausência do número correto de ACS na ESF Pires da Luz”, do município Ubá, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	-Falta de dados descritos acerca da população de abrangência dessa unidade de saúde.
Operação (operações)	-Treinar a equipe de saúde para cadastramento e atualização de dados da população da área de abrangência; -Sistematizar para um bom andamento dos dados importantes para o desenvolvimento da equipe na unidade. -Escolher um dia da semana para cada profissional fazer o cadastramento das micro áreas que estão desatualizadas. -Solicitar a comunidade para ajudar no cadastramento de sua micro área (mediante treinamento) -Solicitar ajuda das outras unidades.
Projeto	Juntos venceremos
Resultados esperados	-Equipe capacitada para manter dados descritos da população da área de abrangência dessa unidade. -cadastramento em andamento
Produtos esperados	Cadastramento realizado com a participação da equipe toda equipe.
Recursos necessários	Organizacional: organizar as agendas de todos profissionais para deixar um dia para o cadastramento da população.
Recursos críticos	Organizacional: organizar as agendas de todos profissionais para deixar um dia para o cadastramento da população.
Controle dos recursos críticos	Gestão de saúde, médico e enfermeira
Ações estratégicas	Apresentar e discutir o projeto com Gestor de Saúde.
Prazo	03 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Diretamente serão responsáveis pelo acompanhamento das operações o médico e a enfermeira, reuniões quinzenais para discutir o desenvolvimento do projeto, os encaminhamentos necessários.

Processo de monitoramento e avaliação das operações	A gestão do plano é feita pelo enfermeiro e médico da família para que haja a garantia de recursos, indicando novos rumos e correções se houver necessidade.
--	--

Fonte: autoria própria (2018).

Quadro 4- Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Ausência do número correto de ACS na ESF Pires da Luz”, do município Ubá, estado de Minas

Gerais

Nó crítico 2	Equipe incompleta com falta de quatro ACS.
Operação (operações)	Discutir a importância de uma equipe completa. Orientações gerais sobre o trabalho do ACS; Discutir medidas para sensibilizar a gestão para contratação de ACS. Escolher um membro da equipe para conversar com a gestora demonstrando as dificuldades enfrentadas pela equipe.
Projeto	Nova postura
Resultados esperados	Gestão consciente acerca da necessidade de se manter a equipe completa.
Produtos esperados	Gestão empenhada na contratação dos agentes comunitários para completar a equipe.
Recursos necessários	Econômicos: Contratação de ACS para composição da equipe; Organizacional: Melhorias no planejamento da gestão para manter as equipes completas no município; Cognitivo: ACS capacitados para o desenvolvimento de suas atribuições; Político: Mais articulação entre os setores da saúde e adesão de profissionais.
Recursos críticos	Econômicos: Contratação de ACS para composição da equipe; Organizacional: Melhorias no planejamento da gestão para manter as equipes completas no município; Cognitivo: ACS capacitados para o desenvolvimento de suas atribuições; Político: Mais articulação entre os setores da saúde e adesão de profissionais.

Controle dos recursos críticos	Controle feito pela Gestão de Saúde, sendo a mesma aparentemente favorável a solução do problema.
Ações estratégicas	Contratação de 04 ACS para a ESF Pires da Luz.
Prazo	Imediato.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico e enfermeira e demais profissionais da equipe.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	O monitoramento e acompanhamento do processo de contratação dos ACS.

Fonte: autoria própria (2018).

Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Ausência do número correto de ACS na ESF Pires da Luz”, do município Ubá, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Sobrecarga de trabalhos e insatisfação dos dois ACS, bem como da equipe toda.
Operação (operações)	<ul style="list-style-type: none"> -Discutir em grupos sobre a necessidade de adequar a equipe e assim de suas atividades na unidade; -Discutir a importância de um trabalho de equipe firme, coeso e cooperativo. -Priorizar as atividades realizadas pela equipe evitando a sobrecarga e insatisfação. - Elaborar um documento para ser divulgado na comunidade explicando a situação e solicitando a compreensão. <p>Dar oportunidade para os dois ACS expressarem seus sentimentos,</p> <ul style="list-style-type: none"> -Comunicar a gestora as resoluções tomadas.
Projeto	Otimização do trabalho
Resultados esperados	Realização das atividades priorizadas até a contratação dos novos agentes comunitários de saúde. Organização do processo de trabalho da equipe.
Produtos esperados	Manutenção da equipe firme e coesa com as decisões tomadas e o processo de trabalho organizado. Gestora ciente das resoluções tomadas pela equipe.
Recursos necessários	Organizacional: Melhorias no planejamento da gestão para manter as equipes completas no município; Político: Mais articulação entre os setores da saúde e adesão de profissionais.
Recursos críticos	Organizacional: Melhorias no planejamento da gestão para manter

	as equipes completas no município; Político: Mais articulação entre os setores da saúde e adesão de profissionais.
Controle dos recursos críticos	A própria equipe vai controlar os recursos críticos.
Ações estratégicas	Apresentar e discutir com a gestora as resoluções tomadas pela equipe enquanto não ocorre a contratação dos novos ACS.
Prazo	03 meses.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	ESF Pires Luz e Gestão.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	O monitoramento será realizado avaliando a diminuição de sobrecarga e insatisfação da equipe.

Fonte: autoria própria (2018).

Conforme exposto anteriormente o ACS tem como função promover o vínculo, o elo, por mediar e aproximar a comunidade e serviço local de saúde. Seu envolvimento com a comunidade pressupõe troca para construção e reconstrução de laços afetivos e fortalecimento do acesso aos serviços de saúde. Com base na trajetória deste estudo, o ACS é um importante membro da equipe, destacando a necessidade de um número maior de visitas domiciliares e conhecimento acerca da área de abrangência. Fato este que poderia ser possível se não faltasse no número de agentes dessa unidade e ainda se não acumulasse tantas funções administrativas dentro da equipe de saúde descaracterizando as ações desse profissional.

Desta forma a elaboração desse plano de intervenção possibilitou entender que o ACS torna-se a alma da ESF, pois é através dele que os demais profissionais que integram a equipe de saúde conhecem os usuários e o campo de trabalho podendo traçar estratégias para melhorar a qualidade de vida da comunidade e melhorar o modelo assistencial de saúde. Vale lembrar que não se deve atribuir somente ao ACS a função de consolidação do SUS,

pois este processo depende de um conjunto de fatores técnicos, políticos, sociais e o envolvimento de diferentes atores.

Logo, espera-se com este plano de ação, contribua para a produção de um conhecimento que possibilite o desenvolvimento de práticas atuais, reflexivas e capazes de subsidiar o trabalho e a importância do profissional ACS, que até o determinado momento não tem o reconhecimento necessário dentro da equipe em que atua tendo sua função principal descaracterizada e sendo sobrecarregado por outras funções não tão importantes, e ainda com equipe incompleta com um número menor do que é exigido para essa área de abrangência.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ubá é um município mineiro considerado o principal polo moveleiro do estado. Além dos móveis, o município é reconhecido nacionalmente pela espécie de manga que leva o seu nome. Localizado a aproximadamente 290, 88 quilômetros da Capital do Estado, Belo Horizonte, com uma população estimada de 93.981 habitantes segundo o IBGE de 2016.

Na área da saúde o município conta com o A.B.C. (Hospital Santa Isabel), o Hospital São Vicente de Paulo, Hospital Regional da FHEMIG - Colônia Padre Damião, Hospital São Januário, Hospital do Núcleo Regional de Voluntários de Combate ao Câncer, SAMU e ainda 21 UBS. Um dos principais problemas das unidades é a rotatividade dos médicos, mas conta também com a adesão ao Programa Mais Médicos que abrange médicos brasileiros e cubanos na cidade.

O bairro Pires da Luz é uma comunidade de cerca de 5.000 habitantes, localizada na Cohab de Ubá, o bairro conta com uma Equipe de Saúde da Família, chamada ESF Pires da Luz está situada em uma das ruas principais do bairro, que faz a ligação com o centro da cidade. Essa equipe possui 564 famílias cadastradas, com uma população total de 2.127 habitantes sendo que 483 habitantes moram na zona rural Santa Rosa, que pertence ao bairro de Pires da Luz, além de famílias ainda não cadastradas.

A equipe de profissionais da Unidade é formada por uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde, três Agentes de Combate a Endemias, uma dentista, uma auxiliar odontológica, um médico da Estratégia de Saúde da Família, um médico do Programa Mais Médicos, um pediatra e um recepcionista. A equipe de trabalho encontra-se incompleta faltando quatro ACS, o que tem dificultado o trabalho para o cadastro dos usuários e visitas nas áreas descobertas.

A população do ESF Pires da Luz apresenta alguns problemas, como falta de dados descritos acerca da população de abrangência dessa unidade de saúde, equipe incompleta com falta de quatro ACS, sobrecarga de trabalhos

e insatisfação dos dois ACS, bem como da equipe toda e a necessidades sócio econômicas da população causando danos à saúde em geral.

Assim é possível concluir com esse estudo e elaboração do plano de intervenção para a ESF Pires da Luz os seguintes pontos:

- Possibilitou percepção de que as equipes em geral possuem um importante desafio em relação à intervenção ativa na situação de saúde da população através de uma assistência sistematizada;
- A falta dos profissionais ACS nessa equipe causa diversos transtornos como visto com esse estudo. Sendo o ACS além do principal elo da população com a equipe, o responsável por cadastramentos e atualização de dados importantes para o andamento da Unidade;
- A implantação desse plano de intervenção busca a sensibilização dos gestores quanto a necessidade de contratação para adequação dos ACS na equipe;
- Busca mostrar a importância da capacitação dos profissionais da equipe, podendo assim identificarem a situação de saúde da população e instrumentalizá-los a planejar e ofertar todas as ações necessárias para uma atenção integral;
- Tal plano tem também a intenção de diminuir a sobrecarga de trabalho e insatisfação dos profissionais dessa equipe, sendo assim após a adequação da equipe necessária uma organização no processo de trabalho.
- Proporcionar com um bom atendimento maior qualidade de vida a população dessa área de abrangência, pois já sofrem com carência financeira, chegando a faltar comida na mesa das famílias, o que causa diversos problemas a saúde, não só físicos mais principalmente psicológicos;
- Espera-se que a elaboração desse plano de intervenção subsidie o reconhecimento da necessidade de adequação da ESF Pires da Luz em Ubá Minas Gerais, podendo assim promover atenção à saúde da população com qualidade.

REFERENCIAS

ALVARENGA, M.R. M, *et al.* **Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família.** Ciência e Saúde: Belo Horizonte, 2011.

BRAND, C. I.; ANTUNES, R. M.; FONTANA, R. T. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Cogitare enferm.** Jan/Mar 2010; 15 (1): 40-7.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 648, de 28 de Março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE.** Brasília, [online], 2016. Acesso em: 01 Out. 2018. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das Ações de Saúde.** Curso de Especialização em Saúde da Família. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2017. Acesso em: 01 Out. 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_aval_iacao_das_acoes_de_saude_2/3>.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa de Saúde da Família: O Agente Comunitário de Saúde como Elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Revista eletrônica Ciência e Saúde Coletiva para a sociedade.** Rio de Janeiro, 2007. Acesso em: 28 de Out. 2018. Disponível em: www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1958.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva [online].** 2005, vol.10, n.2, pp. 347-355. Acesso em: 28 Out. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a12v10n2.pdf>.

GOMES, K. L. *et al.* A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saúde soc. [online].** 2009,

vol.18, n.4, pp. 744-755. Acesso em: 10 Nov. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/17.pdf>.

JARDIM, T. A.; LANCMAN, S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. **Interface** (Botucatu) [online]. 2009, vol.13, n.28, pp. 123-135. Acesso em: 10 Nov. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a11.pdf>.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Vislumbrando a rede complexa de relações e interações do agente comunitário de saúde. **Rev. Rene**. Fortaleza, v.11, n.2, p.140-151, abr./jun.2010. Acesso em: 10 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027970016.pdf>.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Coletiva** vol. 2. Unicamp: Campinas SP, 2011.

MENDONÇA, M. H. M.; VASCONCELLOS, M. M.; VIANA, A. L. A. Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup. 1:S4-S5, 2008. Acesso em: 12 Dez. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/01.pdf>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. A Crescente escolarização do Agente Comunitário de Saúde: uma Indução do Processo de trabalho? **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.8 n.2, p.229-248, jul./out.2010.

SANTANA, J. C. B. *et al.* Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da Família. **Cogitare Enferm** 2009 Out/Dez; 14(4):645-52.

SEABRA, D. C.; CARVALHO, A. C. D.; FOSTER, A. C. O Agente Comunitário de Saúde na visão da equipe mínima de saúde. **Rev. APS**, v.11. n. 3 p.226-243, abril 2008. Acesso em: 14 Nov. 2018. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/337/115>.

TEIXEIRA, L. A. Comentário: Rodolfo Mascarenhas e a história da saúde pública em São Paulo. **Revista de Saúde Pública de São Paulo**, 2006. Acesso em: 14 Nov. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v40n1/27110.pdf>.