

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Rafaela Roscoe Ramires Pereira

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE DOS
USUÁRIOS, NA EQUIPE DE SAÚDE BERNARDAS, MUNICÍPIO DE RIO MANSO,
MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte
2020**

Rafaela Roscoe Ramires Pereira

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE DOS
USUÁRIOS, NA EQUIPE DE SAÚDE BERNARDAS, MUNICÍPIO DE RIO MANSO,
MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Verônica Amorim Rezende

Belo Horizonte

2020

Rafaela Roscoe Ramires Pereira

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: QUALIFICAÇÃO DO TRABALHO DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DE SAÚDE DOS
USUÁRIOS, NA EQUIPE DE SAÚDE BERNARDAS, MUNICÍPIO DE RIO MANSO,
MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professora Verônica Amorim Rezende

Banca examinadora

Professora Verônica Amorim Rezende. Mestre em Enfermagem.

Professora Maria Marta Amancio Amorim. Doutora em Enfermagem. Centro Universitário Unifacvest

Aprovado em Belo Horizonte, em 23 de abril de 2020

Dedico esse trabalho aos meus pais e familiares que me apoiam em meus projetos.

Agradeço a minha família e ao meu namorado pelo apoio incondicional em meus projetos.

“Ou nós encontramos um caminho, ou abrimos um.” Hannibal, 1922.

RESUMO

A atuação do Agente Comunitário de Saúde é essencial para estabelecer uma ligação entre o serviço de saúde e a comunidade, havendo uma complexidade de ações desempenhadas por este profissional. Este trabalho tem como objetivo qualificar o trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde, na equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Bernardas, localizada em Rio Manso, Minas Gerais. O objetivo deste trabalho é de elaborar um projeto de intervenção para qualificar o trabalho desenvolvido pelos ACS, na equipe de Saúde da Família da UBS Bernardas, localizada em Rio Manso, Minas Gerais. Como objetivos específicos: Listar os principais pilares que dificultam o trabalho dos ACS; Conceituar os hábitos que interferem na adesão e cumprimento do trabalho; Compreender como o trabalho do ACS influencia positiva e negativamente o dia a dia da UBS; Compreender as formas para melhorar a atuação do ACS. Foi realizada revisão da literatura nos bancos de dados *Scientific Electronic Library online*, Biblioteca Virtual de Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, no período de 2010 a 2019 e dados dos bancos do Ministério da Saúde. Além disso, para elaborar o plano de intervenção foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional. O trabalho pautou-se na perspectiva do desenvolvimento do processo de trabalho, levando em consideração os agentes dificultadores e facilitadores observados e relatados pelos Agentes Comunitários de saúde, durante o processo de trabalho e rotina da Unidade Básica de Saúde de Bernardas. Este diagnóstico permitiu levantar os problemas como não execução das obrigações trabalhistas, enquanto agente comunitário de saúde, como quantidade inadequada de visitas domiciliares por mês e descumprimento do horário de trabalho. Houve também dificuldade de fiscalização das tarefas designadas aos agentes e falta de comunicação dos Agentes Comunitários de Saúde em relação a Equipe de saúde e Gestão do município. Sendo assim, podemos concluir que, tão importante quanto o conhecimento dos direitos e deveres, por parte do ACS, é também a fiscalização, por parte da gestão do município, implantação de meios para controle e comprovação do trabalho, reuniões periódicas para aparar arestas e estabelecer os pontos que estão em concordância com a execução do trabalho e os pontos que devem ser melhorados.

Palavras- chave: Agentes Comunitários de Saúde. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Política de Saúde.

ABSTRACT

The performance of the Community Health Agent is essential to establish a link between the health service and the community, with a complexity of actions performed by this professional. This work aims to qualify the work developed by the Community Health Agents, in the Family Health team of the Basic Health Unit Bernardas, located in Rio Manso, Minas Gerais. The Objective of this work is to elaborate an intervention Project to qualify the developed by the ACS, in the Family Health team at UBS Bernardas, located in Rio Manso, Minas Gerais. Literature review was carried out, from 2010 to 2019, in the Scientific Electronic Library online databases, Virtual Health Library of the Collective Health Education Center and data from the Ministry of Health banks. In addition, to elaborate the health plan intervention, Situational Strategic Planning was used. The work was based on the perspective of the development of the work process, taking into account the complicating and facilitating agents observed and reported by the Community Health Agents, during the work and routine process of the Basic Health Unit of Bernardas. This diagnosis made it possible to raise problems such as non-performance of labor obligations, as a community health agent, such as inadequate number of home visits per month and non-compliance with working hours. There was also difficulty in monitoring the tasks assigned to agents and lack of communication by Community Health Agents in relation to the municipality's Health and Management Team. Thus, we can conclude that, as important as the knowledge of the rights and duties, on the part of the ACS, is also the inspection, on the part of the management of the municipality, implantation of means for control and proof of the work, periodic meetings to trim edges and establish the points that are in agreement with the execution of the work and the points that must be improved.

Key words: Community Health Agents. Family Health. Primary Health Care. Health Policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de atenção psicossocial
DEA	Desfibrilador Externo Automático
EAP	Edema Agudo de Pulmão
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Estratégia de saúde da família
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto brasileiro de geografia e estatística
ICISMEP	Instituto de cooperação intermunicipal do Médio Paraopeba
IDEB	Índice de desenvolvimento da educação básica
IDHM	Índice de desenvolvimento humano
LILACS	Literatura Latino-Americana e do caribe em ciência da saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESCON	Núcleo de educação em saúde coletiva
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PES	Plano estadual de saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMMB	Projeto Mais Médicos pelo Brasil
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
UAI	Unidade de Atendimento Imediato
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município.....	11
1.2 O sistema de saúde.....	12
1.3 Aspectos da comunidade.....	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Bernardas.....	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família Bernardas, da Unidade Básica de Saúde Bernardas.....	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Bernardas.....	16
1.7 O dia a dia da equipe Bernardas.....	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	17
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	18
2 JUSTIFICATIVA.....	20
3 OBJETIVOS.....	22
3.1 Objetivo geral.....	22
3.2 Objetivos específicos.....	22
4 METODOLOGIA.....	23
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	24
5.1 O Sistema único de saúde	24
5.2 A Atenção básica à saúde e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde	24
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	28
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	28
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	29
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	29
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo).....	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Rio Manso é uma cidade com 5.832 pessoas, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2019. Localiza-se na região metropolitana de Belo Horizonte, a 80 km da capital do estado. Possui como área territorial de 231,540 Km² e densidade demográfica 22,79 hab./Km² (IBGE, 2019).

O nome do município deve-se ao rio que corta cidade e tem o percurso repleto de curvas mansas, o que favorece as áreas próximas para o desempenho da agricultura e da pecuária (IBGE, 2019).

A principal fonte de renda do município é a agropecuária, sendo que é um grande produtor de hortaliças e laticínios. Possui também comércio e produção de tijolos como outra fonte de renda para a população, devido as fabricas de cerâmica.

A cidade possui forte tradição de festas locais, como o Festival Gastronômico, Folia de Reis, Festa do Biscoito, Festa do Congado, Exposição Agropecuária e a tradicional festa de Santa Luzia, em homenagem à padroeira do Município que ocorre em 13 de dezembro. Rio Manso é uma cidade com baixo índice de violência.

O Produto Interno Bruto (PIB) per capita de Rio Manso, referente ao ano de 2017, é de R\$14.003,50. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,648. O IDHM é composto por avaliação de renda, longevidade e educação e possui uma faixa entre 0 e 1, sendo considerado pior quanto mais próximo de 0 e melhor mais próximo de 1 (IBGE, 2019).

Quanto a dimensão de longevidade do IDHM, cresceu 4,3 anos na última década, passando de 68,9 anos, em 2000, para 73,1 anos, em 2010. Em 1991, era de 65,4 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer é de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991. A mortalidade infantil no município passou de 32,2 óbitos por mil nascidos vivos, em 2000, para 18,4 óbitos por mil nascidos vivos, em 2010 (IBGE, 2019).

O salário médio mensal dos trabalhadores formais é de 1,6 salários mínimos. Há 666 pessoas como pessoal ocupado e 11,5% como população ocupada. O percentual da população com rendimento nominal mensal per capita de até ½ salário mínimo é de 33,1% (IBGE 2019).

Em 2015, os alunos dos anos iniciais do ensino fundamental da rede pública da cidade tiveram nota média de 6,7 no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB). Para os alunos dos anos finais do ensino fundamental, essa nota foi de 4,8. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 98,5% (IBGE, 2019).

No município há cinco escolas de ensino infantil, três escolas municipais de ensino fundamental e duas escolas estaduais de ensino médio.

Possui 3,2 % de esgotamento sanitário adequado e 66,2% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização (IBGE, 2019).

1.2 O sistema municipal de saúde

Na área da saúde o município possui duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atendem os distritos de Bernardas e Souza. As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiram há cerca de 18 anos, contando com duas equipes formadas, porém, ainda assim, a saúde da região encontra muitas dificuldades. Há cerca de dois anos a policlínica da cidade iniciou atendimento com médico 24 horas, todos os dias da semana, tendo como referência as cidades de São Joaquim de Bicas e Betim, para onde são encaminhados os casos de maior complexidade que não podem ser conduzidos no município.

Na rede assistencial há também os seguintes serviços.

- Pontos de Atenção à Saúde Secundária: Unidade de Pronto Atendimento (UPA) São Joaquim de Bicas; Unidade de Atendimento Imediato (UAI) Teresópolis, em Betim.
- Pontos de Atenção à Saúde Terciária: Hospital Regional de Betim.
- Sistemas de Apoio: os exames laboratoriais são realizados na policlínica que possui laboratório próprio de análises clínicas promovido pelo Sistema Único de

Saúde (SUS). Alguns exames laboratoriais com custo mais elevado são realizados no laboratório particular da cidade, o Laclibe, e os exames de imagem são realizados nos hospitais e UPA que fazem parte do consorcio do município.

- Sistemas Logísticos: a cidade possui três ambulâncias (pequenas, sem Unidade de Tratamento Intensivo- UTI), quatro carros comuns para transporte de pacientes e equipe de saúde, um ônibus e uma van que saem diariamente para os locais de referência, com pacientes que irão fazer exames e consultas com especialistas.

O município possui convênio com a Instituição de Cooperação Intermunicipal do médio Paraopeba (ICISMEP - prestador de serviços) que fornece consultas agendadas, exames e procedimentos para o município nos hospitais de Betim, sendo nossa referência para os casos que podem ser acompanhados ambulatorialmente.

Para os casos de urgência e emergência, temos como referência a UPA de São Joaquim de Bicas, a UAI Teresópolis em Betim e Hospital Regional de Betim.

O modelo de Atenção predominante é o centrado na doença, visto que há grandes dificuldades em atuar na prevenção.

A UBS não consegue fazer o atendimento inicial em casos de emergência como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Edema Agudo no Pulmão (EAP), pois não possui laboratório e eletrocardiograma (ECG) em sua estrutura. A unidade não possui monitor cardíaco, nem desfibrilador automático (DEA). Faltam medicações de emergência, e por um período que se estendeu de outubro de 2018 a março de 2019 a UBS ficou fechada devido à falta de equipe para atuar.

No mês de maio de 2018 foi contratada uma nova equipe que assumiu a emergência da cidade (cinco médicos para fazer plantão de segunda a sexta, além dos que já atuam no município nos finais de semana).

O município não possui Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e os casos urgentes como surtos, abstinências são encaminhados para a UPA da cidade de Bicas.

Já quanto ao que tange a Odontologia, os casos são atendidos no consultório odontológico da Policlínica, devido à falta de consultório odontológico na UBS.

O município de Rio Manso não possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

1.3 Aspectos da comunidade

A área de abrangência da UBS Bernardas, na qual a autora do presente trabalho atua, possui aproximadamente 1.151 pessoas, abrangendo os povoados de: Morro da Onça; Canelas; Bom Jardim e Ventenas. A unidade de saúde se localiza em área urbano-rural chamada Bernardas, um distrito que fica a 5 km do centro da cidade de Rio Manso.

Dos 1.151 habitantes, 588 são do sexo masculino e 563 do sexo feminino e a distribuição por faixa etária se dá da seguinte forma: 0 a 4 anos: 49; 5 a 9 anos: 55; 10 a 14 anos: 66; 15 a 19 anos: 67; 20 a 24 anos: 61; 25 a 29 anos: 81; 30 a 34 anos: 56; 35 a 39 anos: 82; 40 a 44 anos: 92; 45 a 49 anos: 97; 50 a 54 anos: 49; 55 a 59 anos: 100; 60 a 64 anos: 95; 65 a 69 anos: 64; 70 a 74 anos: 54; 75 a 79 anos: 31 e 80 ou mais: 52.

A maior parte da população não possui água encanada e rede de esgoto, sendo que a maioria é abastecida através de cisternas e nascentes e a drenagem feita por fossas sépticas.

Possui comércio básico (supermercado, açougue, padaria e loja de material de construção), uma escola municipal, associação de moradores.

A população empregada vive da agropecuária e cerâmicas, possui baixo índice de analfabetismo e evasão escolar. Para essa população trabalha uma equipe de saúde da família e não possuímos equipe de saúde bucal.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Bernardas

A unidade se localiza na região central do distrito de Bernardas e funciona em uma casa alugada.

A UBS conta com uma sala para o médico, uma sala da enfermagem, recepção, cozinha, sala de curativo e farmácia. Contamos também com dois banheiros, um para os usuários e um para os funcionários.

Na UBS não contamos com sala de vacina, que funciona na policlínica da cidade, assim como o ECG, sala de odontologia.

A gerência da unidade fica a cargo da Secretaria de Saúde do município. Possuímos apenas um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um auxiliar de limpeza e um vigia. O pediatra realiza consultas mensais na unidade, assim como o psicólogo.

Os atendimentos de psiquiatria, neurologia, urologia, ginecologia e obstetrícia, ortopedia oferecidos pelo município ficam centrados na Policlínica da cidade que está localizada no centro da cidade.

A maior dificuldade enfrentada na unidade é por falta de alguns equipamentos como mesa ginecológica, espéculo ginecológico, equipamento de eletrocardiograma, nebulizador, laringoscópio, entre outros, mas principalmente, pela falta de adesão dos pacientes a nova forma de funcionamento que tentou-se implantar em março de 2018 que foram as consultas agendadas/planejadas em substituição as consultas em livre demanda.

Muitas vezes faltam materiais de papelaria (receituário, solicitação de exames, folha de evolução que são xerocadas pela secretaria de saúde).

1.5 A Equipe de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde Bernardas

A equipe de saúde da família é composta pelos seguintes profissionais, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1 – Quadro de profissionais da Equipe de Saúde Bernardas, pertencente a UBS Bernardas, localizada no município de Rio Manso, Minas Gerais

Profissionais	Descrição
ACS micro-área 11	<ul style="list-style-type: none"> • ACS há cinco anos. Possui ensino médio completo. A micro-área conta com 426 pessoas cadastradas e 169 famílias.
ACS micro-área 12	<ul style="list-style-type: none"> • ACS há 10 meses. Ensino superior completo. Trabalha com a micro-área 12 que tem 309 indivíduos e 116 famílias cadastradas.
ACS micro-área 13	<ul style="list-style-type: none"> • ACS há 7 meses. Ensino médio completo. Atua na micro-área 13 que tem 148 pessoas cadastradas e 69 famílias.
ACS micro-área 10	<ul style="list-style-type: none"> • ACS da micro-área 14 há 11 anos. Ensino superior completo. Possui 113 famílias cadastradas e 268 pessoas.
Médico	Profissional da equipe há 12 meses
Enfermeiro (a)	Profissional da equipe há 12 meses
Técnico (a) de Enfermagem	Profissional da equipe há 2 meses

Fonte: elaborado pela autora (2020).

A equipe de saúde da família possui no total 1151 habitantes e 467 famílias cadastradas.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Bernardas

Em 18/03/2018 não havia equipe em funcionamento na UBS e então começamos a atuar no local (nova equipe formada por um médico do Programa Mais Médicos pelo Brasil (PMMB) e o restante da equipe através de processo seletivo do município). Iniciou, então, o processo de elaborar a agenda com consultas programadas (oito consultas agendadas por dia, deixando também horários para livre demanda). Porém, houve questionamentos por parte da população e a Secretaria de Saúde optou por retornar com a agenda livre demanda.

A UBS Bernardas funciona de 07:00 horas às 16:00 horas, de segunda a sexta feira.

1.7 O dia a dia da equipe Bernardas

O tempo na unidade é praticamente totalmente direcionado a livre demanda, sendo o primeiro atendimento realizado por um dos integrantes da equipe que retira a ficha e o prontuário. Logo em seguida, o paciente passa pela triagem com enfermeira e a técnica de enfermagem e, quase que todos eles são encaminhados a consulta médica.

Na triagem e consulta com a enfermagem são colhidos os dados antropométricos e sinais vitais do paciente.

Já foi tentado implementar grupos como tabagista, grávidas, hipertensos e diabéticos, porém, não houve adesão por parte da população.

Foi solicitado à Prefeitura apoio para a realização de uma horta comunitária, devido à dificuldade de acesso de parte da população a verduras e legumes, porém, não foi dado andamento.

Abaixo estão explicitados nos quadros 2 e 3, a Agenda Programática da UBS Bernardas:

Quadro 2 - Agenda Programática da Médica da Equipe de Saúde Bernardas, pertencente a UBS Bernardas, localizada no município de Rio Manso, Minas Gerais

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Folga	Atendimento demanda espontânea	Atendimento demanda espontânea	Atendimento demanda espontânea	Atendimento demanda espontânea
Tarde	Folga	Atendimento demanda espontânea	Pré-Natal	Visitas domiciliares	Procedimentos ou visitas domiciliaria intercalados semanalmente

Fonte: elaborado pela autora (2020).

Quadro 3 - Agenda Programática da Enfermeira da Equipe de Saúde Bernardas, pertencente a UBS Bernardas, localizada no município de Rio Manso, Minas Gerais

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Atendimento demanda espontânea	Atendimento demanda espontânea	Atendimento demanda espontânea	Atendimento demanda espontânea	Preventivo
			Pré-natal		

Tarde	Atendimento demanda espontânea	Atendimento demanda espontânea		Atendimento demanda espontânea	Grupos operativos quinzenais ou Atendimento demanda espontânea
-------	--------------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	--

Fonte: elaborado pela autora (2020).

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Os problemas de saúde levantados foram:

- Não adesão dos usuários ao tratamento proposto.
- Falta de medicamentos liberados pela Secretaria.
- Falta de estrutura para atendimentos de urgência.
- Inadequações no serviço desenvolvido pelos ACS.
- Alta prevalência e incidência de transtornos mentais.
- Alta incidência de verminoses.
- Alta incidência de dengue.
- Alta prevalência de sequela de IAM.
- Alta prevalência de sequela de AVC.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

O Quadro 4 apresenta a priorização dos problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de saúde de Bernardas.

Quadro 4 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Bernardas, Unidade Básica de Saúde Bernardas, município de Rio Manso, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência** (0 a 5 pontos)	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Inadequação nos serviços realizados pelo ACS	Alta	10	Parcial	1

Falta de estrutura para atendimentos de urgência	Média	3	Fora	9
Falta de medicação	Alta	8	Fora	8
Não adesão dos usuários ao tratamento proposto	Alta	8	Parcial	3
Alta prevalência e incidência de Transtornos mentais	Alta	9	Parcial	2
Alta incidência Verminoses	Alta	7	Parcial	4
Alta incidência de dengue	Alta	6	Parcial	5
Alta prevalência de sequela de IAM	Alta	5	Parcial	6
Alta prevalência de sequela de AVC	Alta	4	Parcial	7

Fonte: elaborado pela autora (2020).

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

O problema escolhido para a priorização são as Inadequações no serviço desempenhado pelos ACS. Isso dificulta muito a rotina da equipe visto que boa parte da população encontra-se em área rural e muitos ficam sem assistência, pois o trabalho do ACS é essencial não somente para marcação de consultas, mas também para o agendamento de visitas domiciliares, entrega de exames e, especialmente, por serem nossos “olhos e ouvidos” nos lares dos usuários, nos orientando sobre sua situação socioeconômica, necessidades e dificuldades, adesão a tratamentos. Cabe também a eles ajudar em Planejamento de ações.

2 JUSTIFICATIVA

No ano de 1991 o Ministério da Saúde com o objetivo de enfrentar as necessidades das populações em situação de risco e diminuir a morbimortalidade infantil e materna, criou o programa de agentes comunitários de saúde (PACS) que no início foi implantado na região nordeste e em 2002 passou a ser legalizada (BRASIL,1994).

Em 2006, por meio da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a profissão passou a ser amparada por lei, que regularizou as atribuições e forma de contratação do ACS de acordo com os seguintes critérios: ser morador da área há dois anos pelo menos, ter escolaridade a nível de primeiro grau completo, maioridade, disponibilidade para exercer sua função e cumprir sua carga horaria (BRASIL, 2006).

As diversas atribuições que devem ser desenvolvidas pelos ACS demonstram a relevância da profissão na ESF. A realidade que enfrentamos em Bernardas é de que os ACS não possuem motivação para exercer seu trabalho de forma a contribuir para o processo de trabalho da unidade. Oliveira *et al.* (2010) considera como fatores de desmotivação do trabalho nos serviços de saúde sobrecarga de trabalho, falta de insumos, falta de transporte, riscos que possam enfrentar durante as visitas domiciliares e a falta de reconhecimento profissional. Também defende que falta de gratificações, falta de estabilidade e insegurança em relação ao contrato, infraestrutura decadente das unidades de saúde, também são fatores contribuintes para a desmotivação em relação ao trabalho.

Esses aspectos podem ser observados quando colocamos em evidência a realidade de trabalho dos quatro ACS atuantes na área adscrita a UBS Bernardas. Por ser uma unidade de localização urbano-rural, há dificuldade de locomoção e falta de transporte público que facilite o acesso as áreas rurais mais distantes, algumas localidades remotas oferecem riscos para atuação devido a impossibilidade de comunicação, localizações ermas e sem movimentação.

Falta de valorização e reconhecimento do trabalho também são fatores de desestimulação para os ACS, porém, observando o processo de trabalho da equipe no último ano, podemos dizer que, o fator que mais influencia negativamente no

processo de trabalho do ACS e faz com que o andamento da UBS fique comprometido é o fato de eles estarem acomodados a não realizar o trabalho como proposto pelo Ministério da Saúde e não sofrerem consequências.

O fato de terem sido contratados através de processo seletivo e já atuarem na área, a maioria, há mais de 2 anos, criou a falsa sensação de que, mesmo que não realizem suas obrigações, eles não podem ser demitidos e perder o cargo. Sendo assim, a maioria deles não cumpre sua carga horária diária de trabalho, não realiza todas as visitas mensalmente, não atualiza o cadastro das famílias, não informa a equipe de saúde das famílias em situações de risco ou com necessidade de intervenção. Toda essa falha na realização do trabalho dificulta a prevenção e promoção de saúde, confunde a população em relação aos serviços prestados na UBS, faz com que os serviços secundários e terciários sejam usados de forma indiscriminada e, portanto, onera o sistema de saúde gerando um ciclo vicioso prejudicial à saúde pública como um todo.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar projeto de intervenção para qualificar o trabalho desenvolvido pelos ACS, na equipe de Saúde da Família da UBS Bernardas, localizada em Rio Manso, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Listar os principais pilares que dificultam o trabalho dos ACS.

Conceituar os hábitos que interferem na adesão e cumprimento do trabalho.

Compreender como o trabalho do ACS influencia positiva e negativamente o dia a dia da UBS.

Compreender as formas para melhorar a atuação do ACS.

4 METODOLOGIA

Foi realizada revisão da literatura nos bancos de dados *Scientific Electronic Library online* (SciELO), no período de 2010 a 2019, e também na Biblioteca Virtual de Saúde do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e dados dos bancos do Ministério da Saúde, utilizando-se os seguintes descritores: Agentes Comunitários de Saúde; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Política de Saúde.

Além disso, utilizou-se como base para a elaboração do plano de intervenção o Planejamento Estratégico Situacional (PES) de forma a se fazer uma estimativa dos problemas e estabelecer o problema prioritário, os nós críticos e as ações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 O Sistema Único de Saúde

Para entender o que vivemos hoje na saúde pública do Brasil, é muito importante lembrarmos do marco de 1988, quando surgiu o SUS, e lembrar de sua história e o caminho para chegar na sua atuação nos dias de hoje.

O SUS é uma das maiores políticas públicas do Brasil, que visa resolver os problemas de saúde da sociedade. Através dessas políticas, pode-se perceber os problemas da comunidade e, a partir disso, produzir propostas para sanar essas dificuldades (MENICUCCI, 2014).

A assistência de saúde brasileira iniciou-se com o marco histórico da criação da previdência social, onde foram desenvolvidos os direitos sociais pelo Estado, que já apresentava e já trazia em si a desarmonia do acesso do seu público. Nessa época, o acesso a saúde era vinculado ao trabalho formal e comportava-se como um seguro e não um direito (MENICUCCI, 2014).

Em 1966, ocorreu a fusão dos institutos de previdência social que aumentou sua cobertura de saúde a todos os profissionais assalariados do meio urbano, em que os serviços eram comprados da rede privada, desenvolvendo esse mercado e tornando assim o princípio dos planos de saúde que possuímos atualmente (MENICUCCI, 2014).

Na década de 1970, quando vivíamos a ditadura militar, houve migração para as áreas periféricas das cidades médias e grandes, levando a um aumento da pobreza e aumento da concentração de renda, que levou o estado a melhorar a oferta de serviços sociais básicos mesmo que de forma ainda precária. No final da década, se consolidou a Constituição de 1988, quando foi criado o SUS, com princípio de serviço integral, universal e igualitário. Dessa forma, ampliou-se os direitos dos cidadãos, assumindo o direito a saúde como um direito de todos e um dever do Estado (SANTOS, 2018).

5.2 A Atenção Básica de Saúde e o trabalho do Agente Comunitário de Saúde

A assistência médica brasileira sofreu mudanças nas últimas décadas que levaram a uma descentralização da assistência e colocação da assistência básica como um dos pilares de maior importância na saúde pública, sendo, portanto, reforçado a sua importância (MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016).

Em 1991, deram início ao PACS no nordeste, região que mais sofria com a morbimortalidade materna e infantil no país, com agentes atuando nas regiões mais pobres, visitando todas as casas da sua área de abrangência, para realizar atividades de promoção e prevenção de saúde, que levou a uma queda na mortalidade infantil dessas localidades (BARRETO *et al.*, 2018).

O programa teve um impacto tão positivo na queda da morbimortalidade que na mesma década foi incorporado ao PACS, o programa de saúde da família (PSF), para a ordenação das práticas em saúde e mudança no modelo assistencial de saúde que era centrado na doença e cuidado médico individualizado (BARRETO *et al.*, 2018).

Segundo a portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, a ESF deve possuir um número de ACS que consiga atender 100% da área adscrita, possuindo no máximo 750 pessoas por ACS e não ultrapassar 12 ACS por equipe de saúde da família. Cada equipe deve ser responsável por um número máximo de 4.000 pessoas e esse número leva em consideração o grau de vulnerabilidade da população local, sendo o número de pessoas inversamente proporcional ao grau de vulnerabilidade (BRASIL, 2011).

São definidas pelo Ministério da Saúde como atribuições do ACS:

- cadastrar e atualizar cadastro das famílias de sua área;
- realizar atividades de promoção e prevenção de saúde;
- realizar atividades programadas;
- promover integração entre equipe de saúde e população;
- identificar e acompanhar famílias em situação de vulnerabilidade;
- orientar a população sobre os serviços de saúde;
- encaminhamento e agendamento de consultas e exames;
- visita domiciliar e acompanhamento mensal dos adscritos;

- estar bem informado, e informar a equipe sobre a situação de famílias acompanhadas;
- preencher o sistema de informação da atenção básica (BRASIL, 2012).

Dentre as diretrizes da atenção básica encontramos: práticas de cuidado e gestão, direcionadas à população adscrita em um território já definido, tendo como objetivo o cuidado da pessoa de forma integral, única e individualizada, visando uma atenção integral a sua saúde (MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016).

A função básica do ACS no ambiente de trabalho é fazer um link entre a equipe de saúde da família e a população por ela atendida, porém, com o passar dos anos foram sendo adicionados às suas funções diversas responsabilidades como acompanhamento de doentes crônicos e acamados, orientação para prevenção de doenças e epidemias, encaminhar crianças à escola, dentre outros (BARRETO *et al.*, 2018).

Barreto *et al.* (2018) descrevem também que, a complexidade que o trabalho do ACS apresenta, se dá pelo fato de, além de terem que executar a programação dos protocolos do SUS eles vivenciam a comunidade e suas aflições, pois estão nelas inseridos como trabalhadores e indivíduo, sendo procurados durante e fora do seu expediente de trabalho. Além disso, acompanham todo o processo que ocorre no nascimento, adoecimento e morte do paciente, lidam diretamente com as insatisfações da comunidade, o que leva a desgaste físico e emocional.

O principal meio de educação em saúde para o ACS é a visita domiciliar, que pode ocorrer de maneira ineficaz, devido à baixa quantidade de visitas ou até mesmo não ocorrer. As situações que são apresentadas como motivo para tal inadequação são, por exemplo, grande número de usuários, horas insuficientes para desenvolvimento de atividades que, de certa forma, geram uma insatisfação no trabalho causando estresse, quadros psiquiátricos de ansiedade e depressão, por exemplo (BROCH *et al.*, 2018).

Pode-se dizer que são vários os fatores desafiantes que permeiam o trabalho do ACS, que podem inclusive influenciar na sua saúde, principalmente mental, como constante

necessidade de desenvolver habilidades para lidar com as pessoas e as situações as quais estão inseridas e seu processo de saúde e doença, desenvolvimento do poder de comunicação, atualização frequente, presença de cenários de vulnerabilidade, aspectos e limitações econômicas, situações de violência, ameaças, conflitos locais, dentre outros (BROCH *et al.*, 2018).

Aponta-se também como dificultadores do trabalho do ACS, a sua desvalorização que levam a um enfraquecimento da promoção e prevenção de saúde. A deficiência da integração com a equipe, falta de suporte e incentivo para trabalho conjunto, dificuldade na troca de informações e diálogo com a equipe, dificultam de forma severa o exercício da profissão (MACIAZEKI-GOMES *et al.*, 2016).

O aumento das responsabilidades dos ACS como no âmbito da educação, acompanhamento de doentes crônicos, acamados, estratégias de prevenção de doenças epidêmicas como a dengue, se deu de maneira desproporcionalmente à oferta de educação continuada e atualização técnica mínima necessária para sua atuação (BARRETO *et al.*, 2018).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema “Inadequações no trabalho desenvolvido pelos ACS e suas consequências para a UBS e população adscrita” para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado

As principais inadequações do serviço dos ACS de Bernardas são:

- não cumprimento de horário de trabalho (8 horas/dia);
- baixo volume de visitas domiciliares ou não realização de visitas domiciliares mensalmente;
- falta de comunicação entre ACS e equipe, não nos mantendo atualizados sobre afecções do paciente, situações de risco;
- deficiência na marcação e entrega de exames;
- falha na solicitação de acompanhamento médico para domiciliados ou acamados;
- não realizam cadastramento de novos moradores;
- não atualizam a equipe em relação ao número de mulheres com necessidade de acompanhamento pré-natal ou puérperas;

De forma geral, os ACS da área têm deixado de fazer todas as atividades inerentes ao seu cargo, citados acima, o que implica em uma falha na promoção de saúde e prevenção de agravos. Por exemplo, o ideal para a gestante é que ela inicie o acompanhamento pré-natal antes de 12 semanas de gravidez. Com a falta de visitas, busca ativa e comunicação do ACS com a equipe de saúde, muitas estão iniciando o acompanhamento em fases mais tardias da gestação.

Da mesma forma, a falta de atualização da equipe em relação a novos pacientes acamados ou domiciliados, não nos permite realizar uma agenda e segui-la, pois, sempre precisamos reorganizar quando algum familiar solicita o comparecimento ou somos informados pela Secretaria de Saúde de alguma reclamação em relação ao não acompanhamento.

É frequente também a procura de serviços de emergências por pacientes com necessidade de renovação de receita, solicitação ou apresentação de exames de rotina e afecções que devem ser solucionadas na atenção primária, por falta de informação que deve ser fornecida pelo agente de saúde.

6.2 Explicação do problema selecionado

Os ACS da unidade enfrentam dificuldades com a localização das famílias adscritas de sua área, pois, como o território que a UBS abrange é predominantemente rural, não existe transporte público que alcance a área, dificultando o acesso. As condições das estradas são péssimas, a maioria estreita, de terra, com distâncias enormes que chegam até a 3 km de distância entre uma residência e outra.

A maioria dos ACS não possuem carro ou moto próprios para ir trabalhar, ficando a mercê da disponibilização de transporte pela Prefeitura.

Um segundo dificultador para a execução das atividades é a falta de supervisão do trabalho desenvolvido e da carga horária realizada, o que desencadeia no não cumprimento das atividades previstas na profissão.

6.3 Seleção dos nós críticos

Os seguintes nós críticos foram levantados:

- falta de supervisão do trabalho dos ACS;
- comunicação deficiente entre ACS, demais membros da Equipe e Secretaria de Saúde.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Quadro 05 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Inadequações no trabalho desenvolvido pelos ACS e suas consequências para a UBS e população adscrita”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bernardas, do município Rio Manso, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Falta de Supervisão do trabalho do ACS
6º passo: operação (operações)	Utilização de ponto para controle do cumprimento de carga horaria;
6º passo: projeto	“Supervisiona ACS”
6º passo: resultados esperados	Aumentar o número de horas diárias trabalhadas pelos ACS; Aumentar o número de visitas domiciliares realizadas pelos ACS; Diminuir o número de reclamações devido à falta de visitas realizadas pelos ACS; Sensibilizar os ACS quanto ao cumprimento de suas atribuições
6º passo: produtos esperados	Supervisão com cronograma de atividades proposto pela equipe, semanal (realização e digitação de cadastros, buscas ativas, reuniões de equipe, entre outros) ; Folha de ponto ou ponto eletrônico (preferência) com cumprimento da carga horária diária pelos ACS; Capacitação dos ACS quanto às suas atribuições, sanar dúvidas da rotina de trabalho
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: conhecimento acerca das atribuições dos ACS compra do ponto eletrônico; requisição de impressos de ponto manual Político: articulação com a Secretaria Municipal de Saúde Estrutural: Profissionais capacitados
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: articulação com a Secretaria Municipal de Saúde Estrutural: Profissionais capacitados
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria Municipal de saúde Enfermeira ACS Ação estratégica: treinamento da equipe e instrumentos de monitoramento das ações
9º passo; acompanhamento	Enfermeira

do plano - responsáveis e prazos	Prazo de 6 meses;
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Planilha de monitoramento das atividades realizadas pelos ACS

Quadro 06 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Comunicação deficiente entre ACS, demais membros da Equipe e secretaria de saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bernardas, do município Rio Manso, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Comunicação deficiente de ACS, demais membros da equipe e secretaria de saúde.
6º passo: operação (operações)	Realizar atividades que permitam melhora da comunicação
6º passo: projeto	“Comunica mais”
6º passo: resultados esperados	Resolução das dificuldades expostas nas reuniões. Aparar arestas e propor soluções viáveis para as queixas relacionada a falta de comunicação entre os membros da equipe.
6º passo: produtos esperados	Reuniões semanais da Equipe de Saúde; Reuniões mensais com a Secretaria Municipal de Saúde para exposição de dificuldades e ideias para solução de problemas e sua viabilidade; Supervisão, semanal, entre enfermeira e ACS
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: conhecimento acerca das atribuições dos ACS e técnicas de comunicação Político: articulação com a Secretaria Municipal de Saúde para presença nas reuniões Estrutural: Profissionais capacitados Financeiro: disponibilizar um coffee break após as reuniões;
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: articulação com a Secretaria Municipal de Saúde para presença nas reuniões Estrutural: Profissionais capacitados

8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretaria Municipal de saúde Equipe de Saúde da Família Ações estratégicas: reuniões para alinhamento das informações
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Enfermeira Prazo de 6 meses;
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Atas de reuniões para monitoramento dos dados obtidos nas reuniões

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que, quanto mais fiel as atribuições dadas pelo Ministério da Saúde com a atuação e execução das tarefas pelos ACS, maior será a adequação do atendimento e acompanhamento e, portanto, mais individualizado e eficaz o tratamento dos usuários. Portanto é necessário trazer à luz essas atribuições e conscientizar os ACS, ampliando o seu conhecimento sobre o funcionamento do sistema de saúde, a importância única que ele representa para todo um sistema, visto que ele é a chave para a porta de entrada do paciente no SUS.

É importante também que eles adquiram conhecimento técnico para a execução das suas tarefas de promoção e prevenção de saúde para que assim sejam estabelecidos diálogos com a população, culminando em uma maior adesão e, assim, um retorno positivo com, por exemplo, menor número de casos de dengue.

Devemos também estabelecer uma relação mais próxima dos ACS e sua valorização pelos outros membros da equipe, para que eles não se sintam inferiores em relação a formação, expondo a importância deles no bom funcionamento da atenção primária que é a porta de entrada para o SUS.

É necessário ver em sua integralidade, quais os fatores dificultadores para a execução das suas tarefas e o que os motivam, para que assim, possamos maximizar e valorizar os fatores motivacionais, incentivando e reconhecendo o seu papel e desempenho no processo saúde doença e minimizar os fatores que os desmotivam em relação ao trabalho.

Assim é importante enfatizar sobre a importância da valorização das atividades e atuação do ACS, colocá-lo como peça chave para a promoção e a prevenção de saúde e como co-criador da qualidade da saúde oferecido à comunidade na qual ele se insere.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de saúde. Programa de agentes comunitários de Saúde. **Avaliação qualitativa do programa de Agente Comunitários de Saúde**. Brasília; 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n. 11.350 de 05 de outubro de 2006**: dispõe sobre as atividades desenvolvidas pelo agente comunitário de saúde e agente de combate de endemias. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488 de 21 de outubro de 2011**: aprova a política nacional de atenção básica e estabelece revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família e o programa de agentes comunitários de saúde. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>. Acesso em: 05 de fevereiro, 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

Disponível em: <

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>> Acesso em: 04 de maio, 2020

BARRETO, I.C.H.C. *et al.* Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p.114-129, 2018.

BROCH, D. *et al.* Vivências de prazer e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde/ Lives of pleasure and suffering in the work of the Community Health Agent. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 17, n. 2, p. 1 - 7, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. Rio Manso. Brasília, [online], 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 12 jan. 2020.

MACIAZEKI-GOMES, R.C. *et al.* O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p.1637-1646, 2016.

MENICUCCI, T.M.G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014.

SANTOS, N.R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018.