

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

MAGDA TARANTO MARTINS DE ALMEIDA

**A VISITA DOMICILIAR COMO INSTRUMENTO DE TRABALHO DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PLANEJANDO AS AÇÕES**

CONSELHEIRO LAFAIETE/MG

2013

MAGDA TARANTO MARTINS DE ALMEIDA

**A VISITA DOMICILIAR COMO INSTRUMENTO DE TRABALHO DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PLANEJANDO AS AÇÕES**

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

Orientadora: Professora Maria Auxiliadora Guerra
Pedroso

CONSELHEIRO LAFAIETE/MG

2013

MAGDA TARANTO MARTINS DE ALMEIDA

**A VISITA DOMICILIAR COMO INSTRUMENTO DE TRABALHO DO AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PLANEJANDO AS AÇÕES**

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

Orientadora: Professora Maria Auxiliadora Guerra
Pedroso

Banca Examinadora

Professora Maria Auxiliadora Guerra Pedroso (orientadora)

Dr. Marco Túlio de Ribeiro

Aprovada em Belo Horizonte ___/___/___

Dedico este TCC:

De maneira especial a minha mãe Ilma Penha
Tua palavra, tua história.

Tua verdade fazendo escola
E tua ausência fazendo silêncio em todo lugar
(Teatro Mágico)

Aos meus filhos Lara, Gabriel, Márcio e esposo José Márcio que apoiam minhas aventuras,
mesmo que isso signifique ausência em muitos momentos.

À equipe do PACS que participou desta aventura acreditando que apesar de tudo é possível.

AGRADECIMENTOS

A Deus que esta sempre ao meu lado, me acompanhando em todos os momentos trazendo esperança e alegria a minha existência.

À minha tutora Lizziane que foi muito presente e sempre acreditou em mim me apoiando para aprendizagem efetiva e substancial.

Aos meus familiares que sempre tiveram presente dando suporte quando as ausências se fizeram necessárias

"Se eu pudesse deixar algum presente a você, deixaria o aceso ao sentimento de amor à vida dos seres humanos. A consciência de aprender tudo o que nos foi ensinado pelo tempo afora. Lembraria os erros que foram cometidos, como sinais para que não mais se repetissem. A capacidade de escolher novos rumos. Deixaria para você, se pudesse, o respeito àquilo que é indispensável: além do pão, o trabalho e a ação. E, quando tudo mais faltasse, para você eu deixaria se pudesse um segredo, o de buscar no interior de si mesmo a resposta para encontrar a saída".

Mahatma Gandhi

RESUMO

A Portaria, MS/GM n° 2.488, de 21/09/2011, firma como uma das atribuições específicas do Agente Comunitário de Saúde acompanhar, por meio de Visita Domiciliar (VD), todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, assim, o propósito deste estudo foi determinar o número de visitas domiciliares para, a partir de dados numéricos, elaborar um projeto de intervenção, junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), do município de Carmo, Rio de Janeiro. Dessa forma, elaborar um plano de trabalho direcionado a sistematização e continuidade das visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde do Município, reafirmando a Visita Domiciliar como instrumento principal e de extrema importância no processo de trabalho. Trata-se de um estudo descritivo de natureza quantitativo, feito a partir de dados secundários. A revisão das atividades desenvolvidas nos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, à distância, promovido pela Universidade Federal de Minas Gerais e análise dos dados do Sistema Informação da Atenção Básica (SIAB) possibilitou constatar que nos anos estudados o Município não atingiu a meta de uma visita por família cadastrada, no ano de 2008 a porcentagem ficou em torno de 62,25 %, no ano de 2009 68,57%, no ano 2010 68,57% e no ano de 2011 72,82%%, portanto, necessitando de ajuste para melhorar o registro e acompanhamento as famílias cadastradas. Conclui-se ser necessário repensar a VD no Processo de Trabalho do ACS como espaço de vínculo, corresponsabilidade entre profissionais/família/comunidade e práticas educativas sendo fundamental o seu planejamento no processo de trabalho do ACS.

Palavras chave: Visitas Domiciliares. Agentes Comunitários de Saúde. Processo de Trabalho.

ABSTRAT

Ordinance, MS / GM No. 2,488, of 21/09/2011, the firm as one of the specific duties of the Community Health Agent follow through Home Visit (VD), all families and individuals under their responsibility Thus, the purpose of this study was to determine the number of visits to, from numerical data, develop an intervention project, together with the Community Health Agents (ACS), the Community Health Agents Program (PACS), the city of Carmo, Rio January. Thus, developing a work plan aimed at systematization and continuity of home visits by community health agents of the City, reaffirming the Home Visit the main instrument and of utmost importance in the work process. This is a descriptive study of a quantitative nature, made from secondary data. A review of activities in the modules of the Specialization Course in Primary Health Care Family, distance, sponsored by the Federal University of Minas Gerais and analysis of data from the Primary Care Information System (SIAB) analyzes showed that in the years studied the County did not reach the goal of one visit per registered family, in 2008 the percentage was around 62.25%, in 2009 68.57%, 68.57% in 2010 and 72.82 in 2011 %, thus requiring adjustment to improve the registration and monitoring registered families. Concludes that it is necessary to rethink the VD Working Process ACS as space bond, responsibility among professionals / family / community and educational practices is fundamental in planning your work process of the ACS.

Key words: Home Visits, Community Health Workers, Work Process

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DA LITERATURA	14
2.1 Programa Agente Comunitário de Saúde - PACS	14
2.2 O Agente Comunitário de Saúde – ACS	15
2.3 Visitas Domiciliar	17
2.4 Planejamento Estratégico Situacional	20
4 METODOLOGIA	24
5 RESULTADOS	25
6 DISCUSSÃO	31
7 CONCLUSÃO	32
8 PROPOSTA DO PLANO DE INTERVENÇÃO	33
REFERÊNCIA	42

1 INTRODUÇÃO

O tema deste estudo é a proposta de elaboração de um plano de intervenção com objetivo de aumentar e qualificar as Visitas Domiciliares (VD), dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) do município de Carmo RJ. Tendo a VD como principal instrumento de trabalho dos ACS, é necessário e imprescindível seu planejamento para alcance dos objetivos específicos pertinentes a cada situação do cotidiano. Concretizaremos a proposta de elaboração do Plano de Ação através do Planejamento Estratégico Situacional – PES abordado no Modulo 3: Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde; Unidade Didática I: Organização do Processo de Trabalho na Atenção Básica do curso Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, à distância, promovida pela Universidade Federal de Minas Gerais.

A partir do movimento da reforma sanitária, na década de 70, o modelo assistencial brasileiro tem evoluído de um modelo que dividia os indivíduos entre os que podiam pagar e os que tinham direito à previdência social para um modelo de atenção universal. As mudanças e conquistas históricas de saúde foram influenciadas, pelos debates democráticos da reforma sanitária a nível local, bem como movimentos internacionais como o da promoção de saúde, cujo relatório Lalonde é um marco histórico. No contexto internacional, em 1977 a Organização Mundial de Saúde propôs inspirada no relatório de Lalonde à seguinte meta: “Saúde para Todos no ano 2000”. Segundo publicação do Ministério da Saúde:

[...] Um dos aspectos centrais no encaminhamento dessa meta era o detalhamento e a operacionalização do conceito de equidade, reconhecendo-se como fundamental a superação das desigualdades sociais para melhoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2002, p. 18).

Em 1978, a Declaração de Alma Ata formulada no dia 12 de setembro 1978 na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que aconteceu Alma-Ata, no Cazaquistão, deu grande ênfase ao papel da Educação na Saúde e a importância da Atenção Primária de Saúde (APS) ampliando a visão sobre o cuidar em saúde, sendo assim a APS foi considerada peça estratégica para alcançar meta “Saúde para Todos no ano 2000”. Na década de 80, mais precisamente 1986, na cidade de Ottawa, Canadá, ocorreu I

Conferência Mundial de Promoção da Saúde que contribui nas discussões sobre determinantes da saúde e as ações de promoção. No Brasil em março 1986 acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde, a primeira aberta à sociedade que teve como resultado a inclusão do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) dentre outros aspectos um ponto de transição para implantação do SUS. Outro aspecto importante é que os conceitos e proposta elaborados serviram de base para Constituição Brasileira (outubro de 1988) no que se refere à seção da saúde. Conforme o artigo 196 da Constituição:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Com a Constituição Brasileira surge novo paradigma na saúde, criando progressivamente políticas públicas dotadas de grande complexidade por atenderem diversos fatores como variedades dos determinantes no processo saúde-doença, as diferentes ações e serviços necessários para suprir a necessidade da população. Acresce-se os recursos tecnológico e pessoal capacitado com a intenção modificar o modelo médico assistencialista para que este passe a ser produto dessas políticas. Tomando-se por base a inserção dessas políticas num contexto histórico, que refletiam cenário internacional e nacional de discussões a respeito Atenção Primária a Saúde, Promoção a Saúde e Vigilância em Saúde. Lima (2005) considera que:

Na verdade, o conceito de saúde contido na Constituição Federal é o resultado de um movimento social cujos resultados delinearão a chamada reforma sanitária, cujos estudos criticavam o sistema de saúde existente e as condições de saúde de grande parte da população brasileira, com propostas para uma nova política. (LIMA, 2005, p.106)

A essência e as diretrizes do Sistema Único de Saúde eclodiram na VIII Conferência, influenciadas pelo movimento internacional de promoção de saúde, sendo assim, considerado um marco histórico na sua implantação que unificou o sistema. O SUS foi criado 1988 com promulgação da nova Constituição Federal sendo gradualmente implantado e finalizado o processo, com a lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, setembro 1990), e dois meses após foi lançado a Lei 8.142 de dezembro de 1990 que tem a participação popular como uma das suas principais características. Desse movimento histórico surge necessidade de reorganizar os serviços e recriar a prática para reorientação do modelo de Atenção Básica, assim foi criado como estratégia o PACS em 1991, a partir de experiências bem sucedidas no estado do Ceará e a seguir Programa Saúde da Família

(PSF) em 1994, que posteriormente foi denominado como Estratégia Saúde da Família (ESF) tornando-se atualmente prioridade para reformulação do modelo assistencial. No município de Carmo o PACS foi implantado em 1996 para posterior criação da primeira ESF.

Com base no contexto histórico e revendo as atividades desenvolvidas durante os módulos do curso, analisando dados do Sistema Informação da Atenção Básica (SIAB) e metas do Pacto pela Saúde, bem como levando em consideração utilização de critérios para priorização (importância, urgência, governabilidade, capacidade de governo) e identificando as fragilidades e potencialidades da equipe à situação problema escolhida a ser utilizada como tema do TCC será o baixo número e registro das Visitas domiciliares (VD) pelos ACS. Segundo Albuquerque (1997), o PACS contribui na construção de um modelo assistencial cuja ênfase se encontra nas ações preventivas e de promoção da saúde, o que torna o estudo de relevância salientado que a principal atribuição do ACS é acompanhar as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade através da VD.

O interesse por esta temática emergiu durante a elaboração das atividades desenvolvidas no módulo I (Organização do Processo de Trabalho na Atenção Básica), ao levantar em equipe as principais situações problemas enfrentados pelo PACS no Município de Carmo-RJ. As atividades 2 e 3 do citado módulo permitiram a visualização dos problemas enfrentados no cotidiano que causam impacto na qualidade do serviço prestado. Identificado de imediato o desânimo e o descrédito de alguns membros da equipe com o trabalho que já vinha sendo desenvolvido pela maioria há seis anos tendo como fala exemplificada que considera o trabalho desenvolvido “chato, desanimador... devido ao Sistema de Saúde do Município,... que acha desnecessário voltar mensalmente às casas das famílias, pois se sentem mendigando atendimento destas, sentindo-se frustrada e inútil neste serviço”. Os problemas relatados vêm arrastando-se ao longo desses anos tornando-se crônicos, gerando insatisfações, desvalorização e falta de comprometimento.

Assim a equipe encontra-se desgastada pelos problemas vivenciados, tendo como agravante a falta de perfil adequado de alguns profissionais, desinteresse e não comprometimento de outros com seu trabalho gerando atritos entre os membros da equipe. São muitos os problemas observados, alguns com maior facilidade de resolução que outros, destes com certeza alguns dependem de mudanças pessoais refletidas através da nossa prática e postura profissional. Outros dependem de vontade política dos gestores o que pode de alguma maneira ser alimentada por nós.

Após refletir sobre o processo de trabalho a equipe do PACS acordou como nó crítico para desenvolvimento de suas atividades: falta de transporte que dificulta ou até impossibilita a realização de visitas domiciliares (VD) nas zonas rurais ou mesmo no centro; ausência de profissionais (médico, auxiliar de enfermagem) no PACS, já que deveríamos ser acoplados a uma Unidade de Saúde; dificuldade de desenvolver atividades educativas e promoção á saúde por falta de recursos financeiros e resistências dos demais profissionais para essa prática; falta de continuidade do trabalho devido à rotatividade do enfermeiro e em alguns momentos ausência do mesmo para o programa; baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) o que facilitaria o trabalho do ACS junto à comunidade com maior resolutividade dos problemas encontrados; microáreas descobertas; ausência de vínculo com a comunidade; baixo número e registro das Visitas domiciliares (VD).

A inquietude com o cotidiano, a experiência adquirida em oito anos na ESF e quatro como enfermeira do PACS motivou a busca de capacitação a fim de encontrar respostas elaboradas e fundamentadas para atender com qualidade dentro dos princípios SUS a comunidade. Neste sentido a especialização aprimorou os conhecimentos permitindo redescobrir maneiras de fazer saúde, a partir dos módulos que não eram apenas teóricos, mas aplicados na prática refletida com envolvimento dos demais membros da equipe/comunidade/gestão.

O curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, à distância promovido pela Universidade Federal de Minas Gerais possibilitou, mediante as atividades teóricas aplicadas em serviço, caracterizar o processo de trabalho da equipe do PACS de Carmo RJ, ou seja, a utilização da VD como principal instrumento de incorporação de novo modelo de promoção da saúde centrado na família e na sua relação com o meio e através da análise do cotidiano ampliar o olhar sobre os problemas e as possíveis soluções, ressaltando a necessidade do planejamento no processo de trabalho construído coletivamente com envolvimento dos vários atores buscando atenção qualificada para população.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Programa Agente Comunitário de Saúde - PACS

O Programa de Agente Comunitário de Saúde foi criado no Brasil no ano 1991 pelo Ministério da Saúde (MS), a partir de experiências exitosas no Ceará posteriormente no Norte, Nordeste e Centro Oeste, tendo como foco a prevenção das doenças por meio de informações e orientações sobre cuidados de saúde. O PACS foi efetivado e regulamentado em 1997, por meio da Portaria nº 1886/GM, de 18 dezembro, quando iniciou o processo de consolidação da descentralização dos recursos no âmbito do SUS. Este programa contribuiu para reorganização da saúde nos municípios integrando diversos profissionais e saberes, efetivando vínculo comunidade/Unidade de Saúde. As ações desenvolvidas no PACS se fazem por meio do Agente Comunitário de Saúde que reside na própria comunidade que trabalha, tendo assim maior acesso as famílias identificando de maneira rápida seus problemas (BRASIL.2001, p.5). O Ministério da Saúde em publicação sobre o PACS descreve que:

O programa foi inspirado em experiências de prevenção de doenças por meio de informações e de orientações sobre o cuidado de saúde. Sua meta se consubstancia na contribuição para reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde (BRASIL, 2001, p.5).

Segundo o Ministério da Saúde, o PACS se consolidou no contexto da municipalização e descentralização das ações de saúde: é o próprio Município que opta pela implantação do PACS, bem como, promove a seleção e treinamento dos seus agentes na comunidade. Todo o processo de implantação e de funcionamento do Programa, conta com recursos, orientação e apoio dos três níveis de governo: municipal, estadual e federal (BRASIL, 2000). O objetivo do PACS é implantar e implementar ações sistematizadas de promoção à saúde integral ao diversos ciclos da vida, melhorando, por meio dos Agentes Comunitários de Saúde, a capacidade das famílias de vivenciarem todos os aspectos das relações sociais principalmente no que se refere ao autocuidado com autonomia,

corresponsabilidade, compartilhando informações e conhecimentos, contribuindo assim para a construção e consolidação do atendimento de qualidade à comunidade.

O PACS, programa de caráter transitório, visa à universalização do atendimento à saúde, a melhoria do nível da assistência prestada à população no ambulatório e domicílio respeitando as características de cada região/município/localidade de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (Universalidade, Equidade, Integralidade, Acessibilidade, Participação da Comunidade, Descentralização, Regionalização, Hierarquização), sendo pontos centrais na sua atuação a valorização da família e da comunidade, bem como sua participação na prevenção de doenças e na promoção da saúde (BRASIL, 1997). Nesta perspectiva o Ministério da Saúde afirma que:

É prevista a implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas Unidades Básicas de Saúde como uma possibilidade para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde da Família ou como uma forma de agregar os Agentes Comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Básica (BRASIL, 2011, p. 19).

2.2 O Agente Comunitário de Saúde – ACS

O trabalho do ACS tem grande importância por fazer o elo entre a comunidade e os serviços da Atenção Básica, de acordo com Nunes *et al* (2002), pois estes profissionais encontram-se de forma privilegiada na dinâmica de implantação e consolidação de um novo Modelo Assistencial, centrado no paradigma da promoção de saúde, e a percepção desses agentes em relação à realidade de cada comunidade é ponto fundamental para o processo educativo e participativo da população.

Tanto na ESF quanto PACS o trabalho do ACS é o mesmo, sendo o território a base do desenvolvimento das suas atividades segundo a Portaria Ministerial MS/GM nº2. 488 de 21 de Outubro de 2011 que ressalta que todos os ACS devem realizar as ações previstas nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas (BRASIL, 2011). É por meio das VDs, que ele cadastra e acompanha as

famílias sob sua responsabilidade, conhece a realidade local, os determinantes do processo saúde doença, identifica fatores de risco, orienta as famílias, desenvolve ações de educação e vigilância à saúde. O território, segundo a lógica da saúde, não é apenas um espaço delimitado geograficamente, mas sim espaço onde as pessoas vivem, estabelecem relações sociais, trabalham, cultivam suas crenças e cultura (BRASIL, 2009).

O Decreto Federal Nº 3189, de 04 de outubro de 1999 fixa as diretrizes para o exercício das suas atividades, que serão acompanhadas e orientadas pelo enfermeiro supervisor, lotado na Unidade Básica de Saúde. A profissão de ACS foi criada pela Lei nº10. 507 de 10 de julho de 2002 sendo exercida exclusivamente no âmbito SUS e sob supervisão do gestor local. Para expansão do programa o governo emitiu a Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006 a qual foi revogada em 2011 pela portaria MS/GM nº2. 488/2011 que estabeleceu a revisão das diretrizes e normas para a Organização da Atenção Básica e aprovou a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Em linhas gerais o trabalho do ACS consiste em identificar áreas e situações de risco individual e coletivo como bebês com baixo peso ao nascer, gestantes que não fazem pré-natal, violência doméstica, sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, entre outros, encaminhar os indivíduos aos serviços de saúde, orientando posteriormente de acordo com as instruções da equipe de saúde, acompanhar a situação de saúde das pessoas com intuito de alcançar e potencializar os resultados. Portanto, dentre as ações desenvolvidas no cotidiano do ACS todas são importantes e complementares.

No que diz respeito à realidade dos ACS vivenciada na rede de saúde Municipal de Carmo - RJ importa explicitar algumas informações: a rede de saúde é composta por uma Unidade Hospitalar filantrópica conveniada com o SUS, que presta atendimento ambulatorial, urgência, emergência, intervenções cirúrgicas e internações com quarenta e seis leitos divididos entre as clínicas e dois leitos de Unidade Intermediária (UI), sendo administrado pelo município em razão de Convenio firmado entre Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal e Conselho do referido Hospital.

Conta, ainda, com um laboratório Municipal, um Centro Municipal de Saúde, uma unidade de Atenção a Mulher, um núcleo de vigilância em saúde, um Centro de Reabilitação, duas Unidades de Saúde Urbana e uma Rural, quatro sub postos na zona rural com atendimento médico uma vez por semana com atendimento diário do auxiliar de enfermagem.

Essas unidades estão distribuídas na área do PACS onde acontecem atendimentos com médicos em dias específicos (clínico, pediátrico, odontológico). A população está assistida por três unidades de ESF (uma zona urbana e duas em zona rural) cobertura de 27,40% de famílias e uma unidade de PACS cobertura de 31,82% de famílias que esta acoplada ao Centro Municipal de Saúde (Atenção básica e Especialidades) apesar de não estarem no mesmo espaço físico e é composto por 23 micros áreas sendo quatro em área rural.

Os ACS que não fazem parte da ESF estão inseridos no PACS que cobre parte da área rural e central do Município. No centro, moram famílias mais abastadas e é também onde se encontram pequenos prédios, o comércio, casa de repouso de idosos, centro cultural, hospital, creche, Centro Municipal de Saúde entre outros, sendo algumas dessas áreas mais carentes como: Morro do Estado, Jardim Centenário. Na zona rural observam-se pontos com aglomerados de residências, pequenos comércios e sub postos de Saúde com atendimento semanal de um médico em horário distintos, e as demais residências ficam ao longo do território. A equipe do PACS é composta por um enfermeiro supervisor, dois auxiliares administrativos e 23 Agentes Comunitários de Saúde.

2.3 Visitas Domiciliar

Mediante os princípios e diretrizes da universalidade, equidade, integralidade, acessibilidade e controle social, a VD é uma ferramenta essencial no processo de trabalho das equipes, com objetivo de fornecer cuidados substanciais com qualidade as famílias e comunidade. Santos (2008) em uma revisão de literatura concluiu que a Visita Domiciliar no Brasil originou-se na década de 20, compatível com modelo assistencial vigente na época, desde então está inserida no cenário da saúde brasileira sendo empregada com diferente enfoque no decorrer dos anos. Com a criação do SUS surge então as estratégias PACS/ESF com metodologia para reversão do modelo assistencial vigente, onde todos profissionais inseridos a utilizam. Segundo Jesuíno *et al.*, (2006) a equipe:

[...] deverá conhecer a realidade das famílias (características, socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas) identificar problemas de saúde e/ou situações de risco, elaborar planejamento local, prestar assistência integral, desenvolver

ações educativas e promover ações intersetoriais para enfrentamento dos problemas identificados (JESUÏNO *et al.*, 2006, p. 75).

A Portaria MS/GM nº 2.488 de outubro de 2011 considera dentro dos fundamentos e diretrizes da Atenção Básica a criação de vínculo como garantia da continuidade das ações de saúde e ainda define como característica do processo de trabalho da Atenção Básica realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada (BRASIL, 2011). A portaria define como uma de suas diretrizes:

[...] adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogênica decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (BRASIL, 2011, p.50).

A realização da VD vai além da coleta de dados quantitativos, ou seja, levantamento sociodemográfico que alimenta o sistema de informação da APS. Na VD criam-se vínculos que possibilitam a comunicação entre profissional, família e gestores promovendo a autonomia dos sujeitos implicados para transformação da realidade na qual estão inseridos. Túlio *et al* (2000), nos diz que:

A VD permite ao profissional criar um relacionamento afetivo e amistoso com a comunidade envolvida, pois ele está adentrando em seu lar, sua casa, sua intimidade, mantendo assim interações, ou seja, relacionamento interpessoal, que permite obter dados mais fidedignos sobre a saúde das famílias. Para isso é necessário estabelecer confiança entre os membros da equipe de saúde e os da família, para que esta se sinta segura com as ações desenvolvidas pelos profissionais e em casos de problemas ou dúvidas, solicite ajuda, explicações e orientações. Ela serve, também, para que os profissionais entendam o significado do momento vivido e possam atender as necessidades evidenciadas e as solicitações feitas, ajudando a família a descobrir suas possibilidades. Quanto mais efetivo for o relacionamento e o envolvimento do profissional com a família, maior será o seu reconhecimento como profissional (TÚLIO *et al.*, 2000. P. 73).

O conceito de saúde não se restringe a ausência de doença, pois emerge da complexidade das relações sociais. Segundo Goldschmidt (2006), no território em que vivemos, coexistem a relação dos seres vivos com seu ambiente natural [...] e com ambiente social, que é construído pela sociedade [...] sendo nível de saúde profundamente associado à forma com se dão essas relações.

Através desta percepção entende-se a Visita Domiciliar (VD) como importante fator tanto para cadastrar o usuário, estreitar o vínculo, como para acompanhar os cuidados à saúde e conhecer as história de vida das pessoas para coordenação dos mesmos. O Agente Comunitário de Saúde tem papel fundamental neste processo sendo a VD sua principal atividade (BRASIL, 2009).

A prática da VD possibilita a construção do vínculo necessário para o desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, controle, cura e recuperação da saúde das famílias acompanhadas, sendo necessário ao ACS desenvolver a sensibilidade e a capacidade de compreender o momento certo e a maneira adequada de se aproximar e estabelecer uma relação de confiança tendo a clara percepção do seu papel como cidadão residente na localidade e de sua postura como profissional (BRASIL, 2009). Sendo assim:

A permissão de entrada em uma casa representa algo muito significativo, que envolve confiança no ACS e merece todo o respeito. É o que poderia ser chamado de “procedimento de alta complexidade” ou pelo menos de “alta delicadeza” (BRASIL, 2009, p. 46).

A visita domiciliar pressupõe um saber fazer, que é apreendida na prática cotidiana e para ser efetiva precisa ser planejada com objetivos definidos (BRASIL, 2009). Coelho (2002) define duas formas de visita: visita domiciliar fim, com objetivos específicos de atuação, e a visita domiciliar meio, na qual realizar-se a busca ativa, promoção e prevenção da saúde, estes conceitos por si só permeiam a definição do porque, quando, número de VD a ser realizada. Ainda segundo este autor para que se realize uma "VD meio" com resultados práticos, maximizados é importante utilização escala de risco com instrumento norteador do atendimento, utilizando a Ficha A (Ficha própria que compõem o Sistema de Informação da Atenção Básica utilizada pelos ACS para cadastramento das famílias) que já é presente no dia a dia das equipes. Dentre as atividades específicas dos ACS há reforço a estes conceitos explicitado no item cinco da portaria ministerial (BRASIL, 2011) quando afirma que:

[...] 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 1 (uma) visita/família/mês (BRASIL, 2011, p.14).

De acordo com Nogueira (2011), a VD atende a quatro princípios básicos da Atenção Primária à Saúde (acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e a três doutrinários do SUS (universalidade, equidade, integralidade), portanto é essencial sua realização para atendimento de qualidade. Conforme essa autora a VD tem potencial transformador, humaniza o profissional, faz pontes eficazes entre todas as esferas da assistência e é um privilégio ao oportunizar observação e análise do sujeito por inteiro, dentro de sua realidade.

2.4 Planejamento Estratégico Situacional

Hoje, com a descentralização é responsabilidade dos gestores Municipais desenvolverem o processo de planejamento programando, monitorando e avaliando as ações de saúde para atender as necessidades da população com eficiência. Planejamento este que deve ter uma construção participativa dos diversos atores. Através das informações geridas na ponta, que alimentam os sistemas de informações, e que abrirá possibilidades norteadoras para tomada de decisão. No cotidiano a dificuldade dos profissionais em alimentar e compreender a importância destes dados deve-se ao fato de que a maioria desconhece os mecanismos que o SUS utiliza de compromisso e corresponsabilização como: Pacto pela vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão que deveriam servir de base para o planejamento das ações em saúde. Uma das limitações para o planejamento é a falta de conhecimento e domínio das técnicas dos profissionais e gestores do “para que/como/o que fazer” reforçando que os profissionais não foram preparados academicamente para essas situações, ainda se pensa que o planejamento é responsabilidade do Estado e aos demais cabe seguir às ações ordenadas e previsíveis.

No município de Carmo, há por parte de alguns profissionais, conhecimento dos espaços de pactuação como Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão

Intergestores Bipartites (CIB) e os Colegiados de Gestão Regional como espaço de articulação entre os três poderes, mas estes o percebem como espaços distantes que não interferem nas ações cotidianas e na tomada de decisões dos profissionais da ponta. Ainda é preciso inteirar-se e tomar posse desses conceitos para mobilizá-los como força de interação no Planejamento Municipal de Saúde, seja através do Conselho de Saúde e/ou Conferências.

O planejamento é um recurso potencial a ser incorporado ao processo de trabalho, uma prática que deve ser contínua, dinâmica que orienta na tomada de decisão. Entender a importância do planejamento é fundamental para que a equipe possa implantá-lo nas suas atividades diárias, mas para isso é necessário ter conhecimento, refletir sobre as ações e adotá-lo como ferramenta essencial na atuação das equipes para alcance das metas pactuadas através do SISPACTO.

Muitas vezes as atividades diárias não permitem um planejamento, tornando-se uma sequência ininterrupta de acontecimentos desfavoráveis, onde inúmeras tarefas desgastam a equipe e não são efetivas gerando um descontentamento tanto do profissional quanto da população, ambos ficam desgastados com o sistema no qual estão inseridos. Por sua vez o fato de não planejar (improvisar) aumenta a demanda de serviço, com acúmulo de atividades a serem realizadas. Refletindo sobre o dia a dia percebe-se que ato de planejar é um exercício diário e contínuo para que se alcance objetivos. Analisando as ações que são desenvolvidas no setor saúde compreende-se a sua importância no processo de trabalho onde as situações enfrentadas não são estáticas, sofrendo mudanças constantes.

O economista chileno Carlos Matus na década de 80 sistematizou um método conhecido como Planejamento Estratégico Situacional (PES), que diferente do método normativo (valorização relação custo/benefício, um planejador) valoriza planejamento em grupo com envolvimento de vários atores buscando construir uma ação estratégica com escuta qualificada (resistências, conflitos) buscando através do diálogo o equilíbrio entre os atores, negociando ações que gerem bons resultados aumentando à possibilidade de alcance dos objetivos.

O Planejamento Estratégico Situacional é um método de planejamento centrado nos problemas e suas multifacetadas, envolvem diferentes atores e sua forma de perceber a realidade, com objetivos cooperativos e conflitivos, ilimitadas soluções, aplicabilidade diversa (setores, órgãos), resultando em condições que favoreçam as mudanças e esta em constante processo de construção.

Segundo Matus o planejamento é um cálculo que precede e preside a ação, num primeiro momento planejar parece algo fácil, simples, penso as ações e alcance os objetivos propostos, só que planejar demanda conhecimento de conceitos básicos, corresponsabilidades, levantarem situações problemas, considerar diversos atores e sua participação, tempo, interesses, conflitos, avaliação, em refletir meu papel enquanto profissional, em traçar metas desenvolvendo habilidades para tomada de decisões efetivas. Artmann (2000) cita que:

O enfoque do Planejamento Estratégico Situacional – PES (Matus, 1993, 1994a, 1994b) surge, então, no âmbito mais geral do planejamento econômico-social e vem sendo crescentemente adaptado e utilizado em áreas como saúde, educação e planejamento urbano, por exemplo. Esse enfoque parte do reconhecimento da complexidade, da fragmentação e da incerteza que caracterizam os processos sociais, que se assemelham a um sistema de final aberto e probabilístico, onde os problemas se apresentam, em sua maioria, não estruturados e o poder se encontra compartilhado, ou seja, nenhum ator detém o controle total das variáveis que estão envolvidas na situação (ARTMANN, 2000, p.99).

No PES as etapas a serem executadas são claras, possibilitando à percepção da realidade local, avaliação constante, estruturação do caminho para alcance de objetivos através de um plano de ação efetivo, viável.

Para tanto, Matus desenvolve os conceitos de espaço do problema e espaço de governabilidade do ator, bem como propõe o desenho de um plano de intervenção em dois níveis: o plano de ação que abrange as causas dos problemas situadas dentro do espaço de governabilidade do ator e o plano de demandas que aborda as variáveis sob o controle de outros atores.

3 OBJETIVO

Determinar o número de visitas domiciliares feitas pelos ACS, da equipe do PACS do município de Carmo, RJ, a fim de subsidiar uma proposta de intervenção, utilizando os conceitos do método Planejamento Estratégico Situacional, compartilhamento de saberes, reflexão e debate sobre o tema para melhoria na quantidade e qualidade das VDs.

4 METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo de natureza quantitativa, a partir do levantamento de dados secundários das visitas domiciliares como Fichas de Cadastros das Famílias (Ficha A), Relatório Consolidado da Situação de Saúde (SSA2) e Relatório Consolidado da Produção das Equipes de Atenção Básica (PMA2) do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Ao mesmo tempo, com vistas à elaboração do Plano de ação proposto neste trabalho, buscou-se fundamentação teórica nos Módulos disponibilizados na Biblioteca Virtual do NESCON: dos autores: Faria et al., (2009) e Cardoso, Faria e Santos (2008). . Outra busca realizada foi no (SciELO), com os descritores: visita domiciliar, Agente Comunitário de Saúde e Processo de trabalho.

O estudo foi desenvolvido no município de Carmo que está localizado na Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro, possuindo uma área territorial de 321 Km², sendo a população residente no município de 17.434, encontrando-se a maior parte da mesma fixada na área urbana. No PACS são cadastradas 1.991 famílias, atendendo a uma população de 6.267 pessoas (IBGE, 2010).

Os dados referentes ao número de VDs realizadas bem como de famílias acompanhadas foram trabalhados por meio da análise dos Relatórios SSA2 e PMA2 do SIAB dos anos 2008, 2009, 2010, 2011. Após leitura dos relatórios, os dados coletados foram organizados, agrupados e transcritos em tabelas tomando como referencia o ano, mês e a micro área.

O Projeto de intervenção foi o produto final, realizado em 2012, nos meses de junho e julho, com a participação de 27 pessoas do PACS, em Carmo, RJ.

5 RESULTADOS

Conforme afirmado anteriormente, neste estudo, para maior compreensão da realidade local, houve necessidade de se ter acesso aos dados locais. Para tal, foi utilizado o método da Estimativa Rápida, por meio dos registros escritos como relatórios SSA2, PMA2 e Ficha A.

A análise das informações produzidas permitiu detectar situações-problemas relevantes, tais como: falta de transporte que dificulta ou até impossibilita a realização de visitas domiciliares (VD) nas zonas rurais ou mesmo no centro; falta de profissionais (médico, auxiliar de enfermagem) no PACS, já que esta equipe deveria ser acoplada a uma Unidade de Saúde; dificuldade de desenvolver atividades educativas e promoção á saúde por falta de recursos financeiros e resistências dos demais profissionais para essa prática; falta de continuidade do trabalho devido à rotatividade do enfermeiro e em alguns momentos ausência do mesmo para o programa; baixa cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), pois o aumento desta facilitaria o trabalho do ACS junto à comunidade com maior resolutividade dos problemas encontrados e com uma inversão da porta de entrada no Serviço de Saúde; falta de lazer, medicalização, falta da referência e contra referência; dados desatualizados e não compatíveis com o sistema; difícil acesso à zona rural (falta de rede ônibus públicos); falta de equipe multiprofissional; baixos salários, necessidade de Educação Permanente em Saúde; falta de articulação interna dos profissionais da Atenção Básica com os demais níveis de atenção; insuficiência de saneamento básico, descomprometimento do profissional; não uniformidade nas formas de contratação; falta de intersetorialidade e atendimento inadequado dos profissionais de saúde (acolhimento); Infraestrutura física das unidades inadequada, seja em termos de construção, seja em termos de equipamentos e materiais; população voltada para o modelo médico centrado, dificultando as ações de promoção da saúde.

Para a equipe de saúde, os nós críticos levantados interferem direta e indiretamente na realização das VDs, uma vez que por meio dessa análise foi possível visualizar os problemas que levam à procura de caminhos que busquem de forma articulada encontrar resposta efetivas para solucioná-los.

No Gráfico1. Pode-se observar a distribuição populacional por faixa etária da população cadastrada no PACS, no ano 2011, que possibilita estabelecer relação entre população cadastrada no PACS e a demanda existente para priorização e planejamento das VDs.

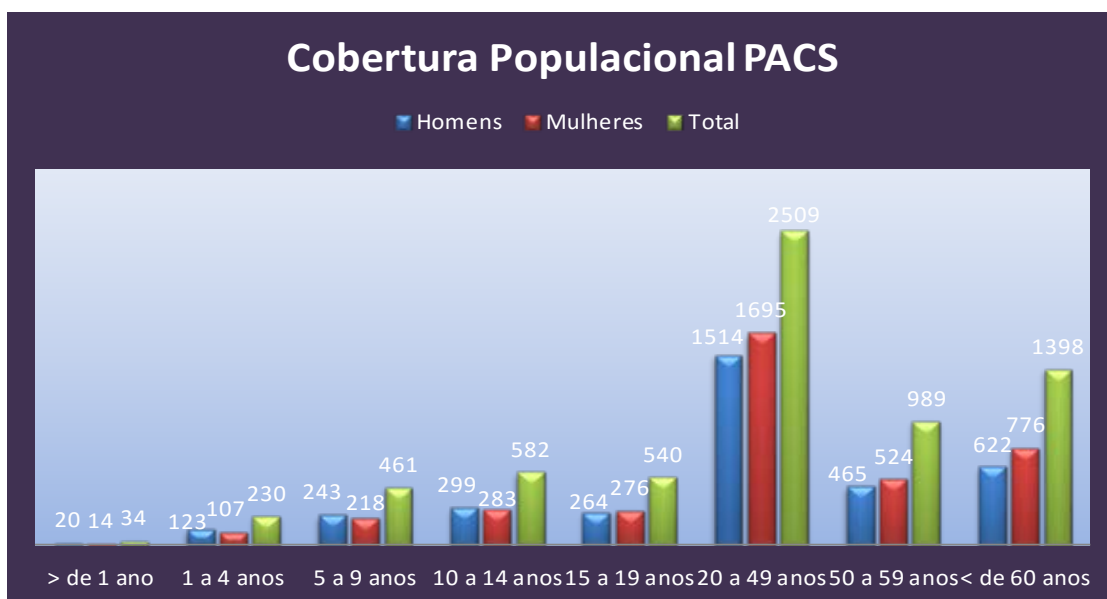


Gráfico 1: População Cadastrada no PACS, no município de Carmo/RJ, em 2011, por sexo e faixa etária.
Fonte: SIAB Municipal (2011)

Os dados do gráfico mostram que as pessoas nas faixas etárias de 20 a 49 anos são em maior número, havendo predomínio do sexo feminino. Destaca-se, ainda, que nas faixas etárias seguintes, o quantitativo de mulheres também é superior ao sexo masculino.

Quanto aos dados apresentados no Gráfico 2, relativo ao comparativo dos números de VDs nos anos 2008, 2009, 2010, 2011, constatou-se que o número de VDs realizadas sofreu oscilações, levando em consideração o número de famílias cadastradas, a micro área e os anos estudados, sendo que, de modo geral, o número de visitas domiciliares é insuficiente para cumprir a meta preconizada pela Política Nacional da Atenção Básica, de no mínimo uma VD mensal a cada família cadastrada.

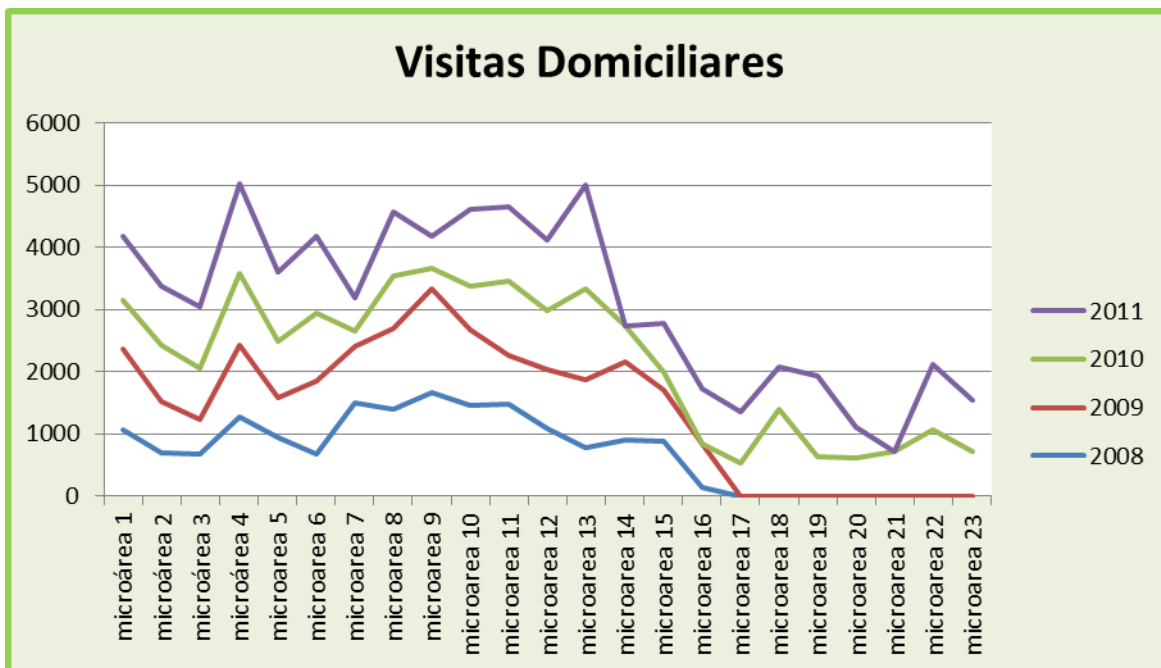


Gráfico 2 - Comparativo anual referente aos números de VD por Micro áreas – Área: 0013, no município de Carmo, RJ.

Fonte: SIAB Municipal (2011)

O monitoramento mensal do SIAB, que possibilita avaliar a atualização cadastral das famílias e a distribuição de excesso de famílias nas áreas analisadas, tem como parâmetro recomendado o valor maior ou igual a 90% (Portaria GM/MS 1013/00). Percebeu-se, por meio do cálculo de monitoramento (Total de famílias cadastradas no SIAB/media de famílias acompanhadas – SSA2 nos últimos 12 meses x 100), os seguintes resultados: no ano de 2008, o percentual de famílias acompanhadas foi de 153.2%; em 2009 foi de 149.7%; em 2010 foram de 156% e no 2011 foi de 144.8%. Os resultados indicam que existem famílias cadastradas sem serem acompanhadas e micro áreas descobertas por ACS.

Analisando os dados obtidos através do relatório SSA2 do SIAB Municipal e aplicando o conceito: número médio de visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), em relação ao número total de famílias cadastradas, constatou-se que o número de VD está abaixo do esperado. Tal detecção indica necessidade de autoanálise do problema, levando a mudanças na forma de trabalho dos profissionais com pactuação de metas concomitante à valoração da VD como ferramenta

essencial para as ações, primando pela qualidade da assistência e fornecendo subsídios para acessibilidade da comunidade.

Com isso, a presença do ACS na comunidade é um diferencial e um facilitador no processo do cuidar, reforçando assim a necessidade de um acompanhamento contínuo das VDs realizadas pelos ACS. As VDs são essenciais pra manter os cadastros atualizados e o acompanhamento das famílias principalmente as mais vulneráveis, diminuindo, assim, o risco de não resolubilidade da equipe frente às necessidades da população.

Levantando e avaliando os dados no ano 2008 constatou-se o total de 2.217 Famílias Cadastradas no PACS e a realização de 16.545 VDs. Calculou-se que a média anual de Famílias Visitadas ficou em torno de 1.350. Com base nesses dados, pode-se afirmar que 62.25% das famílias cadastradas foram visitadas ficando 37.7% das famílias sem acompanhamento. Com relação ao número de VDs, constatamos ausência das mesmas nas micro áreas 16 a 23, sendo os melhores resultados obtidos nos meses de março, maio e outubro e as micro áreas com melhores resultados foram 9; 10; 7; 11 respectivamente, conforme observado no quadro A.

No ano de 2009, o número de Famílias Cadastradas registrado foi de 1.987 e o número de VDs realizadas foi de 16.360. A média anual de Famílias visitadas ficou em torno de 1.363. Pode-se afirmar, com base no levantamento, que 68.6 das famílias receberam VD ficando 31.4 % das famílias sem acompanhamento. Assim, pode se dizer que houve aumento do número de VDs no ano de 2009 em relação ao ano 2008 constatou-se, contudo, que houve queda no número de famílias cadastradas e que a micro área 09 atingiu o melhor resultado. No entanto, houve queda geral em todas as micro áreas avaliadas. Nos meses de janeiro, agosto e novembro prevaleceu aumento de VDs em relação aos demais meses.

No decorrer do ano de 2010, os achados apontaram para um aumento geral das VDs. No entanto, foi demonstrado, uma queda das VDs por micro áreas e aumento na cobertura (Famílias cadastradas) devido ao aumento de micro áreas, mesmo estando às micros 7; 9; 10; 16 e 19 parcialmente descobertas num período superior de três meses. Quanto ao número de Famílias Cadastradas, registrou-se o total de 2.176 e o número de VDs ficou em torno de 17.916, havendo uma média de visita anual em 1.492. Portanto, 68.57% das famílias receberam visitas domiciliares do ACS, ficando 31.4 % sem acompanhamento.

E, por último, correlacionando os resultados do no de 2011, pode-se afirmar o aumento das VDs, melhora das VDs por micro áreas e, no geral, conforme registros. Os dados coletados demonstraram que as microáreas 14 e 21 ficaram totalmente descobertas e as micro áreas 09 e 18 ficaram parcialmente descobertas por período superior de três meses. O total de Famílias Cadastradas no ano de 2011 foi de 2.396 e o número de VDs realizadas foi de 20.936; a média anual de Famílias Visitadas foi 1.745. Portanto, 72.82 % das famílias foram visitadas ficando 27.1 % das famílias sem acompanhamento. .

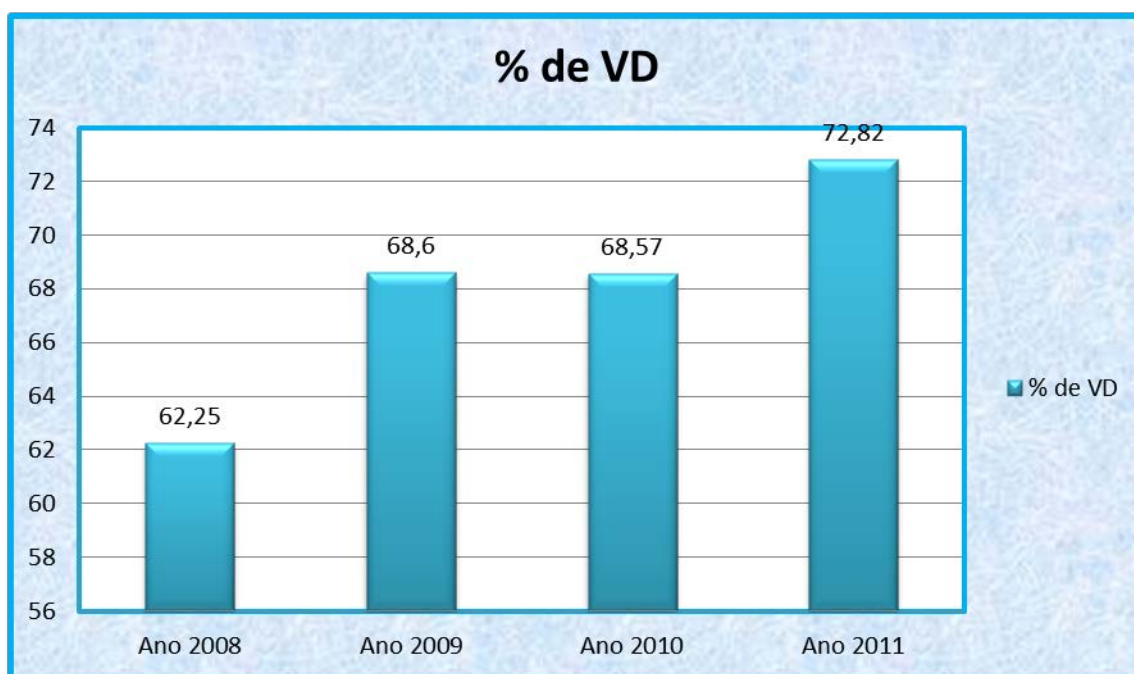


Gráfico 3: Comparativo da Porcentagem das VDs nos Últimos quatro anos

Fonte: SIAB Municipal Relatório Mensal SSA2

Os dados municipais sinalizaram que houve aumento nos números de famílias cadastradas e aumento das visitas domiciliares. Proporcionalmente houve melhora nos acompanhamentos das famílias; mesmo assim, o resultado ainda não é satisfatório principalmente levando em consideração que quanto mais à equipe se faz presente nas

residências melhor é a incorporação de hábitos saudáveis pelas pessoas. As informações levantadas devem fazer parte do processo de avaliação e planejamento das equipes.

Reconhece-se, nesse contexto, a importância da capacitação para melhorar a qualidade das visitas e poder intervir na situação, utilizando o Plano de Intervenção para adequação no processo de trabalho.

Ressalta-se que o resultado geral esperado a implantação do plano de intervenção é a mudança, a transformação dos agentes envolvidos gerando satisfação profissional e qualidade no atendimento, conseqüentemente mais saúde entendendo que ela é resultado de uma relação de determinantes biológicos, psicológicos e sociais.

6 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados neste estudo são compatíveis com os encontrados na literatura, uma vez que comprovam que há famílias cadastradas que não recebem visita mensal dos Agentes Comunitários de Saúde. O planejamento participativo é uma ferramenta administrativa importante neste contexto, que possibilita perceber e avaliar a realidade na qual se está inserido, construindo um caminho de possibilidades, estruturando o futuro, possibilitando aumento número das VDs primando pela qualidade. Segundo Jackson de Toni (2004),

O planejamento não trata apenas de decisões sobre o futuro, mas questiona principalmente qual é o futuro de nossas decisões [...] compreender que não cabe ao planejamento prever o futuro, mas buscar viabilidade para criar o futuro, como uma ferramenta que amplia o arco de possibilidades humanas, um instrumento de liberdade (TONI, 2004).

Considerando esta afirmativa, é possível compreender que o planejamento, com sua flexibilidade, permite a reformulação das ações, possibilita mudanças no processo de trabalho com objetivo de melhorar a qualidade e efetividade da equipe.

Na comparação da cobertura populacional por ACS, com media nacional e da região, observou-se que no município a cobertura é maior nas duas situações avaliadas. Percebe-se, assim, que o número de ACS é compatível com a população adscrita e tal observação justifica e oportuniza a aplicação do plano de ação como estratégia de melhoria. O Gráfico 6 possibilita a visualização e comparação deste fato.

A literatura aponta (BRASIL, 2000, 2009,2011; NUNES, 2002; COELHO, 2004) que a visita domiciliar é a principal ferramenta de trabalho do ACS de um modo geral pode-se dizer que sua execução concerne em quatro etapas que são planejamento, execução, registro de dados e avaliação do processo. É através da VD que há aproximação da equipe com comunidade possibilitando conhecimento da realidade local e a necessidade desta população. Com isso os resultados encontrados trazem subsídios para reflexão do cotidiano criando espaço para mudanças efetivas.

7 CONCLUSÃO

Diante dos resultados expostos neste estudo, concluímos que o objetivo proposto no início deste trabalho foi contemplado, pois após levantar, analisar e sistematizar os dados a equipe elaborou uma proposta de plano de intervenção viável para realidade local utilizando os conceitos do método do PES. Durante processo de construção do plano a equipe mostrou motivação, participando ativamente de todo processo, ponto considerado bastante positivo, visto que o grupo apresentava-se apático e desmotivado. O único ponto negativo esta na não aplicação do plano por falta de contrapartida da gestão.

Portanto, como produto dos estudos e conhecimentos adquiridos com o PES o plano de intervenção a ser desenvolvido no município de Carmo RJ contribuirá para a realização das atividades que permitem maior aproximação com a comunidade, estimulando a reflexão e o debate das consequências dos atos dos envolvidos no processo de trabalho, facilitando a sua compreensão, incentivando a organização como estratégia de busca de soluções para melhoria da saúde e da qualidade de vida (individual e coletiva).

Recomenda-se como ponto de partida a aplicação do plano de intervenção proposto, bem como a e reestruturação das ESF existente e ampliação da cobertura da mesma, utilização dos dados do SIAB para sistematização das ações e planejamento dos serviços, investimento em formação profissional qualificada e especializada e criação de protocolos de atendimento.

Neste sentido o TCC e os Módulos do Curso contribuíram ao compartilhar os saberes, promovendo a reflexão através das atividades, proporcionando assim aprimoramento de conhecimento científico. Em síntese as experiências vivenciadas permitiram a equipe perceber a importância do planejamento bem como as técnicas para desenvolvê-lo promovendo como proposta a reorganização do processo de trabalho tendo como produto final o aumento das visitas domiciliares, do cadastramento, das famílias classificadas por critérios de risco, do planejamento e melhoras dos dados para alimentação do SIAB.

8 PROPOSTA DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Baseada na metodologia, um dos objetivos deste estudo, foi analisar as VD das equipes do município de Carmo, e depois de porte destes resultados, realizarem uma proposta de ação, ou plano de intervenção.

Refletindo o cotidiano do Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) no município de Carmo não o classificaria como um trabalho em equipe e sim como um grupo de trabalhadores da saúde com interesses diferenciados, diversificado onde nem sempre o atender a população é o objetivo a prioridade, ousadamente dir-se-ia que a equipe encontra-se em processo de transição. Observa-se que o grupo tem que amadurecer assumir suas responsabilidades, esse seria o primeiro passo para um trabalho de equipe. O grupo é diversificado, com bom conhecimento técnico, mas com dificuldade de associá-lo a prática, com o agravante de o serviço estar desestruturado, a carga horária não esta condizente com as ações a ser desenvolvida, com certeza o mais cômodo no momento não é buscar interação, responsabilidade, assim, a culpabilização pelas metas não alcançadas neste caso seria sempre do outro.

É através do cadastramento das famílias realizado pelo ACS e das VD da equipe que se conhece a infraestrutura, os recursos sociais existentes, as relações entre as pessoas, à comunidade e equipe fortalecendo o vínculo. Segundo dados do SIAB uma parte da população (22%) não esta cadastrada em nenhuma das duas estratégias, visto que as vinte duas micro áreas são suficiente para cobrir 100% do município ficando evidente baixo número e registro das VDs. Sabendo-se que a VD é a principal atividade do ACS e que é previsto número mínimo na Política Nacional da Atenção Básica, que quando realizada com conhecimento, planejamento e priorização traz empoderamento e corresponsabilidade a população gerando mudanças na qualidade de vida das pessoas. Faz-senecessária reflexão da situação para intervenção no problema que é o baixo número e registro das visitas domiciliares realizadas pelos ACS do PACS do Carmo, RJ.

A equipe após reuniões realizadas no período que compreende os meses de setembro e outubro de 2011 na qualse discutiu as situações problemas levantadas no Diagnóstico Situacional. Utilizou como critério de priorização, a saber: importância do problema; capacidade de enfrentamento; impacto na saúde; fortalecimento da equipe. O

quadro abaixo traz a visualização do problema já priorizada ilustrando que o mesmo é de maior relevância no momento para melhoria do processo de trabalho.

Quadro A: Critérios e Pontuação dos Problemas

Importância do Problema	Capacidade de Enfrentamento	Impacto na Saúde	Fortalecimento das Equipes	Pontuação por Item	Pontuação Total
Alto	Capacidade Total	Alto	Alto	05	20
Médio	Capacidade Parcial	Médio	Médio	03	12
Baixo	Não tem Capacidade	Baixo	Baixo	01	04

Fonte: Adaptação O Plano Como Aposta, segundo Matus (1991).

Quadro B: Problema Selecionado.

Priorização do Problema: Baixo Número e Registro de VDs PACS				
Importância do Problema	Capacidade de Enfrentamento	Impacto na Saúde	Fortalecimento das Equipes	Total Pontuação
05	05	03	05	18

Fonte: Adaptação O Plano Como Aposta, segundo Matus (1991).

Durante as discussões do grupo nas reuniões, pontos importantes foram levantados que trazem dificuldades para a realização das VDs especificamente como a falta de veículo, falta capacitação, falta motivação, falta valorização do ACS pela gestão e população, falta de vínculo, falta de rede de atendimento estruturada, falta critério de priorização da VD, dificuldade de acesso aos dados do SIAB; dificuldade de organização dos processos de trabalho, inclusive acolhimento e programação local. As soluções propostas pelo grupo foram capacitação, criação de protocolo de realização de VD com critérios de classificação de risco, calendário mínimo de reuniões de equipe, seminário

anual aberto à comunidade, acessibilidade ao SIAB e atualização do mesmo, elaboração de planilha de supervisão.

Foi desenvolvido desta discussão o plano de ação com objetivo geral de aumentar e qualificar as visitas domiciliares nas microáreas cobertas pelo PACS considerando para viabilização do mesma articulação intersetorial, mobilização social e identificação dos responsáveis pela ação. A Estratégia norteadora das ações será a capacitação dos profissionais para o atendimento integral, efetivo e resolutivo mediado pela comunicação baseada no referencial curricular nacional do Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, elaborado respeitando as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional, estruturado em um Plano de Curso, conforme previsto no artigo 10 da Resolução Conselho Nacional de Educação nº 04/99 (BRASIL, 1999).

Durante a construção do plano de intervenção foi pensado no espaço para que ocorresse essa interação entre profissionais, onde através da troca de conhecimento se conheceria a realidade local, os interesses comuns para priorização das atividades com corresponsabilidade dos atores.

Nesse sentido para que o quadro sofra alterações reais e efetivas há necessidade que os envolvidos no processo façam avaliação das ações desenvolvidas ou a serem desenvolvidas, discutindo como será essa prática, descobrindo uma nova maneira de fazer, com uma nova linguagem e com a participação da equipe no processo de reflexão e decisão.

7.1 Sistematização do Plano de Intervenção

- **Problema Priorizado: Baixo Número e Registro de Visitas Domiciliares realizadas pelos ACS do PACS**

- Nós críticos:
 - A. Capacitações esporádicas
 - B. Dificuldade de organização dos processos de trabalho, inclusive acolhimento e programação local.
 - C. Desmotivação da equipe,

- D. Pouca valorização do ACS pela gestão e população,
- E. Baixo Vínculo com a comunidade,
- F. Ausência critério de priorização da VD,
- G. Dificuldade de acesso aos dados do SIAB;
- H. Falta de rede de Atendimento Estruturada,
- I. Ausência de veículos para realização das VDs zona rural e áreas urbanas mais distantes;

- Objetivo Geral:

- Instrumentalizar a equipe do PACS para aumentar e qualificar as visitas domiciliares nas microáreas cobertas pelo PACS considerando para viabilização do mesma articulação intersetorial, mobilização social e identificação dos responsáveis pela ação.

- Objetivos Específicos:

- Estimular a reflexão das atividades desenvolvidas buscando estratégias para organizar o processo de trabalho;
- Contribuir para sistematização e análise de dados como ferramenta a ser utilizada no processo de trabalho;
- Facilitar a compreensão dos conceitos de risco, vulnerabilidade para identificação das necessidades e planejamento das atividades desenvolvidas;
- Fortalecer a equipe e o vínculo com a comunidade incentivando a corresponsabilidade e qualidade na atenção prestada;
- Contribuir para aprendizagem dinâmica, participativa, reflexiva para mudança no processo de trabalho estabelecendo consenso para desenvolvimento das ações;
- Contribuir para compreensão do papel e da responsabilidade de cada ator envolvido no processo de trabalho;

Solução1: Oficinas de Capacitação para Agentes Comunitários de Saúde (contemplando A, B, C; D, E; F).

Ações	Recursos Necessários				Responsável	Motivação do ator	Prazo	Indicadores
	Organizacional	Político	Cognitivo	Financeiro				
Realização de oficinas quinzenais de Capacitação para agente Comunitário de Saúde para realizar VDs qualificada	Espaço físico	Articulação com gestor saúde e educação	Informações sobre o tema e praticas pedagógica problematizadora Articulação ensino/pratica	Aquisição de insumos para realização das oficinas	Enfermeiras Magda, Kellen e Carla.	Favorável	Inicialização no prazo de quatro meses	Nº ACS capacitados/Nº ACS do município Nº de oficinas /anual
Visitar todas as famílias e revisar ficha A	Planejamento e organização da equipe	Decisão de fornecer Veículo	Conhecimento da área de atuação	Insumos	ACS	Favorável	Dois meses	Verificação através da Ficha A e monitoramento do número VDs
Classificar famílias conforme critérios de risco	Organizar reuniões de revisão		Apoio da supervisão para aplicação da escala e escuta qualificada	Fichas A	ACS	Favorável	Dois meses	
Construção de cronograma de VDs	Reuniões de discussões e reflexões		Apoio da supervisão com escuta qualificada	Insumos	ACS	Favorável	Dois meses	
Realização de reuniões Quinzenal	Espaço físico	Articulação gestor saúde	Rodas de conversa reflexão,	Insumos para reuniões	Enf. Supervisoras	Favorável	Um mês	Número de reuniões

			dinâmicas, gerando ambiente de aprendizagem. Sistematização de dados					
Implantação protocolo VDs	Espaço físico para reuniões de elaboração	Implantação pelo gestor e conselho de saúde Consenso entre todos participantes	Conhecimento técnico para elaboração	Insumos Material tecnológico	Enfermeira e ACS	Favorável	Entre nove e doze meses	
Seminário Anual para divulgação de dados e atividades realizadas	Espaço físico	Articulação entre unidades de saúde/comunidade	Apoio da supervisão	Insumos Data show	ACS	Favorável	Um ano	Numero de seminário
Implantar painel trimestral de situação	Sensibilização digitador	Articulação com gestor	Conhecimento de análise de dados	Quadros/painéis	Enfermeiras	Favorável	Nove meses	
Elaborar planilha de supervisão de VD	Processo de trabalho	Articulação gestor	Conhecimento técnico	Insumos	Supervisoras	Favorável	Quatro meses	
Resultado Esperado	Capacitação de 100% ACS; 100% das famílias classificadas por critérios de risco; aumento de 10% na realização das VDs mensal, realização de um seminário ao ano; realização de vinte quatro reuniões quinzenais e doze reuniões de fechamento, vinte quatro oficinas.							
Produto Esperado	Recadastramento das famílias com intensificação das mais vulneráveis; mapeamento de áreas de risco; planejamento das VDs intensificando nas famílias vulneráveis, melhora dos dados para alimentação do sistema de informação; ACS motivadas planejando e organizando processo de trabalho para realização das VDs desenvolvendo habilidades de negociação e formação de vínculo.							

Solução2: Sistematização e Análise dos dados gerados pelo SIAB (Dificuldade de acesso aos dados do SIAB).

Ações	Recursos necessários				Responsável	Motivação do ator	Prazo	Indicadores
	Organizacional	Político	Cognitivo	Financeiro				
Realizar reuniões mensais de fechamento	Espaço físico de interação		Conhecimento de análise de dados, trabalho em equipe, prática problematizadora	Insumos	Enfermeiro supervisor	Favorável	Um mês	Nº reuniões registrados
Realizar análise trimestral dados do SIAB e enviar para equipes para atualização do painel de situação	Sistematização dos dados	Vontade do gestor Sensibilização do digitador	Conhecimento de consolidação e análise de dados	Insumos	Coordenação/enfermeiros supervisores	Favorável	Nove meses	Nº de relatórios enviados
Construção Agenda de Alimentação do SIAB revendo rotina de atualização	Espaços para discussão/reflexão	Sensibilização do digitador e gestor	Habilidade de comunicação e trabalho de equipe	Agendas por ACS com data, hora, resumo das modificações.	Digitador	Indiferente	Três meses	Supervisão mensal das agendas
Resultado Esperado	Realização de doze reuniões de fechamento; realização de quatro relatórios de sistematização de dados,							
Produto Esperado	Incentivar utilização dos dados para planejamento processo de trabalho e garantir dados atualizados							

Solução3: Sugerir Organização e Implantação da Atenção Básica (falta de Rede Estruturada)

Ações	Recursos necessários				Responsável	Motivação ator	Prazo	Indicador
	Organizacional	Político	Cognitivo	Financeiro				
Implantar a coordenação da Atenção Básica	Processo de trabalho	Sensibilização do gestor e Conselho de Saúde	Conhecimento da política nacional AB	Recursos humanos	Gestor da Saúde	Favorável	Quatro a seis meses	Índice usuários satisfeitos com o serviço
Sugerir implantação de protocolos e fluxograma de atendimento	Processo de trabalho	Sensibilização do gestor e Conselho de Saúde	Conhecimento científico das áreas temáticas do ciclo de vida de acordo com o diagnóstico situacional do município	Insumos Recursos tecnológico, bibliográficos.	Coordenação da AB	Indiferente	Um ano	Nº protocolos
Garantir referencia e contra referencia	Processo de trabalho	Sensibilização do gestor saúde das coordenações e profissionais que atuam nas unidades	Conhecimento da política Nacional AB	Insumos	Coordenação AB e Unidades	Contraria	Quatro a seis meses	Resolutividade dos problemas da demanda atendida.
Resultado esperado	Designação de um responsável pela AB no prazo de seis meses							
Produto esperado	Envolvimento e mobilização dos profissionais da área de saúde reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade contribuindo com a melhoria do acesso da população e qualidade dos serviços, desenvolvimento habilidade de negociação e contratualização.							

Solução4: Disponibilização de Veículo para VD (Ausência de veículos para realização das VDs zona rural e áreas urbanas mais distantes)

Ação	Recursos necessários				Responsável	Motivação do ator	Prazo	Indicador
	Organizacional	Político	Cognitivo	Financeiros				
Disponibilização veículo/motorista prioritariamente para realização das VD e supervisão	Processo de Trabalho	Sensibilização gestor e responsável pelo setor de transporte Participação ao conselho de Saúde	Conhecimento da Política Nacional AB		Responsável pelo transporte	Contrária	Um mês	Nº VDs rurais
Elaboração de Agenda mensal de VD	Processo de Trabalho	Sensibilização do responsável pelo setor de transporte	Conhecimento e mapeamento das áreas	Insumos	ACS	Favorável	Um mês	Dias disponibilizados/dias agendados
Resultados Esperados	Disponibilização do veículo no prazo de um mês							
Produto Esperado	Aumento da VD, mapeamento, diagnóstico, classificação de risco para melhor desenvolvimento das ações, atualização dos dados do SIAB, maior acessibilidade da população aos serviços de Saúde.							

REFERÊNCIA

ALBUQUERQUE, C. C. *In* Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS/Programa Comunidade Solidária. Brasília: **O Programa**, 1997.16p.

ARTMANN, E. O Planejamento Estratégico Situacional no Nível Local: um instrumento a favor da visão multissetorial. *In: Cadernos da Oficina Social 3*. Desenvolvimento Local Rio de Janeiro: Oficina Social. Fev.2000.120p.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão E Investimento em Saúde Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. **Caderno do Aluno Saúde Coletiva**. 2. Ed.Brasília, DF, 2002.139p.

BRASIL. Agente Comunitário De Saúde– Programa. I. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Brasília: 2001.40p.

BRASIL. As Cartas da Promoção da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.56p.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/principal.htm. Acesso em: 14 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CEB Nº 04/99 Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br>. Acesso em: 10 mar. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto Nº 3.189, de 4 de Outubro de 1999. Fixa diretrizes para o exercício da atividade de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1999. Disponível em: [HTTP://www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: 8 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Nº. 10.507, de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 10 fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Plano como Aposta**. Carlos Matus. Tradução do texto por Frank Roy Cintra Ferreira. São Paulo em perspectiva. 5 (4): 28-42 out/dez. 1991. Sala de Leitura, Portal da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 10 dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 2.488, 21 de out. 2011. Política Nacional Da Atenção Básica. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 24 out.2011.p. 48 a 55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. 4. ed. Brasília, DF, 2007. (Série E. Legislação de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006). Brasil. Ministério da Saúde. p 9 a 55.

BRASIL. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Departamento de Atenção Básica. 3. Ed. Rev. E atu. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2009.84p.

BRASIL. Referencial Curricular para curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde: área profissional Saúde. Brasília; Ministério da Educação. 2004.64p.

CARDOSO, F.C; FARIA, H.P; SANTOS,M.A.**Módulo 3:Planejamento e avaliação das ações de saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família;** Belo Horizonte: Nescon UFMG,Coopmed;2008.

COELHO F.L.G; SAVASSI, L. C. M. Aplicação da Escala de Risco Familiar como Instrumento de Priorização de Visitas Domiciliares. **Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade.** 2004; v1,n.2: p.19 a 26.

CORRÊA, E.J; VASCONCELOS, M; SOUZA, M.S.L. **Iniciação à metodologia científica:** participação em eventos e elaboração de textos científicos do curso Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família; Belo Horizonte: Nescon UFMG, Coopmed; 2008.

COSTA, H, B. Planejamento Estratégico: Texto de Apoio. Projeto Eurobrasil. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. 2004.

FARIA, H.P; WERNECK,M.A.F;SANTOS,M.A;TEIXEIRA,P.F. **Módulo 1:Processo de trabalho em saúde do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família;** Belo Horizonte: NESCON UFMG, Coopmed, 2009.

GOLDSCHIMID, T, I.L. Território-Espaço Físico e Social. *In: Guia Curricular do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde-área I: a promoção da saúde na comunidade* – Escola de formação Técnica em Saúde “Enf. Izabel dos Santos”. 2. ed.rev.Rio de Janeiro,p51 a 58.2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Cidades–Informações Estatísticas. Disponível em: <http://WWW.ibge.gov/cidadesat.htm>. Acesso em: 15 nov.2011.

JESUÍNO, A, L. *et al.* Família, o mais novo cliente. *In: Guia Curricular do Curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde-área I: a promoção da saúde na comunidade* – Escola de formação Técnica em Saúde “Enf. Izabel dos Santos”. 2. Ed.rev. Rio de Janeiro, p73 a 78.2006.

LIMA, C. P. Curso Programa Saúde da Família – PSF 1º Módulo. **Revista Enfermagem Atual em Curso**, ed. 25, p.105-133, jan./fev. 2005.

NOGUEIRA, F.P, S. Visita Domiciliar. **Fórum da Associação Mineira de Medicina da Família e Comunidade – AMMFC.** Belo Horizonte. 2011. Disponível em: www.smmfc.org.br/jornada/vdfabiana.ppt. Acesso em: 10 jun.2012.

NUNES, M. O., *et al.* O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-46, nov./dez. 2002.

RAMOS, B. N.R. **O Programa de Saúde da Família: Como Fazer.** 1ed. Rev. E atu. São Paulo: Parma, 1998.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA MUNICIPAL-SIAB. Informação de Saúde. Consulta em: 15 nov. 2011.

TONI, J.O que é o Planejamento Estratégico Situacional?. **Revista Espaço Acadêmico**, mensal, n. 32, jan. 2004. Disponível em: <http://www.espaçoacademico.com.br/03/32ctoni.htm>. Acesso em: 18 jan. 2012.