

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

YISLEIDY BELL COBAS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA CAPACITAR O
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE DA EQUIPE DE SAÚDE
VERA LÚCIA DO SANTO SILVA, MATRIZ DE CAMARAGIBE-
ALAGOAS.**

MACEIO-ALAGOAS

2017

YISLEIDY BELL COBAS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA CAPACITAR O AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE DA EQUIPE DE SAÚDE VERA LÚCIA DO
SANTO SILVA, MATRIZ DE CAMARAGIBE-ALAGOAS.**

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

Orientadora: Prof^a. Ms.Eulita Maria Barcelos

MACEIO-ALGOAS

2017

YISLEIDY BELL COBAS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA CAPACITAR O AGENTE
COMUNITÁRIO DE SAÚDE DA EQUIPE DE SAÚDE VERA LÚCIA DO
SANTO SILVA, MATRIZ DE CAMARAGIBE-ALAGOAS.**

Banca examinadora

Prof^a.Ms. Eulita Maria Barcelos – orientadora (UFMG)

Prof^a Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 20 de novembro de 2017

DEDICATÓRIA

A minha família por acreditar em mim apoiando-me

AGRADECIMENTOS

A Deus por me conceder à força necessária para trilhar este caminho.

A minha família pelo apoio e incentivos.

A minha equipe de saúde da UBS Vera Lúcia do Santos Silva, pela sua paciência durante a coleta de dados.

RESUMO

O agente comunitário de saúde é o integrante da equipe da Estratégia de Saúde da Família, que com mais frequência interage com a população, pois geralmente mora na própria comunidade. É definido entre outras questões pela liderança natural e capacidade de comunicação. Este agente cumpre funções que incluem o trabalho comunitário e domiciliar. Apresenta muitas vezes dificuldades na orientação de pacientes portadores de hipertensão arterial, diabetes e infecções respiratórias. Para sanar este problema definiu-se elaborar uma proposta de capacitação dos agentes comunitários de saúde da Estratégia de Saúde da Família Vera Lúcia do Santo Silva, na Matriz de Camaragibe, Alagoas para abordarem e orientarem os pacientes com hipertensão, diabetes e infecções respiratórias. Foi realizada pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: Agentes comunitários de saúde, Atenção Primária à Saúde, Educação permanente e Estratégia de Saúde da Família. Fez-se, também, pesquisa nos Programas do Ministério da Saúde. Espera-se, por meio deste projeto, capacitar e enriquecer os agentes comunitários no complexo campo da atuação do nível primário de atenção.

Palavras-chave: Agentes comunitários de saúde. Atenção Primária à Saúde. Educação permanente. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The Community Health Agent is the member of the Family Health Strategy team, which most frequently interacts with the population, because he usually lives in the community himself, as well as being defined among other issues by natural leadership and communication skills. This agent performs duties that include community and home work. It often presents difficulties in the orientation of patients with arterial hypertension, diabetes and respiratory infections. To remedy this problem it was decided to elaborate a proposal for the training of community health agents of the Family Health Strategy Vera Lúcia do Santo Silva, in the Matrix of Camaragibe, Alagoas to approach and guide patients with hypertension, diabetes and respiratory infections. A bibliographic research was carried out in the Virtual Health Library with the following descriptors: Community health agents, Primary Health Care, Permanent Education and Family Health Strategy. Research was also carried out in the Health Ministry's Programs. Through this project, it is hoped to train and enrich the community agents in the complex field of the primary level of care.

Key words: Community Health Agent. Primary Health Care. Permanent Education. Family Health Strateg.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
EP	Educação Permanente
ESF	Estratégia da Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe 7. Unidade Básica de Saúde Vera Lúcia do Santo Silva, município de Matriz de Camaragibe, estado de Alagoas. -----14

Quadro 2- Indicadores das doenças crônicas mais frequentes e as principais causas de óbito Unidade Básica de Saúde Vera Lúcia do Santo Silva, município de Matriz de Camaragibe, estado de Alagoas. 2016-----26

Quadro 3 – Operações sobre o pouco conhecimento e preparação dos ACS relacionado ao problema: “Baixo nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde para orientarem os pacientes portadores de hipertensão arterial, diabetes e infecções respiratórias”. Equipe de Saúde da Família Vera Lúcia do Santo Silva, do município Matriz de Camaragibe, estado de Alagoas. -----28

Quadro 4 – Operações sobre o “Processo de trabalho na equipe de saúde.” relacionado ao problema: “Baixo nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde para orientarem os pacientes portadores de hipertensão arterial, diabetes e infecções respiratórias”. Equipe de Saúde da Família Vera Lúcia do Santo Silva, do município Matriz de Camaragibe, estado de Alagoas.-----29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVO	19
4 METODOLOGIA	20
5 REVISÃO DA LITERATURA	21
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município

O município de Matriz de Camaragibe está localização a 84.1 km da capital do estado, Maceió. Municípios limítrofes: Novo Lino, Joaquim Gomes, São Luiz do Quitunde, Passo de Camaragibe, Porto de Pedra e Porto Calvo. A população estimada para ano de 2016 foi de 25.010 habitantes (IBGE, 2016).

A economia do município se baseia na indústria de açúcar e álcool, agricultura e pecuária. Destaca-se a exploração dos cortadores de cana, que fazem um trabalho manual bastante cansativo, com uma mísera remuneração, praticamente um trabalho escravo (IBGE, 2016).

Matriz de Camaragibe tem 27 escolas de ensino fundamental, sendo 25 públicas municipais e duas públicas estaduais. Uma escola pública estadual de ensino médio e inúmeras igrejas.

1.2 O sistema municipal de saúde do Município Matriz de Camaragibe

Seu sistema municipal de saúde está constituído por 10 equipes: UBS Vera Lúcia do Santo Silva, UBS Antônio Queiro, UBS Renata Maranhão, UBS Arlete Mendonça, UBS José Cavalcante Araújo, UBS Doutor Luiz Moreira, UBS Santa Cruz do Riachão, UBS da Família Humaitá, UBS da Família José Medeiro. Estas unidades básicas oferecem serviços de clínica geral, odontologia, psicologia, nutricionista, fisioterapia.

Os atendimentos de urgência são realizados no Hospital Luiz Arruda que funciona 24 horas, com um médico de plantão e uma enfermeira. Se o quadro clínico do paciente necessita de atendimento de maior complexidade é encaminhado em ambulância para Maceió.

O sistema de referência e contra referência funciona por meio de contrato firmado entre a Secretaria de Saúde e do hospital, é demorado e ainda não satisfaz a demanda. Não tem redes de média e alta complexidade.

O município tem um hospital para a demanda imediata, um laboratório municipal, uma farmácia na Secretaria de Saúde.

Existe um projeto para construção de uma creche, uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e dois poços artesianos. Nosso território de abrangência somente conta com escolinhas rústicas, sem as devidas condições e algumas igrejas.

A população em geral mora em casas com estrutura boa. A população conserva hábitos e costumes próprios da população urbana brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas. A comunidade conta com meio de transporte urbano que facilita o movimento a outros Municípios e Estados.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Vera Lúcia do Santo Silva, seu território e sua população.

Vera Lúcia do Santo Silva é uma comunidade aproximadamente com 1900 habitantes, localizada no centro de Matriz de Camaragibe, e corresponde a zona urbana do município. A população vive basicamente do trabalho agrícola e da venda de artigos, comida e roupas no centro da cidade. É grande o número de desempregados e subempregados.

A Unidade Básica de Saúde Vera Lúcia do Santo Silva está instalada numa casa alugada, adaptada para ser uma Unidade de Saúde. Não dispomos medicamentos para atendimento das urgências e não temos mobiliários e condições para atender um paciente que precisa deste atendimento por falta de recursos e meios.

Em relação à estrutura de saneamento básico a comunidade apresenta algumas dificuldades. Quanto à escolaridade constatamos que o analfabetismo, ocorre, sobretudo, entre os maiores de 50 anos. A taxa de escolarização no município (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 97.3 em 2010.

A Unidade de Saúde funciona das 8 horas às 17 horas, a maioria das pessoas comparece à consulta agendada com apoio das agentes comunitárias de saúde (ACS). Nossa equipe oferece atenção médica e de enfermagem todos os dias com consultas para atenção ao adulto, criança, idosos e grávidas de forma geral e no cronograma tem concebido todas as atividades de promoção e prevenção e se cumpre com a participação da equipe completa. A recepção e arquivo são realizados pelo auxiliar de administração e pela técnica de enfermagem.

Na identificação do problema nossa equipe apoiou-se na observação ativa na área, no diagnóstico clínico e na experiência que tem as ACS de trabalho na

comunidade por muitos anos. Na área tem uma alta porcentagem de óbitos e pacientes que apresentam sequelas, invalidando-os, resultantes de patologias crônicas e infecções respiratórias que com um atendimento sistematizado os pacientes estariam bem. Nossos ACS são os que com mais frequência interagem com a população, pois geralmente moram na própria comunidade.

Diante desse fato foi consenso da equipe capacitar os agentes comunitários de saúde para atender com mais efetividade os pacientes portadores de hipertensão arterial, de diabetes, e as infecções respiratórias agudas para evitar as complicações diminuir as causas de internação e óbitos.

A equipe de saúde da Unidade de Saúde Vera Lúcia do Santo Silva realizou o diagnóstico situacional por meio da estimativa rápida (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) na área de abrangência identificando oito problemas considerados fundamentais, porém na maioria a equipe não tem capacidade de enfrentamento.

Problemas identificados:

- Falta de atendimento especializado de emergência para os pacientes de maiores complexidades.
- Não conta com apoio diagnóstico no hospital do município.
- Insuficiente cobertura de medicamentos no município.
- ESF apresentam sérias dificuldades com as atenções de urgências.
- Dificuldade para realizar atividades educativas com a população devido ao baixo grau de escolaridade e o pouco interesse.
- Na maioria das famílias a água de consumo não tem tratamento e o tratamento deve ser feito pelas próprias famílias que utilizam água de seu poço.
- As complicações de hipertensão arterial, de diabetes, e as infecções respiratórias agudas estão entre as causas de internação e óbitos.
- Baixo nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde para orientarem os pacientes portadores de hipertensão arterial, diabetes e infecções respiratórias.

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe 7. Unidade Básica de Saúde Vera Lúcia do Santo Silva. Município de Matriz de Camaragibe, estado de Alagoas.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização*** *
No município não tem atendimento especializado de emergência para os pacientes de maiores complexidades.	Alta	4	Fora	4
Não conta com apoio diagnóstico no hospital do município.	Médio	2	Fora	6
Não tem suficiente cobertura de medicamentos no município.	Alta	3	Fora	5
UBS apresenta sérias dificuldades com o atendimento de urgências e emergências	Alta	5	Fora	1
A maioria das famílias a água de consumo não tem tratamento e o tratamento deve ser feito pelas próprias famílias que utiliza água de seu poço.	Alta	6	Parcial	3
As complicações de hipertensão arterial e de diabetes, e as infecções respiratórias agudas, estão entre as causas de internação e de óbitos.	Alto	6	Dentro	1
Dificuldade para realizar atividades educativas com a população devido ao baixo grau de escolaridade e o pouco interesse.	Médio	3	Dentro	3
Baixo nível de conhecimento dos	Alto	7	Dentro	1

agentes comunitários de saúde para orientarem os pacientes portadores de hipertensão arterial, diabetes e infecções respiratórias.				
--	--	--	--	--

Fonte: Autoria própria

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens.

Os principais problemas de saúde no município Matriz de Camaragibe e UBS Vera Lúcia do Santo Silva identificados no trabalho são os oito descritos no quadro 1. Todos são importantes, mas deve-se escolher aquele que precisa ser sanado primeiro.

Segundo Campos, Faria e Santos, (2010), todos os problemas depois de classificados precisam ser priorizados. É necessária que a equipe faça reuniões para analisar todos os problemas para verificar qual deles traz mais prejuízo para a comunidade. Foi realizada a priorização daquele que será enfrentado porque é muito difícil que todos possam ser resolvidos ao mesmo tempo principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais).

Para priorização foram atribuídos valores de baixa, média e alta importância em relação a três critérios fundamentais (importância do problema, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe) segundo Campos, Faria e Santos, (2010). Foram distribuídos pontos de acordo com a sua urgência e distribuídos até o máximo de 30; a definição do problema está dentro da capacidade de enfrentamento da equipe como dentro, parcialmente ou fora e logo definimos o problema prioritário. Esta priorização é muito importante porque a equipe de saúde nem sempre tem condições financeiras e recursos humanos disponíveis para enfrentar todos os problemas ao mesmo tempo.

Encontramos dois problemas que são muito importantes e que podem ter uma correlação e se atendermos o baixo nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde para orientarem os pacientes portadores de hipertensão arterial, diabetes e infecções respiratórias acreditamos que vamos atingir o segundo, ou seja, diminuir as complicações de Hipertensão Arterial e de Diabetes, e as infecções respiratórias agudas que se encontram entre as causas de internação e

de óbitos mais frequentes. Diante deste impasse vamos capacitar os ACS nas suas dificuldades.

Respaldados na Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que aborda no parágrafo II que o serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede (BRASIL, 2011).

A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

2 JUSTIFICATIVA

Nossa equipe é uma das oito que presta atendimento na área urbana da cidade Matriz de Camaragibe. Presta-se atendimento a 679 famílias que corresponde a 1900 pacientes. Temos um percentual alto de pacientes com doenças crônicas, de incidência de acidentes na área, gestantes, pacientes idosos e com incapacidade. O mais agravante é que no hospital não contamos com o profissional médico especializado, apoio diagnóstico e não tem suficiente cobertura de medicamentos.

O ACS é um dos integrantes da equipe de saúde com grande importância na integração dos serviços da APS com a comunidade.

Na grande maioria dos casos, o ACS mora na mesma comunidade onde realiza suas atividades sendo identificado pelos pacientes como a primeira porta de entrada ao sistema de saúde em função das atividades próprias que a eles abrangem. Existem em Brasil mais de 200.000 ACS desenvolvendo ações de promoção e vigilância em saúde, contribuindo a melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2009). A anterior cifra é demonstração da importância que o Ministério de Saúde dá ao ACS e as ações e funções que eles exercem.

São muitas as tarefas dos ACS, tendo sempre como centro o indivíduo, família e comunidade, que abarcam uma ampla variedade de funções ou atribuições. A grande variedade de tarefas que envolvem o ACS faz com que seu trabalho seja integral, mas para a realização e cumprimento dessa maneira é necessária a preparação em qualquer das funções, operacionalizando em cada comunidade as mais prioritárias, muitas vezes os ACS não passam por uma preparação mais aprofundada e nem um treinamento em serviço.

Para conseguir a preparação das funções do ACS, uma das vias mais efetiva é a Educação Permanente (EP) , que a sua vez constitui uns dos Eixos Centrais do Trabalho na APS. Investir na EP significa uma mudança das práticas em saúde, aumento da escolaridade, a profissionalização e organização com mais qualidade do processo de trabalho, derivando todas estas questões em melhor atenção na saúde.

Todo o dito sobre as funções ou tarefas do ACS e a EP é aplicável no nosso cotidiano, embora nas visitas domiciliares feitas pela equipe aos pacientes de nossa comunidade sejam idosos, acamados, jovens com deficiências ou qualquer pessoa com doenças com risco de gerar situações de urgências, percebemos deficiências

práticas e teóricas no trabalho do ACS, sobre todo relacionado com a abordagem e orientação aos pacientes com doenças crônicas e infecções respiratórias. Estas deficiências devem ser corrigidas rapidamente, pois coloca em risco a vida dos pacientes.

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de capacitação dos agentes comunitários de saúde da Estratégia de Saúde da Família Vera Lúcia do Santo Silva, no Matriz de Camaragibe, Alagoas para abordarem e orientarem os pacientes com hipertensão, diabetes e infecções respiratórias.

4 METODOLOGIA

Para elaboração deste trabalho inicialmente foi realizado pela equipe de saúde o diagnóstico situacional da área de abrangência utilizando a estimativa rápida a fim de identificar os problemas vivenciados pela comunidade e pela equipe de saúde.

A proposta de intervenção se baseou na metodologia de Planejamento Estratégico Situacional conforme Campos Farias e Santos (2010) conforme abordado no módulo de Planejamento, Avaliação das Ações em Saúde. Uma vez priorizado o problema sentimos necessidade de recorrermos às publicações sobre o tema para compreendermos melhor e aprimorar nossos conhecimentos.

Para construção do referencial teórico foram utilizados artigos científicos disponíveis na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Também nos fundamentamos nos Programas do Ministério da Saúde.

Os descritores utilizados foram: Atenção Primária à Saúde, Agentes comunitários de Saúde, Educação Permanente e Estratégias Saúde da Família.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Estratégias Saúde da Família

A Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nas Disposições Gerais sobre a Atenção Básica dos Princípios e Diretriz Gerais da Atenção Básica (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda que, necessita de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011)

“A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial” onde foram implantados equipes multiprofissionais na UBS que são os responsáveis dos atendimentos da população cadastrada na área determinada pela secretaria municipal de saúde onde oferecem atendimento de maneira integral “com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessa comunidade” (BRASIL, 2011)

A estratégia Saúde da Família tem como objetivo potencializar a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da ABS, buscando ampliar e garantir mais efetividade (BRASIL, 2011).

Como objetivos específicos pretende-se reconhecer a saúde como um direito de cidadania e resultante das condições de vida; estimular a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social; intervir sobre os riscos aos quais as pessoas estão expostas; estabelecer ações intersetoriais voltadas para a

promoção da saúde; prestar, nas unidades de saúde e nos domicílios, assistência integral, contínua e humanizada às necessidades da população, de forma a propiciar o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuário (BRASIL, 2011).

No artigo “Das Responsabilidades” parágrafo VI da Portaria nº 2.488 define que dentre outras responsabilidades cabe a Estratégia de Saúde da Família desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários (BRASIL, 2011).

O Programa de Saúde da Família, criado em 1994, foi embasado na ideia de vigilância em saúde, intervenção territorial e abordagem familiar e de coletivos (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010). Porém, apesar do reconhecimento da capacidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de promover melhorias na qualidade de vida e nos indicadores de saúde, estudos qualitativos vêm demonstrando a dificuldade dos profissionais no atendimento de demanda espontânea e na articulação desta com a demanda programática (FARIA; CAMPOS, 2012).

Segundo a Política Nacional da Atenção Básica, a ESF é a porta de entrada preferencial, para todo o sistema de saúde. No entanto percebe-se que persistem entraves burocráticos antigos nesta estruturação da “porta de entrada” dos usuários. Estes entraves funcionam com obstáculos ao acesso dos mesmos e reforçam ainda mais este modelo de atendimento centrado na consulta médica (FARIA; CAMPOS, 2012).

5.2 Educação Permanente

A concepção de Educação Permanente em Saúde da OPS processo educativo, fonte de conhecimento e objeto de transformação, que privilegia a participação coletiva e multidisciplinar, e que favorece a construção dinâmica de novo conhecimento por meio da investigação, do manejo analítico da informação e o intercâmbio de saberes e experiências (GRILLO, 2012, p. 17-18).

“A Educação Permanente promove e facilita a reflexão sobre o processo de trabalho individual e da equipe de saúde e a busca de conhecimentos para soluções de problemas concretos” (GRILLO, 2012, p. 20).

“Além do local de trabalho, atinge o território de abrangência e incluso geral e propicia o intercâmbio de saberes e experiências com outras equipes, entre elas e os usuários e as instituições, dando um alto valor à participação coletiva e multidisciplinar” (GRILLO, 2012, p.22)

5.3 Agentes Comunitários de Saúde.

A primeira experiência de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como uma estratégia abrangente de saúde pública estruturada, ocorreu no Ceará em 1987, com o objetivo duplo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca e, ao mesmo tempo, contribuir para a queda da mortalidade infantil, priorizando a realização de ações de saúde da mulher e da criança depois se expandiu rapidamente no Estado, ocupando mais tarde todos os municípios em três anos, sendo encampada pelo Ministério da Saúde (MS) com o mesmo objetivo, em 1991. As primeiras experiências do APS, também surgiram no Ceará em janeiro de 1994, sendo encampadas pelo MS em março do mesmo ano, como estratégia de reorganização da atenção básica no país. A partir daí o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, passou a ser incorporado pelo APS (BRASIL, 2009).

Essencialmente, as atribuições do agente comunitário são as mesmas, contando agora com o apoio direto do enfermeiro e médico de saúde da família, responsáveis pela população de um mesmo território (BRASIL, 2009).

A formação técnica em Vigilância em Saúde, com o apoio do Ministério da Saúde aprimora ou complementa o conhecimento científico e tecnológico na área preventiva de doenças e agravos e na promoção da saúde substituindo a antiga visão de trabalho do Agente de Controle de Zoonoses ou Agente de Combate às Endemias; e no âmbito da justiça e educação. Por isso é melhor ampliar a capacitação do ACS incluindo uma melhor remuneração com o objetivo de valorizar este servidor (BRASIL, 2009).

Segundo a Portaria nº 648/2006 (BRASIL, 2006), as atribuições do Agente Comunitário de Saúde são:

- Estimular continuamente a organização comunitária.

- Participar da vida da comunidade principalmente através das organizações, estimulando a discussão das questões relativas à melhoria de vida da população.
- Fortalecer elos entre a comunidade e os serviços de saúde.
- Coletar dados sobre aspectos sociais, econômicos, sanitários e culturais.
- Informar aos demais membros da equipe de saúde da disponibilidade necessidades e dinâmica social da comunidade.
- Orientar a comunidade para utilização adequada dos serviços de saúde.
- Registrar nascimentos, doenças de notificação compulsória e de vigilância epidemiológica e óbitos ocorridos.
- Cadastrar todas as famílias da sua área de abrangência.
- Identificar e registrar todas as gestantes e crianças de 0 a 6 anos de sua área de abrangência, através de visitas domiciliares.
- Atuar integrando as instituições governamentais e não governamentais grupos de associações da comunidade.

- Executar dentro do seu nível de competência, ações e atividades básicas de saúde.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “baixo nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde para orientarem os pacientes portadores de hipertensão arterial, diabetes e infecções respiratórias” para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os passos de identificação dos problemas (6.1), classificação de prioridade dos problemas (6.2) já foram apresentados na introdução.

6.3 Descrição do problema selecionado

O Agente Comunitário de Saúde é alguém que se destaca na comunidade, pela capacidade de se comunicar com as pessoas, pela liderança natural que exerce, funcionando como um elo entre a equipe e a comunidade. Está em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde, realizado por toda equipe. É também um elo cultural, que dá mais força ao trabalho educativo, ao unir dois universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular (BOVIOT, 2016)

Analisando a atenção em saúde do ângulo do ACS, ou seja, trabalho, conceito e atribuições e relacionando-os com as visitas domiciliares feitas pela equipe, onde percebemos deficiências teóricas e práticas sobre todo relacionado como a abordagem e orientação aos pacientes com doenças crônicas e infecções respiratórias. Sendo estas doenças as principais causas de internação e óbito em nossa área de abrangência como mostra no quadro 2 de indicadores das doenças crônicas mais frequentes e as principais causas de óbito Unidade Básica de Saúde Vera Lúcia do Santo Silva.

Por isso é a motivação para a realização deste projeto que além de acrescentar as possibilidades de vida dos pacientes envolvidos em tais situações, também ajuda a solução de problemas, a tomar decisões e ao trabalho em equipe, podendo contribuir a melhorar a dinâmica de trabalho. O quadro 3 demonstra o número de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis e número de sequelas.

Quadro 2- Indicadores das doenças crônicas mais frequentes e as principais causas de óbito Unidade Básica de Saúde Vera Lúcia do Santo Silva, município de Matriz de Camaragibe, estado de Alagoas. 2016

Indicadores		Fonte
Portadores de hipertensão arterial cadastrados.	321	Registro da equipe
Portadores de diabetes cadastrados	131	Registro da equipe
Acidente Cerebral Vascular cadastrado.	52	Registro da equipe
Portadores de cardiopatias cadastrados.	58	Registro da equipe
Óbitos por causa Diabetes.	9	Registro da equipe
Óbitos por causa Cardiovasculares.	13	Registro da equipe
Óbitos por Infecções Respiratória.	8	Registro da equipe

Fonte: autoria própria

6.4 Explicações do problema selecionado

Como sempre acontece em diversas equipes os agentes comunitários de saúde não recebem um treinamento em relação as principais patologias que acometem a população da comunidade a ser atendida. Recebem orientações sobre as atividades, metas e dados que devem alimentar o sistema, mas a abordagem e orientações ficam a desejar.

Ocorre também o pouco interesse das autoridades políticas do município para oferecer cursos de capacitação para toda a equipe. A equipe de saúde além de procurar humanizar cada vez mais o atendimento como é preconizado pelo MS é necessário trabalhar e preparar-se para abordar e orientar aos pacientes doentes na área e trabalhar juntos nas possíveis soluções da situação. É precisamente isto que falta aos ACS na hora de ficar frente aos pacientes, o baixo nível de conhecimento impede de realizar uma orientação adequada e, portanto tenham pouca resolução, dado o pouco conhecimento no manejo de tais circunstâncias.

Relacionado com o manejo e orientação aos pacientes doentes, e o fato do Agente Comunitário de Saúde morar na comunidade onde trabalha ou perto, pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce, este profissional poderia contribuir muito mais e com segurança dando orientação

aos pacientes com doenças crônicas e infecções respiratórias para seu controle e evitar as complicações.

Mas para o bom funcionamento deste nível de atenção são necessários recursos humanos, materiais e disponibilidade de tempo para capacitar os ACS.

6.5 Identificação dos nós críticos

Segundo Campos, Farias e Santos (2010, p.65), a definição de “nós críticos” são aquelas causas que são consideradas mais importantes na origem do problema, “que está dentro do meu espaço de governabilidade, ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando”. Abaixo estão os nós críticos selecionados:

- Pouco conhecimento dos ACS sobre as doenças
- Processo de trabalho na equipe de saúde: ações educativas insuficientes.

6.6 Desenhos das operações

Campos, Faria e Santos (2010) recomendam que após a identificação das causas consideradas mais importantes, ou seja, os nós críticos é necessário elaborar soluções e estratégias para o enfrentamento do problema. Devem ser descritas as operações para o enfrentamento dos “nós críticos” e identificados os produtos e resultados para cada operação definida e os recursos necessários para a concretização das operações.

O quadro 3 permite uma visualização do problema e o desenho de operações traçadas para o enfrentamento de cada nó crítico.

Quadro 3 – Operações sobre o pouco conhecimento e preparação dos ACS relacionado ao problema: “Baixo nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde para orientarem os pacientes portadores de hipertensão arterial, diabetes e infecções respiratórias”. Equipe de Saúde da Família Vera Lúcia do Santo Silva, do município Matriz de Camaragibe, estado de Alagoas.

Nó crítico 1	Pouco conhecimento dos ACS sobre as doenças.
Operação	<p>Fornecer mais conhecimentos e preparar os ACS sobre as doenças crônicas não transmissíveis e infecções respiratórias.</p> <p>Discutir casos referentes às patologias.</p> <p>Leitura e discussão de textos</p> <p>Discutir os materiais informativos que são distribuídos aos pacientes.</p> <p>Enfatizar a ética profissional.</p>
Projeto	Habilitar
Resultados esperados	ACS mais preparado e seguro para orientar os pacientes com doenças crônicas e infecção respiratória.
Produtos esperados	<p>ACS capacitados, população melhor orientada.</p> <p>ACS habilitados para abordar, orientar e educar os pacientes com patologias crônicas para melhorar seu estilo de vida.</p> <p>Dramatizações sobre o atendimento do paciente hipertenso, diabético e com infecção respiratória.</p> <p>Dramatização da abordagem do paciente no domicílio</p>
Recursos necessários	<p>Organizacional: organização das agendas para permitir a participação de todos profissionais. Espaço para discutir as dúvidas e avaliar o treinamento.</p> <p>Cognitivo: Informações e conhecimento dos temas.</p> <p>Financeiro: para os recursos materiais como folhas, canetas, data show, reprodução de textos.</p>
Recursos críticos	Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos e materiais necessários.
Controle dos recursos críticos	<p>Secretaria de Saúde.</p> <p>Motivação favorável.</p>
Ações estratégicas	<p>Apresentar e discutir os projetos educativos.</p> <p>Não é necessário usar nenhuma ação estratégica porque os atores estão motivados</p>
Prazo	3 meses

Responsável pelo acompanhamento das operações	Médica, enfermeira, psicóloga, nutricionista, recreador físico e fisioterapeuta.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação após 30 dias de início o projeto.

Fonte: autoria própria

Quadro 4 – Operações sobre o “Processo de trabalho na equipe de saúde.” relacionado ao problema: “Baixo nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde para orientarem os pacientes portadores de hipertensão arterial, diabetes e infecções respiratórias”. Equipe de Saúde da Família Vera Lúcia do Santo Silva, do município Matriz de Camaragibe, estado de Alagoas.

Nó crítico 2	Processo de trabalho na equipe de saúde: ações educativas insuficientes
Operação	<ul style="list-style-type: none"> -Discutir com a equipe sobre as mudanças no processo de trabalho. -Discutir com a equipe quais são as dificuldades de monitoramento e acompanhamento dos pacientes. -Promover para os profissionais da equipe educação em serviço com mais frequência. -Agendar reuniões quinzenais para discutirem os problemas relacionados ao processo de trabalho.
Projeto	Reciclar
Resultados esperados	Equipe de saúde e ACS capacitados favorecendo o melhor funcionamento na área preventiva de doenças e agravos e na promoção da saúde.
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> -Modificação no processo de trabalho da equipe para cobertura de 95% da população hipertensa, diabética e com doenças respiratórias. -Conscientização da equipe acerca da importância da orientação e monitoramento do processo de trabalho. -Nivelamento do conhecimento.
Recursos necessários	<p>Cognitivo: Preparação dos temas.</p> <p>Político: Disponibilização de um profissional da Secretaria de Saúde para reciclar a equipe.</p>
Recursos críticos	Financeiro: Para aumento das consultas especializadas, recursos

	necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipe e para capacitação dos ACS). Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Controle dos recursos críticos	Secretaria de Saúde. Motivação favorável.
Ações estratégicas	Apresentar e discutir o projeto
Prazo	3 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Secretaria de saúde e Coordenador de APS.

Fonte: autoria própria

6.7 Desenhos da operação

Trate-se de fornecer preparação teórica e prática aos ACS sobre o relacionamento com o paciente e família, a abordagem e orientação aos pacientes com doenças crônicas e infecções respiratórias. No contexto da ESF esta preparação é importantíssima, por quanto ajuda a nosso trabalho e conseqüentemente a qualidade de nossa atenção.

Serão abordados pela médica, enfermeira, nutricionista, fisioterapeuta e profissional de educação física temas pertinentes a sua formação relacionados a hipertensão arterial, diabetes e infecções respiratórias.

As atividades serão teóricas e práticas. As teóricas serão desenvolvidas totalmente na própria UBS e escola em forma de palestras, grupos de discussões, leitura e discussão de textos, dramatizações, aulas dialogadas usando uma metodologia interativa onde os ACS vão participar ativamente e expor suas dificuldades e facilidades. As práticas tem como cenário fundamental o próprio domicilio do paciente. Atividades planejadas, discutidas e esclarecimento de dúvidas antes do ACS ir para execução. Será elaborado um relatório, mas terá complemento com demonstrações na UBS, aclarando os diferentes sinais e sintomas de Diabetes, Hipertensão Arterial, Infecções respiratórias e as possíveis complicações. Para a

atividade prática na UBS se tomará como exemplo um dos ACS de mais experiência e conhecimentos, este ACS demonstrará frente ao grupo como proceder nas diferentes situações no domicílio, por exemplo, em caso de hipoglicemia ou outra situação vivenciada pelo agente comunitário, onde ele teve de interagir.

Nesta atividade participará também a auxiliar da enfermagem. Depois alguns domicílios serão selecionados por nossa equipe para realização das demais atividades práticas. Importante dizer que as palestras serão feitas sobre a base de problemas práticos propiciando assim a discussão, troca de conhecimentos e o melhor entendimento e igualmente será aplicado um questionário ao final do curso, onde serão coletadas todas as opiniões sobre o curso, visando à melhoria. Finalmente será feita uma atividade lúdica com os agentes comunitários no salão de reuniões da Secretaria de Saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência deste projeto vai permitir imbricar a educação e as ferramentas pedagógicas com a saúde na APS em função da superação do ACS, como resposta as demandas sociais do aumento da população de idosos e a mudança que este aumento vai produzir na assistência médica, focado principalmente ao atendimento de pacientes com doenças crônicas não transmissível, do mesmo modo em jovens e adultos acamados, que podem beneficiasse da ajuda do ACS.

Isto poderia significar um melhor trabalho na equipe e maior resolução da assistência na APS, gerando novos espaços para a investigação teórica e prática do ACS, contribuindo assim ao enriquecimento do desenho do perfil do ACS no complexo campo da atuação do nível primário de atenção.

REFERÊNCIAS

BOVIOT, A. B. A importância do agente comunitário de saúde para a Estratégia Saúde da Família: a Unidade Básica de Saúde com Saúde da Família de Saturnino Braga, em Campos dos Goytacazes. 2016. 30f. Trabalho de Conclusão de Curso, (Especialização em Saúde da Família) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Aberta do SUS , RJ, 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, v. 143, n. 61, 2006. Seção 1, p.71-76Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 12 abr. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. [online], 2016. Disponível em<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=270510&search=alagoas|matriz-de-camaragibe>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG. 2.ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/>> Acesso em: 11 abr. 2017.

FARIA, R. C.; CAMPOS, M. S. Demanda espontânea na estratégia de Saúde da Família: Uma análise dos fatores que a influenciam e os desafios na reorientação do modelo assistencial do SUS. **Revista APS**, v. 15, n. 2, p. 148-157, 2012.

GRILLO, M.J.C. **Educação Permanente em Saúde**. Um instrumento para a reorganização da atenção em saúde. 2012. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3708.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2017

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, 2010.

