

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DANIEL TOLENTINO GUSMÃO MAIA

**O AUMENTO DA COBERTURA DAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA
FAMÍLIA E ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
E OS IMPACTOS NA MELHORIA DOS INDICADORES DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE ALENQUER**

SANTARÉM / PARÁ

2018

DANIEL TOLENTINO GUSMÃO MAIA

**O AUMENTO DA COBERTURA DAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA
FAMÍLIA E ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
E OS IMPACTOS NA MELHORIA DOS INDICADORES DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE ALENQUER.**

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

Orientador: Professor (a) Grace Fernanda Severino Nunes

SANTARÉM/PARÁ

2018

DANIEL TOLENTINO GUSMÃO MAIA

**O AUMENTO DA COBERTURA DAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA
FAMÍLIA E ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE
E OS IMPACTOS NA MELHORIA DOS INDICADORES DE SAÚDE NO
MUNICÍPIO DE ALENQUER**

Banca examinadora

Professora: Grace Fernanda Severino Nunes (Orientadora)

Professor: Roberto Chaves Castro

Aprovado em Belém, em ___ de _____ de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os profissionais que trabalham em prol da melhoria da saúde.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste trabalho.

Dificuldades e obstáculos são fontes valiosas de saúde e força para qualquer sociedade. (Albert Einstein)

RESUMO

O presente estudo teve por objetivo a construção de um plano de intervenção a partir de um diagnóstico inicial feito sobre a cobertura de Estratégias Saúde da Família e Estratégia Agentes Comunitários de Saúde no Município de Alenquer, a fim de avaliar o impacto positivo do aumento dessa cobertura nos principais indicadores de saúde municipais. Através de uma pesquisa exploratória e descritiva e sob uma abordagem de dados quanti-qualitativa, foi delineado o diagnóstico inicial cujas observações embasaram a construção de um plano de intervenção. Ao final da pesquisa foi possível identificar que a ausência de um perfil de atuação voltada às práticas de saúde da família pelas equipes multiprofissionais, bem como a falta de estrutura física para desenvolver as atividades propostas pelo programa com o objetivo de vigilância à doença e à saúde são fatores que dificultam o processo de expansão dessas estratégias

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

ABSTRACT

The objective of this study was the construction of an intervention plan based on an initial diagnosis made on the coverage of Family Health Strategies and Community Health Agents Strategy in the Municipality of Alenquer, in order to evaluate the positive impact of the increase of this coverage in the main municipal health indicators. Through an exploratory and descriptive research and using a quantitative-qualitative data approach, the initial diagnosis was outlined whose observations were based on the construction of an intervention plan. At the end of the research, it was possible to identify that the absence of an activity profile focused on family health practices by multiprofessional teams, as well as the lack of physical structure to develop the activities proposed by the program with the objective of disease surveillance and health are factors that hinder the expansion process of these strategies

Abrir no Google Tradutor

Keywords: Family health strategy. Community Health Agents Strategy Primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico do Município de Alenquer, Estado do Pará.	15
Quadro 2 Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Baixa cobertura por Equipes de Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde”, na população sob responsabilidade do município de Alenquer, estado do Pará.	27

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 Aspectos da comunidade	
1.3 O sistema municipal de saúde	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde Central	13
1.5 A Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Central	14
1.6 O funcionamento da UBS Central	14
1.7 O dia a dia da equipe da UBS Central	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	14
1.5 Priorização dos problemas: a seleção do problema para plano de intervenção	15
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos	19
4 METODOLOGIA	20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
5.1 Estratégia Saúde da Família	21
5.2 Estratégia Agentes Comunitários de Saúde	23
5.3 Atenção Primária à Saúde	24
5.4 Principais Doenças Crônicas Não-Transmissíveis	25
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	28
6.1 Descrição do problema selecionado	28
6.2 Explicação do problema	28
6.3 Seleção dos nós críticos	28
6.4 Desenho das operações	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

2 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Alenquer é um município brasileiro do Estado do Pará, pertencente à Mesorregião do Baixo Amazonas com aproximadamente 55.246 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2017). Em relação ao trabalho e renda, possui cerca de 53,4% da sua população com rendimento nominal mensal per capita de até 1/2 salário mínimo . A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) é de 95.6 em 2010, posicionando o município na posição 66 de 144 dentre as cidades do estado e na posição 4802 de 5570 dentre as cidades do Brasil. Possui um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,564 , apresenta 18.7% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 63.8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 4.5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Em relação aos indicadores de saúde, possui taxa de mortalidade infantil média de 22.08 para 1.000 nascidos vivos. (Dados IBGE, 2010). Alenquer conta com muitas belezas naturais que estimulam o turismo, dentre elas, destacam-se as cachoeiras do Vale do Paraíso: Véu de Noiva, de 25 metros; Preciosa, de 35 metros; e Cachoeira Paraíso, de 12 metros. Esta última, contém uma boa infraestrutura para turístico. Também conta com uma formação rochosa erodida pelo vento, que esculpiu gigantescas figuras, onde povos primitivos fizeram inscrições e desenhos até hoje não decifrados. E a Cidade dos Deuses, que fica a 45 km do centro da cidade. Dados retirados do sistema e-gestor (<https://egestorab.saude.gov.br>) mostram que Alenquer possui 8 equipes e Estratégia de Saúde da Família cadastradas e 2 ESF's equivalentes, o que corresponde a um percentual de cobertura por equipes da ESF de 50,22% e um percentual geral de cobertura da Atenção Básica de 61,14%

1.2 O sistema municipal de saúde

a) Financiamento da saúde

Transferências: R\$ 20.961.437,00

Recursos próprios: R\$ 5.406.259,30

Gasto per capita/ano: R\$ 263,40

Fonte:SIOPS/2017

b) Rede de serviços

-ATENÇÃO PRIMARIA: Atualmente o município possui 05 Postos de Saúde e 02 Centros de Saúde.

-ATENÇÃO ESPECIALIZADA: Hospital Santo Antônio -10 leitos Clínicos; 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

-ATENÇÃO DE URGENCIA E EMERGENCIA: Possui apenas uma Unidade de Suporte Básico (SAMU) mas não encontra-se vinculada ainda a nenhuma Central de Regulação.

-ATENÇÃO HOSPITALAR: Contratação de Serviços firmados através de contrato administrativo junto à Ação Social Sociedade Beneficente Santo Antônio através do Hospital Santo Antônio que possui 10 leitos clínicos.

-APOIO DIAGNÓSTICO: Os serviços de diagnose e terapia ofertados advém de contrato firmado com dois laboratórios de análises clínicas, uma clínica privada, além da oferta disponibilizada pelo Hospital Santo Antônio e pelo fluxograma de regulação da programação pactuada integrada com o Município de Santarém.

-VIGILANCIA DA SAÚDE: Uma Divisão de Vigilância Epidemiológica.

-RELAÇÃO COM OUTROS MUNICIPIOS: O Município pertence à Região do Baixo Amazonas com mais 14 municípios (Almeirim, Belterra, Curuá, Faro, Juruti, Monte Alegre, Óbidos, Oriximiná, Placas, Prainha, Santarém, Mojuí dos Campos e Terra Santa).

-MODELO DE ATENÇÃO: Gestão Plena de Atenção à Saúde

1.3 A Unidade Básica de Saúde Central

Atualmente na Unidade Básica de Saúde onde atuo não existe uma ESF implantada. Nela trabalham 5 (cinco) Médicos (1 Especialista em Obstetrícia), 3 Enfermeiros, 3 Técnicos em Enfermagem e 2 Auxiliares Administrativos.

A unidade funciona de 8:00 às 17:00 de Segunda-Feira a Sexta-Feira para atendimento de Consultas Agendadas e de Emergência. As consultas são agendadas na Segunda-Feira para a semana inteira, com uma média de 22 pacientes/dia para cada médico, mais 8 fichas/dia para atendimento de emergência para cada um.

A distribuição de medicação para os programas Hiperdia, Saúde Mental, Tabagismo, Tuberculose e Hanseníase é feita pelos Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem, bem como o a triagem das Consultas de Pré-Natal.

1.4 Problemas de saúde do território e da comunidade

- IDH baixo;
- Saneamento básico precário;
- Baixa cobertura por Equipes de Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, taxas de mortalidade infantil elevadas;
- Percentual elevado de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB);
- Não consolidação da Rede Cegonha, o que por consequência traz um acesso precário aos exames de pré-natal, assistência adequada ao parto e puerpério, que contribuem para os aumentos nos indicadores de morbidade e mortalidade;
- Estruturação precária na Atenção Básica, com necessidade de implantação de novas Equipes de ESF;
- Não existe serviço de pronto atendimento 24 horas;
- Não existe um Hospital Público Municipal para referenciamento de pacientes com necessidade de internação hospitalar;
- Carência de medicamentos e falta de material para a realização de procedimentos básicos;
- Número elevado de óbitos por problemas no Aparelho Circulatório e de doenças crônicas não transmissíveis entre as quais AVC, Infarto do Miocárdio, Hipertensão Arterial, Câncer e Diabetes constituem um problema de maior magnitude;
- Mortalidade elevada em crianças menores de um ano por afecções no período perinatal;
- Elevado número de internações por doenças infecciosas e parasitárias;
- Saneamento Básico extremamente deficiente;
- Indicadores de Saúde com resultados inferiores aos considerados satisfatórios;

1.5 Priorização dos problemas

A partir de uma análise dos principais determinantes de saúde locais (saneamento, educação, IDH, entre outros) e da avaliação do sistema local de saúde, foram identificados como problemas mais relevantes os citados no quadro abaixo:

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico do Município de Alenquer, Estado do Pará.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Baixa cobertura por Equipes de Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde	Alta	7	Parcial	1
Percentual elevado de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB);	Alta	5	Parcial	2
Não consolidação da Rede Cegonha	Alta	5	Total	3
Número elevado de óbitos por problemas no Aparelho Circulatório e de doenças crônicas não transmissíveis entre as quais AVC, Infarto do Miocárdio, Hipertensão Arterial, Câncer e Diabetes doenças infecciosas e parasitárias;	Alta	5	Parcial	2
Mortalidade elevada em crianças menores de um ano por afecções no período perinatal;	Alta	4	Parcial	2
Saneamento Básico extremamente deficiente	Alta	4	Fora	1

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Alenquer

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Com pouco mais de 15 anos de existência, é possível afirmar que a Estratégia Saúde da Família (ESF) configura-se como uma política de Estado, e não mais de governo. A alternância na gestão federal, característica própria e desejável dos processos democráticos, não produziu rupturas na sua condução. É certo que em alguns momentos os passos possuíram velocidades diferentes, mas em todo o tempo houve agregação de valores para qualificar a implementação da ESF em âmbito nacional.

Lamentavelmente não podemos fazer a mesma afirmação para o universo total de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Mesmo comprovando êxito, algumas experiências sofrem rupturas ou são estagnadas pelo simples motivo de se constituírem como iniciativas de governos concorrentes. Essa é uma postura que logicamente não atinge somente a ESF, mas áreas e iniciativas de diferentes políticas públicas, demonstrando imaturidade e ausência de compromisso na gestão pública. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Percebe-se no Município de Alenquer um panorama desfavorável em relação à saúde. A sua rede de serviços de saúde é precária, possuindo na Atenção Primária apenas cinco Postos de Saúde e dois Centros de Saúde Possui uma Unidade de Suporte Básico (SAMU) do município que ainda não se encontra vinculada a nenhuma Central de Regulação. A Atenção Hospitalar se dá por contratação de serviços firmados via contrato administrativo junto à Ação Social Sociedade Beneficente Santo Antônio através do Hospital Santo Antônio que possui 10 leitos clínicos. Os serviços de diagnose e terapia ofertados advém de contrato firmado com dois laboratórios de análises clínicas, uma clínica privada, além da oferta disponibilizada pelo Hospital Santo Antônio e pelo fluxograma de regulação da programação pactuada integrada com o Município de Santarém.

Os relatórios de gestão municipais descrevem que os óbitos por problemas no Aparelho Circulatório vêm aumentando ao longo dos anos e as doenças crônicas não transmissíveis entre as quais AVC, Infarto do Miocárdio, Hipertensão Arterial e Diabetes constituem um problema de maior magnitude. Essas doenças são preveníveis, na sua maioria. A mortalidade em crianças menores de um ano por afecções no período perinatal indicam uma necessidade de se melhorar o pré-natal das grávidas. As doenças infecciosas e parasitárias que lideram as internações hospitalares indicam também a necessidade de se aumentar a cobertura da atenção básica.

Essa situação mostra uma estratégia equivocada da gestão pública na organização da Atenção Primária à Saúde. Existem muitas dificuldades e desafios que ainda ameaçam a sustentabilidade da ESF. São necessárias mudanças no processo, com revisão de estratégias e prioridades de alocação de recursos a fim de se obter melhores resultados. A implantação da ESF's e EAC's nas redes de atenção à saúde pode representar um caminho para a solução de grande parte dos problemas referentes à saúde evidenciados nos municípios brasileiros.

Em virtude do que foi acima descrito, justifica-se o nosso interesse em trabalhar um projeto de intervenção a fim de diagnosticar a situação atual no município, identificando os principais nós traçar estratégias para a de o tema em questão, uma vez que experiências exitosas de implantação de ESF e EACS e as ações em saúde desenvolvidas por essas equipes na Atenção Primária em Saúde mostram impactos positivos sobre indicadores tradicionais e determinantes, como a mortalidade infantil, a desnutrição e as internações por causas preveníveis, na configuração de um panorama de saúde favorável nos locais onde estão implantadas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar os impactos do aumento da cobertura na Atenção Básica pelas Equipes de ESF e EACS na melhoria dos indicadores de saúde municipais.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar o percentual de cobertura no município pelas equipes de ESF e EACS;
- Organizar, por prevalência, as principais doenças identificadas no perfil de morbidade local;
- Analisar e comparar os resultados dos indicadores de saúde antes e depois da implantação de ESF e EACS no município.

4 METODOLOGIA

Por tratar-se de uma proposta de intervenção, esta pesquisa, quanto aos seus objetivos, caracterizou-se como exploratória e descritiva, com método de abordagem quanti-qualitativo. Segundo Minayo e Sanches (1993, p.247),

[...] a relação entre quantitativo e qualitativo, entre objetividade e subjetividade não se reduz a um *continuum*, ela não pode ser pensada como oposição contraditória. Pelo contrário, é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos” e aprofundadas em seus significados mais essenciais. Assim, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa (GRIFOS DO AUTOR).

As abordagens quantitativas e qualitativas tratam de fenômenos reais, atribuindo sentido concreto aos seus dados. A combinação dessas duas abordagens pode possibilitar dois olhares diferentes, propiciando uma visualização ampla do problema investigado (CRESWELL E CLARK, 2007).

Moreira (2008), destaca dois princípios que norteiam a pesquisa intervenção: a consideração das realidades sociais e cotidianas, o compromisso ético e político da produção de práticas inovadoras. O processo de formulação de uma proposta de intervenção aprofunda a ruptura com os enfoques tradicionais de pesquisa e amplia as bases teórico-metodológicas das pesquisas intervencionistas, enquanto proposta de ação transformadora da realidade sociopolítica.

A metodologia utilizada permitiu a interação com os sujeitos da pesquisa e a troca de experiências cotidianas e práticas do coletivo sistematizadas, que permitiram as descobertas e considerações teórico-metodológicas.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

De acordo com o Departamento de Atenção Básica (2018), a Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. As ESF contribuem também para que as atribuições e as responsabilidades apontadas para a atenção básica possam ser executadas e assumidas de uma forma inovadora, com efetiva mudança na organização dos serviços de saúde. As Unidades Básicas de Saúde, reorganizadas de acordo com os princípios de Saúde da Família passaram a ser responsáveis pelo acompanhamento permanente da saúde de um número determinado de indivíduos e famílias que moram no espaço territorial próximo, possibilitando o estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população.

Atenção básica à saúde é aquele nível em um sistema de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não à enfermidade) no decorrer do tempo e todas as situações de saúde, exceto as incomuns, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

O contexto epidemiológico brasileiro antecedente à disseminação das ESF no Brasil era típico de um país em desenvolvimento e marcado por profundas desigualdades regionais. O Brasil enfrentava um momento conhecido por transição epidemiológica caracterizado pela crescente importância epidemiológica das doenças crônicas degenerativas, típicas do processo demográfico de envelhecimento e urbanização da nação brasileira, enquanto ainda tinha que lidar com a realidade das doenças infectocontagiosas, especialmente relevantes durante a infância (LAURENTI, *et al.*, 2001). Associado a esse perfil epidemiológico desafiador, os

indicadores nacionais de atenção básica, tanto os de acesso quanto os de resultado, demonstravam a falta de comprometimento político com as ações de promoção de saúde (BRASIL, 2005).

A Saúde da Família é a principal estratégia de atenção básica no País e busca a reorientação do modelo tradicional de assistência à saúde, que se caracteriza, principalmente, pelo atendimento de demanda espontânea, pelo enfoque eminentemente curativo e centrado na assistência hospitalar, pelo alto custo envolvido e pela ausência de vínculos de cooperação e corresponsabilidade com a comunidade. A estratégia Saúde da Família incorporou os seguintes princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): princípio da universalização, princípio da descentralização, princípio da integralidade² e princípio da participação da comunidade (BRASIL, 2005, p. 17).

É importante considerar o impacto que a atenção primária pode provocar nos demais níveis assistenciais, em termos de otimização e de economia dos recursos empregados. Espera-se que as atividades preventivas, os diagnósticos precoces e os tratamentos de enfermidades crônicas, desenvolvidos continuamente pelas ESF, diminuam a necessidade de acesso aos níveis assistências de maior complexidade, assim como a quantidade de internações hospitalares.

Pesquisas destinadas a mensurar esses efeitos vêm sendo desenvolvidas em todo o mundo. Condições sensíveis à atenção básica são problemas de saúde tratados por ações típicas do primeiro nível de atenção em saúde, cuja evolução, em caso de ausência de atendimento efetivo e oportuno, pode requerer a hospitalização dos pacientes. Portanto, essas internações são utilizadas como indicador para avaliar e monitorar a efetividade da atenção primária (NEDEL et al, 2008).

Foi desenvolvido um marco conceitual sobre a atenção primária e as hospitalizações por condições sensíveis, e diversos estudos têm apoiado a hipótese de que taxas elevadas de internações hospitalares por condições sensíveis configuram-se em indicação de inadequação da atenção ambulatorial (CAMINAL e CASANOVA, 2003).

Considera-se que o Programa de Saúde da Família tem bom potencial para estruturar a atenção básica nos locais em que está implantada. Entretanto, alguns cuidados precisam ser tomados para a atualização desse referido potencial. É importante levar-se em conta alguns questionamentos ao programa, tendo como base referencial e cenário as considerações feitas sobre a Atenção Primária à

Saúde, uma vez que o processo saúde doença está vinculado a outros fatores que envolvem a vida do indivíduo, indo além dos indicadores epidemiológicos, levando em consideração as condições de acesso a todos bens necessários para determinar um perfil de saúde favorável.

5.2 Estratégia Agentes Comunitários de Saúde

A Estratégia Agentes Comunitários de Saúde (EACS) foi instituída pela portaria nº 154, de 15 de maio de 2009. Previamente a esse marco existia o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que havia sido criado em 1997.

A EACS tem por objetivo a descentralização do cuidado, possibilitando o desenvolvimento de ações no âmbito domiciliar e comunitário (BRASIL, 2001). O Agente Comunitário de Saúde tem importante papel na prevenção de doenças e promoção da saúde. Conforme já previsto na Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006 ele desenvolve seu trabalho por meio de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desempenhadas conforme as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local, o enfermeiro.

As ações desenvolvidas pelos ACS são planejadas, gerenciadas e avaliadas pelos enfermeiros, sendo estes a contra referência para a equipe potencializar ações para os problemas identificados. Esse fato reforça a necessidade de que haja uma parceria permanente entre estes dois profissionais a fim de alcançar a excelência na assistência não somente do ACS e enfermeiro, mas de toda equipe multiprofissional que compõe a ESF.

Silva e Andrade (2013) descrevem que, além de identificar as famílias o agente deve identificar o ambiente em que ela vive, questões como saneamento básico, alimentação, questões de higiene, pavimentação adequada, casos de violência, entre outros, para que assim possa estabelecer a relação da doença com o estilo de vida de cada pessoa, permitindo que o ACS tenha seu olhar ampliado em relação à saúde da população, já que o ambiente está diretamente ligado com o processo saúde-doença.

O agente acaba criando um elo, ou seja, um vínculo com a comunidade pelo fato dele estar inserido no mesmo contexto social, cultural e fazer parte do mesmo universo linguístico. (NUNES et al.,2002).

Esta relação se dá por meio das visitas domiciliares, onde o agente visita cada residência de sua microárea identificando as necessidades de cada família. Essa aproximação possibilita um diálogo de maior confiança e compreensão, permitindo que o ACS busque na ESF a melhor solução e encaminhamento para o problema.

5.3 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

[...] o termo APS expressa comumente o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que inclui, em muitos países, como no Brasil, as atividades de saúde pública. É senso comum também entender essas unidades como espaços onde se dá, ou deveria se dar, majoritariamente, o primeiro contato dos pacientes com o sistema e onde existe capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde por eles apresentados. (LAVRAS, 2011).

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978) atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica à saúde (ABS) é a atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004).

A proposta desse modelo de saúde volta-se para as necessidades de saúde, as demandas particulares de cada região de saúde, tornando imprescindíveis o estabelecimento das linhas de cuidado e a continuidade da atenção, que somente por meio de uma rede de atenção à saúde será capaz de garantir a integralidade da atenção. Portanto, a rede carece ser capaz de integrar um conjunto de ações e

serviços de saúde, em distintos níveis de atenção, de forma articulada, interconectada, compartilhada e cooperativa a partir da atenção primária à saúde, responsável por ordenar os demais níveis de atenção, com vistas a melhoria do acesso. (SANTOS, 2013, p.143).

Internacionalmente tem-se apresentado a Atenção Primária à Saúde (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades (MATTA E MOROSONI, 2009).

O Relatório Mundial da Saúde, publicado pela OMS em 2008, descreve que

[...] na interface entre uma população e o seu sistema de saúde, os cuidados primários podem vir a ser facilitadores de uma convergência, segura, efetiva e socialmente produtiva, da promoção da saúde, da prevenção da doença, da cura e dos cuidados em geral. Para tal é essencial “dar prioridade às pessoas” realçando, de uma forma equilibrada, a saúde e o bem-estar, assim como os valores e as capacidades das pessoas nas suas comunidades e das que trabalham no setor da saúde (OMS, 2008, p. 43).

Todos os argumentos descritos acima, reconhecem a necessidade de se instituírem sistemas de atenção à saúde com base numa APS forte e de qualidade.

5.4 Principais Doenças Crônicas Não-Transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis correspondem a 72% das mortes no Brasil, atingindo principalmente as camadas mais pobres da população. No entanto, na última década, observou-se uma redução de 20% na taxa de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, sendo essa diminuição atribuída à expansão da Atenção Básica, à melhoria na assistência e à redução do tabagismo nas últimas duas décadas (BRASIL, 2011).

Neste contexto, o Ministério da Saúde propõe um Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis para o período de 2011 a 2022, abordando as doenças do aparelho circulatório, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes. Enfatiza neste plano a necessidade de enfrentamento dos fatores de risco, incluindo o tabagismo, o consumo nocivo de álcool, a inatividade

física, a alimentação inadequada e a obesidade. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2016).

O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral. O modelo vigente, que utiliza propostas de cuidado formatadas a priori, não tem obtido sucesso em suas condutas por não conseguir chegar ao singular de cada indivíduo e por impor olhares e fazeres que nada têm a ver com o usuário real, que está necessitando de atenção e de cuidado (MALTA; MERHY, 2010).

As doenças cardiovasculares (DCV) são, atualmente, as causas mais comuns de morbimortalidade no mundo. Anualmente a cardiopatia isquêmica, acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial e outras cardiopatias são responsáveis por milhões de óbitos no mundo. (OPAS, 2003). Os principais fatores ambientais modificáveis das DCV são os hábitos alimentares inadequados, o sedentarismo e a obesidade, associados às mudanças no estilo de vida como a cessação do tabagismo e o controle estresse psicoemocional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta-se como um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade e, em especial, nos mais idosos (ZAITUNE et al., 2006).

Um segundo relatório da Opas (2004), descreve que a Saúde da Família, estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica e reestruturar o Sistema Único de Saúde (SUS), mostra-se como o modelo mais provável para alterar a realidade das DCV, uma vez que permite a aproximação dos indivíduos, do seu coletivo e de suas interações sociais, colaborando para a mudança de seus comportamentos e hábitos de vida.

Outra patologia que constitui o grupo das doenças crônicas responsável pelas principais causas de morte no mundo é o "*diabetes mellitus*". (DM). Esse termo refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia, intolerância à glicose e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, por defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999, apud BRASIL, 2013). É considerado um dos problemas de saúde de maior magnitude (SHAW et al, 2010). Nesse sentido, pesquisas nacionais e internacionais têm discutido ações que possam ajudar a controlar o avanço dessa doença e de suas complicações e que, muitas vezes, são consequência de uma assistência que não considera as especificidades da

cronicidade, com modelos assistenciais inadequados e voltados para a cura das doenças, presente na lógica do modelo biomédico.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Baixa cobertura por Equipes de Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde.”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS *et al*, 2017).

6.1 Descrição do problema selecionado

A cobertura da Atenção Básica do Município por equipes da ESF é de 50,22%, um percentual considerado insatisfatório que por sua vez, impacta na ocorrência dos principais problemas identificados como a prevalência de doenças nutricionais, metabólicas, infecciosas e parasitárias em crianças e na elevada taxa de mortalidade infantil por afecções no período perinatal

6.2 Explicação do problema selecionado

As ESF e EACS são responsáveis pela porta de entrada no sistema, e pela articulação com os demais níveis atenção. Essas equipes, pela sua área de abrangência, contribuiriam para eliminar a demanda espontânea, por prestar serviços de saúde mais próximos das residências dos usuários, atendendo aos pressupostos da APS. Contudo, as dificuldades na sua implantação, deixam grande parte do município descoberto, indo de encontro ao princípio da universalização do SUS .

6.3 Seleção dos nós críticos

Falta de profissionais médicos para atuar na ESF pela baixa formação de médicos generalistas; Dificuldade na contratação do profissional enfermeiro em municípios longínquos e de difícil acesso; Dificuldade de acesso por parte dos ACS para a realização de suas atividades ocasionada pela distância, acidentes geográficos e falta de transporte.

6.4 Desenho das Operações

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Baixa cobertura por Equipes de Estratégia Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde”, na população sob responsabilidade do município de Alenquer, estado do Pará.

Nó crítico 1	Falta de profissionais médicos para atuar na ESF pela baixa formação de médicos generalistas.
Operação	Implantação de equipes da ESF/EACS
Projeto	Expansão ESF/EACS
Resultados esperados	Aumento de 20% no número de equipes de ESF/EACS
Produtos esperados	Redução de doenças preveníveis por ações de prevenção na Atenção Básica.
Recursos necessários	Estrutural: Infraestrutura física e recursos humanos. Cognitivo: Articulação da Atenção Básica (AB) com os demais setores a fim para definição dos locais estratégicos para implantação de novas equipes. Financeiro: Credenciamento e habilitação de novas equipes junto ao Ministério da Saúde (MS) para obtenção do recurso de custeio. Político: Articulação da Atenção Básica (AB) com os demais setores a fim para definição dos locais estratégicos para implantação de novas equipes; Apresentação do projeto ao Conselho Municipal de Saúde e homologação junto à Comissão Intergestora Bipartite (CIB); Financeiro> Credenciamento e habilitação de novas equipes junto ao Ministério da Saúde (MS) para obtenção do recurso de custeio.
Recursos críticos	Estrutural: Infraestrutura física e recursos humanos. Financeiro: Credenciamento e habilitação de novas equipes junto ao Ministério da Saúde (MS) para obtenção do recurso de custeio. Político: Apresentação do projeto ao Conselho Municipal de Saúde e homologação junto à Comissão Intergestora Bipartite (CIB);
Controle dos recursos críticos	Coordenação de Atenção Básica, Conselho Municipal de Saúde, CIB e MS.
Ações estratégicas	Análise Situacional; Definição geográfica para implantação das equipes de ESF; Elaboração e apresentação dos projetos; Iniciar o processo de credenciamento e habilitação.
Prazo	6 a 12 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Coordenação de Atenção Básica/Divisa/Divisão Técnica/ Divisão de Planejamento; Secretário Municipal de Saúde/Coordenação de AB
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Indicadores de Saúde; Indicadores SISPACTO; Equipe de Auditoria e Avaliação; Relatórios de Gestão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como proposta principal traçar um diagnóstico inicial feito sobre a cobertura de Estratégias Saúde da Família e Estratégia Agentes Comunitários de Saúde no Município de Alenquer, a fim de avaliar o impacto positivo que o aumento dessa cobertura teria nos principais indicadores de saúde municipais. A partir desse diagnóstico inicial, foi planejada uma estratégia de intervenção, focada nos problemas raízes, concentrados no nível básico de atenção, que compreende o processo saúde doença a partir de ações e serviços direcionadas pela perspectiva ampliada de saúde. Os resultados obtidos demonstram favoravelmente, que os objetivos traçados inicialmente, foram alcançados.

O diagnóstico situacional referente ao Município de Alenquer demonstrou a necessidade de uma reformulação da rede de atenção, principalmente com foco no desenvolvimento da Atenção Básica, pois as principais dificuldades enfrentadas são relacionadas ao acesso restrito às ações e serviços de saúde.

A implantação de equipes de ESF e EACS torna-se uma estratégia de grande valia para os gestores, pois impactam positivamente nos indicadores de saúde, proporcionando melhor qualidade de vida nas áreas em que estão implantadas. A ausência de um perfil de atuação voltada às práticas de saúde da família pelas equipes multiprofissionais, bem como a falta de estrutura física para desenvolver as atividades propostas pelo programa com o objetivo de vigilância à doença e à saúde são fatores que dificultam o processo de expansão dessas estratégias.

O plano de intervenção, portanto, contribuirá para a consolidação dessas propostas e aliado a outras ações relacionadas com a melhoria da gestão, a integração da atenção básica com a rede de serviços de saúde, financiamento, resolutividade, dentre outros, possibilitará um atendimento mais equânime, universal e integrado.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério Da Saúde/Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da Família, panorama, avaliação e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 84 p.

Série D.BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Prevenção Clínica de Doenças Cardiovascular, Cerobrovascular e Renal Crônica**. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS**. Brasília –DF, janeiro de 2001. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf> >. Acesso em: 13 de out de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p.: il. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 28 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMINAL, Josefina Homar; CASANOVA, Carmem Matutano. **La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions**. Marco conceptual. Aten. Primaria, 2003.

CAMPOS, F.C.C. et al. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 30/09/2018.

CRESWELL, John W.; CLARK, Vicki L. **Pesquisa de métodos mistos**. Porto Alegre: Penso, 2007.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA-DAB. Estratégia Saúde da Família. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php . Acesso em: 17 de out de 2018.

LAURENTI, R., *et al.*. **As condições de saúde no Brasil**. Revista USP, (51), 44-57. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i51p44-57>. (2001).

LAVRAS, Carmem. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011 disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf> Acesso em:15 de out de 2018.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis**. Interface: comunic., saúde, educ., Botucatu, SP, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

MATTA, G. C. MOROSINI, M. V. G. **Atenção Primária à Saúde**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: . Acesso em: mar. 2018.

MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. **Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, jul./sep.1993.

MOREIRA, M.I.C. **Pesquisa-intervenção; especificações e aspectos da interação entre pesquisadores e sujeitos da pesquisa**. In: CASTRO L.R.; de e BESSET, V.L. (Orgs.) Pesquisa-interação na infância e na juventude. NAU: Rio de Janeiro , 2008.

NEDEL, Fúlvio Borges et al. **Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária**. Bagé (RS). Rev. Saúde Pública [online]. 2008, vol.42, n.6.

NUNES, M O. et al. **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18 n.6 p.1639-1646 Nov-dez, 2002. Disponível em: . Acesso em: 07 jun. 2016.

OMS. **The world health report 2008 : primary health care now more than ever**. Tradução para Língua Portuguesa CISCOS – Centro de Investigação em Saúde Comunitária. Departamento Universitário de Saúde Pública da Faculdade de Ciências Médicas. Lisboa, Portugal. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Experiências e Desafios da Atenção Básica e Saúde Familiar: caso Brasil**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2004.

SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: desafios da gestão interfederativa**. Campinas/SP: Saberes e Práticas, 2013.

SHAW JE et al. **Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030**. *Diabetes Res Clin Practice*. Disponível em: [http://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227\(09\)00432-X/pdf](http://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227(09)00432-X/pdf)
Acesso em 15 de out de 2018.

SILVA, N. C.; ANDRADE, C. S. **Agente comunitário de Saúde: questões ambientais e promoção da saúde em comunidades ribeirinhas**. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 13-128, jan/ abr. 2013. Acesso em 30 de jun de 2016.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609. Acesso em: 20 mar. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. **Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância**. [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Calvino Reibnitz Júnior... [et al] (Organizadores). 2. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. 120 p.

ZAITUNE, M. P. A. et al. **Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e prática de controle no município de Campinas**. *Cadernos de Saúde Pública*, São Paulo, 2006.