

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ELZA HERMINIA SABINO MENDES

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: REVISITANDO O SEU PAPEL EM
TEOTÔNIO VILELA-AL

POLO MACEIÓ\ALAGOAS

2019

ELZA HERMÍNIA SABINO MENDES

**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: REVISITANDO O SEU PAPEL EM
TEOTÔNIO VILELA-AL**

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

Orientador: Professora Elizabeth Moura Soares de Souza

POLO MACEIÓ/ALAGOAS

2019

ELZA HERMINIA SABINO MENDES

**AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: REVISITANDO O SEU PAPEL EM
TEOTÔNIO VILELA-AL**

Banca examinadora

Professora Elizabeth Moura Soares de Souza - UFAL

Professora Lais de Miranda Crispim - UFAL

Aprovado em Maceió, em 25 de março de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Dr. Marc Jamouille, homem que, por seu magnânimo trabalho em prol da Medicina e por seu incansável trabalho na Medicina Familiar e de Comunidade tornou-se minha inspiração, meu orientador, meu mestre e modelo de profissional e de ser humano.

AGRADECIMENTOS

.

Ao Ministério da Saúde, pela oportunidade de tornar-me especialista em Gestão de Cuidados em Saúde da Família.

RESUMO

O presente trabalho baseou-se no processo de trabalho atual dos Agentes Comunitários da Saúde da Unidade 15, do Programa Saúde da Família do Município de Teotônio Vilela, que tem assumido funções e atividades que o afastam de suas atribuições de origem, determinadas pela Lei 13.595\18 que altera pontos da lei 11.350\06. Esta proposta tem como objetivo • Propor um plano de ação para resgatar as atribuições do ACS determinadas pelo Ministério da Saúde (MS) utilizando o Planejamento Estratégico Situacional e em pesquisa bibliográfica, na Biblioteca Virtual em Saúde e outros sites onde foi pesquisado o tema em questão. Com base no levantamento realizado pela equipe, elaborou-se o plano de intervenção, onde os nós críticos foram identificados e classificados, de acordo com o seu grau de urgência para serem enfrentados. Esperamos com essa proposta de intervenção resgatar as atribuições dos agentes comunitários de saúde, contribuindo assim com um melhor retorno à educação e cuidados as famílias e a comunidade, antes presentes no princípio da criação da categoria. A atuação do mesmo é de importância ímpar na continuidade dos cuidados necessários e na educação permanente dentro dos domicílios, invertendo o atual sistema centrado no médico e na unidade. O plano de ação foi composto por operações desenhadas para enfrentar e impactar os nós críticos detectados. Espera-se com as ações propostas, incrementar o processo de educação em saúde com a participação real do agente comunitário em saúde.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Agente Comunitário de Saúde. Município de Teotônio Vilela.

ABSTRACT

The present study was based on the current work process of the Community Health Agents of Unit 15, of the Family Health Program of the Municipality of Teotônio Vilela, which has assumed functions and activities that distract it from its original attributions, determined by Law 13,595 \ 18 amending points of law 11.350 \ 06. This proposal was based on Strategic Situational Planning and bibliographic research, the Virtual Health Library and other sites where the topic was researched. Based on the survey carried out by the team, the intervention plan was elaborated, where the critical nodes were identified and classified, according to their degree of urgency to be faced. We hope with this intervention proposal to rescue the responsibilities of the community health agents, thus contributing to a better return to education and care for families and the community, previously present in the principle of the creation of the category. Its performance is of paramount importance in the continuity of necessary care and in permanent education within the home, reversing the current system centered on the doctor and the unit. The action plan was composed of operations designed to address and impact critical nodes detected. It is hoped with the proposed actions, to increase the process of health education with the real participation of the community agent in health.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Community Health Agent. Municipality of Teotônio Vilela.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
eSF	Programa Saúde da Família
ONG	Organização Não-Governamental
PM	Prefeitura Municipal
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fig.1- População estimada em 2018

Fig. 2-Saneamento Básico em 2017 referente ao censo de 2010

Fig. 3- Índice de analfabetismo em Teotônio Vilela divulgado no site do Ministério Público do Paraná, data não disponível.

Quadro 1- Perfil epidemiológico da área de abrangência da UBS Neuza Josefa, PSF 15, Teotônio Vilela-AL, 2018.

Quadro 2 – Principais causas de óbitos psf 15, Teotônio Vilela, 2017

Quadro 3 – Causas de mortalidade infantil PSF 15, Teotônio Vilela, 2017

Quadro 4 - Cronograma Médico e da Enfermagem

Quadro 5: visitas domiciliares do ACS por família segundo a micro área do PSF15, 2018

Quadro 6: Atendimentos de Médico e Enfermeiro nos grupos abaixo, por semana, do PSF 15, Teotônio Vilela- AL, 2018.

Quadro 7 – Coberturas

Quadro 8. Priorização de problemas na UBS PSF 15, Teotônio Vilela, Alagoas, 2018

Quadro 9 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Desvio de função do ACS”, na comunidade sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 15, do município de Teotônio Vilela, Alagoas, 2018

Quadro 10 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Nível de informação e intercâmbio entre eSF e comunitários”, na comunidade sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 15, do município de Teotônio Vilela, Alagoas, 2018

Quadro 11 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Não há participação popular na construção da saúde”, na comunidade sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 15, do município de Teotônio Vilela, Alagoas, 2018

Quadro 12 - Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Inadequação de espaço”, na comunidade sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 15, do município de Teotônio Vilela, Alagoas, 2018

Quadro 13 - Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Processo de trabalho baseado em índices quantitativos”, na comunidade sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 15, do município de Teotônio Vilela, Alagoas, 2018

SUMÁRIO

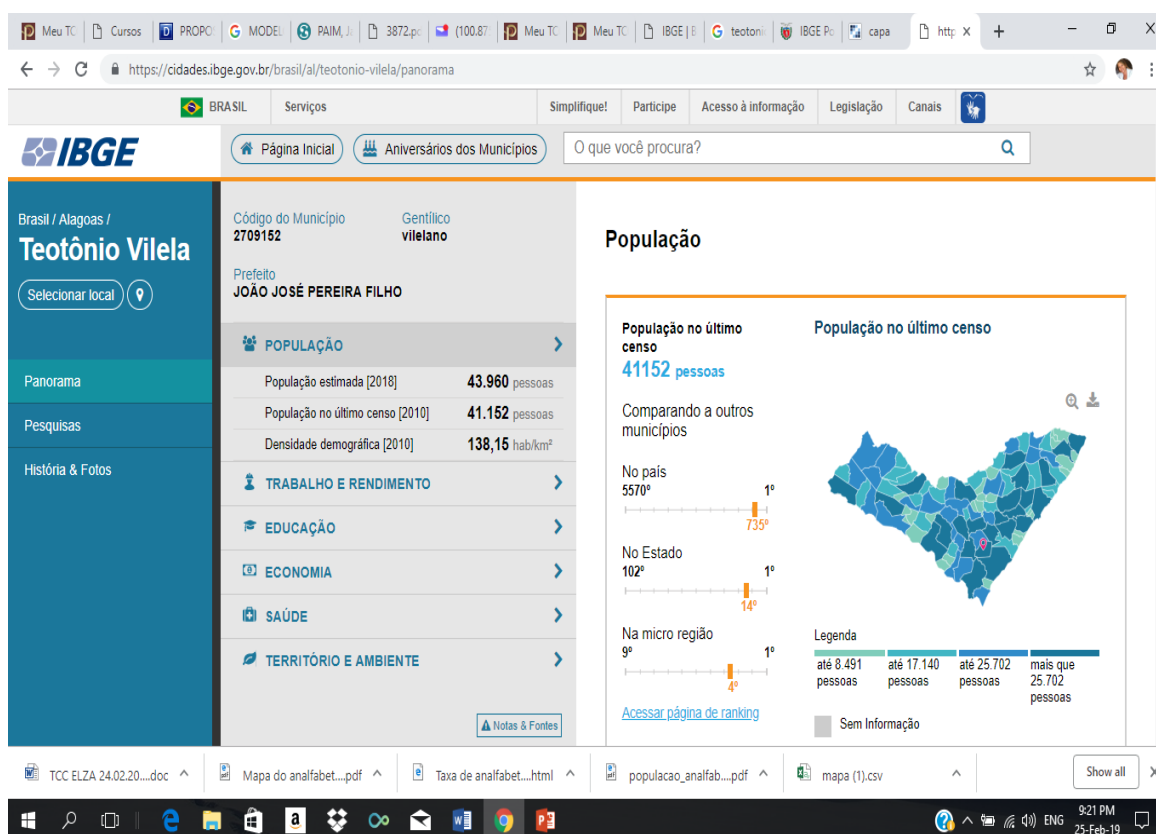
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Aspectos gerais do município	15
1.2 Aspectos da comunidade	16
1.3 O sistema municipal de saúde	20
1.4 A Unidade Básica de Saúde	22
1.5 A Equipe de Saúde da Família 15, da Unidade Básica de Saúde Neuza Josefa Firmino	23
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe 15	24
1.7 O dia a dia da equipe 15	24
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (1º passo)	28
1.9 Priorização dos problemas (2º passo)	28
2 JUSTIFICATIVA	29
3 OBJETIVOS	31
3.1 Objetivo geral	31
3.2 Objetivos específicos	31
4 METODOLOGIA	31
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	32
5.1 Estratégia Saúde da Família	32
5.2 Atenção Primária à Saúde	32
5.3 Ações do ACS	32
5.4 Prevenção e Promoção da Saúde Comunitária	32
5.5 Educação em Saúde	34
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	35
6.1 Descrição do problema selecionado (3º passo)	35
6.2 Explicação do problema (4º passo)	35
6.3 Seleção dos nós críticos (5º passo)	37
6.5 Desenho das operações (6º passo)	38
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
8 REFERÊNCIAS	

1 INTRODUÇÃO

1.1 ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO

Teotônio Vilela é uma cidade com 41.152 habitantes pelo censo em 2010 e estimado em 43.960 para o ano de 2018, localizada na região nordeste e distante 96 km da capital do Estado. A cidade teve um crescimento populacional importante nas duas últimas décadas em função das usinas de açúcar. Tem índice de pobreza de 69,89%. (IBGE, 2016)

Fig.1- População estimada em 2018



Fonte: IBGE, 2018

Não há indústrias. Há um comércio informal acentuado e com pequenos comércios lojistas. O município não consegue absorver a mão de obra e o trabalho fica praticamente restrito a cargos públicos nos diversos setores da prefeitura. Como em várias cidades brasileiras, esse crescimento não foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infra-estrutura, e, muito menos, de um desenvolvimento social.

Devido à sua situação geográfica estratégica, Teotônio Vilela tem sido utilizada na rota do tráfico de drogas do Nordeste para o Sudeste com todas as conseqüências desse fato: violência e aumento do consumo de drogas. A cidade vive basicamente da agricultura e a cana de açúcar é um grande empregador através das usinas. O índice de população ocupada é 11,4%, representando 5062 pessoas. (IBGE, 2016)

A festa da emancipação e diversos festivais fazem a alegria da população e dos visitantes. A atividade política partidária é polarizada entre grupos políticos tradicionais que vêm se revezando à frente da administração municipal ao longo de décadas. A política tradicionalmente é de cunho assistencialista.

Na área de saúde, a cidade vem sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência, e cuidado hospitalar, embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar. Há 15 anos o município adotou a estratégia de saúde da família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 13 equipes na zona urbana e cinco equipes na zona rural cobrindo 100%% da população (e-GESTOR, 2018)

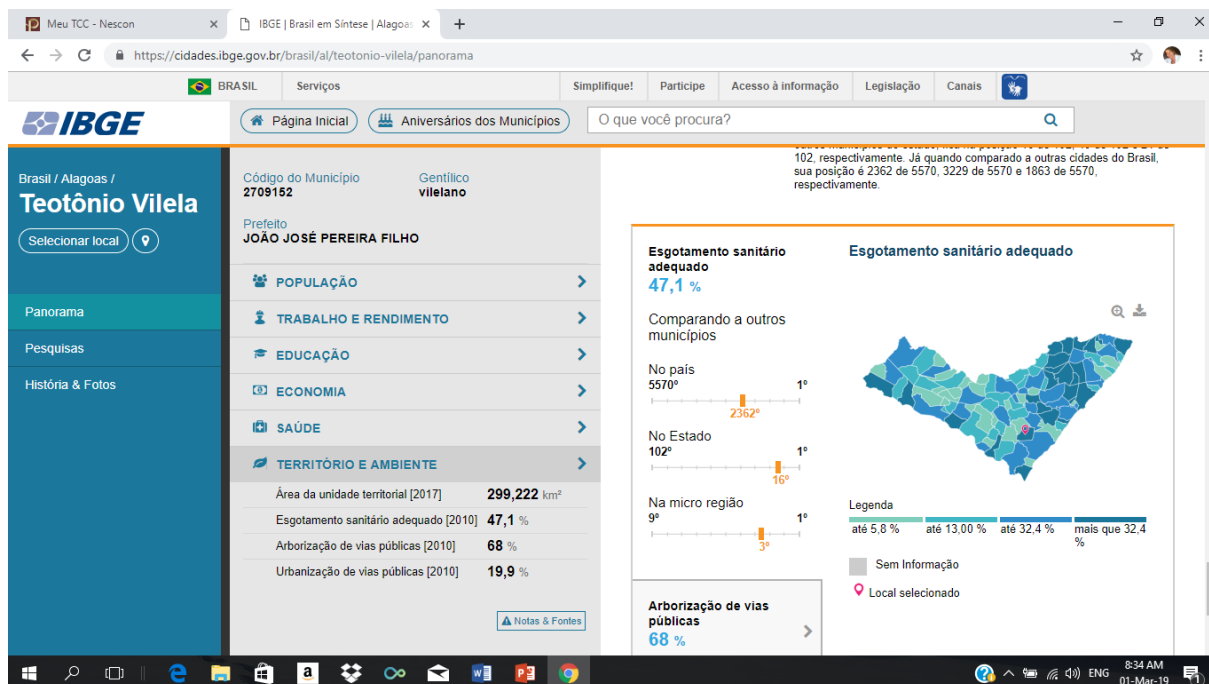
Um grande problema no desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos. Esta situação tem sido sanada com a chegada do Programa Mais Médicos e da adesão do município ao Programa, suprimindo as unidades. Ainda assim há evasão de médicos e 4 das 20 equipes ainda estão descobertas ou sofrendo a rotatividade de profissionais.

1.2. ASPECTOS DA COMUNIDADE DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (UBS) NEUZA JOSEFA

A comunidade de responsabilidade da UBS Neuza Josefa é central e abarca uma quantidade considerável de bares e pequenos comércios. Nas residências não é incomum encontrar pequenos comércios onde se vende confeitos, e outros alimentos industrializados, como também bebidas alcoólicas. Com um índice de pobreza de 69,89% (IBGE, 2010), hoje, a população empregada vive basicamente do trabalho na Prefeitura Municipal (PM) e vive da prestação de serviços e da economia informal. É grande o número de desempregados e subempregados.

A estrutura de saneamento básico na comunidade, apresentado pelo IBGE em 2010, e não atualizado, é de 47,1% não sendo encontrados dados da situação atual. Quanto à coleta de lixo, foi informado pelo coordenador de saúde local que é feito o recolhimento nos domicílios, o que pode ser observado no cotidiano, no município. O destino final do lixo não foi informado.

Fig 2-Saneamento Básico em 2017 referente ao censo de 2010



Fonte: IBGE 2017

Em visitas da equipe, na comunidade, através de visitas que se chamou visitas-consultas nas microáreas todas, observou-se que, parte da comunidade vive em moradias sem ventilação, pouco arejadas e com ajuntamento de pessoas. O analfabetismo é elevado sobretudo entre os maiores de 40 anos. Dados encontrados para a população analfabeta maior de 15 anos, apresentados no IBGE de 2017, apresentam índices não compatíveis com a realidade encontrada nas microáreas da equipe. Uma população substancial de adultos visitados ou presentes nas consultas não consegue ler as receitas, erram as medicações e as horas de tomadas de medicamentos por analfabetismo, gerando sérias distorções de tratamentos prescritos e conseqüentemente as chamadas “descompensações” em níveis pressóricos e glicêmicos. Aqui enfatizamos, oportunamente, a falta do Agente de Saúde atuando nos domicílios, cuja atuação contribuiria exponencialmente com a minimização do problema.

Fig.3- Índice de analfabetismo em Teotônio Vilela divulgado no site do Ministério Público do Paraná, data não disponível.

Cod_IBGE	UF	Município	População analfabeta com 15 anos ou mais de idade	Porcentagem de analfabetos com 15 anos ou mais de idade
2709103	Alagoas	Taquarana	4.767	44,3
2709152	Alagoas	Teotônio Vilela	8.630	38,9
2709202	Alagoas	Traipu	7.967	54,0
2709301	Alagoas	União dos Palmares	15.365	41,4
2709400	Alagoas	Viçosa	6.566	38,6
	Amapá			
1600105	Amapá	Amapá	699	17,3

Fonte: Ministério Público do Paraná

http://www.educacao.mppr.mp.br/arquivos/File/dwnld/analfabetismo/dados_estatisticos/populacao_analfabeta_por_municipio_brasil.pdf

Não se vê trabalhos de associações. Não há associações de bairros e não se vê o Conselho da Saúde atuar de forma incisiva, como uma ferramenta realmente com participação popular. A população recebe as determinações e acatam o que é oferecido a ela. É um regime bastante assistencialista. Não há Organizações Não Governamentais (ONGs) ou trabalhos assistenciais, exceto os trabalhos oferecidos pela gestão.

Esses trabalhos, em sua maioria, são feitos tentando adequar o processo de trabalho às diretrizes do SUS, voltados para crianças, hipertensos, diabéticos e gestantes.

Não há participação popular na produção da saúde.

A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e comemora as festas religiosas, em particular as festas juninas.

Em Teotônio Vilela, trabalham 18 Equipes de Saúde da Família, cinco rurais e doze urbanas, todas com Saúde Bucal também. No mês atual foi fechada uma unidade da zona rural por contenção de despesas, segundo justificativa da Secretaria de Saúde.

Quadro 1-Perfil epidemiológico da área de abrangência da UBS Neuza Josefa, PSF 15, Teotônio Vilela-AL, 2018.

INDICADORES	MICRO 1	MICRO 2	MICRO 3	MICRO 4	MICRO 5	MICRO 6	MICRO 7
Proporção de idosos Pop. 60 anos e mais/pop total	57	15	29	25	59	19	22
Pop. alvo para rastreamento de câncer de mama	22	25	36	22	25	24	19
Pop. alvo para rastreamento de câncer de colo	15	35	92	85	75	125	91
Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata	25	20	44	30	60	56	17
Portadores de hipertensão arterial esperados:	43	43	53	48	44	62	43
Portadores de hipertensão arterial cadastrados: →SISAB	43	43	53	48	44	62	43
Relação hipertensos esperados/cadastrados	43	43	53	48	44	62	43
Portadores de diabetes esperados:	13	08	14	19	28	17	12
Portadores de diabetes cadastrados: →SISAB	13	08	14	19	28	17	12
Relação diabéticos esperados/cadastrados	13	08	14	19	28	17	12

Fonte: Registro da Unidade de Saúde Neuza Josefa Firmino-Teotônio Vilela-AL

Quadro 2 – Principais causas de óbitos psf 15, Teotônio Vilela, 2017

Causa (Cap CID10)	Frequência segundo Causa (Cap CID10)
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	10
II. Neoplasias (tumores)	19
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	33
V. Transtornos mentais e comportamentais	5
VI. Doenças do sistema nervoso	4
VII. Doenças do aparelho circulatório	72
VIII. Doenças do aparelho respiratório	21
IX. Doenças do aparelho digestivo	19
X. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1
XI. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	1
XII. Doenças do aparelho geniturinário	5
XIII. Algumas afec originadas no período perinatal	16
XIV. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	1
XV. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	5
XVI. Causas externas de morbidade e mortalidade	76
TOTAL	289

Fonte: Registro na Vigilância Epidemiológica de Teotônio Vilela-AL

Quadro 3 – Causas de mortalidade infantil PSF 15, Teotônio Vilela, 2017.

CAUSA (CID 10)	FREQ.SEGUNDO CAUSA (CID 10)
N 39.0 Infecção trato urinário localiz.não espec.	1
W 27.9 Contato com ferram.manuais sem motor	1
P 59.9 Icterícia Neo Natal Não especif	1
P 39.9 Infec.prória do período perinatal Não especif	1
P 22.0 Síndrome da Angústia Respirat. Do Recém nascido	1
P 20.9 Hipóxia Intrauterina Não especif	1
P 20.9 Meningite Pneumocócica	1
TOTAL	7

Fonte: SIM, 2018

1.3. O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

A rede de Saúde é organizada funcionando com 17 unidades de Programa Saúde da Família, um hospital chamado Unidade Mista Nossa Senhora das Graças, um laboratório chamado Centro de Diagnósticos e atendimentos especializados com atendimento mensal no mesmo Centro de Diagnósticos:

Neurologia

Ginecologia

Ortopedia

Dermatologia

Otorrinolaringologia

Cardiologia

Oftalmologia

E especialidades que são referenciadas para Maceió:

Oncologia

Hepatologia

Neuropediatria

Cirurgias de grande porte

Hospital:

O Unidade Mista Nossa Senhora das Graças possui um centro cirúrgico para cirurgia geral de médio porte, fazendo os atendimentos de emergências passíveis de resolução ou encaminhando para o Hospital Geral do Estado os casos de complexidade maior.

Atenção Primária à Saúde:

As Unidades de Atenção Básica de Saúde trabalham com o Programa Saúde da Família e seguem as diretrizes do SUS para o mesmo.

Centro de Diagnósticos:

Atende à demanda de exames laboratoriais básicos solicitados pelas Equipes de Saúde da Família (eSF) como hemogramas, exames parasitológicos de fezes, exames de urina, raio-x e outros.

Assistência farmacêutica:

É centralizada para alguns elencos de medicamentos, como medicamentos controlados, e outros medicamentos são mantidos descentralizados, como anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, alguns antibióticos, analgésicos e outros.

Vigilância em Saúde:

É feita pelo setor próprio de Vigilância Sanitária

Relação dos pontos de atenção:

Observam-se, predominantemente, relações horizontais entre os pontos de atenção, ficando a unidade de saúde da família atuando como ordenadora e coordenadora dos fluxos e contra fluxos do cuidado.

Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF):

Apoio de especialista das áreas de Psicologia, Nutricionista e Educador Físico que fazem consultas semanais em local definido pela Secretaria de Saúde ou em consultas quinzenais espaço físico da Unidade de Saúde da Família (USF). Apenas o nutricionista e o psicólogo atuam de maneira pontual na unidade.

Atenção de Urgência e de Emergência:

Casos de média complexidade são atendidos na Unidade Mista Nossa Senhora das Graças sendo os casos graves encaminhados ao município de São Miguel dos Campos ou Maceió, para o Hospital Geral do Estado ou outro competente para o caso.

Relação com outros municípios:

A relação com outros municípios, sobretudo com as cidades circunvizinhas dá-se entre a atenção primária e serviços de urgência e emergência.

Consórcio de saúde: Consórcio Intermunicipal do Sul de Alagoas (CONISUL)
ALAGOAS

Modelo de atenção:

Predominantemente sanitarista, que pode ser reconhecido como predominante no Brasil no que se refere às formas de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde adotadas pela saúde pública convencional. Como exemplos do modelo sanitarista cabem ser citados os programas especiais, inclusive o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa de Saúde da Família (PSF), as campanhas sanitárias e as vigilâncias sanitárias e epidemiológicas, etc. descrito em Modelos de Atenção à Saúde no Brasil, por Jairnilson Silva Paim. Contudo a força do modelo Médico Hegemônico ainda é muito notória e impregnada na população e equipes, com conceitos de saúde e doença como mercadoria, quando se trocam participação popular (presença nas palestras de sala de espera) na saúde por “bônus” como recebimentos dos medicamentos para o grupo HIPERDIA e recebimento de fraldas pelo idoso, onde o cuidador apenas recebe se comparece às palestras; por medicalização dos problemas, por centrar na medicina curativa; por estímulo ao consumismo de medicamentos por muitos profissionais médicos e enfermeiros das unidades de saúde e por aceitação passiva das comunidades naquilo que lhes é oferecido, já que a população popular na construção da saúde não é incentivada e não é aplicada, como descrito nas Diretrizes do SUS para os trabalhos em Saúde da Família.

1.4 A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NEUZA JOSEFA – PSF 15

A Unidade de Saúde Neuza Josefa – PSF 15, foi inaugurada há cerca de 5 anos e está situada na rua Manoel Firmino sem número. É uma casa alugada, adaptada para ser uma Unidade de Saúde. A casa é antiga, porém reformada. Sua área pode ser considerada inadequada considerando a demanda e a população atendida (2.750 pessoas), e com espaço físico bem reduzido. Possui sala de Médico e Enfermeira, sala de vacina, sala de observação e farmácia, estas são bem pequenas não acomodando confortavelmente a cadeira do paciente, mesa do profissional e maca. Não cabe uma cadeira para um acompanhante, por exemplo. Igualmente para sala da enfermeira. As salas de vacina, observação e curativos são bem reduzidas, um metro e meio de largura para dois no máximo de comprimento. Não há uma sala para trabalhos ou reuniões com os grupos que comporte a população. No dia a dia, pacientes precisam aguardar acomodados fora da unidade, sentados onde encontram condições para fazer isso.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. Não existe espaço nem cadeiras para todos, e muita gente tem que aguardar o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Não há reuniões com a comunidade de uma forma geral, apenas com grupos pequenos de tabagistas, gestantes, hiperdias.

A unidade, atualmente não conta com todos os recursos adequados para o trabalho da equipe. Agentes não têm balanças nem outros acessórios para avaliar desnutrição infantil ou de adulto nos domicílios.

1.5 EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA NEUZA JOSEFA PSF 15

A Equipe é formada por 14 profissionais, apresentados a seguir:

1. Fernanda Freitas de Melo, casada, agente comunitária de saúde da microárea 4, que tem 139 famílias cadastradas. Mariana estudou até a 8ª série e trabalhava em uma pequena confecção como costureira, antes de trabalhar como ACS;
2. Tamires, 18 anos, solteira, estudante e agente comunitária de saúde da micro área 6, que tem 137 famílias cadastradas. É o primeiro trabalho dela, que pretende continuar os estudos e tentar vestibular
3. Welitânia, 20 anos, agente comunitária de saúde, trabalha na micro área 7.

4. Silvana ,25 anos, casada, dois filhos, agente comunitária de saúde da microárea 3, que tem 151 famílias cadastradas.
5. Ana, 20 anos, solteira, agente comunitária de saúde da microárea 1, que tem 112 famílias cadastradas.
6. Cícera, 45 anos, solteiro, agente comunitário de saúde da microárea 2, que tem 128 famílias;
7. Maria José (Nenen), 32 anos, solteira, um filho, auxiliar de enfermagem.
8. Elza Herminia Sabino Mendes, 60 anos, divorciada, médica. Formada há um ano e meio, participa da atual equipe há onze meses.
9. Elisângela, 32 anos, enfermeira, solteira. Trabalha em Saúde da Família há um ano, No princípio, teve algumas dificuldades na relação com a equipe que estava acostumada com outra enfermeira, que foram totalmente superadas;
10. Laisa, enfermeira que substituiu Elisângela, casada, tem uma filha e demonstra grande desejo de unir-se à equipe.
10. David, 38 anos, é cirurgião-dentista. Está há onze anos no PSF 15. É um profissional que trabalha dentro do cumprimento de metas.
11. Renata, 22 anos, auxiliar de saúde bucal. Trabalha como THD há três anos, tem o segundo grau completo e pensa em retomar os estudos e tentar fazer uma faculdade.
12. Celinha é técnica de enfermagem e é responsável pela farmácia, triagem e pré-consulta.
13. Rayana é técnica de enfermagem e também reveza entre farmácia, triagem e pré-consulta.
14. Vera(Maria José) é diretora da unidade, que substituiu Jaqueline, cargo este criado há um ano aproximadamente, para aliviar a enfermeira das tarefas antes anteriores, de essência administrativa.

1.6 FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE PSF 15

A Unidade de Saúde funciona das 7:30 h às 16:30 horas, segunda a sexta. Não há queixas sobre este horário. A população é acostumada a esta rotina, porque grande parte de profissionais mora na capital Maceió e fazem o percurso de ida e volta para Teotônio através de um veículo da Prefeitura.

1.7. O DIA-A-DIA DA EQUIPE PSF 15

O atendimento é iniciado às sete e trinta da manhã seguindo-se o cronograma definido pela equipe nas reuniões mensais. É relativamente fixo porque sempre há intercorrências devido a solicitações da secretaria para alguma ação não programada.

Quadro 4 - Cronograma de atendimento

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ	Visitas médicas domiciliares	Demanda espontânea de consultas médicas	Grupos de HIPERDIA	Demandas espontâneas de consultas médicas e da enfermagem	Dia de estudo do médico
	Consultas da enfermagem	Puericultura pela enfermagem	Consultas saúde bucal	Consultas saúde bucal	Consulta da enfermagem
	Consultas saúde bucal	Consultas saúde bucal			Consultas saúde bucal
TARDE	Pré natais	Demandas agendadas de consultas médicas e da enfermagem	Consultas agendadas médicas Ou	Demandas espontâneas de consultas médicas	Ações burocráticas da enfermagem
				Visitas domiciliares da enfermagem	
				Visitas saúde bucal	
			Grupo para Mulheres no Climatério ou menopausa Ou Consultas de Pacientes em uso de medicamentos Controlados (15 em 15 dias)		Consultas saúde bucal
	Consultas saúde bucal	Consultas saúde bucal	Consultas saúde bucal		

Fonte: Arquivos da ESF, 2018

Geralmente, a emergência atende-se entre intervalos de consultas, instalando o usuário na sala de observação e solicitando à equipe que inicie os primeiros procedimentos. É determinado um dia de visitas a acamados e domiciliados para cada profissional. Médico, enfermeira e cirurgião-dentista. Neste dia são avaliados os usuários também por microárea. Havendo necessidade de um usuário de outra área dá-se prioridade ao mesmo.

Quando há atendimento de grupos, tabagista ou gestantes, sempre é difícil ao médico parar o atendimento para participar e permitir participação dos usuários. Se não há atendimento há redução de produtividade e há advertência dada pela secretaria. O tempo do médico esteve ocupado, até meados de novembro de 2018, quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda agendada (100%) e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas.

Atualmente, implantou-se um grupo de hipertensos e diabéticos com um novo formato, com consultas em grupo e discussões de níveis pressóricos e glicêmicos com participação dos comunitários que vem sendo bem aceito pela comunidade.

A educação permanente está mais restrita à unidade.

Quadro 5: Visitas domiciliares realizadas pelos ACS por família segundo a micro área do PSF 15, Teotônio Vilela, 2018.

MICROAREA	FAMILIAS	VISITAS ANUAIS
1	112	1344
2	128	1536
3	115	1380
4	139	1668
5	151	1812
6	122	1464
7	130	1560

Fonte: Registros da Unidade Neuza Josefa Firmino- Teotônio Vilela-AL

Quadro 6: atendimentos de Médico e Enfermeiro nos grupos abaixo, por semana, do PSF 15, Teotônio Vilela- AL, 2018.

Especialidades	Medico	Enfermeiro	Total
Puericultura	20	20	40
Pré-natal	8	8	16
Hipertensão/Diabetes	20	20	40
Câncer	1	1	2
Tuberculose	2	2	4
Hanseníase	1	1	2
Total	52	52	104

Fonte: Registros da Unidade Neuza Josefa Firmino, 2018

Quadro 7 – Coberturas de atendimento da ESF, 2018

COBERTURAS	RESULTADOS
VACINAÇÃO	Mais de 95%
PRÉ-NATAL	100%
PUERICULTURA	80%
OUTRAS ATIVIDADES: Grupos de Tabagismo, Gestantes, Hipertensão	70%

Fonte: Registros da Unidade Neuza Josefa Firmino, 2018

As reuniões são para fechamento de mês. As ações propostas que atuam modificando o processo de trabalho em algumas situações, para adequar o mesmo às diretrizes do SUS, foram algumas vezes rejeitadas porque a resistência a deixar a “zona de conforto” que há muitos anos praticada pelas equipes é grande. Em um período de onze meses foram apresentados 4 projetos. Um deles foi aceito e com dificuldade implantado, no que dizia respeito as visitas irregulares dos ACS, sendo criada uma planilha onde eles deveriam comprovar realmente a visita. Contudo não incluía as ações nos domicílios. Não há registro de que trabalho o ACS faz nestas visitas. Há apenas registro de que esteve na porta da residência e contatou a família

ou não. E não há cobrança neste sentido. A situação não é pertinente à Equipe 15. É igualmente problema em todas as unidades do município. Foi questionado da coordenação de AB a respeito. E realmente o problema é geral. A ação iniciada, atualmente, não está sendo executada. Justificando que a SMS distribuiria um tablet ao ACS, deixou-se de registrar as visitas da maneira proposta.

1.8 ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE (primeiro passo)

1. Atuação inadequada dos ACS
2. Não adesão da equipe
3. Inexistência de participação popular na construção da saúde
4. Valorização de quantidade de atendimentos em detrimento de qualidade
5. Sistema baseado 100% em demandas agendadas pelo ACS
6. Limitação de conhecimentos do ACS para atuar com educação, prevenção e cuidados nas comunidades
7. Ausência de ações educativas permanentes nas comunidades
8. População centrada na doença e no médico (Modelo Médico Hegemônico)
9. Comunidades passivas quanto aos serviços da saúde e resistentes a mudanças de hábitos.
10. Pressão psicológica sobre diretores e equipe para resultados numéricos

1.9 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS (segundo passo)

Quadro 8. Priorização de problemas na UBS PSF 15, Teotônio Vilela, Alagoas, 2018.

Principais Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Desvio de função do ACS	Alta	10	Parcial	1
Não adesão da equipe	Alta	8	Total	1
Inexistência de participação popular na construção da saúde	Alta	7	Parcial	4
Valorização de quantidade de	Alta	7	Parcial	

atendimentos em detrimento de qualidade				
Sistema baseado 100% em demandas agendadas pelo ACS	Alta	6	Total	6
Ausência de ações educativas permanentes nas comunidades	Alta	5	Parcial	2
População centrada na doença e no médico (Modelo Médico Hegemônico)	Alta	5	Parcial	5
Comunidades passivas quanto aos serviços da saúde	Média	7	Parcial	3
Pressão psicológica sobre diretores e equipe para resultados numéricos	Alta	7	Fora	3

2 JUSTIFICATIVA

Buscando retomar antigas atribuições dos ACSs, propôs-se iniciar em novembro de 2017, após assumir nosso trabalho na unidade, iniciar as consultas domiciliares às famílias, autorizados pelo coordenador de AB do município.

Percebeu-se que havia, e há ainda, grande resistência da maioria no sair às visitas de porta em porta. Sair com o médico seria como retomar atribuições que eles já não se ocupavam e seria mais trabalhoso, já que as visitas nas áreas estavam bem entendidas com a comunidade, que seria apenas para marcar consultas apenas e que o uso do WhatsApp resolveria bem.

Críticas são escutadas de comunitários que queixam agentes não passarem na rua para marcar sua consulta como se fosse proibido a ele buscar atenção diretamente na unidade. E este é também um ponto crítico. Já foi apenas feito atendimento por demanda espontânea e observou-se que eram quase sempre os mesmos a buscarem as unidades, ou aqueles com maior possibilidade de chegar à unidade mais rapidamente, por morarem mais perto, ou que tinham vínculos de amizade com alguém da unidade que facilitasse o acesso, ou que tinham maior e melhor acesso à unidade por qualquer motivo.

Seja pelo que seja, acredita-se ser necessário sair da unidade e chegar novamente à comunidade para entender as doenças e dar saúde em cada domicílio. Entender porque uma criança nunca melhora um quadro respiratório mesmo tratando adequadamente. Ou porque um idoso não melhora o quadro hipertensivo mesmo adequadamente prescrito a medicação. Enfim, poderíamos avaliar muitas situações nessa consulta familiar. E com certeza orientar a família a evitar os riscos de doenças do restante da família se não adequarem a alimentação e o estilo de vida. E estas situações foram observadas. Idosos usando inadequadamente as medicações ou não usando, tomando antidepressivos sem prescrições, usando medicamentos a mais do necessário, consumindo sal ou açúcares de forma inadequada, crianças com enfermidades causadas por falta de higiene, convívio com adultos doentes, bebês com escabiose adequadamente tratados que reincidiam devido contato com adultos não tratados, enfim, situações que só se vê se adentrar ao domicílio realmente, pois muitas das vezes sonegam informações na consulta ambulatorial..

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Propor um plano de ação para resgatar as atribuições do ACS determinadas pelo Ministério da Saúde (MS)

3.2 Objetivos específicos

- Promover a volta do ACS às suas reais atribuições.
- Desenvolver visitas domiciliares e incrementar a educação permanente adaptando o processo de educação à realidade das comunidades
- Aumentar o vínculo com a comunidade.

4 METODOLOGIA

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações.

Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon e documentos de órgãos públicos (ministérios, secretarias, etc.) e de outras fontes de busca para revisão bibliográfica.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso

Para a definição das palavras-chave e *keywords* utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde

Após as consultas sugeridas nos textos, buscou-se discutir com a Equipe de Saúde da Família (eSF) e após consenso, aplicar as experiências apresentadas e as teorias na execução deste trabalho onde o foco é a importância do papel do ACS na continuidade e manutenção de cuidados das famílias e comunidades.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017). Assim, o PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Nasceu dando continuidade ao processo iniciado com as Ações Integradas de Saúde (AIS), o qual foi seguido pelo movimento denominado Reforma Sanitária – amplamente debatida por ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, cujas repercussões culminaram na redação do artigo 196 da Constituição de 1988 –, a efetiva consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) está diretamente ligada à superação dessa problemática (BRASIL, 2017).

5.2 Atenção Primária à Saúde

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, 1978).

5.3 Agente Comunitário de Saúde

É a categoria criada em 1994, na gestão do então Ministro da Saúde, José Serra. O programa de Agentes Comunitários de Saúde é hoje considerado parte da Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a Saúde da Família. No PACS, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Programa Agentes Comunitários da Saúde, Brasília-DF, 2001)

Resultou da criação do PACS (Programa dos Agentes Comunitários de Saúde) em 1991, como parte do processo de construção do Sistema Único de Saúde, estabelecida por norma constitucional em 1988, O Agente Comunitário de Saúde é capacitado para reunir informações de saúde sobre uma comunidade. Inicialmente, deveria morar na rua onde trabalhasse, mesmo bairro, mesma região, selecionado por ter um bom relacionamento com seus vizinhos e condição de dedicar oito horas por dia ao trabalho de ACS. Orientado por supervisor da unidade de saúde, realiza visitas domiciliares na área de abrangência da sua unidade, produzindo informações capazes de dimensionar os principais problemas de saúde de sua comunidade. (WIKIPÉDIA Enciclopédia Livre)

5.4. Educação em Saúde

Machado E Wanderley (2015), citando Gonçalves et al (2008) enfatizam que “a educação permanente em saúde é essencial como política norteadora dos processos educativos contínuos nos diferentes arranjos assistenciais do SUS, com suas diversas denominações; e a educação popular em saúde, que reconhece que os saberes são construídos diferentemente e, por meio da interação entre sujeitos, esses saberes se tornam comuns ao serem compartilhados”.

Quando se ensina, segundo os autores, não é necessária apenas uma priorização de conteúdo mas deve-se levar em conta “como ensinar” para atingir o objetivo: a realidade transformada a partir da mudança do comportamento a partir de novos conhecimentos, muito observado em uma população adulta. Na vista domiciliar (VD), onde é possível conhecer os comunitários no âmago de seus domicílios e núcleos familiares, a educação permanente torna-se essencial. É aí nesse espaço, que os indivíduos produzem sua vida, e com maior conhecimento e educação permanente forjará mais saúde e melhores condições ainda que com as limitações muitas vezes encontradas.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “desvio de função do ACS”, que tem demonstrado ser uma das principais causas de descontinuidade dos

cuidados em saúde da família nas comunidades, bem como tem levado a eSF e o próprio município, ao distanciamento do cumprimento das diretrizes do SUS para o PSF no município estudado e é abordado, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Ao início do trabalho como médica na eSF em questão, observou-se de maneira incisiva, o alheamento dos Agentes Comunitários de Saúde de suas atribuições, conforme determinam as diretrizes do SUS na Lei 11.350\06 e atualizada na Lei 13.595\18. O agente, que nasceu para exercer a tarefa de reduzir a mortalidade infantil em 1987, no Ceará, fortalecido em 1997 com o mesmo objetivo, fora o embrião do atual PSF. E através de suas visitas e educação permanente nos domicílios mudou o quadro lamentável de mortalidade materna e infantil do Ceará.

Nos dias atuais, o dia de visitas dos profissionais já é programado e divulgado no cronograma mensal. Durante as visitas, o ACS sempre acompanha o profissional do nível superior, médico, dentista e enfermeiro. Mas observa-se uma indiferença no mesmo enquanto as consultas são efetuadas. Não desfrutam o momento e não o aproveitam para intervir com educação ou ações como pesar idosos ou crianças, medir, avaliar focos de dengue ou outras situações de precária higiene. Descuidos com crianças ou idosos.

6.2 Explicação do problema selecionado

Em dados divulgados amplamente nos cadernos SUS, e nas páginas publicadas pelo Ministério da Saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi criado em junho de 1991, pelo Ministério da Saúde (MS), visando contribuir para uma melhor qualidade de vida, investindo maciçamente na educação em saúde. Oficialmente implantado, o programa teve início no fim da década de 80 como uma iniciativa de algumas áreas do Nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e São Paulo) em buscar alternativas para melhorar as condições de saúde das comunidades. Ser Agente Comunitário de Saúde (ACS), segundo a página publicada pelo HUMANIZASUS (2013), é antes de tudo, ser alguém que se identifica, em todos os sentidos, com sua própria comunidade, principalmente na

cultura, linguagem e costumes. Ser agente de saúde é viver dia a dia a vida da comunidade. É o profissional responsável por atuar na promoção e prevenção na saúde, mapeando as condições de saúde das famílias e reduzindo a morbimortalidade através da educação em saúde.

Levando-se em consideração que a função primordial do agente de saúde está centrada nas visitas domiciliares e no cuidado das famílias, sobretudo através de educação em saúde, entre outros cuidados esperados, o distanciamento do ACS de funções inerentes à suas atribuições, descritas pelo Ministério da Saúde (MS), têm criado um sistema de saúde diverso do pretendido pelo PSF. Com funções concentradas apenas no agendamento de consultas e encaminhamento de demandas apresentadas, inclusive usando o aplicativo *whatsapp*, isento do compromisso de educação em saúde, o agente vem perdendo seu papel gerando, entre outros problemas, uma concepção de saúde centrada no médico ou na Unidade.

Espera-se que os cuidados da Unidade de Saúde às famílias e aos comunitários, em todas as faixas de idade e grupos de risco ou não, tenham continuidade nos domicílios. E esta continuidade atualmente, inexistente. E com uma visita apenas semanal a acamados e domiciliados, os profissionais não conseguem vislumbrar a situação das comunidades. O cuidado continuado, é imprescindível que fique com os agentes, através de visitas domiciliares efetivas, onde possam observar não apenas se as orientações e tratamentos recebidos estão sendo corretamente feitos, se crianças e idosos estão sendo cuidados, mas observar o desenvolvimento das crianças. E intervir com propriedade dentro de suas atribuições de educador em saúde.

Atualmente, exerce funções tais como marcação de consultas agendadas para os profissionais da eSF, entrega de marcações de consultas especializadas determinadas pelo Centro de Marcações, e entrega de exames laboratoriais. Com praticamente 100% dos atendimentos como consulta agendada e estando estas marcações na dependência da visita do ACS às famílias, o comunitário, em regra, não pode buscar espontaneamente sua própria consulta.

Tal prática cria, por isso, uma demanda altamente reprimida levando os usuários à busca do local onde acaba por ter um pronto-atendimento, sem a intervenção do ACS e independente de necessitar a visita do mesmo, que o usuário nunca sabe quando será.

Este lugar passa a ser o Hospital local que acaba exercendo, há décadas, função ambulatorial, dificultando de maneira relevante o atendimento e a organização do atendimento das urgências hospitalares. E por outro lado, a eSF perde sua função de cuidadora, perdendo o vínculo e a história da saúde daquele comunitário.

Com a perda deste vínculo do usuário com o ACS, perde-se também o vínculo com a eSF, o cuidado é descontinuado e a rede de saúde torna-se fragilizada. Ausente o ACS de suas reais funções, a educação e a prevenção inexistem nas comunidades. Limitam-se às palestras na sala de espera, nem sempre tão efetivas, já que a ansiedade do momento é pela consulta e é notório o desconforto dos usuários com a interrupção das consultas por palestras.

6.3 Seleção dos nós críticos

- **Nó crítico 1: Desvio de função do ACS**

Subordinados à Secretaria Municipal de Saúde(SMS) o ACS executa os mandos impostos pela própria SMS, e permanece alheados de suas reais atribuições levando-os ao afastamento dos cuidados em saúde das comunidades.

Agentes desviados de suas funções deixam de ser educadores e agenciadores da saúde praticamente por uma pressão social. O desemprego que atinge mais de 50% da população do município deixa o ACS vulnerável às ordens da SMS e termina por manter-se em uma “zona de conforto” que o acomoda em outras funções e o desestimula a lutar para reaver suas atribuições por lei

- **Nó crítico 2: Nível de informação e intercâmbio da eSF e comunitários**

Não há uma relação efetiva de ACS com comunitários de intercâmbio com os comunitários. É uma relação frágil, onde se percebe que há uma subjugação do usuário à vontade do ACS de visitá-lo. Isso fragiliza também as informações.

- **Nó crítico 3: Não há participação popular na construção da saúde.**

Com o incremento de reuniões do ACS e eSF com cada micro área, , facilitaria as trocas de informações com a comunidade. Assim a eSF teria

grande ambiente de aprendizagem de costumes dos comunitários e compreensão mais plena de seus determinantes de saúde e doença, e suas maneiras de lidar com elas. No quadro atual, faltam motivações para as reuniões de grupos levando a Secretaria de Saúde a incentivar trocas de bônus sociais por participação em momentos educativos, o que não contribui para fortalecer o vínculo entre eSF e comunidade.

- **Nó crítico 4:** Pequeno espaço para trabalho nos setores do enfermeiro, do médico, do diretor, da sala de espera, da vacina
Não há locais adequados para trabalhar com grupos. (E não há abacateiro!!!!). Totalmente inadequado.
- **Nó crítico 5:** Processo de trabalho baseado em índices quantitativos

6.4 Desenho das operações

Quadro 9: Operações sobre o “**nó crítico 1**” relacionado ao problema “**Desvio de função do ACS**”, na comunidade sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 15, do município de Teotônio Vilela, Alagoas, 2018

NÓ CRÍTICO 1 Desvio de função do ACS	Desvio de função do ACS
Operação (operações)	Corrigir as falhas que levaram o ACS ao distanciamento das atribuições originais determinadas pelo MS nas Diretrizes do SUS para o PACS
Projeto	Redesenhando o papel do ACS no PSF : Reinserção do ACS em suas atribuições originais
Resultados esperados	Aumentar o vínculo da comunidade com a eSF Aumentar os cuidados com a Saúde das Famílias Promover educação permanente nos domicílios Dar continuidade aos cuidados oferecidos pela eSF
Produtos esperados	Reuniões mensais para promoção da participação popular na produção da saúde Redução considerável de enfermidades provocadas por ignorância das causas das doenças (tratamento da água, higiene do ambiente, alimentação adequada, etc)
Recursos necessários	Estrutural: ambiente para reuniões entre eSF, ACS e comunidades Cognitivo: conhecimento das causas mais comuns das enfermidades

	Financeiro: recursos para confecção de portfólios educativos, equipamentos (balança, fita métrica) Político: adesão do gestor local
Recursos críticos	Estrutural: Adequar espaço para reuniões com comunitários Cognitivo: conhecimento das diretrizes do SUS para o PSF e compreensão das reais funções de cada categoria da eSF Político: adesão do gestor local e mobilização social para promoção dos encontros com comunitários Financeiro: aquisição de equipamentos e material para portfólios
Controle dos recursos críticos	Enfermeiro, médico e diretor da Unidade podem dirigir as ações
Ações estratégicas	Reinserção do ACS em suas atribuições
Prazo	Um ano
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Enfermeiro e diretor da unidade
Processo de monitoramento e avaliação das ações	eSF em reuniões mensais

Quadro 10 - Operações sobre o “**nó crítico 2**” relacionado ao problema “**Nível de informação e intercâmbio entre eSF e comunitários**”, na comunidade sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 15, do município de Teotônio Vilela, Alagoas, 2018

NÓ CRÍTICO 2 Nível de informação e intercâmbio entre eSF e comunitários	Inadequado sistema de informações e comunicação entre comunitários e equipe através do ACS
Operação (operações)	Adequar o sistema de informações e inter-relação dos comunitários com a equipe.
Projeto	Jornal mensal : ComunicAção
Resultados esperados	Aumentar o nível de informações sobre ações da eSF Estabelecer um canal confiável de comunicação entre eSF e Comunidades Fortalecer o elo entre equipe e comunitários
Produtos esperados	Orientações e informações de forma mais eficaz sobre ações da equipe. Participação maior do comunitário nos projetos da unidade
Recursos necessários	Estrutural: computador com impressora ou gráfica ou centro de impressão Cognitivo: conhecimento de técnicas de comunicação em massa e habilidade com edição de imagens e textos Financeiro: recursos para o jornal Político: adesão do gestor local
Recursos críticos	Estrutural: conhecimento técnico da equipe

	Cognitivo: conhecimento e habilidades com informática Político: adesão do gestor local e mobilização social para promoção dos encontros com comunitários Financeiro: aquisição de equipamentos e material
Controle dos recursos críticos	Enfermeiro, médico e diretor da Unidade podem dirigir as ações
Ações estratégicas	Providenciar espaço físico e cronograma mensal para todas as micro áreas
Prazo	6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Enfermeiro e diretor da unidade
Processo de Monitoramento e Avaliações das Ações	Equipe em reuniões mensais

Quadro 11 - Operações sobre o “**nó crítico 3**” relacionado ao problema “**Não há participação popular na construção da saúde**”, na comunidade sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 15, do município de Teotônio Vilela, Alagoas, 2018

NÓ CRÍTICO 3 Não há participação popular na construção da saúde	Inexistência de participação do comunitário nos projetos que envolvem a população
Operação (operações)	Promover reuniões mensais, ou quinzenais entre comunitários, equipe e ACS
Projeto	Escutando Você
Resultados esperados	Aumentar o nível de escuta Entender o que a comunidade entende e deseja em saúde Aumentar o respeito aos saberes populares Fortalecer o elo entre equipe e comunitários
Produtos esperados	Reuniões mensais entre comunitários – ACS – Equipe Propostas sugeridas pelos comunitários Discussões de temas sobre como ter melhor qualidade de vida com mais educação em saúde
Recursos necessários	Estrutural: ginásio de esportes ou igreja, ou outro espaço que viabilize Cognitivo: conhecimentos e habilidades em Saúde da Família e de Comunidades Financeiro: não se aplica Político: adesão do gestor local
Recursos críticos	Estrutural: conhecimento técnico da equipe Cognitivo: conhecimento e habilidades com informática Político: adesão do gestor local e mobilização social para promoção dos encontros com comunitários Financeiro: aquisição de equipamentos e material
Controle dos recursos críticos	Enfermeiro, médico e diretor da Unidade podem dirigir as ações
Ações estratégicas	Comunicar com antecedência as ações da equipe aos comunitários e apresentar assuntos pertinentes à saúde comunitária
Prazo	6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Enfermeiro e diretor da unidade
Processo de Monitoramento e Avaliações das Ações	Equipe em reuniões mensais

Quadro 12 - Operações sobre o “**nó crítico 4**” relacionado ao problema “**Inadequação de espaço**”, na comunidade sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 15, do município de Teotônio Vilela, Alagoas, 2018

NÓ CRÍTICO 4 Inadequação de espaço	Pequeno espaço para trabalho nos setores do enfermeiro, do médico, do diretor, da sala de espera, da vacina Não há locais adequados para trabalhar com grupos.
Operação (operações)	Aumentar o espaço físico atual com uma reforma ou mudança de local
Projeto	Abrindo espaços
Resultados esperados	Atendimento médico e da enfermagem mais adequados Maior motivação dos comunitários em reuniões de grupos na unidade
Produtos	Sala com medidas ergonômicas para enfermeiro e médico

esperados	Sala de espera mais confortável e arejada, com espaço e mobílias suficientes para receber os comunitários
Recursos necessários	Estrutural: sala para reuniões entre eSF, ACS e comunidades Cognitivo: não se aplica Financeiro: recursos do município e do Ministério da Saúde Político: adesão do gestor local
Recursos críticos	Estrutural: Adequar espaço para reuniões com comunitários e atendimentos Cognitivo: não se aplica Político: adesão do gestor local e mobilização social para promoção dos encontros com comunitários Financeiro: aquisição de equipamentos e reforma do imóvel
Controle dos recursos críticos	Enfermeiro, médico e diretor da Unidade podem dirigir as ações
Ações estratégicas	Melhoria de qualidade de atenção e adesão de comunitários aos grupos de prevenção
Prazo	Um ano
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Secretaria de Saúde
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Secretaria de Saúde

Quadro 13 - Operações sobre o “**nó crítico 5**” relacionado ao problema “**Processo de trabalho baseado em índices quantitativos**”, na comunidade sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 15, do município de Teotônio Vilela, Alagoas, 2018

NÓ CRÍTICO 5 Processo de trabalho baseado em índices quantitativos	Equipe trabalha em busca de resultados quantitativos de atendimentos em detrimento da qualidade por uma pressão externa.
Operação (operações)	Reorganizar processo de Trabalho buscando priorizar a qualidade da atenção, amplificar a escuta e ampliar ações com os pacientes afetados por doenças crônicas Hipertensão e Diabetes Mellitus e acompanhamento de mulheres em climatério e menopausa com ou sem transtornos.
Projetos	Hiperdia sim! Descompensado não Melhorpausa
Resultados esperados	Adequar índices glicêmicos e pressóricos dos comunitários afetados dando a eles educação permanente e mais ênfase acompanhamento e discussão de casos entre o grupo dando mais atenção ao paciente e valorizando mais a ação do que o número de atendimentos. Dar às mulheres maior serenidade para fazer a transição entre período desde climatério e menopausa com uma atenção mais diferenciada às suas queixas.
Produtos esperados	Reuniões semanais para promoção da participação de hipertensos e diabéticos promovendo também sua contribuição na produção da saúde Redução considerável de enfermidades provocadas por ignorância das causas das doenças e descompensação por alimentação adequada e inadequado estilo de vida.
Recursos necessários	Estrutural: ambiente para reuniões entre eSF, ACS e comunidades Cognitivo: conhecimento das causas mais comuns das enfermidades Financeiro: recursos para confecção de portfólios educativos,

	equipamentos (balança, fita métrica) Político :adesão do gestor local
Recursos críticos	Estrutural: Adequar espaço para reuniões com comunitários Cognitivo: conhecimento científico das enfermidades e práticas holísticas na busca da saúde Político: adesão do gestor local Financeiro: aquisição de equipamentos e material para portfólios
Controle dos recursos críticos	Enfermeiro, médico e diretor da Unidade podem dirigir as ações
Ações estratégicas	Promover na equipe a inversão de valores, possibilitando que entenda a necessidade de dar maior qualidade de vida ao comunitário em detrimento da busca por quantidade de atendimentos.
Prazo	6 meses a 1 ano
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Enfermeira, médico, ACS
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Em reuniões mensais ou extraordinárias da equipe

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É mister que o ACS volte a exercer suas primárias atribuições. Acredita-se ser fundamental para voltar ao eixo de uma saúde centrada em prevenções além de resoluções de doenças quase sempre difíceis de eliminar, já que se tem sabidamente uma população que envelhece a cada dia, uma população que será cada dia maior em idade e problemas, segundo as projeções da OMS. O trabalho do ACS é sabidamente a estratégia mais eficaz para promover educação e levar saúde às comunidades. É com seu trabalho que se consegue dar continuidade de cuidados iniciados pela eSF, seja na Unidade ou nas comunidades.

O desvio de funções do ACS, originalmente agenciador de saúde no âmbito familiar, levando educação, cuidado, promovendo a prevenção de doenças que, no seu início, reduziu drasticamente a mortalidade infantil de parte do Nordeste, para inseri-lo na logística da distribuição de marcações, exames e agendamento de consultas vem provocando um alheamento destrutivo e severo da categoria com as comunidades. Vem provocando, ao longo dos anos, um distanciamento de propósitos que nortearam a criação da função na década de noventa, como estratégia de combate aos determinantes de doenças dentro das famílias e nas comunidades.

E com a anuência das Secretarias de Saúde, que não têm percebido o equívoco, as comunidades estão voltando ao sistema de saúde centrado no médico, sendo cerceadas de buscar a atenção por demanda espontânea, obrigadas a aguardar que o ACS passe pelo domicílio, o que nem sempre ocorre, e que se submete a um agendamento sem critérios, que muitas vezes vem a favorecer os mais próximos, amigos, parentes, vizinhos, e nem sempre os mais necessitados. E assim, cria uma demanda reprimida, insatisfeita, que enche as emergências do único hospital do município, onde encontram portas abertas.

Este alheamento também fecha, de alguma forma, os ouvidos à escuta e inibe a participação da comunidade nas discussões da produção da saúde que é imperiosa. Esta ação possibilita um conhecimento com profundidade da realidade, do pensamento e costumes de cada micro área. Buscando fazer com que a Saúde seja produzida por comunidade e equipe, acreditamos que incrementando pequenas ou grandes ações poder-se-á, realmente, trabalhar como Saúde da Família.

O desvio de função do ACS leva ao distanciamento entre o mesmo e comunitários e afasta também a possibilidade de co-responsabilizar os últimos por sua saúde. Sem a presença do profissional no seu cotidiano, aumenta nas famílias a crença de que a saúde vem da Unidade, está na unidade e é responsabilidade apenas dela, e provoca uma descontinuidade de cuidados promovidos pela eSF, pois o ACS, que deveria ser o grande elo de união entre equipe e comunidades, tem se ocupado com a logística de marcações de consultas e entregas de resultados, que poderiam estar organizadas de outra maneira.

8 REFERENCIAS

BRASIL, **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, IDHM**, 2013. Disponível em [file:///C:/Users/HOME/Downloads/AtlasIDHM2013_Perfil_Teotonio-Vilela_al%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/HOME/Downloads/AtlasIDHM2013_Perfil_Teotonio-Vilela_al%20(2).pdf). Acesso em 22.2.19

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online], 2016a. (BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde** (DeCS). Brasília, [online] 2017. Disponível em: <http://decs.bvs.br/homepage.htm>). Acesso em: 19 set 2018

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@Brasília**, [online], 2016b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 11 set 2018

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avalicao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 22 set 2018

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 13 set 2018

CORRÊA, E. J. ; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>). Acesso em: 24 out 2018

Community Involvement. **Essential Service: Community Involvement in Health Care Management - The Story of Bonderi Health Center** Disponível em: <http://www.who.int/management/UsingDataToImproveServiceDeliveryCommunityInvolvement.pdf> Acesso em: 15 out 2018

FARIA H.P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Nescon/UFMG – 2 ed. Belo Horizonte, 2009. Disponível em:

https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo_de_trabalho_e_m_saude_2/3. Acesso em: 22 out 2018

HRSA MATERNAL&CHILD HEALTH. **The Maternal, Infant, and Early Childhood Home Visiting Program.** Disponível

em:<<https://mchb.hrsa.gov/sites/default/files/mchb/MaternalChildHealthInitiatives/HomeVisiting/pdf/programbrief.pdf>>

Defining the role of the community health worker Disponível

em:<<https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/community-health-workers/1/roles>>

Acesso em 15 out 2018

Machado, A. G. M., & Wanderley, L. C. S. (2012). **Educação em Saúde.** São Paulo. UNASUS UNIFESP. Recuperado em 17 junho, 2013, de: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade_09/unidade09.pdf.

MICHUNU, GG;GWELE, NS .The meaning of community involvement in health: the perspective of primary health care communities.Disponível

em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16045109> Acesso em : 15 out 201

POLICY BRIEF NO.3. **Sustaining Community-Based Health Initiatives**
‘Sustaining Community-Based Health Initiatives

Disponível em:<http://www.idc.co.ke/wp-content/uploads/2016/12/policy-brief-3.pdf>
Acesso em:15 out 2018

SAIAS,T;LERNER,E et al. **Evaluating Fidelity in Home-Visiting Programs a Qualitative Analysis of 1058 Home Visit Case Notes from 105 Families**

Disponível em: [_https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3356353/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3356353/) Acesso em: 13 out 2018

Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. **Ministério da Saúde**, 1997. Disponível em: Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso em 24.out.2018