



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Shaiana Barcellos Vieira Azevedo

Cadastramento da Comunidade pelos Agentes
Comunitários de Saúde (ACS) e equipe de saúde, na
Unidade Básica De Saúde (UBS) Doutor Joaquim
Pereira Machado no município de Cardoso Moreira, RJ

Florianópolis, Janeiro de 2023

Shaiana Barcellos Vieira Azevedo

Cadastramento da Comunidade pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipe de saúde, na Unidade Básica De Saúde (UBS) Doutor Joaquim Pereira Machado no município de Cardoso Moreira, RJ

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Cinthia Rejane Corrêa
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023

Shaiana Barcellos Vieira Azevedo

Cadastramento da Comunidade pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipe de saúde, na Unidade Básica De Saúde (UBS) Doutor Joaquim Pereira Machado no município de Cardoso Moreira, RJ

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Profa. Dra. Marta Inez Machado
Verdi**
Coordenadora do Curso

Cinthia Rejane Corrêa
Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023

Resumo

Introdução: A demora na informatização do posto de saúde e o não treinamento dos funcionários, agentes e enfermeiros, tiveram como consequência informações incompletas e até ausentes de dados cadastrais importantes para o atendimento integral e qualitativo da comunidade, pois dificulta o reconhecimento e análise dos problemas atuais da população. **Objetivo:** Em decorrência dessas informações incompletas ou ausentes, observamos a necessidade de aumentar e melhorar o cadastramento dos usuários pertencentes à área de abrangência da UBS. **Metodologia:** O estudo se desenvolveu através de visitas domiciliares programadas, realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e entrevistas na própria unidade, pela equipe de saúde. O projeto se desenvolveu em um período de oito meses, através de reuniões bimensais, entre os membros da equipe envolvidos no estudo e capacitação dos profissionais da unidade, as análises dos dados coletados, e principalmente os problemas vividos na comunidade, foram alvo de discussões em equipe para descobrir formas de melhor atuação pra ajudar a população a solucionar os anseios vividos pela comunidade. **Resultados esperados:** O número de cadastramentos da comunidade local aumentou em 38%, assim como o preenchimento correto de dados. Identificamos indivíduos com mais de um cadastro no sistema (40%). Obstáculos também foram identificados pelos profissionais, como: não aceitação das visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (13%), não encontrarem a família no horário da visita (40%) e não aceitação do ACS como um profissional de saúde (4%). O cadastro das famílias, realizado durante a visita domiciliar, possibilita real conhecimento das condições de vida daquelas residentes na área de atuação da saúde da família, possibilitando cada vez mais um atendimento específico para aquela comunidade em particular.

Palavras-chave: Acolhimento, Agentes Comunitários de Saúde, Cadastro, Coleta de Dados, Visita Domiciliar

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	15
5	RESULTADOS ESPERADOS	17
	REFERÊNCIAS	19

1 Introdução

Exerço minha função de Médica da Família na Unidade Municipal de Saúde Dr Joaquim Pereira Machado, localizado na cidade de Cardoso Moreira, Rio de Janeiro. Nossa equipe trabalha com uma extensa área de cobertura, nossa territorialização cobre desde a área central do município, onde há mais moradias e população em maior quantidade, até chegar à zona rural, por isso a adversidade socio-cultural e financeira é muito evidente. A renda familiar varia desde 4 salários mínimos, até a ajuda de programas sociais como o bolsa família. A estrutura econômica da comunidade ainda é de muita dependência do poder público, desde a geração de empregos, até a aquisição de medicação e realização de exames complementares. O número de pessoas e famílias cadastradas em nossa área está muito aquém da realidade devido ao não cadastramento.

O sistema de informatização do posto foi iniciado há pouco tempo e não houve treinamento dos funcionários, agentes e enfermeiros. Esses aprenderam na prática e ainda não compreenderam a importância do sistema nutrido e as informações que se consegue extrair dele. A consequência disso são informações incompletas e até ausentes. Nossa população cadastrada no sistema é de 1548 usuários, porém esse número não condiz com realidade. Pois os cadastros começaram a ser realizados recentemente devido a ausência de computadores. A população total da nossa área de abrangência é de 2325, área adscrita, sendo a população total do município de 12826 habitantes e a prevalência maior é de adultos de trinta a cinquenta e nove anos ([ESTATÍSTICA, 2017](#)).

Os paciente têm cada vez mais procurado a unidade de saúde para o tratamento e controle continuado das afecções, sendo o perfil epidemiológico da nossa área de abrangência a prevalência de doenças crônicas como hipertensão e diabetes melitus e de doenças psiquiátricas, como a depressão. Sendo todos abordados com cuidados integral à saúde como um todo e não apenas nas doenças de base. Notamos que a falta de cadastramentos tem dificultado muito no reconhecimento e análise dos problemas atuais da população.

Elegemos o tema de baixo cadastramento da comunidade pelos agentes comunitários de saúde e equipe de saúde, devido à governabilidade ser de problema de controle total, assim toda a equipe pode trabalhar em conjunto para solucionar essa adversidade, com reuniões bimensais e capacitação dos profissionais. E futuramente conseguir fazer análises fideis dos problemas vividos na comunidade e elaborarmos maneiras mais eficazes e eficientes de abordagens.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Aumentar e melhorar o cadastramento dos usuários pertencentes à área de abrangência da UBS Dr Joquim Pereira Machado, no município de Cardoso Moreira, Rio de Janeiro.

2.2 Objetivos específicos

- Colaborar com a coleta de dados e conhecer o perfil sócio/econômico e de saúde da população, através de fontes como IBGE, visitas domiciliares e entrevistas na UBS;
- Realizar, por meio de reuniões bimensais, capacitação dos profissionais da unidade, a fim de contribuírem para a realização das análises fieis dos problemas vividos na comunidade;
- Elaborar, por meio dos dados obtidos, abordagens eficientes e eficazes para a população atendida na Unidade.

3 Revisão da Literatura

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) pode ser visto como uma retomada de proposições contidas nas políticas públicas federais que estiveram em evidência, desde meados dos anos setenta, até início dos anos oitenta. Nesse sentido, destacam-se o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) - 1976 - e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (7ª Conferência Nacional de Saúde, 1982), que visavam à extensão da cobertura e ampliação do acesso a serviços de saúde para grupos sociais ainda marginalizados (DONNANGELO, 1976). É possível considerar, de certa forma, que essas políticas tiveram alguma continuidade em diversas iniciativas de âmbito regional ou local, e que se traduziram em programas de tipo agentes comunitários de saúde, encampados pelo Ministério da Saúde como programa nacional, o PNACS (Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde), em 1991 (SES/SP; SMS/SP, 2006).

Documentos do Ministério da Saúde, de 1997 e 1999, reforçam o entendimento do PSF como uma estratégia para organização da atenção básica à saúde no país (BRASIL, 2001) (BRASIL, 1999) e, a partir de 1998, para a realização dos princípios do SUS — a integralidade, a universalidade, a equidade. Historicamente, a ideia que apoia a inserção do agente comunitário de saúde envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas, nomenclaturas e racionalidades, aparece em várias partes do mundo, ou seja, a ideia essencial de elo entre a comunidade e o sistema de saúde. Mais recentemente no PSF, eles foram incluídos em equipes de trabalho que contam com um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares de enfermagem, com proposta de atuação para a unidade básica, o domicílio e a comunidade. Entretanto, se por um lado, a definição das atribuições tem sido um dos resultados mais efetivos das negociações locais, segundo as suas realidades, os seus contextos, os seus agentes, por outro lado, a partir de uma recuperação histórica analítica desse sujeito, de sua inserção, do seu trabalho - ações e interações - consegue-se apreender as principais idéias e conceitos subjacentes à proposição de agentes de saúde em cada um dos momentos e contextos históricos (SILVA, 2001).

Os dados demográficos permitem quantificar grupos populacionais. Os dados sobre o número de habitantes, nascimentos e óbitos devem ser descritos de acordo com as características de sua distribuição por sexo, idade, situação do domicílio, escolaridade, ocupação, condições de saneamento, etc. Os indicadores demográficos e socioeconômicos são importantes para a caracterização da dinâmica populacional e das condições gerais de vida, às quais se vinculam os fatores condicionantes da doença ou agravo sob vigilância (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2009).

Por sua vez, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) coloca que:

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde”.

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade, e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (CONASS, 2007).

Sabendo que a territorialização é um dos pressupostos básicos para o trabalho do Programa de Saúde da Família, três sentidos diferentes e complementares devem ser considerados: a demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; o reconhecimento do ambiente, da população e a dinâmica social existente nessas áreas; e o estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência. Um local delimitado pelo PSF torna-se uma configuração territorial com atributos naturais ou elaborados pelo homem que influenciam no processo saúde-doença da população local. O reconhecimento dessa relação é um passo importante para a incorporação de conceitos e práticas da geografia no PSF bem como de atributos da população, favorecendo uma atuação compartilhada e responsável. Neste processo serão identificados os componentes familiares, a morbidade referida, as condições de moradia, saneamento básico, condições ambientais e sociais das áreas onde essas famílias estão inseridas. E nessa etapa, que já se inicia o vínculo da Unidade de Saúde / Equipe com a comunidade, a qual já será informada sobre a dinâmica e oferta de serviços disponíveis e que deverão ser, prioritariamente a sua referência. A partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes, a equipe possuirá os dados iniciais para traçar o perfil epidemiológico da população correspondente a sua área, favorecendo também o planejamento das ações a serem desenvolvidas para contribuir com a melhoria da qualidade de vida. Traçar o perfil epidemiológico da população consiste de um detalhado levantamento das características sociais e demográficas, ocorrência de morbimortalidade, condições ambientais e de consumo coletivo, e de controle social. Essa análise tem por objetivo elaborar o chamado “diagnóstico de saúde”. Apesar de ser uma prática antiga, nas últimas décadas foi, aos poucos, deixada de lado, e somente a partir da instituição da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) é que houve um maior incentivo para o retorno da utilização

dos indicadores de saúde (EDUCAÇÃO, 2018).

4 Metodologia

O estudo em questão foi elaborado e realizado para melhorar a captação e atendimento dos usuários pertencentes à área de abrangência da unidade básica de saúde Doutor Joaquim Pereira Machado, no município de Cardoso Moreira, Rio de Janeiro.

Foram realizadas coletas de dados para o correto preenchimento do cadastro e correção de dados incorretos e/ou incompletos dos pacientes já cadastrados anteriormente, atendidos na microárea pertencente à Unidade de Saúde.

O estudo desenvolveu-se por meio de visitas domiciliares programadas, realizadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e entrevistas na própria unidade, pela equipe de saúde.

Dedicaram-se os agentes comunitários de saúde, sendo esses elemento chave fundamental da pesquisa, devido ao vínculo próximo que possuem com a comunidade, além da enfermagem, funcionários do posto e médicos, durante as consultas.

O projeto transcorreu em um período de oito meses, através de reuniões bimensais, entre os membros da equipe envolvidos no estudo e capacitação dos profissionais da unidade. As análises dos dados coletados e, principalmente os problemas vividos na comunidade, foram alvo de discussões em equipe para descobrir formas de melhor atuação pra ajudar a população a solucionar os anseios vividos pela comunidade. Com os dados obtidos, elaboramos abordagens eficientes para a população atendida pela unidade de saúde.

5 Resultados Esperados

Os resultados esperados com este trabalho, eram o aumento do cadastramento da comunidade, assim como o correto preenchimento de todos os dados, afim do conhecimento sócio-epidemiológico e reais problemas vividos, para que pudéssemos traçar planos para ajudar a comunidade a buscar meios de soluçona-los.

Os resultados alcançados foram além dos esperados, a equipe como um todo se dedicou na busca não só dos dados epidemiológicos, mas também em descobrir os anseios e problemas que a comunidade julga mais importante e querem resolver primeiro.

Através de visitas domiciliares programadas com conversas formais e informais com as famílias (93%), coleta de dados domiciliares (85%) e em salas de espera (3%), informações obtidas durante consultas (5%) e reuniões bimensais onde toda a equipe apresentava os dados relevantes obtidos e discutiam-se as formas de atuação foi possível conhecer realmente os problemas de saúde local e suas causas, outros problemas que afetam o bem-estar das pessoas, quais os problemas que as pessoas consideram graves, crenças, costumes e hábitos que afetam a saúde, estrutura familiar e social, formas tradicionais de cura e solução de problemas, como as pessoas se relacionam umas com as outras, como as pessoas aprendem (por tradição e na escola), fontes de alimentos, fontes de combustível, água e outros.

O número de cadastramentos da comunidade local aumentou em 38%, assim como o preenchimento correto de dados. Identificamos indivíduos com mais de um cadastro no sistema (40%). Também foi possível identificar os obstáculos encontrados pelos profissionais como: não aceitação das visitas domiciliares realizadas pelo Agente Comunitário de Saúde (13%), não encontrarem a família no horário da visita (40%) e não aceitação do ACS como um profissional de saúde (4%).

O cadastro das famílias, realizado durante a visita domiciliar, possibilita real conhecimento das condições de vida daquelas residentes na área de atuação da saúde da família. Nessa perspectiva, são os ACS que mantêm o contato estreito com os usuários dos sistemas de saúde, e esse papel de interlocutor do ACS acontece em diversas partes do mundo e está tornando cada vez mais um profissional indispensável na saúde da comunidade. Ao realizar o cadastramento, o ACS torna possível levantar os principais problemas de saúde das famílias, contribuindo para que os serviços de saúde possam oferecer uma atenção mais voltada para as demandas, respeitando os problemas de cada comunidade.

Referências

BRASIL, M. da Saúde do. *Manual para a Organização da atenção Básica*. 1999. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao_atencao.pdf>. Acesso em: 16 Dez. 2018. Citado na página 13.

BRASIL, M. da Saúde do. *Programa Agentes comunitários de Saúde PACS*. 2001. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em: 16 Dez. 2018. Citado na página 13.

CONASS. Atenção primária e promoção da saúde. CONASS, Brasília, n. 1, 2007. Citado na página 14.

DONNANGELO, M. cecília F. *Saúde e Sociedade*. são paulo: Duas Cidades, 1976. Citado na página 13.

EDUCAÇÃO, P. da. *Perfil epidemiológico da área unidade de saúde da família*. 2018. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/perfil-epidemiologico-da-area-unidade-de-saude-da-familia/37931>>. Acesso em: 16 Dez. 2018. Citado na página 14.

ESTATÍSTICA, I. Instituto Brasileiro de Geografia e. *Panorama do município de Cardoso Moreira*. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/cardoso-moreira/panorama>>. Acesso em: 05 Nov. 2018. Citado na página 9.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Guia de vigilância epidemiológica. Ministério da Saúde, Brasília, n. 7, 2009. Citado na página 13.

SES/SP; SMS/SP. *Primeiro Relatório Técnico-Científico: novos modelos de Assistência à Saúde Avaliação do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo*. 2006. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/SES-SP/Uma_decada_PSF.pdf>. Acesso em: 19 Dez. 2018. Citado na página 13.

SILVA, J. A. da. O agente comunitário de saúde do projeto qualis: agente institucional ou agente de comunidade? são Paulo, n. 231, 2001. Curso de administração hospitalar, Faculdade de saúde pública da universidade de São Paulo. Cap. 1. Citado na página 13.