

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CARLA DE SOUZA MOREIRA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CAPACITAÇÃO DE AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**BELO HORIZONTE / MG**

**2017**

CARLA DE SOUZA MOREIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CAPACITAÇÃO DE AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. MsC. Edilaine Assunção  
Caetano de Loyola

**BELO HORIZONTE / MG**

**2017**

CARLA DE SOUZA MOREIRA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CAPACITAÇÃO DE AGENTES  
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof.<sup>a</sup> Edilaine Assunção Caetano de Loyola - orientadora

Examinador 2 – Prof. Nome – Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em        de        de 2017.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, que sempre protege e ilumina meus caminhos;

À minha família, pelo apoio e amor incondicionais;

Ao meu namorado e seus pais, pelo carinho e incentivo;

Ao município de Contagem, à equipe de Saúde da Família “Canadá” e aos pacientes, pelo acolhimento e ensinamentos constantes;

A todos que estiveram presentes e que torceram pelo meu sucesso.

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família é um modelo assistencial, operacionalizado mediante ações preventivas, promocionais, de recuperação e reabilitação das equipes de saúde da família. O desenvolvimento de suas principais ações se dá por meio dos Agentes Comunitários de Saúde. Eles agem como facilitadores na criação de vínculos, na reorganização do trabalho em equipe, na ampliação do acesso aos serviços de saúde e na comunicação entre usuários e profissionais de saúde. Também têm a função de desenvolver atividades de prevenção e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente. Assim, é possível notar que o processo de formação desse profissional merece mais atenção de gestores e profissionais da equipe. Contudo, sua capacitação mostra-se insuficiente e deficitária, sem preparação adequada para o exercício profissional. Este trabalho objetiva elaborar um Projeto de Intervenção para Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde da Estratégia Saúde da Família Canadá, em Contagem-MG. O Diagnóstico Situacional foi obtido por meio do método de Estimativa Rápida. Para desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional. O embasamento teórico foi feito com pesquisa nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. Conclui-se que os Agentes Comunitários de Saúde precisam ser reconhecidos e valorizados em relação ao seu papel na equipe de saúde. Eles levam informações às famílias e dialoga com elas, aproximando-as do serviço de saúde. A formação dos ACS é tão importante para a ESF quanto o é a especialização dos demais profissionais para o atendimento na unidade de saúde.

**Palavras-chave:** Capacitação; Agente Comunitário de Saúde; Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

The Family Health Strategy is an assistance model, operationalized through preventive and promotional actions of recovery and rehabilitation of family health teams. The development of its main actions takes place through the Community Health Agents. They act as facilitators in linking and reorganizing teamwork, expanding access to health services, and the communication between users and health professionals. They also have the function of developing prevention and promotion of health activities through individual and collective educational actions, in the residences and in the community, under competent supervision. Thus, it is possible to notice that the formation process of this professional deserves more attention of managers and professionals of the team. However, their training shows to be insufficient and deficient, without adequate preparation for the professional practice. This work aims to elaborate a Project of Intervention for Training of the Community Health Agents of Family Health Strategy Canada, in Contagem-MG. The Situational Diagnosis was obtained through the Fast Estimation method. For the development of the intervention plan, the Situational Strategic Planning method was used. The Theoretical background was performed by research in the Virtual Health Library databasis. It is concluded that Community Health Agents need to be recognized and valued in relation to their role in the health team. They take information to families and dialogue with them, bringing them closer to the health service. The formation of CHA is as important for the FHS as is the specialization of the other professionals for the assistance in the health unit.

**Keywords:** Training; Community Health Agent; Family Health Strategy.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agentes Comunitários de Saúde  
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida  
APS - Atenção Primária à Saúde  
BVS – Biblioteca Virtual em Saúde  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
CEMIG - Companhia Energética de Minas Gerais  
COPASA – Companhia de Saneamento de Minas Gerais  
DM – Diabetes Mellitus  
DRC – Doença Renal Crônica  
DST – Doença Sexualmente Transmissível  
ESF – Estratégia de Saúde da Família  
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
ONG – Organização não governamental  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PES – Planejamento Estratégico Situacional  
PROVAB - Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UAPS – Unidade de Atenção Primária à Saúde.  
UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1.** Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Canadá, Unidade Básica de Saúde Canadá, município de Contagem/MG..... 22
- Quadro 2.** Operações sobre a Escassez de Cursos de Capacitação dos ACS na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canadá, em Contagem, Minas Gerais..... 25
- Quadro 3.** Operações sobre Falta de estímulo dos ACS em Educação Continuada, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canadá, em Contagem, Minas Gerais..... 26
- Quadro 4.** Operações sobre a Escassez de Reuniões de Equipe de Saúde da Família Canadá, em Contagem, Minas Gerais..... 27

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>OBJETIVO.....</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>18</b>
<b>5</b>	<b>REVISAO DE LITERATURA.....</b>	<b>19</b>
<b>6</b>	<b>PLANO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>29</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>30</b>

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	JUSTIFICATIVA.....	15
3	OBJETIVO.....	16
4	METODOLOGIA.....	17
5	REVISAO DE LITERATURA.....	18
6	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	22
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
	REFERÊNCIAS.....	29

## 1 INTRODUÇÃO

A autora deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é profissional médica da Equipe de Saúde da Família Canadá, vinculada à Estratégia Saúde da Família (ESF) Canadá, município de Contagem, Minas Gerais. O TCC objetiva apresentar um plano de intervenção sobre um dos problemas de saúde do território da equipe e de sua comunidade adstrita.

No sentido de contextualizar a proposta são apresentados inicialmente:

- Caracterização do município de Contagem/MG
- O sistema municipal de saúde
- A Equipe de Saúde da Família Canadá
- Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

### 1.1 Caracterização do município de Contagem/MG

Contagem é uma cidade localizada na região central do estado de Minas Gerais, com 603.442 habitantes, ocupando uma área de 195.268 km<sup>2</sup> (BRASIL, 2010). De sua origem agropastoril e de ponto de registro de mercadorias valiosas, a cidade passou a sediar, nos anos 1940, o maior complexo industrial do estado. Sua forma atual foi adquirida a partir de 1960, com o crescimento econômico, que provocou uma migração intensa do interior do estado para a Capital, Belo Horizonte, e suas imediações (CONTAGEM, 2009).

A urbanização e a ocupação dos terrenos disponíveis ocorreu a partir do loteamento de áreas de chácaras e fazendas sem um planejamento adequado. Faltavam condições básicas para construção de moradias ou empresas na maior parte do município. A construção da Cidade Industrial, por outro lado, ao mesmo tempo em que valorizou a região também foi responsável por encarecer os terrenos e deslocar os migrantes, atraídos pela oferta de empregos nas indústrias, para as áreas de alto risco geológico. Dessa forma, Contagem se tornou um Município onde não há boa comunicação entre os bairros. Muitos estão mais voltados para a Capital Belo Horizonte, em termos de emprego, comércio e de lazer, do que para a cidade (PREFEITURA DE CONTAGEM, 2016).

Quanto à composição etária da cidade, evidencia-se uma transição demográfica com diminuição da natalidade e aumento na expectativa de vida. Merece atenção especial, no que tange à organização das unidades de saúde, o fato de cerca de 50,6% da população ser de adultos entre 20 e 49 anos de idade, em fase produtiva de trabalho e em atividade reprodutiva (CONTAGEM, 2015).

Dados de alfabetização do período de 1991 a 2010 demonstra que em todas as faixas etárias há tendência de queda na frequência de analfabetismo. As taxas de analfabetismo nos idosos ainda são muito altas, o que pode gerar desafios para os serviços de saúde, uma vez que essa faixa etária tem alta prevalência de doenças crônicas, exigindo compreender sua condição e adoção de autocuidado (CONTAGEM, 2015).

## **1.2 O sistema municipal de saúde**

Os serviços de saúde de Contagem, do Sistema Único de Saúde (SUS), estão organizados na premissa da Constituição Federal de 1988, que declara a saúde como um direito de todos os brasileiros. O município divide-se em sete Distritos Sanitários: Industrial, Eldorado, Petrolândia, Sede, Vargem das Flores, Ressaca e Nacional. A divisão em Distritos é uma estratégia que objetiva uma melhor adequação e organização administrativa da rede de serviços de saúde, facilitando o processo de planejamento e gestão (CONTAGEM, 2015). Essa divisão foi realizada em acordo com os setores censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e permitiu a definição das áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Os fundamentos a serem trabalhados no Distrito Sanitário são: território, problemas, práticas sanitárias e processo de trabalho. De acordo com tais elementos, o município procura realçar os Princípios e Diretrizes do SUS, considerando o perfil epidemiológico, fluxo de transportes e de pessoas (CONTAGEM, 2015).

O município possui uma ampla estrutura, com unidades básicas, de urgência, hospital e maternidade, farmácias distritais, entre outros serviços.

Quanto à Atenção Básica, coexistem dois modelos assistenciais: A UBS e a Estratégia Saúde da Família (ESF), com predomínio desta, que, em 2013 contava com 95 unidades, contra 17 unidades de atendimento tradicional (CONTAGEM, 2015).

Além disso, o município conta com serviços de alta e média complexidade, possuindo três centros de consultas especializadas, cinco Unidades de Pronto Atendimento (UPA), um Hospital Municipal, uma Maternidade Municipal, além de possuir Centros de Referência de Assistência Social, Centros de Referência em Saúde Mental, Centros especializados em Saúde do Trabalhador, Centro de Controle de Zoonoses, Centro Especializado de Odontologia, Consultórios Odontológicos, Centro de Saúde do Homem, Centro de Atenção e Tratamento de Álcool e Drogas, Centro de Imunização, além de Clínica de Hemodiálise. A rede de farmácia é composta por dezessete Farmácias Distritais, uma farmácia de referência em DST/AIDS, além de farmácias nas UPA, nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e no Hospital/Maternidade para atendimento às demandas internas de cada uma dessas unidades de saúde (CONTAGEM, 2015).

### **1.3 A Equipe de Saúde da Família Canadá**

A Unidade de Atenção Primária à Saúde Canadá, inaugurada no ano 2000, situa-se no bairro Canadá e está inserida no Distrito Petrolândia. É uma casa alugada, pequena; porém, seu espaço é bem aproveitado.

A equipe fica responsável por uma população de 3729 usuários, cadastrados em 1136 famílias. Cerca de 31% dos cadastrados possuem Plano de Saúde (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA MUNICIPAL, 2015).

A equipe conta com uma Médica do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), uma Enfermeira, um Técnico de Enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A Unidade também conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por uma Psiquiatra, uma Fisioterapeuta, uma Nutricionista, uma Pediatra, um Psicólogo e uma Fonoaudióloga, os quais participam de reuniões mensais com a equipe, com discussão dos casos e agendamento de consulta especializada conforme a necessidade.

A Unidade funciona de 8:00H às 12:00H e de 13:00H às 17:00H. No turno da manhã, ocorrem consultas de demanda espontânea e, no turno da tarde, consultas agendadas (HIPERDIA, Pré-Natal, Puericultura). As visitas Médicas Domiciliares são realizadas a cada duas ou três semanas.

A distribuição etária da população de abrangência reflete a transição demográfica que vem ocorrendo em todo o país, com aumento na proporção de idosos e redução na proporção de crianças, indicando uma queda nas taxas de natalidade e mortalidade. Isso faz com que o processo de trabalho da equipe de saúde tenha de se adaptar aos perfis epidemiológicos, como o aumento no número de doenças crônicas degenerativas e aumento de gastos com exames de rastreamento, tanto de doenças cardiovasculares, quanto neoplasias.

Além disso, a grande demanda de consultas de HAS e DM reforça a necessidade de intervenções de prevenção e melhoria no estilo de vida. É necessário incrementar ações que reforcem a adesão dos pacientes ao tratamento de tais comorbidades, além de incentivar a participação em grupos.

Em relação à infraestrutura da área de abrangência, os resíduos sólidos urbanos, domésticos e comerciais são coletados pela prefeitura, atendendo a 100% da população. O abastecimento de água e a coleta de esgoto são realizados pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA). Há um pequeno percentual (3%) da comunidade que utiliza a fossa como destino de dejetos. O serviço de energia elétrica é realizado pela Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG).

Segundo os dados obtidos da Consolidação anual das famílias cadastradas por área, no ano de 2015, o percentual de analfabetismo era extremamente baixo, com 100% das crianças menores de 15 anos alfabetizadas.

Na área de abrangência da Unidade Canadá não há escolas, sendo as crianças alfabetizadas em escolas de regiões vizinhas. Também não há creches, sindicatos e poucas áreas de lazer. Há uma praça com academia de ginástica ao ar livre.

Há uma associação de moradores, que participa de reuniões para discussões de saúde na Unidade além de participação no Conselho Local de Saúde, ato importante para reivindicar os direitos dos usuários e questionar melhorias na atenção à Saúde.

#### **1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade**

Com a análise do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Canadá, na cidade de Contagem, foi possível levantar a lista dos principais

problemas que acometem a população. Em reunião com a equipe foram discutidas a prevalência dos problemas abordados, os possíveis impactos à saúde, e a possibilidade de mudança de cada item.

A seguir estão expostos alguns dos problemas relevantes da área de abrangência, identificados por meio do Método de Estimativa Rápida:

- PROBLEMAS DO SISTEMA LOCAL DE SAÚDE:
  - Má qualificação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
  - Escassez de reuniões de Equipe;
  - Ausência de grupos Educativos;
  - Desconhecimento e/ou má adesão às medidas de autocuidado e mudança de estilos de vida pelos usuários;
  - Dificuldades de encaminhamentos a serviços especializados e realização de alguns exames complementares;
  - Tabagismo;
  - Etilismo;
  - Dependência de psicotrópicos;
  - Ausência de prontuário eletrônico;
  - Grande rotatividade de profissionais médicos;
  
- PROBLEMAS DA COMUNIDADE EM GERAL:
  - Poucas áreas de lazer e esporte na comunidade.
  - Pouca participação popular nos conselhos locais de saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA

Muitos são os fatores que podem interferir no processo de cuidar do paciente, podendo auxiliar ou atrapalhar o desenvolvimento de uma atenção integral e humanizada por parte dos profissionais nos serviços de saúde. Dentre estes fatores, há alguns que devem ser priorizados pela Equipe da ESF Canadá a fim de propor mudanças e intervenções positivas.

Um grande problema observado e que deve ser priorizado pela Equipe refere-se à má qualificação dos ACS, sobretudo pela ausência de programas de capacitação destes profissionais, algo que compromete, e muito, a assistência integral, principalmente no que se refere à prevenção de doenças, promoção à saúde, identificação de situações de risco, qualidade de visitas domiciliares e reorganização dos serviços de saúde, assumindo assim, um papel de sujeito articulador entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a comunidade (COSTA et al, 2013). Portanto, é um profissional que precisa ser constantemente capacitado, para que o mesmo possa sanar as dúvidas e questionamentos da população.

Por ser morador da comunidade e estar em contato permanente com as famílias, pode facilitar o trabalho de vigilância e promoção da saúde realizado por toda a equipe (SILVA et al, 2005) principalmente pelo vínculo que deve estabelecer com a família, o qual pode proporcionar confiança, solidariedade e respeito, aspectos fundamentais na promoção da saúde (SANTANA, 2009).

Dessa forma, é de fundamental importância a capacitação constante dos ACS para aumentar suas habilidades, como facilitadores na criação de vínculos, na reorganização do trabalho em equipe, na ampliação do acesso aos serviços de saúde e na comunicação entre a comunidade e os profissionais de saúde (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010) permitindo a associação entre as informações técnico-científicas e o saber popular (SANTANA et al, 2009).

### 3 OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos deste trabalho:

**Objetivo geral:**

Elaborar um Projeto de Intervenção para capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde da Equipe de Saúde da Família Canadá, em Contagem-MG.

**Objetivos específicos:**

- Capacitar os ACS sobre temas diversos, como princípios do SUS e ESF, além ações de promoção e prevenção à Saúde da população;
- Propor grupos de reflexões sobre motivos desestimulantes e dificuldades de atuação no trabalho apontadas pelos ACS;
- Manter reuniões periódicas entre os membros da Equipe.

## 4 METODOLOGIA

O Diagnóstico Situacional da área de abrangência da ESF Canadá foi obtido por meio do método de Estimativa Rápida e observação ativa da rotina da unidade.

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de Planejamento Estratégico Situacional – PES. Tomou-se como referência o que foi exposto no módulo de Planejamento (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) do curso de especialização em Estratégia Saúde da Família, além de uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

Na ESF Canadá o problema identificado como prioritário foi a má qualificação dos ACS. Uma vez definido o problema, a próxima etapa foi a descrição do problema selecionado. Em seguida, foi feita a elaboração de um plano de ação, seguida do desenho das operações, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão.

Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações que constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano. Além disso, foram identificados os atores que controlam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Para a elaboração do plano operativo, foi feita uma reunião com todos os membros envolvidos no planejamento, no qual ficou definido por consenso a divisão de responsabilidades e os prazos para a realização de cada produto.

Para o embasamento teórico foi feita uma pesquisa nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se os seguintes descritores:

- Capacitação;
- Agente Comunitário de Saúde;
- Estratégia Saúde da Família.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Estratégia Saúde da Família

O Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994, surge no Brasil como uma forma de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, de acordo com os princípios do SUS. A necessidade em criar novos modelos de assistência vem de um momento histórico social, onde a abordagem tecnicista/hospitalocêntrica não atende mais as necessidades de saúde da população. Assim, o PSF contempla uma nova forma de lidar com a saúde, colocando não somente o indivíduo doente como foco, mas sim toda sua família. Este novo modelo de atenção também passa agir preventivamente sobre a população, não limitando-se à atender somente os indivíduos doentes (ROSA; LABATE, 2005).

Em 2006 o PSF passou a ser definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), ao invés de programa, visto que o termo programa aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. A ESF é permanente e contínua e não prevê um tempo para ser finalizada (STEDILE; DALPIAZ, 2011).

A ESF é um modelo assistencial, operacionalizado mediante ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, empenhadas com a integralidade da assistência e tendo como foco principal a família, e que leva em consideração o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da população assistida (CAMPOS et al, 2006).

Uma APS no contexto das redes de atenção à saúde deve exercer três funções principais que lhe permita ordenar os sistemas de atenção à saúde: a função de resolver 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função de coordenar fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações nas redes; e a função de se responsabilizar pela saúde da população adstrita. A organização do SUS em redes assistenciais só é possível mediante o desempenho adequado dessas três funções (MENDES, 2012).

Uma equipe de ESF é responsável pelo acompanhamento de seiscentas a mil famílias, não devendo ultrapassar o limite máximo de 4.500 pessoas. É composta

basicamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis ACS. A partir do ano de 2000, com o ingresso da saúde bucal no PSF, a equipe passou a contar com mais um dentista, um técnico de higiene dental e um auxiliar de consultório dentário. Os ACS são responsáveis pelo acompanhamento de aproximadamente 150 famílias, sendo considerados o elo de ligação entre a equipe de saúde da família e a comunidade (BRASIL, 2001a).

## **5.2 O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**

O Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) existente desde 1991 foi criado com vistas a superar os entraves sociais, econômicos e políticos existentes àquela época (GARCIA; NASCIMENTO, 2012). Sua criação configurou numa nova forma de cuidar, com ênfase às ações preventivas, permitindo assim, uma reorientação da assistência à saúde, concretização da ESF e efetivação do conceito ampliado de saúde (COSTA, 2013).

A criação do PACS teve como principal objetivo contribuir para a queda nas taxas de mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste do país, através da ampliação da cobertura de assistência à saúde às áreas mais carentes. Com o sucesso obtido pelo Programa no estado do Ceará houve a percepção pelo Ministério da Saúde de que os agentes poderiam também ser peça importante na reorganização da atenção básica no país (DAL POZ, 2002).

As principais estratégias deste programa se fazem por meio dos ACS, moradores da própria comunidade, que exercem suas funções junto à população. Cada ACS fica responsável em atender entre 400 e 750 pessoas. Eles exercem atividades de promoção e prevenção à saúde, tanto no âmbito individual como coletivo, seja nos domicílios ou na comunidade, sob gerência competente. O trabalho de um ACS envolve diversas tarefas, dentre as quais: cadastramento dos usuários, mapeamento da região, identificação de áreas de risco, realização de visitas domiciliares, atividades coletivas, atividades inter setoriais (BRASIL, 2001b).

O ACS atua como colaborador na criação de vínculos, na reestruturação do trabalho em equipe, na expansão do acesso aos serviços de saúde, além de facilitar o diálogo entre os usuários e os profissionais de saúde (NUNES et al, 2002; SILVA et al, 2005). Acredita-se que o agente comunitário representa para o sistema de

saúde vigente um elemento com grande potencial de contribuição na reorganização dos serviços de saúde (SILVA e DALMASO, 2002; SILVA et al, 2005).

Por atuar na própria comunidade onde habita e estar em contato direto e contínuo com os usuários, o ACS torna-se um grande artifício no processo de vigilância e melhoria da saúde realizado pela equipe (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010, SILVA et al, 2005), identificando sinais e situações de risco, orientando as famílias e a comunidade e encaminhando/comunicando a equipe os casos e situações identificadas. São ações simples, mas que podem trazer grandes mudanças para as famílias assistidas (CARDOSO et al, 2011).

Diante das atribuições e importância que o ACS ocupa na atenção básica, é possível notar que o processo de formação e desenvolvimento desse profissional merece mais atenção de gestores e profissionais da equipe. Contudo, a capacitação destinada a esses atores mostra-se insuficiente e deficitária, sem uma adequada preparação que os permitam atuar de forma segura frente aos problemas identificados no âmbito de suas profissões (CARDOSO et al., 2011). Investir na qualificação e crescimento desse profissional é responsabilidade dos serviços e das universidades (PEREIRA et al, 2007; BASTIANI; PADILHA, 2007; DUARTE, SILVA; CARDOSO, 2007; TRAPÉ; SOARES, 2007).

Os profissionais dos diversos setores são os responsáveis em adotarem estratégias de ação que visem à promoção da saúde no seu dia a dia de trabalho (VASCONCELOS, 2010).

Segundo Reis et al (2010) a educação em saúde, seja individual ou coletiva, é considerada a principal estratégia da promoção da saúde, uma vez que pode alcançar a adesão de estilos de vida saudáveis, a medida em que a população passa conhecer o processo saúde- doença e seus fatores de risco.

Martins (2007) diz que o trabalho do ACS é educativo e reforça a importância de esclarecer à população de que a saúde depende de si, de suas escolhas e da relação com seus próximos, valorizando o conhecimento popular e permitindo uma reflexão, a fim de alcançar transformações.

No entanto, não se deve criar ilusão e culpabilização dos indivíduos pelos problemas de saúde relacionados às condições de vida que são, em última instância, determinadas pelas condições sociais e econômicas em que vive a população. Esse é um movimento a ser feito pelo trabalhador da saúde que entende

as suas ações como uma prática voltada à transformação, por meio da reflexão crítica na educação em saúde.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Esse projeto refere-se ao problema de Má qualificação dos ACS, que foi priorizado pela Equipe de Saúde da Família Canadá. O projeto foi realizado de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

### 6.1 Priorização dos problemas

Após definição dos principais problemas de saúde que acometem a área da abrangência da Equipe Saúde da Família Canadá através do método de Estimativa Rápida, foi feita uma classificação de prioridades (quadro 1) levando-se em consideração a importância do problema para a população, a urgência em solucioná-los, além da capacidade de enfrentamento pela Equipe de Saúde.

**Quadro 1** Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Canadá, Unidade Básica de Saúde Canadá, município de Contagem/MG.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Má qualificação dos ACS	Alta	30	Total	1
Escassez de reuniões de Equipe	Alta	30	Total	2
Ausência de Grupos Educativos	Média	20	Total	3
Má adesão às medidas de autocuidado e mudança de estilos de vida pelos usuários	Média	20	Parcial	4
Dificuldade de encaminhamento a serviços especializados e alguns exames complementares	Média	20	Baixa	5
Tabagismo, Etilismo, Dependência de psicotrópicos	Alta	25	Baixa	6
Pouca participação popular nos Conselhos Locais de Saúde	Média	15	Parcial	7
Poucas áreas de lazer e esportes	Média	10	Fora	8

Grande Rotatividade de Médicos	Média	05	Fora	9
Ausência de prontuário eletrônico	Média	05	Fora	10

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

## 6.2 Descrição dos nós críticos

Para que haja sucesso no que se pretende mudar é necessário identificar as causas da má qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde e os pontos onde se pode atuar. Assim, foram definidos os seguintes nós críticos:

- A escassez de Cursos de Capacitação para o Agente Comunitário em Saúde;
- Falta de estímulo dos Agentes Comunitários de Saúde em educação continuada;
- Escassez de reuniões de Equipe;

A escassez de Cursos de Capacitação é sem dúvida o principal motivo da má qualificação dos ACS. Como parte da intervenção pretende-se implementar cursos de capacitação periódicos voltados para esse grupo, sendo ministrados pela Médica e Enfermeira, podendo ter participação dos profissionais do NASF. A ideia é elaborar uma roda de pessoas, em que todos fiquem à vontade e participem ativamente. Alguns temas a serem abordados são definidos previamente: Princípios e funcionamento do SUS, Saúde do Idoso, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde do adolescente, Conhecimentos gerais sobre HAS, DM. Outros temas serão sugeridos pelos próprios ACS, de acordo com suas dificuldades e interesses. A proposta é que os cursos de capacitação ocorram numa frequência de uma vez por mês, com duração de 1 hora, sendo o local a própria Unidade de Saúde.

A proposta para sanar a falta de estímulo dos ACS em Educação Continuada é a criação de Grupos Interativos de Reflexão, que abordem os motivos desestimulantes e as dificuldades apontadas pelos ACS, além de discutir formas de mudança e incentivá-los em seus trabalhos.

Por fim, pretende-se também implementar reuniões de equipe que ocorram de forma periódicas, algo que até então não vinha acontecendo na Unidade. Estas terão participação de todos os membros da Equipe, os quais terão a responsabilidade de organizarem suas agendas garantindo espaço para a realização de reuniões mensais ou quinzenais. Espera-se obter melhorias no processo de trabalho, propor formas de enfrentamento dos problemas levantados e melhor organização do funcionamento da Unidade de Saúde, dentre outros pontos positivos.

### **6.3 Desenho das operações**

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema de Má qualificação dos ACS, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canadá, no município Contagem-MG, estão descritos nos quadros 2 a 4, a seguir.

**Quadro 2 – Operações sobre a Escassez de Cursos de Capacitação dos ACS na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canadá, em Contagem, Minas Gerais**

<b>Nó crítico 1</b>	Escassez de cursos de capacitação dos ACS
<b>Operação</b>	Capacitação dos Agentes Comunitários em Saúde.
<b>Projeto</b>	<b>Capacitação dos Agentes Comunitários em Saúde</b>
<b>Resultados esperados</b>	Maior conhecimento dos ACS sobre temas diversos (princípios e funcionamento do SUS e da ESF, conhecimentos básicos sobre doenças prevalentes e atividades de promoção e prevenção, dentre outros temas). Transmissão de conhecimentos dos ACS aos usuários, com maior aderência às medidas de promoção e prevenção.
<b>Produtos esperados</b>	Cursos periódicos de capacitação dos ACS.
<b>Atores sociais/responsabilidades</b>	<b>Médica, Enfermeira, Agentes Comunitários em Saúde.</b>
<b>Recursos necessários</b>	<b>Estrutural:</b> Local para realização dos cursos. <b>Cognitivo:</b> Conhecimento pelos profissionais de nível superior (Médica, Enfermeira, Profissionais do NASF) sobre princípios do SUS e ESF, doenças prevalentes, Saúde do Idoso, Criança, Adulto, Adolescente, dentre outros temas. <b>Financeiro:</b> o projeto tem a vantagem de não depender de recursos financeiros, pois a estrutura da unidade encontra-se adequada para a execução dos cursos; <b>Político:</b> Reservar espaço na agenda para realização dos cursos.
<b>Recursos críticos</b>	Cognitivo e Político.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Médica, Enfermeira.  Motivação: Cognitivo → Favorável. Político → Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Cognitivo → Apresentar o Projeto aos Profissionais do NASF e à Equipe, estimulando a participação dos mesmos na Capacitação dos ACS.  Político → Apresentar o Projeto à Equipe e propor reorganização da agenda para reservar horários para realização dos cursos.
<b>Responsáveis:</b>	Membros da Equipe de Saúde
<b>Cronograma / Prazo</b>	1 mês para início. Duração indefinida.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Será realizado pela Médica, que ficará encarregada de manter as atividades em andamento e propor mudança sobre empecilhos que porventura possam surgir. A avaliação será feita por toda a Equipe, de forma ativa, em que todos deverão expor suas opiniões e sugestões afim de aprimorar cada vez mais.

**Quadro 3 – Operações sobre Falta de estímulo dos ACS em Educação Continuada, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canadá, em Contagem, Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 2</b>	Falta de estímulo dos ACS em Educação continuada.
<b>Operação</b>	Propor grupos de reflexão sobre motivos desestimulantes e dificuldades apontadas pelos ACS. Discutir formas de mudança e incentivo.
<b>Projeto</b>	<b>Grupo de reflexão: Motivação dos ACS em Educação Continuada</b>
<b>Resultados esperados</b>	Despertar o interesse dos ACS em serem multiplicadores de conhecimentos. Conhecer e sanar possíveis dificuldades e empecilhos apresentados pelos ACS.
<b>Produtos esperados</b>	Grupos de reflexão
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	<b>Médica, Enfermeira, Agentes Comunitários em Saúde</b>
<b>Recursos necessários</b>	<b>Estrutural:</b> Reservar um local para realização dos grupos. <b>Cognitivo:</b> Estimular os ACS a exporem suas dúvidas, dificuldades e motivos que dificultam ou impedem a Educação Continuada. <b>Financeiro:</b> Não se aplica. <b>Político:</b> Reservar na Agenda da equipe espaço para realização dos grupos.
<b>Recursos críticos</b>	Cognitivo
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Médica, Agentes Comunitários em Saúde. Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentar o Projeto aos ACS. Propor discussão em forma de roda, no qual todos os envolvidos sintam-se a vontade em participar.
<b>Responsáveis:</b>	Agentes Comunitários em Saúde.
<b>Cronograma / Prazo</b>	1 mês para o início. Duração indefinida.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Os próprios ACS ficarão encarregados de manter os grupos operantes. Deverão organizar suas agendas afim de reservar espaços para os grupos e refletir sobre as dificuldades apresentadas, além de criticarem, de forma construtiva, garantindo a melhoria contínua da abordagem proposta.

**Quadro 4 – Operações sobre a Escassez de Reuniões de Equipe de Saúde da Família Canadá, em Contagem, Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 3</b>	Escassez de reuniões de Equipe
<b>Operação</b>	Manter reuniões de Equipe periódicas
<b>Projeto</b>	<b>Reuniões em Equipe: Uma necessidade constante</b>
<b>Resultados esperados</b>	Melhoria no processo de trabalho e organização da Unidade de Saúde; Reflexão e busca de soluções para os problemas levantados nas reuniões.
<b>Produtos esperados</b>	Reuniões periódicas. Reorganização da agenda.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	<b>Médica, Enfermeira, Técnico de Enfermagem, Agentes Comunitários em Saúde, Auxiliar administrativa. Auxiliar de limpeza.</b>
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Reservar local para as reuniões.  Cognitivo: Discutir sobre assuntos diversos, que envolvam a Equipe  Financeiro: Não há  Político: Reservar data e horários para realização das reuniões.
<b>Recursos críticos</b>	Político
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Todos os membros da Equipe  Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentar o Projeto à toda Equipe e propor mudança na organização da agenda para garantir datas periódicas para realização das reuniões.
<b>Responsáveis:</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>Cronograma / Prazo</b>	1 mês para o início
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Deverá ficar a cargo de todos os membros da Equipe, que terão responsabilidades mútuas em garantir a periodicidade das reuniões. Todos os membros deverão participar ativamente, expor os problemas ocorridos na Unidade, dar sugestões de melhorias, propor novas ações, dentre outras ações

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O ACS é considerado peça fundamental da ESF, uma vez que estabelece um vínculo com os usuários, permite uma comunicação entre o saber científico e o saber popular, além de facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Assim, faz-se necessário perceber que os agentes precisam ser reconhecidos e valorizados em relação ao seu papel na equipe de saúde.

À medida que se acumulam os conhecimentos das causas e da evolução das doenças, crescem as possibilidades da promoção da saúde e aumenta a importância do ACS. Ele leva informações às famílias e, mais do que isso, dialoga com elas, aproximando-as do serviço de saúde. A formação dos ACS é tão importante para a ESF quanto o é a especialização dos demais profissionais para o atendimento na unidade de saúde.

## REFERÊNCIAS

BASTIANI, J. A. N.; PADILHA, M. I. C. S. Experiência dos Agentes Comunitários de Saúde em Doenças Sexualmente Transmissíveis. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 60, n. 2, p. 233-6, 2007.

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://decs.bvs.br>. Acesso em: 20 de mai. de 2016.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **IBGE Cidades**. Minas Gerais. Contagem. 2010. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=31186>> Acesso em: 20 de abr. de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**: manual de orientação sobre o Programa de Saúde da Família. Departamento da Atenção Básica. Brasília, 2001a.

BRASIL. **Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS)**. Secretaria Executiva. Brasília. 2001b.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em: 20 de abr. de 2016.

CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. (orgs). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C.; Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1509-20, 2010.

CARDOSO, F. A.; CORDEIRO, V. R. N.; LIMA, D. B. et al. Capacitação de agentes comunitários de saúde: experiência de ensino e prática com alunos de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 64, n. 5, p. 968-73, 2011.

CONTAGEM. **Plano Municipal de Saúde de Contagem-MG (Quadriênio 2014/2017)**. Contagem, MG, 2015.

CONTAGEM. SEDUC. Secretaria de Educação e Cultura de Contagem. **Atlas escolar: Histórico, Geográfico e Cultural**. Contagem/MG, 2009. Disponível em <<http://www.contagem.mg.gov.br/arquivos/comunicacao/atlascontagem.pdf>> Acesso em: 15 jun. de 2016.

COSTA, S. M. et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**. v.18, n.7, p. 2147-2156, 2013.

DAL POZ, M. R. O agente comunitário de saúde: algumas reflexões. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**. v.6, n.10, p.75-94, 2002.

DUARTE, L. R.; SILVA, D. X. J. R.; CARDOSO, S. H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface**. v. 11, n. 23, p. 439-47, 2007.

GARCIA, J.C.; NASCIMENTO, P. O dispositivo Apoio Matricial na Atenção Primária em Saúde: Um Relato de Experiência no Município de João Pessoa/PB. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, América do Norte. V. 5, n.2, p. 93-104, 2012.

MARTINS, C. M. **Educação e saúde**: Educação profissional e docência em saúde – a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2012.

NUNES, M.; TRAD, L. B.; ALMEIDA, B. A. et al. O agente comunitário de saúde: construção desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos Saúde Publica**. v. 18, n.6, p.1639-46, 2002.

PEREIRA, M. A. O.; BARBIERI, L.; PAULA, V. P. et al. Saúde mental no Programa de Saúde da Família: conceitos dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 41, n. 4, p.567-72, 2007.

PREFEITURA DE CONTAGEM. Disponível em: <http://www.contagem.mg.gov.br/>  
Acesso em: 20 de abr. de 2016.

REIS, D. M.; PITTA, D. R.; FERREIRA, H. M. B. et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & saúde coletiva**. v.15, n.1, p. 269-76, 2010.

ROSA, W. A. G.; LABATE R.C. Programa saúde da família: construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-americana Enfermagem**. v.13, n. 6, p.1027-34; 2005.

SANTANA, J. C. B.; VASCONCELOS, A. L.; MARTINS, C. V. et al. Agente Comunitário de Saúde: percepções na Estratégia Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**. v.14, n.4, p.645-52, 2009.

SILVA, J. A.; DALMASO, A. S. W. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: **FIOCRUZ**, 2002.

SILVA, R. V. B.; STELET, B. P.; PINHEIRO, R. et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. CEPESC-UERJ/ABRASCO. p. 75-90. 2005.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA MUNICIPAL. Secretaria de Saúde de Contagem, 2015.

STEDILE, N. L. R.; DALPIAZ, A. K. Estratégia Saúde da Família: reflexão sobre algumas de suas premissas. 2011. Disponível em: [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA\\_EIXO\\_2011/IMPASSES\\_E\\_DESAFIOS\\_DAS\\_POLITICAS\\_DA\\_SEGURIDADE\\_SOCIAL/ESTRATEGIA\\_SAUDE\\_DA\\_FAMILIA\\_REFLEXAO\\_SOBRE\\_ALGUMAS\\_DE\\_SUAS\\_PREMISSAS.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/ESTRATEGIA_SAUDE_DA_FAMILIA_REFLEXAO_SOBRE_ALGUMAS_DE_SUAS_PREMISSAS.pdf) Acesso em: 16 set. 2016.

TRAPÉ, C. A.; SOARES, C. B. Educative practice of community health agents analyzed through the category of praxis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.15, n.1, p.142-9, 2007.

VASCONCELOS, K. S. **Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Acaraú/CE para a promoção da saúde das gestantes**. 2010. Monografia (Especialização) \_ Escola de Enfermagem. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2010.