

ESTRUTURA DO PORTFÓLIO

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - UNA-SUS/UFCSPA

No Curso de Especialização em Saúde da Família da UNA-SUS/UFCSPA, o trabalho de conclusão de curso (TCC) corresponde ao portfólio construído durante o desenvolvimento do Eixo Temático II - Núcleo Profissional. Neste eixo são desenvolvidas tarefas orientadas, vinculando os conteúdos com a realidade profissional. O portfólio é uma metodologia de ensino que reúne os trabalhos desenvolvidos pelo estudante durante um período de sua vida acadêmica, refletindo o acompanhamento da construção do seu conhecimento durante o processo de aprendizagem ensino e não apenas ao final deste. O TCC corresponde, portanto, ao relato das intervenções realizadas na Unidade de Saúde da Família contendo as reflexões do aluno a respeito das práticas adotadas.

A construção deste trabalho tem por objetivos:

I - oportunizar ao aluno a elaboração de um texto cujos temas sejam de conteúdo pertinente ao curso, com desenvolvimento lógico, domínio conceitual, grau de profundidade compatível com o nível de pós-graduação com respectivo referencial bibliográfico atualizado.

II – propiciar o estímulo à resignificação e qualificação de suas práticas em Unidades de Atenção Primária em Saúde, a partir da problematização de ações cotidianas.

O portfólio é organizado em quatro capítulos e um anexo, sendo constituído por: uma parte introdutória, onde são apresentadas características do local de atuação para contextualizar as atividades que serão apresentadas ao longo do trabalho; uma atividade de estudo de caso clínico, onde deve ser desenvolvido um estudo dirigido de usuários atendidos com patologias e situações semelhantes aos apresentados no curso, demonstrando ampliação do conhecimento clínico; uma atividade de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças; uma reflexão conclusiva e o Projeto de Intervenção, onde o aluno é provocado a identificar um problema complexo existente no seu território e propor uma intervenção com plano de ação para esta demanda.

O acompanhamento e orientação deste trabalho são realizados pelo Tutor do Núcleo Profissional e apresentado para uma banca avaliadora no último encontro presencial do curso.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

**CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO CONTINUADA ESPECÍFICA À DEMANDA DA ESF AOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PARINTINS-AM**

Professor-orientador: Rodolfo Souza da Silva

Discente: Karen Chrystina Felizardo Vasconcelos

PARINTINS-AM

2016

KAREN CHRYSTINA FELIZARDO VASCONCELOS

**CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO CONTINUADA ESPECÍFICA À DEMANDA DA ESF AOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PARINTINS-AM**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à UNASUS/UFSCPA, como
requisito parcial para conclusão do Curso
de Especialização em Saúde da Família sob
orientação do Professor Dr. Rodolfo Souza
da Silva.

PARINTINS-AM

2016

SUMÁRIO

1 Atividade 1 do Portfólio – Introdução.....	4
2 Atividade 2 do Portfólio - Estudo de Caso Clínico.....	7
3 Atividade 3 do Portfólio - Promoção da Saúde e Prevenção de doenças.....	11
4 Atividade 4 do Portfólio - Visita domiciliar/Atividade domiciliar.....	15
5 Atividade 5 do Portfólio - Reflexão Conclusiva.....	18
6 Referências Bibliográficas.....	20
7 Anexo 1 – Projeto de Intervenção.....	22

1 INTRODUÇÃO

A construção de um sistema de serviços de saúde democrático – universal, igualitário e integral – constitui um processo social e político que se realiza por meio de formulação de políticas públicas voltadas para a saúde, mas também, e essencialmente, no cotidiano dos serviços de saúde. A perspectiva de que as políticas de saúde se materializam na “ponta” do sistema, ou seja, mediante ação de atores sociais e suas práticas no cotidiano dos serviços (Pinheiro & Luz, 2003), tem sido relevante para a reflexão crítica sobre os processos de trabalho em saúde, visando à produção de novos conhecimentos e ao desenvolvimento de novas práticas de saúde consoantes com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (ALVES, 2005).

O Sistema Único de Saúde (SUS) ampliou o acesso da atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que foi criada em 1994, então denominada Programa Saúde da Família, e vem se expandindo sensivelmente desde então. Tal expansão se tornou fundamental à garantia do acesso a partir da atenção básica, assumindo esta a função de porta de entrada do SUS (AZEVEDO, 2010). No entanto, a atenção básica exige recursos humanos diferenciados e ainda escassos cuja valorização, nos últimos anos, tem sido o objetivo atual no país.

Sou Karen Chrystina Felizardo Vasconcelos, médica generalista, formada pela Universidade Federal do Amazonas, no ano de 2015, estou alocada pelo Programa de Valorização da Atenção Básica - ProVab no município de Parintins-Am, atuando no Centro de Saúde Dom Arcângelo Cerqua.

Parintins é uma ilha, município brasileiro no extremo leste do estado do Amazonas, na divisa com o estado do Pará, região Norte do país. Distancia-se de Manaus, capital do Estado, por 369 quilômetros em linha reta ou 420 km por via fluvial, e situa-se à margem direita do Rio Amazonas (SEPLAN, 2012). Sua população foi estimada em 2016 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 112 716 habitantes, sendo o segundo mais populoso do estado do Amazonas, atrás apenas da capital. A área da unidade territorial é de 5951,2 km² e a densidade

demográfica é de 17,14 hab/km². O principal meio de acesso à cidade e escoamento da produção local é fluvial, porém o município possui um aeroporto com dois voos operados diariamente.

O município é conhecido principalmente por sediar o Festival Folclórico de Parintins, uma das maiores manifestações culturais preservadas da América Latina.

O Centro de Saúde Dom Arcângelo Cerqua está localiza-se na Zona Central da cidade, em anexo ao Centro Cultural e Esportivo Amazonino Mendes, mais conhecido como Bumbódromo, um estádio com o formato de uma cabeça de boi estilizada. Presta serviços aos usuários da zona urbana, principalmente, sendo em sua maioria pessoas de baixa renda. O Centro de Saúde também funciona como unidade de referência aos festejos locais.

O Centro de Saúde Dom Arcângelo Cerqua, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, conforme a portaria nº 2.023/GM de 23 de setembro de 2004, tem como funções políticas de Saúde as ações preventivas e curativas como:

- Imunização;
- Controle do crescimento e desenvolvimento;
- Saúde bucal;
- Desnutrição;
- Diabetes;
- Mulher (pré-natal, puérpera, planejamento familiar, programa nacional de controle do câncer do colo uterino e da mama – PNCCCUM);
- Hanseníase;
- Hipertensão;
- E outros.

As situações diagnosticadas mais comuns ainda são: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes e Dislipidemias.

Com a necessidade de um manejo adequado da demanda espontânea e visitas domiciliares da área coberta, visando promoção e prevenção a saúde, percebeu-se a falta de qualificação da maioria dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma vez

que em municípios distantes dos grandes centros não há profissionais qualificados suficientes para suprir a demanda das Estratégias Saúde da Família (ESF). O ACS é a peça fundamental no envolvimento da população para o enfrentamento dos problemas de saúde, sobretudo para a modificação do estilo de vida.

Visando solucionar este problema, o Projeto de Intervenção foi elaborado a com o tema: CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO CONTINUADA ESPECÍFICA À DEMANDA DA ESF AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PARINTINS-AM (Anexo I), com o propósito de auxiliá-los a identificar, orientar, encaminhar e acompanhar a realização dos procedimentos necessários à proteção, à promoção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos moradores de cada casa sob sua responsabilidade na ESF.

2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

As doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morbimortalidade na sociedade contemporânea, destacando-se a doença coronariana, as cerebrovasculares e a insuficiência cardíaca. A hipertensão arterial (HA) é o principal fator de risco para essas doenças. (ZASLAVSKY, 2002)

As mudanças de comportamentos necessárias para o controle da pressão arterial são desafiadoras para hipertensos e serviços de saúde. Estudos que identifiquem as prevalências de adesão às diferentes modalidades de tratamento e os grupos populacionais mais vulneráveis à não adesão são importantes para direcionar ações individuais e coletivas de atenção à saúde. (GIROTTI, 2013)

Atenção especial era dada aos pacientes que fazem acompanhamento de doenças crônicas em Parintins. Atividades de promoção que abordassem a importância do controle dessas doenças silenciosas eram incentivadas, uma vez que grande parte dos pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica ou Diabetes somente procurava a Unidade Básica de Saúde quando apresentavam complicações por uso errado da medicação e sem adesão ao estilo de vida saudável.

O caso clínico que exemplifica bem essa situação é o do paciente F. H. G. V., 71 anos, que buscou o Centro de Saúde Dom Arcângelo Cerqua, como queixa principal, apenas para renovar a receita da medicação para hipertensão, desde que à Farmácia da UBS não foi mais permitida fornecer medicação sem receita; prática comum antes.

F. H. G. V., agricultor aposentado, semi-analfabeto, obeso, hipertenso há 20 anos e sem controle adequado, morava sozinho na casa há 7 anos quando ficou viúvo (embora no mesmo terreno sua filha mais velha também tenha uma casa, onde mora com marido e filhos). Negou etilismo ou tabagismo.

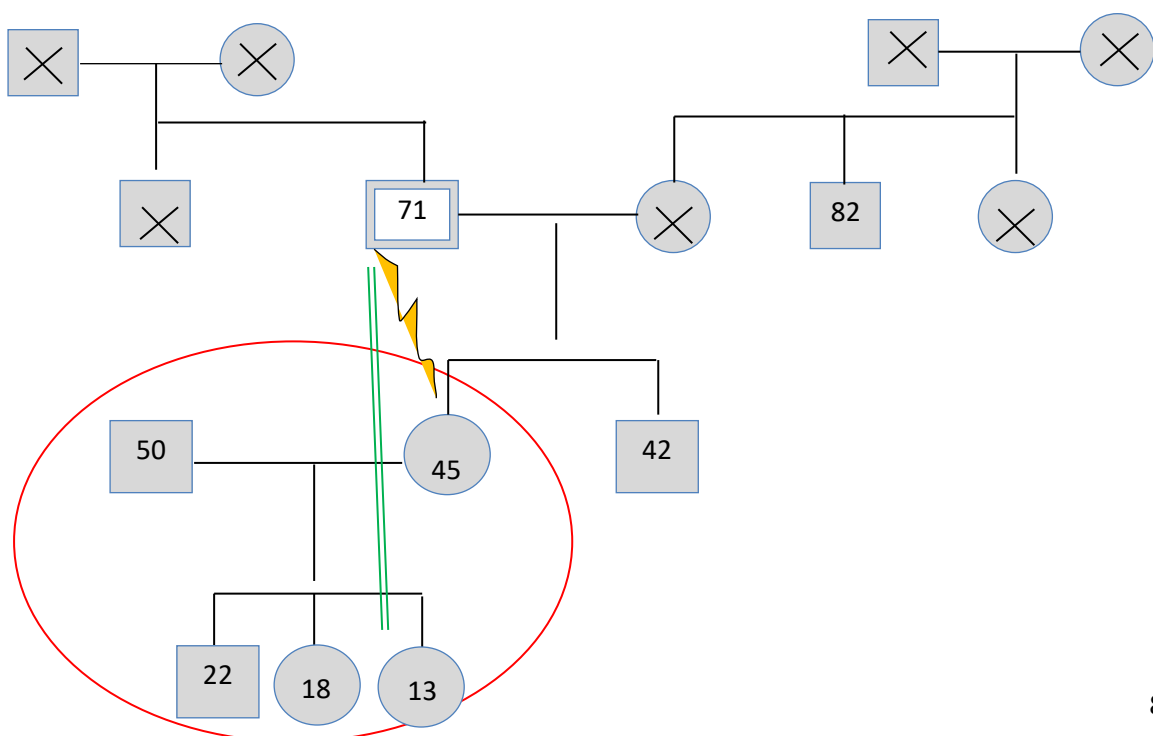
Na primeira consulta apresentou PA de 150x100 mmHg e queixou de dor torácica aos esforços, na história da doença atual. Apresentou sequelas de um acidente vascular encefálico isquêmico (AVEi) há quase 1 ano, após o evento evoluiu

com disartria e marcha espástica. Relata não ter procurado auxílio médico e ter realizado tratamento com ervas medicinais. Exame físico inocente.

Trazia consigo uma cartela vazia de Propranolol 40mg que relatou usar 1 comprimido ao dia irregularmente há alguns anos. Solicitou-se exames complementares, Monitoramento Ambulatorial de Pressão Arterial, orientação sobre a importância do uso da medicação todos os dias, além da dieta correta, caminhadas diárias e agendado o retorno, quando pedi que trouxesse um acompanhante.

O Laboratório Municipal só estava realizando hemograma, por isso após um mês o paciente retornou com exames laboratoriais incompletos. O eletrocardiograma estava dentro dos padrões de normalidade, assim como o raio X de tórax. O MAPA não foi ideal, apresentava picos na maioria dos dias, em horários diversos. Paciente também relatou persistência dos sintomas anteriores (dor torácica aos esforços e dispnéia). Para essa consulta, trouxera a neta de 13 anos relatou conflitos com a filha mais velha, com a qual dividia o terreno em que morava; muito embora a neta seria quem o ajudaria a organizar a medicação e a desenvolver bons hábitos de saúde, estava decidido a melhorar o estilo de vida.

Sendo assim a médica assistente decidiu fazer o genograma do paciente:



No genograma foi constatado que o paciente era isolado da família, pois a maioria dos familiares já havia falecido, assim como sua esposa, e seus filhos não lhe davam suporte, pois um morava em outra cidade e a mais velha não possuía uma boa relação como ele. A única da família com quem tinha boa relação era a neta mais nova de 13 anos.

Como era um senhor semi-analfabeto que morava sozinho, foram feitas instruções em desenhos nas caixas das medicações, para que ele soubesse o horário correto das medicações.

Diversos estudos clínicos apontam que o uso de beta bloqueador em monoterapia está contraindicado, pois este é medicação de segunda linha e não tem bom efeito em pacientes acima de 65 anos, sendo melhor usar um Bloqueador de Canais de Cálcio (BCCa) em associação com outros de primeira linha (Groha, P. et al, 2015; McGaughey, T.J. et al, 2015).

De acordo com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia a melhor associação para quem tem alto risco cardiovascular é de um Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) com Diurético e Bloqueador de Canais de Cálcio (BCCa), com embasamento científico trocou-se o Propranolol por um IECA e Bloqueador de Canais de Cálcio, de modo a prevenir novo evento cardiovascular.

Após nova instrução medicamentosa, o paciente foi encaminhado ao serviço de Psicologia, a fim de restabelecer boa relação com a filha, afinal o apoio familiar é essencial para o tratamento de uma doença crônica. Foi orientado procurasse um fisioterapeuta para tratar a espasticidade (improvável, porque não havia nenhum pela rede pública) e um Cardiologista (que atende uma vez a cada 15 dias na cidade) para uma melhor investigação de doença coronariana, pois no município havia déficit até de exames complementares simples, o que impedia um bom acompanhamento.

No mês seguinte, o Sr F. H. G. V. retorna a consulta sem queixas, mas aguarda a data da consulta com o especialista para 6 meses. A PA estava nos parâmetros da normalidade, ele havia perdido peso e mudado parcialmente seus hábitos de vida,

principalmente a alimentação. Relatou que a neta o ajudou a separar os remédios para serem tomados na hora certa e que caminhavam juntos na Praça dos Bois 3 vezes na semana.

Nos exames complementares não havia alterações da glicemia, lipidograma nem função renal. Devido às sessões com o Psicólogo a relação com a filha estava melhorando, o que fazia grande diferença no humor do paciente.

3 PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

A Atenção Básica é desenvolvida por meio de um conjunto de ações práticas que requerem para sua implementação grande pluralidade de atitudes, habilidades e conhecimentos técnicos e científicos de relativa baixa complexidade, com enfoque para os problemas de saúde mais prevalentes de cada grupo social. Suas ações visam a modificar as condições de vida da comunidade, em função do controle de fatores sociais e ambientais, além de hábitos e estilos de vida, com o propósito de estimular atitudes saudáveis e eliminar riscos. (STARFIELD, 2002)

Os programas estruturados para oferecer Atenção Básica à saúde da criança têm como metas principais promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Necessitam da efetiva participação do indivíduo e da sociedade, pressupondo a integração de diversas classes profissionais que atuam em equipe, devidamente calcados nos saberes interdisciplinares e apoiados pelos diferentes níveis de referência do sistema de saúde. (LIMA, 2013)

Promover e recuperar a saúde e o bem-estar da criança têm sido, há muito tempo, prioridade dentro da assistência à saúde infantil, a fim de garantir o crescimento e o desenvolvimento adequados dos menores nos aspectos físico, emocional e social. Desta forma asseguramos o pleno desenvolvimento do potencial genético da criança, que levará a um adulto mais saudável, capaz e feliz possível, bem como procuramos reduzir as elevadas taxas de morbidade e mortalidade ainda verificadas em diversas populações. (RICCO, 2001)

A puericultura, área da pediatria voltada principalmente para os aspectos de prevenção e de promoção da saúde, atua no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância. Suas ações priorizam a saúde em vez da doença. Seus objetivos básicos contemplam a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares, por meio de orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde, podendo oferecer medidas preventivas mais eficazes. Para ser desenvolvida em sua plenitude, deve conhecer e

compreender a criança em seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interação com o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que está inserida. Isto se torna fundamental, pois as ações médicas, além de serem dirigidas à criança, refletem-se sobre o seu meio social, a começar pela família. Sem o envolvimento desta, as ações que visem às crianças não terão sucesso (RICCO, 2005)

Dentre os vários papéis desempenhados pelo puericultor destacam-se o de orientador e educador para a saúde, cujo trabalho se direciona à mãe e à família. Esta, por ser o núcleo principal dos fatores ambientais e psicossociais, e aquela, tendo fortalecido o vínculo com o filho e mantendo sua auto-estima elevada, podem assegurar os melhores cuidados à criança. O puericultor não atende crianças e sim, famílias. (MARCONDES, 1999)

A consulta de puericultura visa reduzir a incidência de doenças, favorecendo um crescimento saudável com um acompanhamento periódico e sistemático com seguimento de seu crescimento e desenvolvimento, monitoramento da vacinação, orientações às mães sobre a prevenção de acidentes, manutenção de aleitamento materno, higiene individual e ambiental e, também, pela identificação precoce dos agravos, buscando à intervenção efetiva e apropriada. (CAMPOS, 2011)

“O atendimento médico da criança e do adolescente terá por objetivos a promoção, proteção e recuperação do processo normal de crescimento e desenvolvimento do ser humano nessa faixa etária.” Conforme lei nº 8048 – 2010.

O Ministério da Saúde preconiza que a consulta de puericultura consiste em uma avaliação integral da saúde da criança de 0 a 6 anos, durante a qual se avalia o crescimento e desenvolvimento, peso, estatura, desenvolvimento neuropsicomotor, imunizações e intercorrências, bem como o estado nutricional. Existe ainda a necessidade de promover a orientação da mãe, família ou cuidador sobre os cuidados que a criança deve ser submetida em todo o atendimento, tais como: alimentação, higiene, vacinação e estímulo, fazendo-se registrar todos os procedimentos no cartão da criança. (BRASIL, 2005)

As consultas de puericultura, que devem ser realizadas mensalmente, buscam localizar de início qualquer anormalidade do crescimento especialmente no primeiro ano de vida. (BRASIL, 2012). O Ministério da Saúde (MS) propõe, na impossibilidade de avaliações mensais, o Calendário Mínimo de Consultas para a Assistência à Criança (Quadro 1).

Quadro 1 – Calendário mínimo de consultas para assistência à criança

	DIAS	MESES								ANOS			
	Até 15	1	2	4	6	9	12	18	24	3	4	5	6
1º Ano - sete	X	X	X	X	X	X	X						
2º Ano – Uma								X	X				
3º Ano - Uma										X			
4º Ano - Uma											X		
5º Ano - Uma												X	
6º Ano - Uma													X

Fonte: Ministério da Saúde. Saúde da Criança, 2002.

Diante do exposto, sensibilizar à população através de ações educativas, enfatizando a importância da puericultura são medidas importantes para que possam ser alcançadas os objetivos a médio e longo prazo.

Na prática diária as demandas de crianças no Centro de Saúde Dom Arcângelo Cerqua em Parintins-AM, são resultados de algum tipo de enfermidade, não tendo os pais ou responsável conhecimento ou interesse por algum seguimento periódico e continuado de puericultura.

Com a fonte inesgotável de comprometimento dos Agentes Comunitários de Saúde adequamos uma busca ativa dentro da área de abrangência da nossa Estratégia Saúde da Família (ESF) por crianças e adolescentes: toda a população na faixa etária que vai do nascimento aos 20 anos incompletos, com seguimento longitudinal e distinto entre as diferentes idades.

Realizamos atendimento ambulatorial individualizado juntamente com a Enfermagem, visitas domiciliares e participação em grupos de educação (Aleitamento Materno e IST's/AIDS) e socialização.

Com objetivos gerais de: a) vigiar o crescimento físico e o desenvolvimento neuropsicomotor e intelectual; b) ampliar a cobertura vacinal; c) promover a educação alimentar e nutricional; d) promover a segurança e a prevenção de acidentes; e) promover a prevenção de lesões intencionais, principalmente no ambiente doméstico; f) estimular a promoção da saúde e a prevenção das doenças mais comuns na comunidade; g) promover a higiene física e mental e a prática de atividades de lazer adequadas às faixas etárias; h) propiciar a socialização, estimulação cultural e adaptação da criança e do adolescente em seu meio social, principalmente fazendo uso da dança folclórica local, o Boi-bumbá.

Em todos os atendimentos individuais ou coletivos fez-se uso do Cartão da Criança para os devidos registros. Para isso, foi enfatizado aos ACS que informassem aos pais e/ou responsáveis que para melhor efetividade do atendimento, os mesmo não deixassem de comparecer portando a caderneta de vacinação da criança, na qual, além do monitoramento da imunização do menor, outras informações fossem inseridas pelos profissionais.

Com a continuidade deste trabalho pode-se produzir condições para que as crianças vivam com mais saúde interferindo diretamente para diminuição das taxas de morbidade e mortalidade infantil.

4 VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE DOMICILIAR

Existe a concepção cultural e social de que o domicílio é onde se pode conferir maior conforto, proteção, local de maior identificação e aproximação dos familiares e amigos e, por isso, ser ambiente facilitador do tratamento.

A atenção domiciliar é definida (Brasil, 2006) como um termo genérico, que envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio.

As ações de saúde são realizadas no domicílio do paciente por uma equipe multiprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, visando à promoção, manutenção e/ou restauração da saúde (Duarte; Diogo, 2000). Portanto, é uma atividade que envolve não só os diferentes profissionais da área da saúde, como também o cliente e sua família, visando ao estabelecimento da saúde como um todo. Permite que os profissionais desenvolvam atividades de modo que o paciente perceba que a sua participação no processo saúde–doença é de fundamental importância, pois é ele poderá diminuir ou até mesmo eliminar os fatores que colocam em risco sua saúde, não bastando apenas à informação veiculada pelos profissionais.

Dentro da Atenção Domiciliar, temos a modalidade de Visita Domiciliar, a qual parece ser a mais difundida no sistema de saúde brasileiro e nas práticas de saúde na comunidade. Esta é a utilizada no Centro de Saúde Dom Arcângelo Cerqua em Parintins/AM.

Pacientes de qualquer idade com comorbidades monitoráveis, estabilidade clínica, além de impossibilidade momentânea ou definitiva de ir até unidade de saúde, recebem visitas em seu domicílio de enfermeiros, médicos e Agentes Comunitários de Saúde, estes últimos são de suma importância para detectar pacientes em risco e redirecioná-los ao Centro, além de orientá-los devidamente.

As orientações realizadas dizem respeito a saneamento básico, cuidados com a saúde, uso de medicamentos, amamentação, controle de peso, ou qualquer coisa que diga respeito àquele indivíduo, à família e à comunidade em que vivem (Jacob, 2001).

A visita é realizada pelos profissionais de saúde e/ou equipe na residência do cliente, com o objetivo de avaliar as demandas exigidas por ele e seus familiares, bem como o ambiente onde vivem, visando estabelecer um plano assistencial, geralmente programado com objetivo definido (Lacerda, 1999).

A Visita Domiciliar funciona como um contato pontual de profissionais de saúde com as populações de risco, enfermos e seus familiares para a coleta de informações e/ou orientações. São desenvolvidas ações de orientação, educação, levantamento de possíveis soluções de saúde, fornecimento de subsídios educativos, para que os indivíduos atendidos tenham condições de se tornar independentes.

Ela pode ser utilizada, ainda, como atividade de subsidio de intervenção no processo saúde–doença de indivíduos ou o planejamento de ações visando à promoção da saúde coletiva. Deve compreender ações sistematizadas, que se iniciam antes da visita e continuam após ela. (Freitas e col., 2000).

A visita domiciliar é uma forma de assistência domiciliar à saúde, que dá subsídios para a execução dos demais conceitos desse modelo assistencial. É, por intermédio da visita, que os profissionais captam a realidade dos indivíduos assistidos, reconhecendo seus problemas e suas necessidades de saúde. (Lacerda, 2006)

Conclui-se que as visitas domiciliares no Centro de Saúde Dom Arcangelo Cerqua em Parintins/AM, tem por objetivo proporcionar melhoria das condições de risco e estabilização da doença crônica, por meio de ações diretas e indiretas de um profissional de saúde de forma individualizada e proativa, seguindo protocolos de monitoramento específicos, buscando o empoderamento, autocuidado e autonomia seguindo as linhas de cuidado das áreas de atenção da Saúde de Criança, Adulto e da Saúde do Idoso. As visitas médicas são realizadas todas as quintas-feiras no turno matutino ou quando houver necessidade e as visitas da enfermagem são às terças-feiras no turno matutino ou quando houver necessidade.

Dentre os pacientes com critérios de visitas domiciliares destaca-se maior fluxo para idosos e pacientes com complicações de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs), como Diabetes, Hipertensão Arterial Sistêmica e Acidente Vascular Cerebral isquêmico. Há também pacientes com patologias respiratórias, renais crônicos, neoplasias, síndromes neurológicas congênitas.

A prática de cuidado que o ACS desenvolve na visita domiciliar é mais ampla, pois ele acompanha todas as famílias de sua microárea, tendo a oportunidade de visitar tanto as saudáveis quanto as doentes. Por ofertar uma maior atenção às famílias, o ACS percebe sua prática de cuidado de modo diferenciado e de grande importância.

5 REFLEXÃO CONCLUSIVA

O curso foi muito bem demarcado. O Eixo 1 – Campo de Saúde Coletiva que nos apresentou desde as *Histórias das Políticas Públicas e SUS*, passando por *Saúde Baseada em Evidências*, até *Modalidades de Conduas Terapêuticas* nos preparou devidamente para o Eixo 2 – Casos Complexos, no qual estudamos situações vivenciadas na prática diária de qualquer médico que atue em uma Estratégia de Saúde da Família.

Os casos complexos discutidos nos módulos foram importantes uma vez que levaram ao aprofundamento de temas pertinentes, no entanto os que causaram maior impacto na abordagem profissional do Centro de Saúde Dom Arcângelo Cerqua em Parintins/AM foram os casos de Hipertensão, Diabetes e Dores Crônicas. Além de favorecer a atuação mais efetiva da equipe para melhor atendimento de qualidade da população, ao analisar o caso, melhora-se o raciocínio clínico, e as orientações dadas são muito semelhantes às que fazemos na UBS, após as mudanças iniciais.

Hipertensão e Diabetes são destaque em várias Unidades Básicas de Saúde do Brasil, neste caso não chega a ser uma novidade. As dores crônicas, por sua vez são comuns onde atuo, em Parintins a população trabalha principalmente com agricultura, pecuária e pesca, inclusive idosos. Os pacientes em sua maioria têm dores musculares e posturais, muitos dormem em rede o que piora o quadro álgico. Os casos relacionados a estes temas foram importantes para reforçar o tratamento adequado.

Outro caso complexo que achei muito interessante para complementar o atendimento foi o de puericultura. Esse caso me orientou a manter uma atenção maior em relação as parasitoses, tratava os pacientes de seis em seis meses e aprendi que poderia tratar de quatro em quatro, isso é muito importante porque como elas e seus familiares consomem água do rio, tratada com hipoclorito, temos muitos casos de parasitoses e diarreia. O acompanhamento dessas crianças tornou-se mais severo, orientando as mães sobre a importância de trazer a criança na consulta agendada, e não somente quando a criança estivesse doente.

Para captar todos esses pacientes contei com a ajuda de toda a equipe multiprofissional, em especial dos incansáveis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estes sempre dispostos a aprender e passar adiante aos pacientes de suas respectivas microáreas.

No decorrer do curso foi possível relembrar conceitos acadêmicos, o que ajudou muito durante a rotina de atendimentos, e o mais importante, aprender sobre a relação médico-paciente da atenção primária, que é muito diferente das outras esferas de atenção à saúde. Tal relação interpessoal faz diferença no tratamento e acompanhamento do doente, principalmente quando precisa ser encaminhado a outro patamar da saúde com, pois se há confiança haverá contra-referência.

Foi necessário muito estudo, tanto nas aulas dos módulos iniciais como nas leituras fornecidas como complemento. Importante a base de como iniciou o Sistema Único de Saúde e como ele está organizado, para sabermos onde estamos inseridos e que é esperado de nós. O entendimento da epidemiologia faz mudar o dia-a-dia, no caso da nossa UBS, não davam a devida importância ao preenchimento correto das fichas de HAS e DM, o que não ocorre mais, principalmente com a chegada do e-sus, após o fornecimento de computadores para cada equipe do nosso município com o programa instalado.

A ferramenta Portfólio foi muito útil para acessar, organizar, programar e enviar as Atividades solicitadas com qualidade.

Sendo assim, dentre toda a teoria e aprendizado dos casos complexos, o que mais fez diferença no atendimento médico da UBS, foi a abordagem e acolhimento do paciente, para que ele acredite na atenção à saúde oferecida pelo SUS e não interrompa o acompanhamento, além de aderir às recomendações de promoção e prevenção à saúde. O aprendizado foi enorme durante este ano, tanto da parte didática como na parte de vivência na comunidade, no se importar com as famílias atendidas e não ver apenas o doente na sua frente.

O amadurecimento como médica e como pessoa é inegável. Cada paciente, com toda sua história de vida, traz algo novo a ser acrescentado na experiência profissional e pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série Cadernos de Atenção Básica; 11 – Série A Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Série A. 2º reimpressão. Brasília: Normas e manuais técnicos; 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a atenção domiciliar no sistema único de saúde**. Brasília, DF, 2004

CAMPOS, Roseli Márcia Crozariolet al. **Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família**. RevEscEnferm USP, v. 45, n. 3, p. 566-74, 2011.

DUARTE, Itala Villaça; FERNANDES, Krícia Frogeri e FREITAS, Suellen Cristo de. **Cuidados paliativos domiciliares: considerações sobre o papel do cuidador familiar**. Rev. SBPH [online]. 2013, vol.16, n.2 [citado 2017-04-09], pp. 73-88 .

DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

E. Giroto, S.M. de Andrade e M.A.S. Cabrera. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(6):1763-1772, 2013

FREITAS, A. V. S.; BITTENCOURT, C. M. M.; TAVARES, J. L. **Atuação da enfermagem no serviço de internação domiciliar: relato de experiência**. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 13, n. 1/2, p. 103-107, abr./out. 2000.

Groha P, Schunkert H. Herz. **“Management of arterial hypertension”**. 2015 Aug 25.

JACOB, W. Digerir as diferenças. Médicis, São Paulo, n. 13, p. 3-8, nov./dez. 2001

LACERDA, M. R. **Internação domiciliar**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51., 1999, Florianópolis. Anais... Florianópolis: ABEn, 1999.

LACERDA, M. R.; GIACOMOZZI, C. M. **Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática**. Saúde e Sociedade v.15, n.2, p.88-95, maio-ago 2006.

Lima, K F; Fernandes, N T; Couto, C S. **A Relevância Da Puericultura Na Atenção Primária A Saúde**.17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem: 334-336; 2013.

Marcondes E; Issler H, Leone C. **Pediatria na atenção primária**. 1a ed. São Paulo: Editora Sarvier; 1999.

McGaughey TJ, Fletcher EA, Shah SA. **“Impact of Antihypertensive Agents on Central Systolic Blood Pressure and Augmentation Index: A Meta-Analysis”**.Am J Hypertens. 2015 Aug 19.

Ricco RG, Almeida CAN, Del Ciampo LA. **Puericultura: temas de pediatria 80**. São Paulo: Nestlé; 2005.

Ricco RG, Del Ciampo LA, Almeida CAN. **Puericultura: princípios e práticas. Atenção Integral à Saúde da Criança**. 1a ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2001.

Starfield B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco; 2002.

VII Diretriz Brasileira de Hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão, vol.17(1):7-10, 2016.

Zaslavsky C, Gus I. Idoso. **Doença cardíaca e comorbidades**.ArqBrasCardiol 2002; 79(6):635-639

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica

KAREN CHRYSTINA FELIZARDO VASCONCELOS

**CAPACITAÇÃO E EDUCAÇÃO CONTINUADA ESPECÍFICA À DEMANDA
DA ESF AOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE
PARINTINS-AM**

Parintins-AM

Janeiro/2016

Projeto de Intervenção: Capacitação e Educação Continuada Específica à Demanda da ESF aos Agentes Comunitários de Saúde no Município de Parintins-AM

Resumo

No Centro de Saúde Dom Arcângelo Cerqua, localizado no município de Parintins/AM, percebeu-se falta de qualificação da maioria dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma vez que em municípios distantes dos grandes centros não há profissionais qualificados suficientes para suprir a demanda das Estratégias Saúde da Família (ESF). Portanto, desenvolver-se-á para os ACS capacitação e educação continuada específica para esta ESF. Serão abordados assuntos pertinentes ao manejo adequado da demanda espontânea e visitas domiciliares da área coberta, através de palestras e cartazes, visando à conscientização e esclarecimento do grupo, bem como um melhor relacionamento entre os membros da equipe. O ACS é o elo entre a ESF e a comunidade, de tal modo que a qualificação deste profissional desenvolve competências como maior autonomia, iniciativa e compromisso, além de detectar os pacientes que não estejam fazendo uso correto e continuado das medicações prescritas ou aqueles que não iniciaram a mudança de estilo de vida, apoio ao autocuidado, dentre outros. Percebe-se que ele é a peça fundamental no envolvimento da população para o enfrentamento dos problemas de saúde, sobretudo para a modificação das condições de vida.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Capacitação

SUMÁRIO

1. Introdução	04
2. Problema	06
3. Justificativa	07
4. Objetivos	08
4.1 Objetivo geral	08
4.2 Objetivos específicos	08
5. Revisão de Literatura	09
6. Metodologia	15
7. Cronograma	16
8. Recursos necessários	17
8.1 Recursos humanos	17
8.2 Recursos materiais	17
9. Resultados esperados	18
10. Referências bibliográficas	18

1. INTRODUÇÃO

A implantação do PSF é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira. A doutrina de cuidados primários de saúde da conferência de Alma-Ata já havia, anteriormente, influenciado a formulação das políticas de saúde no Brasil, e seus princípios foram traduzidos no novo modelo de proteção social em saúde instituído com o SUS. O modelo preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional: médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (SOUZA, 2002).

A estratégia de saúde da família encerra, em sua concepção, mudanças na dimensão organizacional do modelo assistencial ao constituir uma equipe multiprofissional responsável pela atenção à saúde de uma população circunscrita, definir o generalista como o profissional médico de atenção básica e instituir novos profissionais, a saber, os agentes comunitários de saúde que trabalham com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Pretende-se que a unidade de saúde da família constitua a porta de entrada ao sistema local e o primeiro nível de atenção, o que supõe a integração à rede de serviços mais complexos (ESCOREL, 2007).

No manual "O trabalho do agente comunitário de saúde", uma personagem que representa uma enfermeira do PACS expressa que o ACS é um agente de mudanças na medida em que aprende "com as experiências das pessoas, com os profissionais de saúde, compartilhando o que foi aprendido com a própria comunidade" (BRASIL, 2000)

Ainda no mesmo manual, aponta-se a importância do intercâmbio de conhecimento entre todos os membros de uma comunidade, já que cada um tem um jeito de contribuir e que toda contribuição tem valor. Esta troca faria parte de um processo de educação para a participação em saúde e o ACS precisaria estar atento a este processo (BRASIL, 2000).

As atribuições básicas dos ACS estão estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1.886 de 18 de dezembro de 1997, sendo detalhadas num total de 33 itens. São mencionadas atribuições que fazem parte do conhecimento da área (cadastramento, diagnóstico demográfico, definição do perfil socioeconômico, mapeamento e outras); atribuições que fazem parte do acompanhamento, monitoramento, prevenção de doenças e promoção da saúde, sendo detalhados os grupos populacionais que deverão ser acompanhados (gestantes, puérperas, hipertensos e outros), os temas que deverão ser abordados (aleitamento materno, imunização, reidratação oral e outros) e as necessidades de monitoramento (diarréias, infecções respiratórias agudas, tuberculose, hanseníase e outros). São mencionadas, ainda, ações educativas referentes à prevenção do câncer, métodos de planejamento familiar; saúde bucal, nutrição e atribuições que não são específicas da saúde, como ações educativas para preservação do meio ambiente; abordagem dos direitos humanos e estimulação à participação comunitária para ações que visem à melhoria da qualidade de vida (BORNSTEIN, 2008).

No segundo semestre de 2004, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, lançam o documento: "Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde". Este documento pretende servir como fonte de orientação à construção autônoma

pelas escolas de seus currículos destinados a organizarem cursos técnicos de formação do ACS.

Tomaz (2002) ressalta três aspectos que devem ser levados em conta ao discutir o processo de formação ou qualificação de recursos humanos: o perfil do profissional a ser capacitado, suas necessidades de formação e qualificação e que competências devem ser desenvolvidas ou adquiridas no processo educacional. Entende que o processo de qualificação do ACS ainda é desestruturado, fragmentado, e, na maioria das vezes, insuficiente para desenvolver as novas competências necessárias para o adequado desempenho de seu papel. Defende a necessidade de utilizar métodos de ensino-aprendizagem inovadores, reflexivos e críticos, centrados no estudante, e, quando possível, incluindo novas tecnologias, como a educação à distância. Inclui, ainda, a necessidade de abordar no programa educacional competências "transversais", como a capacidade de trabalhar em equipe e a comunicação.

No que se refere à formação do ACS, apesar do Ministério da Saúde definir as principais diretrizes para sua formação, na prática este processo ainda é muito diversificado (BORNSTEIN, 2008).

2. PROBLEMA

Deficiência no conhecimento básico necessário para que os Agentes Comunitários de Saúde possam identificar, orientar, encaminhar e acompanhar a realização dos procedimentos necessários à proteção, à promoção, à

recuperação e à reabilitação da saúde dos moradores de cada casa sob sua responsabilidade na ESF do Centro de Saúde Dom Arcângelo Cerqua. Uma vez que a maioria não realizou o curso de qualificação básica para formação de Agente Comunitário de Saúde.

3. JUSTIFICATIVA

Os requisitos legais para o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde, segundo previsão do art. 3º (incisos I a III) da Lei nº 10.507/2002, para o exercício da profissão de Agente Comunitário de Saúde se faz necessário o atendimento dos seguintes requisitos: residir na área em que atuar e haver concluído o ensino fundamental e o curso de qualificação básica para a formação de agente comunitário de saúde.

No entanto, em grande parte do interior do Amazonas não há profissionais qualificados suficientes para suprir a demanda nem da maioria das áreas cobertas pela ESF. Sob esta óptica, acontece a contratação de ACS que precisam de apoio técnico por parte dos demais profissionais da ESF quanto ao que se espera de sua atuação junto à comunidade.

Por esses motivos, este trabalho se faz relevante, pois poderá melhorar a aderência e atendimento na Unidade referida.

4. OBJETIVOS

- **OBJETIVO GERAL**

- Oferecer aos Agentes Comunitários de Saúde capacitação e educação continuada específica para a demanda de pacientes da ESF do Centro de Saúde Dom Arcângelo Cerqua

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Estreitar os laços entre Médico, Enfermeiro e Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da ESF;
- Estreitar o elo entre ESF e comunidade, através do ACS capacitado;
- Diminuir a automedicação e o tratamento por meio de crenças populares, através do ACS capacitado;
- Reorganizar mapeamento de visita domiciliar e busca ativa;
- Delimitar ações de resgate a pacientes sem adesão medicamentosa e não-medicamentosa ao tratamento das principais comorbidades abrangentes na ESF;
- Verificar o uso correto ou não da medicação prescrita pelo médico e auxiliar de acordo com o perfil de cada paciente;
- Instruir pacientes insulino-dependentes quanto ao armazenamento da insulina, onde aplicar, como aplicar, verificar se estão aplicando a dose prescrita pelo médico;

- Entender a importância da Caderneta do Idoso e como explicá-la de acordo com o perfil de cada paciente;
- Ensinar orientações básicas aos cuidadores de pacientes acamados.

5. REVISÃO DA LITERATURA

O Ministério da Saúde tem o objetivo de efetivar e assegurar os princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde), afim de que sejam colocados em prática e utilizados como estratégia de saúde para a família. Tem como base uma equipe de saúde multiprofissional, em que os membros conhecem mais do que ninguém a comunidade em que atuam, um desses profissionais é o Agente Comunitário de Saúde (ACS), ele que também é da comunidade e a representa dentro do serviço de saúde (BRASIL, 1998).

Ao se analisar as potencialidades desse novo profissional (o ACS) na Atenção Básica, percebe-se que ele é a peça fundamental no envolvimento da população para o enfrentamento dos problemas de saúde, sobretudo para a modificação das condições de vida. A dimensão comunitária desse novo trabalhador assume uma importância muito grande e é esse aspecto que pode auxiliar na mudança de enfoque para a construção de um novo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 1998).

Na equipe de saúde, o agente comunitário é o trabalhador que se caracteriza por ter o maior conhecimento empírico da área onde atua: a

dinâmica social, os valores, as formas de organização e o conhecimento que circula entre os moradores. Esse conhecimento pode facilitar o trânsito da equipe, as parcerias e articulações locais. O reconhecimento destas características quer pelos profissionais, quer pelos moradores traduz-se em diferentes expectativas. De um lado, pela inserção nos serviços de saúde, espera-se dele o exercício de um papel de controle da situação de saúde da população; de outro, os moradores esperam que o agente facilite seu acesso ao serviço de saúde. De maneira geral, o papel do agente comunitário como mediador é um consenso na literatura consultada por Bornstein e Stotz (2008) e tem sido abordado por vários autores e documentos oficiais.

Sendo um recente elemento da equipe de saúde, as competências e responsabilidades do ACS têm sido estudadas e refletidas em diversos estudos, com preocupação em diferenciar a inserção institucional da inserção comunitária, a diferenciação de suas competências com as dos profissionais da equipe de enfermagem (Silva, 2001)

SILVA (2001), pesquisando os ACS do Projeto QUALIS, também já havia encontrado o receio de profissionais de saúde de que o desconhecimento tecnocientífico do ACS pudesse levá-lo a se basear em suas próprias crenças, além de sua experiência pessoal, para tentar solucionar algumas questões que lhe são colocadas pelos usuários. No entanto, o receio manifesto pode ser minimizado, pois os discursos dos ACS das equipes pesquisadas apontam para o fato de que se posicionam de acordo com os propósitos do Programa de Saúde da Família. Não se detectou tentativas de apropriação das competências dos outros elementos da equipe de saúde, de acordo às orientações de seu processo de capacitação. (Fortes, 2004)

Uma das grandes preocupações do Ministério da Saúde é tentar transformar os ACS em fomentadores do uso racional de medicamentos em suas comunidades. Esta afirmação pode ser evidenciada na publicação da cartilha “O trabalho dos ACS na promoção do uso correto de medicamentos”. Entre os diversos problemas enfrentados pelas equipes de saúde da família, a promoção do uso adequado de medicamentos talvez seja uma prioridade, visto que pode atribuir para a resolução de diversos problemas, incluindo fatores que determinam a dificuldade de acesso (ROCHA, 2013).

Caderno de atenção básica com o objetivo de destacar a importância atual das condições crônicas, salientando a complexidade das doenças/fatores de risco de determinação múltipla. Aborda conceitos comuns às diversas doenças crônicas e apresenta diretrizes para a organização do cuidado. Inclui estratégias para mudança de hábitos, promoção da alimentação saudável e prática de atividade física, abordagens para construção e acompanhamento dos planos de cuidado e de apoio ao autocuidado. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

De acordo com o Guia Prático para os Agentes Comunitários em Saúde, em se tratando de Doenças Crônicas, há instruções sobre “O que o ACS pode e deve fazer”. Em nossa área da ESF as doenças crônicas prevalentes são HAS e DM, nesta ordem. Para tanto o Guia cita, dentre tantas formas de atuação, que o ACS deve “Perguntar, sempre, à pessoa com hipertensão e que tenha medicamentos prescritos se está os tomando com regularidade. Se houver dificuldades nesse processo, informar à equipe quais são para planejarem ações de enfrentamento;” e também, “Perguntar, sempre, à pessoa

com diabetes e quando prescritos se ela está tomando com regularidade os medicamentos”.

Com relação ao trabalho educativo prestado pelo agente, Martins e colaboradores (1996) ressaltam que a participação desse em ações pontuais e simplificadas parece produzir impacto significativo e relevante em termos de Saúde Coletiva, como, por exemplo, a orientação de uso do soro caseiro para a redução da mortalidade infantil e a cloração na água para a prevenção da cólera.

Pode-se questionar se cabe estabelecer limites para o ACS com relação a determinadas informações pessoais dos usuários, como as que se referem ao diagnóstico de doenças, principalmente as que podem trazer algum grau de estigmatização e/ou discriminação negativa para os usuários, como HIV/AIDS e transtornos mentais. (FORTES, 2004)

O perfil esperado de um ACS exige que ele possua algumas habilidades como uma boa comunicação com a população, um bom relacionamento interpessoal com a equipe, senso de organização e constante vigilância em saúde. Só assim ele pode colaborar para na construção e manutenção da qualidade de assistência prestada, identificando problemas e participando coletivamente de sua resolução. (MELO, 2009)

O trabalho em equipe no PSF deve ser reavaliado por todos os envolvidos. O encontro nas reuniões de equipe pode ser um espaço propício a esta mobilização, permitindo avanços no sentido de colaborar para uma maior aproximação de todos, favorecendo trocas e crescimentos e facilitando as relações com a comunidade. Incluir o agente comunitário desde o

planejamento das atividades, até sua execução e avaliação, poderá contribuir no seu envolvimento nas diferentes atividades, as quais se concentram na grande maioria das vezes sob a responsabilidade do médico ou do enfermeiro (CARDOSO, 2010).

Uma relação mais dialógica e participativa tende a permitir o desenvolvimento de competências no trabalho do ACS, como maior autonomia, iniciativa e compromisso, o que se reflete em suas relações com os moradores e abre maiores possibilidades de participação e compreensão de suas necessidades. Captar as necessidades de cada um dos envolvidos requer dos profissionais abertura, escuta, estabelecimento de vínculo, laços de confiança, oferecendo possibilidade para a fala e para o diálogo, com compreensão empática das necessidades (CARDOSO, 2010).

Cabe aqui lembrar que o agente comunitário de saúde tem como função identificar problemas, orientar, encaminhar e acompanhar a realização dos procedimentos necessários à proteção, à promoção, à recuperação e à reabilitação da saúde dos moradores de cada casa sob sua responsabilidade (BRASIL, 2001)

O agente é uma peça importante para o desenvolvimento do PSF, assim sendo, cuidar desse trabalhador e valorizá-lo é de fundamental importância, pois “aqueles que atuam e promovem saúde, ou seja, trabalhadores, são um bem público, uma utilidade pública” (MACHADO, 1995).

A partir do princípio de integralidade, concebe-se que todos os profissionais que trabalham com o ser humano devem aprimorar uma visão holístico-ecológica, seja na produção do conhecimento ou na prestação de

serviços, de modo a resgatar a importância da participação nos contextos onde se constrói a vida; nos ambientes onde os movimentos de aprender e ensinar a tecer a vida se dão. (VICTOR, 2004)

Nogueira et al. (2000) ampliam o conceito de mediação, quando apontam que a função de "ponte" pode ser entendida também com relação à facilitação do acesso aos direitos de cidadania de modo geral. O fato do agente de saúde visitar os moradores da comunidade em suas casas e entrar em contato com situações que muitas vezes não estão diretamente relacionadas à capacidade de resposta do setor saúde estende seu papel de mediação a distintas esferas de organização da vida social. A visita no domicílio das famílias criaria também uma nova relação com a comunidade diferente do que quando a pessoa vai à Unidade de Saúde onde não se conhece sua origem. Com base nos depoimentos colhidos, os autores propõem que o papel de mediador social exercido pelo ACS seja assim resumido: é um elo entre os objetivos das políticas sociais do Estado e os objetivos próprios ao modo de vida da comunidade; entre as necessidades de saúde e outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado (NOGUEIRA, 2000).

O trabalho de promoção de saúde é complexo, envolve mudanças de comportamentos, ressignificações. Para atuar nessa realidade é fundamental receber formação no cotidiano de trabalho, acompanhada de reflexão crítica sobre os casos vivenciados. É juntar o aprender com o ensinar muito bem explicado no conceito de Educação Permanente (FORTES, 2016).

6. METODOLOGIA

Este projeto de intervenção busca esclarecer os Agentes Comunitários de Saúde da ESF Dom Arcângelo Cerqua no município de Parintins-AM sobre assuntos pertinentes ao manejo adequado da demanda espontânea e visitas domiciliares da área coberta, através de palestras e cartazes, visando à conscientização e esclarecimento do grupo.

Será realizada a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, composta pela enfermeira, técnica de enfermagem e sete ACS, para mostrar as questões levantadas, metodologia e resultados esperados, durante a reunião mensal das equipes de saúde do Centro de Saúde Dom Arcângelo Cerqua. Após a apresentação para a equipe, o PI será apreciado também pela Coordenadora de Atenção Básica, no mês de Fevereiro do ano corrente.

Baseando-se na demanda espontânea e nas visitas domiciliares realizadas na área da ESF, bem como as necessidades diárias dos ACS, por ordem de prioridade e necessidade os assuntos abordados serão:

- Manejo de pacientes Hipertensos e Diabéticos: o que esperar na visita domiciliar, como ajudar na adesão medicamentosa, verificar se obedecem a prescrição médica, etc.
- Manejo de pacientes diabéticos com insulino terapia: o que esperar na visita domiciliar, onde aplicar, como aplicar, como manter a insulina em casa, verificar se obedecem a prescrição médica, etc.

- Manejo de pacientes acamados: o que esperar na visita domiciliar, como orientar os cuidadores, verificar se obedecem a prescrição médica, etc.
- Manejo de Idosos: o uso da Caderneta do Idoso, o que esperar na visita domiciliar, verificar se obedecem a prescrição médica, etc.

Cada assunto será abordado por meio de mídias eletrônicas e cartazes para a UBS nos dias das reuniões mensais das equipes de saúde.

O impacto de cada assunto será monitorado na demanda, nas visitas domiciliares médicas, visitas domiciliares da enfermeira, além das reuniões subseqüentes quando serão debatidas as melhorias e dificuldades da implantação prática e receptividade de cada casa visitada.

No mês de Julho do ano corrente, será realizada uma apresentação dos resultados na reunião mensal das equipes ESF para avaliação da intervenção e discussões sobre futuros temas pertinentes a demanda da Estratégia Saúde da Família, ACS e usuários.

7. CRONOGRAMA

AÇÕES	FEV/	MAR/	ABR/	MAI/	JUN/	JUL/
	2016	2016	2016	2016	2016	2016
Revisão bibliográfica	X	X	X	X	X	

Apresentação do projeto à equipe da UBS Dom Arcângelo Cerqua	X					
Apresentação do projeto à Coordenadora de Atenção Básica	X					
Aquisição de recursos materiais	X	X				
Execução do projeto		X	X	X	X	
Monitoramento e avaliação		X	X	X	X	
Análise e resultados						X

8. RECURSOS NECESSÁRIOS

8.1 RECURSOS HUMANOS

- Médico
- Enfermeiro
- Técnicos de Enfermagem
- Agentes Comunitários de Saúde

8.2 RECURSOS MATERIAIS

- Recursos multimídia
- Computador

- Impressora
- Materiais de expediente (canetas, resma de papel, cartolinas)

9. RESULTADOS ESPERADO

Ao fim do desta intervenção, a qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde é a meta principal, para que assim a disseminação do conhecimento se faça para a comunidade e em cada encontro ou cada visita domiciliar, a mudança do estilo de vida e a adesão plena ao tratamento tragam qualidade de vida aos pacientes.

O ACS é o elo entre a ESF e a comunidade. A formação constitui meio de acesso à profissionalização e de mobilidade social, além de propiciar a superação de limites impostos pelas práticas tradicionais e demarca a produção do saber.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORNSTEIN, Vera Joana; STOTZ, Eduardo Navarro. **Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura.** Ciência & Saúde Coletiva; v. 13, n. 1, p. 259-268. 2008.

BRASI. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agentes comunitários de saúde: área profissional saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. **Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS**. Secretaria Executiva, Ministério da Saúde, Brasília, 2001

CARDOSO, AS. **Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1): 1509-1520, 2010.

SCOREL, S. **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil**. Rev PanamSaludPublica/Pan Am J Public Health 21(2), 2007

FORTES KMGS. **Formação Do Agente Comunitário De Saúde Da Família Na Atenção Ao Idoso**. Rev enferm UFPE on line. Recife, 10(Supl. 1):211-7, jan., 2016

FORTES, PAC. **A informação nas relações entre os Agentes Comunitários de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família**. Saúde e Sociedade v.13, n.2, p.70-75, maio-ago 2004.

MARTINS CL et al. 1996. **Agentes comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão**. Revista Saúde Debate 51:38-43.

MELO, MB. **Qualificação de agentes comunitários de saúde: instrumento de inclusão sócia**. [Trab. educ. saúde](#); 7(3):463-477, nov. 2009.

NOGUEIRA RP, Silva F, Ramos Z. **A vinculação institucional de um trabalhador sui generis o agente comunitário de saúde**. [Textos para discussão nº 735]. 2000.

ROCHA, Juan S. Yazlle. **Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil**. São Paulo: Atheneu, 2013.

SILVA, J.A. da. **O agente comunitário de saúde do Projeto Qualis: agente institucional ou agente comunitário?** Tese de Doutorado. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública USP, 2001

SOUZA HM. Saúde da Família: desafios e conquistas. Em: Negri B, Viana AL, orgs. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios.** São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão; 2002.

TOMAZ JBC. **O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói".** *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 2002; 6 (10):84-87.

VICTOR JF. **Educação em saúde na unidade básica de saúde da família: atuação do enfermeiro** [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2004.