

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**JORDANIA CANDIDO DAVI**

**O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PROPOSTA  
PARA FORTALECIMENTO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NOS  
DOMICÍLIOS**

**UBERABA – MINAS GERAIS**

**2014**

JORDANIA CANDIDO DAVI

**O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PROPOSTA  
PARA FORTALECIMENTO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NOS  
DOMICÍLIOS**

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

Orientadora: Ms. Fernanda Carolina Camargo

**UBERABA – MINAS GERAIS**

**2014**

JORDANIA CANDIDO DAVI

**O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PROPOSTA  
PARA FORTALECIMENTO DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NOS  
DOMICÍLIOS**

**Banca Examinadora:**

Prof<sup>a</sup>. Ms. Fernanda Carolina Camargo

Prof<sup>a</sup>. Dra. Sandra de Azevedo Pinheiro

Aprovada em Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### **Dedico este trabalho:**

Dedico este trabalho todas as pessoas que estiveram ao meu lado, pelos caminhos que venho percorrendo ao longo de minha vida. Aos meus pais, minha irmã e meu marido que sempre torceram por mim e me incentivam a crescer sempre na vida e na profissão.

Dedico também a minha amiga de jornada Daniela Melo pela companhia maravilhosa de sempre. E a todos que fizeram parte de mais esta jornada o meu muito obrigado.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus que sempre me abençoa com grandes vitórias.  
Aos meus pais, minha irmã e meu marido pelo apoio de sempre, pela companhia nas viagens e pelo incentivo.

A todos os companheiros de trabalho que me ajudaram nas pesquisas.

A minha companheira de estudos Daniela Melo.

Agradeço a toda equipe do PSF I pelo aprendizado de todos os dias, a equipe da secretaria de saúde pela ajuda na obtenção de dados.

A coordenação do CEABSF pelo empenho em nos fornecer um aprendizado de qualidade.

A todos os tutores do CEABSF e principalmente a minha orientadora Fernanda Carolina

Camargo pela atenção, pelo incentivo e principalmente pela dedicação.

Enfim, a todos que me acompanharam nessa jornada o meu muito obrigado.

*“Descobrir consiste em olhar para o que todo mundo está vendo e pensar uma coisa diferente” (Roger Von Oech).*



## RESUMO

Agente Comunitário de Saúde é integrante chave para a efetivação do trabalho nas equipes de Saúde da Família. Sua atuação, por ser um membro ativo da comunidade assistida pela equipe, caracteriza-se no fortalecimento do vínculo entre equipe e comunidade. Cotidianamente, nos domicílios visitados, compartilha informações e conhecimentos essenciais para promoção da saúde. Entretanto, as abordagens educativas no domicílio realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde precisam ser cada vez mais propositivas e estarem articuladas as demais ações planejadas pela equipe multiprofissional, compondo um processo de trabalho mais efetivo na Estratégia Saúde da Família. Neste contexto, o presente estudo objetiva propor ações para o fortalecimento do trabalho dos agentes comunitários de saúde e suas práticas educativas nos domicílios na ESF Dr. Vitor Vieira dos Santos, Campos Altos/MG. A construção das propostas de intervenção pautou-se no arcabouço conceitual do Planejamento Estratégico Situacional em Saúde, iniciando-se pela problematização do cenário de prática onde a autora encontra-se inserida, foram apontados nós-críticos e ações para superação desta realidade. De forma geral as propostas de intervenção pretendem fortalecer a dinâmica de trabalho do Agente Comunitário de Saúde e sua interação com os demais integrantes da equipe Dr. Vitor Vieira dos Santos. Com isso, capacitá-los para melhor desempenho de uma prática educativa emancipatória nos domicílios de sua responsabilidade é essencial para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

**Palavras-Chave:** Agentes Comunitários de Saúde. Visita Domiciliar. Educação em Saúde. Programa Saúde da Família.



## ABSTRACT

Community Health Agent is an integral key to the effectiveness of work teams in Family Health . His acting , being an active member of the community assisted by the team , is characterized in strengthening the bond between the team and community. Daily in households visited , shares information and knowledge essential for health promotion . However , educational approaches at home performed by community health workers need to be increasingly purposeful and are articulated other actions planned by the multidisciplinary team , composing a process more effective work in the Family Health Strategy . In this context , this study aims to propose actions to strengthen the work of community health workers and their educational practices in households in the FHS Dr. Vitor Vieira dos Santos , Campos Altos / MG . The construction of the proposed intervention was based on the conceptual framework of Situational Strategic Planning in Health , starting by questioning the practical scenario where the author is inserted - and - critical nodes identified and actions to overcome this reality . Generally the interventions aim to strengthen the work dynamics of Community Health Agent and its interaction with other team members Dr. Vitor Vieira dos Santos. Thus , it enables them to better perform an emancipatory educational practice in homes of their responsibility is essential for strengthening the National Health System

**Keyword:** Community Health Workers. Home Visit. Health Education. Family Health Program.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

1. **Figura 1.** Distribuição dos aspectos demográficos da população acompanhada pela equipe Dr. Vitor Vieira dos Santos, Campos Altos/MG, 2013. .... **24**
  
2. **Figura 2.** Área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. Vitor Vieira dos Santos, Campos Altos/MG, 2014.....**26**
  
3. **Quadro 1.** Proposta de intervenção para o fortalecimento do trabalho dos agentes comunitários de saúde e suas práticas educativas nos domicílios na ESF Dr. Vitor Vieira dos Santos, Campos Altos/MG, 2014.....**31**

## **APRESENTAÇÃO**

Enfermeira graduada em dezembro de 2011, pelo Centro Universitário do Planalto de Araxá- MG tenho trabalhado desde minha formatura com a Saúde da Família através da Coordenação da Atenção Básica de saúde no município de Campos Altos MG, no qual nasci, cresci e trabalho todos os dias fim de promover uma saúde de qualidade com a população. Amo muito o que eu faço e, por isso, me dedico muito para me tornar uma boa profissional, sabendo que devo continuar sempre estudando e buscando aprimorar meus conhecimentos.

Escolhi a área de saúde da família pois, antes de me tornar enfermeira, trabalhei em um dos Programas de Saúde da Família (PSF) do meu município e me apaixonei pela trabalho de promoção e prevenção aos agravos da saúde. Foi também durante esse trabalho que aprendi a admirar e a perceber a importância do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para as famílias.

O Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família ( CEABSF), foi de grande importância pois me forneceu uma visão diferente de como atuar na Atenção Básica de maneira adequada junto à população, para que possamos alcançar o grande objetivo do PSF, ou seja, prestar uma modalidade de atenção voltada para a pessoa como um todo de forma resolutiva e equitativa para a promoção a saúde.

Para tanto, venho complementar minha formação sobre a saúde da família através do desenvolvimento de um trabalho mais efetivo dos Agentes Comunitários de Saúde, peças chave para um trabalho mais conjunto dentro do domicílio das famílias, pois atuam criando uma proximidade entre cada pessoa que faz parte do meu trabalho .

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>15</b>
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
3.1 Visita Domiciliar .....	16
3.2 Práticas Educativas em Saúde .....	18
<b>4. OBJETIVOS .....</b>	<b>20</b>
4.1 Objetivo Geral .....	20
4.2 Objetivos Específicos .....	20
<b>5. METODOLOGIA .....</b>	<b>21</b>
<b>6. RESULTADOS .....</b>	<b>23</b>
6.1 Diagnóstico Situacional de Saúde .....	23
6.2 Contextualização dos Trabalhos dos ACS.....	27
6.3 Proposta de Intervenção .....	30
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>32</b>
<b>8. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>33</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em 1991, o Ministério da Saúde institucionalizou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), visando o enfrentamento das necessidades de saúde de populações em situação de risco e a superação de práticas que se desenvolviam de forma isolada e focal. Em 2002, a profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi criada legalmente, estabelecendo-se que seu exercício deve se dar exclusivamente no Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA,2001).

A partir de 1993, quando começa a ser idealizada a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o PACS passa a ser implantado de forma transitória. A ESF, visando a efetivar os princípios da integralidade, universalidade e equidade propostos para o SUS, é então preconizada para funcionar com uma equipe de trabalho composta por: um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis ACSs, sendo esses, profissionais fundamentais para seu desenvolvimento (SILVA, 2001)

Inicialmente desenhado como um programa focalizado, dirigido a grupos da população relativamente excluídos do acesso ao consumo de serviços, ultimamente vem se apresentando como uma estratégia de reorientação da atenção primária da saúde ou do modelo da atenção como um todo. O trabalho em equipe é destacado no conjunto das características do PSF, como um dos pressupostos mais importantes para a reorganização do processo de trabalho e enquanto possibilidade de uma abordagem mais integral e resolutiva (BRASIL, 1997; 2002).

Neste contexto, o ACS representa um novo elemento e é considerado como personagem-chave na organização da assistência, na medida em que assume uma posição bidirecional, pois é morador da comunidade em que trabalha e, simultaneamente, integrante da equipe de saúde.

Segundo Silva (2002), a atuação dos ACS como interlocutores só ocorre quando esses profissionais conseguem desenvolver a confiança mútua com as famílias, constituindo um forte vínculo com os usuários.

É a partir desse vínculo e da capacitação do profissional que ele se torna capaz de compartilhar conhecimentos e informações úteis para a promoção da saúde das famílias.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) estabelece, como atribuições essenciais dos ACS, o trabalho com a adscrição das famílias de sua microárea de responsabilidade no território de abrangência; seu cadastro; o acompanhamento regular por meio de visitas domiciliares; a integração dessas famílias com as ações de promoção à saúde, prevenção de riscos e reabilitação desempenhadas pela Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, bem como o esclarecimento do funcionamento da Rede de Serviços de Saúde local.

É um trabalho complexo. Nesta perspectiva objetiva-se propor ações para o fortalecimento do trabalho dos agentes comunitários de saúde, em especial no que tange às práticas educativas em saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA

O trabalho do ACSocorre sob a tensão de dois polos e se reveste de grande complexidade, visto que adentra nos domicílios; recebe diretamente as queixas da população comprometendo-se de forma direta com a necessidade de dar respostas e encaminhamentos aos problemas encontrados. Ao mesmo tempo, deve confrontar-se com a equipe profissional e agir segundo as possibilidades e os limites dela e do próprio sistema de saúde.

O vínculo que esse trabalhador estabelece com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação de serviço (SCHIMITH; LIMA, 2004).

A equipe de saúde deve conhecer as famílias do território de abrangência, identificar os problemas de saúde, elaborar um plano e uma programação de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas às famílias sob sua responsabilidade no âmbito da atenção básica e o ACS é ator impar para essa proposição (BRASIL, 2002; BATISTA, 2006).

Segundo Mattos (1992), é por meio da visita domiciliar que o profissional de saúde poderá avaliar as condições sócio-ambientais e habitacionais em que vive o indivíduo (seu paciente) e sua família, bem como realizar a busca ativa, planejar e executar as medidas assistenciais adequadas.

Desta maneira, os ACS conhecem profundamente a realidade local porque são parte da comunidade. Conhecem os valores, a linguagem, os perigos e as oportunidades. Representam uma possibilidade muito especial de trazer para dentro das equipes de saúde o olhar da população. Um olhar que revela necessidades de um ponto de vista diferente e que, portanto, abre as portas para um universo novo de intervenção (FEUERWERKE; ALMEIDA, 2000).

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 VISITA DOMICILIAR

A visita domiciliar (VD) foi implementada no Sistema Único de Saúde (SUS) com o Programa de Agentes Comunitários (PACS). Para Vasconcelos, Grillo e Soares (2009, p. 52):

O Programa Saúde da Família, desde sua origem, em 1994, incorporou o ACS à Equipe Básica, agregando a VD às suas ações como tecnologia de abordagem ao indivíduo, à família e à comunidade, que deve ser explorada por todos os membros da equipe. A sua utilização favorece, entre outros aspectos que discutiremos a seguir, a possibilidade de conhecer a realidade do território.

O programa de agentes comunitários de saúde é hoje considerado parte da Estratégia Saúde da Família. Nos municípios onde há somente o PACS, este pode ser considerado um programa de transição para a saúde da família. De forma geral, as ações dos agentes comunitários de saúde são acompanhadas e orientadas por um enfermeiro/supervisor lotado em uma unidade básica de saúde (PORTAL DA SAÚDE, 2014).

Os agentes comunitários de saúde (ACS) passaram a integrar as equipes de saúde da família e a somar suas ações de maneira complementar às dos demais membros da equipe. Dessa forma, agregou-se à equipe de saúde uma nova figura que faz parte da comunidade, trabalha para ela e com ela, dedicando-se a realizar trabalhos de promoção da saúde das populações a que pertencem. A profissão de ACS foi criada pela Lei 10.507 de 10/07/02, sancionada pelo Presidente da República, fixando as diretrizes para o exercício da atividade (BRASIL, 2012).

Atualmente, encontram-se em atividade no país 204 mil ACS, estando presentes tanto em comunidades rurais e periferias urbanas quanto em municípios altamente urbanizados e industrializados (PORTAL DA SAÚDE, 2014).



No que tange às competências dos ACS, destaca-se: integração da equipe com a população adscrita; planejamento e avaliação das ações em saúde com a equipe; promoção da saúde, prevenção e monitoramento de risco ambiental e sanitário; prevenção e monitoramento a grupos específicos e morbidades (BRASIL, 2012).

A visita surge também como um estado de "respeito" e de "confiança" conquistado por eles em relação aos usuários e construído por meio da "convivência" e do "contato" constante (SAKATA *et al.*, 2007).

É uma atividade que tem por intenção, além de prover cuidados domiciliar, ser um instrumento de diagnóstico local e programação das ações a partir da realidade. De forma geral, os problemas com que os membros da ESF, em especial os ACS, se deparam durante as visitas domiciliares englobam situações que extrapolam as questões orgânicas da saúde. São situações relacionadas ao contexto social e cultural em que vivem as famílias, para as quais os serviços de saúde tradicionais tem pouco a ofertar para a sua resolução. São necessárias intervenções articuladas com outros saberes e setores para o enfrentamento das realidades vivenciadas (CUNHA; SÁ, 2013).

“As Visitas Domiciliares permitem conhecer: as condições de vida e habitação das famílias, as relações que estabelecem no ambiente doméstico, as condições de adoecimento daquela família, e, conseqüentemente, podem facilitar o planejamento e o direcionamento das ações visando a promoção da saúde e o fortalecimento do autocuidado (CUNHA; SÁ, 2013,p 67)”.

O vínculo e a confiança se colocam como linha tênue frente a exposição que as famílias passam de seus hábitos no momento da visita, fato que reforça a necessidade de treinamento dos ACS para execução deste trabalho.

### 3.2 PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE

O processo de trabalho é compreendido sob a lógica da produção de procedimentos como expressão do cuidado, ou seja, do *agir tecnológico* e da lógica que privilegia atividades centradas na relação com os usuários com vistas ao atendimento de suas necessidades para um *agir comunicativo* (FERREIRA *et al.*, 2009).

No trabalho do ACS, condições complexas permeiam suas relações com a equipe, dentre elas a divisão técnica do trabalho e sua representação social. Diferentes graus de autonomia profissional acabam por impactar na organização da rotina assistencial. Em modos de trabalho mais tradicionais ou fragmentados, podem acabar por distanciar as relações entre os componentes das equipes, fragilizando o processo de cuidar (FARIA *et al.*, 2009).

É neste contexto para o fortalecimento do trabalho em equipe que os atos educativos ganham relevância. Em especial aquelas experiências que permitem a problematização da prática, direcionada eixo *ação-reflexão-ação*, em um compartilhar de saberes (FERREIRA *et al.*, 2009; VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Além do campo da responsabilidade e do saber específicos de cada profissão ou ocupação, há um campo de competência e de responsabilidade compartilhado, que necessita ser fortalecido nos encontros entre os membros da equipe, através de ações educativas (FARIA *et al.*, 2009).

É preciso considerar ainda os valores, os costumes e os modelos sociais que permeiam a produção dos saberes e práticas em determinados territórios (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Pretende-se, como resultado final dos atos educativos na saúde da família, despertar o interesse da população acerca de fatores de riscos e como procurar melhor a qualidade de vida, a partir de atos iniciados dentro do próprio domicílio.

Busca-se, assim, emancipar a própria autonomia sobre cuidados, atenção sobre fatores de riscos e melhor forma em se manter um bom padrão de vida. Conforme destacam as autoras Vasconcelos, Grillo e Soares (2009,p.16):

Uma prática que contribua com a qualidade do fazer cotidiano do profissional e com a troca do conhecimento entre os membros da equipe e entre os profissionais e os usuários, na atenção individual e coletiva. Isso significa ser capaz de planejar, juntos, profissionais, usuários e comunidade, ações que transformem a realidade do território adscrito – não só do ponto de vista sanitário, mas, principalmente, que leve em consideração os aspectos cultural, econômico e social.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Propor ações para o fortalecimento do trabalho dos agentes comunitários de saúde e suas práticas educativas nos domicílios na ESF Dr. Vitor Vieira dos Santos, Campos Altos/MG.

### **4.2 Objetivos específicos**

Descrever a prática assistencial dos Agentes Comunitários de Saúde da ESF.

Apresentar estratégias que resultem na melhoria da qualidade do trabalho dos agentes comunitários de saúde.

## 5 METODOLOGIA

Trata-se de uma proposta de intervenção para aprimorar o processo de trabalho da equipe de saúde da família Dr. Vitor Vieira dos Santos, Campos Altos/MG, 2013. O caminho metodológico utilizado foi o Planejamento Estratégico Situacional em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). A construção deste conteúdo parte da própria experiência da autora, de sua atuação junto a uma equipe de saúde da família, e imersão do cotidiano vivido do cenário de intervenção. Logo, a situação problematizada é aquela definida como uma situação passível de transformação.

“Uma situação constitui-se em um espaço de produção social. Uma determinada situação expressa a condição, a partir da qual indivíduos ou grupos interpretam e intervêm nessa realidade” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.25).

Para a compreensão do cenário de intervenção, utilizou-se da técnica da Estimativa Rápida, contemplando coleta de dados a partir das informações presentes nos relatórios do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2013), como das observações por meio das visitas domiciliares (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para a discussão da realidade e identificação de estratégias de intervenção, foi realizado um levantamento nas bases de registros de bibliografias eletrônicas: Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS) - disponível em <http://lilacs.bvsalud.org/>, e na Scientific Electronic Library Online (SCIELO) – disponível em <http://www.scielo.br/?lng=pt>, a partir dos descritores: *agentes comunitários de saúde, visita domiciliar, educação em saúde, programa saúde da família*. Foram consultados artigos, dissertações, teses e livros referentes ao acesso dos trabalhadores aos serviços de saúde e, a inclusão das produções foi definida conforme critério da autora que julgou a pertinência do estudo.

Ainda, foi consultada a própria Biblioteca Virtual do NESCON/Plataforma Ágora (<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>), para análise dos Trabalhos de Conclusão de Curso e dos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família (CEABSF), referentes ao tema. Também foram interpretadas as

diretrizes ministeriais da Política Nacional de Atenção Básica que orientam a construção de uma prática inovadora para efetivação do SUS.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE SAÚDE

Campos Altos está situada no planalto divisor das bacias do São Francisco e do Rio Paranaíba, sendo que 15% de sua área contribuem para o primeiro e 85% para o segundo. A mesma está situada às margens da BR-262, distando 275 km de Belo Horizonte, 100 km de Araxá e 210 km de Uberaba. Além disso, a rodovia da Estalagem-Perdões possibilita o acesso a São Paulo pela BR-381 – Rodovia Fernão Dias. Concomitante às ligações rodoviárias, há a Ferrovia do Centro Atlântica, parte do corredor de exportação de Vitória, por conseguinte grande fator para o escoamento de sua produção (IBGE, 2010).

A cidade é produtora de café e uma das produtoras do famoso Queijo da Canastra. Existe instalada na cidade desde 1997 uma indústria de Reforma de Pneus, que hoje talvez seja a maior do Brasil, trabalhando com reforma e conserto de pneus de todas as medidas.

O clima se apresenta durante o dia com temperaturas amenas e, à noite, a temperatura cai bastante.

Caso houvesse realmente a divisão do estado de Minas Gerais, separando a região do Triângulo Mineiro do resto do estado, a divisa seria em Campos Altos em função da sua posição como divisora das águas das Bacias Hidrográficas do Rio Paraná e do Rio São Francisco, sendo que Campos Altos ficaria do lado do Triângulo.

Segundo uma estimativa populacional feita pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) em 2010, o município possui cerca de 13.729 habitantes. A rede de atenção básica a saúde é organizada e composta pelas seguintes unidades:

- ESF I – Dr. Vitor Vieira dos Santos
- ESF II – Antônio Barbosa Leão
- ESF III – Francisco Santirocchi
- Unidade Básica de Saúde Manoel Lourenço Tomé

- Unidade Básica de Saúde José Domingos da Silva
- PAM – Pronto Atendimento Municipal

A Unidade Básica de Saúde da Família I “Dr. Vitor Vieira dos Santos” recebeu este nome em homenagem a um ex-prefeito conceituado e respeitado por todos na cidade. A mesma iniciou seu funcionamento em junho de 2008, realizando cobertura populacional dos bairros: Nossa Senhora Aparecida, Lazaro Leite, Boa Esperança I e II, Salvador Raimundo. Responsabiliza-se também pela cobertura populacional do Distrito de São Jerônimo, que pertence à área rural.

A Unidade Básica de Saúde é localizada na Avenida José Bueno de Paula. Possui uma área física própria para atender o Programa Saúde da Família, esta se encontra em boas condições físicas e de recursos matérias. A Equipe da Saúde da Família conta com seis agentes comunitários de saúde, um médico da família, uma técnica em enfermagem, uma enfermeira, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais. E ainda na Unidade Básica contamos com as especialidades básicas: pediatria, ginecologia, fonoaudióloga, nutricionista e referência em Tuberculose e Hanseníase para todo o município.

A área de cobertura da ESF I reside a população mais carente (pouca condições financeiras) de Campos Altos. As pessoas do bairro vivem principalmente do trabalho braçal na zona rural, tanto os homens como as mulheres. É grande o número de pessoas subempregadas e desempregadas. A maioria das crianças da área de abrangência em idade escolar encontra-se matriculada e inserida na escola.

**Figura 1.** Distribuição dos aspectos demográficos da população acompanhada pela equipe Dr. Vitor Vieira dos Santos, Campos Altos/MG, 2013.

<b>Faixa Etária</b>	<b>Feminino</b>	<b>Masculino</b>
Crianças (< 1 ano à 9 anos)	308	301
Adolescentes (10 à 19 anos)	547	650
Adultos Jovens ( 20 à 39 anos)	678	690
Adultos ( 40 à 59 anos)	429	430
Idosos ( 60 anos ou mais)	209	225



A observação da área de abrangência do PSF I foi realizada através das visitas domiciliares, onde se tornou possível a obtenção de um panorama completo da área de abrangência do PSF I.

Pode-se verificar que algumas das ruas já são pavimentadas (asfalto), porém, ainda existe ruas sem pavimentação de asfalto (de terra vermelha), estas já estão sendo trocadas por pavimentação de asfalto. O estado de conservação e limpeza das mesmas não é o ideal, visto que as ruas não têm calçadas, não há cestos de lixo em todos os quarteirões e as vias públicas apresentam grande quantidade de dejetos, como fezes de animais. O lixo é acondicionado em sacos plásticos, sem coleta seletiva, e captado diariamente pela prefeitura.

Nota-se presença de animais nas ruas, como cachorros e gatos. Na área existem muitos terrenos baldios. Não existe área de risco para enchentes e desabamentos. A área urbana possui apenas duas grandes avenidas e estas não possuem sinalização adequada. O esgoto da área é tratado pela companhia de saneamento básico municipal. O abastecimento da água é fornecido pela COPASA.

O estado de conservação das casas é regular, algumas de tijolo, algumas de laje e o acabamento das mesmas está em bom estado. As residências são próximas umas das outras, e residem geralmente muitas pessoas dentro de uma casa, algumas ainda sem luz elétrica (minoria). Inexiste policiamento nas ruas e não há transporte público.

Na área de abrangência existe uma escola, duas creches, um Centro de Referência da Assistência Social, uma Associação de Pais e Amigos do Excepcional, uma Associação de Bairros e Moradores, um campo de futebol, várias igrejas (entre elas o Segundo Santuário de Nossa Senhora Aparecida), Estação da CEMIG, Sede da COPASA, bares e mercearias, uma padaria e um Matadouro Municipal. Inexiste farmácia na área e não existe uma área própria para lazer.

**Figura 2.** Área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Dr. Vitor Vieira dos Santos, Campos Altos/MG, 2014.



## 6.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TRABALHO DOS ACS

A Saúde da Família é uma estratégia criada pelo Ministério da Saúde com o intuito de prestar assistência à comunidade, respeitando a universalidade, a equidade, a integralidade, ressaltando a resolutividade, tanto na unidade de saúde quanto no domicílio, além de identificar os fatores de risco aos quais a população está exposta (BRASIL, 2012).

Neste âmbito, o trabalho dos ACS é considerado como de suma importância para a qualidade do cuidado, pois é membro da equipe assistencial que mais provém informações às famílias, através de atos educativos, facilitando o acesso aos cuidados em saúde (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; MENEGUSSI; OGATA; ROSALINI, 2014).

Na esfera familiar, o trabalho do ACS evidencia a maior proximidade da equipe com as pessoas – resulta no estreitamento de vínculos, pois. A principal ferramenta de atuação dos ACS são as Visitas e os Atendimentos Domiciliares (BORNSTEIN; STOTZ, 2008).

Elencada como prática essencial para todos os profissionais que atuam junto a ESF, a Visita Domiciliar tem claro potencial de transformação, pois contribui para o fortalecimento do autocuidado, assegura a participação e o controle social, além de fortalecer os vínculos entre usuários e equipe. Com o provimento de informações precisas, numa abordagem dialógica e interacional entre ACS e família visitada é possível o alcance mais propositivo dos resultados das ações de saúde (FONSECA *et al.*, 2012).

Entretanto, essas abordagens educativas no domicílio pelo ACS precisam superar as interações verticalizadas, entre aquele que detém o conhecimento e o outro que não é o portador do mesmo (VASCONCELOS; GRILLO; SOARES, 2009).

Através de estratégias educativas, o trabalho do ACS tem como principal objetivo gerar práticas inovadoras em saúde, nas quais haja integração das ações sociais e

de saúde coletiva de forma concomitante (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; FONSECA *et al.*, 2012; MENEGUSSI; OGATA; ROSALINI, 2014).

Para alcance desta proposta, é preciso que se invista em uma nova formação dos ACS, num processo permanente de capacitação desses trabalhadores. E que se considere a Visita Domiciliar como espaço oportuno para alcance da promoção da saúde.

Para tanto, parte-se do princípio que a organização da rotina de trabalho da equipe de Saúde da Família precisa promover uma inovação no seu processo de trabalho, que possa estimular a organização desses espaços de formação em serviço, e discussão crítica do processo de trabalho vivenciado (BRASIL, 2002; FARIA *et al.*, 2009).

Essa inovação, é um processo que pode demandar e, ao mesmo tempo, provocar mudanças organizacionais e institucionais, estando a eficácia de sua adoção relacionada a fatores de natureza histórica e social do contexto no qual estão inseridas (BRASIL, 2002; FARIA *et al.*, 2009).

De forma geral, o fortalecimento da prática educativa dos ACS da equipe Saúde da Família Dr. Vitor Vieira dos Santos será organizado na medida em que a própria organização do processo de trabalho da equipe de Saúde possibilite espaços para a melhor qualificação deste trabalhador.

Com isso, a construção do conhecimento necessita ser elaborada e compartilhada, entre todos os membros da equipe e da própria comunidade. É preciso evidenciar as crenças, as opiniões, as atitudes e propósitos de cada um dos ACS na sua rotina de trabalho. Esse desvelamento deve ocorrer em um espaço acolhedor, de escuta qualificada, dentro da própria equipe de saúde, para que as intervenções futuras possam ser mais efetivas.

Há de se considerar que a produção do conhecimento no cotidiano da Saúde da Família é elaborada pelo grupo, frente uma realidade vivenciada e reconstruída pelo indivíduo em sua experiência. Deve possuir um caráter dinâmico, interacional, por

isso a necessidade de se entender as perspectivas dos próprios ACS, por serem eles porta-vozes da própria comunidade, e trazerem consigo conhecimentos que representam o conhecimento popular (BORNSTEIN; STOTZ, 2008; FONSECA *et al.*, 2012).

Defende-se aqui que por meio da interação e da “*conversação*”, é que poderá ser incorporado pelos ACS, como pela própria comunidade, concepções diferenciadas para o cuidado em saúde. Destaca-se, neste contexto, a importância de se potencializar os canais de comunicação entre ACS, demais integrantes da equipe e a comunidade.

Toda essa abordagem deve estar associada à realização de atividades compartilhadas entre os seus integrantes, os quais têm nessas atividades objetivos comuns a serem alcançados, devendo se apoiar na relevância da articulação das ações e no reconhecimento das diferenças técnicas entre os trabalhos especializados, da interdependência e da autonomia dos profissionais (MENEGUSSI; OGATA; ROSALINI, 2014).

### 6.3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Diante desse contexto, este estudo tem como finalidade subsidiar reflexões sobre a dinâmica de trabalho do ACS, identificar sua interação social em meio a comunidade de seu dia a dia, e possibilitar o estabelecimento de estratégias visando à melhoria da qualidade da atenção e de suas condições de trabalho.

Teve como objetivo apontar a interação social com a equipe, compreender a inserção do ACS no processo de trabalho com as equipes de atenção básica à saúde, por meio de estratégias que gerem melhor qualidade de seus serviços e dos resultados frente ao trabalho em equipe, na sua própria visão e para a população.

Neste sentido, os principais nós-críticos identificados foram:

- A dinâmica de trabalho do Agente Comunitário de Saúde na equipe Dr. Vitor Vieira dos Santos  
Pretende-se proporcionar a população através do trabalho capacitado dos ACS uma qualidade assistencial a saúde diretamente ligada aos domicílios decorrentes das visitas domiciliares.
- A interação dos agentes comunitários de saúde com os demais membros da equipe Dr. Vitor Vieira dos Santos  
Pretende-se propor e apresentar ao restante da equipe juntamente a Secretaria de Saúde Municipal fatos emergenciais e buscar formas de intervir e de controle social a saúde da população assistida, transformando em elo equipe, população, SM, em prol do bem estar e efetivação da saúde do local.

**Quadro 1.** Proposta de intervenção para o fortalecimento do trabalho dos agentes comunitários de saúde e suas práticas educativas nos domicílios na ESF Dr. Vitor Vieira dos Santos, Campos Altos/MG, 2014.

<b>Nó-Critico</b>	<b>Propostas de Intervenção</b>	<b>Fatores Críticos</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Indicadores de Avaliação</b>	<b>Fonte de Avaliação</b>
A dinâmica de trabalho do Agente Comunitário de Saúde na equipe Dr. Vitor Vieira dos Santos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- palestras;</li> <li>- reuniões;</li> <li>- estudos de casos;</li> <li>- elaboração de planejamento de ações;</li> <li>- busca ativa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- falta de recursos para melhoria da qualidade de saúde;</li> <li>- a não adesão a sugestões e orientações feitas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agentes Comunitários de saúde;</li> <li>- Enfermeiro;</li> <li>- ESF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- melhora na vida diária das famílias assistidas;</li> <li>- interesse e procura a ESF para orientações;</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- questionários;</li> <li>- balanços mensais;</li> <li>- fechamento dos mês referentes a consultas e demais procedimentos;</li> </ul>
A interação dos agentes comunitários de saúde com os demais membros da equipe Dr. Vitor Vieira dos Santos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- apresentação de casos específicos e mais críticos;</li> <li>- propor soluções e opiniões da equipe;</li> <li>- potencializar o trabalho em equipe de todos;</li> <li>- buscar interagir com toda equipe multiprofissional;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dialogo claro e objetivo;</li> <li>- interesse dos demais integrantes da equipe</li> <li>- disposição em estar trabalhando em equipe;</li> <li>-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ACS;</li> <li>- Enfermeiro;</li> <li>- ESF;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interesse mutuo;</li> <li>- reuniões com toda a equipe;</li> <li>- resultados satisfatórios em fechamentos dos mensais;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- questionários;</li> <li>- participação ativa;</li> <li>- controle mensal de fechamentos;</li> </ul>

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O trabalho cotidiano na Saúde da Família é uma atividade complexa frente às relações entre as diferentes categorias que integram esse modelo de atenção. Produz reflexos da representação social dos trabalhadores e na capacidade e autonomia dos membros da equipe em desempenhar suas funções. Será que realmente o trabalho tem sido realizado em equipe? Esse questionamento motivou a construção da presente proposta de intervenção.

A linha de frente da atuação da equipe de saúde da família, os agentes comunitários de saúde, acaba por ser a categoria de trabalhadores da saúde que sente no seu processo de trabalho o maior impacto da desarticulação da equipe. Pois, os resultados das intervenções propostas pelo ACS dependem diretamente do trabalho multidisciplinar organizado.

Dessa maneira, capacitá-los para melhor integração com a equipe de saúde, e para o desempenho de uma prática educativa emancipatória nos domicílios de sua responsabilidade é estratégia essencial para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.



## 8. REFERÊNCIAS

BATISTA, C. J. **Humanização da Assistência em Saúde através do Programa de Saúde da Família: A perspectiva dos profissionais.** 2006. 68f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro Universitário de Patos de Minas – UNIPAM – Patos de Minas, 2006.

BORNSTEIN, V.J.; STOTZ, E.N. O Trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencencedora e a transformadora. **Trabalho educação e saúde.** vol.6, no.3, p.457-480, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde e Cidadania.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CUNHA, M.S.; SA, M.C. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. **Interface (Botucatu).** v.17, n.44, pp. 61-73, 2013.

FARIA, H.P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde.** NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p.

FERREIRA, VSC *et al.* Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cadernos de Saúde Pública**. v.25, n.4, p.898-906, 2009.

FEUERWEKER, L.C.M.; ALMEIDA, M.J. O Programa de Saúde da Família e o direito à Saúde. **Olho Mágico**. v.6, n.22, p.22-5, 2000.

FONSECA, A.F. *et al.* Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. **Texto contexto - enfermagem**. v.21, n.3, p.519-527, 2012.

IBGE. IBGE Cidades. Censo 2010. Campos Altos. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=311150&search=minas-gerais%7Ccampos-altos%7Cinfograficos:-dados-gerais-do-municipio>. Acesso em 14 jan 2014.

MATTOS, C. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. 2 ed. São Paulo: Cortez. 1992.

MENEGUSSI, JM; OGATA, MN; ROSALINI, MHP. O agente comunitário de saúde como morador, trabalhador e usuário em São Carlos, São Paulo. **Trabalho educação e saúde**. v.12, n.1, pp. 87-106, 2014.

PORTAL DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Profissional e Gestor. Programa Saúde da Família. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/faq-s/313-programa-saude-da-familia/9207-agentes-comunitarios-de-saude>. Acesso em 14 jan 2014.

SAKATA, KN *et al.* Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v 60, n 6, p.659-64, 2007.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20, n. 6, p. 1487, 2004.

SILVA, JA. **O Agente Comunitário de Saúde do Projeto QUALIS:** agente institucional ou agente de comunidade [tese doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M.J.C.; SOARES, S.M. **Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 73p.