

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

**TÚLIO CEZAR DE SOUZA BERNARDINO**

**CRIAÇÃO E EXECUÇÃO DE PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO  
PERMANENTE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA  
UNIDADE DE SAÚDE BÁSICA DOS CRISTAIS EM NOVA LIMA**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS  
2015**

**TÚLIO CEZAR DE SOUZA BERNARDINO**

**CRIAÇÃO E EXECUÇÃO DE PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO  
CONTINUADA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA  
UNIDADE DE SAÚDE BÁSICA DOS CRISTAIS EM NOVA LIMA**

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

Orientador: Bruno Souza Bechara Maxta

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS  
2015**

**TÚLIO CEZAR DE SOUZA BERNARDINO**

**CRIAÇÃO E EXECUÇÃO DE PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO  
PERMANENTE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DA  
UNIDADE DE SAÚDE BÁSICA DOS CRISTAIS EM NOVA LIMA**

Banca examinadora

Bruno Souza Bechara Maxta: orientador

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 16 de setembro de 2015

## RESUMO

O trabalho executado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) tem uma enorme relevância dentro do contexto da Estratégia de Saúde da Família. A atuação destes profissionais, quando em sincronia com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, garante melhor qualidade no cuidado à saúde da população. Diante disso, este trabalho objetivou a criação e o desenvolvimento de um programa de capacitação permanente para os Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde dos Cristais em Nova Lima, Minas Gerais. Esta intervenção foi definida como prioritária através do Método de Planejamento Estratégico Situacional, que apontou a atuação heterogênea dos ACSs como um problema relevante para atuação. A Proposta de Intervenção adotada baseou-se em reuniões quinzenais com os Agentes Comunitários de Saúde para discussão de temas relevantes da saúde pública e elaboração de um roteiro para orientar as visitas domiciliares. A Equipe de Saúde da Família foi submetida a ciclos de avaliação e o resultado, após seis meses de capacitação, foi extremamente satisfatório corroborando os dados encontrados pelo estudo bibliográfico realizado. Por fim, a intervenção realizada permitiu melhoria no cuidado em saúde para a população e maior homogeneidade na atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, atingindo todos os objetivos inicialmente propostos pelo trabalho.

**Palavras chave:** Agentes Comunitários de Saúde. Capacitação em Serviço. Sistema Único de Saúde.

## **ABSTRACT**

The work performed by Community Health Agents (CHA) has a huge relevance within the Family Health Strategy. The work of these professionals, when coordinated with the other members of Health Family Team, ensures better quality in health care of the population. Accordingly, this work aimed to create and to develop a permanent training program for the CHA of a Basic Health Unit in Nova Lima, Minas Gerais. This intervention was defined as a priority by the Situational Strategic Planning Method, which pointed the heterogenic performance of the CHA as the main issue for action. The Intervention Project adopted was based in biweekly meeting with the Community Health Agents for discussion of relevant issues of public health and for elaboration of a script to guide their homecare visits. The Health Family Team was submitted to evaluation cycles and the results, after half year of capacitation, were extremely satisfactory and corroborated the data found by the bibliographic research. Finally, the intervention allowed improvement in the population health care and more homogeneity in the action of the Community Health Agents, thus, reaching all the objectives initially proposed for this work.

**Keywords:** Community Health Agents. Universal Health System. Family Health Strategy.

## SUMÁRIO

|                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>              | <b>7</b>  |
| <b>2 JUSTIFICATIVA</b>           | <b>12</b> |
| <b>3 OBJETIVOS</b>               | <b>15</b> |
| <b>4 METODOLOGIA</b>             | <b>16</b> |
| <b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>   | <b>18</b> |
| <b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> | <b>20</b> |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>    | <b>26</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b>               | <b>28</b> |
| <b>ANEXOS</b>                    | <b>29</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Nova Lima integra a região metropolitana de Belo Horizonte com fronteira na região Centro-Sul da capital. A sua História registra:

[...] ter sido o Coronel Domingos Rodrigues da Fonseca Leme o primeiro branco a pisar na região da sede do município, entre os anos de 1698 e 1701, em busca de ouro e pedras preciosas. Com a notícia da rica descoberta, surgiram os primeiros faiscadores, sendo eles libertos, escravos, aventureiros, dos quais a tradição não guardou os nomes (NOVA LIMA,2010).

A descoberta de jazidas de ouro acontecia com frequência e mantinha o comércio ativo e grande ocorrência de tropeiros no município. Essas descobertas tornaram o local um paraíso de ouro nos tempos coloniais, mas somente muitos anos após é que o Povoado desenvolveu-se mais ordenadamente, com a exploração da Mina do Morro Velho pela Saint John D'El Rey Mining Company Limited. “O Distrito foi criado com a denominação de Vila Nova Lima, pela lei, provincial nº 50, de 14-09- 1836, e pela lei estadual nº 2, de 14-09-1891, subordinado ao município de Sabará” (NOVA LIMA, 2010).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE,2014), atualmente, o município de Nova Lima possui uma área total de 429,04 Km<sup>2</sup> com densidade demográfica de 188,73 habitantes/Km<sup>2</sup>, contanto com uma população total de 88.672 habitantes. A população de Nova Lima é predominantemente urbana. Apenas 2% da população residem em áreas rurais (Anexo 1). Essa população apresenta uma taxa de crescimento anual de 2,63%.

O município de Nova Lima possui bons indicadores de qualidade de vida com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 0,813, com renda média familiar em R\$ 1.709,89. De maneira geral, a população tem acesso adequado à Atenção Primária de Saúde. Há uma grande receita econômica municipal e há possibilidade de melhoria de investimento em todos os setores, inclusive em saúde pública. A proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é de 11,05%; 73.143 pessoas são alfabetizadas (IBGE, 2010).

Os bons indicadores socioeconômicos representam preponderantemente as regiões com elevada concentração de riqueza em detrimento daquelas com

contingente populacional em situação precária, de forma tal que não revelam a acentuada desigualdade socioeconômica entre grupos de sua população. Nova Lima possui em seu território áreas que possuem alta concentração de renda, composta por condomínios luxuosos, e outras que possuem situação habitacional precária, como a maioria dos bairros ao redor do centro da cidade.

A cidade conta com fornecimento de luz elétrica, água e telefonia adequadas para uma cidade de médio porte, com ampla rede bancária, de comércio e de serviços.

Em relação ao sistema de saúde local, Nova Lima faz parte da Macrorregião de saúde do Centro e microrregião de Belo Horizonte/Nova Lima/ Caeté em Minas Gerais.

A sua rede de saúde é estruturada e os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) são realizados de forma condizente com a estrutura da cidade. Nova Lima conta com 21 Unidades Básicas de Saúde (Anexo 2), o que representa cerca de 4.200 habitantes/UBS, número próximo do máximo recomendado pelo Ministério da Saúde (4.000 habitantes/UBS).

A cidade encontra-se em ampliação da assistência à saúde, com incorporação do Programa de Saúde da Família em toda sua rede de atenção primária, ampliando o acesso da população aos serviços básicos de saúde. Dentre as diversas Unidades Básicas de Saúde, destaca-se, neste estudo, a UBS Cristais que funcionava nos moldes da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) antes da chegada dos médicos do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) e adequou-se nos moldes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com os médicos vindos deste Programa.

A Policlínica Municipal e o Hospital Municipal (Hospital Nossa Senhora de Lourdes) concentram os recursos para atendimentos de urgência/emergência e a rede de atendimentos ambulatoriais especializados. Há rede estruturada para atendimento de algumas especialidades médicas, como ortopedia, cardiologia, endocrinologia, pneumologia, dermatologia, nefrologia, entre outras. Algumas especialidades, no entanto, apresentam déficit de profissionais especializados o que gera um impacto importante nas filas de espera para consulta com tais especialistas.

A cidade conta ainda com uma rede de saúde mental estruturada nas unidades do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), CAPS-AD e Ambulatório de Saúde Mental, além de um serviço específico para crianças e adolescentes.

Foi implantado o serviço de Melhor Em Casa, serviço de atenção domiciliar voltado para o atendimento de pacientes em condição clínica mais grave (níveis 2 e 3 da Atenção Domiciliar), porém sua atuação ainda é incipiente.

Os recursos destinados à saúde repassados pelo Fundo Municipal de Saúde foram de R\$ 7.941.298,24 em 2013, sendo a maior parcela deles para a Atenção Primária e a construção de uma Unidade de Pronto Atendimento nova (UPA) (Anexo 3).

Nova Lima apresenta 12,7 médicos para cada 1.000 habitantes (Anexo 4), número muito superior à relação existente no Brasil 1,89/1000 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013). Esse dado endossa a existência de bons indicadores dos recursos humanos em saúde.

Os dados de mortalidade dos indivíduos em Nova Lima evidenciam que as doenças que causam maior mortalidade são as cardiovasculares, neoplásicas e as respiratórias. As doenças causadoras de óbito seguem o padrão brasileiro de mortalidade, sendo as cardiovasculares mais predominantes (Anexo 5).

Existe uma particularidade nos dados de morbidade em Nova Lima. Ela é o 17º município de Minas Gerais em maior carga de Tuberculose (SINAN-NET/TB. CEPS/SRAS/SUBPAS/SES-MG, 2014). Tal condição pode estar associada a uma situação sanitária e/ou habitacional precária para parte da população e/ou a uma maior frequência de doenças pulmonares associadas ao trabalho (ex: pneumoconiose).

A UBS Cristais atende a uma área representada por uma população acima de 9.000 habitantes, e está localizada em uma região de fácil acesso para a população, com um horário de funcionamento adequado para a demanda populacional.

A UBS Cristais conta com duas secretárias, duas enfermeiras, dois médicos generalistas (PROVAB) em regime de 32h semanais, um médico de apoio em dois turnos semanais, uma médica pediatra, uma médica ginecologista, uma terapeuta ocupacional, uma psicóloga e um médico psiquiatra em horários alternados. Conta ainda com técnicas de enfermagem e profissionais do NASF (nutricionista, assistente social, farmacêutica, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, psicóloga e psiquiatra) que atendem na unidade. Todos estes profissionais compõem a equipe da UBS Cristais.

A UBS está instalada em uma casa alugada pela prefeitura, já que a edificação do Posto de Saúde está em reformas. O espaço físico é composto por

quatro consultórios, uma sala de recepção, dois banheiros, uma sala de curativos, uma sala de vacinas e uma pequena cozinha.

A UBS tem estrutura física recomendada para realização das atividades voltadas à Atenção Primária, porém os consultórios estão equipados com a mínima estrutura para garantir o atendimento, faltando recursos, como balanças e régua, instrumentos precisos de aferição de pressão arterial e oxímetros.

Vale ressaltar que a UBS dos Cristais era sediada em uma área grande, com ampla estrutura para abrigar as ações em saúde. Há alguns anos, foi proposta uma grande reforma desta unidade para melhorar as condições de trabalho e de acolhimento. Com atrasos e embargos políticos, a obra permaneceu paralisada há anos, mantendo a UBS em casas alugadas e adaptadas para receber as ações da atenção primária. A casa que permaneceu como sede da UBS até o mês de abril, tinha condições limítrofes para atender as demandas da população. Desde maio houve uma significativa melhora, mas mesmo assim a população aguarda a inauguração da nova sede.

O diagnóstico situacional realizado na UBS Cristais iniciou-se em conjunto com as atividades didáticas propostas pelo curso de especialização, em especial como uma atividade do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS;FARIA;SANTOS, 2010).

Em ação conjunta com a equipe de saúde da UBS Cristais, foram levantados vários problemas que afetavam o processo de trabalho. A seguir apresenta-se uma lista com os principais problemas levantados pela Equipe de Saúde da Família que interferem negativamente no trabalho realizado pela equipe:

- 1) Falta de um programa de educação permanente para aprimorar as competências dos Agentes Comunitários de Saúde;
- 2) Falta de sistema efetivo de contra referência;
- 3) Demanda abusiva da população para uso de benzodiazepínicos;
- 4) Hábito da população em exigir exames de rotina mesmo em circunstâncias não indicadas;
- 5) População pouco instruída sobre o funcionamento da UBS;
- 6) Demora para consulta com algumas especialidades médicas (oftalmologia, reumatologia, pneumologia, endocrinologia, entre outras);

Diante do exposto, vários foram os problemas apresentados pela equipe do PSF. Dentre estes problemas, aquele que gerava maior repercussão no trabalho, era

a ausência de capacitação e capacidade técnica heterogênea dos ACSs. Os problemas apresentados foram avaliados quanto à importância, urgência e capacidade de enfrentamento para que fosse definida uma prioridade (Anexo 7).

Assim, diante das condições de trabalho identificadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Cristais, percebeu-se que a ausência de um programa de capacitação efetiva dos Agentes Comunitários de Saúde gerava uma qualidade heterogênea na ação destes profissionais. Este era o principal fator que interferia, negativamente, nas ações da UBS Cristais.

O projeto de intervenção, descrito e sistematizado nos itens subsequentes deste trabalho foi baseado no desenvolvimento de reuniões entre os membros da equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) desta UBS com o objetivo de criar um programa de educação permanente para os Agentes Comunitários de Saúde.

O projeto de intervenção proposto esteve em execução durante cerca de seis meses acompanhado por reuniões quinzenais que indicaram melhora no nível de conhecimento e de atuação dos Agentes Comunitários de Saúde.

## 2 JUSTIFICATIVA

Os Agentes Comunitários de Saúde compõem um grupo de profissionais importantes no contexto de Atenção à Saúde. A integração efetiva da comunidade assistida por uma Unidade Básica de Saúde com a equipe de profissionais ocorre em grande parte por ação dos ACSs.

A identificação da população com os ACSs permite uma proximidade que é benéfica no contexto de saúde. A existência de uma relação próxima permite que haja identificação e intervenção mais precoce nas condições de saúde da população; isso se for comparado ao intervalo de tempo que o próprio indivíduo demandaria para levar uma determinada condição adversa de saúde espontaneamente à UBS.

Os ACSs são os profissionais da equipe que participam do dia-a-dia da população atuando como os interlocutores da UBS. Reconhecendo essa condição, torna-se fundamental que haja uma perfeita sincronia das ações estabelecidas pela UBS e das ações promovidas pelos ACSs.

Diante disso, é importante que o papel do ACS seja cumprido de forma profissional e responsável, especialmente no que diz respeito à identificação, à informação e ao apoio às condições de saúde apresentadas pela população. Visando sempre a ação em equipe, para garantir que seja um cuidado integral à comunidade.

Na Unidade de Saúde dos Cristais tinha se tornado cada vez mais relevante a discrepância de conduta entre os Agentes Comunitários de Saúde. A diferença de atuação e de informação entre os profissionais tinha comprometido a atuação da Equipe de Saúde.

Assim, o principal problema apontado pela equipe de saúde era o despreparo dos Agentes Comunitários de Saúde para lidar com a rotina do trabalho e com as situações de saúde da população. Tais profissionais apresentavam dificuldades na aplicação das atividades apresentadas abaixo que estão previstas como atribuições dos membros das Equipes de Atenção Básica:

IV - realizar ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

V - garantir da atenção a saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;

VI - participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII - realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

VIII - responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

VIII (específica do ACS) - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe (BRASIL, 2011).

Os grandes pontos importantes que estavam comprometendo a ação dos ACSs são estes anteriormente apresentados e estão diretamente associados às questões administrativas da Rede de Atenção à Saúde municipal e à qualidade teórica do conhecimento sobre as condições de saúde.

No que diz respeito às questões administrativas, os ACSs apresentavam conhecimento restrito aos fluxos e às responsabilidades do cuidado dos pacientes. De forma tal, que a relação de amizade com alguns pacientes comprometia o compromisso profissional do ACS, no sentido de procurar interferir em um fluxo de trabalho habitual com o intuito de agilizar o acesso a determinados pontos da rede de atenção para alguns pacientes.

Em diversas ocasiões, era perceptível que a capacidade teórica insuficiente das condições de saúde interferia negativamente nas orientações fornecidas aos pacientes. Assim, havia um conflito entre a informação fornecida pelo médico/enfermeiro e a informação fornecida pelos ACSs. No momento em que informavam a população de forma equivocada geravam uma inconsistência das informações comprometendo a qualidade do trabalho em equipe.

É fundamental que a equipe atue em sincronismo e, essa era a limitação mais importante a ser solucionada pela equipe do PSF.

Além disso, era rotineiro o agendamento pelos ACS de consultas e visitas domiciliares em caráter de prioridade, que não se traduziam em reais condições que demandariam prioridade. Tal situação estava diretamente associada à dificuldade em distinguir situações que evidentemente necessitariam de intervenções rápidas, daquelas que eram consideradas crônicas, requerendo acompanhamento programado.

Por diversas oportunidades, era possível perceber que o conjunto de famílias sob o cuidado de um ACS que conseguia realizar suas atribuições, em especial aquelas que foram supracitadas, era mais bem assistido pela UBS. Além disso, aqueles que eram mais bem instruídos sobre as condições de saúde, eram capazes de orientar e auxiliar no cuidado integral dos pacientes.

O papel do ACS, quando executado conforme suas atribuições, garante uma melhor efetividade de ações da UBS, tanto em ações coletivas quanto naquelas individuais.

A capacitação destes importantes profissionais garante melhor coesão e fidedignidade da conduta da equipe de saúde. A ausência de um programa contínuo de capacitação dos ACS impede que haja uma coesão entre os membros da equipe do PSF na organização do processo de trabalho da UBS. Esses aspectos serão discutidos na apresentação dos estudos bibliográficos em item específico deste trabalho.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Propor um programa de capacitação continuada para os Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da Unidade Básica de Saúde dos Cristais em Nova Lima baseado em um roteiro de visita domiciliar

#### **3.2. Objetivos Específicos**

Qualificar as visitas dos Agentes Comunitários de Saúde;

Realizar grupos coletivos sobre organização administrativa do SUS, condições e agravos de saúde, processo de trabalho voltado à saúde com foco nos Agentes Comunitários de Saúde;

Criar um roteiro de visitas domiciliares para aprimorar atendimento comunitário pelos Agentes Comunitários de Saúde;

Aprimorar o conhecimento e a capacidade de avaliação dos Agentes Comunitários de Saúde sobre as principais condições de saúde especialmente aquelas vinculadas ao roteiro de visita;

## 4 METODOLOGIA

Utilizando o Método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) de acordo com Campos, Faria e Santos (2010), foi proposto um plano de ação visando intervir sob os “nós críticos” apresentados no diagnóstico feito pela Equipe de Saúde da Família.

O Método de Planejamento Estratégico Situacional é uma metodologia baseada na resolução de problemas por meio da definição de estratégias para intervenção, das situações que envolvem o problema, dos personagens envolvidos, da capacidade de governabilidade e capacidade de intervenção sobre os fatores determinantes para a resolução do problema. Esse método é sistemático e utilizado para intervenções nas mais amplas situações e esferas de poder (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Após a realização das análises de acordo com as etapas propostas pelo Método de Planejamento Estratégico, foi estabelecido qual era o problema prioritário e o plano de ação adequado. Assim, definiu-se que a intervenção deveria ser realizada conforme será apresentado no item específico: Proposta de Intervenção.

De forma complementar, fez-se estudo bibliográfico, antes, durante e depois da implantação do plano de ação, procedimento fundamental para que seja avaliada experiência de outros serviços. A adequação da proposta de trabalho com aquelas bem sucedidas na literatura garante maior robustez nas ações, o que é benéfico para um desfecho favorável.

O estudo bibliográfico foi baseado na ferramenta de busca integrada da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os descritores de pesquisa: Agentes Comunitários de Saúde, Capacitação em Serviço, Sistema Único de Saúde. Vários artigos foram selecionados e foram instrumentos de fundamentação teórica para o projeto de intervenção proposto.

Antes, durante e após a intervenção foram realizados questionários com os agentes de saúde para definição da repercussão obtida com o projeto de intervenção. Isso para que houvesse adequada mensuração dos eventuais progressos obtidos com o projeto.

O questionário era composto de um cabeçalho com perguntas para identificação do perfil do ACS, sem que houvesse identificação do ACS, de uma régua para marcação do nível de conhecimento sobre 23 temas relevantes para a

UBS e de um breve questionário sobre quais os temas mais importantes para abordar na capacitação, aqueles de maior dificuldade e aqueles mais aprimorados no processo de capacitação (Anexo 8).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Durante toda a etapa de proposição de nova intervenção foi necessário realizar uma análise comparativa entre a situação presente e os trabalhos publicados sobre o tema.

A adequação da proposta de trabalho com aquelas bem sucedidas na literatura garante maior robustez nas ações, o que é benéfico para um desfecho favorável.

Vários artigos foram selecionados e utilizados como instrumento de fundamentação teórica para o projeto de intervenção proposto. Adiante estão apresentados três trabalhos cuja metodologia adotada assemelha à proposta do projeto de intervenção e resultaram em desfechos bem favoráveis.

De acordo com Rodrigues e Araújo (2010), que fizeram um estudo sobre o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Saúde do Idoso, a capacitação destes profissionais para atuarem junto às necessidades da população idosa é essencial. Diante do baixo conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o envelhecimento, a identificação dos problemas de saúde do idoso e a intervenção na população idosa tornam-se prejudicadas.

A existência de um trabalho que permite uma associação direta entre conhecimento do ACS e a capacidade de intervenção do mesmo reforça a importância de investir no treinamento teórico e prático com tais profissionais. Identificar a relação de causa e consequência neste contexto é indispensável para propor mudanças no planejamento da Unidade Básica de Saúde.

Segundo Frazão (2009), o uso de um projeto de capacitação de Agentes Comunitários de Saúde, voltado em uma metodologia de ensino-aprendizagem, apoio e supervisão, com duração de um ano e um mês sobre saúde bucal, foi responsável por uma melhora significativa no conhecimento e atuação dos agentes comunitários de saúde. Esse incremento técnico dos ACS favoreceu um melhor cuidado com a saúde bucal da população, corroborando o papel fundamental dos ACS no aprimoramento da saúde populacional.

Machado *et al.* (2010) propuseram uma intervenção em um determinado grupo de ACS, visando ação educativa sobre aleitamento materno, com duração de 32 horas, com a finalidade de ampliar o conhecimento dos ACS. O trabalho proporcionou maior conhecimento e segurança para atuar frente aos problemas

relatados pelas mães da população adscrita. Além disso, este estudo reiterou a necessidade de ações educativas com os ACS, especialmente, com ênfase na capacitação ao trabalho.

A intervenção no contexto de trabalho do Agente Comunitário de Saúde, visando aprimorar o conhecimento para a prática profissional, está diretamente associada a uma melhora na capacidade de intervir favoravelmente e obter respostas mais satisfatórias do que comparado a um estado antes do processo de capacitação.

Diante disso, o projeto de intervenção segue alguns princípios de trabalhos bem sucedidos e encontra-se devidamente embasado com a literatura científica publicada.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Após a utilização da metodologia descrita, foi definido o problema e os “nós críticos” para realizar um desenho das operações. Nessa etapa pensou-se e estruturou-se as estratégias de abordagem dos mecanismos causadores do problema. A análise individualizada dos “nós críticos” favoreceu a elaboração de intervenção direcionada, conforme apresentado no Quadro1.

**Quadro 1:** Descrição dos problemas priorizados, dos objetivos, dos resultados e produtos esperados.

| Problema                       | Projeto                     | Objetivos e Resultados esperados                       | Produtos esperados   |
|--------------------------------|-----------------------------|--|--|
| Capacidade teórica heterogênea | <b>Capacitação dos ACSs</b> | Homogeneizar o substrato teórico dos agentes de saúde  | Trabalho e as visitas domiciliares dos ACS qualificadas com a Criação de um Projeto de Capacitação e um material para as visitas domiciliares. |
| Capacitação inadequada         |                             | Estruturar um Programa de Educação Permanente para ACS |  |
| Atuação heterogênea            |                             | Homogeneizar a intervenção realizada                   |  |
| Baixa motivação                |                             | Responsabilizar e valorizar o trabalho dos ACS         |  |

A etapa de definição dos “nós críticos” foi fundamental para seguimento do processo de planejamento em saúde. O “nó crítico” representa uma causa potencial do problema principal que pode ser um alvo de intervenção, a ponto de permitir uma transformação. A partir da transformação, o problema principal pode ser atenuado garantindo resolução do problema.

A necessidade de conhecimentos teóricos dos ACS, a falta de programa continuado de capacitação, a falta de coesão administrativa gerando atuação heterogênea, a baixa motivação no trabalho realizado foram os principais “nós críticos” apresentados pela equipe do PSF.

A baixa capacidade teórica dos ACSs foi associada à falta de treinamento adequado e a escolaridade heterogênea. A escolaridade do ACS foi definida por meio de edital de seleção do concurso público e, dessa forma, não é passível de mudanças. Por outro lado, pode-se aprimorar as habilidades teóricas dos ACSs através de um programa de capacitação bem estruturado, que pode resultar em atuação mais homogênea em relação ao trabalho executado por parte dos ACSs.

A falta de programa continuado de capacitação dos ACSs foi um alvo muito importante de ação da equipe. Este problema foi considerado como o segundo “nó crítico”. A existência de um programa continuado de capacitação garante melhor equilíbrio na capacidade de conhecimento teórico, além de ser um estímulo adicional para o estudo.

A falta de coesão administrativa e a baixa motivação no trabalho foram outros “nós críticos” relevantes. A intervenção procurando situar o papel do ACS dentro da equipe de saúde e ressaltando a importância de suas ações é fundamental para que os objetivos do PSF sejam atingidos.

Foi implementado um programa de educação continuado, com reuniões frequentes com a equipe da UBS, especialmente com os ACSs, para criar um ambiente propício para sedimentar as ações direcionadas para a resolução dos “nós críticos” apresentados.

Nesse processo tornou-se essencial que fossem identificados os recursos críticos, aqueles indispensáveis para realização das ações programadas. Garantir a disponibilidade dos recursos críticos permite instrumentalizar os atores do plano de intervenção.

Em um programa de capacitação continuado os recursos fundamentais são administrativos. A criação de um momento para capacitação envolve a retirada destes profissionais do trabalho habitual.

Assim, a gerência e os profissionais de nível superior da Unidade Básica de Saúde devem reconhecer a importância deste processo de acordo com a descrição feita no Quadro 2.

**Quadro 2:** Descrição dos recursos necessários e críticos para a implementação dos projetos

| Projeto                     | Recursos necessários  | Recursos críticos   |
|-----------------------------|---|---|
| <b>Capacitação dos ACSs</b> | Físicos: ambiente para as reuniões, cadeiras e mesas para a realização das reuniões;<br><br>Administrativo: conciliar as agendas de todos os profissionais envolvidos | Administrativos: Conciliar as agendas quinzenalmente para permitir a execução do projeto; |

O envolvimento da equipe do NASF e do PSF foi primordial nesse contexto de capacitação dos ACS, uma vez que eram os profissionais capazes de gerir os recursos fundamentais para a elaboração do plano de ação. Os profissionais dessa equipe estabeleceram os horários adequados para dedicarem ao programa.

Assim, como o recurso pessoal e administrativo é essencial para a execução do projeto, ele pode ser considerado como um recurso crítico. A definição das agendas destes profissionais envolvidos foi fundamental para que houvesse a execução das atividades.

Alguns recursos materiais importantes relacionados à estrutura física para as reuniões foram disponibilizados, como: uma sala com cadeiras e mesas para a execução das atividades, impressão de questionários e de material para a visita domiciliar;

A UBS não tinha espaço físico adequado para abrigar um programa com todos os ACSs. Tornou-se necessário definir um ambiente externo à UBS para que fossem realizadas as reuniões. Foi definido que as reuniões ocorreriam em uma edificação religiosa do bairro Cristais.

Diante dos recursos necessários para a execução das atividades, deve-se intervir primeiro na resolução dos recursos críticos, que são aqueles que podem inviabilizar a intervenção.

Dessa forma, foi necessário responsabilizar os atores que detinham a capacidade de controlar os recursos críticos para que houvesse garantia de disponibilidade dos mesmos, como explicitado no Quadro 3.

**Quadro 3:** Descrição sobre o controle dos recursos críticos para a implementação dos projetos

| Projeto                     | Controle de recursos críticos<br>Ator que controla/Motivação | Ações estratégicas  |
|-----------------------------|--|---|
| <b>Capacitação dos ACSs</b> | Médicos do PSF, Enfermeiras do PSF e gerente da UBS          | Reuniões programáticas com a conciliação das agendas de todos os profissionais envolvidos |

Conforme ficou acordado na reunião com os profissionais de ensino superior da UBS e a gerente, a responsabilidade pelas ações seria coletiva. Cada profissional seria responsável por uma parcela das atividades de capacitação, sendo a gerente da UBS, quem concentraria as ações de administração do programa.

A definição das agendas dos profissionais foi feita pela gerente e enfermeiras da ESF e, através de reuniões deste grupo com os médicos do PROVAB foram definidas as atividades.

Todos os profissionais do NASF e PSF contribuíram para o programa de capacitação, sendo cada um com o conhecimento que domina. O médico e enfermeiras foram os principais envolvidos no processo, estando presente na maioria dos encontros, para garantir a integração dos conteúdos teóricos com a intervenção prática adequada.

Como cada profissional tinha compromissos intrínsecos dentro da dinâmica da Rede de Atenção Básica, tornou-se fundamental a definição sistemática das agendas e da inserção das reuniões de capacitação como ação programática.

Todos os profissionais envolvidos na reunião mostraram-se dispostos ao início do plano de criação do programa continuado de capacitação dos ACS. Os cronogramas e temas de discussão, assim como os profissionais envolvidos em cada uma das reuniões de capacitação, eram definidos em reuniões mensais.

A análise da viabilidade dos planos foi o próximo passo para adequação das ações. Foi necessário definir os profissionais que iriam atuar no processo, com a finalidade de manejar os recursos críticos, a fim de garantir a realização da ação proposta. O plano de intervenção viável é aquele que possui atores capazes de gerir os recursos e dedicar esforços na adoção de ações.

A partir da análise de viabilidade do plano, foi possível iniciar a elaboração do plano operativo e definir as responsabilidades e intervenções. É importante que seja realizado o planejamento das intervenções para que haja coordenação e acompanhamento das operações. Somente dessa forma pode haver adequações do planejamento inicial.

Diante da definição do Programa de Capacitação dos ACS da UBS Cristais de Novo Lima, foram definidos os profissionais que seriam responsáveis para adequação e funcionamento adequado deste projeto.

Assim, as ações programadas de cada agente foram definidas e cumpridas conforme planejamento prévio, que está apresentado no Quadro 4.

**Quadro 4:** Descrição dos responsáveis e prazos para a implementação dos projetos

| <b>Problema</b>                                      | <b>Responsável</b>         | <b>Prazo</b>             | <b>Duração das atividades</b> |
|--|----------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Adequação das agendas do médico e enfermeira do PSF  | Enfermeiras do PSF         | Realizado uma vez ao mês | 6 meses                       |
| Definição do projeto de capacitação na agenda da UBS | Gerente da UBS             | Realizado uma vez ao mês | 6 meses                       |
| Convocação dos profissionais envolvidos nas reuniões | Médico e enfermeira do PSF | Quinzenal                | 6 meses                       |

As ações realizadas no projeto eram acompanhadas e avaliadas sistematicamente pelos médicos, enfermeiras e gerente da UBS, garantindo, assim, a continuação da efetividade do programa, como se encontra no Quadro 5. O resultado das avaliações bimestrais está apresentado nas considerações finais.

**Quadro 5:** Proposta de gestão, acompanhamento e avaliação das atividades

| Projeto                        | Acompanhamento | Avaliação |
|--------------------------------|----------------|-----------|
| Projeto de Capacitação dos ACS | Quinzenal      | Bimestral |

Após organização estrutural e administrativa do Programa de Capacitação dos ACS, as reuniões ocorreram com frequência quinzenal durante seis meses (Agosto de 2014 a Janeiro de 2015), contando com avaliações sistemáticas bimestrais com os ACS e mensais feitas pela equipe de saúde.

Vários temas importantes para a ação dos ACS foram desenvolvidos e discutidos durante as reuniões, sendo que os temas eram também escolhidos de acordo com o desejo dos ACS.

Houve paralelamente às reuniões com os ACS, o aumento de demanda para realização de grupos coletivos na UBS sobre os temas discutidos nas reuniões, assim surgiram os grupos de: Diabetes, Hipertensão, Saúde sexual, Saúde das Mulheres, Saúde dos Homens, Saúde das Crianças e o grupo de Tabagismo nos moldes da SMS-Nova Lima e da SES-MG.

Juntamente ao desenvolvimento das reuniões de capacitação com os ACS, foi desenvolvido um roteiro para auxiliar e sistematizar as visitas domiciliares realizadas pelos ACS.

O roteiro foi desenvolvido coletivamente durante as reuniões de capacitação para adequá-lo as circunstâncias intrínsecas da população atendida pela UBS. Neste ponto, a participação dos ACS foi de grande relevância, uma vez que conhecem a fundo as particularidades da comunidade.

Tal roteiro teve como base um modelo que havia sido desenvolvido pelo supervisor local de Nova Lima, Horácio Faria, e seus alunos da graduação em Medicina-UFMG que eram participantes do Internato Rural (Anexo).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

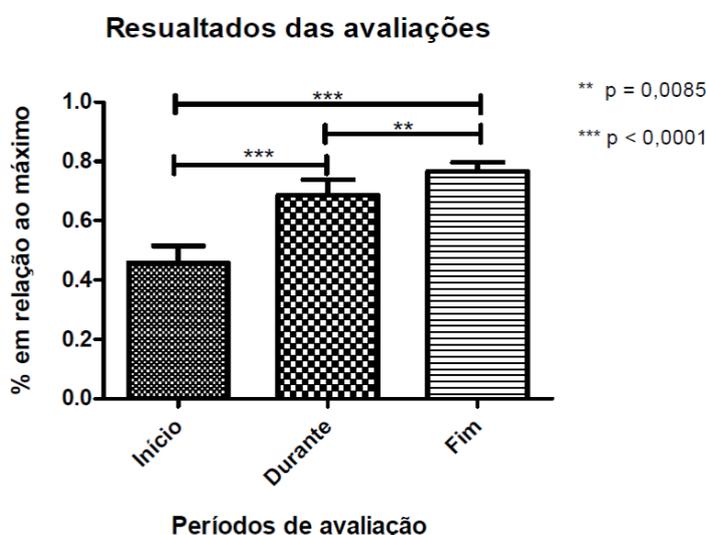
O Projeto de Intervenção proposto foi executado conforme descrito nos itens anteriormente mencionados e o resultado final obtido mostrou-se congruente com os resultados descritos na literatura científica.

A comparação entre os ciclos de avaliação realizados, um no início do projeto de capacitação, um após dois meses e outro no final dos 6 meses, permitiu verificar que as atividades executadas foram responsáveis por um acréscimo de conhecimento teórico e prático dos ACS da UBS Cristais que foi estatisticamente relevante.

A análise entre as avaliações dos Agentes Comunitários de Saúde permite concluir que todos aqueles que participaram das reuniões obtiveram aprimoramento na execução de suas tarefas. O diagnóstico familiar e o agendamento de consultas foi progressivamente se tornando mais preciso com o passar dos meses de atividade, atingindo um dos objetivos iniciais do projeto.

O resultado entre a comparação das médias das notas dos ACS's durante os três momentos distintos está representado no Gráfico 1, com respectiva significância estatística.

**Gráfico 1:** Resultado entre as avaliações bimestrais realizadas ao longo do projeto de capacitação com os ACS.



A avaliação subjetiva de todos os envolvidos no projeto de intervenção foi congruente com os resultados observados a partir da avaliação feita com os Agentes de Saúde. Isto é, as enfermeiras, médicos do PSF e a gerente da UBS afirmam melhora na execução das tarefas dos ACS com reflexos positivos para a população.

Dessa forma, podemos aproximar os resultados obtidos com a intervenção proposta daqueles artigos apresentados, especialmente aqueles com metodologia semelhante.

A partir do projeto de intervenção, foi desenvolvido um projeto de educação permanente para os ACS, baseado na mesma metodologia aplicada, que foi implantado na agenda de atividades dos ACS, como sendo indispensável para aprimorar a importante atividade desempenhada por eles.

Dessa forma, todos os objetivos iniciais propostos foram alcançados e os resultados superaram as expectativas iniciais.

Além disso, paralelamente houve maior participação da população adscrita nas rotinas da UBS, com aumento progressivo da demanda e maior participação popular em grupos coletivos realizados na UBS. Grande destaque deve ser dado ao grupo de cessação do Tabagismo que se encontra em funcionamento pleno desde seu início com grande fila de espera.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2014 Diário Oficial da União República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 28 ago. 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314480&search=|in fogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>>. Acesso em 11 fev. 2015.

BRASIL.INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. Biblioteca. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/novalima.pdf>>. Acesso em 11 fev. 2015.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA IBGE. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=314480&idtema=16&search=minas-gerais|nova-lima|sintese-das-informacoes>>. Acesso em: 11 fev. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, p 84, 2009.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA,H.P.; SANTOS, M.A.. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, p 118, 2010.

FRAZÃO, P.; MARQUES, D. Efetividade de programa de agentes comunitários na promoção da saúde bucal. **Rev Saúde Pública**; v 43, n 3, p 463-71, 2009.

RODRIGUES, J.C.; ARAÚJO, C.L.O. Análise do Conhecimento e Prática dos Agentes Comunitários de Saúde na Saúde do Idoso. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 117-127, 2010.

MACHADO, M.C.H.S. et al. Avaliação de intervenção educativa sobre aleitamento materno dirigida a agentes comunitários de saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v 10, n4 ,p 459-468, out. / dez., 2010.

NOVA LIMA. Minas gerais. **Histórico**.  
biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/minasgerais/novalima.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Disponível em: <[http://gamapserver.who.int/gho/interactive\\_charts/health\\_workforce/PhysiciansDensity\\_Total/atlas.html](http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/health_workforce/PhysiciansDensity_Total/atlas.html)>. Acesso em: 12 fev. 2015.

**ANEXOS**

## Anexo 1- Aspectos demográficos de Nova Lima

| Município: Nova Lima      |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Total da População: 81000 |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
| Nº de Indivíduos          | 1 – 4 | 5 - 9 | 10-14 | 15-19 | 20-25 | 25-39 | 40-59 | 60e + | Total |
| Área Urbana               | 4831  | 5046  | 6091  | 6233  | 7145  | 20707 | 20511 | 8669  | 79233 |
| Área Rural                | 100   | 116   | 175   | 154   | 175   | 576   | 311   | 160   | 1767  |
| Total                     | 4931  | 5162  | 6266  | 6387  | 7320  | 21283 | 20822 | 8829  | 81000 |

Anexo 2 Quadro representativo da estrutura da rede de atenção à saúde de Nova Lima.

| Número de estabelecimentos por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento |           |              |           |           |            |
|--|-----------|--------------|-----------|-----------|------------|
| Dez/2009   |           |              |           |           |            |
| Tipo de estabelecimento  | Público   | Filantropico | Privado   | Sindicato | Total      |
| Central de Regulação de Serviços de Saúde  | -         | -            | -         | -         | -          |
| Centro de Atenção Hemoterápica e ou Hematológica                                 | -         | -            | -         | -         | -          |
| Centro de Atenção Psicossocial   | 1         | -            | -         | -         | 1          |
| Centro de Apoio a Saúde da Família   | -         | -            | -         | -         | -          |
| Centro de Parto Normal   | -         | -            | -         | -         | -          |
| Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde  | 21        | -            | -         | -         | 21         |
| Clinica Especializada/Ambulatório Especializado                                  | 1         | -            | 15        | -         | 16         |
| Consultório Isolado  | 8         | -            | 58        | 1         | 67         |
| Cooperativa  | -         | -            | 2         | -         | 2          |
| Farmácia Medic Excepcional e Prog Farmácia Popular                               | 1         | -            | -         | -         | 1          |
| Hospital Dia   | -         | -            | -         | -         | -          |
| Hospital Especializado   | -         | -            | -         | -         | -          |
| Hospital Geral   | -         | 1            | 2         | -         | 3          |
| Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN                                     | -         | -            | -         | -         | -          |
| Policlínica  | 1         | -            | -         | -         | 1          |
| Posto de Saúde   | 2         | -            | -         | -         | 2          |
| Pronto Socorro Especializado   | -         | -            | -         | -         | -          |
| Pronto Socorro Geral   | -         | -            | -         | -         | -          |
| Secretaria de Saúde  | -         | -            | -         | -         | -          |
| Unid Mista - atend 24h: atenção básica, intern/urg                               | -         | -            | -         | -         | -          |
| Unidade de Atenção à Saúde Indígena  | -         | -            | -         | -         | -          |
| Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia                                | 1         | -            | 6         | -         | 7          |
| Unidade de Vigilância em Saúde   | 2         | -            | -         | -         | 2          |
| Unidade Móvel Fluvial  | -         | -            | -         | -         | -          |
| Unidade Móvel Pré Hospitalar - Urgência/Emergência                               | -         | -            | 1         | -         | 1          |
| Unidade Móvel Terrestre  | -         | -            | -         | -         | -          |
| Tipo de estabelecimento não informado  | -         | -            | -         | -         | -          |
| <b>Total</b>   | <b>38</b> | <b>1</b>     | <b>84</b> | <b>1</b>  | <b>124</b> |

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Anexo 3. Quadro representando os repasses de verbas vinculados à saúde em Nova Lima. Dados do Fundo Nacional de Saúde.

| Bloco   | Ação/Serviço/Estratégia  | Valor Total  | Valor Desconto | Valor Líquido |
|---|--|--------------|----------------|---------------|
| ATENÇÃO BÁSICA                                      | AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE - ACS                                    | 1.376.550,00 | 0,00           | 1.376.550,00  |
| ATENÇÃO BÁSICA                                      | ATENÇÃO DOMICILIAR (EMAD) RAU-ADOM                                     | 150.000,00   | 0,00           | 150.000,00    |
| ATENÇÃO BÁSICA                                      | EMAP - EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS DE APOIO (RAU-ADOM)                  | 18.000,00    | 0,00           | 18.000,00     |
| ATENÇÃO BÁSICA                                      | INCENTIVO ADICIONAL AO PROGRAMA DE AGENTES COMUNITARIOS DE SAUDE       | 121.600,00   | 0,00           | 121.600,00    |
| ATENÇÃO BÁSICA                                      | INCENTIVO ADICIONAL PSF  | 40.000,00    | 0,00           | 40.000,00     |
| ATENÇÃO BÁSICA                                      | NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF                             | 220.000,00   | 0,00           | 220.000,00    |
| ATENÇÃO BÁSICA                                      | PAB FIXO   | 1.668.872,24 | 0,00           | 1.668.872,24  |
| ATENÇÃO BÁSICA                                      | PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE - PMAQ (RAB-PMAQ-SM)     | 489.600,00   | 0,00           | 489.600,00    |
| ATENÇÃO BÁSICA                                      | PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA - PSE   | 7.800,00     | 0,00           | 7.800,00      |
| ATENÇÃO BÁSICA                                      | SAÚDE DA FAMÍLIA - SF  | 989.680,00   | 0,00           | 989.680,00    |
| GESTÃO DO SUS                                       | INC. A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DA RAPS - PI (RSM-RSME) | 3.000,00     | 0,00           | 3.000,00      |
| GESTÃO DO SUS                                       | INCENTIVO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL (PI) - RSM-RSME                 | 15.000,00    | 0,00           | 15.000,00     |
| INVESTIMENTO  | PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UBS - CONSTRUÇÃO                         | 265.600,00   | 0,00           | 265.600,00    |
| INVESTIMENTO  | UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UPA                                    | 1.300.000,00 | 0,00           | 1.300.000,00  |
| MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR | CEO - CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS - MUNICIPAL               | 55.000,00    | 0,00           | 55.000,00     |
| MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR | CEO - CENTRO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS ESTADUAL                  | 70.400,00    | 0,00           | 70.400,00     |
| MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR | FAEC SIA - PROJETO OLHAR BRASIL - CONSULTA                             | 42.980,93    | 0,00           | 42.980,93     |
| MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR | REDE VIVER SEM LIMITES - RDEF - CEO ESTADUAL                           | 6.600,00     | 0,00           | 6.600,00      |
| MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR | TETO MUNICIPAL DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR  | 379.551,25   | 0,00           | 379.551,25    |
| MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR | TETO MUNICIPAL REDE CEGONHA (RCE-RCEG)                                 | 3.360,00     | 0,00           | 3.360,00      |
| VIGILÂNCIA EM SAÚDE                                 | AÇÕES ESTRUTURANTES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - (FNS)                    | 40.268,08    | 0,00           | 40.268,08     |
| VIGILÂNCIA EM SAÚDE                                 | INCENTIVO DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE DENGUE                          | 140.291,75   | 0,00           | 140.291,75    |
| VIGILÂNCIA EM SAÚDE                                 | PISO ESTRATÉGICO - GERENCIAMENTO DE RISCO DE VS (FNS)                  | 22.740,92    | 0,00           | 22.740,92     |
| VIGILÂNCIA EM SAÚDE                                 | PISO FIXO DE VIGILÂNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE - PFVPS                    | 467.639,16   | 0,00           | 467.639,16    |
| VIGILÂNCIA EM SAÚDE                                 | PROGRAMA DE QUALIFICAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILANCIA EM SAÚDE ( PQAVS )    | 46.763,91    | 0,00           | 46.763,91     |
| Total Geral:  |  | 7.941.298,24 | 0,00           | 7.941.298,24  |

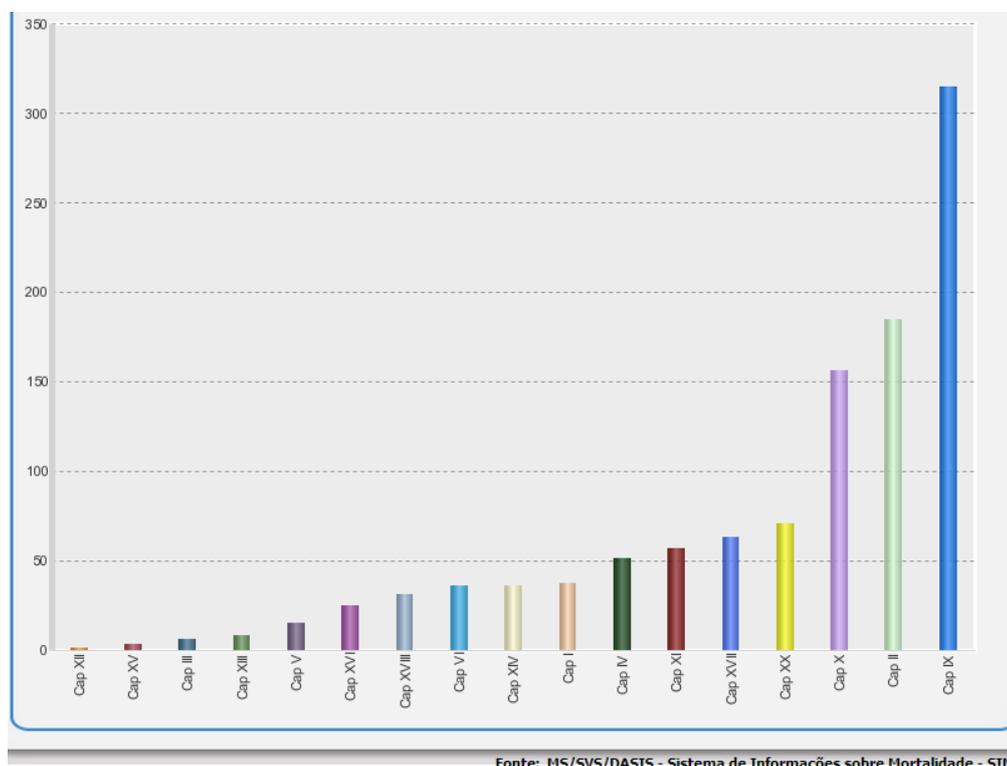
Anexo 4. Quadro representativo dos recursos humanos disponíveis em Nova Lima para profissionais da área de saúde.

| Recursos Humanos (vínculos) segundo categorias selecionadas<br>Dez/2009 |       |                  |                         |                   |                          |
|---|-------|------------------|-------------------------|-------------------|--------------------------|
| Categoria   | Total | Atende ao<br>SUS | Não<br>atende ao<br>SUS | Prof/1.000<br>hab | Prof<br>SUS/1.000<br>hab |
| Médicos   | 970   | 798              | 172                     | 12,7              | 10,4                     |
| .. Anestesiista   | 20    | 9                | 11                      | 0,3               | 0,1                      |
| .. Cirurgião Geral  | 71    | 70               | 1                       | 0,9               | 0,9                      |
| .. Clínico Geral  | 208   | 205              | 3                       | 2,7               | 2,7                      |
| .. Gineco Obstetra  | 87    | 36               | 51                      | 1,1               | 0,5                      |
| .. Médico de Família  | 13    | 13               | -                       | 0,2               | 0,2                      |
| .. Pediatra   | 123   | 81               | 42                      | 1,6               | 1,1                      |
| .. Psiquiatra   | 17    | 16               | 1                       | 0,2               | 0,2                      |
| .. Radiologista   | 21    | 18               | 3                       | 0,3               | 0,2                      |
| Cirurgião dentista  | 103   | 88               | 15                      | 1,3               | 1,1                      |
| Enfermeiro  | 72    | 61               | 11                      | 0,9               | 0,8                      |
| Fisioterapeuta  | 25    | 13               | 12                      | 0,3               | 0,2                      |
| Fonoaudiólogo   | 13    | 9                | 4                       | 0,2               | 0,1                      |
| Nutricionista   | 5     | 5                | -                       | 0,1               | 0,1                      |
| Farmacêutico  | 15    | 14               | 1                       | 0,2               | 0,2                      |
| Assistente social   | 4     | 4                | -                       | 0,1               | 0,1                      |
| Psicólogo   | 15    | 14               | 1                       | 0,2               | 0,2                      |
| Auxiliar de Enfermagem  | 147   | 74               | 73                      | 1,9               | 1,0                      |
| Técnico de Enfermagem   | 209   | 154              | 55                      | 2,7               | 2,0                      |

Fonte: CNES. Situação da base de dados nacional em 10/04/2010.

Nota: Se um profissional tiver vínculo com mais de um estabelecimento, ele será contado tantas vezes quantos vínculos houver.

Anexo 5. Gráfico representando a causa de mortalidade segundo os capítulos da CID-10 em Nova Lima.



Anexo 6. Tabela para sistematização das prioridades de intervenção pela ESF

| Problema  | Importância | Urgência | Capacidade de enfrentamento da equipe | Prioridade |
|---|-------------|----------|---------------------------------------|------------|
| Falta de capacitação ACS                                | Alta        | Alta     | Alta                                  | 1°         |
| Falta de sistema efetivo de contra referência           | Alta        | Alta     | Médio                                 | 2°         |
| Uso abusivo de benzodiazepínico                         | Alta        | Médio    | Médio                                 | 4°         |
| Hábito da população de fazer revisão laboratorial anual | Médio       | Baixo    | Alto                                  | 5°         |
| População pouco instruída sobre o funcionamento da UBS  | Alta        | Médio    | Alto                                  | 3°         |
| Demora em consultar com algumas especialidades médicas  | Alta        | Alta     | Baixo                                 | 6°         |

## Anexo 7: Questionário desenvolvido e aplicado com os ACS

## Questionário para os ACS

1) Idade  

Identificação:

2) Escolaridade:

|                    |         |         |                 |  |
|--------------------|---------|---------|-----------------|--|
| Ensino Fundamental | 15 a 45 | 16 a 22 | Ensino Superior |  |
| Ensino Médio       | 15 a 32 |         | Curso técnico   |  |
| Cursos diversos    |         |         | Cursos diversos |  |

3) Experiência de trabalho antes de ser ACS:

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

4) Tempo atuando como ACS:    

5) Neste momento, como você julga seus conhecimentos sobre os temas abaixo? Coloque um "X" sobre o traço na posição que representa o conhecimento sobre o tema:

| Tema/Avaliação                 | Péssimo | Pouco Satisfatório | Satisfatório | Muito Satisfatório | Excelente |
|--------------------------------|---------|--------------------|--------------|--------------------|-----------|
| Gestante                       |         |                    |              |                    |           |
| Puérpera                       |         |                    |              |                    |           |
| Crianças                       |         |                    |              |                    |           |
| Adolescentes                   |         |                    |              |                    |           |
| Homens                         |         |                    |              |                    |           |
| Idosos                         |         |                    |              |                    |           |
| Hipertensos                    |         |                    |              |                    |           |
| Diabéticos                     |         |                    |              |                    |           |
| Saúde Bucal                    |         |                    |              |                    |           |
| Asmáticos                      |         |                    |              |                    |           |
| Cuidados sanitários            |         |                    |              |                    |           |
| Vacinação                      |         |                    |              |                    |           |
| Doenças Infectocontagiosas     |         |                    |              |                    |           |
| Saúde Mental                   |         |                    |              |                    |           |
| Doenças associadas ao trabalho |         |                    |              |                    |           |
| Deficientes físicos            |         |                    |              |                    |           |
| Tabagismo/Etilismo             |         |                    |              |                    |           |
| Saúde da Mulher                |         |                    |              |                    |           |
| Rede de Saúde                  |         |                    |              |                    |           |
| Fluxos de atendimento          |         |                    |              |                    |           |
| SUS                            |         |                    |              |                    |           |
| Saúde sexual                   |         |                    |              |                    |           |
| Funções dos membros do PSF     |         |                    |              |                    |           |

## Anexo 8: Roteiro de visita domiciliar para ACS desenvolvido durante a capacitação

| ROTEIRO AUXILIAR PARA A VISITA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE<br>MATERIAL APLICADO POR EQUIPE DO PROVAB EM NOVA LIMA 2014/2015  |   |  |
|---|---|--|
| <p><b>GESTANTE / PUÉRPERA (até 42 dias pós-parto)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Ainda não iniciou o pré-natal/faltou a consulta</li> <li>★ Dificuldades com a amamentação</li> <li>★ Rejeição/depressão com gestação ou RN</li> <li>★ Corrimento / Infecção Urinária</li> <li>★ Cuidado com a ferida operatória/coto umbilical</li> <li>★ Sem cartão de vacina</li> <li>★ Cuidados inadequados com recém-nascido</li> <li>★ Não cadastrada no Mãe de Minas</li> <li>★ Sangramento vaginal</li> <li>★ Perda de líquidos pela vagina</li> <li>★ Trabalho de parto</li> <li>★ Dor Abdominal/Dor Lombar/Dor supra púbica</li> <li>★ Feto sem movimentação há 12 horas</li> <li>★ Febre/edema</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Desejo de fazer planejamento familiar</li> <li>★ Pressão não aferida há mais de 12 meses</li> </ul>  | <p><b>HIPERTENSO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Última consulta médica há mais de 6 meses</li> <li>★ Uso irregular de medicação</li> <li>★ Pernas inchadas / Dor de cabeça recorrente</li> <li>★ Visão ruim / Última consulta com Oftalmologista há mais de 2 anos;</li> <li>★ Uso irregular de medicamentos (horário, dose, armazenamento e validade)</li> <li>★ Não participa ou não compareceu a última reunião do grupo</li> <li>★ Não segue a dieta prescrita</li> <li>★ Não realiza atividade física prescrita</li> <li>★ Tabagismo, obesidade e diabetes</li> <li>★ Falta de ar</li> <li>★ Dor no peito</li> <li>★ Pressão frequentemente acima de 180x90mmHg</li> </ul>  |
| <p><b>MULHERES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Observar evidências violência sexual e doméstica</li> <li>★ Não fez o "preventivo" para o câncer de colo uterino nos últimos 12 meses (&gt; 40 anos)</li> <li>★ Não fez mamografia nos últimos 12 meses (para mulheres com mais de 50 anos)</li> <li>★ Vacinação de HPV em adolescentes</li> <li>★ Desejo de Planejamento familiar</li> <li>★ Não faz autoexame das mamas</li> <li>★ Pressão não aferida há mais de 12 meses</li> <li>★ Sangramento vaginal após menopausa</li> </ul>   | <p><b>CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Mãe higiene (umbigo e corporal)</li> <li>★ Cartão da criança incompleto</li> <li>★ Ainda não iniciou a puericultura</li> <li>★ Vacinação atrasada</li> <li>★ Peso fora da meta</li> <li>★ Diarreia ou vômitos frequentes</li> <li>★ Não está em uso de sulfato ferroso (&gt; de 6 e &lt; de 18 meses)</li> <li>★ Evidências de maus tratos</li> <li>★ Criança sem registro</li> <li>★ Piora do padrão respiratório/ tosse/ falta de ar (criança em quadro respiratório acima de 7 dias)</li> <li>★ Erro alimentar/ risco de desmame</li> <li>★ Higiene bucal inadequada</li> <li>★ Não fez o teste do pezinho ou da orelhinha</li> </ul>  | <p><b>DIABÉTICO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Uso irregular do medicamento</li> <li>★ Erro de acondicionamento insulina / descarte</li> <li>★ Última consulta médica há mais de 6 meses</li> <li>★ Registro inadequado de glicemias</li> <li>★ Feridas que não cicatrizam</li> <li>★ Falta de cuidados com os pés</li> <li>★ Visão ruim / Última consulta com Oftalmologista há mais de 2 anos;</li> <li>★ Não participa ou não compareceu a última reunião do grupo</li> <li>★ Alimentação ou atividade física inadequada</li> <li>★ Tabagismo</li> <li>★ Tonteira ou sudorese</li> <li>★ Confusão mental</li> </ul>   |
| <p><b>HOMENS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Não realizou rastreamento para câncer de próstata nos últimos 12 meses</li> </ul>   | <p><b>ASMÁTICO OU DPOC*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Uso irregular ou inadequado do medicamento</li> <li>★ Crises frequentes (2 ou mais por semana)</li> <li>★ Abandono de tratamento</li> <li>★ Casa pouco ventilada ou com animais</li> <li>★ Presença de mofo, animais, poeira, cortinas ou tapetes</li> <li>★ Contato com fumantes ou fogão a lenha no domicílio</li> <li>★ Uso inadequado / limpeza do espaçador</li> <li>★ Falta de ar, extremidades roxas, crise forte</li> </ul>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Glicemia frequentemente acima de 300 ou abaixo de 60 mg/dL</li> </ul> <p><b>SAÚDE BUCAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Hábitos de escovação inadequados</li> <li>★ Não usa fio dental</li> <li>★ Limpeza inadequada da prótese</li> <li>★ Queixas em relação à prótese</li> <li>★ Relato de dor de dente</li> <li>★ Última consulta odontológica há mais de 1 ano</li> <li>★ Acamado sem acompanhamento</li> <li>★ Feridas na boca há mais de 2 semanas</li> </ul> <p><b>SAÚDE MENTAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Evidências de maus tratos</li> <li>★ Uso irregular da medicação</li> <li>★ Agressividade, piora do comportamento</li> <li>★ Uso concomitante de medicação e álcool</li> <li>★ Última consulta com equipe de saúde há mais de 6 meses</li> </ul> <p><b>DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Tosse há mais de 2 semanas</li> <li>★ Emagrecimento, febre e sudorese</li> <li>★ Presença de manchas com alteração de sensibilidade na pele</li> <li>★ Interesse em realizar exame para HIV/DST</li> <li>★ Ferida sugestiva de leishmaniose</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Contato com águas contaminadas por esquistossomose (uso ou lazer)</li> </ul> <p><b>IDOSOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Alimentação inadequada / sinais de desnutrição</li> <li>★ Idoso dependente / acamado / presença de escaras</li> <li>★ Incontinência ou retenção urinária</li> <li>★ Queixas de problemas com visão, audição ou memória</li> <li>★ Depressão e tristeza</li> <li>★ Falta de amparo familiar/cuidador</li> <li>★ Observar evidências de maus tratos</li> <li>★ Uso inadequado de medicação</li> <li>★ Falta de atividades físicas e educativas</li> <li>★ Risco de quedas</li> <li>★ Não vacinado contra a gripe nos últimos 12 meses</li> <li>★ Cuidados precários de higiene</li> </ul> <p><b>DEFICIENTES FÍSICOS / ACAMADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Observar evidências de maus tratos</li> <li>★ Alimentação inadequada</li> <li>★ Presença de escaras ou feridas</li> <li>★ Última consulta há mais de 4 meses</li> <li>★ Cuidados precários de higiene</li> <li>★ Ausência de cuidador</li> </ul> <p><b>OUTRAS CONDIÇÕES</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Tabagismo (orientar existência do grupo de cessação)</li> <li>★ Obesidade</li> <li>★ Alcoolismo</li> <li>★ Uso de drogas</li> <li>★ Adolescentes fora da escola</li> </ul> <p><b>DOMICÍLIO / PERIDOMICÍLIO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Consumo, armazenamento e/ou tratamento inadequado da água.</li> <li>★ Caixa de água aberta e sem limpeza.</li> <li>★ Higiene ambiental e dos alimentos inadequada</li> <li>★ Acúmulo de lixo em geral / esgoto à céu aberto</li> <li>★ Destino inadequado do lixo</li> <li>★ Água acumulada / Risco de proliferação de Aedes</li> <li>★ Animais não vacinados, animais doentes ou soltos;</li> <li>★ Presença de roedores / animais peçonhentos</li> </ul> <p><b>TRABALHO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Contato com agrotóxico, produtos tóxicos</li> <li>★ Acidente / doença do trabalho</li> <li>★ Menor de 14 anos trabalhando</li> <li>★ Trabalho em mineração ou em atividade insalubre</li> <li>★ EPI não utilizado ou utilizado de forma incorreta pelos trabalhadores</li> </ul> |
| <p><b>LEGENDA:</b> AZUL: ORIENTAR E COMUNICAR À ENFERMEIRA      VERDE: ORIENTAR      VERMELHO: COMUNICAR A EQUIPE IMEDIATAMENTE</p> <p>PRETO: ORIENTAR E COMUNICAR AO DENTISTA      MARROM: ORIENTAR E NOTIFICAR A VIGILÂNCIA</p>   |   |  |
| <p>Autoria: Desenvolvido por Túlio Bernardino e Bruno Miraglia. Orientador: Horácio Faria. Versão original desenvolvida por Paulino Zauli e Ricardo Mota</p>  |   |  |

\*DPOC = Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica