



UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**TÍTULO: Conquistas e Desafios do Agente Comunitário de Saúde na UBS
Capo-Erê. Erechim/RS.**

Autor: Dr. Erick Michel Padrino Armas. Médico de Família e Comunidade.

Professor-orientador. Fabio Franchi Quagliato.

ERECHIM – RS

2018.



PORTFÓLIO FINAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à UNASUS/UFSCPA, como requisito parcial para conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família.

Erechim – RS

2018.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO-----	4
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO-----	7
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS-----	16
4. VISITA DOMICILIAR-----	21
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA-----	25
6. REFERÊNCIAS-----	27
7. ANEXO I – PROJETO DE INTERVENÇÃO-----	30
8. OUTROS ANEXOS-----	44

1. INTRODUÇÃO

Meu nome é Erick Michel Padrino Armas, tenho 46 anos e sou natural de Pinar Del Rio, Cuba. Sou médico do Programa Mais Médico (PMM) faz um ano, especialização em Medicina de Família e Comunidade. Atualmente moro no município Erechim.

Erechim é um município do Estado do Rio Grande do Sul, na Região Sul do Brasil. Está localizada junto à região do Alto Uruguai, que está situada entre o Rio Uruguai e o Rio Ijuí, tendo em seu território várias sub-bacias de pequenos e médios córregos com papéis importantes em sua configuração. Erechim tem a altitude média de 783 m. Limita-se com os municípios de Aratiba e Três Arroios, a norte; Getúlio Vargas e Erebango, a sul; Gaurama e Áurea, a leste; e Paulo Bento e Barão de Cotegipe a oeste. Está a cerca de 380 km da capital do estado, Porto Alegre. Formado por um solo de sedimentação basáltica, caracterizando-se como uma planície profundamente recortada pelos afluentes do Rio Uruguai. Considerada um centro sub-regional no país, é a segunda cidade mais populosa do norte do estado, com 97916 habitantes, superada apenas pelo município de Passo Fundo. Destes, 92824 moram na zona urbana e 5092 na zona rural. A população cresce cerca de 1.5 % por ano. Nos últimos dez anos a população local aumentou cerca de 11000 pessoas. O percentual de pessoas com mais de 60 anos é de 15.67%, o que corresponde a 14687 pessoas. Quanto à escolaridade, temos cerca de 6.18% de pessoas analfabetas e quanto ao lazer, as principais alternativas são: Praças; Clubes; Avenidas e Bares.

Quanto à economia, baseai-se principalmente na agricultura, comércio e indústria. O retorno de ICMS ao município é de 58000 por ano e deste total, 17% são destinados para a SAÚDE.

Em relação à estrutura de saúde, temos 12 Unidades Sanitárias. O município tem hospital, que possui 180 leitos. As causas de internação mais frequentes são: cardiovasculares e pulmonares. Quanto às causas de óbitos, as três mais frequentes são: cardiovasculares; neoplasias e doenças pulmonares. Entre as mulheres, e também os homens, a principal causa de óbito foi cardiovascular. Ainda, em relação à saúde do município, o Conselho Municipal de Saúde definiu como prioridades:

1. Mortalidade infantil.
2. Gravidez na adolescência.
3. Prevenção colo uterino e mama.
4. Estratégia Saúde da família.
5. Violência familiar.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Capó-Erê, localizada no distrito de Capó-Erê, no município de Erechim, tem uma população aproximada de 2490 pessoas, das quais mais de sessenta por cento dedica-se ao trabalho agrícola, ou seja, a produção de soja, milho e trigo. Possui um total de 14 servidores, sendo desse total, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Devido a distância entre as moradias desta população, por se tratar de uma zona rural, o trabalho do(a) Agente Comunitário de Saúde acaba sendo dificultado. Por isso, o interesse em investigar os riscos, desafios e conquistas destas trabalhadores.

Um caminho seguro de acesso ao serviço de atenção básica, como se dá no Programa Saúde da Família (PSF), é pela promoção da saúde, pela assistência básica e pela prevenção. Cada pessoa da comunidade é assistida antes do surgimento dos problemas, no seu aparecimento e quando os mesmos se agravam.

Conforme o Ministério da Saúde, nas cidades onde está implantado o PSF, as crianças adoecem menos, as gestantes têm seu pré-natal garantido, os casos de hipertensão e diabetes são controlados e os idosos recebem mais atenção (BRASIL, 2000).

Segundo o PSF, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) recebe capacitação para reunir informações de saúde sobre a comunidade onde mora, tais como: ser um dos moradores daquela rua, daquele bairro, daquela região, como também ter um bom relacionamento com seus vizinhos. Precisa dispor de oito horas diárias para o trabalho, ser orientado pelo médico e pela enfermeira de sua equipe. Seu trabalho consiste em ir de casa em casa, observar e anotar tudo o que afetar, de alguma forma, a saúde da comunidade. Deverá, também, segundo o Ministério da Saúde, estar atento a problemas que afetam o meio ambiente (lixo, água, esgoto e outros). (BRASIL, 1997).

A legislação referente ao PACS exige dos municípios um programa gradual e permanente de treinamento aos ACS selecionados, que se renova de acordo com seu trabalho no dia-a-dia. O principal responsável pela capacitação é o enfermeiro, instrutor-supervisor que também acompanha o ACS, orientando-o, de acordo com as necessidades constatadas. (BRASIL, 1997).

De acordo com Costa Neto (2000), o ACS é responsável pelo acompanhamento de aproximadamente cento e cinquenta famílias que vivem em seu território de atuação, sendo imperativa sua total identificação com o mesmo. Também deve expressar capacidade de liderança, para que suas ações sejam direcionadas ao alcance da melhoria das condições de vida e de saúde da comunidade.

Um dos pontos fortes do PSF, no qual a inserção dos ACS é fundamental, é a busca ativa que os leva até as casas das pessoas, vendo, de perto, a realidade de cada família, fornecendo orientações e encaminhamentos aos casos necessários, ou tomando outras providências para garantir uma melhor qualidade de vida.

Assim, pela necessidade de um bom engajamento dos ACS à comunidade onde estão inseridos, bem como para contribuir para a melhoria do PSF de um município do Rio Grande do Sul, o presente estudo objetivo conhecer as dificuldades e conquistas encontradas no trabalho diário destes Agentes.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

CASO CLÍNICO: UBSCAPO-ERÊ.

ANAMNESE:

Identificação

Nome: V. L. R.

Idade: 51 anos.

Sexo: Feminino

Escolaridade: Ensino fundamental.

Religião: Católico.

Estado civil: Casado.

Número de filhos: Dois.

Profissão: Agricultor.

Naturalidade: Capo - Erê. Erechim/ RS.

Residência Atual: Capo - Erê. Erechim/ RS.

QUEIXA PRINCIPAL:

Paciente que assiste à consulta referendo muita sede, urina muito e apresenta uma ferida pequena no pé esquerdo que não melhora. **(10/02/2017).**

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

1ª Consulta Médica (10/02/2017).

Paciente relata poliúria, polidipsia e polifagia há dois meses, refere que trabalhando na labora fez uma ferida pequena na perna esquerda e não melhora faz três semanas, na visita realizada pela agente comunitária de saúde (ACS) a semana passada recomendo ir à consulta para contar as queixas apresentadas e mostrar a ferida para o médico e ela mesma agendo a consulta para esta data. Relata que sempre foi uma pessoa sana e não toma remédios para nenhuma doença e não tem registro de exames de rotina há mais de 3 anos.

Interrogatório sintomatológico

Sintomas Gerais: Poliúria, polidipsia e polifagia faz dois meses.

Cabeça e Pescoço: Nega cefaleia e outras queixas.

Tórax: Nega tosse, dificuldade respiratória.

Abdome: Nega alterações.

Sistema Geniturinário: Poliúria faz aproximadamente dois meses.

Sistema endócrino: Nega alterações.

Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: sem alterações;

Sistema nervoso: nega convulsões, amnésia, paresia, paralisia e desmaios.

Pele: Presença de ferida de mais o menos dois cm em perna esquerda com signos inflamatórios e de infecção.

ANTECEDENTES PESSOAIS:**Fisiológicos:**

Nascido de parto normal é o segundo de quatro filhos;

Patológicos:

Doenças da infância: (Varicela, Caxumba);

Antecedente Cirúrgico: Nega cirurgias.

Nega alergias, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e comorbidades;

Medicamentos em uso: Nega uso de medicamentos.

Antecedentes Familiares

Sempre moro com a mãe, pai e seus irmãos.

Mãe: Viva, com HAS.

Pai: Falecido faz 4 anos, com HAS e Diabetes Mellitus tipo 2.

1ro irmão: Vivo, com Diabetes Mellitus tipo 2 faz 4 anos.

Condições de Vida:

Alimentação: predominantemente carboidrato, carnes gordas, pão, massas, pouca fruta e verduras.

Habitação: morando com a esposa e filho. Vive em uma casa mista (madeira e alvenaria), com três quartos, uma sala, uma cozinha, um banheiro, água encanada.

História ocupacional: Agricultor (A vida toda).

Atividades físicas: Sedentário.

Vícios: Nega tabagismo, alcoolismo ou outras drogas.

Condições socioeconômicas: Favoráveis.

Vida conjugal e ajustamento familiar: vivem ele com a esposa (casado faz 28 anos), o filho mais velho que ajuda com o trabalho agrícola, a filha mora na cidade (estuda na faculdade).

EXAME FÍSICO**Somatoscopia:**

Paciente em regular estado geral, lúcido e orientado no tempo e espaço, fácies normal, fala e linguagem normal, biótipo endomorfo, atitude voluntária, mucosa coloreada, anictérica, acianótica, hidratada (+/4+), afebril ao toque.

Sinais Vitais: Temperatura: 36,1°C;

PA: 130 x 80 MMHG; FC: 87 BPM;

FR: 18 IRPM.

Medidas Antropométricas:

Peso: 83 kg,

Altura: 1,78 cm.

Estado Nutricional: IMC (Índice de Massa Corporal): 26,20 (Normal).

Cabeça e pescoço:

Simétricos, sem deformidades aparentes, ausência de linfonomegalia retro auricular e cervical, tireoide de consistência, mobilidade e tamanho preservados, orofaringe sem sinais inflamatórios.

Tórax:

Inspeção: Tórax típico, simétrico; respiração torácica, eupneia, amplitude normal, ausência de abaulamentos, retrações, cicatrizes e tiragem;

Palpação: Expansibilidade normal; frêmito tóraco-vocal sem alterações;

Percussão: Sem alterações;

Ausculta pulmonar: Murmúrio Vesicular (+), sem Ruídos Agregados;

Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos.

Abdome:

Inspeção: Abdômen globoso, cicatriz umbilical centralizada, ausência de circulação colateral.

Ausculta: Ruídos Hidroaéreos normais;

Percussão: Timpânico, espaço de traube livre;

Palpação: Não doloroso a palpação superficial e profunda, ausência de visceromegalias e/ou massas.

Extremidades

Simétricas, sem presença de edema, presença de micro varizes em membros inferiores, presença de lesão dermatológica de mais o menos dois cm, com bordes irregulares, signos infecciosos e inflamatórios em perna esquerda.

Hipótese diagnóstica: Diabetes Mellitus Tipo II.

Úlcera em membro inferior esquerdo.

Conduta:

- Indico: Hemograma completo, Glicemia de jejum, Hb glicosilada, Colesterol total, Colesterol HDL, Colesterol LDL, Triglicerídeos, Ureia, Creatina, Ac úrico, TGP, TGO, T 3, T4 livre, TSH, EQU e Urocultura com TSA.
- Realizar curativo em UBS a semana toda com avaliação medica.
- Nimesulida 100 mg 1 comp de 12 em 12 horas por 7 dias.
- Amoxicilina 500 mg 1 cap de 8 em 8 horas por 14 dias.
- Paracetamol 750 mg 1 comp de 6 em 6 horas sim dor ou febre.
- Venalot drágeas 1 drágea de 12 em 12 horas.
- Orientações alimentarias.

- Orientações gerais.
- Retorno para mostrar os exames.
- Programação de visita domiciliar da Equipe de Saúde Familiar (ESF).

EVOLUÇÃO

2ª Consulta (Dia 17/02/2017).

Paciente em regular estado geral, refere que assiste à consulta para mostrar os exames indicados, refere que está se sentindo melhor e a ferida da perna está fechando.

Exames normais menos:

- Glicemia de jejum: 289 mg/dl
- Hb glicosilada: 7.8 %
- Colesterol total: 258 mg/dl
- HDL colesterol: 44 mg/dl
- LDL colesterol: 146 mg/dl
- Triglicerídeos: 265 mg/dl
- Ac úrico: 8.1 mg/dl

Exame Físico normal.

Perna esquerda com presença de ferida, com fundo limpo, ainda apresenta signos inflamatórios e signos de cicatrização.

Conduta:

- Curativo três vezes por semana na UBS com supervisão médica.
- Continuar com tratamento com antibiótico até completar os 14 dias.
- Continuar com Venalot drágeas 1 drágea de 12 em 12 horas.
- Sinvastatina 20 mg 1 comp na noite por 3 meses.
- Metformina 500 mg 1 comp após café.
- Orientações alimentarias.
- Encaminhamento para nutricionista.
- Retorno para consulta em 7 dias.

3ª Consulta (Dia 03/03/2017).

Paciente refere que há uma semana foi avaliado pela nutricionista e ela explicou e entregou para ele um exemplo de cardápio de como tem que se alimentar para evitar aumento da glicemia.

Apresenta regular estado geral, refere que os sintomas que apresentava na primeira consulta desapareceram e a ferida do pé está fechada.

PA: 120/80 MMHG

HGT (jejum): 107 mg/dl

Conduta: Continuar tratamento indicado, controle dietético, indicar exames de controle trimestral, retorno em 3 meses para mostrar os exames, orientações gerais. Se programa visita domiciliar pela ESF.

Visita Domiciliar: (05/04/2017)

ESF realiza visita domiciliar ao paciente para corroborar as informações brindadas por ele na primeira consulta sobre as condições de vida, convivência e avaliar a dinâmica familiar. Também revisamos os medicamentos e como estão sendo administrados. Brindamos orientações para toda a família e sobre os cuidados de um paciente com Diabetes Mellitus.

4ª Consulta: (09/06/2017).

Paciente em regular estado geral acompanhado pela esposa, refere que está se sentindo bem, bom estado geral, refere que agora tem mais disposição para trabalhar e em geral para tudo. Assiste à consulta para mostrar os exames indicados na consulta anterior.

- Glicemia de jejum: 98 mg/dl
- Hb glicosilada: 6,7 %
- Colesterol total: 107 mg/dl
- HDL colesterol: 65 mg/dl
- LDL colesterol: 98 mg/dl
- Triglicérides: 150 mg/dl
- Ac úrico: 7,1 mg/dl

Conduta:

- Controle glicêmico trimestral.
- Metformina 500 mg 1 comp após café.
- Explico signos de alarma pelos quais retornar à consulta urgente.
- Orientações alimentarias.
- Retorno para consulta em 3 meses.
- Orientações gerais.

Plano de cuidados

- Proporcionar apoio emocional, explicando sobre a doença e o autocuidado necessário (dieta).
- Ensinar a paciente sobre as tarefas de sobrevivência, incluindo a fisiopatologia simples; modalidades de tratamento, monitorização da glicemia, reconhecimento do tratamento e prevenção das complicações agudas (hipoglicemia e hiperglicemia); e informações pragmáticas (onde obter os suprimentos, quando contatar o médico).
- Explicar a paciente sobre a importância da automonitorização e da monitorização e acompanhamento pelos principais profissionais de saúde.
- Reforçar a paciente sobre a importância de manter as consultas de acompanhamento.

Discussão do caso clínico:

O caso escolhido para apresentar é um de muitos casos que são atendidos pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) cada dia no Brasil e resto do mundo.

Nossa área de abrangência como o resto de nosso estado e país tem muitos casos de paciente com Diabetes Mellitus Tipo II sem diagnóstico, quando eu comece a trabalhar na Unidade Básica de Saúde (UBS) CAPO-ERÊ pude perceber que a quantidade de paciente diagnosticado

com DM era muito inferior com o por cento de pacientes e a média nacional e foi quando em conjunto com a ESF começamos a trabalhar na pesquisa de aqueles pacientes com antecedentes familiares, sintomas e hábitos inadequados de vida e alimentares.

No caso do paciente em questão é um paciente aparentemente sano, que trabalha forçado na agricultura, com uma vida familiar estruturada, hábitos alimentares inadequados, mas não obeso. Os principais fatores de risco que apresenta o paciente são os antecedentes familiares de DM e os hábitos alimentares inadequados.

Paciente foi visitado pela agente de saúde e mostra para ela uma ferida na perna que não cicatrizava e descreve alguns dos sintomas apresentados nos últimos tempos, que para ele não eram importantes e então é quando a profissional agenda uma consulta de urgência para ser atendido na UBS.

Quando o paciente descreve os sintomas e avaliamos a ferida na perna e os antecedentes a primeira hipótese diagnóstica é DM. Então decidimos começar com os estudos para diagnóstico, tratamento e seguimento do caso.

Eu tenho muitos casos como este na minha área de saúde, mas decidimos na ESF tomar esse paciente para apresentar por que mostra claramente como ele foi capaz de acatar todas as recomendações feitas na consulta, mudar hábitos e estilos de vida e de essa maneira manter o controle da doença, um verdadeiro exemplo para o resto de nossos pacientes e os pacientes com DM.

“Diabetes Mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas. Nos últimos anos tem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado de muita importância na Atenção Primária, já que evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011.

Segundo a (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003) existe um estimado que o Brasil passe da oitava posição em 2000 com prevalência de 4.6 %, para a sexta posição com prevalência de 11,3 % em 2030. Relacionado isso pelos maus hábitos alimentares e inadequados estilos de vida da população.

Pelo que é válido refletir e trabalhar na atenção primária de saúde para evitar complicações provocadas pela doença e um aumento dos casos, realizar trabalho conjunto toda a ESF e baseados nos atributos do SUS para a atenção primária de promoção e prevenção de saúde.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CAPO-ERÊ ERECHIM / RS.

Os sistemas de serviços de saúde apresentam várias metas, mas tem duas principais. A primeira é otimizar a saúde da população; a segunda, e não menos importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagens sistemáticas em relação ao seu acesso aos serviços de saúde, e ao alcance de um ótimo nível de saúde.

Nossa equipe trabalha respeitando e aplicando os atributos básicos da atenção primária: Acesso, Longitudinalidade, Integridade e Coordenação, em todas as diretrizes e indicadores de saúde.

Os primeiros conceitos de promoção da saúde foram definidos pelos autores Winslow, em 1920, e Sigerist, em 1946. Este definiu como as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação e a reabilitação. Posteriormente, Leavell e Clark, em 1965, delinearam o modelo da história natural das doenças, que apresenta três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. As medidas para a promoção da saúde, em nível de prevenção primário, não são voltadas para determinada doença, mas destinadas a aumentar a saúde e o bem-estar geral (BUSS, 2003).

A partir da década de 1990, algumas estratégias passam a ser utilizadas pelo Ministério da Saúde, baseadas nas experiências de alguns países, como Canadá e Cuba, na busca da mudança do modelo vigente, como a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, tendo, como proposta inicial, a reorganização do modelo de assistência à saúde, dando ênfase a promoção e a prevenção da saúde (Brasil, 2000), e o lançamento do Programa Saúde da Família (PSF), em 1984, que vem complementar o PACS.

As medidas de prevenção, educação e promoção da saúde que foram apresentadas foram muitas, em cada caso foi detalhadamente exposto à conduta a seguir.

Agora vamos listar algumas delas:

- Fornecer orientações sobre:
 - ❖ Doenças transmissíveis;
 - ❖ O mal-uso de álcool e drogas;
 - ❖ Hábitos de alimentação;
 - ❖ A polifarmácia;
 - ❖ Os danos do tabagismo;
 - ❖ As medidas de proteção do trabalhador (máscaras, calçado, luvas, etc.);
 - ❖ Medidas para preservar a saúde sexual;
 - ❖ Medidas para preservar a saúde bucal;
 - ❖ Vacinação;
- Acompanhamento Psicológico e para o NASF em alguns casos;
- Trabalho em conjunto com o Conselho Tutelar;
- Consultas da saúde da Mulher;
- Encaminhamentos para outras especialidades;
- Reuniões com grupos de risco (gestantes, idosos, adolescentes, lactantes, doenças crônicas, etc.);
- Dinâmicas de família.

A ESF, atuando de forma multidisciplinar e prioritariamente com a promoção da saúde, tem, em tese, as melhores condições para promover a saúde infantil e materna, ainda que não tenha em sua composição o profissional especialista. Todavia, a Atenção Primária não se resume a cuidados preventivos, e a continuidade da atenção está muito mais vinculada à responsabilidade profissional do que ao contexto de equipe.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança, propiciando o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos à saúde e cuidados em tempo oportuno.

A atenção pré-natal e a puericultura são duas práticas muito importantes no trabalho diário da UBS. A saúde do feto, do bebê, e porque não o da mãe, depende em grande medida do trabalho de educação, prevenção e promoção de saúde realizada pela equipe.

Assim que à mulher começa a gestação, começa a longa jornada de conscientização para um melhor desenvolvimento da gravidez.

As visitas domiciliares por parte das Agentes Comunitárias de Saúde são mais frequentes, elas verificam tudo; as condições da vivenda, os possíveis riscos de acidentes, a dinâmica familiar atual, fornecem orientações de como pode alterar o ritmo de vida no período da gravidez, a importância da amamentação, a higiene do bebê e da gestante, etc.

As linhas de cuidado prioritárias da Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno vêm ao encontro dos compromissos do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com o Pacto de Redução de Mortalidade Materna e Neonatal, com o Pacto pela Saúde e com o Programa Mais Saúde.

A Saúde integral da Criança tem os seguintes aspectos. Atenção à Saúde do Recém-Nascido, Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno, Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, Prevenção de Violências e Promoção da Cultura de Paz e Vigilância da mortalidade infantil e fetal.

Depois do nascimento, as ações são encaminhadas fundamentalmente ao bebê, higiene, alimentação do mesmo, possíveis acidentes, etc.

Pela nossa parte o trabalho é árduo desde o princípio; ainda mais em população rural.

Algumas vezes as mulheres grávidas oferecem certa resistência em realizar com frequência os exames e as consultas agendadas, dizendo que não precisam de muitas consultas e exames, porque a gravidez não é uma doença. Então temos que conversar e conversar muito para convencê-las da importância da puericultura médica.

Em cada consulta agendada fornecemos orientações sobre uma boa alimentação, higiene do corpo e bucal, o mal hábito do tabagismo, drogas e álcool; e as consequências para o feto, também falamos sobre a importância dos exames laboratoriais para pesquisar possíveis doenças crônicas ou transmissíveis, os exames ao esposo, a preparação para o momento do parto, e as consultas de puericultura. Uma vez nascido o bebê, a vacinação, os riscos do dia a dia, como não passar a noite dormindo com o filho (co-sleeping em

inglês) que é muito frequente nas primeiras etapas da vida; a introdução de alimentos, a higiene, e como manter uma dinâmica familiar adequada, etc.

Na UBS onde eu trabalho quando é possível fazemos um grupo de gestantes para contribuir a uma ótima gestação.

Em quanto a Saúde Mental, como eu falei no fórum, minha população é muito dependente de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos, apesar disso o trabalho é feito dia a dia, sem parar um momento, chegando de perto às pessoas mais dependentes e necessitadas, principalmente as pessoas idosas. Também é um trabalho em conjunto, onde todos os membros da equipe temos um papel fundamental. Nós não temos descanso nesse tipo de doença, porque cada pessoa deprimida leva para sua casa depressão, tristeza, falta de vontade para fazer as coisas, incluso para trabalhar; como consequência a família se torna disfuncional.

Temos um grupo de idosos onde eles conversam sobre suas vidas, seus hábitos, suas experiências. Verificamos a pressão arterial deles e também realizamos terapia de grupo.

Tomando como ponto de referência os estudos realizados sobre o tema de promoção e prevenção, podemos afirmar que estes aspectos são fundamentais para a saúde da população. É melhor prevenir uma doença que tratar ela, é melhor que o paciente não fique doente, que indicar medicamentos.

No caso clínico do Portfólio enfatizamos algumas ao paciente com medidas de prevenção de sua doença (DM T II).

A pessoa com uma doença crônica necessita de muitas informações relacionadas com sua patologia, ainda mais quando são pessoas idosas ou que moram sozinhas.

Minha equipe de trabalho tem obtido no decorrer deste ano que as pessoas tenham mais percepção do risco, o trabalho da ACS tem sido fundamental.

Reflexão:

Podíamos dialogar sobre as campanhas dedicadas a promoção e prevenção das doenças crônicas, não só em meu município de trabalho, mas no país e no resto do mundo. Hoje a vida é muito agitada, as pessoas não têm muito tempo para se dedicar à saúde, então porque não dedicar programas e tempo para

promover bons estilos de vida e com isso ter boa saúde corporal, por que não dedicar tempo para falar sobre os efeitos negativos que causam os maus hábitos de alimentação, a não prática de exercício físico, o uso indevido de medicamentos e o uso de álcool e drogas. Por que hoje fazemos palestras sobre como evitar a gripe, dengue e outras doenças transmissíveis? E poucas vezes sobre como evitar ou melhorar a Hipertensão Arterial, o Asma Bronquial, a Diabetes Mellitus, Doenças Cardiovasculares, que a ciência certa são as primeiras causas de morte no mundo. Será por preconceito ou por a quantidade de remédios que são vendidos por cada laboratório cada ano. Essa é uma grande interrogante e uma causa pela que todos temos que trabalhar. Todos nós somos responsáveis pelos cuidados e melhoria de nossos pacientes e pelos medicamentos que prescrevemos ou indicamos para cada um, também pela capacitação individual e coletiva dos membros da equipe e as recomendações que damos para cada doença física ou psíquica, e não sempre é dar uma receita com dois ou três remédios que longe de ajudar piora a condição dos pacientes, e sim dar a atenção que cada um necessita sem se importar quanto tempo necessitarmos para cada um.

4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO

A visita domiciliar (VD) vem contribuindo de uma maneira muito eficaz ao melhor desenvolvimento da saúde pública no Brasil.

“O PSF pressupõe a visita domiciliar como tecnologia de interação no cuidado à saúde (Sakata KN), “sendo um instrumento de intervenção fundamental utilizado pelas equipes de saúde como meio de inserção e de conhecimento da realidade de vida da população, favorecendo o estabelecimento de vínculos com a mesma e a compreensão de aspectos importantes da dinâmica das relações familiares”(Giacomozzi CM, Takahashi RF)

“A atenção às famílias e à comunidade é o objetivo central da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como entidades influenciadoras no processo de adoecer dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações que estabelecem nos contextos em que estão inseridos. Compreender o contexto de vida dos usuários dos serviços de saúde e suas relações familiares deve visar ao impacto nas formas de atuação dos profissionais, permitindo novas demarcações conceituais e, conseqüentemente, o planejamento das ações considerando o modo de vida e os recursos de que as famílias dispõem”(Sakata KN, Takahashi RF)

A VD é capaz de contribuir, no âmbito de PSF, para uma nova proposta de atendimento integral e humanizado.

Na UBS Capo-erê, onde eu trabalho, temos um procedimento para fazer as VDs todas as segundas-feiras no horário da tarde. As ACS trazem as propostas dos casos mais complexos, casos que elas não podem dar solução, e estabelecemos uma ordem de prioridade segundo as condições dos pacientes, e dos familiares, e a opinião delas como membros da equipe e que visitam cada mês os usuário, começando pelos mais necessitados (acamados, deficientes, etc).

Com base neste trabalho feito pelos ASC, minha enfermeira chefe e eu fizemos o planejamento mensal dos atendimentos de acordo com a data da última visita realizada e a prioridade do atendimento.

Agora, temos um controle bem estabelecido, com isso, podemos orientar os pacientes e avisar com antecedência o dia da visita. Geralmente são realizadas nas sextas-feiras pela parte da tarde das 13:00 horas até 17:00 horas todas as semanas, onde realizamos uma média de cinco visitas. Tratamos de agrupar os pacientes visitados por região porque temos muitos pacientes no interior que é longe da cidade.

Alguns casos necessitam de uma avaliação especializada de profissionais do NASF como o fisioterapeuta, nutricionista e psicóloga, então vincularam esses profissionais para realizar a visita juntamente com nós.

Existem algumas dificuldades quando preciso encaminhar os usuários para uma avaliação médica especializada para fora do município, pois algumas especialidades médicas só podem ser agendadas em Passo Fundo ou Porto Alegre.

As visitas em casos de doenças agudas são freqüentes, mais em pessoas idosas que são muitas no município, então tratamos de realizar essas visitas rapidamente, se o paciente precisa ser trasladado para o hospital é levado no carro disponível para a ESF.

As visitas são realizadas juntamente com o ACS que conhece o endereço e as particularidades de cada família, a enfermeira chefe da ESF e técnica de enfermagem. Durante as visitas eu realizo as orientações pertinentes e a terapêutica a ser instituída e os cuidadores têm seu espaço para esclarecimentos, sanar dúvidas em relação à conduta e outras questões. Revisamos os medicamentos de uso contínuo do paciente, a data de validade da cada um e como são administrados pelo cuidador.

Muitas vezes é frustrante e desgastante para os profissionais quando percebemos que o usuário e sua família não seguem as orientações da forma adequada, seja por negligência ou por falta de subsídios, nos trabalhamos individualmente com cada caso e explicamos sempre a importância de seguir estritamente nossas orientações para evitar complicações, mas nem sempre conseguimos cooperação familiar.

Em cada visita enfatizamos que o principal são os cuidados básicos que a própria família deve ter para garantir o bem estar biopsicossocial do usuário.

Existem os casos em que o cuidador centraliza todo o cuidado e não compartilha com os demais membros da família, esquecendo da sua vida e sua saúde.

Tentamos enfatizar a importância de dividir o cuidado entre os filhos e demais membros, tanto do ponto de vista financeiro quanto prático e afetivo, pois essa atenção demanda muita energia, desprendimento de tempo e desgaste da saúde da pessoa que permanece o tempo todo sozinho com os cuidados.

A realização de procedimentos mais utilizada nas visitas é a aferição da pressão arterial e da glicemia capilar em diabéticos além de curativos de alguns pacientes que precisam. Quando há necessidade de exames laboratoriais, eu os solicito e a enfermeira pede ao técnico de enfermagem que agende a coleta na residência do usuário. Outros exames como ECG e radiografias exigem o deslocamento dos usuários para o local de realização. Os exames são trazidos pelo cuidador, então eu registro em prontuário o resultado e procedo à conduta imediata, se for preciso visita imediata pelos resultados obtidos, planejamos na próxima reunião, a visita ao usuário, apresento o resultado dos exames ao mesmo e ao cuidador e reforço as orientações.

Em caso dos pacientes que tem seguimento por transtornos psicológicos ou psiquiátricos e tomam diferentes tipos de remédios, ou sempre estão procurando receitas de diferentes psicofármacos indicados pelos especialistas que temos bem identificados são aqueles em que eu estou trabalhando para mudar sua conduta consumidora, realizamos visitas periódicas para ver como está desenvolvendo-se o âmbito familiar, a relações interpessoais, como a família está ajudando e cooperando com o tratamento destes pacientes é algo muito importante, sempre revisarmos quais medicamentos então tomando e como.

De um modo geral, as visitas são gratificantes, eu gosto muito porque formam parte de nosso trabalho preventivo e educativo e mais ainda quando percebo que as intervenções e orientações surtem o efeito desejado/esperado na melhoria da qualidade de vida e a prevenção de doenças e complicações tanto em pacientes com situações de saúde especiais, pacientes com doenças crônicas, grávidas, crianças, idosos, pacientes com transtornos mentais e com

abuso de consumo de psicofármacos e também é emocionante a gratificação que recebemos dos familiares e dos pacientes visitados.

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.

No meu ponto de vista, a especialização em saúde da família tem sido de grande importância tendo muita utilidade.

Eu não sou brasileiro, em Cuba nós temos formação e especialização em Medicina Geral Integral e trabalhamos como médicos da família, a realidade aqui é bem diferente.

Eu comecei a trabalhar no Brasil em setembro de 2016. No momento que começamos com os temas do Eixo 1, eu achava que nosso trabalho no Posto de Saúde estava bem organizado, depois que fui entrando em cada tema discutido nas reuniões de equipe e aprendendo como tinha que funcionar, mostrando sempre o merecido respeito a enfermeira (como chefe da equipe), ela sempre foi muito receptiva. Então começamos com as mudanças, que foram muitas, no meu humilde ponto de vista, todas boas para nosso trabalho e para o bem estar da população do município, embora sempre falte muito para se fazer.

As primeiras mudanças foram nas reuniões de equipe que antigamente eram só uma vez por mês e agora são toda semana, outra mudança foi em relação as condutas de seguimento de pacientes com doenças crônicas, como diabetes, hipertensão arterial, obesidade e saúde mental. Outra mudança importante que aprendi no curso foi quanto a organização das consultas programadas na minha agenda profissional. Antes era só a consulta que se agendava, nada de seguimento dos grupos priorizados, mas agora eu organizei a minha agenda para atendimento de grupos: Saúde da Mulher, do Homem, da Criança, do Idoso, Pré-natal e Visita domiciliar. As Visitas domiciliares que era só um sonho, agora é uma realidade semanal, depois que eu adotei os conteúdos aprendidos e estipulados no curso.

Outra coisa que me ajudou no curso de especialização, foi poder atualizar o resto da equipe sobre como tem que ser o trabalho de cada um, e assim atualizar sobre os protocolos de cada especialidade.

Retomamos também pontos muito importantes que estavam perdidos em nosso trabalho, que é o acolhimento dos pacientes, as palestras sobre os principais temas e o trabalho conjunto com as escolas da região, tudo foi retomado após eu começar o curso de especialização.

Faz muitos anos que eu trabalho com Estratégia de Saúde da Família (ESF), em diferentes lugares, já trabalhei em Cuba, em Venezuela e agora no Brasil; este ano, na verdade tem sido de muito crescimento Profissional para mim, e acho que com isso consegui ajudar à melhorar a saúde da população do município que atuo/trabalho no Brasil.

Quanto a educação à distância no início foi difícil, pois à vida toda estava acostumado com aulas presenciais, tive que aprender como trabalhar na plataforma, as horas de estudo na frente do computador, problemas com a internet e o idioma. Mas é uma excelente experiência que ajudou a todos nós a interagir e conhecer as realidades em nossos municípios e saber como é o trabalho e como podemos melhorar a cada dia, para nosso crescimento pessoal e pela saúde do povo brasileiro.

Acho que todos os temas clínicos foram interessantes. Mas para mim o caso Antônio foi de muita utilidade, porque o manejo de uma parada cardiorrespiratória na APS assim como o uso de medicamentos necessários para atendimentos de urgências e emergências resulta ser indispensável para nosso trabalho.

Outro caso muito legal foi o último (Natasha) porque mediante ele eu conheci como realizar uma consulta com adolescente, reconhecendo suas peculiaridades e aspectos legais envolvidos.

O trabalho com o portfólio é bem interessante, pois é a primeira vez que eu faço uma coisa assim, resultando como uma experiência de trabalho única.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da unidade de saúde da família**: Programa de Saúde da Família. Brasília, DF, 2000. Caderno I.
2. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 08 marços. 2015.
3. Site Prefeitura Erechim. <http://www.pmerechim.rs.gov.br/>.
4. ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília, 2010.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2012.
7. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care, Alexandria, v. 33, Suppl. 1, p. S62–69, 2010.
8. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009. 3. ed. Itapevi: A. Araujo Silva Farmacêutica, 2009. Disponível em: Acesso em: 22 nov. 2012.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

10. CZERESNIA, D. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
11. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar.** 3ª edição revisada e atualizada. Rio de Janeiro, 2007.
12. Boletim da Saúde/**Escola de saúde pública-RS.** Volume 17, No. 2. p.17.
13. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).
14. Cadernos de Atenção Básica, nº 34. Saúde mental. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2013.
15. SAKATA Kn, ALMEIDA M_{cp}, AIVARENAGA Am, CRACO Pf, PEREIRA Mjb. **Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares.** Rev Bras Enferm 2007.
16. GIACOMOZZI Cm, LACERDA Mr. **A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família.** Texto & Contexto Enferm 2006.
17. TAKAHASHI R, OLIVERIRA Mac. **A visita domiciliária no contexto da saúde da família.** http://ids-saude.uol.com.br/psf/enfermagem/tema1/texto8_1.asp (acessado em 20/11/2017).
18. **Caderno de Atenção Domiciliar - Volume 1 - DAB - Ministério da Saúde.** Brasília, Ministério da Saúde, 2012.
19. **Caderno de Atenção Domiciliar - Volume 2 - DAB - Ministério da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

20. **Caderno de atenção domiciliar** - Volume 3 - Cuidados em Terapia Nutricional. Ministério da Saúde. 2015.

ANEXO 1 – PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

Dr. Erick Michel Padrino Armas.

**Conquistas e Desafios do Agente Comunitário de Saúde na UBS Capoe-
Erê. Erechim/RS.**

ERECHIM/ RIO GRANDE DO SUL

2017

RESUMO.

É um estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa para conhecer as dificuldades do dia a dia e os logros obtidos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de uma equipe do programa saúde da família, no desenvolvimento do seu trabalho.

O trabalho será realizado em seis momentos: Apresentação da proposta a equipe de saúde, organização do material de trabalho e seleção das pessoas que vão fazer a pesquisa, execução do trabalho (coleta de dados), monitoramento do trabalho, análise dos resultados, apresentação dos resultados.

Palavras-chave.

Agente comunitário de saúde, Programa Saúde da Família, condições de trabalho

SUMÁRIO.

1. Introdução	
2. Objetivos	
2.1 Geral	
2.2 Específicos	
3. Revisão da literatura	
4. Metodologia	
5. Cronograma.....	
6. Recursos necessários.....	
7. Resultados esperados	
8. Referências	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO.

Erechim é um município do Estado do Rio Grande do Sul, na Região Sul do Brasil. Está localizada junto à região do Alto Uruguai, que está situada entre o Rio Uruguai e o Rio Ijuí, tendo em seu território várias sub-bacias de pequenos e médios córregos com papéis importantes em sua configuração. Erechim tem a altitude média de 783 m. Limita-se com os municípios de Aratiba e Três Arroios, a norte; Getúlio Vargas e Erebango, a sul; Gaurama e Áurea, a leste; e Paulo Bento e Barão de Cotegipe a oeste. Está a cerca de 375 km da capital do estado, Porto Alegre. Formado por um solo de sedimentação basáltica, caracterizando-se como uma planície profundamente recortada pelos afluentes do Rio Uruguai. Considerada um centro sub-regional no país, é a segunda cidade mais populosa do norte do estado, com 97916 habitantes, superada apenas pelo município de Passo Fundo. Destes, 92824 moram na zona urbana e 5092 na zona rural. A população cresce cerca de 1.5 % por ano. Nos últimos dez anos a população local aumentou cerca de 11000 pessoas. O percentual de pessoas com mais de 60 anos é de 15.67%.

Quanto à escolaridade, temos cerca de 6% de pessoas analfabetas e quanto ao lazer, as principais alternativas são: Praças; Clubes; Avenidas e Bares.

Quanto à economia, baseai-se principalmente na agricultura, comércio e indústria. O retorno de ICMS ao município é de 58000 por ano e deste total, 17% são destinados para a SAÚDE.

Em relação à estrutura de saúde, temos 12 Unidades Sanitárias. O município tem hospital, que possui 180 leitos. As causas de internação mais freqüentes são: cardiovasculares e pulmonares. Quanto às causas de óbitos, as três mais freqüentes são: cardiovasculares; neoplasias e doenças pulmonares. Entre as mulheres, e também os homens, a principal causa de óbito foi cardiovascular. Ainda, em relação à saúde do município, o Conselho Municipal de Saúde definiu como prioridades:

1. Mortalidade infantil.
2. Gravidez na adolescência.
3. Prevenção colo uterino e mama.
4. Estratégia Saúde da família.
5. Violência familiar.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Capó-Erê, localizada no distrito de Capó-Erê, no município de Erechim, tem uma população aproximada de 2490 pessoas, das quais mais de sessenta por cento dedica-se ao trabalho agrícola, ou seja, a produção de soja, milho e trigo. Possui um total de 14 servidores, sendo desse total, cinco Agentes Comunitários de Saúde.

Devido a distância entre as moradias desta população, por se tratar de uma zona rural, o trabalho do(a) Agente Comunitário de Saúde acaba sendo dificultado. Por isso, o interesse em investigar os riscos, desafios e conquistas destas trabalhadores.

Um caminho seguro de acesso ao serviço de atenção básica, como se dá no Programa Saúde da Família (PSF), é pela promoção da saúde, pela assistência básica e pela prevenção. Cada pessoa da comunidade é assistida antes do surgimento dos problemas, no seu aparecimento e quando os mesmos se agravam.

Conforme o Ministério da Saúde, nas cidades onde está implantado o PSF, as crianças adoecem menos, as gestantes têm seu pré-natal garantido, os casos de hipertensão e diabetes são controlados e os idosos recebem mais atenção (BRASIL, 2000).

Segundo o PSF, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) recebe capacitação para reunir informações de saúde sobre a comunidade onde mora, tais como: ser um dos moradores daquela rua, daquele bairro, daquela região, como também ter um bom relacionamento com seus vizinhos. Precisa dispor de oito horas diárias para o trabalho, ser orientado pelo médico e pela enfermeira de sua equipe. Seu trabalho consiste em ir de casa em casa, observar e anotar tudo o que afetar, de alguma forma, a saúde da comunidade. Deverá, também, segundo o Ministério da Saúde, estar atento a problemas que afetam o meio ambiente (lixo, água, esgoto e outros). (BRASIL, 1997).

A legislação referente ao PACS exige dos municípios um programa gradual e permanente de treinamento aos ACS selecionados, que se renova de acordo com seu trabalho no dia-a-dia. O principal responsável pela capacitação é o enfermeiro, instrutor-supervisor que também acompanha o ACS, orientando-o, de acordo com as necessidades constatadas. (BRASIL, 1997).

De acordo com Costa Neto (2000), o ACS é responsável pelo acompanhamento de aproximadamente cento e cinquenta famílias que vivem em seu território de atuação, sendo imperativa sua total identificação com o mesmo. Também deve expressar capacidade de liderança, para que suas ações sejam direcionadas ao alcance da melhoria das condições de vida e de saúde da comunidade.

Um dos pontos fortes do PSF, no qual a inserção dos ACS é fundamental, é a busca ativa que os leva até as casas das pessoas, vendo, de perto, a realidade de cada família, fornecendo orientações e encaminhamentos aos casos necessários, ou tomando outras providências para garantir uma melhor qualidade de vida.

Assim, pela necessidade de um bom engajamento dos ACS à comunidade onde estão inseridos, bem como para contribuir para a melhoria do PSF de um município do Rio Grande do Sul, o presente estudo objetivo conhecer as dificuldades e conquistas encontradas no trabalho diário destes Agentes.

Objetivo Geral:

Determinar as conquistas dos agentes comunitários de saúde, bem como os problemas enfrentados em seu trabalho diário.

Objetivos específicos:

1. Determinar as possíveis dificuldades percebidas pelos membros da equipe no desenvolvimento do trabalho.
2. Valorar as potencialidades do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde.
3. Investigar o nível de satisfação da população em relação ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde.

Revisão da literatura.

O agente comunitário de saúde (ACS) é um personagem muito importante na implementação do Sistema Único de Saúde, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e a comunidade (Brasília-DF 2009).

Na Política Nacional de Atenção Básica (Brasília-DF 2012) das atribuições dos membros das equipes, o (a) ACS tem dentro de suas responsabilidades a seguinte:

"Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidades sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês".

A visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho do agente comunitário de saúde. Ao entrar na casa de uma família, você entra não somente no espaço físico, mais em tudo o que esse espaço representa. Nessa casa vive uma família com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história. Muitas vezes o ACS pode ser a melhor companhia de um idoso ou de uma pessoa deprimida sem extrapolar os limites de suas atribuições. O ACS pode orientar como trocar a fralda de um bebê e pode ser o amigo e conselheiro.

A permissão de entrada em uma casa representa algo muito significativo, que envolve confiança no ACS e merece todo o respeito. É o que poderia ser chamado de *procedimento de alta complexidade* ou pelo menos de *alta delicadeza*.(Brasília-DF 2009).

Espera-se que os ACS façam seu trabalho de a melhor forma possível para a satisfação da população.

METODOLOGIA

Primeiro momento. Apresentação do Projeto de Intervenção a equipe de saúde.

Apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde é para conhecer os objetivos a metodologia e os possíveis resultados.

Segundo momento. Organização do material de trabalho e seleção das pessoas que vão fazer a pesquisa.

O material é organizado, levando uma proposta na Secretaria da Saúde dos recursos necessários para o bom desenvolvimento das ações a realizar.

Neste momento, selecionamos as pessoas que vão fazer a pesquisa.

Terceiro momento. Execução do trabalho (coleta de dados).

É o momento para executar o trabalho.

Quarto momento. Monitoramento do trabalho.

O trabalho vai ser monitorado em duas etapas para obter retro-alimentação do mesmo e avaliar a qualidade.

Quinto momento. Análise dos resultados.

Depois de feito o trabalho os resultados serão analisados em conjunto com a equipe da UBS.

Sexto momento. Apresentação dos resultados.

Os resultados serão expostos para todos os membros da equipe e posteriormente à Secretaria de Saúde.

CRONOGRAMA.

Atividades	Julio 2017	Agosto 2017	Setembro 2017	Outubro 2017	Novembro 2017
Apresentação do Projeto de Intervenção a equipe de saúde.	x				
Organização do material de trabalho e seleção das pessoas que vão fazer a pesquisa.	x				
Execução do trabalho (colecção de dados).	x	x	x	x	
Monitoramento do trabalho.	x		x		
Análise dos resultados					x
Apresentação dos resultados e avaliação do trabalho.					x

RECURSOS NECESSÁRIOS.

- * Canetas.
- * Computadores.
- * Folha A4.
- * Impressora.
- * Cartucho de tinta para impressora
- * Profissional Médico, Enfermeiro, Téc/Aux. Enfermagem, ACS.

RESULTADOS ESPERADOS.

- Ter conhecimento do trabalho que faz o ACS em seu dia a dia para o fortalecimento da estratégia em saúde familiar, mesmo assim, trabalhar nas dificuldades encontradas brindando apoio para eles.

REFERENCIAS.

*BRASIL. Ministério da Saúde. **A implantação da unidade de saúde da família:** Programa de Saúde da Família. Brasília,DF,2000.Caderno I.

***Programa comunitário solidário:** Programas de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília,DF,1997.

***O trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Serie F.Comunicação e Educação em Saúde. Brasília –DF 2009.

*Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde.Brasilia-DF, 2012

ANEXOS.**Questionário para a população.**

1. O Agente Comunitário de Saúde visita seu casa? Se (). Não ().
2. Com que frequência?
 - Cada quinze dias._____.
 - Uns vês ao mês._____.
 - Cada três meses._____.
 - Quase nunca._____.
 - Nunca._____.
3. Você acha importante o trabalho do Agente Comunitário de Saúde.
Se (). Não ().

Porque Não:

4. Você esta conforme com ele(a) ou considera que deve trocar?
Conforme ().
Não conforme ().

Questionário para o Agente Comunitário de Saúde.

1. Você esta conforme com a quantidade de população a atender.
Se. ().
Não. ().

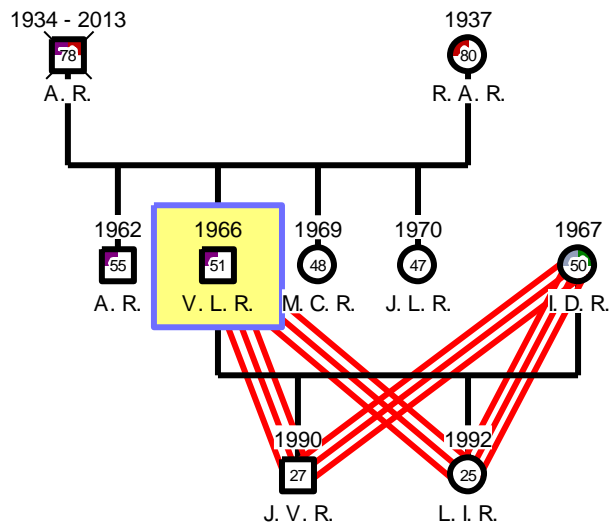
2. Como é que você realiza seu trabalho?
 - A pê_____
 - De bicicleta._____
 - De carro._____
 - De cavalo._____.

3. Precisa de muitos recursos próprios para fazer o trabalho?
Se._____
Não._____.

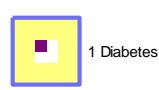
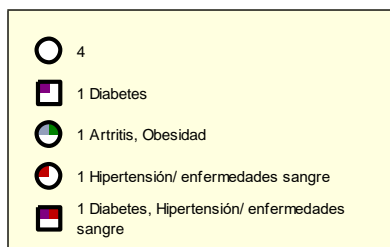
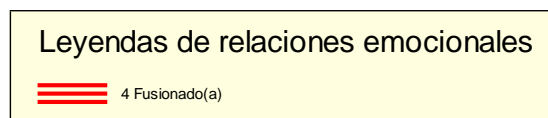
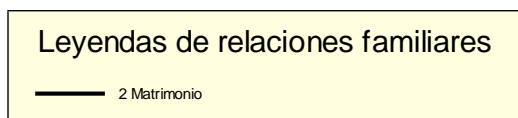
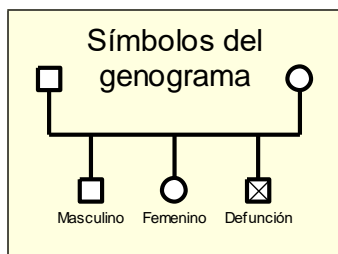
4. Tem ajuda da Equipe Básico de Saúde?
Se._____
Não._____

Outros Anexos.

GENEOGRAMA:



LEYENDAS:



Visita Domiciliar.



Visita Domiciliar.