



Ministério da
Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS

Visita domiciliar e a Importância da Qualificação do Agente Comunitário de Saúde para uma melhor qualidade do acesso e seguimento na Unidade Básica de Saúde.

PORTFÓLIO FINAL.

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família

Orientador: Professor Dr. Fabio Franchi Quagliato

Discente: JULIO CESAR DE MIRANDA ALMAS

TEFÉ –AMAZONAS
2017





Ministério da
Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS

Visita domiciliar e a Importância da Qualificação do Agente Comunitário de Saúde para uma melhor qualidade do acesso e seguimento na Unidade Básica de Saúde.

PORTFÓLIO FINAL.

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família

Orientador: Professor Dr. Fabio Franchi Quagliato

Discente: JULIO CESAR DE MIRANDA ALMAS

TEFÉ-AM
2017



SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1-2
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS.....	
4. VISITA DOMICILIAR.....	
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	
6. REFERÊNCIAS.....	
7. ANEXO 1: PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	

INTRODUÇÃO

Meu nome é Júlio Cesar de Miranda Almas, tenho 26 anos, sou natural da cidade de Tefé no estado do Amazonas, onde cresci e conclui o ensino médio em uma escola pública, me graduei em medicina no dia 07 de Julho de 2015 pela Escola Latinoamericana de Medicina em Cuba, ingressei no programa Mais Médicos para o Brasil no 10º ciclo em julho de 2016. Atuo no município onde nasci, estou lotado na Unidade Básica de Saúde São Miguel que está dividida em duas áreas. A área 02 está composta por uma equipe completa com: médico, enfermeiro, odontologista, técnico de enfermagem e dez agentes comunitários de saúde, abrange uma população de aproximadamente 3560 habitantes, que tem como característica uma população predominantemente carente com uma renda per capita baixa, e um nível socioeconômico baixo, o que aumenta o desafio para a equipe, pois os desafios aumentam principalmente nos programas como planejamento familiar, puericultura, hipertensão e pré-natal, no nosso cotidiano atendemos muitas consultas de pré-natal. Atualmente estamos realizando o acompanhamento de 52 gestantes, com uma faixa etária média de 18 anos, a parasitose também tem tomado um grande número de consultas, acometendo pacientes de todas as faixas etárias, mas também vem sendo um dos principais agravantes nos transtornos do crescimento e desenvolvimento psicomotor nas consultas de puericultura. Temos cadastrados no sistema SISAB 104 hipertensos e 48 pacientes com Diabetes Mellitus, temos 102 crianças menores de 1 ano que são pesadas mensalmente, 48 crianças menores de 6 meses com 40 crianças com aleitamento materno exclusivo, temos uma cobertura vacinal de 95%, o tema proposto no meu processo de intervenção foi sobre a “Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde e sua importância na Unidade Básica de Saúde”, que estará em anexo, a Unidade Básica de Saúde é a porta de entrada do SUS, para que o rastreamento seja feito é essencial que todos os agentes comunitários de saúde estejam devidamente capacitados, eu acredito que quanto mais capacitada estiver a equipe de saúde, melhor será a qualidade do serviço prestado, conseqüentemente conseguiremos diagnosticar doenças em estágio inicial, identificando fatores de risco modificáveis, realizando promoção

de saúde contribuindo para melhorar os indicadores de saúde da minha área de abrangência.

1. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

CASO CLÍNICO: UBS SÃO MIGUEL

ANAMNESE

Identificação:

Nome: C.A.M.S

Idade: 46 anos

Sexo: Feminino

Escolaridade: Ensino Fundamental incompleto

Religião: Protestante

Estado Civil: Casada

Profissão: Dona de casa

Naturalidade: Tefé / AM

Residência atual: Tefé /AM

Queixa principal:

Cefaleia crônica

História da doença atual

1ª consulta médica (02/05/2017)

Paciente relata quadro de cefaleia occipital de caráter opressivo e intermitente que não se relaciona com o exercício físico, que não se alivia completamente

com o uso de dipirona 500 mg 1 comprimido 8 em 8 horas, que iniciou aproximadamente há 3 meses, com antecedente de Hipertensão Arterial diagnosticada há 5 anos em uso irregular de captopril 25 mg 1 comprimido ao dia, associado a quadro de insônia e edemas em membros inferiores.

Interrogatório sintomatológico:

Sintomas gerais: BEG, hipocorada e eupneica;

Cabeça e pescoço: Cefaleia occipital de caráter opressivo e intermitente com três meses de duração que não se alivia completamente com analgésicos.

Tórax: Tosse seca esporádica, nega dificuldade respiratória ou dor precordial

Abdome: nega alterações

Sistema Genitourinário: nega alterações

Sistema endócrino: nega alterações

Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades: apresenta edemas em ambos membros inferiores a nível dos processos maleolares

Sistema nervoso: Insônia, nega convulsões, alterações do humor, amnésia, paresia, paralisia e desmaios.

ANTECEDENTES PESSOAIS

FISIOLÓGICOS

Nascida de parto eutócico é a segunda filha de um total de dez.

Telarca: 12 anos

Menarca: 13 anos

Sexarca: 14 anos

História obstétrica: G3 P3n A0

PATOLÓGICOS

Doenças de infância: (Varicela, Malária, Dengue);

Mordida por cachorro de rua, realizada profilaxia para raiva humana

Hipertensão arterial

Nega alergias, Diabetes Mellitus e outras comorbidades;

Medicamento em uso: captopril e dipirona

Antecedentes Familiares

Pai faleceu devido a um infarto cardíaco há 10 anos

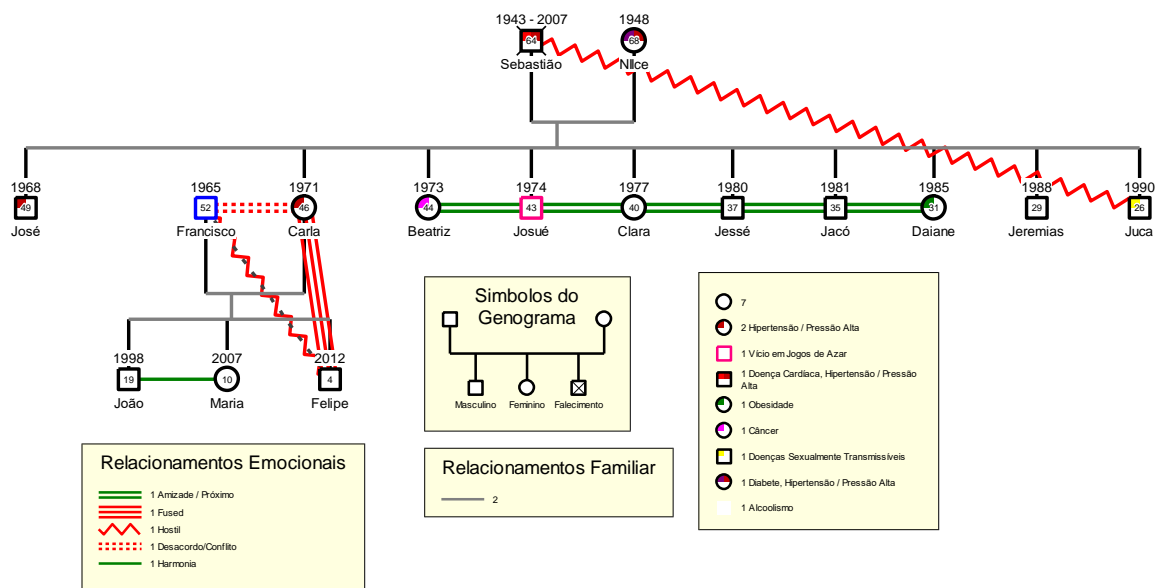
Mãe: viva, com Hipertensão arterial e Diabetes mellitus tipo 2

3ª Irma: câncer de mama tratado com mastectomia radical

1ro Irmão: Hipertensão arterial.

GENOGRAMA:

(Nomes Fictícios)



Condições de vida:

Alimentação: Predominantemente carboidrato, escassa frutas e verduras;

Habitação: Vive em uma casa de madeira com o esposo e os três filhos, a casa possui 2 quartos, 1 sala, 1 cozinha e 1 banheiro, água encanada;

História ocupacional: Sempre trabalhou cuidando da casa e da educação dos filhos;

Atividades físicas: Sedentária;

Vícios, fumou durante pouco tempo na adolescência, nega álcool e outras drogas;

Condições socioeconômicas: a renda familiar é de 1 salário mínimo (só o esposo que trabalha);

Vida conjugal: Apresenta dificuldades no casamento devido ao alcoolismo do marido ao qual a trata de forma agressiva que se justifica desconfiando que o último filho do casal não é dele, sendo que a mãe apresenta uma relação de sobre proteção ao filho caçula;

EXAME FÍSICO**SOMATOSCOPIA**

Paciente com bom estado geral, lúcido, orientado no tempo e espaço, fácies dolorosa, fala e linguagem típica, biótipo normolíneo, atitude voluntária, mucosa hipocorada (+/4), anictérica, acianótica, hidratada, afebril ao toque.

Sinais vitais

Temperatura: 36,5 °C;

PA: 170x100 mmHg;

FC: 85 bpm;

FR: 18 irpm.

Medidas antropométricas: Peso: 64 kg Altura: 1,62 cm

Estado nutricional: IMC (Índice de massa corporal): 24.4 kg/m² (peso normal)

Cabeça e pescoço:

Simétricos, sem deformidades aparentes, ausência de linfonodomegalia retroauricular e cervical, tireoide de consistência, mobilidade e tamanho preservados, orofaringe sem sinais inflamatórios.

Tórax:

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

Palpação: expansibilidade normal; frêmito tóraco-vocal sem alterações

Percussão: sem alterações

Ausculta pulmonar: Murmulho vesicular audível sem ruídos agregados

Ausculta cardiovascular: Ruídos cardíacos rítmicos, sem sopros cardíacos.

Abdome:

Inspeção: plano, 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

Simétrica com presença de edema a nível maleolar (++/4) dolorosa a palpação sinal de godet positivo, ausência de vasos dilatados.

Hipótese diagnóstica: Hipertensão arterial descompensada

Conduta: Dieta hipossódica, aumento na ingesta de fibras e frutas, fomentar a prática de exercícios físicos regulares, evitar hábitos tóxicos como café, tabaquismo, bebidas alcólicas, evitar comidas gordurosas, preferir o consumo de carnes brancas e tratamento farmacológico com Enalapril 20 mg 1

comprimido 12 em 12 horas associado a Hidroclorotiazida 25 mg 1 comprimido ao dia pela manhã, Paracetamol 500mg 1 comprimido de 6 em 6 horas se dor, encaminhamento para avaliação pelo nutricionista.

EVOLUÇÃO

2ª Consulta (dia 14/06/2017)

Paciente com bom estado geral, refere que os edemas em membros inferiores diminuíram, está conseguindo dormir melhor, se alimentando da forma correta como a nutricionista recomendou, começou a caminhar durante uma hora três vezes na semana, a cefaleia melhorou e o tempo entre uma crise e outra aumentou consideravelmente, está tomando os medicamentos regularmente, apresenta MAPA e exames laboratoriais todos dentro dos limites da normalidade. Conduta: Renovar receita de anti-hipertensivos e orientações gerais.

3ª Consulta (19/07/2017)

Paciente refere que esteve internada há 5 dias no Hospital Regional de Tefé com dor precordial de rápida duração com irradiação a mandíbula e membro superior esquerdo com sensação de morte iminente, passou 24 horas em observação ao realizar eletrocardiograma de emergência ao qual não se evidenciou nenhuma alteração e recebeu alta com o diagnóstico de Angina pectoris com as seguintes indicações terapêuticas: Verapamilo 40 mg 1 comprimido 12 em 12 horas e Acido Acetil Salicílico 100mg 1 comprimido ao dia após o almoço,

Conduta: Agendar matriciamento com cardiologista que atende ao município.

PLANO:

Matriciamento: Depois de identificado a necessidade de ampliar e compartilhar nosso atendimento para melhorar nossa conduta, foi solicitado ao NASF (Núcleo de apoio a saúde da família) uma interconsulta com o médico cardiologia para avaliar a conduta proposta e a necessidade de outras intervenções farmacêuticas ou não com o objetivo de diminuir a incidência de episódios isquêmicos, Incorporar a paciente na roda de hiperdia mensal, programar visitas domiciliares mensais intercaladas entre o médico e o enfermeiro assim como

2. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Atuo na unidade básica de saúde São Miguel há pouco mais de um ano em Tefé – AM e a prática mais relevante que adotei na área de puericultura foi acompanhar o crescimento e desenvolvimento de forma integral e objetiva.

Primeiramente, ao iniciar os trabalhos na Unidade Básica de Saúde constatei que as consultas de puericultura ainda não eram realizadas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, conforme fui realizando as consultas de pré-natal e as consequentes consultas, após o nascimento não existia o hábito na população de assistir a 1ª consulta do recém-nascido, geralmente eu só conhecia os bebês caso eles apresentassem alguma doença congênita ou adquirida, através das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, a equipe realizava a busca ativa das puérperas e dos recém-nascidos, ao verificar essa falha comecei a trabalhar com os agentes comunitários de saúde, sobre puericultura, conceito e importância, com que frequência se realizava as consultas programadas e incluir na minha agenda de atendimento um turno específico para as consultas de puericultura, além de trabalhar com a capacitação dos agentes comunitários de saúde, também iniciei um processo de conscientização das futuras mães na própria consulta do pré-natal dessa forma busco com que as futuras crianças já participem das consultas de puericultura.

Antes de iniciar meu trabalho nesta unidade básica de saúde, os usuários estavam adaptados a trazer seus filhos somente quando se encontravam doentes, os próprios agentes comunitários de saúde não sabiam a importância em identificar possíveis fatores de risco ou observar certos transtornos do crescimento e desenvolvimento da criança visando a necessidade de consulta e acompanhamento médico, os agentes comunitários de saúde só agendavam consultas para as crianças doentes sendo que o correto era agendar consultas de puericultura com crianças aparentemente saudáveis e as crianças que apresentassem alguma morbidade procurassem o posto de saúde de imediato para acolhimento adequado e atendimento com profissional correspondente. Além disso com o início das consultas de puericultura consegui realizar uma planilha com todas as crianças entre a faixa etária de 0-1 ano que apresentavam vacinas atrasadas, atraso no desenvolvimento ou que apresentavam fatores de

risco, após identificados os problemas conseguimos aplicar as intervenções necessárias de forma efetiva e integral.

A consulta do recém-nascido deve ocorrer na 1ª semana de vida ou caso ele tenha sido classificado de risco, nos primeiros 3 dias de vida, os objetivos e ações desenvolvidas nessa 1ª consulta são:

- Avaliar o estado de saúde do recém-nascido (e da mãe – identificar sinais de depressão pós-parto, por exemplo);
- Orientar e incentivar o aleitamento materno exclusivo;
- Orientar e avaliar os cuidados básicos com o recém-nascido;
- Orientar e realizar quanto às imunizações;
- Verificar a realização da triagem neonatal;
- Avaliar o desenvolvimento do neonato;
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las.

Fonte: SBP,2006,BRASIL,2012.

O Seguimento recomendado em saúde da criança é consulta na 1ª semana de vida, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 18º mês e 24º mês, estas faixas etárias levam em consideração crianças assintomáticas e são selecionadas por representarem momentos de oferta de imunização e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. A monitorização rotineira do crescimento infantil é um componente mundial da consulta pediátrica, os registros do peso, estatura, e do perímetro cefálico, aferidos nos gráficos de crescimento, são recomendáveis para todas as consultas, até os dois anos de idade, independente do estado de risco da criança, a altura para idade é o melhor indicador de crescimento da criança e representa o déficit antropométrico mais importante no Brasil (representativo da desnutrição no país). O Índice de Massa Corpórea (IMC), por sua vez, é um bom marcador de adiposidade e sobrepeso, além de poder ser preditivo do IMC da vida adulta. Dessa forma, o melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é a plotagem de peso e estatura nas curvas de IMC desde o nascimento, de acordo com a idade e o gênero, os índices antropométricos podem ser expressos na forma de percentuais de adequação (critérios de Gomez e de Waterlow) ou de

escores Z, que é recomendado e utilizado pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde.

3. VISITA DOMICILIAR

Na UBS São Miguel quando comecei a atuar a prática de visita domiciliar era realizada de forma semanal pela enfermeira da equipe e somente em alguns casos específicos, era solicitado a visita pelo médico pertencente à equipe, uma das principais dificuldades apresentadas era devido à alta demanda que existia na UBS, impossibilitando o médico de ausentar-se na UBS visando efetuar as visitas na comunidade.

Para modificar tal realidade propus a enfermeira retiramos um turno preferencialmente pela manhã, devido ao nosso clima local que habitualmente é de forte calor, para efetuarmos as visitas domiciliares, era necessário que os agentes comunitários de saúde, confeccionaram uma relação com todos os pacientes que necessitavam visitas domiciliares, já nesse primeiro ponto encontrei diversas dificuldades, pois meus agentes comunitários de saúde em sua totalidade não sabiam um critério de distinção para identificar quem realmente necessitava visita domiciliar, a partir dessa primeira dificuldade, percebi a necessidade de uma capacitação com a equipe para criar critérios, e a partir dessa forma, a equipe só iria visitar os casos realmente necessários, depois de um acordo com a gestão, foi possibilitado realizar uma capacitação de nivelamento, com informações básicas que os agentes comunitários de saúde devem ter conhecimento, assim como treinamento de antropometria, aferição da tensão arterial, frequência cardíaca, respiratória e temperatura, além de identificar situações de risco físico, biológico, social e ambiental, possibilitando que os próprios agentes comunitário de saúde lograssem identificar usuários que demandavam acompanhamento contínuo, seja na unidade básica de saúde ou atendimento domiciliar.

Mediante treinamento dos ACSs, conseguimos identificar mais casos que necessitavam atenção, assim como diminuir casos que a visita da equipe era desnecessária, pois o usuário poderia realizar atendimento ambulatorial na UBS, outra dificuldade encontrada era a ausência de veículo para realizar as visitas, de acordo com as mudanças de estação, nos deparamos com diferentes

problemáticas próprias de minha região, dentro de minha área de abrangência eu atendo vários usuários que moram em palafitas, que em períodos em que o rio enche, são várias as dificuldades de traslado, periculosidade devido às “pontes improvisadas”, que são confeccionada pelos próprios moradores, a poluição ambiental que ocorre nas margens, sendo que a maioria do lixo pertence aos próprios moradores, desafiando a equipe a planejar estratégias de promoção e prevenção da saúde, tratando de conscientizar os usuários sobre as diferentes problemáticas encontradas no ambiente.

Diferentes casos demandavam diferentes condutas, mas pelo menos uma era comum, a necessidade de acompanhamento do cuidador e treinamento específico para saber atuar em diferentes cenários, como a população geralmente possuía baixa renda per-capta e baixo nível de escolaridade era necessário criar um grupo de cuidadores para realizar ações coletivas instruindo cuidados básicos referente a alimentação, higiene, cuidados geriátricos específicos, e autocuidado que é tão importante quanto o cuidado prestado ao acamado.

As visitas domiciliares são realizadas em conjunto com o técnico de enfermagem da minha equipe e os agentes comunitários de saúde. Durante as visitas eu procuro realizar o atendimento ao usuário e a família visando sempre identificar potenciais fatores de risco, além de orientações pertinentes e a terapêutica a ser instituída pelos cuidadores, aproveitando também para sanar possíveis dúvidas em relação ao caso.

Apesar de aproveitarmos ao máximo as visitas domiciliares, em alguns momentos nos deparamos com algumas frustrações, devido a negligencia familiar, ou da própria doença que tem diagnóstico reservado sendo o tratamento paliativo a nossa única opção.

4. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Primeiramente gostaria de expor minha opinião sobre o novo Programa de Saúde da família representado pelas equipes de estratégia da saúde da família como um avanço importante na saúde brasileira, plenamente sintonizada

com os princípios do SUS, universalidade, equidade e integralidade das ações, que acima de tudo, está voltada à permanente defesa da vida do cidadão, gerando novas práticas intersetoriais em prol da cura, promoção e prevenção do paciente. A atuação tradicional do setor saúde sempre conduziu à compreensão do indivíduo de forma isolada de seu contexto familiar e dos valores sócios culturais ao que o mesmo está submetido, de acordo com a estratégia de saúde da família a equipe de saúde da família precisa conhecer a realidade da população sob sua responsabilidade, os contextos familiares e a vida comunitária, desenvolvendo um processo de planejamento individualizado focado nas adversidades encontradas no território específico.

A pós-graduação em Especialização em Saúde da família me proporciona um maior amadurecimento profissional, através do mesmo consegui aprofundar meu conhecimento sobre a importância da organização e planejamento de ações, buscar uma forte interação entre todos os participantes da equipe, assim como trabalhar no dia-a-dia todos os programas preconizados pelo Ministério da Saúde: saúde do homem, saúde da criança, saúde do idoso, pré-natal, imunizações entre outros, participar ativamente na mudança de hábito dos usuários, aumentar a relação médico-paciente e observar o quanto é importante esse vínculo nas mudanças de crenças antigas adicionando hábitos e estilos de vida saudáveis na população.

Conseguir melhorar algum dos indicadores de saúde da comunidade foi um dos desafios ao qual me propus no princípio de meu trabalho, ao passo de mais de 1 ano de serviço, é muito satisfatório verificar como a pós-graduação modificou meu raciocínio clínico focando na pessoa com um ser biopsicossocial ao qual necessita que em cada consulta individualizada tenha uma avaliação completa levando em conta todos os fatores que podem levar a uma doença, a cada passo, consolidamos o nosso conhecimento e nos aperfeiçoamos através dos programas e métodos disponibilizados ocasionando que dessa forma eu lograsse alcançar meu objetivo através de minha pós-graduação.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, cerebrovascular e Renal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos da Atenção Básica, nº 14).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Cadernos da Atenção Básica, nº 15).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Estratégias para o cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (Cadernos da Atenção Básica, nº 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Saúde da Criança- Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2002 (Cadernos da Atenção Básica, nº 11).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Saúde da Criança – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (Cadernos da Atenção Básica, nº 23).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Crescimento e desenvolvimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Cadernos da Atenção Básica, nº 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Acolhimento a Demanda Espontânea – Queixas mais comuns na Atenção Básica – Vol I.** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2011 (Cadernos da Atenção Básica; nº 28)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf

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, 2009. Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf

RAKEL, ROBERT. Tratado de Medicina da Família 5ª edição Cap: 1 pág 3-16; Cap: 2 pág: 18-26; Cap: 11 pág: 176-178; Cap 13 pág: 205-213



Ministério da
Saúde

Projeto de Intervenção

Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde e sua
importância na Unidade Básica de Saúde

Júlio Cesar de Miranda Almas

Tefé, fevereiro de 2017

Resumo:

Este projeto de intervenção tem a importante tarefa de estabelecer a importância dos agentes comunitários de saúde na atenção básica, de que forma a qualificação desses profissionais podem aumentar a efetividade nas ações da equipe de saúde da família assim como modificar os principais indicadores de saúde na área abrangente, Na Unidade Básica de Saúde São Miguel está dividida em duas áreas, a área 02 está composta por uma equipe completa com: médico, enfermeiro, odontologista, técnico de enfermagem e dez agentes comunitários de saúde, abrange uma população de aproximadamente 3560 habitantes, que tem como característica uma população predominantemente carente com uma renda per capita baixa, e um nível socioeconômico baixo, o que aumenta o desafio para a equipe pois os desafios aumentam principalmente nos programas como planificação familiar, puericultura, hiperdia, pré-natal. O objetivo desse trabalho é qualificar os agentes comunitários de saúde, aumentar o vínculo dos mesmos com a população, sugere-se utilizar as orientações contidas nos Cadernos da atenção básica disponibilizados pelo Ministério da Saúde, utilizaremos como método de avaliação o número de consultas agendadas e um questionário a ser respondido pelos usuários da Unidade Básica de Saúde, espera-se que com a qualificação dos agentes comunitários de saúde, a melhoria da eficácia dos programas e uma redução na incidência das complicações das doenças crônicas devido há um correto acompanhamento e aconselhamento de toda equipe.

Palavras chaves: Agente comunitário de saúde, promoção e prevenção

Sumário

- 1- INTRODUÇÃO
- 2- OBJETIVO
 - 2.1 OBJETIVO GERAL
 - 2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO
- 3- REVISÃO DA LITERATURA
- 4- MÉTODOS
- 5- CRONOGRAMA
- 6- RECURSOS NECESSÁRIOS
- 7- RESULTADOS ESPERADOS
- 8- BIBLIOGRAFIA

INTRODUÇÃO

Tefé, é um município do interior do estado do Amazonas, pertencente à microrregião de Tefé, está distante 523 km por via fluvial e 413 km em linha reta, é banhado pelo rio Solimões, somente é possível chegar ao município por via aérea ou fluvial, sendo a fluvial a via mais frequente. A população, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE estava estimada em 62 230 habitantes em 2016, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,639, e com uma expectativa de vida de 71 anos, temos como principal causa de óbito no 1 semestre de 2016 a pneumonia.

A Unidade Básica de Saúde São Miguel, está localizada na rua Marechal Deodoro nº 660, Centro, anteriormente era onde funcionava o hospital da cidade. Atende aproximadamente 7300 usuários distribuídos fundamentalmente em três bairros: Monte Castelo, Santo Antônio e Olaria. Conta com duas equipes de saúde completas com médicos, enfermeiros, dentista, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, uma equipe atende o bairro de Monte Castelo e a outra equipe atende Olaria e Santo Antônio. Na sua área de abrangência reside uma população extremadamente variável mas predomina a população idosa, tendo como maior número de consultas médicas devido a doenças infecto-parasitárias e doenças crônicas não transmissíveis descompensadas.

Atualmente estamos na fase 2 do PMAQ, de desenvolvimento, identificando os principais agravos, dificuldades em relação ao acolhimento à demanda espontânea, análise da situação de saúde, assim como usuários pertencentes a outras áreas de abrangência que buscam a UBS São Miguel. Um dos pontos mais importantes é a implantação do processo de educação permanente por toda a equipe de trabalho envolvendo médico, enfermeiro, dentista, técnico e principalmente os agentes comunitários de saúde, sendo que os mesmos estão em constante contato com a comunidade, identificando possíveis emergências e até mesmo realizando uma estratificação de risco geográfico, como por exemplo o risco de enchentes, deslizamentos, ou piora progressiva de um paciente com uma morbidade crônica.

No que se refere a atenção domiciliar na UBS, observa-se que os agentes comunitários de saúde ainda não conseguem diferenciar quais são os pacientes que necessitam de cuidados contínuos com visitas sistemáticas e pontuais,

assim como interconsultas com outros profissionais que possa auxiliar nas orientações sobre os cuidados necessários para cada paciente, dieta específica, o que fica aparente sobre o serviço de atenção domiciliar ofertado são usuários com uma condição aguda que muitas vezes necessitam de internamento hospitalar e o serviço ofertado na atenção primária é incapaz de suprir as necessidades desse usuário específico. Evidencia-se que muitos casos onde realmente necessita a oferta de visita domiciliar muitas vezes nem chegam ao conhecimento da equipe.

Constitui-se, assim, o problema deste Projeto de Intervenção a seguinte questão: Como qualificar os agentes comunitários de saúde com o intuito de implantar a educação permanente de uma forma prática, sistemática e planejada com o intuito de realizar uma correta promoção e prevenção em saúde de uma forma interdisciplinar e efetiva.

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Qualificar o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) da Unidade Básica de Saúde São Miguel

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar o nível de escolaridade de cada ACS
- Realizar palestras sobre o trabalho do ACS
- Distribuir o Manual dos agentes Comunitários de Saúde, edição 2009
- Solicitar junto ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família palestras e orientações para os ACS
 - Solicitar relatórios mensais dos ACS
 - Solicitar perante a Vigilância epidemiológica o boletim epidemiológico semestral

3. REVISÃO DE LITERATURA

Oficialmente implantado pelo Ministério da saúde em 1991, o então programa de agentes comunitários de saúde (PACS) teve início no fim da década de 80 como uma iniciativa de algumas áreas do Nordeste (e outros lugares, como o Distrito Federal e São Paulo) em buscar alternativas para buscar melhorar as condições de saúde de suas comunidades. Era uma nova categoria de trabalhadores, formada dele e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades (BRASIL, 2017).

No processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o agente comunitário de saúde (ACS) tem sido um personagem muito importante realizando a integração dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde com a comunidade. Atualmente são mais de 200 mil em todo o Brasil desenvolvendo ações de promoção e vigilância em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2009a).

Hoje a profissão de agentes comunitários de saúde (ACS) é uma das mais estudadas pelas universidades do país, o agente comunitário de saúde tem um papel muito importante no acolhimento, pois é membro da equipe que faz parte da comunidade, o que permite um maior vínculo com a comunidade, propiciando um contato direto com a equipe de saúde (BRASIL, 2017).

O trabalho do agente comunitário de saúde é considerado uma extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, já que o mesmo é um membro da comunidade e já possui com ela um envolvimento pessoal, seu trabalho tem como principal objetivo contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da comunidade, para que isso aconteça é fundamental que o agente:

- Conheça bem o território;
- Conhecer não só os problemas da comunidade, mas também suas potencialidades de crescer e se desenvolver social e economicamente;
- Ser ativo e ter iniciativa;
- Observar as pessoas, objetos e ambiente;
- Agir com respeito e ética perante a comunidade e os demais profissionais;

Toda visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde, deve-se desenvolver ações de promoção e prevenção de saúde, entretanto, sua

atuação não está restrita ao domicílio, ocorrendo também em diversos espaços comunitários. Os diferentes aspectos de um problema deverão ser examinados cuidadosamente com os comunitários, para que seja encontrada as melhores soluções, há situações em que seja necessária a atuação de outros profissionais da equipe cabendo ao agente comunitário de saúde encaminhar o paciente para a unidade básica de saúde (BRASIL, 2009b).

Todas as ações são importantes e a soma delas qualifica o trabalho, no entanto vale destacar que a comunidade deve ter participação na construção de saúde, estimulando assim as pessoas da comunidade a participarem das discussões sobre saúde e o meio ambiente em que vivem, ajudando a promover a saúde e a construir ambientes saudáveis (BRASIL, 2009b).

Situações de risco são aquelas em que uma pessoa ou grupo de pessoas “corre perigo”, isto é, tem maior possibilidade ou chance de adoecer ou até mesmo de morrer como por exemplo: (BRASIL, 2009b)

- Crianças que estão desnutridas;
- Filhos de mães que fumam, bebem bebidas alcoólicas e usam drogas na gravidez;
- Gestantes que não fazem o pré-natal;
- Gestantes que fumam;
- Gestantes com diabetes e/ou pressão alta;
- Acamados;
- Pessoas que precisam de cuidadores, mas não possuem alguém que exerça essa função;
- Pessoas com deficiência que não têm acesso às ações e serviços de saúde, sejam estes de promoção, proteção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação;
- Pessoas em situação de violência;
- Pessoas que estão com peso acima da média e vida sedentária com ou sem uso do tabaco ou do álcool.

É necessário considerar ainda condições que aumentam o risco de as pessoas adoecerem, por exemplo (BRASIL, 2009b):

- Baixa renda;
- Desemprego;
- Acesso precário a bens e serviços: água, luz elétrica, transporte etc.);

- Falta de água tratada;
- Lixo armazenado em locais inadequados;
- Uso incorreto de venenos na lavoura;
- Poluição do ar ou da água;
- Esgoto a céu aberto;
- Falta de alimentação ou alimentação inadequada;
- Uso inadequado de medicamentos prescritos;
- Automedicação;
- Descontinuidade de tratamento.

Trabalhar na área da saúde é atuar em um mundo onde um conjunto de trabalhadores diversos se encontra para produzir cuidado à saúde da população. Se pensarmos no conjunto de trabalhadores de uma unidade de saúde – que pode ser a sua –, poderemos observar que cada trabalhador atua em um certo lugar, tem determinadas responsabilidades e produz um conjunto de ações para que esse objetivo seja alcançado (BRASIL, 2009b).

Além disso, para cada ação e responsabilidade, o trabalhador precisa contar com uma série de conhecimentos, saberes e habilidades para conseguir executar da melhor forma possível a sua função. É muito comum na área da saúde utilizar instrumentos e equipamentos para apoiar a realização das ações de cuidado. Exemplo: o médico da unidade de saúde tem como uma de suas ações a realização de consultas. O que ele precisa ter para realizar bem essa ação? Para fazer uma boa anamnese (entrevista que busca levantar todos os fatos referentes à pessoa e à doença que ela apresenta) e um bom exame físico, ele precisa contar com conhecimentos técnicos que adquiriu durante a sua formação e durante a sua vida. Nessa atividade, ele provavelmente vai utilizar também alguns instrumentos, como um roteiro/questionário, um estetoscópio (aparelho para escutar o coração, pulmões e abdome), aparelho para medir a pressão, entre outros. Além disso, ele vai precisar ter outra habilidade, que é a das relações, que se mostra no modo como ele consegue interagir com as pessoas atendidas (BRASIL, 2009b).

As ações educativas fazem parte do dia a dia e têm como objetivo final contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. O desenvolvimento de ações educativas em saúde pode abranger muitos temas em atividades amplas e complexas, o que não significa que são ações difíceis

de serem desenvolvidas. Ocorre por meio do exercício do diálogo e do saber escutar. O enfoque educativo é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde. Educar é um processo de construção permanente. As ações educativas têm início nas visitas domiciliares, mas podem ser realizadas em grupo, sendo desenvolvidas nos serviços de saúde e nos diversos espaços sociais existentes na comunidade. O trabalho em grupo reforça a ação educativa aos indivíduos (BRASIL, 2009b).

A ação educativa é de responsabilidade de toda a equipe. Existem diferentes metodologias para se trabalhar com grupos. O agente comunitário de saúde e sua equipe devem avaliar a quem melhor se adapte às suas disponibilidades e dos demais membros da equipe, de tempo e de espaço, assim como as características e as necessidades do grupo em questão. A linguagem deve ser sempre acessível, simples e precisa (BRASIL, 2009b).

É importante considerar o conhecimento e experiência dos participantes permitindo a troca de ideias. Isso estimula a pessoa a construir um processo decisório autônomo e centrado em seus interesses (BRASIL, 2009b).

As ações educativas devem estimular o conhecimento e o cuidado de si mesmo, fortalecendo a autoestima, a autonomia e também os vínculos de solidariedade comunitária, contribuindo para o pleno exercício de poder decidir o melhor para a sua saúde (BRASIL, 2009b).

4. MÉTODOS

Trata-se de um projeto de intervenção, a partir da prática na atenção básica no município de Tefé, a metodologia constitui-se na execução das palestras orientadoras sobre o papel do agente comunitário de saúde, apresentar o manual de trabalho do agente comunitário de saúde assim como o guia prático do agente comunitário de saúde, no sentido de implementar uma melhoria no processo de educação permanente visando otimizar a qualidade do serviço oferecido pela equipe da UBS São Miguel.

O primeiro momento a ser realizado é a apresentação do projeto de intervenção para a equipe de saúde, afim de debater os objetivos, a metodologia a ser utilizada e os resultados esperados. Deve-se organizar a equipe de saúde para tratar da importância da qualificação dos agentes comunitários de saúde, com a aceitação dos mesmos apresentar o cronograma com as atividades a serem desenvolvidas, prazos e responsáveis.

O segundo momento será aquele em que a equipe de saúde se organiza para confeccionar a lista de materiais necessários para a plena execução do projeto, neste momento será solicitado da secretaria municipal de saúde a disponibilização dos materiais necessários assim como o guia prático do agente comunitário de saúde, folders e banners para a implementação da educação permanente e fichas de acompanhamento com o objetivo de avaliar a efetividade do projeto. Após ter todos os materiais disponíveis, a equipe deve se reunir para efetuar pactos sobre a execução do projeto assim como estabelecer horários fixos para a execução dos cursos, local adequado e organizar com a coordenação da Unidade Básica de Saúde um turno quinzenal para que ao invés de atendimento ao público seja realizado o curso de qualificação dos profissionais.

O terceiro momento é composto pelo convite a outras instituições ligadas à saúde como NASF, CEREG, CEGTS, CRAS, CTA, Vigilância em Saúde e Vigilância Epidemiológica para a ministração de palestras apresentado as instituições, os serviços oferecidos e como poder oferecer o serviço ao usuário de saúde, com posterior fórum de discussão ministrado pelo autor do projeto com o objetivo de resolução de dúvidas e fixação do conteúdo.

O quarto momento é a elaboração de um plano de atuação dos agentes comunitários de saúde, com a confecção da história clínica familiar elaborada previamente pelo autor do projeto, demonstrando a forma correta de preenchimento dos dados, dessa forma identificando todos fatores que podem influenciar no estado de saúde da família em todos os setores sócias, demográficos, psicológicos, etc, e traçando estratégias para poder atuar em 100% da comunidade e colocar em prática a informação adquirida no processo de qualificação dos profissionais.

O quinto momento compõe-se do adequado registro de informações para a equipe de saúde, assim como do registro de prontuário domiciliar.

O sexto momento vincula-se ao processo de acompanhamento e avaliação da educação permanente mediante os principais indicadores de saúde disponibilizados pela vigilância epidemiológica municipal, verificar a qualidade das consultas agendadas implementando os programas de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde e realizando um questionário a ser respondido por usuários da Unidade Básica de Saúde de forma aleatória com um objetivo de avaliar a assistência oferecida pela equipe de saúde.

5. CRONOGRAMA

Ações	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Apresentação da proposta à equipe de saúde	X						
Confecção da lista de materiais necessários e confirmação do local onde será realizado a capacitação	X						
Abertura para capacitação oferecida por outras instituições e departamentos da SEMSA		X					
Fórum de discussão para resolução de dúvidas		X					
Confecção do plano de ação em conjunto com os ACSs			X				
Confecção da história clínica familiar com 100% da comunidade			X	X	X		
Registro das informações obtidas e consolidação dos dados						X	
Acompanhamento e avaliação segundo os dados obtidos pela vigilância epidemiológica							X
Apresentação dos resultados para a gestão municipal							X

6. RECURSOS NECESSÁRIOS

- Sala com ambiente climatizado com capacidade mínima para 15 pessoas
- Datashow
- 12 unidades guia prático do agente comunitário de saúde
- 12 unidades do manual de trabalho do agente comunitário de saúde
- 500 folhas de papel A4
- 1 Impressora para imprimir o material didático assim como as fichas da Historia Clinica Familiar
- 10 banners e folders do material de educação permanente

7. RESULTADOS ESPERADOS

Com a capacitação dos Agentes Comunitários de saúde, e a implementação da história clínica familiar, espera-se conhecer profundamente o quantitativo dos pacientes assim como todos os fatores de risco que podem influenciar na saúde da comunidade, assim como pontos positivos e negativos, grau de escolaridade da população, riscos ambientais, sociais e culturais.

A temática sendo debatida constantemente entre os ACSs, oferecem uma maior interação entre a comunidade e a equipe de saúde permitindo a utilização de planos de cuidados coletivos e processos terapêuticos de amplo espectro que possam diminuir os riscos da maioria da população assim como aumentando a expectativa de vida, o agendamento de consultas médicas e de enfermagem com uma maior resolubilidade, diminuição das complicações das doenças crônicas não transmissíveis, início de consultas de pré-natal no tempo preconizado pelo ministério da saúde assim como o acompanhamento com o número mínimo de consultas realizado, diminuição da mortalidade materno-infantil, maior elucidação dos óbitos em domicílio, diagnóstico precoce de tumores benignos e malignos.

No que se refere ao acompanhamento, a organização e a sistematização da Unidade Básica de Saúde espera-se uma diminuição das consultas de demanda espontânea, um maior número de consultas agendadas com diminuição das queixas em relação ao acolhimento levando em consideração que os próprios agentes comunitários de saúde ajudariam no acesso ao serviço de saúde.

Finalmente trazer para a equipe de saúde os principais problemas coletivos ao qual a população da comunidade está exposta, buscando soluções junto com a comunidade buscando alternativas positivas para a comunidade, aumentar o nível de satisfação e confiança da comunidade.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégia de Saúde da Família: Agentes Comunitários de Saúde. Acesso em set 2017. Disponível em:http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php?conteudo=agente_comunitario_saude

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica **Guia Prático do Agente Comunitário de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf

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, 2009b. Disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf