

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

LUCAS DE PAIVA DIAS

**ATIVIDADES DESENVOLVIDAS POR
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: ELABORAÇÃO DE
ROTEIRO PARA VISITA DOMICILIAR**

Uberaba - MG

2014

LUCAS DE PAIVA DIAS

**ATIVIDADES DESENVOLVIDAS POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE: ELABORAÇÃO DE ROTEIRO PARA VISITA DOMICILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentando ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Ms. Nathália Silva Gomes

Uberaba - MG

2014

LUCAS DE PAIVA DIAS

**ATIVIDADES DESENVOLVIDAS POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE
SAÚDE: ELABORAÇÃO DE ROTEIRO PARA VISITA DOMICILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentando ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Ms. Nathália Silva Gomes

Banca Examinadora

Prof.^aMs. Nathália Silva Gomes

Prof.^a Pollyana Pagliaro Borges Soares

Aprovado em Uberaba: 11 de Novembro de 2014

Uberaba - MG

2014

DEDICÁTORIA

Dedico este trabalho à minha família pelo apoio, aos professores e tutores do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família em especial a minha orientadora Prof.^a Ms. Nathália Silva Gomes e principalmente a Deus por mais uma etapa concluída e vencida na minha carreira profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelas oportunidades, por ter me abençoado na escolha de minha profissão e por acreditar que estou no caminho certo.

Agradeço a oportunidade de realizar o curso de Especialização em Atenção Básica com foco na Saúde da Família pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro, o qual me proporcionou aperfeiçoar meus conhecimentos e fazer novas amizades.

Aos meus pais, o meu muito obrigado, sem eles eu não teria chegado até aqui.

A todos que de alguma forma me ajudaram, direta ou indiretamente.

Muito Obrigado!

“O futuro pertence àqueles que acreditam na beleza de seus sonhos”

(Autor Desconhecido)

RESUMO

No decorrer do dia-a-dia percebe-se que a saúde não pode ser construída sem a participação dos diferentes sujeitos trabalhadores da área, uma vez que a complexidade das comunidades vem aumentando, o que exige o envolvimento destes profissionais. O trabalho em equipe é fundamental para o fortalecimento do planejamento em saúde. Nesse processo inclui-se o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Eles precisam ser bem treinados e capacitados para a realização de suas funções de forma eficiente e eficaz. Utilizou-se como ferramenta de trabalho o Planejamento Estratégico Situacional em Saúde. Com a revisão de literatura e com as informações levantadas sobre o principal problema identificado foi proposto o plano de ação visando elaborar um roteiro para visita domiciliar, entre os ACS da Estratégia de Saúde da Família Maria Eugênia. Concluiu-se que os ACS são um elo importante do usuário com a comunidade, sendo assim, o mesmo precisa constantemente estar envolvidos com os trabalhos realizados pela unidade de saúde bem como, ser treinado e capacitado para que possa de modo eficiente manter as visitas domiciliares com excelência e qualidade, abarcando os principais problemas que afeta a população.

Palavras-chaves: Agentes Comunitários de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Visita Domiciliar.

ABSTRACT

During day-to-day you realize that health cannot be built without the participation of the different subjects of health workers, since the complexity of communities is increasing, which requires the involvement of these professionals. Teamwork is key to strengthening the health planning. This process includes the work of Community Health Agents (CHA). It needs to be well trained and able to perform its functions efficiently and effectively. Was used as a tool in the Strategic Situational Planning Health. With the literature review and the information gathered on the main problem identified was the proposed plan of action aimed at drawing up a road map for home visits between the CHA Health Strategy Family Maria Eugenie. We conclude that the CHA is an important link with the user community, so it needs to constantly be involved with the work of the health unit as well as being trained and qualified so you can efficiently keep the home visits with excellence and quality, covering the main problems affecting the population.

Keywords: Community Health Agent; Family Health Strategy; Home Visit.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CADQ	Centro de Apoio ao Dependente Químico
CAE	Centro de Apoio Especializado
CEAAMI	Centro Especialização de Atendimento e Acompanhamento Materno Infantil
CF	Clínica da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASM	Núcleo de Atenção a Saúde Mental
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PMS	Plano Municipal de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
PSM	Pronto Socorro Municipal
PNACS	Programa Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde de Araguari
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UBSF	Unidade Básica Saúde da Família
USF	Unidade Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1	Aspectos Demográficos do Município de Araguari. Araguari, 2014.
Tabela2	Aspectos Demográficos da Unidade de Saúde da Família Maria Eugênia. Araguari, 2014.
Quadro 1	Lista dos problemas identificados na ESF Maria Eugênia II. Araguari, 2014.
Quadro 2	Classificação das prioridades para os problemas identificados na UBSF Maria Eugênia. Araguari, 2014.
Quadro 3	Operações propostas para a solução dos nós - críticos. Araguari, 2014.
Quadro 4	Recursos Críticos. Araguari, 2014.
Quadro 5	Análise da viabilidade do plano referente às propostas de ações apresentadas. Araguari, 2014.
Quadro 6	Plano operativo proposto pela UBSF Maria Eugênia. Araguari, 2014.
Quadro 7	Gestão do plano na UBSF Maria Eugênia. Araguari, MG.
Organograma 1	Estabelecimento do vínculo ACS–USUÁRIO.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	JUSTIFICATIVA.....	15
3	OBJETIVOS.....	16
3.1	OBJETIVO GERAL.....	16
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
4	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
5	METODOLOGIA.....	20
6	PLANO DE AÇÃO.....	22
6.1	DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS.....	22
6.2	PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS.....	25
6.3	DESCRIÇÃO E EXPLICAÇÃO DOS PROBLEMAS.....	26
6.4	SELEÇÃO DOS NÓS – CRÍTICOS.....	27
6.5	DESENHO DAS OPERAÇÕES.....	27
6.6	IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSO CRÍTICOS.....	30
6.7	ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO.....	30
6.8	ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO.....	33
6.9	GESTÃO DO PLANO.....	35
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
	REFERÊNCIAS.....	37
	ANEXO A.....	41
	ANEXO B	44
	ANEXO C.....	46

1 INTRODUÇÃO

Araguari é um município brasileiro do estado de Minas Gerais (MG), sendo considerada a 23ª cidade do estado em relação ao PIB/2013 e a 3ª cidade do Triângulo Mineiro em relação ao PIB/2013, considerando os resultados do último levantamento do Produto Interno Bruto em 2013, por ter uma economia sólida e excelente infraestrutura, tradicional por valorizar suas tradições culturais, como o folclore, o artesanato e a culinária típica (PMA, 2014). Possui um traçado urbanístico privilegiado, com ruas e avenidas largas e bem pavimentadas, praças localizadas em pontos estratégicos por toda a cidade oferecendo lazer e qualidade de vida a toda população.

Araguari conta com 100% de iluminação pública, 98% de rede de esgoto, 95% das vias são asfaltadas com uma área total de 2.744 km², com 1.262 km² de área urbana e 1.481 km² de zona rural (PMA, 2014) e população de 144.067 habitantes (Tabela 1) (IBGE, 2013).

Tabela 1: Distribuição da população do município de Araguari conforme faixa etária e sexo. Araguari, 2013.

Idade (anos)	Sexo feminino	%	Sexo masculino	%	Total	%
>1	1.210	1,6	876	1,3	2.086	1,4
1 a 4	2.923	3,9	2.796	4,0	5.719	4,0
5 a 9	3.741	5,0	3.680	5,3	7.421	5,2
10 a 14	4.954	6,6	4.760	6,8	9.714	6,7
25 a 39	25.051	33,6	24.054	34,6	49.105	34,1
40 a 59	27.742	37,2	25.906	37,3	53.648	37,2
60 ou mais	8.938	12,0	7.436	10,7	16.374	11,4
Total	74.559	100%	69.508	100%	144.067	100%

Fonte: PMS, 2013.

A população araguarina cresce 0,55% ao ano, o que viabiliza a entrada de mais recursos ao município. A partir de 115.456 mil moradores, Araguari pode passar a receber a mais cerca de R\$ 1 milhão por ano, o suficiente para asfaltar ruas de alguns bairros, continuarem o processo de urbanização e a construção de novas casas para os programas habitacionais (PMA, 2014). Existe uma grande demanda habitacional no município, o Programa Minha Casa Minha Vida, por exemplo, teve nos últimos cinco anos grande procura. No segundo semestre de

2013, ultrapassou quatro mil inscrições no programa habitacional da Caixa Econômica, superando as expectativas.

É com base nestes dados que a prefeitura pretende conseguir parceria com o Ministério das Cidades, para ampliarem a demanda de imóveis populares, de acordo com a necessidade. Como já destacado pelo prefeito do município Raul Belém Junior (2014), está programado a entrega de 3100 casas, além disso, procura-se superar esse número em 2015. Com isso, somente no primeiro semestre de 2014, surgiram quatro novos bairros na cidade (PMA, 2014).

A saúde da população do município de Araguari é de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), órgão de assessoramento ao prefeito e de planejamento, de execução, de coordenação, de controle e de avaliação das atividades do município relacionados com a saúde (PMA, 2014).

O sistema de saúde é *constituído* de cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Centro Especialização de Atendimento e Acompanhamento Materno Infantil (CEAAMI), um Centro de Apoio Especializado (CAE), um Núcleo de Atenção à Saúde Mental (NASM), um Centro de Apoio ao Dependente Químico (CADQ), um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), uma Policlínica, um Pronto Socorro Municipal, um Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF) e 21 equipes Estratégia Saúde Família (ESF).

As modalidades de serviços prestados são vastas, incluindo diversos tipos de serviços entre eles os mais procurados são: Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Fonoaudióloga, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Pediatria, Psiquiatria, Epidemiologia, Controle de Zoonoses (dengue), Serviço de Vigilância em Saúde, entre outros (AM, 2013).

O município faz parte do Sistema de referência e contra referência, intra e inter municipal, baseando na Atenção Básica (AB) através da utilização da ESF como a porta de entrada. Os pacientes atendidos nas UBS e nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) são encaminhadas a outros níveis de maior complexidade, se necessário. De acordo com a necessidade, os casos ambulatoriais mais complexos são encaminhados para a Policlínica, a qual possui uma central de marcação de consultas e quando necessário encaminhado para o Pronto Socorro Municipal, o qual é responsável por dar entrada nas internações na Santa Casa de Misericórdia e no Hospital Santo Antônio, *que* possuem leitos mantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

No que tange à ESF, das 21 equipes, 19 estão localizadas na área urbana e duas na área rural, dando cobertura para 43% da comunidade, representando 11.230 famílias e 46.408 pessoas cadastradas.

A UBSF na qual atuo localiza-se na região oeste da cidade, nomeada de UBSF Maria Eugênia, com uma população adscrita de 3.625 habitantes (Tabela 2), sendo 92% usuários do SUS. O nível de alfabetização da população é de 98%, incluindo 100% de rede de esgoto e 100% com acesso à energia elétrica.

Tabela 2: Aspectos demográficos da Unidade de Saúde da Família Maria Eugênia. Araguari, 2014.

Idade (anos)	Sexo feminino	%	Sexo masculino	%	Total	%
>1	17	0,9	15	0,8	32	0,9
1 a 4	49	2,6	45	2,5	94	2,6
5 a 9	47	2,5	59	3,3	106	2,9
10 a 14	59	3,2	67	3,8	126	3,5
15 a 19	74	4,0	75	4,2	149	4,1
20 a 39	574	30,9	504	28,5	1.078	29,7
40 a 49	352	18,9	342	19,4	694	19,1
50 a 59	318	17,1	305	17,3	623	17,2
60 ou mais	368	19,8	355	20,1	723	20,0
Total	1858	100%	1767	100%	3.625	100%

Fonte: SIAB, 2014.

No decorrer do dia-a-dia percebe-se que a saúde não pode ser construída sem a participação dos diferentes sujeitos trabalhadores da área (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agente comunitário de saúde, entre outros), uma vez que a complexidade das comunidades vem aumentando, o que exige o envolvimento destes diferentes profissionais. Nesse sentido, focar-se-á no trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS).

O ACS é um personagem muito importante na implementação do SUS, fortalecendo a integração entre os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) e a comunidade. Ele desenvolve ações que buscam a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBSF (BRASIL, 2009)

O elo entre o ACS e a população adscrita é potencializado pelo fato do ACS morar na comunidade. Tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde por meio de visitas domiciliares e ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob

normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.

O ACS desempenha um papel chave, sendo assim, percebe-se a importância do bom trabalho realizado pelo ACS, o qual fica sobre responsabilidade do enfermeiro da ESF (BRASIL, 2009). Porém, na UBSF em questão, verificam-se diversos problemas que envolvem os ACS, que necessitam de intervenção.

Dentre estes, cita-se a falta de ACS que dificulta o trabalho das equipes, *problemas* de comunicação entre eles, a inexistência de trabalho em equipe, a desmotivação para o trabalho, a *dificuldade para exercer liderança* por parte de alguns enfermeiros, envolvimento de questões políticas e a falta de qualidade das visitas domiciliares, que com impacto negativo sobre o desempenho das equipes, que se configura em inúmeras reclamações pelos atendimentos realizados pelos ACS.

2 JUSTIFICATIVA

A justificativa desse trabalho está na relevância que esse tema assume na Atenção Básica e nas ações realizadas pela ESF, em que o trabalho em equipe é fundamental para o fortalecimento do planejamento em saúde. *Com ênfase para o trabalho do ACS.*

Na UBSF Maria Eugênia, verifica-se que os ACS, possuem poucas informações quanto ao seu real papel dentro do contexto da comunidade, assim como a falta de conhecimento sobre a população e o baixo nível de envolvimento com a equipe, no que tange a busca de soluções para os problemas da comunidade.

Nesse sentido, a elaboração de um roteiro da visita domiciliar, irá auxiliá-lo a buscar as informações no momento certo, da forma correta, focando nos problemas identificados, os quais são discutidos nas reuniões semanais e tem *demonstrado*, através dos indicadores de saúde da unidade, baixa resolubilidade.

Não se pretende punir os ACS, mas criar subsídios para avaliação e sugestão de melhorias para o trabalho dos mesmos, que contemple as necessidades de conhecimento e de informações da população, importante para que a equipe possa planejar suas atividades.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Propor um roteiro para visita domiciliar para ser usado pelos Agentes Comunitários de Saúde da Equipe Saúde da Família Maria Eugênia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ampliar o conhecimento sobre as atividades de responsabilidade do Agente Comunitário de Saúde, considerando a importância desses profissionais para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família;
- Melhorar o empenho da equipe da Unidade Básica de Saúde da Família Maria Eugênia, refletindo nos indicadores de saúde da população adscrita nesta;
- Criar subsídios para a instalação futuramente do Sistema de Auditoria do Município;
- Sistematizar a classificação de risco das famílias, propondo a VD baseado no nível de risco da família, oferecendo maior atenção a família classificada de maior risco.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Com a instalação de um novo modelo em saúde ocorrido com a implementação da ESF, ocorrem mudanças importantes no processo de trabalho, onde o ACS está diretamente inserido, o qual possui papel de mediador, trazendo para a unidade de saúde, as demandas da comunidade (BORNSTEIN DAVID, 2014).

A criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e, posteriormente, da ESF procurou recuperar diferentes experiências realizadas no Brasil, destacando-se a experiência de ACS do Ceará, onde foi criada uma 'frente de trabalho' em uma conjuntura de seca. Em sua maioria, os agentes de saúde eram mulheres, que passaram a realizar ações básicas de saúde em 118 municípios do sertão cearense (SOUZA, 2002). A partir de 1997, o PACS e a ESF passaram a ser prioridades do Plano de Metas do Ministério da Saúde.

O PACS foi formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, por meio de uma extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas (POZ, 2002).

Tanto o PACS como a ESF, têm em comum a figura do ACS como elemento inovador no quadro funcional. Sobre ele recaem expectativas de mediação e de facilitação do trabalho de atenção básica em saúde, daí a importância de aprofundar estudos sobre seu processo de trabalho e de formação, numa perspectiva de mudança de modelo. Esses trabalhadores representam, hoje em dia, aproximadamente 248 mil trabalhadores (BRASIL, 2011).

O ACS é um trabalhador do âmbito específico do SUS, que têm assumido importantes tarefas no cuidado de saúde, em diferentes sistemas e contextos (POZ, 2002). A relevância deste no contexto de mudanças das práticas de saúde e seu papel social junto à população constituem a necessidade de sua formação, a qual é muito deficitária em diversas regiões do país (BRASIL, 2004).

Dentre as diversas atividades realizadas dentro da Atenção Básica (AB), tem-se a visita domiciliar (VD). Durante essas, os ACS realizam, por exemplo, a educação em saúde.

Considera-se que o trabalho educativo pode ser de grande importância para a mudança do modelo de atenção, na medida em que fortalece a autonomia da

população e possibilita a expressão de suas necessidades, sua organização e a construção de um sistema de saúde humanizado (BORNSTEIN DAVID, 2014).

Conforme Bornstein David (2014), na percepção dos médicos e dos enfermeiros, a importância do ACS se sustenta em sua atuação como facilitador dos trabalhos realizados pela equipe, como aquele que entende melhor a realidade da população, que aponta os riscos encontrados no território e cria o vínculo com os moradores.

No Brasil, duas questões tomaram relevância no processo de implantação do PACS: a escolha do ACS (envolvendo questões como processo seletivo, capacitação, avaliação etc.) e as condições institucionais da gestão da saúde no nível local (grau de participação dos usuários – formação dos Conselhos de Saúde; grau de autonomia da gestão financeira; recursos humanos disponíveis; capacidade instalada disponível etc.) (SAKATA MISHIMA, 2012).

Uma dessas questões diz respeito à qualidade das VD. Assim, a VD torna-se o principal instrumento de trabalho do ACS. Segundo Lima, Silva Bousso (2010), para que ela atinja seu objetivo, é fundamental que seja devidamente programada, para que os ACS aproveitem melhor o seu tempo e o tempo das pessoas que visita.

Quando o ACS sai da unidade, ele precisa ter direcionamento, saber aonde ir, por que ir, quando ir, bem como abordar a comunidade, com objetivo de colher o máximo de informações úteis que possa ajudar a equipe de saúde elaborar suas atividades, essa questão fica muito evidente quando chega à unidade problemas simples que poderiam ser resolvido nas VD do ACS.

A VD constitui-se a principal atividade dos ACS, seguida da educação em saúde com orientações sobre higiene, calendário vacinal, uso correto de medicamentos, cuidados com recém-nascidos, gestantes e puérperas, identificar as famílias de risco e informar à equipe, orientando quanto à utilização dos serviços da unidade, agendamento de consultas/exames e participação da reflexão do trabalho em equipe (SAKATA & MISHIMA, 2012).

As famílias são visitadas de acordo com o cadastro familiar, realizado durante a VD, possibilitando o real conhecimento das condições de vida daquelas residentes na área de atuação da ESF. Nessa perspectiva, são os ACS que mantêm o contato estreito com os usuários dos sistemas de saúde (COSTA et al., 2013).

A figura do ACS emerge das comunidades no contexto da atenção primária à saúde no Brasil. Sem qualquer bagagem técnica para o pleno exercício de suas

atividades, tendo como arcabouço os conhecimentos do ensino médio, assume a importante função de interlocução entre a equipe de saúde e a comunidade local em que mora (FERREIRA; LUIZ, 2012).

Nesse sentido, os ACS estão *sob* responsabilidade da chefia imediata, na figura do Enfermeiro da equipe, a qual precisa manter toda a equipe unida e coesa nos objetivos da ESF, sendo uma delas a educação permanente destes profissionais (FERREIRA; LUIZ, 2012).

5 METODOLOGIA

Para identificar o principal problema enfrentado pela ESF Maria Eugênia no município de Araguari e propor o plano de ação adequado à situação, utilizou-se como suporte o Planejamento Estratégico Situacional em Saúde (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O PES apresenta-se como uma tecnologia simples por apoiar-se em uma permanente visualização, abranger ambientes normais e por não exigir trabalhos com tempos intensivos. Ele fundamenta-se no método da estimativa rápida. Este método constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto espaço de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Embora o método tenha sido desenhado para ser utilizado no nível central, global, seu formato flexível possibilita a aplicação nos níveis regionais/locais ou mesmo setoriais, sem, contudo, deixar de situar os problemas num contexto global mais amplo, o que permite manter a qualidade da explicação situacional e a riqueza da análise de viabilidade e de possibilidades de intervenção na realidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

É um método de planejamento por problemas e trata, principalmente, dos problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existe solução normativa ou previamente conhecida como no caso daqueles bem estruturados. Embora se possa partir de um campo ou setor específico, os problemas são abordados em suas múltiplas dimensões, política, econômica, social, cultural e etc., e em sua multissetorialidade, pois suas causas não se limitam ao interior de um setor ou área específicas e sua solução dependem, muitas vezes, de recursos extra setoriais e da interação dos diversos atores envolvidos na situação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Ainda, realizou-se busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library On-Line* (SCIELO) e MEDLINE, através dos descritores: Agentes Comunitários de Saúde, Estratégia Saúde da Família e Visita Domiciliar. Consideraram-se artigos, teses, monografias e dissertações, com até cinco anos de publicação e textos completos publicados em português.

Com a revisão de literatura e com as informações levantadas sobre o principal problema identificado foi proposto o plano de ação para propor um roteiro para visita domiciliar, entre os ACS da ESF Maria Eugênia.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Construiu-se um Plano de Intervenção para a ESF Maria Eugênia, focando-se o principal o problema identificado pela equipe de saúde. Para a construção do mesmo, utilizou-se como referencial teórico o material do módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

A proposta do plano de intervenção está intrinsecamente relacionada ao diagnóstico situacional que visa “processar os problemas identificados e elaborar um plano de ação para intervenção” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Dentro desta perspectiva, para início deste processo, foi realizada uma estimativa rápida para identificação dos principais problemas enfrentados pela ESF Maria Eugênia, onde foi definido um problema prioritário (VIANA, 2014).

Para conhecer o território em que a equipe atuou, é necessário buscar informações pelo Diagnóstico Situacional, o qual forneceu informações importantes da realidade da comunidade atendida pela Unidade de Saúde. Isso representou um passo importante e inicial para conhecer os problemas enfrentados na área de abrangência e também colaborou no início do planejamento das atividades realizadas com o estabelecimento do plano de ação.

Sendo assim, usa-se o Método da Estimativa Rápida forma econômica e rápida para realizar o diagnóstico comunitário. Os dados coletados foram realizados pela análise dos trabalhos dos profissionais da Equipe Maria Eugênia II, durante as reuniões de equipe e por entrevista indireta realizada aos moradores da região.

6.1 DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS

Como já mencionado anteriormente, o ACS é o profissional que desenvolve ações que buscam a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita, realiza visitas domiciliares, ações educativas individuais e coletivas, realiza cadastros das famílias, etc. Nesse sentido, o ACS desempenha um papel chave na ESF, estando presente na comunidade como potencializador das ações da equipe de saúde.

A Saúde da Família como estratégia dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS, buscando maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família.

As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de saúde e seis ACS. Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de várias famílias de uma determinada área, e estas passam a ter responsabilidade no cuidado à saúde.

O trabalho das ESF é base de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desse com o saber popular do ACS. Por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população, por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistema de informação para o monitoramento e a tomada de decisões, por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que tem efeitos determinados sobre as condições de vida e saúde da família-comunidade (BRASIL, 2009).

Desse modo, é fundamental a participação do ACS no trabalho desenvolvido na ESF. Porém no município de Araguari, em específico na Unidade de Saúde da Família (Maria Eugênia), verificam-se diversos problemas que envolvem os ACS, problemas que necessitam de intervenção.

Cita-se a falta de ACS, que dificulta o trabalho das equipes, a falta de comunicação entre os agentes comunitários, a inexistência de trabalho em equipe, brigas internas, falta de motivação para o trabalho, a falta de comando por parte de alguns enfermeiros, envolvimento de questões políticas e principalmente e os atendimentos realizados pelo ACS durante as visita domiciliares bem como a falta de auditoria para fiscalizar os agentes e a falta de orientação para realização das visitas domiciliares.

Por isso, a necessidade de se estabelecer um roteiro para a VD, o qual irá auxiliá-los no dia-a-dia. A realização do diagnóstico situacional, durante as atividades do CEABSF apontou diversos problemas na ESF Maria Eugênia.

Quadro 1: Lista dos problemas identificados na ESF Maria Eugênia II. Araguari, 2014.

Agente Comunitário de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> a) Falta de ACS:A falta de pessoal dificulta os atendimentos da comunidade e a relação de vínculo entre o usuário e a unidade de saúde; b) Falta de Perfil dos ACS: estabelece inúmeros atritos entre o ACS e o usuário/equipe de Enfermagem/médico, dificultando o estabelecimento do trabalho em equipe, do vínculo e confiança tão importante a ESF; ACS desmotivado, bastante ociosidade, muito pouco compromisso com a comunidade e baixo envolvimento com atividades de promoção da saúde. c) Falta de Educação Continuada e Educação Permanente para ACS: dificulta o trabalho das equipes, pois os profissionais são treinados esporadicamente, sem planejamento e objetivos claros. Ressalta-se que o único treinamento que os ACS possuem para o cargo que exerce é um curso de 40 horas, realizado como requisito para ser aprovado no processo seletivo para ACS, depois disso não há relatos de uma educação específica voltada para a VD, a qual é muito importante para o dia-a-dia do seu trabalho; d) Visita Domiciliar: Grande número de reclamações pelos usuários dos atendimentos prestados pelos ACS durante as VD incluem: recusa em realizar cadastro, falta de educação, ignorância, falta de conhecimento do funcionamento da unidade e o grande intervalo de tempo entre uma visita e outra; Grande número de paciente com ACS responsável, porém sem visita domiciliar; e) Auditoria: Falta de um sistema de Auditoria que fiscalize os erros dos ACS e os corrija; f) Trabalho em equipe: brigas internas e de natureza pessoal, dentro da equipe e entre os próprios ACS, atrapalhando o a harmonia interna da unidade e colaborando para a falta de credibilidade da Equipe; g) Grupos Operativos: Mau funcionamento dos Grupos de Hiperdia/Grupo de Artesanato; falta de alguns grupos como Planejamento familiar, Tabagistas e Idosos, e outros grupos que são realizados de forma esporádica como Grupo de Gestante; h) Recursos Financeiros:Falta de recursos materiais. Estrutura da Unidade de Saúde precária, sendo necessários reformas urgentes.
Equipe de Enfermagem e Equipe Médica	<ul style="list-style-type: none"> a) Auditoria: Falta de um sistema de Auditoria que fiscalize o funcionamento das unidades; b) Profissionais: Alta rotatividade dos profissionais; c) Grupos Operativos: Mau funcionamento dos Grupos de Hiperdia/Grupo de Artesanato; falta de alguns grupos como Planejamento familiar, tabagistas e Idosos, e outros grupos que são realizados de forma esporádica como Grupo de Gestante; d) Recursos Financeiros: Falta de recursos materiais. Estrutura da Unidade de Saúde precária, sendo necessários reformas urgentes;
Setor Administrativo e Serviços Gerais	<ul style="list-style-type: none"> a) Auditoria: Falta de um sistema de Auditoria que fiscalize o funcionamento das unidades; b) Recursos Financeiros: Falta de recursos materiais. Estrutura da Unidade de Saúde precária, sendo necessárias reformas urgentes; c) Reclamações: pelos atendimentos prestados à comunidade, quando a passagem de informações e a limpeza da unidade.

Fonte: DIAS, 2014.

6.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Depois de discutido em reuniões de equipe, priorizou-se os problemas encontrados, sendo dada uma nota de zero a dez, ou seja, quanto maior a nota, maior a importância e gravidade do problema.

Quadro 2 - Classificação das prioridades para os problemas identificados na UBSF Maria Eugênia. Araguari, 2014.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Falta de ACS	Alta	9	Parcial	7
Falta de perfil dos ACS	Alta	10	Parcial	7
Falta de Educação Continuada e Educação Permanente para ACS	Alta	8	Total	1.1
Baixa qualidade das Visitas Domiciliares	Alta	10	Total	1
Grande número de reclamações dos atendimentos prestados pela Médica (recebidos pelos canais de reclamação da Secretaria de Saúde do Município)	Alta	8	Parcial	4
Grande número de reclamações dos ACS (recebidos pelos canais de reclamação da Secretaria de Saúde do Município)	Alta	8	Parcial	3
Falta de um sistema de auditoria no município atuante na Atenção Básica	Alta	8	Parcial	6
Mau funcionamento dos Grupos Operativos	Alta	8	Total	5
Falta de recursos financeiros	Alta	8	Parcial	8
Baixo envolvimento dos ACS com a equipe (inexistência do trabalho em equipe)	Alta	9	Total	2

Fonte: DIAS, 2014

Como verificado, os maiores problemas atualmente vivenciados pela Atenção Básica na ESF Maria Eugênia, envolvem problemas em que o “Agente Comunitário de Saúde” é citado, em torno de 70%. Sendo que desses valores, 60% dos problemas podem ser resolvidos através da própria equipe.

O roteiro para visita domiciliar segundo a equipe resolveria em 40% os problemas sendo 20% solucionados com a Educação Permanente e Continuada para os ACS, os 10% restantes dos problemas para serem solucionados precisaríamos de maior apoio da Coordenação Básica de Saúde.

6.3 DESCRIÇÃO E EXPLICAÇÃO DOS PROBLEMAS

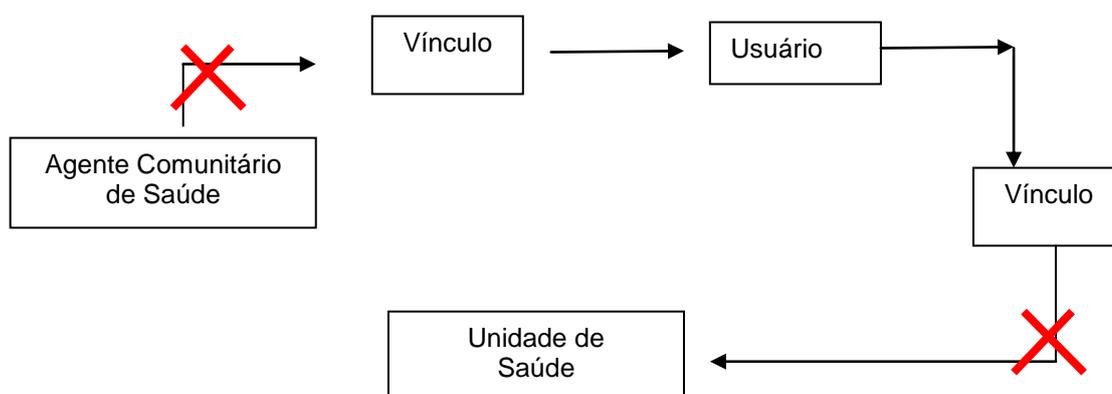
O ACS utiliza instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural das famílias adscritas em sua micro-área. A partir daí, ele é capaz de orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis e de traduzir para as UBS a dinâmica social da população assistida, suas necessidades, potencialidades e limites, bem como identificar parceiros e recursos existentes que possam ser potencializados pelas equipes. Por isso, precisa estar preparado e bem qualificado para que possa realizar suas ações e criar vínculos.

A Saúde da Família como estratégia dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com o intuito de reordenar o modelo de atenção no SUS, buscando maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistências e tem produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas às equipes saúde da família.

Por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população, por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistema de informação para o monitoramento e a tomada de decisões, por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que tem efeitos determinados sobre as condições de vida e saúde da família-comunidade.

6.4 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

Organograma 1: Estabelecimento do vínculo ACS – usuário.



Como verificados no organograma acima, o ACS é o centro da ESF, quando por algum motivo ele não atua de forma correta a cadeia se quebra, fica complicado estabelecer vínculo e confiança com a Unidade de Saúde. Ao romper o vínculo com o ACS o usuário perde a confiança na Unidade de Saúde.

Como nós críticos citam-se falta de um Sistema de auditoria no Município; falta de um Roteiro de Visita domiciliar que auxilie o ACS e falta da realização de Educação Permanente com estes.

Através dos dados apresentados verifica-se a necessidade de se estabelecer ações que os capacite e, ao mesmo tempo, avalie suas ações no dia-a-dia com o objetivo de melhorar o trabalho em equipe e a relação usuário-agente e usuário-unidade.

6.5 DESENHO DAS OPERAÇÕES

Levando em consideração os nós - críticos identificados, tem-se o desenho das operações.

Quadro 3: Operações propostas para a solução dos nós - críticos. Araguari, 2014.

Nó Crítico	Operação	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários	Responsáveis	Prazo
Nível de informação e formação – Falta de perfil dos ACS. Falta de conscientização do ACS acerca da importância do seu trabalho.	<p>“Educação Permanente” Introdução da Educação Permanente. Sistema de Auditoria.</p> <p>Realização de discussão em grupo.</p> <p>Realização de palestras com o tema.</p> <p>Realização de jogos educativos/gincanas com a equipe sobre o tema.</p>	<p>Diminuir a falta de perfil dos ACS.</p> <p>Conscientizar sobre o seu trabalho enquanto ACS.</p>	<p>Fortalecer o vínculo da comunidade com os ACS. Demissão dos profissionais sem perfil que não queira melhorar o trabalho realizado.</p> <p>Melhorar os níveis de motivação dos profissionais ACS.</p>	<p>Organizacional: Estabelecer recursos para a elaboração do sistema de educação permanente e auditoria. Cognitivo: Discutir a ansiedade, stress por causa de uma eventual perda do emprego. Político: Apoio político para que as ações possam ter efeitos positivos. Financeiro: Recursos para a introdução de curso de capacitação e criação do sistema de auditoria.</p>	Secretaria de Saúde. Enfermeiro Chefe da unidade.	3 meses
Educação Permanente inadequado	“Curso de Capacitação”	<p>Melhorar o índice de reclamações.</p> <p>Atender melhor a comunidade durante as visitas domiciliares.</p>	Compreensão das atribuições e responsabilidades do ACS.	<p>Organizacional: Organizar o curso de Educação Permanente para os ACS. Cognitivo: Esclarecimentos de dúvidas e compartilhamento de informações. Político: Aceitação dos profissionais de saúde (ACS). Parceria com a Secretaria de Saúde para a organização do curso. Financeiro: Recursos para a organização e aplicação do curso.</p>	Enfermeiro Chefe da Unidade.	6 meses
Sistema de Auditoria no Município Inexistente	<p>“Fiscalização” “Melhoria do Serviço” Implantar um Sistema de Auditoria que fiscalize o</p>	Melhorar o índice de satisfação dos usuários pelo serviço de saúde.	<p>Diminuição dos problemas de saúde da população. Diminuição de reclamações e queixas pela comunidade.</p>	<p>Organizacional: Auditoria operacional. Elaboração de ferramentas eficazes e eficientes.</p>	Enfermeiro Chefe. Secretaria de Saúde. Equipe	12 meses

	<p>trabalho dos profissionais ACS no cumprimento de suas obrigações. Melhorar a prestação das Visitas Domiciliares. Contribuir para o fortalecimento do serviço de saúde como porta principal da Atenção Básica.</p>	<p>População melhor atendida e mais informação sobre sua condição de saúde.</p>	<p>Recursos humanos capacitados.</p>	<p>Cognitivo: Informação sobre as mudanças de fiscalização. Dúvidas e preocupação contra a legalidade e a honestidade da fiscalização. Discussão sobre necessidades do atendimento adequado. Político: Decisão de estruturação do Sistema de Auditoria. Adesão dos profissionais. Financeiro: Recursos para Contratação de profissionais capacitados para fiscalização.</p>	<p>contratada para Fiscalização. Prefeitura Municipal de Saúde. Ministério Público do Município.</p>	
Visita Domiciliar	<p>“Atender melhor” Estabelecer uma linha guia para Visita Domiciliar.</p>	<p>Melhorar o nível de atendimento do ACS. Focar os problemas de saúde prioritários. Disponibilizar materiais e informações que garantam o desenvolvimento de suas (ACS) atividades no domicílio incluindo a Ficha Guia da Visita Domiciliar.</p>	<p>Melhorar o nível de atendimento em domicílio. Diminuir a demanda da Unidade de Saúde desnecessárias passíveis de solução em casa. Diminuir o número de reclamações e queixas sobre os Agentes Comunitário de saúde.</p>	<p>Organizacional: Estabelecer reuniões com os ACS para a implantação da Linha guia. Cognitivo: Discutir em conjunto com a equipe os conhecimentos, dúvidas, anseios e perspectivas sobre o assunto. Político: Estabelecer parceria com a Secretaria de Saúde para a concretização da proposta. Financeiro: aquisição de material educativa para as reuniões, aquisição da Filha Guia da VD para os ACS. Material áudio visual. Aquisição de material educativo sobre humanização do atendimento e atribuições dos ACS</p>	<p>Enfermeiros Chefe da Unidade de Saúde com parceria com o departamento da Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Município de Araguari.</p>	12 meses

6.6 IDENTIFICAÇÃO DOS RECURSOS CRÍTICOS

Um nó-crítico é um tipo de causa do problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-los. Traz também a ideia de algo sobre o qual se possa intervir, está dentro do espaço de governabilidade ou o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foram identificados os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós - críticos do problema: falta de Educação Permanente para os ACS atrelada a uma falta de Sistema de Auditoria e Visitas Domiciliares deficientes em termos de eficácia e eficiência.

Quadro4:Recursos Críticos. Araguari, 2014.

Operação	Recursos Críticos
Nível de Formação e Informação - Falta de perfil dos profissionais.	Organizacional: Falta de cursos de capacitação e Sistema de Auditoria. Político: Falta de interesse por parte da administração na demissão de profissionais sem perfil nenhum. Financeiro: sistema já se encontra pressionado pela falta de profissionais, novas demissões acarretaria mais problemas pela escassez de recursos para novas contratações.
Educação Permanente: “Curso de Capacitação”	Organizacional: Sobre carga de trabalho pela falta de profissionais. Cognitivo: apreensão, ansiedade, falta de interesse em mudanças, comodismo e preguiça por parte de alguns profissionais. Falta de motivação pelo trabalho, por causa dos baixos salários e falta de recursos materiais. Financeiro: aquisição dos materiais necessários para elaboração dos Cursos de Capacitação. Falta de recursos materiais e humanos.
“Fiscalização” Melhoria do Serviço	Cognitivo: Apreensão e possível greve pelas mudanças, as quais podem acarretar em desligamentos de funcionários. Político: Falta de apoio para a consolidação do Sistema de Auditoria e falta de interesse político. Financeiro: aquisição de recursos materiais e humanos.
Visita Domiciliar	Cognitivo: Falta de motivação e interesse pelo trabalho e sobrecarga de trabalho. Financeiro: aquisição de recursos materiais.

Fonte: DIAS, 2014.

6.7 ANÁLISE DA VIABILIDADE DO PLANO

Em seguida apresenta-se a análise da viabilidade do plano referente às propostas de ações para a motivação dos autores.

Quadro 5: Análise da viabilidade do plano referente às propostas de ações apresentadas. Araguari, 2014.

Operação	Recurso Crítico	Controle do recurso crítico		Ação Estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Nível de Formação e Informação - Falta de perfil dos profissionais.	Organizacional: Falta de cursos de capacitação e Sistema de Auditoria.	Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar o Projeto do Curso de Capacitação e do Sistema de Auditoria solicitando empenho para sua consolidação.
	Político: Falta de interesse por parte da administração na demissão de profissionais sem perfil nenhum.	Gestor Municipal	Contrária	Solicitar apoio a Secretária de Saúde perante o Gestor Municipal pelo desligamento de profissionais sem perfil. Realizar reuniões em conjunto com a equipe.
	Financeiro: sistema já se encontra pressionado pela falta de profissionais, novas demissões acarretaria mais problemas pela escassez de recursos para novas contratações.	PACS Gestor Municipal	Contrária	Reunir periodicamente com a equipe, elaboração de escalas rotativas e avaliação das atividades mais realizadas, suprindo dessa forma todos os setores da Unidade de Saúde. Abordar o tema toda a vez que tiver reunião em equipe.
Educação Permanente: "Curso de Capacitação"	Organizacional: Sobre carga de trabalho pela falta de profissionais.	Gestor Municipal	Indiferente	Reunir com o Gestor Municipal solicitando providencias, caso necessário convocar o Ministério Público para acompanhar a reunião.
	Cognitivo: apreensão, ansiedade, falta de interesse em mudanças, comodismo e preguiça por parte de alguns profissionais. Falta de motivação pelo trabalho, por causa dos baixos salários e falta de recursos materiais.	PACS Centro de Saúde	Indiferente	Abordar o tema toda a vez que tiver reunião em equipe. Pagamento de incentivo ao médico pro produção (recurso do PMAQ)
	Financeiro: aquisição dos materiais necessários para elaboração dos Cursos de Capacitação. Falta de recursos materiais e humanos.	Gestor Municipal Secretário de Saúde	Favorável	Não é necessário

“Fiscalização” Melhoria do Serviço	Cognitivo: Apreensão e possível greve pelas mudanças, as quais podem acarretar em desligamentos de funcionários.	PAC Centro de Saúde	Indiferente	Uma reunião com os Agentes Comentaristas de Saúde, explicando a necessidade da Fiscalização de suas atividades. Abordar o tema toda a vez que tiver reunião em equipe.
	Político: Falta de apoio para a consolidação do Sistema de Auditoria e falta de interesse político.	Gestor Municipal	Contrária	Cobrar do Gestor Municipal a implantação do Sistema de Auditoria. Reuniões mensais para essa finalidade, com a apresentação do projeto.
	Financeiro: aquisição de recursos materiais e humanos.	Gestor Municipal	Contrária	Durante as reuniões cobrarem o Gestor Municipal projeto para a instalação do sistema de auditoria.
Visita Domiciliar	Cognitivo: Falta de motivação e interesse pelo trabalho e sobrecarga de trabalho.	PACS Centro de Saúde	Indiferente	Capacitar os Agentes Comunitários de Saúde. Abordar o tema toda a vez que tiver reunião em equipe.
	Financeiro: aquisição de recursos materiais.	Gestor Municipal	Favorável	Não é necessária

Fonte: DIAS, 2014.

6.8 ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

Quadro 6: Plano operativo proposto pela UBSF Maria Eugênia. Araguari, 2014.

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
“Educação Permanente”. Introdução da Educação Permanente. Sistema de Auditoria.	Diminuir a falta de perfil dos ACS.	Fortalecer o vínculo da comunidade com os ACS. Demissão dos profissionais sem perfil que não queira melhorar o trabalho realizado.	Apresentar o Projeto do Curso de Capacitação e do Sistema de Auditoria solicitando empenho para sua consolidação. Solicitar apoio a Secretária de Saúde perante o Gestor Municipal pelo desligamento de profissionais sem perfil. Realizar reuniões em conjunto com a equipe. Reunir periodicamente com a equipe, elaboração de escalas rotativas e avaliação das atividades mais realizadas, suprindo dessa forma todos os setores da Unidade de Saúde.	Enfermeiro Chefe	3 meses
“Curso de	Melhorar o índice de	Compreensão das atribuições	Reunir com o Gestor Municipal solicitando providencias,	Enfermeiro	6

Capacitação”	reclamações. Atender melhor a comunidade durante as VD.	e responsabilidades do ACS.	caso necessário convocar o Ministério Público para acompanhar a reunião. Abordar o tema toda a vez que tiver reunião em equipe. Pagamento de incentivo ao médico pro produção (recurso do PMAQ)	Chefe	meses
“Fiscalização” “Melhoria do Serviço” Implantar um Sistema de Auditoria que fiscalize o trabalho dos profissionais ACS no comprimento de suas obrigações. Melhorar a prestação das Visitas Domiciliares. Contribuir para a resolutibilidade do serviço de saúde princípio da Atenção Básica.	Melhorar o índice de satisfação dos usuários pelo serviço de saúde. População melhor atendida e mais informação sobre sua condição de saúde.	Diminuição dos problemas de saúde da população. Diminuição de reclamações e queixas pela comunidade. Recursos humanos capacitados.	Uma reunião com os ACS, explicando a necessidade da Fiscalização de suas atividades. Abordar o tema toda a vez que tiver reunião em equipe. Cobrar do Gestor Municipal a implantação do Sistema de Auditoria. Reuniões mensais para essa finalidade, com a apresentação do projeto. Durante as reuniões cobrarem o Gestor Municipal projeto para a instalação do sistema de auditoria.	Enfermeiro Chefe	12 meses
“Atender melhor” Estabelecer uma linha guia para Visita Domiciliar.	Melhorar o nível de atendimento do ACS. Focar os problemas de saúde prioritários. Dispor de materiais e informações que garantam o desenvolvimento de suas atividades no domicílio incluindo a Ficha Guia da VD.	Melhorar o nível de atendimento em domicílio. Diminuir a demanda da Unidade de Saúde desnecessária passíveis de solução em casa. Diminuir o número de reclamações e queixas sobre os ACS.	Capacitar os ACS. Abordar o tema toda a vez que tiver reunião em equipe.	Enfermeiro Chefe	12 meses

Fonte: DIAS, 2014.

6.9 GESTÃO DO PLANO

Pelos dados apresentados conclui-se novamente a importância de se estabelecer ações que capacite os ACS e, ao mesmo tempo, avalie suas ações no dia-a-dia com o objetivo de melhorar o trabalho em equipe e a relação usuário-agente e usuário-unidade.

Para Campos, Faria e Santos (2010) a gestão do plano constitui momento crucial para o êxito do processo de planejamento. É preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias.

Quadro 7: Gestão do plano na UBSF Maria Eugênia, Araguari, 2014.

Produto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo prazo
Nível de Formação e Informação - Falta de perfil dos profissionais.	Coordenador da unidade (Enfermeiro)	12 meses	Falta de perfil dos ACS Falta de conscientização sobre o seu trabalho enquanto ACS	Em Aberto.	Em Aberto.
Educação Permanente: "Curso de Capacitação"	Coordenador da unidade (Enfermeiro)	06 meses	Elevado índice de reclamações, sobre os atendimentos dos ACS. Qualidade das visitas domiciliares diminuídas.	Em Aberto.	Em Aberto.
"Fiscalização" Melhoria do Serviço	Coordenador da unidade (Enfermeiro). Coordenador da Atenção Básica.	12 meses	Índice de satisfação dos usuários pelo serviço de saúde baixo. População sem informação sobre sua condição de saúde.	Em Aberto.	Em Aberto.
Visita Domiciliar	Coordenador da unidade (Enfermeiro)	6 meses	Os problemas de saúde prioritários não são focados. Falta de materiais e informações que garantam o desenvolvimento de suas (ACS) atividades no domicílio incluindo a Ficha Guia da Visita Domiciliar.	Em Aberto.	Em Aberto.

Fonte: DIAS, 2014.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Independentemente da unidade de saúde, o trabalho em equipe é fundamental, uma vez que todos os profissionais precisam estar inseridos nas atividades desenvolvidas pelas mesmas.

Por estabelecer um elo importante na ESF, o ACS precisa ser treinado e avaliado constantemente, para que a equipe alcance seus objetivos e possa planejar suas atividades de modo eficiente.

Com o presente trabalho, foi possível constar que a Unidade Estratégia Saúde da Família Maria Eugênia, sofre com a falta de perfil e motivação dos seus ACS, o que tem dificultado o desenvolvimento das ações.

Além disso, conseguimos positivamente levantar o debate em prol de um olhar diferenciado para as atividades realizadas por eles, até então, muito pouco discutido, por nós Enfermeiros.

Esbarramos em um ponto importante, que de certa forma dificultou o nosso trabalho, a inércia dos ACS, e a falta de interesse pelas mudanças. Muitos deles, ligados a um modelo de apenas fazer visitas, muitas das quais sem planejamento, a mudança de comportamento foi bastante impactante e que causou e vem causando certos atritos entre eles e a chefia imediata.

Nesse sentido, é preciso que a coordenação da atenção básica seja sensibilizada quanto aos problemas enfrentados, para que com o apoio da coordenação local representado pelos enfermeiros da unidade, possam ser solucionados da melhor forma possível.

Ressalta-se que o que está ao alcance da equipe local, está sendo realizado, como por exemplo, confecção de material educativo para os ACS, realização de reuniões semanais com a equipe, realização de educação permanente para os ACS e disponibilização de roteiro para visita domiciliar.

Podemos perceber a importância desse profissional para a Atenção Básica, bem como a necessidade de manter eles bem treinados, para a realização de suas funções.

Enfim, durante o desenvolvimento desse trabalho percebi na maioria dos ACS, aonde atuo maior interesse pelo seu trabalho, bem como mais questionamentos de sua prática, como por exemplo, como realizar uma VD para uma criança recém-nascido. Isso mostra que o nosso trabalho está gerando frutos, e

que uns curtos espaços de tempo conseguirão melhorar nossos indicadores de saúde, através de uma atenção mais qualificada centrada sempre na pessoa.

REFERÊNCIAS

AM. Arquivo Municipal da Prefeitura Municipal de Araguari. **Plano Municipal de Saúde**. Araguari: Sincopel, 2013, pág. 580.

ANS. **Plano Diretor de Tecnologia de Informação 2012 – 2015**. Gerência Geral de Informações e Sistemas. Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde** /Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p.: il. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008 - **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF** - Publicada no D.O.U. nº 43, de 04/03/2008, Seção 1, fls. 38 a 42.

BORNSTEIN, V. J; DAVID, H. M. S.L. **Contribuições da formação técnica do Agente Comunitário de Saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe saúde da família**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 12 n. 1, p. 107-128, jan./abr. 2014.

BERBEL, N. A. N. **A metodologia da problematização: um novo desafio para as licenciaturas**. Londrina: 1999.

BRASIL. Ministério da Educação. PDE: **Plano de Desenvolvimento da Educação: SAEB: ensino médio: matrizes de referência, tópicos e descritores**. Brasília: MEC, SEB; Inep, 2008.127 p.: il.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Qualidade da educação: uma nova leitura do desempenho dos estudantes da 4ª série do ensino fundamental**. Brasília: Inep, 2003.

BRASIL. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. **Item 2001: novas perspectivas**. Brasília: Inep, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. **Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental: língua portuguesa**. Brasília: MEC/SEF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. 4. ed. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2007. 68p. (Série E. Legislação em Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.4).

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **População a baixo da linha da pobreza.** Notícia. Disponível em: <<http://g1.globo.com/politica/noticia/2011/05/brasil-tem-1627-milhoes-de-pessoas-em-situacao-de-extrema-pobreza.html>> Acesso em: 17 de Maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A Z:** garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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, 2009.84 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portal da Atenção Básica. **Situação de Implantação de Equipes de Saúde da Família, Saúde Bucal e Agentes Comunitários de Saúde.** Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#mapas>>. Acesso em: 01 out. 2014

CEF. **Demanda habitacional no Brasil.** Caixa Econômica Federal. - Brasília: CAIXA, 2011.

CAMPOS, L.A.L. **O enfermeiro como educador: uma contribuição da didática e da metodologia dialética na atuação profissional.** 2010. Disponível em: <www.webartigos.com/...Enfermeiro...metodologia.../pagina1.html>. Acesso em: 20 jul. 2013.

CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.118p. Il.

CARVALHO, E. C.; GROSSI SOBRINHO, V. **Uma visão jurídica do exercício profissional da equipe de enfermagem. 2009.** Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v12n1/v12n1a17.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2014.

COSTAS, S. M; ARAUJO, F. F; MARTINS, L. V; NOBRE, L. L. R; ARAUJO, F. M; RODRIGUES, C. A. Q. **Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações m saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 18(7):2147-2156, 2013.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Tecnologia da Informação**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: Brasília, 2008.

DATA SUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Secretaria de Atenção Saúde**.

<http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Basico.asp?VCo_Unidade=3103502146223>

Acesso em: 02 de Maio de 2014.

DATA SUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS**. Secretaria de Atenção Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/alfmg.def>> Acesso em: 17 de Maio de 2014.

FARIA H. P.; COELHO, I. B; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A. **Modelo assistencial e atenção básica em saúde**. 2ª ed. BeloHorizonte: NESCON/UFMG/COOPEMED. 2010. 68 p.

FERREIRA, V.M; RUIZ. **Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos**. Rev. Saúde Pública, n. 46, v. 5, p. 843-49, 2012

FONTINELE JÚNIOR, K. **Administração hospitalar**. Goiânia: AB, 2002

FONTINELE JÚNIOR, K. **Ética e Bioética em Enfermagem**. 2. ed. Goiânia: AB, 2002.

FORTES, P. A. C. **Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos**. São Paulo: EPU, 1998.

GARLET, E. R.; RADDATZ, M.; SANTOS, J. L. G. **Trabalho em equipe: dificuldades e desafios na atenção à Saúde da família**. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.126.pdf>> Acesso em: 06 de Agost. 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geográfica e Estatística. **Perfil da população Censo de 2010**. Disponível em:

<<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8>> Acesso em: 17 de Maio de 2014

IBGE. Instituto Brasileiro de Geográfica e Estatística. **Perfil da população Censo de 2013**. Disponível em:

<<http://www.censo2013.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8>> Acesso em: 17 de Maio de 2014

LIMA, A. N.; SILVA, L.; BOUSSO, R. S. **A visita domiciliar realizada pelo agente comunitário de saúde sob ótica de adultos e idosos**. Saúde soc. [online]. 2010, vol.19. n.4, pp. 889-897. Disponível em [www. scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: 01 de outubro de 2014.

MENDES, E.V. **Uma Agenda Para A Saúde**. 2^o Edição. São Paulo: Hucitec, 1999.

PEIXOTO, J. A.; VIEIRA, A. G. C. **Histórias de Araguari. Município de Araguari**. Araguari: FAEC, 2003. (Apostila: Informe – histórico - Divisão do Patrimônio Histórico)

PMA. Prefeitura Municipal de Araguari. **Histórias de Araguari**. Disponível em: <http://www.araguari.mg.gov.br/2012/index_historia.php?pg=historia> Acesso em: 02 de Maio de 2014.

PMA. Prefeitura Municipal de Araguari. **Lei Orgânica do Município**. Disponível em: <http://www.araguari.mg.gov.br/legislacao/lei_organica-04-2011.pdf> Acesso em: 01 de Maio de 2024.

POZ, M. R. D. **O agente comunitário de saúde: algumas reflexões**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v. 6, n. 10, p.75-94, fev 2002.

SAKATA, K.N; MISHIMA, S. M. **Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família**. Rev. Esc. Enferm USP, n. 46, v. 3, p. 665-72, 2012.

SOUZA, H. M. **Saúde da Família: desafios e conquistas**. In: NEGRI, Barjas; VIANA, Ana Luiza d'Ávila. (Orgs.). O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio.São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, 2002. p.221-240.

SOUSA, M. S. L. **Guia para redação e apresentação de monografias, dissertações e teses**. 3 ed. ver. Aum. Belo Horizonte: Coopmed, 2005. 170

VIANA, I. A. C. **Fatores de risco modificáveis para controle da hipertensão arterial: como orientar usuários de um programa de saúde da família do norte de minas gerais**. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Trabalhos_de_Conclusao_dos_Cursos/CEABSF___2014. Acesso em: 08 de out. de 2014.

		<i>da família.</i>	
Quem necessita de cuidados?		Quais os cuidados necessários para a o bem estar da família?	
Situações de risco	Alcoolismo (); Violência doméstica (); tabagismo (); Uso de drogas ilícitas (); Outros motivos ()		
Redes terapêuticas utilizadas:			
Sistema informal: comadre (); vizinhos (); receitas caseiras (); outros _____			
Sistema popular: parteira (); balconista de farmácia (); benzedeira (); pajé ()			
Sistema profissional: posto de saúde (); ACS (); unidade mista (); hospital (); outros _____			
Morbidades encontradas			
Antecedentes familiares: <i>exemplos, de alguns antecedentes, hipertensão, diabetes, doença mental, hanseníase, tuberculose, etc.</i>			
Na casa possui: TV (); Geladeira (); Fogão (); Filtro de água (); cama (); ar condicionado (); acesso a internet (); carro (); moto (); sofá (); Rádio (); mesa (); armário (). Outros: _____			
Saneamento básico () não () sim			
Água tratada () não () sim Acesso a rede de esgoto () não () sim			
Impressões da Equipe: <i>Relatar as observações quanto à higiene do ambiente (incluindo casa, quintal, entre outros aspectos).</i>			

Investigação Saúde/Doença
Doenças a família _____
Quando doentes onde buscam atendimento? _____
Utilizam-se a unidade do bairro, qual a sua opinião sobre o atendimento _____
Encaminhamentos realizados
Aspectos a serem observados para a próxima visita domiciliar
Assinatura do ACS
Assinatura do Diretor/Chefe imediato

Fonte: Adaptado da UFF, 2014, adaptada de Takahashi & Oliveira, 2001.



ANEXO B – Proposta de Roteiro de Visitas pela SRS Uberlândia



Em todos os domicílios

- ✓ Cadastro Domiciliar e Individual;
- ✓ Cartão SUS;
- ✓ Observar e orientar sobre condições de saneamento e higiene;
- ✓ Orientações de saúde bucal: escova de dente, escovação dental correta;
- ✓ Orientações sobre alimentação saudável e atividade física;
- ✓ Observar sinais de violência doméstica;
- ✓ Convidar para reuniões e atividades programadas na UBS.

Solicitar Cartão de vacina

- ✓ Orientar e vacinar: coletores de lixo, manicures e pedicures, barbeiros, profissionais de estética e profissionais do sexo (hepatite B);
- ✓ Orientar sobre vacinação: criança, adolescente, gestante (hepatite B, influenza, tríplice viral, dupla adulto), idoso e adulto.

Doenças transmissíveis: todos devem ser notificados

- ✓ **Catapora:** afastar da escola e verificar se houve contato com gestante;
- ✓ **Dengue:** orientações sobre foco e prevenção;
- ✓ **Hanseníase:** manchas na pele, dormência e perda de sensibilidade - encaminhar para UBS;
- ✓ **Hepatites/DST/HIV:** orientar fazer exames na UBS - drogaditos, alcoolistas, tatuados e/ou com piercing,

profissionais do sexo, travestis, história de doença sexualmente transmissível (DST); andarilhos, pacientes que receberam transfusão, transplante ou fizeram cirurgia de grande porte antes de 1990, prática de relações sexuais desprotegidas;

- ✓ **Tuberculose:** pesquisar se existem indivíduos com tosse há mais de 3 semanas;
- ✓ **Doenças exantemáticas (sarampo e rubéola):** febre e exantema - encaminhar UBS;
- ✓ **DTA/Surto:** vômito, diarreia e náuseas – encaminhar UBS.

Saúde do adolescente

- ✓ Prevenção de gravidez indesejada e DST;
- ✓ Uso correto dos contraceptivos e preservativos;
- ✓ Atividade física e alimentação saudável;
- ✓ Prevenção do uso de substâncias lícitas ou ilícitas;
- ✓ Convide reunião para adolescentes com sobrepeso ou obesidade.

Gestantes

- ✓ Acompanhar se as consultas pré-natais estão sendo realizadas: cartão da Gestante;
- ✓ Acompanhamento Nutricional e Odontológico;
- ✓ Orientações para gestante que não teve catapora – evitar contato com doentes;
- ✓ Cadastro SISPRENATAL;
- ✓ Convidar para o grupo de gestantes;
- ✓ Orientação: levar o Cartão da Gestante para a Maternidade e importância da consulta de puerpério e da amamentação;

- ✓ Realizar o pré- cadastro do “Mães de Minas”.

Saúde da criança

- ✓ Acompanhamento de crianças menores de 05 anos;
- ✓ Acompanhar o Gráfico de peso;
- ✓ Avaliação de desenvolvimento: se está fazendo puericultura (busca ativa);
- ✓ Orientações sobre Infecção Respiratória Aguda (IRA);
- ✓ Convites reuniões para crianças com sobrepeso e baixo peso.

Saúde do idoso

- ✓ Orientações de prevenção de acidentes domésticos (tapetes, banheiros);
- ✓ Orientações sobre alimentação saudável e atividade física;
- ✓ Convidar para participar de atividades programadas na UBS.
- ✓ Prevenção e orientação contra DST e uso de preservativos.

Hipertensão e diabetes

- ✓ Cadastro individual;
- ✓ Orientações sobre o uso correto da medicação, o tratamento não medicamentoso, os fatores de risco, a alimentação saudável e atividade física;
- ✓ Convites reuniões e atividades físicas da UBS;
- ✓ Estratificação de risco individual (agendamento para o profissional médico/enfermeiro).

Saúde da mulher

- ✓ Orientar sobre a necessidade do exame de citologia e mamografia;
- ✓ Uso correto dos contraceptivos e preservativos;
- ✓ Menopausa: sintomas (ondas de calor, suores noturnos, insônia e outros)- encaminhar para UBS.

Saúde do homem

- ✓ Orientar sobre DST, álcool e drogas;
- ✓ Orientar sobre prevenção do câncer de próstata e pênis.

Saúde mental

- ✓ Orientar sobre o uso correto de medicação;
- ✓ Convidar para participar dos grupos operativos e outras atividades na UBS;
- ✓ Outras ações que o Projeto “Terapêutico Compartilhado” definir.

Fonte: Reunião de Enfermeiros SRS Uberlândia dia 01/10/2014. Proposta de Roteiro para visita domiciliar, elaborada em conjunto, pois o município não possui nenhum.

ANEXO C – CONSOLIDADO ROTERO PARA VISITA

Orientar sobre alimentação saudável e atividade física;

ROTEIRO PARA VISITA DOMICILIAR

Roteiro para Visita Domiciliar, a ser preenchido pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), no domicílio. Ficha preenchida por família, a falta da ficha representa falta grave, com possibilidade de penalidade (advertência por escrito).

Data da Visita Domiciliar	UBSF Município	CNES Código IBGE	ACS Responsável
Endereço da família	Membro responsável pela Família		
Motivo da Visita Domiciliar	() Cadastramento/Atualização / () busca ativa : () consultas / () exames / () vacinas / () bolsa família / () outro motivo. () Acompanhamentos : () gestantes / () recém-nascidos / () saúde mental / () puérperas / () crianças / () pessoas com desnutrição / () acamados / () pessoas em reabilitação / () usuários de álcool / () hipertensos / () diabéticos.		

DOMICLIAR			Existem sinais de violência doméstica (criança, mulheres, gestantes e idosos);	
Auditoria	Sim	Não	EM TODOS OS DOMICÍLIOS	
			Todos os indivíduos da residência possuem cadastro (Cadastro Individual);	
			Todos os indivíduos possuem Cartão SUS (documentação ou certidão de nascimento ou casamento e comprovante de endereço; luz, água, etc.)	Convidar para reuniões e atividades programadas na UBS; pedicures, banheiros, profissionais de estética e
			Observar e orientar sobre condições de saneamento e higiene.	A família possui animais na residência (orientar os cuidados necessários para evitar doenças). Na residência possui filtro de água gelada e quente, (tríplice viral, dupla adulto), idoso e adulto.
			Existe algum indivíduo que desenvolve o próprio trabalho (trabalho no domicílio);	Verificar se existe alguma criança sem a certidão de nascimento e explicar a importância de ser cidadão para usufruir de seus direitos.
			Em caso de positivo no item anterior, o trabalho desenvolvido se classifica como atividade insalubre ou perigosa;	Todas as doenças identificadas no território foram notificadas
			O lixo da casa é acondicionado e desprezado de forma correta; Verificar se há focos de dengue.	Catapora: afastar da escola e verificar se houve contato com a gestante;
			Orientações de saúde bucal: todos os indivíduos possuem escova de dente, escovação dental correta;	Hanseníase: manchas na pele, dormência e perda da sensibilidade – encaminhar para UBS

